

**EBE VE HEMŞİRELERE OBSTETRİK ŞİDDETİ ÖNLENMEYE
YÖNELİK VERİLEN EĞİTİM PROGRAMININ ETKİNLİĞİ: EBE,
HEMŞİRE VE BAKIM ALAN KADINLARIN SONUÇLARI**

Nurten ÖZÇALKAP

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Tuba UÇAR**

Doktora Tezi – 2022

**TC.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBE VE HEMŞİRELERE OBSTETRİK ŞİDDETİ ÖNLENMEYE YÖNELİK
VERİLEN EĞİTİM PROGRAMININ ETKİNLİĞİ: EBE, HEMŞİRE VE BAKIM
ALAN KADINLARIN SONUÇLARI**

Nurten ÖZÇALKAP

**Ebelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Tuba UÇAR**

**MALATYA
2022**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Tuba UÇAR” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Ebe ve Hemşirelere Obstetrik Şiddeti Önlenmeye Yönelik Verilen Eğitim Programının Etkinliği: Ebe, Hemşire ve Bakım Alan Kadınların Sonuçları” başlıklı Doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

...../...../2022

Nurten ÖZÇALKAP

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obstetrik Şiddet Kavramı	4
2.1.1. Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Obstetrik Şiddete Neden Olan Faktörler.....	5
2.2. Hak Temelli, Bütünleşik Anne Sağlığı.....	9
2.3. Gebe ve Fetus Hakları.....	10
2.3.1. Gebe Hakları	11
2.3.2. Fetus Hakları.....	12
2.4. Obstetrik Şiddeti Önleme Stratejileri.....	13
2.4.1. Başkalarına Saygı	13
2.4.2. Profesyonel Bilgi Tutumu.....	14
2.4.3. Birey için Ulaşılabilir Olma.....	15
2.4.4. Uygulamalarda Kanıt Temelli Girişimlerin Entegrasyonu	15
2.4.5. İletişim Becerileri	17
2.5. Obstetrik Şiddeti Önlemeye Yönelik Ebelik Girişimleri.....	23
3. MATERYAL VE METOT	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları	30
3.4.1. Ebe-Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu	30
3.4.2. Bakım Davranışları Ölçeği-30	31
3.4.3. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği.....	31
3.4.4. Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu.....	31
3.4.5. Bakım Memnuniyeti Değerlendirme Formu.....	32

3.5. Verilerin Toplanması	32
3.6. Ebelik Girişimi.....	32
3.6.1. Obstetrik Şiddeti Önlemeye Yönelik Eğitim Programı	34
3.6.2. Girişim Materyali.....	40
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	41
3.8. Verilerin Analizi	41
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	41
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
6.1. Ebe ve Hemşirelere ait Sonuçlar.....	56
6.2. Kadınlara ait Sonuçlar	56
KAYNAKLAR	58
EKLER.....	74
EK-1. Ebe-Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu.....	74
EK-2. Bakım Davranışları Ölçeği-30	75
EK-3. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği	76
EK-4. Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu	77
EK-5. Bakım Memnuniyet Formu	78
EK-6. Uzman Görüşü Alınan Öğretim Üyelerinin Listesi	80
EK-7. Etkili İletişim Stratejileri ve Beden Dili Sertifikası	81
EK-8. Yaratıcı Drama Eğitimi Sertifikası.....	83
EK-9. Ebe ve Hemşire Eğitim Kitapçığı	84
EK-10. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimleri Girişimsel Olmayan.....	123
EK-11. Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Kurum İzin Belgesi.....	124
EK-12 Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Kurum İzin Belgesi	125
EK-13. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu.....	126
EK-14. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni.....	128
EK-15. Bakım Davranışları Ölçeği-30 Kullanım İzni	129
EK-16. Özgeçmiş.....	130

İTHAF

“Bu tezi tüm güçlü ve iyi kalpli kadınlara ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışma s¼rem boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana destek olan, g¼stermiŐ olduğu emek ve sabırdan dolayı danışman hocam Sayın Doç. Dr. Tuba UÇAR'a,

Tez izleme komitemde yer alan ¼neri, destek ve sihirli dokunuŐları ile tezime ¼nemli katkı sağlayan kıymetli hocalarım Doç. Dr. YeŐim aksoy derya'ya ve Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN' a,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onure eden ve yol g¼steren değerli hocalarım Prof. Dr. Sema YILMAZ ve Doç. Dr. İlknur M¼nevver G¼NEN'e,

Doktora eğitimim s¼resince her zaman yanımda olan değerli dostlarıma ve aileme,
Tez çalıŐmama katılmayı kabul eden değerli katılımcılara,

Sonsuz teŐekk¼rlerimi sunarım.

Nurten ¼ZALKAP

ÖZET

Ebe ve Hemşirelere Obstetrik Şiddeti Önlenmeye Yönelik Verilen Eğitim Programının Etkinliği: Ebe, Hemşire ve Bakım Alan Kadınların Sonuçları

Amaç: Araştırma, ebe ve hemşirelere obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik verilen eğitim programının ebe, hemşire ve bakım alan kadınların sonuçlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma, Ocak - Eylül 2021 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmada randomizasyonla belirlenen, Adıyaman ili AKDH doğumhane ve lohusa servisleri ile ASM'lerde çalışan 84 ebe ve hemşire deney grubunu, Malatya ili MEAH Çocuk ve Kadın Doğum Hastanesi doğumhane ve lohusa servisleri ile ASM'lerde çalışan 84 ebe ve hemşire kontrol grubunu oluşturdu. Deney grubunda yer alan ebe ve hemşirelere araştırmacı tarafından 16 oturumdan oluşan obstetrik şiddeti önlemeye yönelik eğitim programı uygulanırken, kontrol grubundaki ebe ve hemşirelere herhangi bir girişim uygulanmadı. Araştırmanın ikinci aşaması ise, deney grubundaki ebe ve hemşirelere uygulanan eğitim programından önce ve sonra Adıyaman ili AKDH doğumhane ve lohusa servisleri ile ASM'lerinden bakım alan kadınlarla (bağımsız iki grup) yürütüldü (eğitimden önce 158 kadın, eğitimden sonra 158). Veriler Tanıtıcı Bilgi Formları, BDÖ-30, İBDÖ ve Bakım Memnuniyeti Değerlendirme Formu ile toplandı.

Bulgular: Eğitim sonrası deney grubundaki ebe ve hemşirelerin bakım davranışları ve iletişim becerileri puan ortalamalarının önemli ölçüde yükseldiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$). Ayrıca ebe ve hemşirelere uygulanan eğitim sonrası bakım alan kadınların bakım algıları ve memnuniyet puan ortalamalarının ölçüde yükseldiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Sonuç: Araştırma sonuçları, ebe ve hemşirelere verilen obstetrik şiddeti önleme eğitim programının ebe ve hemşirelerin iletişim becerilerini ve bakım algılarını artırdığını, bakım alan kadınların bakım algılarını ve memnuniyetlerini arttırdığını gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Obstetrik şiddet, iletişim, bakım, ebe, hemşire.

ABSTRACT

The Effectiveness of The Training Program Given to Midwives and Nurses to Prevent Obstetric Violence: Results of Midwives, Nurses and Womens Receiving Care

Aim: The research was carried out to determine the results of the training program given to midwives and nurses to prevent obstetric violence.

Material and Method: The research was conducted between November 2020 and December 2021. In the study, 84 midwives and nurses working in AKDH delivery and puerperal services and FHCs in Adiyaman province constituted the experimental group, and the control group of 84 midwives and nurses working in the delivery room and postpartum services of MEAH Child and Gynecology Hospital in Malatya and FHC's, determined by randomization in the study. While the training program for the prevention of obstetric violence consisting of 16 sessions was applied by the researcher to the midwives and nurses in the experimental group, no intervention was applied to the midwives and nurses in the control group. The second phase of the study was conducted with women who received care from the AKDH delivery and postpartum services and FHCs in Adiyaman province before and after the training program applied to the midwives and nurses in the experimental group (158 women before the training, 158 after the training). Data were collected with Introductory Information Forms, BDI-30, IBDÖ and Care Satisfaction Evaluation Form.

Results: After the training, it was determined that the mean of care behaviors and communication skills of the midwives and nurses in the experimental group increased significantly and the difference between the groups was statistically significant ($p < 0.001$). In addition, it was determined that the care perceptions and satisfaction score averages of women who received post-training care applied to midwives and nurses increased significantly and the difference between the groups was statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: The results of the research showed that the obstetric violence prevention training program given to midwives and nurses increased the communication skills and care perceptions of midwives and nurses, and increased the care perception and satisfaction of women who received care.

Key Words: Obstetric violence, communication, care, midwife and nurse.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AKDH	: Adıyaman Kahta Devlet Hastanesi
AP	: Aile Planlaması
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BDÖ-30	: Bakım Davranışları Ölçeği-30
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)
İBDÖ	: İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği
MEAH	: Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (Statistical Package for the Social Sciences)
TMK	: Türk Medeni Kanunu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. Consort 2010 Araştırma Uygulama Akış Şeması (Ebe ve hemşire)	28
Şekil 3.2. Araştırma Uygulama Akış Şeması (Kadın).....	30
Şekil 4.1. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin eğitim programı öncesi ve sonrası “obstetrik şiddeti” tanımlayabilme oranları	47

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Araştırmanın yürütüldüğü Adıyaman ve Malatya illerindeki sağlık kurumları ve çalışan ebe ve hemşire sayıları	26
Tablo 3.2. Ebe ve hemşirelere verilen obstetrik şiddeti önlemeye yönelik eğitim programının konu içerikleri	34
Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	43
Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin iletişim konusunda kendini algılama durumlarının karşılaştırılması	44
Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin BDÖ-30 ve İBDÖ toplam puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	45
Tablo 4.4. Kadınların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	48
Tablo 4.5. Kadınların BDÖ-30 toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması	49
Tablo 4.6. Kadınların bakım memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması	50

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), olumlu bir doğum deneyimi için kadınların güçlendirilmesi yoluyla ve humanistik bakım yaklaşımıyla saygılı doğum çağrısında bulunmaktadır (1). Bu tavsiyelere rağmen DSÖ, gebelik ve özellikle doğum sırasında birçok kadının saygısız, saldırgan veya ihmalkar muameleye maruz kaldığı konusunda uyarılarda bulunmaktadır. Bu nedenle, obstetrik şiddet terimi giderek daha görünür hale gelmektedir (2).

Obstetrik şiddete ilişkin net ve standart bir tanım yoktur (3). Obstetrik şiddet, kadınların vücutlarına ve üreme süreçlerine sağlık personeli tarafından müdahale edilmesi, insanlık dışı muameleler, medikalleşmenin kötüye kullanılması ve doğal süreçlerin uygulanmamasını kapsayan herhangi bir eylem, davranış veya hakların ihmal edilmesi olarak tanımlanabilir (4). Buna doğum sırasında saygısız ve saldırgan muamele, fiziksel istismar, ağır aşağılama ve sözlü taciz, rıza olmadan veya zorlama altında gerçekleştirilen tıbbi prosedürler, gizliliğin olmaması, bilgilendirilmiş onamın eksiksiz olarak alınmaması, analjezik vermeyi reddetme, bariz mahremiyet ihlalleri, sağlık merkezine kabul etmeme ve bakım sırasında özen gösterilmemesi gibi bir dizi eylem dahildir (5-7).

Obstetrik şiddetin prevalansı, diğer faktörlerin yanı sıra ülkeden ülkeye, kullanılan ölçüm aracı ve yöntemine, obstetrik şiddetin tanımına, türüne ve ayrıca sağlık kuruluşunun özelliğine bağlı olarak %15.2-78 arasında değişmektedir (8-13). Bu tür bir şiddet medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, çalışma durumu, ırk ve parite gözetmeksizin pek çok kadının maruz kaldığı bildirilmektedir (14-16). Özellikle bazı toplum tabakalarında obstetrik şiddetin daha yaygın olabileceği vurgulanmaktadır (17). Çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzey (18-19), genç yaşta olma, kadınların haklarını bilmemesi ve ırk faktörünün obstetrik şiddete maruz kalmakla ilişkili olduğu gösterilmiştir (20).

Obstetrik şiddet kadınlarda fiziksel, cinsel ve psikolojik sorunlara neden olabilmekle birlikte (21), hayatlarında çok anlamlı bir deneyim olan gebelik ve doğum, şiddet içeren ve olumsuz bir deneyime dönüşebilmektedir (4). Obstetrik şiddete maruz kalan kadınlarda ve çocuklarında uygulanan şiddetin sonuçlarına ilişkin çalışmalar sınırlıdır. Brezilya'da 3065 kadınla yapılan bir çalışmada, obstetrik şiddete maruz

kalmanın, doğum sonrası üç ayda depresyon yaşama riskini artırdığı ve en az orta düzeyde depresyona neden olduğu belirlenmiştir (22). İspanya'da doğum sonrası 1531 kadınla yapılan bir çalışmada doğumdan bir yıl sonraki travma sonrası stres bozukluğu, doğum sırasındaki kötü muamele ile ilişkilendirilmiştir (23). Obstetrik şiddetin psikolojik etkilerinin yanı sıra kadınların şimdiki veya gelecekteki bakımlarında sağlık kurumlarını kullanma kararlarını etkileyebileceği ve bu nedenle vasıfsız sağlık bakım hizmetlerine başvurabileceği de bildirilmektedir (24-26).

Öte yandan literatürde, obstetrik bakım sırasında bu tür şiddete tanık olan personelin, kadının yaşadığı travmaları birinci elden gözlemlemeye tepki olarak merhamet yorgunluğu veya ikincil travmatik stres yaşayabileceği öne sürülmektedir (27). DSÖ, saygılı bakım uygulamaları ve profesyonel yaklaşımın gerekli olduğunu belirterek, sağlık çalışanlarının gebe kadınlara şefkatli ve onurlu bir şekilde muamele etmesini sağlamak için desteğe ve eğitime ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir (2). Bakım veren sağlık personellerinin obstetrik şiddete dair bilgilendirme yoluyla farkındalıklarının artırılması obstetrik şiddetin azaltılmasında ve önlenmesine yardımcı olabilir. Bu nedenle özellikle obstetrik bakım hizmetlerini sunan ebe ve hemşirelerin obstetrik şiddet konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir (28-30). Ancak literatür incelemesinde bakım sırasında obstetrik şiddeti önlemeye yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu doğrultuda, obstetrik şiddetin fark edilmediği, dikkate alınmadığı ve konuşulmadığı Türkiye'de yapılan bu araştırmanın, obstetrik şiddete dikkat çekeceği, ebe ve hemşirelerde obstetrik şiddet hakkında farkındalık yaratacağı, genel olarak kadın ile ebe ve hemşire arasındaki iletişimi iyileştirebileceği ve bakım alan kadınların obstetrik şiddete maruz kalmasını önleyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik ebe ve hemşirelere verilen eğitim programının ebe ve hemşirelerin bakım algıları, iletişim becerileri ile bakım alan kadınların bakım algıları ve bakımdan memnuniyet düzeyine etkisini incelemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik eğitim alan ve almayan ebe ve hemşireler arasında bakım algıları açısından fark vardır.

H₂: Obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik eğitim alan ve almayan ebe ve hemşireler arasında iletişim becerilerini açısından fark vardır.

H₃: Obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik eğitim alan ve almayan ebe ve hemşirelerden bakım alan kadınların bakım algıları açısından fark vardır.

H₄: Obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik eğitim alan ve almayan ebe ve hemşirelerden bakım alan kadınların memnuniyetleri açısından fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obstetrik Şiddet Kavramı

Sağlık kurumlarında kadınlara uygulanan kötü muamele, dünya çapında önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir. Kadınlar sağlık kurumlarındaki bu saygısız, ihmalcı veya istismarcı muamelelere gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde maruz kalırsa obstetrik şiddet olarak adlandırılır (29, 30).

Obstetrik şiddet, sağlık kurumlarında bakım sırasında kadınlara fiziksel ve/veya psikolojik zarar veren eylemler, ihmaller ve saygısız muamelelerden oluşur (5, 6). Dünya genelinde, kadınların çeşitli derecelerde kötü muameleye maruz kaldıkları (özerkliklerine saygısızlık, taciz, sözlü hakaretler, fiziksel şiddet, ayrımcılık, terk edilme, zorla tıbbi müdahale vb.) bildirilmektedir (16, 31). Shabot ve Wolf obstetrik şiddeti, kadına yönelik toplumsal cinsiyet şiddeti olarak savunurlarken (32, 33), Dixon, kışkırtıcı, sarsıcı ve beklenmedik bir durum olarak tanımlamaktadır (34). Kurumsal hizmet sunmada kadınların karşılaştığı obstetrik şiddet unsurları şunlardır; üreme haklarının ihlali, azarlama, alay etme, hakaret, tehdit, aşağılama, bilginin manipülasyonu, tedaviyi reddetme, acil tıbbi bakımın geciktirilmesi, isteklere kayıtsızlık ya da şikâyetler, gebelerin doğum eyleminin evrelerinde verilen kararlar hakkında bilgilendirilmemesi, kadınların onurlarına saygı gösterilmemesi, kadınların rızasını almadan uygulanan müdahaleler, anne-bebek temasını geciktirmek, emzirmenin engellenmesi ve kasıtlı olarak zarar veren eylemlerdir (16, 34, 35).

Obstetrik şiddet, kadın haklarını spesifik olarak ihlal eden özel bir şiddet biçimidir. Obstetrik şiddet, eşitlik hakları, ayrımcılığa uğramama hakkı, bilgi, bütünlük, sağlık ve üreme özerkliği gibi belirli bir kadın hakları ihlalidir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası sağlık bakımı sırasında hem kamu hem de özel tıbbi uygulamalarda ortaya çıkar hem kurumsal hem de cinsiyet şiddeti olarak çok faktörlüdür. Bu şiddet kadının hem zihinsel hem de fiziksel bütünlüğünü riske atmaktadır. Dolayısıyla obstetrik şiddet, kadın hak ihlaliyle birlikte halk sağlığı sorunudur (28, 31).

Obstetrik şiddet, bakım verenlerin kasıtlı olarak yaptığı, çoğunlukla gizlenen ve/veya kabul edilmeyen uygulamaları kapsamaktadır (7-9).

Obstetrik şiddet, çeşitli kategorileri içermektedir. Bunlar; psikolojik, sözlü, duygusal, fiziksel, yapısal (sistem yetersizliği) ve gereksiz tıbbi uygulamalardır. Psikolojik şiddet, insancıl olmayan kaba davranışları, aşağılamayı, ayrımcılık durumlarını içerir (27-29). Psikolojik şiddet, daha çok kadınların obstetrik bakım sırasında oryantasyon talep etmeleri ya da endişelerini dile getirmeleriyle ortaya çıkmaktadır. Fiziksel şiddet ise, invaziv prosedürlerin uygulanması, ilaçların uygunsuz yönetilmesi, doğal doğum pozisyonları ve biyolojik süreçlere uyulmaması durumunda ortaya çıkar (28). Dolayısıyla, obstetrik şiddet, doğrudan şiddeti (fiziksel, sözlü ve cinsel taciz), duygusal şiddeti (insanlık dışı, saygısızlık, saygın olmayan bakım) ve yapısal şiddeti (damgalanma, ayrımcılık ve sistem eksiklikleri) içermektedir (27-31).

2.1.1. Epidemiyolojisi

Çalışma ortamında, obstetrik şiddete ilişkin sınırlı kanıt vardır. Bu nedenle obstetrik şiddetin prevalansı tam bilinmemektedir (13). Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılında dünyanın dört bir yanında sağlık kurumlarında kadınların obstetrik şiddet çeşitlerinden en az birine maruz kaldığını bildirmiştir (27).

Yapılan çalışmalarda ülkelerdeki obstetrik şiddet ile ilgili farklı oranlar belirlenmiştir. Etiyopya'da kadınların %75-78 (13) arasında, Tanzanya kadınlarının %70'nin (36), beş Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada kadınların %20'nin (16, 31, 36). Kenya'da kadınların %20'sinin (10), Brezilya'da kadınların %18-70 arasında (9, 36). Kuzey Hindistan'da kadınların %28.8'inin (13) ve Hindistan'da kadınların %15.2-28.8 arasında (8, 12) obstetrik şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir.

Literatürde obstetrik şiddet kadınların durumu ve yaşadığı bölge ile ilişkili bulunmuştur. Kentte yaşayan kadınların kırsalda yaşayanlara göre en az bir obstetrik şiddet bildirme olasılığı 1.89 kat daha fazlayken, ilköğretim mezunu kadınların, orta öğretim ve üzeri eğitim almış olanlara göre herhangi bir obstetrik şiddete bildirme olasılığı %51 daha düşüktür (13).

2.1.2. Obstetrik Şiddete Neden Olan Faktörler

Kadınlar sağlık kurumlarında bakım ve tedavi sırasında farklı dönemlerde farklı şekilde obstetrik şiddete maruz kalmaktadır. Obstetrik şiddet, bazen çok belirgin bir şekilde uygulanırken bazen de tanınmasını engelleyecek biçimde uygulanmaktadır. Bu

nedenle sağlık kurumlarında bakım veren ebe ve hemşirelerin obstetrik şiddete neden olan faktörleri tanımlayabilmesi önemlidir (8, 9, 12, 13, 35).

Prekonsepsiyonel Dönemde Obstetrik şiddet

Prekonsepsiyonel bakımın amacı kadının ve eşinin gebeliğe sağlıklı biçimde hazırlamasını sağlamak, kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını mümkün olan en üst seviyeye çıkarmak, gebelik, doğum ve doğum sonrasında anne ve fetüste oluşabilecek riskleri en aza indirmek veya ortadan kaldırmak, annelerin ve bebeklerin daha sağlıklı olmasını sağlamaktır (36, 37). Bunula birlikte kadınlar bu dönemde obstetrik şiddete maruz kalabilmektedir.

Prekonsepsiyonel dönemde kadın ve ailesine uygun danışmalık ve kanıt temelli eğitimin verilmemesi, kadının ruhsal ve fiziksel sağlığını bozan ve tehdit eden davranışlar, fiziksel istismar ve saygısız bakım obstetrik şiddet nedenlerindedir. Ayrıca prekonsepsiyonel dönemde obstetrik şiddete neden olan faktörleri şu şekilde sıralanabilir:

- Obstetrik şiddet kavramının bilinmemesi,
- Kadına yönelik obstetrik şiddet konusunda herhangi bir yasanın olmaması,
- Obstetrik şiddet farkındalık ve bilinçlendirme çalışmalarının olmaması,
- Konu ile ilgili farklı multidisipliner çalışmaların olmaması,
- Konu ile ilgili eğitimlerin olmaması,
- Kadının düşük eğitim düzeyi,
- Ebe ve hemşirelerin kanıta dayalı bakım vermemesi,
- Yaşananlara kimsenin müdahale etmemesi,
- Bazı kadınlar şiddeti hak ederler anlayışı,
- Kadının daha önce şiddete maruz kalması,
- Kadının sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması,
- Toplumda kadının statüsünün düşük olması,
- Kadının sağlık kurumlarından nasıl hizmet alınacağını bilmemesi,
- Müdahalenin fazla olması,
- Kadın bedeniyle ilgili kültürel tutumları (37-40).

Gebelik Döneminde Obstetrik Şiddet

Anne, yenidoğan, aile ve toplum sağlığı için gebelik döneminin sağlıklı geçirilmesi önemlidir. Gebelik döneminde kadının obstetrik şiddete uğraması aile ve toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir. Obstetrik şiddet gebelikte hassas ve duygusal olan kadının ruhsal ve fiziksel sağlığını olumsuz etkiler (41). Bu nedenle kadının gebelik dönemini sağlıklı bir biçimde geçirmesinde ebe ve hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Ebe ve hemşireler gebelik döneminde obstetrik şiddete neden olan faktörleri bilmeli ve obstetrik şiddetin önlenmesinde rol almalıdır (41, 42).

Gebelik döneminde obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenleri; kadının ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi, gebeye yeterli ve doğru bilgi verilmemesi, fiziksel şiddet uygulanması, rızasız bakım yapılması, tedavi reddinin onaylanmaması, sözlü aşağılama, ilaçların gereksiz kullanımı, kaba muamele, etnik köken, ırk veya ekonomik geçmiş, kadının yaşı, İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) durumu gibi nedenlere dayalı olarak ayrımcılık veya aşağılamaya uğramasıdır (42, 43).

Gebenin sağlık kurumlarında muayene öncesi, muayene sırasında ve sonrasında refakat edecek kişilere izin verilmemesi, muayene sürenin kısa tutulması, soru sormasına izin vermeme, ortamdan hemen uzaklaştırılması, gebelik, gebelikte beslenme ve gebelik komplikasyonları hakkında yetersiz ya da hiç bilgi verilmemesi, vajinal muayene için onam istenmemesi, gebe muayene odasından çıkmadan başka bir hasta alınması veya birden fazla gebenin aynı muayene odasında muayene edilmesi ve bilgilendirilmemesi ve gebenin algılanmasının sorgulanmaması gebelikte obstetrik şiddet nedenleridir (12, 29, 30, 41).

Ayrıca obstetrik şiddet sağlık profesyonellerinin, gebelik döneminde kadınların eşitlik haklarını ihlal etmeleri, ayrımcılık yapmaları, insanlık dışı muamele etmeleri, kaliteli sağlık hizmetinden mahrum bırakmaları, üreme özerkliği haklarını ihlal etmeleri, yanlış inanış ve düşüncelerini düzeltmemeleri, annelerin bebeğini kabul etmesinde ve doğuma hazırlanmasında yeterli zaman ayırmamaları ve kadının ihtiyaç duyduğu onurlu destek ihtiyaçlarını karşılayamamaları durumlarında ortaya çıkmaktadır (41-43).

Doğum Sırasında Obstetrik Şiddet

Obstetrik şiddet en çok doğum sırasında meydana gelmektedir. Kanıtlar, dünyanın dört bir yanında kadınların doğum sırasında kötü muameleye maruz kaldıklarını desteklemektedir. Doğum sırasında, sözlü ve sözsüz taciz, ayrımcılık, izin verilmeyen

prosedürler ve destekleyici olmayan bakım ile karşılaşılabilir (16, 27). Doğum sırasında obstetrik şiddet, fiziksel, sözlü, duygusal, psikolojik, gereksiz tıbbi uygulamalar ve sistem yetersizliğine bağlı yapısal şiddet olmak üzere çeşitli kategorileri içermektedir (40, 43, 44).

Doğum sırasındaki fiziksel şiddet, invaziv prosedürlerin uygulanması, uygunsuz ilaç kullanımı, onam alınmadan kadının bedenine müdahale edilmesi, doğal biyolojik süreçlere uyulmaması, doğum pozisyonlarına uyulmaması, fundal bası uygulanması, tokat atma, dürtme, çimdik atma, rıza alınmadan sezaryen kararı, erken bağlanma ve emzirmeye engel olmaktır (30, 31).

Doğum sırasında ebeler kurum prosedürlerine uymadıklarında gebelere bağırma, çağırma ve uygunsuz sözler (küçümseme, aşağılama, alay etme vb.) söyleyebilmektedir. Dolayısıyla doğumda sözlü şiddet ortaya çıkmasına neden olmaktadır (30, 44).

Psikolojik şiddet, daha çok kadınların obstetrik bakım sırasında oryantasyon talep etmeleri veya endişelerini dile getirmeleriyle ortaya çıkmaktadır. Kaba davranışlar, uygunsuz sözler, bağırma, aşağılama, küçümseme, saldırgan tavırlar, ayrımcılık, insanlık dışı muamele, saygısızlık ve saygın olmayan bakım psikolojik şiddetin ortaya çıkmasına neden olur (28, 45, 46).

Doğum sırasında gereksiz tıbbi uygulamalar obstetrik şiddet nedenleridir. Bunlar; Gebenin hastaneye yatışı yapıldıktan sonra rutin damar yolu açılması, rutin lavman uygulanması, rutin sentetik oksitosin başlanması, sürekli Nonstress Test (NST), rutin epizyotomi açılması ve onam alınmadan sezaryen kararının alınmasıdır (46, 47).

Doğumda yapısal şiddet ise sistem yetersizliği, ayrımcılık, aşırı kalabalık hastaneler, yetersiz sayıda sağlık personeli, yetersiz malzeme ve uygunsuz bir altyapı, dikey doğum konusunda sınırlı deneyim, eğitimde sırtüstü vajinal doğum pozisyonu öğretme, vajinal doğumu hızlandırma teknikleri, kadının bilgilendirilmiş onamının alınmaması ve bakımın bireyselleştirilmemesinde ortaya çıkmaktadır (40, 45, 47).

Doğum Sonu Dönemde Obstetrik Şiddet

Postpartum dönem, plasentanın doğumundan başlayarak bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi duruma döndüğü altı haftalık süreyi kapsayan periyottur. Doğum sonu dönemde obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenleri;_ anne-bebek bağlanması ya da ten temasının sağlanmaması/geciktirilmesi, kadının ihtiyaçlarının

karşılanmaması, kadının bilgilendirilmemesi, emzirmeye teşvik edilmemesi, gereksiz tıbbi uygulamalar, tıbbi bakımın geciktirilmesi/yapılmaması, kadın ve anne haklarına, ilkelerine saygılı olunmaması, güvenli, etkili ve kişiselleştirilmiş bakımı desteklemede yetersizlik, yararlı olmayan sağlık sonuçlarını, uygunsuz veya gereksiz riskli müdahalelerin ortadan kaldırılmaması ve kanıta dayalı bakımın sunulmamasıdır (30, 40, 45, 48).

2.2. Hak Temelli, Bütünleşik Anne Sağlığı

Anne sağlığı, kadının gebelik, doğum ve postpartum dönemdeki sağlığını ifade eder. Anne sağlığının iyileştirilmesi, insan hakları yaklaşımına dayanan ve evrensel sağlık sigortası çabalarıyla bağlantılı olan DSÖ'nün temel önceliklerinden biridir (49). Kadının yaşama, özgürlük, eşitlik, mahremiyet, üreme, sağlığının korunması, çocuk sahibi olma veya olmama, bilgilendirilme, bilimsel çalışmalardan yararlanma ve eğitim gibi birçok hakkı vardır (50). Başta cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları olmak üzere sağlık sonuçlarını etkileyen eşitsizliklerin ele alınması, tüm kadınların saygılı ve yüksek kaliteli doğum bakımına erişimini sağlamak esastır (49).

Bir kadının gebelik, doğum ve doğum sonrasında anne sağlığı hizmetlerini kullanıp kullanmama kararının anne ölüm oranı üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri vardır (51). Her gün yaklaşık olarak 810 kadın gebelik ve doğum ile ilgili önlenebilir nedenlerle hayatını kaybetmektedir. Bu sayı kabul edilemez derecede yüksektir. Anne yaralanmasının ve ölümünün en yaygın doğrudan nedenleri, aşırı kan kaybı, enfeksiyon, yüksek tansiyon, güvensiz kürtaj ve engelli doğumun yanı sıra anemi, sıtma ve kalp hastalığı gibi dolaylı nedenlerdir. Anne ölümlerinin çoğu, destekleyici bir ortamda sağlık profesyoneli tarafından zamanında ve kaliteli bir bakımla yönetilerek önlenebilir (52).

Önlenebilir anne ölümünün sona ermesi, küresel gündemin en üst sıralarında yer almalıdır. Sağlığı ve refahı teşvik etmek için annenin yaralanmasını ve engelliliğini azaltan çabaları genişletmek çok önemlidir (53). Anne ölümlerini önlemek için istenmeyen gebelikleri önlemek de hayati önem taşımaktadır. Adölesanlar da dahil olmak üzere tüm kadınların doğum kontrolüne, güvenli kürtaj hizmetlerine yasaların tam kapsamına ve kaliteli kürtaj sonrası bakıma erişmesi gerekir (54-55). DSÖ, kadınların değerlerinin ve tercihlerinin kendi bakımlarının merkezinde olduğu sağlık planlamasını savunur. Kadınların, ailelerin, toplulukların ve hizmet sağlayıcıların katılımı ve yetkilendirilmesi, kalite iyileştirme girişimleri için çok önemlidir. Anne sağlığı için

gebelik, doğum ve doğum sonrası bakımın tüm süreci boyunca teşvik etmek de çok önemlidir. Bu, iyi beslenmeyi, hastalıkları tespit etmeyi ve önlemeyi, cinsel sağlık ve üreme sağlığına erişimi sağlamayı ve partner şiddetine maruz kalmış olabilecek kadınları desteklemeyi içermektedir (49, 52, 55, 56).

Kadınların gebelik ve doğum sırasında bakım almasını veya bakım aramasını engelleyen başlıca faktörler şunlardır: yoksulluk, sağlık tesislerine uzaklık, bilgi eksikliği, yetersiz ve kalitesiz hizmet, kültürel inançlar ve uygulamalardır. Anne sağlığını iyileştirmek için, kaliteli anne sağlığı hizmetlerine erişimi sınırlayan engeller belirlenmeli ve hem sağlık sistemi hem de toplumsal düzeylerde ele alınmalıdır (53, 57).

DSÖ, önlenebilir anne ölümlerinin sona erdirilmesi stratejisinde tanımlandığı gibi, aşağıdakileri desteklemek için ülkelerdeki ortaklarla birlikte çalışmaktadır:

1. Üreme, anne ve yenidoğan sağlık hizmetlerine erişim ve kalitedeki eşitsizlikleri ele almak;
2. Kapsamlı üreme, anne ve yenidoğan sağlık bakımı için evrensel sağlık kapsamının sağlanması;
3. Anne ölümleri, üreme ve anne hastalıkları ve ilgili engellerin tüm nedenlerini ele almak;
4. Kadınların ve kız çocuklarının ihtiyaçlarına ve önceliklerine cevap verebilmek, yüksek kaliteli veri toplamak için sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi
5. Bakım kalitesini ve eşitliği geliştirmek için hesap verebilirliğin sağlanması (57).

2.3. Gebe ve Fetus Hakları

Kadının üreme hakları içinde gebelik ve doğum ile ilgili haklar yer almaktadır. Fetüs ve gebe hakları da birbirleriyle bağlantılıdır. Sadece anneyi dikkate alıp, fetüsü gebe bedeninin bir parçası olarak görmek kadar, anne ve fetüsü iki ayrı birey olarak görmek de doğru değildir. Burada fetüsü, anne bedeninde varlığını sürdürdüğü için özgürlüğü anne hakları ile kısıtlanan bir potansiyel birey, gebeyi de bedeninde taşıdığı canlının temel haklarına özen gösterme yükümlülüğü olan bir kişi olarak görmek gerekir. Dolayısıyla gebe ve fetüs hakları “insan temel hakları” ile bağlantılıdır. Gebe ve fetüs hakları sağlık

profesyonelleri tarafından tanınmalı, teşvik edilmeli, saygı gösterilmeli ve savunulmalıdır (58, 59).

2.3.1. Gebe Hakları

Gebe hakkı, kadının gebelik dönemi boyunca sahip olduğu haklardır. Bu hakların başında üreme hakları gelmektedir. Kadınların dünyaya getirecekleri çocuk sayısı ve doğumlar arasındaki süreyi serbest ve sorumlu olarak belirleme hakkı, bunun için gerekli eğitim, bilgi ve kaynağa sahip olma ve bu konuda karar verirken şiddet, baskı ve ayrımcılığa maruz kalmama hakları vardır (60). Uluslararası ve ulusal kuruluşlar kadın üreme sağlığı hakları hakkında birçok karar alınmasına rağmen halen istenen hedeflere ulaşamamıştır. DSÖ verilerine göre dünyada her yıl anne ölümlerinin %4.7 - %13.2'si güvenli olmayan düşükler nedeniyle meydana gelmektedir. İstenmeyen gebeliği olan ve güvenli kürtaja erişemeyen her kadın güvenli olmayan kürtaj riski altındadır (57).

Her gebenin öncelikle sağlıklı bir gebelik geçirme hakkı vardır. Bu nedenle gebelerin, birey olma, yaşama, barınma, beslenme, korunma, çalışma, temiz çevre, sağlıklı beslenme, sağlıklı doğurma, destek alma, karar verme, cinsel yaşam, özel yardım alma, kaynaklara ulaşma, eğitim, üreme ve cinsel yaşam, tıbbi yardım alma, gebelikte egzersiz, meditasyon ve stres yönetimi gibi birçok hakkı vardır. Ebe ve hemşireler gebe haklarını bilmeli, kanıta dayalı eğitim ve danışmalık yapmalıdır (61-64).

Çalışan gebelerin 4 temel yasal hakkı vardır: doğum öncesi bakım için ücretli izin, doğum izni, annelik parası veya analık parası, haksız muameleye, ayrımcılığa veya işten çıkarmaya karşı korumasıdır. İşverenler, gebe çalışanlara doğum öncesi bakım için izin vermeli ve bu süreler için normal ücretlerini ödemelidir (65).

Doğum öncesi bakım sadece tıbbi randevular değil, aynı zamanda bir doktor veya ebe tarafından tavsiye edilmişse doğum öncesi veya ebeveynlik derslerini de içermektedir. Baba veya gebe kadının eşi/partneri, doğum öncesi randevuya gitmek için ücretsiz işten izin alma hakkına sahiptir (62). Kadınlar gebe olduklarını işveren ile paylaşmalıdır. Çalışan, işverenine gebe olduğunu söylediğinde, işveren, çalışan ve bebekleri için riskleri değerlendirmelidir. Gebelerin, ağır kaldırma veya taşıma, yeterli molalar olmadan uzun süre ayakta durmak veya oturmak, toksik maddelere maruz kalma ve uzun çalışma saatlerinden korunma hakları vardır. Ayrıca kadın gebe olduğu için işten çıkarılma, iş teklif edilmeme, ücret ve şartları değiştirme, doğum iznindeyken çalışmaya

zorlamak ve emzirdiği için işe dönmelerini engellemek gibi işyerinde ayrımcılığa uğraması yasalara aykırıdır (61, 64-66).

2.3.2. Fetus Hakları

İnsanın temel hakları olan yaşama hakkı, temiz çevre hakkı, sağlık hakkı, barınma hakkı, beslenme hakkı, sağlıklı doğma ve korunma hakkı gibi haklar fetüs açısından önemli olup, kendi içinde bulunduğu koşullara uygun olarak bu haklardan yararlanma hakkı “fetüs hakları” olarak tanımlanabilir (67, 68). Fetüsü doğrudan koruyan herhangi bir hak düzenlemesi yoktur. Fetüsün zarara uğramasının önlenmesi için yasal, tıbbi etik açıdan korunması gerekmektedir (69, 70)

Bebeğin hak ehliyeti intrauterin yaşamdan itibaren başlamaktadır. Fetüsün başta yaşama hakkı olmak üzere mülkiyet hakkı, sağlık hakkı, korunma hakkı gibi temel hakları vardır (71). Fetüs yaşam hakkına sahipken, kadın ise kendi bedeninde olacıklara karar verme hakkına sahiptir. Fetüsün yaşamına müdahale edileceği görüşleri iki farklı çıkarımı ortaya atmaktadır. Bunlar;

- Kadının kendi bedeni ile ilgili karar verme hakkı,
- Fetüsün birey olma yetilerine sahip olmadığı görüşü. (59, 67).

Fletcher birey olabilmek için kendi kendini kontrol edebilme, başkaları ile iletişim kurabilme, endişelenebilme, merak etme ve kendi şuurunun farkında olabilmenin gerekli olduğunu savunmaktadır (72). Başka araştırmacılarda benzer görüşler ileri sürmekte ve birey olma yetilerinin bulunmamasından dolayı fetüs haklarının olmayacağı görüşünü savunmaktadırlar. Buna karşılık bazı araştırmacılar ise fetüsün bir canlı olduğunu, insana özgü özellikleri taşıdığını ve gebeliğin başlangıcından itibaren bireysel hakları olduğunu savunmuşlardır (67).

Fetüsün temel haklara sahip olma varsayımı, onun birey olarak kabul edildiğine dayanır. Dolayısıyla fetüsün bu temel haklarının yasal güvence altına alınma ihtiyacı bulunmaktadır. Dünyada birçok ülkenin hukuk sisteminde fetal haklar farklı değerlendirilmektedir (69). Kanada hukuk sisteminde fetal zarardan gebe sorumlu tutulmaktadır. İngiltere, Avusturalya (70) ve Türk Medeni Kanunu (TMK) (71) doğmadan önce fetüse hak tanımamakta fetüs canlı doğduktan sonra birey kabul edilip zarardan anne sorumlu tutulmaktadır. İngiltere’de ‘Doğuşsal Engellilikler’ yasasına göre canlı doğduktan sonra bebek, kendisine zarar verenlere dava açabilmektedir ve eğer

korunması gerekiyorsa aile yanından alınabilmektedir (73). TMK, 28. maddesine göre cenin sağ ve tam doğumla hak ehliyetini geçmişe dönük kazandığından cenine karşı işlenen haksız fiiller sağ doğumu takiben bir kişiye karşı işlenmiş olarak kabul edilmekte ve bu nedenle haksız fiil nedeniyle bedensel hasara uğrama durumunda tazminat talep etme hakkı doğmaktadır (71). Amerika Birleşik Devleti'nde ise fetüs ile ilgili hukuk sistemi eyaletlere göre değişmektedir (73).

2.4. Obstetrik Şiddeti Önleme Stratejileri

2.4.1. Başkalarına Saygı

Saygı kavramı çok boyutlu olmakla birlikte genel olarak; üstünlüğü, değeri, faydası, kutsallığı gibi nedenler ile başkalarına karşı ölçülü ve dikkatli davranmaya yol açan tutumlar ile birlikte başkalarını rahatsız etmekten çekinme duygularını kapsar (74). Saygının özünde kişilerin hürmet etmeleri vardır. Kişiler arasında karşılıklı memnuniyetin yolu karşılıklı saygıdan geçer. Karşılıklı saygı olmayan ilişkilerde kişileri birbirinden uzaklaştırır (75). Kişilere saygı göstermek onlardan çekinme ve korkma gibi eylemler değildir. Kişiyi olduğu gibi görme yetisini ifade eder. Saygı insanları olduğu gibi kabul etmek, dinlemek, anlamak, değer vermek ve alay etmemektir. Başkalarına saygı duymak veya saygılı davranmak onlardan da saygı görmenin temel şartıdır (74, 75).

Hasta hakları yönetmeliği 21. maddesinde mahremiyete saygı gösterilmesi yer alır. Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahalede, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmelidir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı; a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini, b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini, c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini, d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını, e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini, f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır (76).

Saygı tüm insanların sahip olduğu ve kişinin statüsü, nitelik, cinsiyet, din, ırk ve etnik kökeni gibi özelliklere bakılmaksızın herkese eşit gösterilmesi gereken bir insan özelliğidir. Ebe ve hemşirelerin topluma sağlık hizmeti sunmada önemli bir yeri vardır. Ebe ve hemşireler meslekleri gereği insanlarla çok fazla ilişki içindedirler. Daha sağlıklı bir bakım hizmeti için ebe hemşireler kendilerine ve hastalarına saygı göstermelidirler (75, 77, 78).

2.4.2. Profesyonel Bilgi Tutumu

Ebelik ve hemşirelik mesleği, ilk çağlarda usta çırak ilişkisiyle yürütülen, bilimsel uygulamalardan uzak bir meslekken, sağlık alanında değişimleri takip ederek büyük gelişmeler kaydetmiştir. Sanat ve bilimi etik değerleriyle birleştirip yorumlayarak profesyonel bir disiplin olarak sağlık meslekleri içinde yerini almıştır (79-80). Aynı zamanda ebelik alanındaki bilimsel çalışmaların hız kazanmasıyla ebelerin; araştırmacı, yenilikçi, lider, kendilerini sürekli geliştiren, entelektüel, sorumluluk sahibi sosyal iletişimi yüksek vb. özelliklerinin kazanmalarına sebep olmuş ve böylece profesyonelliğe giden yolda ilerlemişlerdir (79, 81).

Mesleki profesyonellik, ebelik ve hemşirelik meslek standartlarının oluşturulmasında ve/veya kaliteli bakım sunulmasında oldukça önemlidir (82). Meslekdeki profesyonelliğin olumsuz yönde etkilenmesi, kişiyi çok yönlü etkilemesiyle birlikte, kurumu da etkileyerek kurumdaki bakım kalitesinin olumsuz etkilenmesine, hizmet veren ve hizmet alanların memnuniyetsizliğine ve buna bağlı olarak kurumsal problemlere neden olabilmektedir (79).

Ebeler, bebek sahibi olma süreci içinde kadın ve bebeklerin bakımında rol oynayan çok önemli bir meslek grubudur. Ebelik mesleğinde yeterlilik, bilgelik, kişilerarası yetkinlik, kişisel ve mesleki gelişim içeren profesyonel bakım mutlaka yer almalıdır (83). Ebelik mesleğinde profesyonelleşme ölçütleri; mesleğin eğitim süresi, teori, yapılan işin toplumun temel sosyal değerleri ile bağlantısı, otonomi, örgütlenme, topluma hizmet sunan, meslek bağlılığı ve ahlakıdır (84, 85). Günümüzde toplumsal, kültürel, sosyal, teknolojik, ekonomik ve yasal vb. değişimlerden en fazla etkilenen ebelik ve hemşirelik mesleğinde mesleki profesyonellik her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. Ebelerin bakım verici rolünün yanında karar verici, eğitici, savunucu, koruyucu, danışman, yönetici, uzman ve koordinatör ebe ve hemşire rolleri günümüzde meslekte profesyonellelikle çok önemli hale gelmiştir (84, 86, 87).

2.4.3. Birey için Ulaşılabilir Olma

Ulaşılabilir olmak ebe ve hemşirenin bireysel özellikleri ile bakım sırasında bireye karşı olan davranışları içermektedir. Ulaşılabilirlikte ebe ve hemşireye ait özellikler; kendini tanıma, uygun beden dili kullanma, göz teması kurması, hastayı etkin dinleme, empati kurma, hasta ile güven ilişkisi kurma, hastaya zaman ayırma, açık ve anlaşılır mesaj alma ve verme, yansıma (geri bildirim, feedback, dönüt), destekleme (fiziksel, duygusal, savunuculuk ve bilgi desteği) mekan kullanımı, fiziksel temas, uygun ve yerinde taburculuk, eğitimler, kadının saygınlığını koruma, fikir ve inançlarına saygı duyma, hastanın kendilerini ifade edebilecekleri ortamlar yaratma, hastaların geçmiş deneyimlerini öğrenme, hastaların güçlendirilmeleri, hastaların odalarını düzenli olarak ziyaret etmek ve değerli olduklarını fark ettirmektir (81, 85, 87-90)

Ebe ve hemşirelerin bireylere hastalara dokunma, gülümseme, sıcak bir ses tonu veya anlık bir bakış ile varlığını sunması bir beceri olarak değerlendirilebilir (91). Ebe ve hemşireler varlığını sunarken taşıması gereken özellikler; hastadan sorumlu olması, sözlü ve sözsüz duyarlılık geliştirmesi, kişiye karşı açık, aktif bir dinleyici olması ve kendinin farkında olması olarak açıklanmıştır. Ayrıca hastanın ebe ve hemşireye ulaşılabilirlikten kaynaklanan incinebilme riskine de gönüllü olmalı ve katlanabilmelidir (81, 92).

2.4.4. Uygulamalarda Kanıt Temelli Girişimlerin Entegrasyonu

Kanıt dayalı uygulama, klinik kararları desteklemek için, elde edilebilen en iyi kanıtların kullanılma sürecidir. Sağlık bakımında kanıtların kullanılması, belli bir konuda araştırma sonuçlarının seçilmesi, sonuçların sentezlenmesi ve bu sonuçların klinik uygulama kararları için hazırlanmasıdır (36). Kanıt dayalı uygulamalar sağlık bakım hizmetlerinin her alanında olduğu gibi, obstetrik bakımda görevli ebe ve hemşireler için önemli standartlar oluşturulmasına yardımcı olmuştur (93).

Gebelik öncesi dönemde bakımın amacı, sağlığı optimize etmek, değiştirilebilir risk faktörlerini ele almak ve sağlıklı gebelik hakkında eğitim vermek için kadınla birlikte çalışarak kadın, fetüs ve yenidoğan için olumsuz sağlık etkileri riskini azaltmaktır (94). Gebelik öncesi sağlık ve sağlık bakımı, gelecekte bir bebeğin sağlığını korumak için adımlar atmaya odaklanır. Ancak gebelik öncesi sağlık, bir gün bebek sahibi olmayı planlamaya bakmaksızın tüm kadınlar ve erkekler için önemlidir (94, 95).

Centers for Disease Control and Prevention-CDC kanıt temelli prekonsepsiyonel danışmanlık konularının ebe ve hemşireler tarafından gebelik planlayan kadınlara veya çiftlere verilmesi gerektiği bildirilmiştir (96).

Antenatal bakım (prenatal bakım, doğum öncesi bakım=DÖB) fetüs ve annenin tüm gebelik boyunca sağlık profesyonelleri tarafından izlenmesi, gerekli muayene ve önerilerde bulunulmasıdır. Bu dönem boyunca kanıt temelli sağlık bakımı trimesterlere ve gebelik haftasına göre planlanır ve verilir (36).

Gebelik süresince kadınlara genel beslenme, fiziksel aktivite ve çalışma ortamı, cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş bakımı, sigara/alkol ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, tetanoz bağışıklaması, gebelikte tehlike bulguları gibi konularda danışmanlık yapılmalıdır (97). Ayrıca gebeler 24-28. haftaları arasında glukoz tarama testini yaptırması, fetusün sayısının, kalp atımının, biometrik ölçümlerinin, plasentanın lokalizasyonun, amniyotik sıvı miktarının değerlendirilmesi için obstetrik ultrasonografi ile değerlendirilmesi için sağlık kurumuna yönlendirilmelidir. Gebe kadına; fetal hareketlerin izlemi, kilo alımı, doğum eylemi, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı, anne sütü ve emzirme, aile planlaması (AP) gibi konularda danışmanlık verilmelidir. Fizik muayenede özellikle yaygın ödem kontrolü, meme muayenesi, pelvik yapı, serviks, prezentasyon değerlendirilmelidir (94, 98-100).

Doğum sırasında, kanıt temelli uygulamaların entegre edilmesi için DSÖ 2018 yılında yayınladığı rehberinde pozitif doğum deneyimi önerilerine yer vermiştir. Bu öneriler; travay ve doğum eylemi süresince saygılı annelik bakımı, etkili iletişim, refakatçi ve bakım sürekliliği şeklindedir (1). Pozitif doğum deneyimi; nazik, teknik olarak donanımlı ve yetenekli sağlık profesyoneli ve doğumda destek veren tarafından sağlanan uygulamaların ve emosyonel desteğin sürekliliği ile klinik ve psikolojik olarak güvenli bir ortamda sağlıklı bir bebek doğurmayı içeren bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (1, 95). Pozitif doğum deneyimi için sağlık bakım profesyonelleri ile doğum yapan kadınlar arasında, basit ve kültürel olarak kabul edilebilir yöntemler kullanılarak etkili iletişim kurulması önerilmektedir (36).

Saygılı annelik bakımı tüm kadınların mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan, özgürlüklerini ve kötü muamele görmemelerini garantiye alan, travay ve doğum eylemi süresince bilinçli seçimi ve sürekli desteği mümkün kılacak şekilde organize edilen ve sağlanan bakımı ifade etmektedir (1). Doğum deneyiminde saygılı bakım, anne

memnuniyeti ve bakım kalitesinde artma ve fiziksel istismarda, sözlü taciz, ihmal, onursuz bakım, epizyotomi ve kötü muamelede (saygısız veya küfürlü bakım deneyimi) azalma gibi önemli maternal sonuçlar belirlenmiştir (101).

Annelik bakımı sağlayıcıları ile doğumdaki kadınlar arasında basit ve kültürel olarak kabul edilebilir yöntemler kullanılarak etkili iletişim kurmaları önerilmektedir (102). Tüm kadınlar için travay ve doğum süresince onlara refakat edecek birini seçmeleri önerilmektedir. Bu kişi doğum desteği konusunda eğitim almış ancak sağlık kuruluşunun profesyonel personelinin bir parçası olmayan biri olmalıdır (101-103).

Ebelik bakım modeli bir kadına tam bilgi sağlamayı, onu bakımıyla ilgili kararlara dahil etmeyi ve bakımı ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacak şekilde bireyselleştirmeyi içerir (102). Ebelik liderliğindeki bakım daha düşük epidural analjezi, epizyotomi ve enstrümental doğum oranları, daha yüksek bakım sürekliliği oranları ve doğum sırasında kontrolün kendisinde olduğunu hisseden kadınlar ile ilişkilidir. Bir kadının ailesinin bireyselliğine saygı duymak ve onun ihtiyaçlarına uygun bir ortam yaratmak, "örnek" ebelik bakımının iki temel ilkesidir (105, 106). Ebelik bakım modelinin amacı, doğum yapan kişilere ve ailelerine bebeklerini güvenli, engelsiz ve güvenle dünyaya getirme sürecinde destek olmaktır. Her kadın, bir ebenin yüksek kaliteli, güvenli, kişiselleştirilmiş, özenli, uygun maliyetli ve saygılı bakımına erişimi hak eder. Kişiselleştirilmiş bakım ebelik bakımının temelidir (107).

2.4.5. İletişim Becerileri

İletişim kişiler arasında duygu, düşünce ve bilgilerin akla gelebilecek her türlü biçim ve yolla kişiden kişiye karşılıklı olarak aktarılmasıdır. İletişim süreci; kaynak (gönderici, verici), ileti (mesaj), kodlama (kod açma) kanal, alıcı (hedef), algılama ve değerlendirme (filtre), feedbackten (geri bildirim) oluşur (108). İletişim ilk önce göndericinin zihnindeki düşüncelerle ortaya çıkar. Kaynak, sahip olduğu tecrübe ve bilgilere göre bir mesaj oluşturur. Mesajı iletmeden önce onu "kod"lar. Bir düşüncüyü formüle ederek mesaj halinde bir kanal kullanarak alıcıya gönderir. Alıcı kodu çözer, filtreler ve geribildirimde bulunur. Her alıcının kod çözme süreci kendisine özgü olduğundan herkes bulunulan iletişimden farklı bir izlenim ve yorumla çıkabilir. Kişilerarası iletişim, insanlar arasında veri değişimini kapsar (109, 110).

İletişim becerileri; kişinin kendini karşıdaki bireyin yerine koyabilmesi, karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlayabilmesi, olaylara

karşısındaki kişinin bakış açısı ile bakabilmesi, tavır ve davranışlarını bunların sonucuna göre ayarlamasıdır (109).

İletişimin Amacı ve Önemi

İletişim insan ilişkilerinin temel unsurlarındır. İnsan var olduğu ilk günden beri varlığını iletişim ile sürdürmektedir. İnsanlar sosyal bir varlıktır ve ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri, problemlerini çözebilmeleri, diğer insanlar ile etkileşim halinde olabilmeleri ve hayatlarını devam ettirebilmeleri için iletişim kurmaları şarttır. Hayatın her alanında iletişim yer almaktadır. Dolayısıyla iletişimin insanların hayatında vazgeçilmez ve çok önemli bir yeri vardır (111, 112).

İletişimde başarılı olmak için doğru kişi, doğru zaman, doğru iletişim ilkeleri ve doğru iletişim tekniklerini kullanmak gerekir. İnsanlar sözlü ve/veya sözsüz yani beden diliyle iletişime geçerler. İletişimde sözler, simgeler, mimikler ve jestler çok önemlidir. İletişimde etki oranları şöyledir; sözcükler %7, ses tonu %38, beden dili ise %55'tir (113). Ses tonu hem sosyal yaşamda hem de çalışma hayatında kişinin iletişim gücünü ve başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Konuşurken ses tonu, vurgu ve seçilen kelimeler kadar karşımızdaki kişiyle aynı ses tonunu ve hızını kullanmak, uyum sağlamak açısından çok önemlidir. Etkili iletişim kurmak için konuşma hızını ve tonunu karşıdaki kişi ile aynı ayarlamak yeterli olacaktır (109, 112, 114).

İletişimi Etkileyen Faktörler

İletişimi olumlu ve olumsuz etkileyen faktörler vardır. İletişimi becerilerini olumlu etkileyen faktörler; empati kurma, etkin dinleme, farklılıklara saygılı olma, kendini doğru ifade etme, göz teması kurma, gülümseme, dikkatini verme, etkili reddetme ve ben dili kullanmaktır. İletişimi becerilerini olumsuz etkileyen faktörler ise ön yargılı olma, emir verme, tehdit etme, suçlama, alay etme, isim (lakap) takma, argo sözcük kullanma, karşısındakinin sözünü kesme ve sen dili kullanmaktır (115, 116).

İletişimde ben ve sen dili çok önemli bir yere sahiptir; "Ben" dili karşıdaki kişiyi savunmaya yönlendirmemiş ve kişiyi suçluluk duygusu içinde bırakmamış olur. Duygunun nedeni net şekilde ortaya konduğundan sağlıklı iletişim kurulur, ben dilini kullanan kişi, karşısındakinin düşünmeye yönlendirir iletişim sorununu ortadan kaldırarak anlaşmazlıkları engeller ve iletişimi güçlendirir (113). İletişimde "Sen" dili ise karşıdaki kişiyi suçlayan bir konuşma şeklidir. Cümleler sürekli ikinci şahsa göre çekimlenir, sağlıklı bir konuşma tarzı değildir, kişiye kendini suçlu hissettirir, davranışa değil, kişiye

yöneliktir, karşıdaki insanı savunmaya yönlendirir, tekrar iletişim kurma isteğini ortadan kaldırır, insanların kalbini kırar, kişiyi üzer ve problemin kaynağına ulaştırmamaktadır (113, 116).

İletişimi oluşturan en önemli unsurların başında konuşma gelir. Konuşurken de ses tonu, vurgu ve seçilen kelimeler karşıdaki hakkında bilgi sahibi olmayı sağlar. Ses tonu hem sosyal yaşamda hem de çalışma hayatında kişinin iletişim gücünü ve başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biridir (111). Tonlamanın önemi, en çok konuşurken kişinin içinde bulunduğu duyguyu karşısındakine aktarma aşamasında ortaya çıkar (116).

Ekip içi etkin iletişim çalışma hayatında önemli bir yere sahiptir. Takım olmak, insanları "biz" olmaya yönelten, yaratıcı yeteneklerin ve fikirlerin birleşmesine ve çoğalmasına olanak tanımaktadır. Takım olmak bir yetenektir; başarılı bir lider ve nitelikli çalışanlardan oluşan ekip, uyum yakalayamadığı sürece gerçek bir ekip olamaz. Ekip birliği sağlama sürecinde sağlıklı iletişimin büyük önemi olmaktadır. Takımın üyeleri, iş için gerekli fonksiyonları gerçekleştirecek çeşitli roller üstlenir. İdeal bir ekip, her üyenin kattığı yetenek ve bilgi açısından çeşitlilik göstermelidir. Her şeyden önce takım lideriyle üyeleri arasında çift taraflı ve kuvvetli bir bilgi akışı olması gerekir (78, 111, 114). Kişilik farklılıkları da gözetildiğinde takım içinde etkin iletişimi sağlamak için, etkin dinleme ve kendini doğru ifade etme teknikleri önerilir. Negatif anlam içeren cümleler, takım içinde olumsuz bir hava yaratabilir. Sağlıklı iletişimin yolu dinlemek, etkili konuşmak ve fiziksel olarak doğru mesajları vermektir (78, 112, 114).

Etkili İletişim için Gerekli Faktörler

İletişim sürecinde kaynağın istediği, niyet ettiği, hedeflediği amaç doğrultusunda oluşturduğu mesajı alıcı tarafından aynı biçimde alınması, planlanması ve beklenen doğrultuda karşılık vermesi etkili iletişimin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Bir mesajın etkili bir biçimde hedefe iletilmesinde bazı faktörler etkili olur. Bunlar;

Anlayış

İstenilen uyarın içeriğinin doğru biçimde alınması veya kabul edilmesidir. İletişimde bulunan kişiler arasında anlayışın güçlenmesini sağlamak için yazılı olarak iletme, özetleme yapmak, açıklama yapmak gibi yöntemlerin kullanılması gerekir. Örneğin kanıt temelli bir uygulamanın hastane uygulamalarına entegre edilmesinde bilgi boşluğunu önlemek için iletinin doğru bir biçimde iletilmesi veya beklenen anlayışın

gelişmesi için sözlü bildirimlerde yanı sıra, kitapçıklar ve yazılı metinlerin de verilmesi gerekebilir (112, 115).

Memnuniyet

Alıcının iletişim sonucunda tepkisinin olumlu olmasıdır. Genellikle günlük iletişimlerde kişilerin temel iletişim mesajından daha çok, temel mesajı bildirmeden önceki etkileşimleri önemlidir. Örneğin “günaydın nasılsınız?”, “hava ne güzel” vb. iletişimi başlatan başlangıç cümleleri, hastalar ile olumlu ilişkiler geliştirilmesini sağlayarak karşılıklı memnuniyeti artırır (78, 116). İletişim, hem hastanın memnuniyetini hem de sağlık profesyonelinin korunmasını sağlayarak, doğru, tutarlı ve kolay ebelik hemşirelik bakımlarının yapılmasına yardımcı olur. Sağlık çalışanları iletişim becerileri konusunda eğitim almadıklarında, işleri özel yaşamlarından ayırmada daha fazla zorlukla karşılaşmakta ve sorunları bir taraftan diğerine aktarma eğiliminde olmaktadır (115, 117).

Tutumları Etkileme

İletişim sürecinin sonunda alıcıda kaynağın aktardığı mesajların etkisiyle var olan ve süregelen tutumlarında farklılaşmaların meydana gelmesi beklenir. Örneğin, bir grup hastanın iletişiminde hastanenin bir kliniğindeki çalışanlar hakkındaki düşüncelerini paylaşması sonucunda hastaların tutumlarında değişiklikler yaratabilir. Dolayısıyla iletişimin sosyal etkiler yarattığı söylenebilir (78, 118).

Ebe ve hemşirelerin tutum ve davranışları, kadınların, eşlerinin ve ailelerinin anne sağlığı bakımını nasıl algıladıklarını ve deneyimlediklerini hem olumlu hem de olumsuz yönde etkiledikleri için kalitenin önemli bir unsurudur. Ebe ve hemşirelerin saygılı bakım sağlamaması, sağlık sisteminden memnuniyetsizliğe yol açarak doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetleri arama olasılığını azaltabilir (119). Ayrıca, olumsuz tutum ve davranışlar, kadınların onurlu ve saygılı anne sağlığı hizmeti alma temel hakkını tehlikeye atmanın yanı sıra, bakımın kalitesini ve anne ve bebek sağlığını geliştirme çabalarının etkinliğini zayıflatabilir (120, 121).

İlişkilerin Gelişmesi

İletişimin doğru sözcükler, doğru zamanda, doğru bir iletişim tarzıyla gerçekleştirilmesi sonucu kişiler arasında psikolojik olarak olumlu duygular hissedilmekte ve güven duygusu gelişmektedir. Böylece iletişimde etkililik sağlanmaktadır. Kadın-ebe ve hemşire ilişkisi, 'kadınla birlikte' olmak felsefesinin ve

uygulamasının merkezinde olmalıdır. Kadına bakım verirken kadının desteğini de içeren kadın merkezli bakım sağlanmalıdır (78, 122).

İletişimde Yaklaşım Türleri

İletişimin sözlü, sözsüz (beden dili), görsel ve yazılı olmak üzere 4 türü vardır. İletinin alıcıya sözlerle aktarılmasına sözlü iletişim, jest, mimik vb. ile aktarılmasına sözsüz iletişim, resim, fotoğraf vb. ile aktarılmasına görsel iletişim yazılı bir metin ile aktarılmasına ise yazılı iletişim denir (122).

İletişimde yaklaşım türleri proaktif ve reaktif yaklaşım türleridir (109, 111, 112). Proaktif yaklaşım iletişimin özellikleri; ilk adımı atma, sorumluluk alma, değerlerle hareket etme, çözümün bir parçası olma, gerçeklerle yüzleşme, durum değerlendirmesi yapma, en uygun pozitif çözümü bulma, etki alanını genişletme, esnek olma, içten-dışa değişimi benimseme, değiştirilebilir olanla ilgilenme ve hatalardan ders almaktır. Proaktif iletişim yaklaşım türünde kişinin görüşü; 'çözüm bende sonuca etki edebilirim'dir. Kişilerin davranışları şöyledir; 'duygularımı kontrol edebilirim' 'seçeneklerimize bir bakalım' 'seçerim' 'yapacağım' 'yeğliyorum' şeklindedir (112, 123).

İletişimde reaktif yaklaşım türünün özellikleri ise konuya negatif yaklaşma, olaylara ani tepki verme, süreçle değil sonuçla ilgilenme, gerçeklerden kopukluk, esnekliği yitirme, savunma ve değişimi kabullenmemedir. Reaktif yaklaşım türünde kişide 'çözüm dışarıda, sonucu etkilemem imkansız' görüşü vardır. Bireyler, yapabileceğim bir şey yok, beni öyle kızdırıyor ki! Buna izin vermezler, yapamam, yapmalıyım ve keşke gibi tepkiler verir (111, 123).

İletişimde Güvenlik Alanları

İnsanların özel ve sosyal ilişkilerinde kendilerini rahat hissettikleri alanları vardır. Bular; mahrem, kişisel, sosyal ve genel alandır. Mahrem (özel) alan (0-40 cm): Bu alan sevilen kişilere ve aile fertlerine ayrılmıştır. Bu alan dâhilinde kişiler birbirine dokunabilir ve kucaklaşabilirler. Kişiye çok yakın bu temas sadece ve ancak kişisel ilişkiler için uygundur (Eş, sevgili, çocuk, anne-baba...). Kişisel alan (40-100 cm): Bu alan insanların çoğunlukla çevresinde korumak istediği bir alandır. Bu alanda güvenilir ve samimi arkadaşlar ile bireyin tanıdıklarıyla tercih edilen mesafedir (Yakın dostlar, akrabalar...). Sosyal alan (100-300 cm): Günlük ve geçici iletişimde bulunan bireyler için en uygun mesafedir. Resmi ve sosyal ilişkiler için de kullanılır (İsmin tanıdıklarımız, postacı,

kargocu...). Genel (kamusal) alan (300 cm ve fazlası): Bu alan, insanların hiç tanımadığı kişilerle arasında korumak istediği mesafedir (124-126)

İletişimde Beden Dili

Beden dili, vücut duruşu (postür), yüz ifadeleri, jestler, mimikler ve göz hareketlerinden oluşan zihinsel ve fiziksel faaliyetlerle desteklenen, sözel olmayan iletişim şeklidir. Beden dili ile gönderilen sinyallerin büyük çoğunluğu kişinin bilinçaltı tarafından algılanarak işlenir ve yine bilinçaltı sistemine göre anlamlandırılır (127).

İnsanın beden dilini okumak, söylediklerinden daha çok beden diline bakarak içindeki bulunduğu durumu yorumlamak ve anlamaktır. Sadece belirli mimik ve jestlere bakarak yorumlamak yanlış fikir edinmeye neden olacağından beden dilinin tamamını yorumlamak daha doğru bir yaklaşımdır (113, 128). Beden dilini anlamak, hem karşıdakinin duygu durumunu ve sözlerinin içeriğini yorumlamaya yardımcı olacak hem de dikkati kendi beden diline vererek, iletişimin etkisini arttırmayı sağlayacaktır (78, 127).

Beden dili, mesajların etkili bir şekilde karşıdaki kişiye iletmeyi sağlar. Duruş, mimik, hareketler, jestler ve ses tonu beden dilinin önemli parçalarıdır. Beden dilinin konuşmada etkin ve vurgulu kullanılması iletişime duygu katmaktadır. Mutsuzluklar, mutluluklar, sevinçler ve heyecanlar karşıdaki kişilere en etkili olarak beden diliyle aktarılır. Çoğu zaman basit bir nezaket gösterisi, sarf edilecek binlerce kelimedenden çok daha fazla etkili olabilmektedir (111).

Sözsüz iletişim, ebe ve hemşirelerin temel iletişim becerilerinden biridir. Ebe ve hemşirelerin hem sözlü hem de sözsüz iletişim becerileri ile kadın memnuniyeti arasında bir ilişki vardır. Hemşirelik ve Ebelik Konseyi Yönetmeliğine göre, ebelik ve hemşirelik insanların kişisel ve sağlık ihtiyaçlarını daha iyi anlamak için sözlü ve sözlü olmayan iletişim yöntemleri ve kültürel hassasiyetleri dikkate alan ve bunlara cevap veren meslek gruplarıdır (115).

Ebeler, kadınlarla sağlıklı iletişim kurabilmek için bazı uygulamalara dikkat etmelidir. Bunlar; vücudunu kadının yüzüne yönlendirmek, rahat ve uyanık bir şekilde oturmak, düzenli göz teması kurmak, “hmmm” ve “evet” gibi devam seslerini kullanmak ve başını sallamak. Bu eylemler, diğer her şeyi dışlamak için konuşmaya ilgi ve katılımı gösterir (115).

2.5. Obstetrik Şiddeti Önlemeye Yönelik Ebelik Girişimleri

Obstetrik şiddetin önlemesi için ebeler; iletişim becerilerini geliştirmeli, mesleki profesyonelliğin gerekliliklerini yerine getirmeli, mesleki bilgi ve beceriye sahip olmalı, empati kurmalı, saygılı olmalı, önyargılı olmamalı ve girişimlerinde kanıt temelli uygulamalar kullanmalıdır (87).

Ebelerin sağlıklı bir iletişimi, kadınlarla karşılıklı memnuniyeti ve ebelik bakım kalitesini artırmaktadır. İyi bir iletişim kişiden kişiye değişen ve doğuştan gelen bir yetenek ve aynı zamanda kişinin edindiği gerekli eğitim ve deneyime de dayanmaktadır. Ebeler doğru iletişim tekniklerini kullanarak kadınların beklentilerini karşılayıp, memnuniyetini artırır (126, 129).

Gebe ve kadının olduğu her alanda çalışan ebeler; kadın ve aile sağlığını korumak, sürdürmek için danışman, rehber ve eğitimci rolünü üstlenmektedir. Kadınların gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası izlemlerine önem verilmelidir (130). Ebeler eğitim ve danışmanlık yaparken iletişimde rahat olmalı, iletişimde kullanılan kelime ve cümlelere özen göstermeli, ilgisini kadına yönlendirmeli, kadına karşı saygılı olmalı, güvenirliliğin sağlanmasına özen göstermeli ve kadın tarafından ulaşılabilir olmalıdır. Sağlık görüşmesinin ve/veya muayenesinin özel ve güvenilir olduğu açıklanmalı ve görüşmeye çok az kişisel soru ile başlanmalıdır (87).

Ebeler, doğurgan kadınların ve eşlerinin gebelik öncesinden doğuma kadar hem fizyolojik hem de psikolojik olarak sağlıklı olmalarını sağlamak için bakım sağlamada önemli rollere sahiptir. Hem kadınlara hem de eşlerine gebelik öncesi hazırlık konusunda rehberlik etmelidirler (36). Gebelik öncesi bakım hakkında sağlık hizmeti sağlayıcıları ile birlikte klinik tavsiye ile ilgili danışmanlık sağlamalı ve gebe kalmayı düşünen kadınlara ve eşlerine bakmayı planlamak için sağlık ekibiyle işbirliği yapmalıdırlar. Ayrıca, gebelik öncesi bakım konusunda kanıta dayalı uygulamalar uygulamalı ve gebelik öncesi bakımı planlama, gebelikte komplikasyonları azaltma ve önleme ve gebelik kalitesini ve bebek sağlığını geliştirme konusunda onlara rehberlik etmelidirler (39, 129).

Ebeler prekonsepsiyonel dönemdeki kadınlara varsa önceki gebelikte yaşadığı problemleri saptama, genetik danışmanlık, AP, akraba evlilikleri, ileri yaş evliliklerin riskleri, maternal kronik hastalık saptama ve yönetimi, gebelikte aşılama ve ilaç kullanımı, düzenli doğum öncesi bakım, sağlıklı koşullarda doğum ve bebeğe zarar

verecek teratojenik maddeler, beslenme, hijyen ve egzersiz konularında güncel bilgiye sahip olmalı ve bu konularda kadınlara eğitim ve danışmanlık yapmalıdırlar (36, 38).

Prenatal dönemde ebelerin en önemli görevi fiziksel ve psikolojik değerlendirme sonuçlarına göre kadın ve ailesine danışmanlık yapmaktır. Bu dönemde gözlem, destek, yardım, sürekli eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır (41, 43). Ebeler gebenin bakımına katılımını sağlayarak sağlık davranışları kazanmasına yardımcı olmalıdır. Gebelikte meydana gelen bulantı-kusma, ödem, yorgunluk, cinsel problem, sık idrara çıkma, pika, kramp, pityalizm, yorgunluk, bel ve baş ağrısı gibi yakınmaları kanıta dayalı uygulamalarla yönetilmelidir. Prenatal dönemde güvenli anneliğin sağlanması için ebelerin gebelik ve doğum komplikasyonları ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir. Kadına karşı açıklayıcı ve öğretici bir tavır sergilemelidirler (41). Gebelik dönemi tarama ve tanı yöntemleri hakkında kadının bilgilendirilmesi ebe tarafından yapılmalıdır. Gebenin prenatal izlemine; laboratuvar testleri, öykü alma, fizik muayene, ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklanma, bilgilendirme ve danışmanlık, sevk edilecek durumlar ve 'Risk Değerlendirme Formu' sorgulanmasını yapmalıdır. Annenin korku ve endişelerini hafifletmek için duygularını açıklamasına yardımcı olmalıdır. Ailenin desteği sağlanmalıdır. Kadına durumu ve yapılan tüm uygulamalar hakkında bilgi vermelidir (131-134).

Pozitif bir doğum deneyimi ve sağlıklı bir yenidoğan için ebe, doğum sürecini iyi yönetebilmelidir. Gebe ve ailesiyle etkili bir iletişim sağlanmalı, travay ve doğum süresi boyunca takip ve müdahaleleri kanıt temelli güncel yaklaşımlar uygulamalıdır (1). Tüm girişimlerde aile ile iletişim sürdürülmeli, anneye gerekli açıklamalar yapılmalı ve mahremiyet korunmalıdır. Anne ve babanın endişelerinde yardımcı olmalı, doğum pozisyonu seçmesi için kadın desteklenmelidir (36). Ebe kadının doğum eylemine ilişkin bakım gereksinimlerini saptamalı ve uygun girişimleri planlamalı ve verdiği bakımı bireyselleştirilmelidir (50).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, ebe ve hemşirelere obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik verilen eğitim programının ebe ve hemşirelerin iletişim becerileri, bakım algıları ve bakım alan kadınlarda memnuniyet ve bakım algılarına etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Adıyaman ve Malatya illerindeki iki kamu hastanesi ve Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) Kasım 2020-Aralık 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Bu iller belirlenirken hizmet verdikleri popülasyonunun sosyodemografik ve kültürel özelliklerinin benzerlikleri dikkate alındı. Araştırmanın yürütüldüğü Adıyaman ve Malatya illerindeki sağlık kurumları Tablo 3.1’de verildi.

Araştırmanın yürütüldüğü kamu hastaneleri, Adıyaman Kahta Devlet Hastanesi (AKDH) ve Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi (MEAH) Çocuk ve Kadın Doğum Hastanesidir. Bu hastanelerde genel sağlık hizmetleri ve obstetrik hizmetler verilmektedir. Ayrıca hastanelerin doğumhane ve lohusa servislerinde ebe ve hemşireler tarafından verilen sağlık hizmetleri şu şekildedir: Doğum ve doğum sonu bakım hizmetleri, gebe/anne ve fetüs/yenidoğan sağlığının değerlendirilmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ve taburculuk hizmetleri.

Araştırmanın yürütüldüğü Adıyaman ve Malatya illerine bağlı ASM’ler kura yöntemiyle belirlendi. Adıyaman il merkezine bağlı 22 adet ASM, Malatya merkez ilçelerine (Yeşilyurt ve Battalgazi) bağlı 64 adet ASM bulunmaktadır. ASM’lerde aile hekimi tarafından hasta muayenesi, hasta sevk işlemleri ve tek hekim sağlık raporu gibi hizmetler verilmektedir. Her aile hekimi ile birlikte bir ebe veya hemşire görev yapmakta ve ebe ve hemşireler tarafından şu sağlık hizmetleri verilmektedir: gebe ve lohusa takipleri, sağlam kadın ve çocuk takipleri, aşılama hizmetleri, anne sütüyle ilgili bilgilendirme, aile planlaması, enjeksiyon, acil sağlık hizmetleri, pansuman ve küçük cerrahi müdahaleler.

Tablo 3.1. Araştırmanın yürütüldüğü Adıyaman ve Malatya illerindeki sağlık kurumları ve çalışan ebe ve hemşire sayıları

Adıyaman		Malatya	
Hastaneler	Çalışan ebe ve hemşire sayısı*	Hastaneler	Çalışan ebe ve hemşire sayısı*
AKDH doğumhane ve lohusa servisi	35	MEAH Çocuk ve Kadın Doğum Hastanesi doğumhane ve lohusa servisi	35
ASM'ler		ASM'ler	
Yeşilyurt Adafı 2 Nolu ASM	7	1 Nolu ASM	9
Yeşilyurt Tecde ASM	3	3 Nolu ASM	4
Yeşilyurt Özalper ASM	8	6 Nolu ASM	6
Battalgazi Fırat ASM	10	7 Nolu ASM	5
Battalgazi Mücelli ASM	4	8 Nolu ASM	8
Battalgazi Paşaköşkü ASM	7	9 Nolu ASM	5
Battalgazi Sıtmapınarı ASM	4	13 Nolu ASM	2
Battalgazi Göztepe 1 Nolu ASM	11	15 Nolu ASM	3
		18 Nolu ASM	3
		19 Nolu ASM	2
		20 Nolu ASM	2
		21 Nolu ASM	2
Toplam	89	Toplam	86

* 2020 yılı verileri

MEAH: Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AKDH: Adıyaman Kahta Devlet Hastanesi, ASM: Aile Sağlığı Merkezi

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ebe ve Hemşireler için

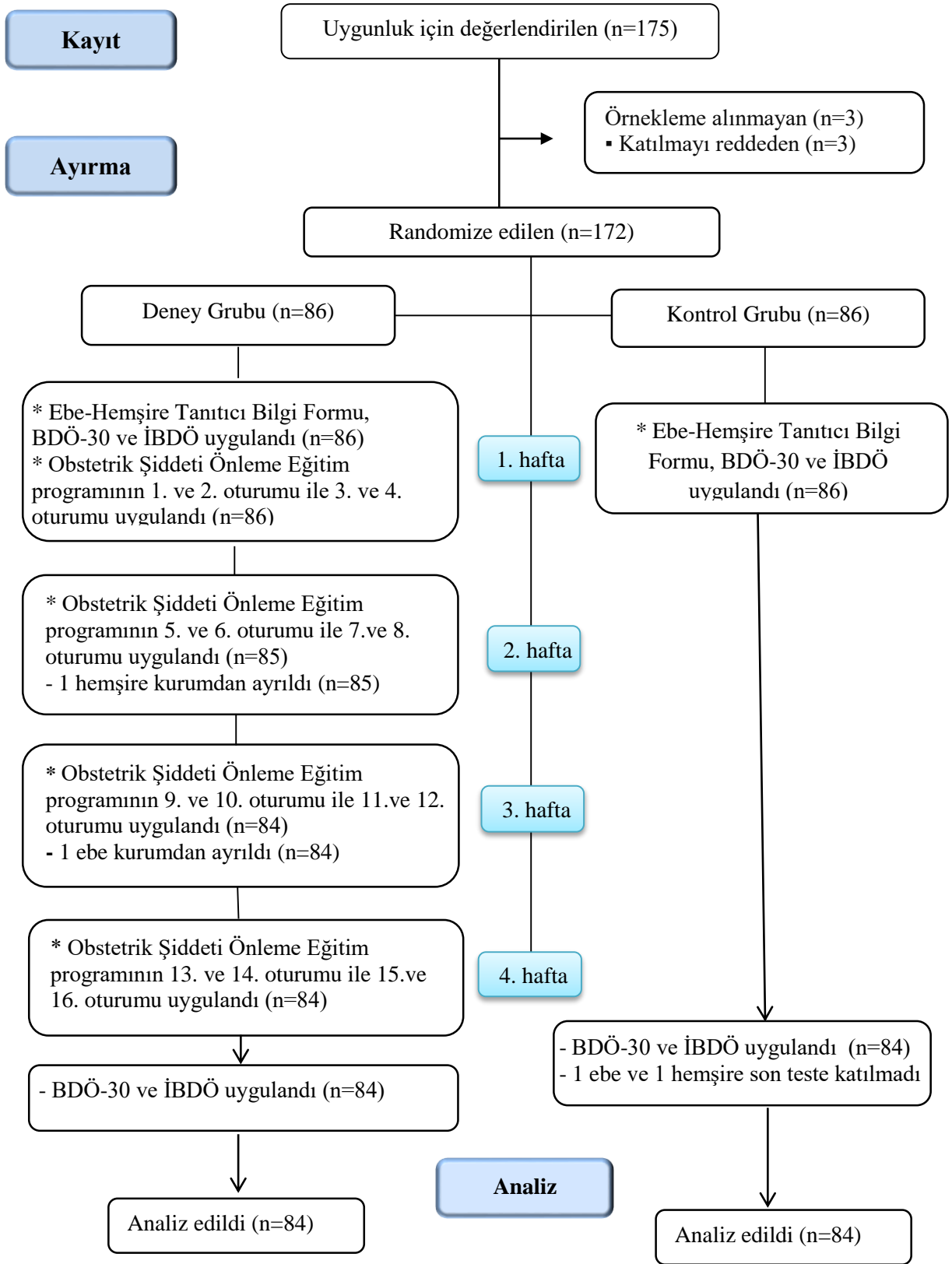
Araştırmanın ebe ve hemşire evrenini, AKDH ve MEAH Çocuk ve Kadın Doğum Hastanesi doğumhane ve lohusa servislerinde çalışan ebe ve hemşireler ile Adıyaman ili ve Malatya merkez ilçelere bağlı ASM'lerde çalışan ebe ve hemşireler oluşturdu. Bu kurumlarda 2020 yılı verilerine göre; AKDH doğumhane ve lohusa servislerinde 35 ebe ve hemşire, MEAH Çocuk ve Kadın Doğum Hastanesi doğumhane ve lohusa servislerinde 35 ebe ve hemşire, Adıyaman ili ASM'lerde 51 ebe ve hemşire, Malatya merkez ilçe ASM'lerde 54 ebe ve hemşire çalışmaktadır (N1=175) (Tablo 3.1).

Örneklem büyüklüğünü saptamada power analizi kullanıldı. 2015 yılında Gül tarafından hemşirelerde 158.8 (standart sapma 20.28) olan bakım davranışları puan ortalaması referans olarak alındı (135). Örneklem büyüklüğü %5 yanılğı düzeyi, çift yönlü önem düzeyinde %95 güven aralığında, %90 evreni temsil etme yeteneği ile girişim sonrası bakım davranışları puanının 10 puan artacağı varsayılarak her bir grup için 84 ebe ve hemşire olarak hesaplandı (84 deney, 84 kontrol).

Ebe ve hemşirelere uygulanacak eğitimde, deney ve kontrol grubunun birbirini etkilememesi için kura yöntemi kullanıldı ve kuraya göre deney grubunu Adıyaman'da, kontrol grubunu Malatya'da çalışan ebe ve hemşireler oluşturdu. Örneklemimin belirlenmesinde tam sayım örnekleme yöntemi kullanılarak, araştırmanın yürütüldüğü kurumlarda çalışan tüm ebe ve hemşirelere ulaşılması hedeflendi. Deney grubuna alınan ebe ve hemşirelerden bir hemşire araştırmanın ikinci haftası, bir ebe araştırmanın üçüncü haftası kurumdan ayrıldığı için araştırmadan çıkarıldı. Deney grubundaki ebe ve hemşirelerden 84'ünün verileri analiz edildi. Kontrol grubuna alınan ebe ve hemşirelerden, bir ebe ve iki hemşire araştırmaya katılmayı reddettiği ve bir ebe ve bir hemşire son teste katılmadığı için araştırmadan çıkarıldı. Kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerden 84'ünün verileri analiz edildi (Şekil 3.1).

Ebe ve Hemşireler için araştırmaya alınma kriterleri:

— Tıbbi kayıtlara göre psikolojik sağlık sorunu olmayan.



Şekil 3.1. Consort 2010 Araştırma Uygulama Akış Şeması (Ebe ve hemşire)

Bakım Alan Kadınlar için

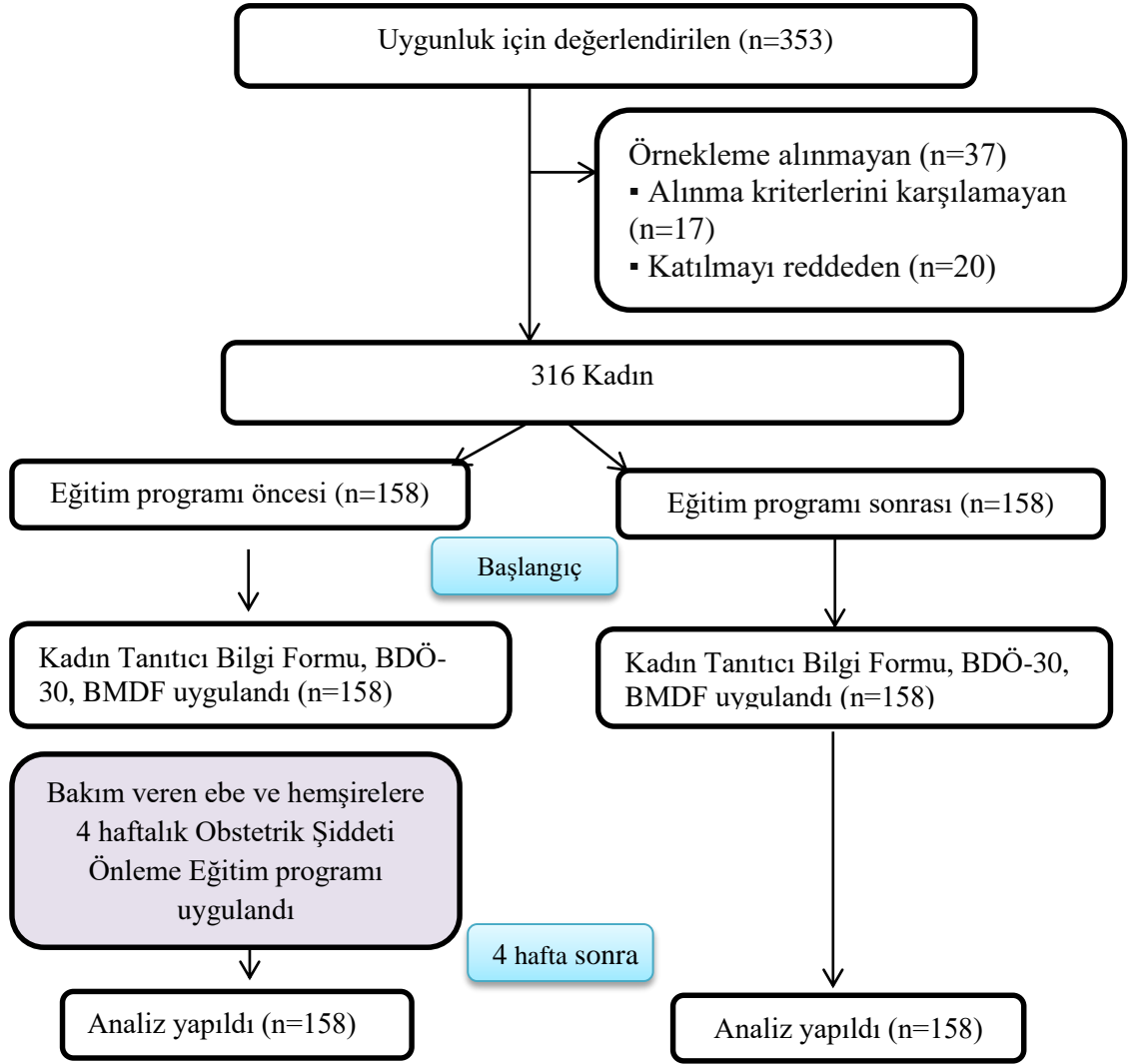
Araştırmanın bakım alan kadın evrenini, AKDH doğumhane ve lohusa servislerinde yatışı olup bakım alan kadınlar ve Adıyaman iline bağlı ASM'lere kayıtlı gebe kadınlar oluşturdu (N2=3542).

Araştırmanın kadın örneklem büyüklüğünü saptamada power analizi kullanıldı. Gül tarafından kadınlarda 140.75 (standart sapma 21.93) olan bakım davranışları puan ortalaması referans olarak alındı (135). Örneklem büyüklüğü %5 yanılğı düzeyi, çift yönlü önem düzeyinde %95 güven aralığında, %90 evreni temsil etme yeteneği ile girişim sonrası bakım davranışları puanının 8 puan artacağı varsayılarak, her bir örneklem grubu için 158 kadın olarak hesaplandı (158 kadın eğitimden önce, 158 kadın eğitimden sonra). Herbir gruptaki 158 kadın birbirinden bağımsız iki gruptu. Örnekleme alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar, olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile örnekleme alındı. Kadınlar belirlenen servis ve ASM'lere geliş sırasına göre rastgele seçildi. Eğitim sonrası grup ebe ve hemşirelere verilen eğitim programı sonrası bakım alan kadınlardan oluşmuştur.

Kadınlar için araştırmaya alınma kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde,
- Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde herhangi bir sorunu yaşamayan (kalp hastalığı, preeklampsi, diabet, zor doğum, fetal anomali gibi),
- Tıbbi kayıtlara göre psikolojik sağlık sorunu olmayan,
- İletişime ve işbirliğine açık olan,
- Eğitim verilen ebe ve hemşireden bakım alanlar.

Eğitim programı öncesi örnekleme alınan 175 tane kadından, 8 kadın araştırmaya alınma kriterlerine uymadığı ve 9 kadın araştırmaya katılmayı reddettiği için araştırmadan çıkarıldı. Eğitim programı sonrası örnekleme grubuna alınan 178 kadından, 9 kadın araştırmaya alınma kriterlerine uymadığı ve 11 kadın araştırmaya katılmayı reddettiği için araştırmadan çıkarıldı. Eğitim programı öncesi 158 ve eğitim programı sonrası 158 kadın ile çalışma tamamlandı (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Araştırma Uygulama Akış Şeması (Kadın)

3.4. Veri Toplama Araçları

Ebe ve hemşirelere ait verilerin toplanmasında Ebe-Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu, Bakım Davranışları Ölçeği-30 (BDÖ-30), İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ); bakım alan kadınlara ait verilerin toplanmasında Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu, Bakım Davranışları Ölçeği-30, Bakım Memnuniyeti Değerlendirme Formu kullanıldı.

3.4.1. Ebe-Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Bu form konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (78, 135). Form ebe ve hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerini (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi), mesleği ile ilgili özelliklerini (çalışma süresi, çalışma şekli, bakım verdiği kadın sayısı, çalışma memnuniyeti gibi), kendini algılaması (duygularını ifade

etme, kendini yeterli hissetme, iletişim ve kendini nasıl algıladığı gibi) ve obstetrik şiddetin ne anlama geldiğini sorgulayan toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Bakım Davranışları Ölçeği-30 (EK-2)

Wolf ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen ölçek, hasta bakımını felsefi ve etik açıdan değerlendirmektedir (136). Ölçek 30 maddeden oluşmakta ve başkalarına saygı, profesyonel bilgi ve tutum, birey için ulaşılabilir olma başlıklı üç alt boyutu bulunmaktadır. Altılı Likert tipte olan ölçeğin, hiç (1), nadiren (2), bazen (3), genellikle (4), neredeyse her zaman (5), her zaman (6) şeklinde seçenekleri bulunmaktadır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 180'dir. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan ise 60'tır. Alt boyut ve toplam ölçek puanı arttıkça, hastaların ve/veya bakım verenlerin bakım algıları olumlu yönde artar. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Gül ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin bakım verenler için Cronbach's alfa güvenirlik kat sayısı 0.97, hastalar için ise 0.99 olarak hesaplanmıştır (135). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa güvenirlik kat sayısı ebe ve hemşireler için 0.96, bakım alanlar için 0.98 bulunmuştur.

3.4.3. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (EK-3)

İBDÖ, bireylerin iletişim becerilerini nasıl değerlendirdiklerini anlamak amacıyla Korkut tarafından geliştirilmiştir. Beşli Likert tipte olan ölçek 25 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin hiçbir zaman (0), nadiren (1), bazen (2), sıklıkla (3), he zaman (4) seçenekleri bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-100 arasında değişmektedir ve elde edilen puanın fazlalığı bireylerin kendi iletişim becerilerini olumlu yönde değerlendirdikleri anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenirlik kat sayısı 0.80 olarak bulunmuştur (137). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa güvenirlik kat sayısı 0.94 bulunmuştur.

3.4.4. Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 4)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş bu form, kadınların bazı sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, ekonomik durumu, aile tipi gibi) evlilik ve obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, gebeliğin istenme durumu, yaşayan çocuk sayısı, doğum sayısı, önceki gebelik kayıpları gibi) içeren toplam 14 sorudan oluşmaktadır (78, 88, 135).

3.4.5. Bakım Memnuniyeti Değerlendirme Formu (EK-5)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan form, sağlık kuruluşuna başvuran kadınların ebe ve hemşire tarafından verilen bakımdan memnuniyetini değerlendirmek için hazırlanmıştır (78, 88, 90, 137). Formda 8 ifade yer almaktadır. Her bir ifade için kadın 0'dan 10'a kadar bir cetvel üzerinde aldığı bakımdan memnuniyeti değerlendirebilmektedir. Formda 0 (sıfır) hiç memnun değilim, 10 (on) ok memnunum Şeklinde değerlendirilmektedir.

3.5. Verilerin Toplanması

Ebe ve Hemşireler için

Veriler Adıyaman ve Malatya ilinde belirlenen ASM ve hastanelerde Haziran-Eylül 2021 tarihleri arasında toplandı. Veri toplama araçları belirlenen ASM ve hastanelerde çalışan ebe ve hemşirelerden mesai saatlerinde, bireysel olarak doldurmaları istendi. Katılımcılara öncelikle Ebe-Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu, BDÖ-30 ve İBDÖ uygulandı. Deney grubuna uygulanan eğitim programı bittikten sonra ve eş zamanlı olarak kontrol grubuna da BDÖ-30 ve İBDÖ tekrar uygulandı.

Bakım Alan Kadınlar için

Bakım alan kadınların verileri Adıyaman ilinde belirlenen ASM ve hastanelerde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle Nisan-Eylül 2021 tarihleri arasında toplandı. Veri toplama araçları, eğitim programı öncesi ve sonrası iki bağımsız örneklem grubuna uygulandı. Eğitim programı öncesi Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu, BDÖ-30 ve Bakım Memnuniyeti Değerlendirme Formu ile veriler toplandı. Ebe ve hemşirelere eğitim programı uygulandıktan sonra kadınlara Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu, BDÖ-30 ve Bakım Memnuniyeti Değerlendirme Formu uygulandı.

3.6. Ebelik Girişimi

Deney grubundaki ebe ve hemşirelere obstetrik şiddeti önlemeye yönelik eğitim programı araştırmacı tarafından, ilgili kurumun eğitim salonunda, grup eğitimi Şeklinde verildi. Eğitimler haftada iki gün, günde iki oturum olmak üzere toplam 16 oturumda tamamlandı. Oturumlar hafta içi 16:00-18:00 saatleri arasında, her biri yaklaşık 40-45 dakika süren, oturumlar arasında 10 dakika ara olacak Şekilde uygulandı. Böylece deney grubuna uygulanan eğitim programı 4 haftada tamamlandı.

Eğitim programının temel amacı, ebe ve hemşireler tarafından uygulanan obstetrik şiddeti önlemektir. Bu amaç doğrultusunda oluşturulan eğitim içeriğinde obstetrik şiddetin tanımı, gebe ve fetus hakları, obstetrik şiddete neden olan faktörler ve obstetrik şiddeti azaltmak için kullanılacak stratejiler yer aldı (13, 29, 30, 31, 33, 34). Hazırlanan eğitim içeriği Ebelik, Doğum Kadın Hastalıkları Hemşireliği, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ve Psikiyatri Hemşireliği alanından altı öğretim üyesinin görüşüne sunuldu (EK-6). Öğretim üyelerinin 2 tanesi Ebelik alanında, 2 tanesi Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında, 1 tanesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, alanında, 1 tanesi de Psikiyatri Hemşireliği alanında uzmandır. Öğretim üyelerinin önerileri doğrultusunda eğitim içeriğinin son hali verildi. Ayrıca araştırmacı eğitim programında kullanmak üzere Etkili İletişim Stratejileri ve Beden Dili (EK-7) ile Yaratıcı Drama Eğitimi (EK-8)'ni tamamlayıp sertifikalarını aldı. Ebe ve hemşirelere verilen obstetrik şiddeti önlemeye yönelik eğitim programı oturumları Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Ebe ve hemşirelere verilen obstetrik şiddeti önlemeye yönelik eğitim programının konu içerikleri

Oturumlar	Konular
1.- 2. Oturum:	Obstetrik şiddet kavramı
3.-4. Oturum:	Gebe ve fetus hakları
5.-6. Oturum:	Obstetrik şiddete neden olan faktörler — Prekonsepsiyonel dönemde — Gebelik döneminde
7.-8. Oturum:	Obstetrik şiddete neden olan faktörler — Doğum sırasında — Doğum sonu dönemde
9.-10. Oturum:	Obstetrik şiddeti önleme stratejileri — İletişim becerileri
11.-12. Oturum:	Obstetrik şiddeti önleme stratejileri — Başkalarına saygı — Profesyonel bilgi tutumu
13.-14. Oturum:	Obstetrik şiddeti önleme stratejileri — Birey için ulaşılabilir olma
15.-16. Oturum:	Obstetrik şiddeti önleme stratejileri — Uygulamalarda kanıt temelli girişimlerin entegrasyonu a. Prekonsepsiyonel dönemde b. Gebelik döneminde c. Doğum sırasında d. Doğum sonu dönemde

3.6.1. Obstetrik Şiddeti Önlemeye Yönelik Eğitim Programı

Hazırlık aşaması (ebe ve hemşire ile tanışma)

Obstetrik şiddeti önlemeye yönelik eğitim programının hazırlık aşaması için öncelikle ebe ve hemşireler ile tanışıldı. Ebe ve hemşirelere eğitim oturumlarının kuralları, oturumların tarihleri ve devamlılığı belirlendi. Ebe ve hemşirelerin beklentileri ve geri bildirimleri alındı. Tüm oturumlarda kullanılmak üzere ebe ve hemşireler için hazırlanmış “Obstetrik Şiddeti Önleme Programı Eğitim Kitapçığı” (EK-9) verildi. Ebe

ve hemşirelerin öntestleri yapıldı. Birkaç dakika obstetrik şiddet hakkında konuşuldu, bir sonraki oturum için randevu planlanarak oturum sonlandırıldı.

1.- 2. Oturum: Obstetrik şiddet kavramı

Amaç

1. Ebe ve hemşirelerin obstetrik şiddeti tanımlayabilmeleri
2. Ebe ve hemşirelerin obstetrik şiddet türlerini tanımlayabilmeleri
3. Dünyadaki obstetrik şiddet oranlarını tanımlayabilme
4. Ebe ve hemşirelerde insancıl doğum farkındalığı oluşturabilme
5. Ebe ve hemşirelerde obstetrik şiddeti farkındalığı oluşturabilme

Program İçeriği

1. Ebe ve hemşirelerin obstetrik şiddet hakkındaki yorumlarını tartışma ile oturuma başlandı
2. Obstetrik şiddeti kavramı hakkında bilgilendirme
3. Kadın vücuduna zarar veren eylemler hakkında bilgilendirme
4. Obstetrik şiddetin kadına verdiği zararlar hakkında bilgilendirme
5. 10 dakika ara
6. Obstetrik şiddetin prevalansı hakkında bilgilendirme
7. İnsancıl doğum hakkında bilgilendirme
8. Tartışma ve oturumu sonlandırma

3.- 4. Oturum: Gebe ve Fetus Hakları

Amaç

1. Ebe ve hemşirelerin gebe haklarını tanımlayabilmeleri
2. Ebe ve hemşirelerin fetüs haklarını tanımlayabilmeleri
3. Ebe ve hemşirelerin gebe ve fetüs haklarının çatıştığı durumları tanımlayabilmeleri
4. Ebe ve hemşirelerin gebe ve fetüs haklarına yaklaşımını tanımlayabilme

Program İçeriği

1. Ebe ve hemşireleri gebe hakları hakkında bilgilendirme
2. Ebe ve hemşireleri fetüs hakları hakkında bilgilendirme
3. 10 dk ara
4. Ebe ve hemşirelerin gebe ve fetüs haklarının çatıştığı durumlar hakkında bilgilendirme
5. Ebe ve hemşirelerin gebe ve fetüs haklarına yaklaşımı hakkında bilgilendirme
6. Tartışma ve oturumu sonlandırma

5.- 6. Oturum: Obstetrik şiddete Neden Olan Faktörler

Amaç

1. Ebe ve hemşirelerin prekonsepsiyonel dönemi tanımlayabilmeleri
2. Ebe ve hemşirelerin obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenlerini tanımlayabilmeleri
3. Ebe ve hemşirelerin prekonsepsiyonel dönemde obstetrik şiddete neden olan faktörleri tanımlayabilmeleri
4. Ebe ve hemşirelerin gebelik döneminde gebelik döneminde obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenlerini tanımlayabilmeleri
5. Ebe ve hemşirelerin gebelik döneminde obstetrik şiddete neden olan faktörleri tanımlayabilmeleri

Program İçeriği

1. Ebe ve hemşireleri prekonsepsiyonel dönem hakkında bilgilendirme
2. Ebe ve hemşireleri obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenlerini hakkında bilgilendirme
3. Ebe ve hemşireleri prekonsepsiyonel dönemde obstetrik şiddete neden olan faktörler hakkında bilgilendirme
4. 10 dakika ara
5. Ebe ve hemşireleri gebelik döneminde obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenleri hakkında bilgilendirme

6. Ebe ve hemşireleri gebelik döneminde obstetrik şiddete neden olan faktörler hakkında bilgilendirme
7. Tartışma ve oturumu sonlandırma

7.- 8. Oturum: Obstetrik Şiddete Neden Olan Faktörler

Amaç

1. Ebe ve hemşirelerin doğum sırasında obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenlerini tanımlayabilmeleri
2. Ebe ve hemşirelerin doğum sırasında obstetrik şiddete neden olan faktörleri tanımlayabilmeleri
3. Ebe ve hemşirelerin doğum sonu dönemde obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenlerini tanımlayabilmeleri
4. Ebe ve hemşirelerin doğum sonrasında obstetrik şiddete neden olan faktörleri tanımlayabilmeleri

Program İçeriği

1. Ebe ve hemşireleri doğumda fiziksel şiddet hakkında bilgilendirme
2. Ebe ve hemşireleri doğumda sözlü şiddet hakkında bilgilendirme
3. Ebe ve hemşireleri doğumda psikolojik ve duygusal şiddet hakkında bilgilendirme
4. Ebe ve hemşireleri doğumda gereksiz tıbbi uygulamalar hakkında bilgilendirme
5. Ebe ve hemşireleri doğumda yapısal şiddet hakkında bilgilendirme
6. 10 dakika ara
7. Ebe ve hemşireleri doğum sonu dönemde obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenleri hakkında bilgilendirme
8. Ebe ve hemşireleri doğum sonu dönemde obstetrik şiddete neden olan faktörler hakkında bilgilendirme
9. Tartışma ve oturumu sonlandırma

9.- 10. Oturum: Obstetrik Şiddeti Önleme Stratejileri

Amaç

1. Ebe ve hemşirelerin iletişimin tanımını yapabilmeleri
2. Ebe ve hemşirelerin iletişimi çeşitlerini açıklayabilmeleri
3. Ebe ve hemşirelerin iletişimi etkileyen faktörleri açıklayabilmeleri
4. Ebe ve hemşirelerin iletişimi olumlu etkileyen faktörleri açıklayabilmeleri
5. Ebe ve hemşirelerin iletişimi olumsuz etkileyen faktörleri açıklayabilmeleri
6. Ebe ve hemşirelerin ekip içi iletişimin önemini açıklayabilmeleri

Program İçeriği

1. Ebe ve hemşireleri iletişimin tanımı hakkında bilgilendirme
2. Ebe ve hemşireleri iletişimi çeşitlerini hakkında bilgilendirme
3. Ebe ve hemşireleri iletişimi etkileyen faktörler hakkında bilgilendirme
4. Ebe ve hemşireleri iletişimi olumlu etkileyen faktörleri hakkında bilgilendirme
5. Ebe ve hemşireleri iletişimi olumsuz etkileyen faktörleri hakkında bilgilendirme
6. 10 dakika ara
7. Ebe ve hemşireleri iletişimde güvenlik alanları hakkında bilgilendirme
8. Ebe ve hemşireleri etkili iletişim faktörleri hakkında bilgilendirme
9. Ebe ve hemşireleri iletişimde beden dili ve önemi hakkında bilgilendirme
10. Ebe ve hemşireleri ekip içi etkin iletişim ve önemi hakkında bilgilendirme
11. Ebe ve hemşireleri ekip içi etkin iletişimde önemli unsurlar hakkında bilgilendirme
12. Tartışma ve oturumu sonlandırma

11.-12. Oturum: Obstetrik şiddeti önleme

Amaç

1. Ebe ve hemşirelerin saygı kavramını açıklayabilmeleri
2. Ebe ve hemşirelerin saygı göstermenin önemini açıklayabilmeleri

3. Ebe ve hemşirelerin profesyonel tutumu açıklayabilmeleri
4. Ebe ve hemşirelerin profesyonel tutumunun gelişiminde önemli unsurlar açıklayabilmeleri

Program İçeriği

1. Ebe ve hemşireleri saygı kavramı hakkında bilgilendirme
2. Ebe ve hemşireleri saygı göstermenin önemini hakkında bilgilendirme
3. 10 dakika ara
4. Ebe ve hemşireleri profesyonel tutum hakkında bilgilendirme
5. Ebe ve hemşireleri profesyonel tutum gelişiminde önemli unsurlar hakkında bilgilendirme
6. Tartışma ve oturumu sonlandırma

13.-14. Oturum: Obstetrik şiddeti önleme stratejileri

Amaç

1. İletişim becerilerinin önemini açıklayabilme
2. İletişimde başkalarına saygının önemini açıklayabilme
3. Ebelik ve hemşirelik bakımında profesyonel bilgi tutumunun önemini açıklayabilme
4. Ulaşılabilirliğin ebe, hemşire ve kadın açısından önemini açıklayabilme

Program İçeriği

1. İletişim becerileri önemini hakkında bilgilendirme
2. İletişimde başkalarına saygının önemini hakkında bilgilendirme
3. Ebelik ve hemşirelik bakımında profesyonel bilgi tutumunun önemini hakkında bilgilendirme
4. 10 dakika ara
5. Ulaşılabilir olmanın önemli unsurları hakkında bilgilendirme
6. Ulaşılabilirliğin ebe, hemşire ve kadın açısından önemi hakkında bilgilendirme

7. Tartışma ve oturumu sonlandırma

15.-16. Oturum: Uygulamalarda kanıt temelli girişimlerin entegrasyonu

Amaç

1. Ebe ve hemşirelerin prekonsepsiyonel dönemde kanıt temelli girişimleri tanımlayabilmesi
2. Ebe ve hemşirelerin gebelik döneminde kanıt temelli girişimleri tanımlayabilmesi
3. Ebe ve hemşirelerin travay ve doğum sırasında kanıt temelli girişimleri tanımlayabilmesi
4. Ebe ve hemşirelerin doğum sonu dönemde kanıt temelli girişimleri tanımlayabilmesi

Program İçeriği

1. Kanıt temelli girişimlerin tanımı hakkında bilgilendirme
2. Ebe ve hemşireleri prekonsepsiyonel dönemdeki bakım hakkındaki öneriler ve kanıt düzeyleri hakkında bilgilendirme
3. Ebe ve hemşireleri gebelikte bakım ile ilgili uygulamalara ilişkin öneriler ve kanıt düzeyleri hakkında bilgilendirme
4. 10 dakika ara
5. Ebe ve hemşireleri travay ve doğumdaki uygulamalarla ilişkili öneriler ve kanıt düzeyleri hakkında bilgilendirme
6. Ebe ve hemşireleri doğum sonu dönemindeki uygulamalarla ilişkili öneriler ve kanıt düzeyleri hakkında bilgilendirme
7. Tartışma ve oturumu sonlandırma

3.6.2. Girişim Materyali

Araştırmada girişim materyali olarak “Obstetrik Şiddeti Önleme Programı Ebe ve Hemşire Eğitim Kitapçığı” kullanıldı (EK-9). Araştırmacı tarafından ilgili literatür taramasıyla oluşturulan eğitim kitapçığı, obstetrik şiddet, gebe ve fetus hakları, obstetrik

şiddete neden olan faktörler (prekonsepsiyonel, gebelikte, doğum sırasında ve doğum sonu dönemlerinde) ve obstetrik şiddeti önleme stratejileri (iletişim becerileri, başkalarına saygı, profesyonel bilgi tutumu, birey için ulaşılabilir olma ve prekonsepsiyonel, gebelik, doğum sırasında doğum sonu dönemlerde uygulamalara kanıt temelli girişimlerin entegrasyonu) hakkında bilgi içermektedir. Eğitim kitapçığı deney grubundaki ebe ve hemşirelere ilk oturumun başında verildi.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler

Ebe ve hemşirelere verilen obstetrik şiddeti önlemeye yönelik eğitim programı

Bağımlı değişkenler

Ebe ve hemşireler için, BDÖ-30 ve İBDÖ puan ortalamaları

Bakım alan kadınlar için, BDÖ-30 ve Bakım Memnuniyeti puan ortalamalarıdır.

3.8. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 for Windows yazılımı (SPSS, Chicago, Il, USA) kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizlerinde numerik verileri değerlendirmek amacıyla ortalama ve standart sapma, nominal verileri değerlendirmek için ise frekans ve yüzde değerler kullanıldı. Numerik verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrow-Smirnov testi ile araştırıldı. Verilerin normal dağıldığı belirlendi ve parametrik testler kullanıldı. Kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırmasında ki-kare testi, grup içi karşılaştırmasında McNemar testi kullanıldı. Numerik veriler gruplar arasında karşılaştırılırken bağımsız gruplarda t testi, grup içi karşılaştırılırken bağımlı gruplarda t testi kullanıldı. Önemlilik $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay (EK-10) ile birlikte araştırmanın yapılacağı Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü (EK-11) ve Malatya İl Sağlık Müdürlüğü (EK-12)'nden kurum izinleri alındı. Katılımcılara araştırmada izlenecek yöntem hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmak isteyenlere gönüllü bilgilendirme formu okundu, sözlü ve yazılı izinleri alındı (EK-13). Kontrol grubunda yer alan ebe ve

hemşirelere veriler toplandıktan sonra araştırmacı tarafından oluşturulan eğitim kitapçığı verildi. Veri toplama aşamasının bitiminden sonra kontrol grubundaki isteyen ebe ve hemşirelere obstetrik şiddeti önleme eğitimi verildi.

4. BULGULAR

1. Ebe ve Hemşirelere ait Bulgular

Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Deney Grubu (n=84)		Kontrol Grubu (n=84)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	
Yaş (yıl)					
<35	50	59.5	37	44.0	X ² =4.029
≥35	34	40.5	47	56.0	p=0.064
Medeni durum					
Evli	59	70.2	66	78.6	X ² =1.532
Bekar	25	29.8	18	21.4	P=0.216
Eğitim düzeyi					
Lisans altı	28	33.3	14	16.7	X ² =6.222
Lisans ve üzeri	56	66.7	70	83.3	p=0.013
Çalışma şekli					
Gündüz	76	90.5	73	86.9	X ² =0.534
Gece/Nöbet	8	9.5	11	13.1	p=0.465
Çalışma yaşamından memnuniyet					
Memnun	70	83.3	66	78.6	X ² =0.618
Memnun değil	14	16.7	18	21.4	p=0.432
Çalışma süresi (yıl) (Ort±SS)	11.14±6.00		12.86±6.49		t=1.789 p=0.075
Bakım verilen kadın sayısı (haftalık) (Ort±SS)	39.65±13.89		36.58±16.29		t=1.315 p=0.190

X²: Ki-Kare Testi; t: Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1’de verildi. Çalışmaya katılan deney grubundaki ebe ve hemşirelerin %59.5’inin 35 yaşın altında olduğu, %70.2’inin evli olduğu, %66.7 lisans ve üzeri mezunu olduğu, %90.5’i gündüz mesaisinde çalıştığı, %83.3’ünün çalışma yaşamından memnun olduğu, çalışma süresinin ortalama 11.14±6.00 yıl olduğu ve haftalık bakım verdiği kadın sayının ortalama 39.65±13.89 olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin ise %44.0’ının 35 yaşın altında olduğu, %78.6’nın evli olduğu, %83.3’ünün lisans ve üzeri mezunu olduğu, %86.9’unun gündüz mesaisinde

çalıştığı, %78.6'sının çalışma yaşamından memnun olduğu, çalışma süresinin ortalama 12.86±6.49 yıl olduğu ve haftalık ortalama 39.65±13.89 kadına bakım verdiği belirlendi.

Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında yaş, medeni durum, çalışma şekli, çalışma yaşamından memnuniyet, çalışma süresi ve bakım verilen kadın sayısı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin iletişim konusunda kendini algılama durumlarının karşılaştırılması

Değişkenler*	Deney Grubu (n=84)		Kontrol Grubu (n=84)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	
Duyularını ifade edebilme					
Rahatlıkla	34	40.4	37	44.1	$X^2=0.404$
Güçlkle	5	6.0	6	7.1	$p=0.817$
Bazen rahatlık bazen güçlkle	45	53.6	41	48.8	
İletişim güçlüğü yaşama durumu					
Sık/çok sık	6	7.1	1	1.2	$X^2=4.981$
Bazen	52	61.9	62	73.8	$p=0.083$
Hiçbir zaman	26	31.0	21	25.0	
Kadınları anlama durumu					
Genellikle her zaman	27	32.1	25	29.8	
Çoğunlukla	44	52.4	54	64.2	$X^2=4.980$
Bazen	12	14.3	5	6.0	$p=0.173$
Nadiren	1	1.2	0	0.0	
İletişim becerileri konusunda eğitim alma durumu					
Evet	48	57.1	65	77.4	$X^2=7.812$
Hayır	36	42.9	19	22.6	$p=0.005$
İletişim ile ilgili bilgi/beceri gereksinim durumu					
Evet	40	47.6	49	58.3	$X^2=1.935$
Hayır	44	52.4	35	41.7	$p=0.164$

*Katılımcıların kendi ifadesi dikkate alınmıştır
 X^2 : Ki-Kare Testi

Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin iletişim konusunda kendini algılama durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de verildi. Deney grubundaki ebe ve hemşirelerin %53.6'sının duygularını bazen rahatlık bazen güçlkle ifade ettikleri, %61.9'ünün bazen iletişim güçlüğü yaşadıkları, %52.4'ünün çoğunlukla kadınları

anladıkları, %57.1'inin iletişim becerileri konusunda eğitim aldıkları ve %52.4'ünün iletişim ile ilgili bilgi/beceri gereksinimi olmadıkları belirlendi. Kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin ise %48.8'inin duygularını bazen rahatlık bazen güçlükle ifade ettikleri, %73.8'inin bazen iletişim güçlüğü yaşadıkları, %64.2'nin çoğunlukla kadınları anladıkları, %77.4'ünün iletişim becerileri konusunda eğitim aldıkları ve %58.3'ünün iletişim ile ilgili bilgi/beceri gereksinimi olmadıkları belirlendi.

Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin iletişim konusunda kendini algılama durumları karşılaştırıldığında duygularını ifade edebilme, iletişim güçlüğü yaşama durumu, kadınları anlama durumu ve iletişim ile ilgili bilgi/beceri gereksinim durumları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin iletişim becerileri konusunda eğitim alma yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin BDÖ-30 ve İBDÖ toplam puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

	Deney Grubu (n=84)	Kontrol Grubu (n=84)	Test^a ve p değeri
	Ort±SS	Ort±SS	
Başkalarına Saygı			
Öntest	48.15±7.33	52.07±6.75	t=-3.598, p<0.001
Sontest	57.69±3.26	51.90±6.82	t=7.010, p<0.001
Test^b ve p değeri	t=-12.473, p<0.001	t=0.354, p=0.724	
Profesyonel Bilgi ve Tutum			
Öntest	51.19±7.03	54.17±5.52	t=-3.063, p=0.003
Sontest	58.30±2.88	54.41±5.62	t=5.643, p<0.001
Test^b ve p değeri	t=-9.901, p<0.001	t=-0.759, p=0.450	
Birey İçin Ulaşılabilir Olma			
Öntest	47.92±10.44	50.30±7.28	t=-1.713, p=0.089
Sontest	57.90±3.07	51.23±6.49	t= 8.504, p<0.001
Test^b ve p değeri	t=-8.767, p<0.001	t=-2.419, p=0.018	
BDÖ-30 toplam			
Öntest	147.27±20.54	156.55±17.66	t=-3.141, p=0.002
Sontest	173.90±8.11	157.55±16.81	t=7.985, p<0.001
Test^b ve p değeri	t=-12.068, p<0.001	t=-1.169, p=0.246	
İBDÖ toplam			
Öntest	81.58±9.46	82.26±10.49	t=-0.441, p=0.660
Sontest	95.96±2.88	83.65±10.62	t=10.244, p<0.001
Test^b ve p değeri	t=-15.060, p<0.001	t=-1.852, p=0.068	

BDÖ-30: Bakım Davranışları Ölçeği-30, İBDÖ: İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği

^a Bağımsız gruplarda t-testi, ^b Bağımlı gruplarda t-testi

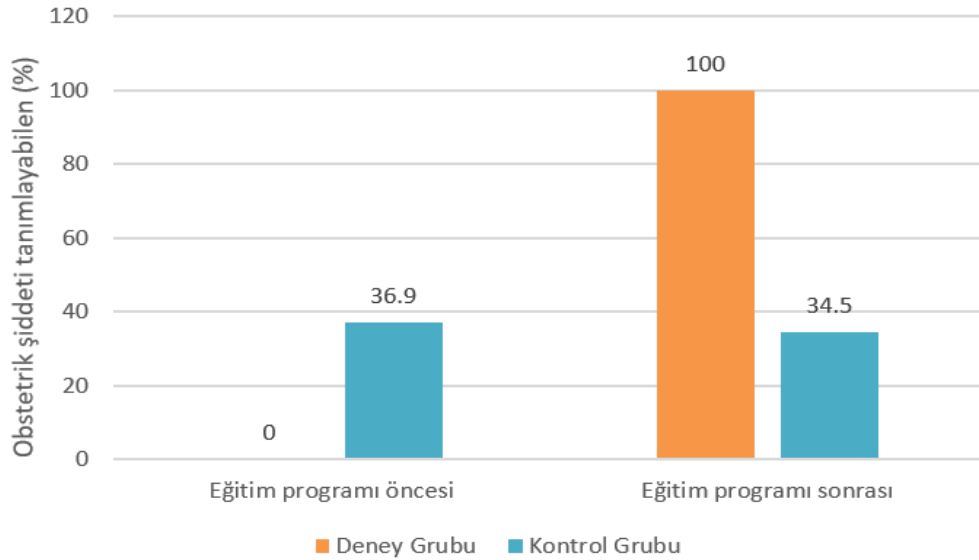
Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin BDÖ-30 ve İBDÖ toplam puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.3’de verildi. Ebe ve hemşirelerin gruplar arası BDÖ-30 toplam ve alt boyutları öntest puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunda BDÖ-30 toplam ve alt boyutları “Başkalarına Saygı”, “Profesyonel Bilgi ve Tutum” ve “Birey İçin Ulaşılabilir Olma” puan ortalamalarının sırasıyla 147.27 ± 20.54 , 48.15 ± 7.33 , 51.19 ± 7.03 ve 47.92 ± 10.44 olduğu, kontrol grubunda BDÖ-30 toplam ve alt boyutları “Başkalarına Saygı”, “Profesyonel Bilgi ve Tutum” ve “Birey İçin Ulaşılabilir Olma” puan ortalamalarının sırasıyla 156.55 ± 17.66 , 52.07 ± 6.75 , 54.17 ± 5.52 ve 50.30 ± 7.28 olduğu belirlendi. Deney ve kontrol gruplarının BDÖ-30 toplam ve alt boyutları (“Birey İçin Ulaşılabilir Olma” alt boyutu hariç) öntest puan ortalamaları arasında kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0.01$). Ebe ve hemşirelerin gruplar arası İBDÖ öntest toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; İBDÖ toplam puan ortalamasının deney grubunda 81.58 ± 9.46 , kontrol grubunda 82.26 ± 10.49 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p > 0.05$).

Ebe ve hemşirelerin BDÖ-30 toplam ve alt boyutları sontest puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunda BDÖ-30 toplam ve alt boyutları “Başkalarına Saygı”, “Profesyonel Bilgi ve Tutum” ve “Birey İçin Ulaşılabilir Olma” puan ortalamalarının sırasıyla 173.90 ± 8.11 , 57.69 ± 3.26 , 58.30 ± 2.88 ve 57.90 ± 3.07 olduğu, kontrol grubunda BDÖ-30 toplam ve alt boyutları “Başkalarına Saygı”, “Profesyonel Bilgi ve Tutum” ve “Birey İçin Ulaşılabilir Olma” puan ortalamaları sırasıyla 157.55 ± 16.81 , 51.90 ± 6.82 , 54.41 ± 5.62 ve 51.23 ± 6.49 olduğu saptandı. Deney ve kontrol gruplarının BDÖ-30 toplam ve alt boyutları sontest puan ortalamaları arasında deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0.001$). Ebe ve hemşirelerin gruplar arası İBDÖ sontest toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; İBDÖ toplam puan ortalamasının deney grubunda 95.96 ± 2.88 , kontrol grubunda 83.65 ± 10.62 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0.001$).

Deney grubunda grup içi öntest-sontest puan ortalamaları karşılaştırıldığında; BDÖ-30 öntest toplam puan ortalamasının 147.27 ± 20.54 , sontest puan ortalamasının 173.90 ± 8.11 olduğu, “Başkalarına Saygı” alt boyutu öntest puan ortalamasının 48.15 ± 7.33 , sontest puan ortalamasının 57.69 ± 3.26 olduğu, “Profesyonel Bilgi ve Tutum” alt boyutu öntest puan ortalamasının 51.19 ± 7.03 , sontest puan ortalamasının

58.30±2.88 olduğu, “Birey İçin Ulaşılabilir Olma” alt boyutu öntest puan ortalamasının 47.92±10.44, sontest puan ortalamasının 57.90±3.07 olduğu, İBDÖ öntest toplam puan ortalamasının 81.58±9.46 ve sontest puan ortalamasının 95.96±2.88 olduğu saptandı. Deney grubunun öntest-sontest puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Kontrol grubunda grup içi öntest-sontest puan ortalamaları karşılaştırıldığında; BDÖ-30 öntest toplam puan ortalamasının 156.55±17.66, sontest puan ortalamasının 157.55±16.81 olduğu, “Başkalarına Saygı” alt boyutu öntest puan ortalamasının 52.07±6.75, sontest puan ortalamasının 51.90±6.82 olduğu, “Profesyonel Bilgi ve Tutum” alt boyutu öntest puan ortalamasının 54.17±5.52, sontest puan ortalamasının 54.41±5.62 olduğu, “Birey İçin Ulaşılabilir Olma” alt boyutu öntest puan ortalamasının 50.30±7.28, sontest puan ortalamasının 51.23±6.49 olduğu, İBDÖ öntest toplam puan ortalamasının 82.26±10.49 ve sontest puan ortalamasının 83.65±10.62 olduğu saptandı. Kontrol grubunda BDÖ-30 alt boyutu “Birey İçin Ulaşılabilir Olma” alt boyutu öntest-sontest puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$); BDÖ-30 toplam ve alt boyutları “Başkalarına Saygı”, “Profesyonel Bilgi ve Tutum” ve İBDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).



Şekil 4.1. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin eğitim programı öncesi ve sonrası “obstetrik şiddeti” tanımlayabilme oranları

Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin eğitim programı öncesi ve sonrası “obstetrik şiddeti” tanımlayabilme oranları (Şekil 4.1) karşılaştırıldığında; deney grubundaki ebe ve hemşirelerin eğitim programı öncesi-sonrası obstetrik şiddeti tanımlayabilme oranları sırasıyla %0 ve %100 olduğu ($X^2=82.011$, $p<0.001^*$), kontrol grubu ebe ve hemşirelerin eğitim programı öncesi-sonrası obstetrik şiddeti tanımlayabilme oranları sırasıyla %39.9 ve %34.5 olduğu saptandı ($p=0.625^*$) (*McNemar test sonucu).

2. Kadınlara ait Bulgular

Tablo 4.4. Kadınların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim programı öncesi (n=158)		Eğitim programı sonrası (n=158)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	
Yaş (yıl) (Ort±SS)	29.60±5.77		29.26±4.99		t=0.563 p= 0.574
Eğitim düzeyi					
İlköğretim mezunu	80	50.6	68	43.0	$X^2=1.830$
Lise ve üzeri mezun	78	48.4	90	57.0	p=0.176
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	138	87.3	127	80.4	$X^2=2.829$
Çalışıyor	20	12.7	31	19.6	p=0.093
Medeni durum					
Evli	152	96.2	157	99.4	$X^2=3.652$
Bekar	6	3.8	1	0.6	p=0.056
Aile yapısı					
Çekirdek	133	84.2	135	85.4	$X^2=0.098$
Geniş	25	15.8	23	14.6	p=0.754
Gelir durumu					
Gelir giderden az	95	60.1	95	60.1	$X^2=1.037$
Gelir gider denk	52	32.9	56	35.5	p=0.595
Gelir giderden fazla	11	7.0	7	4.4	
Kuruma geliş nedeni					
Jinekolojik	55	34.8	47	29.7	$X^2=0.927$
Obstetrik	103	65.2	111	70.3	p=0.336
Kurumda açıklama yapılma durumu*					
Evet	74	46.8	129	81.6	$X^2=41.671$
Hayır	84	53.2	29	18.4	p<0.001
Kurumda izin alınma durumu*					
Hayır	99	62.7	39	24.7	$X^2=46.312$
Evet	59	37.3	119	75.3	p<0.001

*Katılımcıların kendi ifadesi dikkate alınmıştır

t: Bağımsız gruplarda t-testi

X^2 : Ki-Kare Testi

Kadınların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.4’de verildi. Eğitim programı öncesi araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 29.60 ± 5.77 olduğu, %50.6’nın ilköğretim mezunu olduğu, %87.3’ünün çalışmadığı, %96.2’nin evli olduğu, %84.2’nin çekirdek ailede yaşadığı, %60.1’inin gelirin giderden az olduğu, %65.2’nin kuruma obstetrik neden ile başvurduğu, %53.2’ne yapılan işlem öncesi açıklama yapılmadığı ve %62.7’sinden işlem öncesi izin alınmadığı saptandı.

Eğitim programı sonrası çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 29.26 ± 4.99 olduğu, %57.0’ın lise ve üzeri mezunu olduğu, %80.4’nün çalışmadığı, %99.4’nün evli olduğu, %85.4’ünün çekirdek ailede yaşadığı, %60.1’inin gelirin giderden az olduğu, %70.3’ünün kuruma obstetrik neden ile başvurduğu, %81.6’ne işlem öncesi açıklama yapıldığı, %75.3’ünden işlem öncesi izin alındığı saptandı.

Eğitim programı öncesi ve sonrası araştırmaya alınan kadınların tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında; açıklama yapılma ve izin alınma durumlarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$).

Tablo 4.5. Kadınların BDÖ-30 toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

	Eğitim programı öncesi (n=158)	Eğitim programı sonrası (n=158)	Test ve p değeri
	Ort±SS	Ort±SS	
Başkalarına Saygı	32.36±8.47	49.94±8.09	t=-18.857 p<0.001
Profesyonel Bilgi ve Tutum	35.81±10.09	53.19±6.86	t=-17.902 p<0.001
Birey İçin Ulaşılabilir Olma	32.82±9.34	51.79±7.86	t=-19.335 p<0.001
BDÖ-30 Toplam	101.00±25.59	154.93±21.11	t=-20.429 p<0.001

BDÖ-30: Bakım Davranışları Ölçeği-30
t: Bağımsız gruplarda t-testi

Kadınların BDÖ-30 toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.5’de verildi. Kadınların eğitim programı öncesi BDÖ-30 toplam ve alt boyutları “Başkalarına Saygı”, “Profesyonel Bilgi ve Tutum”, ve “Birey İçin Ulaşılabilir Olma” puan ortalamalarının sırasıyla 101.00 ± 25.59 , 32.36 ± 8.47 , 35.81 ± 10.09 ve 32.82 ± 9.34 olduğu bulundu. Kadınların eğitim programı sonrası BDÖ-30 toplam ve alt boyutları “Başkalarına Saygı”, “Profesyonel Bilgi ve Tutum”, ve “Birey İçin Ulaşılabilir Olma” puan ortalamalarının sırasıyla 154.93 ± 21.11 , 49.94 ± 8.09 ,

53.19±6.86 ve 51.79±7.86 olduğu saptandı. Eğitim programı öncesi ve sonrası BDÖ-30 toplam ve alt boyut grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0.001).

Tablo 4.6. Kadınların bakım memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması

	Eğitim programı	Eğitim programı	Test ve p değeri
	öncesi (n=158)	sonrası (n=158)	
	Ort±SS	Ort±SS	
Ebe ve hemşirelerin saygısından memnuniyet	4.78±2.47	9.28±0.88	t=-23.379 p<0.001
Ebe ve hemşirelerin davranışından memnuniyet	4.78±2.03	9.28±0.88	t=-25.558 p<0.001
Ebe ve hemşirelerin iletişiminden memnuniyet	4.77±2.13	9.30±0.91	t=-24.464 p<0.001
Ebe ve hemşirelerin bakımından memnuniyet	5.23±2.10	9.42±0.90	t=-22.971 p<0.001
Ebe ve hemşirelerin ilgisinden memnuniyet	4.86±2.08	9.20±1.00	t=-23.558 p<0.001
Ebe ve hemşirelerin bilgisinden memnuniyet	5.43±1.90	9.37±0.89	t=-23.579 p<0.001
Ebe ve hemşirelerin tutumundan memnuniyet	4.89±2.16	9.24±0.95	t=-23.232 p<0.001
Kurumdaki kalış süresinden memnuniyet	5.42±1.85	9.47±0.84	t=-24.989 p<0.001

t: Bağımsız gruplarda t-testi

Kadınların bakım memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.6'da verildi. Kadınların eğitim programı öncesi ebe ve hemşirelerin saygısından, davranışından, iletişiminden, bakımından, ilgisinden, bilgisinden, tutumundan ve kurumdaki kalış süresinden memnuniyet puan ortalamalarının sırasıyla 4.78±2.47, 4.78±2.03, 4.77±2.13, 5.23±2.10, 4.86±2.08, 5.43±1.90, 4.89±2.16 ve 5.42±1.85 olduğu bulundu. Kadınların eğitim programı sonrası ebe ve hemşirelerin saygısından, davranışından, iletişiminden, bakımından, ilgisinden, bilgisinden, tutumundan ve kurumdaki kalış süresinden memnuniyet puan ortalamalarının sırasıyla 9.28±0.88, 9.28±0.88, 9.30±0.91, 9.42±0.90, 9.20±1.00, 9.37±0.89, 9.24±0.95 ve 9.47±0.84 olduğu saptandı. Eğitim programı öncesi ve sonrası memnuniyet değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0.001).

5. TARTIŞMA

1. Ebe ve Hemşirelere ait Bulguların Tartışılması

Obstetrik şiddet kadınların gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrasında kaliteli sağlık bakım hizmeti almalarındaki en büyük engeldir. Bu araştırmada ebe ve hemşirelere obstetrik şiddeti önleme eğitimi verilmiş ve etkinliği değerlendirilmiştir. Araştırmada, deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşireler; yaş, medeni durum, çalışma şekli, çalışma yaşamından memnuniyet, çalışma yılı, haftalık ortalama bakım verilen kadın sayısı, duygularını ifade edebilme, iletişim güçlüğü yaşama, kadınları anlama ve iletişim ile ilgili bilgi/beceri gereksinimi yönünden karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı görüldü (Tablo 4.1, 4.2). Bu bulgu, deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikler ve iletişim konusunda kendini algılama özelliklerinin benzer olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki ebe ve hemşirelere araştırmacı tarafından dört hafta boyunca, haftada dört oturum olmak üzere toplamda on altı oturum obstetrik şiddeti önleme eğitim programı uygulandı. Girişim sonrası eğitim alan ebe ve hemşirelerin bakım davranışlarının olumlu yönde önemli ölçüde yükselmesi sonucu “H₁” hipotezinin doğrulandığı kanısındayız. Ebe ve hemşirelerin bakım algısına yönelik bu olumlu etkiyi, araştırmada uygulanan eğitim programının, ebe ve hemşirelerde obstetrik şiddet farkındalığını artırması ve şiddeti önleme stratejilerini bakım verirken uygulayabilmeleri ile açıklamak mümkündür. Tudela ve ark. da sağlık bilimleri öğrencilerinde bir tiyatral çalışma ve ardından bir oturumluk yuvarlak masa toplantısı sonrası öğrencilerin obstetrik şiddet algısındaki değişimi değerlendirmişler; girişim sonrası öğrencilerin obstetrik şiddet algılarını içeren maddelerin %84’ünün olumlu yönde değiştiğini belirlemişlerdir (7). Bunun yanı sıra çalışmalar, sağlık çalışanlarında hizmet içi eğitimlerin profesyonel bakım, bakım bilinci, bakım davranışları, farkındalık geliştirme ve kanıt temelli uygulamalar gibi farklı parametreleri etkileyebileceğini göstermiştir (138-140). McDonald ve ark. yoğun bir klinikte çalışan ebe ve hemşirelere uygulanan farkındalık geliştirme eğitiminin kişisel ve profesyonel becerileri geliştirdiğini belirlemişlerdir (141). Edis ve Kulakaç 25 ebe ve hemşire ile yaptıkları çalışmada ebe ve hemşirelere bütüncül yaklaşım eğitimi kapsamında bakım bilinci, bakım davranışları ve kanıt temelli uygulamalar eğitimi verildikten sonra ebe ve hemşirelerin bakım

davranışlarında ve öz değerlendirme düzeylerinde yükselme olduğunu bildirmişlerdir (142). Khresheh ve Barclay Ürdün'de bir devlet hastanesinin doğum servisinde çalışan tüm ebelere bakım davranışlarını iyileştirmek için verilen eğitimin 6 hafta ve 3 yıl sonra yapılan ölçümlerde ebelerin bakım davranışlarının eğitim öncesine göre önemli düzeyde yükseldiğini bildirmişlerdir (143). Bu bulgular ebe ve hemşirelere bakım davranışlarına yönelik verilen eğitimlerin uygulanan bakım algısının yükselmesinde olumlu etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Literatür taramasında obstetrik şiddet önleme ile ilişkili çalışma yoktur.

Obstetrik şiddeti önlemede sağlık profesyonellerinin etkili iletişim becerilerine sahip olması önemli bir unsurdur (3, 4). Bu çalışmada Girişim sonrası eğitim alan ebe ve hemşirelerin bakım davranışlarının olumlu yönde önemli ölçüde yükselmesi sonucu “H₂” hipotezinin doğrulandığı kanısındayız. Literatürde de iletişim ve kişilerarası becerilerinin geliştirilmesinde kullanılan eğitim programlarının ebe ve hemşirelerin iletişim becerilerini, özellikle özgüvenlerini, öz farkındalık, öznel yeterlilik duyguları ve ekip içindeki iletişim üzerindeki olumlu etkileri kanıtlanmıştır (144). Bu çalışmada da eğitim programı içeriğinde yer alan iletişim becerileri eğitimi, ebe ve hemşirelerin iletişim becerilerinin artmasına katkıda bulunmuş olabilir. Çalım ve Saruhan doğumhanede çalışan ebelere kişilerarası iletişim becerileri eğitimi sonrasında ebelerin kadınları etkin dinleme ve kadınlara uygun geri bildirim verme becerilerinin geliştirdiğini, olumsuz iletişim davranışlarının azaldığını saptamıştır (88). Avustralya'da doğum sonrası dönemde psikososyal sorunları olan kadınların belirlenmesi ve desteklenmesi için doğum sonu dönemde kadınlara bakım veren ebelere iletişim becerileri eğitimi verdikten sonra ebelerin kadınları iletişim kurmaları için teşvik etme becerilerinin geliştiği, ayrıca psikososyal sorunları olan kadınları belirlemede ve bakımlarında yetkinliklerinin arttığı bildirilmiştir (145). Başka bir çalışmada, Bry ve arkadaşları, yenidoğan hemşirelerinin iletişim kursuna katıldıktan sonra hemşire-ebeveyn görüşmelerinde iletişim becerilerinin geliştiği bildirilmiştir (146). Benzer olarak, Curtis ve arkadaşları da iletişim becerileri eğitimi verilen hemşirelerin, olağan eğitim alan hemşirelere göre iletişim becerilerinde iyileşme olduğu belirlenmiştir (147). Bu sonuçlar araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Çalışma alınana deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin iletişim becerileri konusunda eğitim alma yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bu durumun farklı hastanelerin eğitim protokollerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

2. Kadınlara ait Bulguların Tartışılması

Araştırmanın bu aşaması obstetrik şiddeti önleme eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla ebe ve hemşirelerin girişim öncesi bakım verdiği grup ve girişim sonrası bakım verdiği grup olmak üzere iki bağımsız kadın grubu ile yürütüldü. Araştırmada, girişim öncesi ve sonrası örnekleme dahil edilen kadınların; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, aile yapısı, gelir düzeyi ve kuruma geliş nedeni yönünden karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı görüldü (Tablo 4.4). Bu bulgu, iki grupta yer alan kadınların tanıtıcı özellikler yönünden benzer olduğunu göstermektedir.

Araştırmada girişim öncesi ebe ve hemşirelerden bakım alan kadınların bakım algıları ile girişim sonrası bakım alan kadınların bakım algıları karşılaştırıldığında, kadınların bakım davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu, girişim sonrası bakım alan kadınların bakım algılarının olumlu yönde önemli ölçüde yükselmesi sonucu " H_3 " hipotezinin doğrulandığı kanısındayız. Kadınlardaki bakım algısına yönelik bu olumlu etkiyi, ebe ve hemşirelere uygulanan eğitim programının kadınlardaki olumlu yansımaları olarak kabul edilebilir. Konu ile ilişkili literatürde çalışma yoktur. Literatürde yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin yeterlilik ve yetkinliklerinin artırılmasının hasta bakım algılarını olumlu yönde etkilediği bildirilmekte (148, 149) ve bakım davranışlarını olumlu algılayan hastaların öz-yeterliliklerini artırdığı gösterilmiştir (150). Çalın ve Saruhan lohusalar ve ebelerle yaptığı deneysel bir çalışmada, ebeler verilen kişilerarası iletişim becerileri eğitimini öncesi ve sonrası toplam 220 kadın karşılaştırılmasında; girişim sonrası ebelerden bakım alan kadınların girişim öncesi gruba oranla doğumda ebelerin, yüz yüze iletişimi, doğumda kadınlara ilgilenme, yardımcı olma ve konuşması için zaman tanıma gibi durumları yönünden kadınların bakım algılarının artırdığı ve kadınların sonraki doğumlarında da aynı ebe ile olmak istedikleri belirtilmiştir (88). İki yüz otuz altı hasta ile yapılan başka bir çalışmada da hemşirelere bakım bilgisi ve uygulamaları eğitim verildikten sonra hastalar tarafından algılanan hemşirelik bakım davranışlarında artma olduğu belirlenmiştir (138). Farklı bir çalışmada Allenbaugh ve arkadaşları asistan doktor ve hemşirelere yatak başında açık iletişim becerilerine odaklanan kısa bir eğitim oturumu uygulandıktan sonra, eğitim sonrası hastalar (n=200) ile eğitim öncesi hastalarla (n=222) karşılaştırıldığında; girişim sonrası grubunun taburculuk bakım algılarının daha yüksek

olduğu bulunmuştur (148). Bu bulgular ebe ve hemşirelere bakım davranışlarına yönelik verilen eğitimlerin bakım alanlarda olumlu etkiye sahip olabileceğini göstermektedir.

Hasta memnuniyeti, sağlık kurum hizmetlerinin kalitesini ölçmek için önemli ve yaygın olarak kullanılan bir göstergedir. Sağlık bakım hizmeti sunan ebe ve hemşirelerde bakıma yönelik olumlu yaklaşımlar (etkili iletişim ve hasta odaklı olma gibi) memnuniyeti artırabilir (151). Bu çalışmada ebe ve hemşirelere uygulanan eğitim programından sonra, kadınlarda memnuniyet değişkenlerinin (ebe ve hemşirelerin saygısından, davranışından, iletişiminden, bakımından, ilgisinden, bilgisinden, tutumundan ve kurumdaki kalış süresinden) olumlu yönde önemli ölçüde yükselmesi sonucu “H₄” hipotezinin doğrulandığı kanısındayız. Literatürde konu ile ilişkili çalışma yoktur, ancak sağlık profesyonellerine verilen farklı eğitim programlarının hasta memnuniyetini arttığı bildiren çalışmalar mevcuttur (88, 142, 143, 152). Ürdün'de bir devlet hastanesinde doğumhanede çalışan ebelere bakım davranışları eğitim programı müdahalesinden sonra bakım alan kadınların memnuniyetlerinin eğitim öncesine göre önemli düzeyde yükseldiği saptanmıştır (143). Sezaryen ile doğum yapan 208 kadın ile yapılan başka bir çalışmada ebe ve hemşirelere bakım bilinci ve bakım davranışları eğitim sonrası ebe ve hemşirelerden bakım alan kadınların, eğitim öncesi bakım alan kadınlara göre bakım memnuniyetlerinin önemli düzeyde arttığı belirtilmiştir (142). Benzer olarak, başka bir çalışmada da ebelere empati eğitimi verilmeden önce ve verildikten sonra anne memnuniyeti değerlendirilmesinde; eğitim sonrası grupta yer alan kadınların eğitim öncesi gruptaki kadınlara oranla doğumda anne memnuniyet düzeylerinin önemli derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (153). Hopkins ve arkadaşları da sağlık personeline yetkilendirme eğitimi ve denetimi verildikten sonra, eğitim öncesi ile karşılaştırıldığında; hasta bakım kalitesinin arttığını bildirmişlerdir (154). Bu çalışmada da gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadına bakım veren ebe ve hemşirelere verilen kanıt temelli girişimlerin uygulamalara entegrasyonu, başkalarına saygı, birey için ulaşılabilir olma, profesyonel bilgi tutumu ve iletişim becerileri eğitimi uygulanması kadın memnuniyetini yükseltmiş olabilir. Bu nedenle obstetrik şiddete müdahale etmek sadece bakımın olumlu etkilenmesine yardımcı olmaz aynı zamanda, bakımdan memnuniyeti de yükseltebilir şeklinde yorumlamak mümkündür.

Bu araştırmanın sonucunda obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik ebe ve hemşirelere verilen eğitim programı sonrasında ebe ve hemşirelerin bakım algıları, iletişim becerileri ile bakım alan kadınların bakım algıları ve bakımdan memnuniyet

düzeplerinde önemli derecede yükselme görüldü. Eğitim sonrası ebe ve hemşirelerin güçlü iletişim becerilerine sahip olmaları, kadınlara saygı göstermeleri, kadın için ulaşılabilir olmaları, kadına profesyonel bilgilerini sunmaları ve uygulamalarına kanıt temelli girişimleri entegre etmeleri ebe ve hemşireler ile bakım alan kadınların iletişimini iyileştirdiği, bakım algılarını olumlu yönde önemli düzeyde etkilediği ve kadın memnuniyetini önemli düzeyde artırmış olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Obstetrik şiddeti önlemeye yönelik ebe ve hemşirelere verilen eğitimin ebe ve hemşirelerin bakım algıları, iletişim becerileri ve bakım alan kadınların bakım algıları ve bakımdan memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada;

6.1. Ebe ve Hemşirelere ait Sonuçlar

- Obstetrik şiddeti önleme eğitimi sonrası, deney grubundaki ebe ve hemşirelerin eğitim öncesine göre bakım davranışlarının olumlu yönde arttığı belirlendi ($p<0.001$).
- Obstetrik şiddeti önlenme eğitimi sonrası, deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin eğitim öncesine göre iletişim becerilerinin arttığı belirlendi ($p<0.001$).

6.2. Kadınlara ait Sonuçlar

- Obstetrik şiddeti önlemeye yönelik ebe ve hemşirelere verilen eğitim sonrası, bakım alan kadınların girişim öncesine göre bakım algılarının olumlu yönde arttığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.001$).
- Obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik ebe ve hemşirelere verilen eğitim sonrası, bakımlı alan kadınların girişim öncesine göre memnuniyetlerinin arttığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.001$).

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Sağlık kurumlarında çalışan sağlık profesyonellerine düzenli aralıklarla hizmet içi eğitim programlarını yapılması,
- Gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde ebe ve hemşirelerin bakım davranışlarını artıran hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Ebe ve hemşirelerin iletişim becerilerini artıran hizmet içi eğitimlerin verilmesi,

- Ebe ve hemşirelere prekonsepsiyonel, gebelik, doğum ve postpartum döneminde kanıt temelli uygulamalar ile ilgili hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitimlerine obstetrik şiddet farkındalık eğitiminin entegre edilmesi,
- Ebe ve hemşirelere verilen obstetrik şiddeti önleme eğitiminin ebe, hemşire ve kadının bakım algılarına ve iletişimine etkisinin incelendiği daha kapsamlı ve ayrıntılı prospektif, nitel ve nicel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Son Erişim Tarihi 13 Nisan 2021.
2. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf. Son Erişim Tarihi 14 Nisan 2021.
3. Galiano JM, Vazquez SM, Almagro JR, Martinez AH. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth* 2021, 34: 526-36.
4. McGarry J, Smith KH, Watts K, Mccloskey P, Evans C. Experiences and impact of mistreatment and obstetric violence on women during childbearing: a systematic review protocol. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28267023/> Son Erişim Tarihi 13 Nisan 2021.
5. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth report of a landscape analysis. www.urchs.com/uploads/resourceFiles/Live/RespectfulCareatBirth9-20-101Final.pdf. 2010. Son Erişim Tarihi 13 Nisan 2021.
6. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847> Son Erişim Tarihi 13 Nisan 2021.
7. Tudela DM, Chordá VMG, Vidal FJS, Carrasco TB, Rico LC, Candel RV, Gasch AC. Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse education today* 2020, 88: 104364.
8. Goli S, Ganguly D, Chakravorty S, Siddiqui MZ, Ram H, Rammohan A, Acharya SS. Labour room violence in uttar pradesh, india: evidence from longitudinal study

- of pregnancy and childbirth. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31266838/> Son Erişim Tarihi 13 Nisan 2021.
9. Mesenburg MA, Victora CG, Serruya SJ, León RP, Damaso AH, Domingues MR, Silveira MF. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health* 2018; 15: 54.
 10. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, Mbehero F, Njeru A, Bellows B. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in kenya. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123606> Son Erişim Tarihi 13 Nisan 2021.
 11. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health* 2017, 14: 1-18.
 12. Bhattacharya S, Ravindran TKS. Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of varanasi district, northern india. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018, 18: 338.
 13. Mihret MS. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a specialized comprehensive hospital, amhara region, northwest ethiopia. *BMC Res* 2019, 12: 600.
 14. Siraj A, Teka W, Hebo H. Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, jimma university medical center, southwest ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019, 19: 1–9.
 15. Nawab T, Erum U, Amir A, Khalique N, Ansari M, Chauhan A. Disrespect and abuse during facility-based childbirth and its sociodemographic determinants – A barrier to healthcare utilization in rural population. *J Fam Med Prim Care* 2019, 8(1): 239–45.
 16. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Parys ASV. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015, 94: 508–17.
 17. Vazquez SM, Almagro JR, Martinez AH, Galiano JM, Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *J Pers Med* 2021, 11: 338.

18. Santiago RV, Monreal LA, Carmona AR, Domínguez MS. «If we're here, it's only because we have no money.» discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018, 18: 244.
19. Brandão T, Cañadas S, Galvis A, Ríos MM, Meijer M, Falcon K. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito. *Int J Gynecol Obstet* 2018, 143: 84–8.
20. Perera D, Lund RK, Schei B, Jennifer J. When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district. *BMC Pregnancy And Childbirth* 2018, 18: 211.
21. Chattopadhyay S, Mishra A, Jacob S. 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Cult Health Sex* 2018, 20: 815–29.
22. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, DeMola CL, Bassani DG, Domingues R, Stein A, Coll CVN. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *J Affect Disord* 2019, 256: 441–7.
23. Fernández OL. PTSD and obstetric violence, Midwifery Today Int. *Midwife* 2013, 105: 48–9.
24. Bohren MA, Hunter EC, Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 2014, 11: 71.
25. Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. 'They treat you like you are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery* 2014, 30: 262–8.
26. Finlayson K, Downe S. Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551970/> Son Erişim Tarihi 13 Nisan 2022.
27. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth.

- [Http://Apps.Who.Int/iris/bitstream/10665/134588/1/Who_Rhr_14.23_Eng.Pdf?Ua=1&U A=1](http://Apps.Who.Int/iris/bitstream/10665/134588/1/Who_Rhr_14.23_Eng.Pdf?Ua=1&U A=1). Accessed: 25 July 2019. Son Erişim Tarihi 13 Nisan 2022.
28. Kilci Ş, Bozkurt DÖ, Saruhan A. Bir kadın hakkı ihlali: obstetrik şiddet. *Archives Medical Review Journal* 2020, 2: 122-8.
 29. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet* 2014, 384: 42-4.
 30. Jewkes R, Kekana LP. Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001849> Son Erişim Tarihi 14 Nisan 2022.
 31. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2016, 16: 29-37.
 32. Shabot S. Making Loud Bodies “Feminine”: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies* 2016, 39: 231-47.
 33. Wolf A. Metaphysical violence and medicalized childbirth. *International Journal Of Applied Philosophy* 2013, 27: 101-11.
 34. Dixon L. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly* 2015, 29: 437-54.
 35. Justicia TSD. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: Asamblea Nacional. <http://www.asambleanacional.gov.ve/index.php/leyes/sancionadas/ley-organica-de-reforma-a-la-ley-organica-sobre-el-derecho-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia>. Son Erişim Tarihi 14 Nisan 2022.
 36. Özkan HA, Bilgin Z. *Kanıtı Dayalı Gebelik ve Doğum Yönetimi*. 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2019: 1-176.
 37. World Health Organization. Preconception care: maximizing the gains for maternal and child health 2013 https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf. Son Erişim Tarihi 14 Nisan 2022.

38. Karataş M, Gölbaşı Z. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık riskleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2021, 11: 151-8.
39. American Academy Of Family Physicians. Preconception care (position paper) <https://www.aafp.org/about/policies/all/preconception-care.html> Son Erişim Tarihi 14 Nisan 2022.
40. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2018, 26: 3069.
41. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CD, Nayara Figueiredo Vieira NF, Cunha RO, Friche AAL. Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019, 24: 2811-24.
42. Perera D, Lund RK, Schei B, Jennifer J. When helpers hurt’: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, colombo district. *BMC Pregnancy And Childbirth* 2018, 18: 211.
43. Barbosa DM, Modena JCM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics 2018. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069> Son Erişim Tarihi 20 Ocak 2021.
44. Penna OV, Discussing MM. Obstetric violence through the voices of women and health professionals. <https://www.scielo.br/j/tce/a/nPqfV5Jt6NRFq86tnDFfgnb/abstract/?lang=en> Son Erişim Tarihi 13 Nisan 2022.
45. Carlos J, Cuauero A. Obstetric violence: a hidden dehumanizing practice, exercised by medical care personnel: is it a public health and human rights problem? *Rev Mex Med Forense* 2019, 4: 1-11.
46. Khosla R, Zampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health Hum Rights* 2016, 18: 131-43.
47. <https://library.co/document/yevv0d7z-abc-mscf-manual-diagnostico-cultural-organizacional-maternidades.html>. Son Erişim Tarihi 13 Nisan 2022.

48. Mselle LT, Kohi TW, Dol J. Barriers and facilitators to humanizing birth care in tanzania: findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. *Reprod Health* 2018, 15: 137.
49. World Health Organization. Maternal health. https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1. Son Erişim Tarihi 20 Ocak 2021.
50. Kızılkaya NB. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2015: 7-349.
51. <https://www.hindawi.com/journals/aph/2019/5487293/>. Son Erişim Tarihi 25 Ocak 2021.
52. World Health Organization. Maternal mortality. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> Son Erişim Tarihi 11 Ocak 2021.
53. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu M, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014, 2: 323-33.
54. Filippi V, Chou D, Ronsmans C, Graham W, Say L, Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N. Levels and causes of maternal mortality and morbidity. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27227230/> Son Erişim Tarihi 11 Ocak 2021.
55. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, MLumbiganon P, Zhang J, Yamdamsuren B, Temmerman M, Say L, Tunçalp Ö, Vogel JP, Souza JP, Mori R. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014, 121: 40–8.
56. Khan KS, Wojdyla D, Lale Say L, Gülmezoglu AM, Paul Fa Van Look PFV. WHO Analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006, 367:1066-74.
57. World Health Organization. Strategies Toward Ending Preventable Maternal Mortality. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ Son Erişim Tarihi 30 Ocak 2021.
58. Yiğit Y, Topkaya S. Türk İş Hukuku'nda Gebe ve Emziren Anne İşçilerin Korunmasına İlişkin Düzenlemeler. *Emek ve Toplum* 2017, 6: 47 – 67.
59. Şen C. Yayla M. Fetus hakları ve korunması. *Perinatoloji Dergisi* 2002, 10: 43-6.

60. Aşıcı Ö, Gökdemir F. Etik yönleriyle üreme hakları ve cinsel haklar. *J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2017, 3: 151-62.
61. T.C. Cumhurbaşkanlığı. Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18728&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Son Erişim Tarihi 10 Haziran .2020.
62. T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. <https://kirkclareliism.saglik.gov.tr/Eklenti/115527/0/dogum-oncesi-bakim-rehberi-2018pdf.pdf>. Son Erişim Tarihi 12 Şubat 2021.
63. Batman D. Gebe Kadınların gebelikleriyle ilgili araştırdığı konular ve bilgi kaynakları; nitel bir çalışma. *Kou Sag Bil Derg* 2018, 4: 63-9.
64. U.S. Equal Employment Opportunity Commission. Pregnancy Discrimination. <https://www.eeoc.gov/pregnancy-discrimination>. Son Erişim Tarihi 12 Şubat 2021.
65. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat%20metin/1.5.4857.pdf>. Son Erişim Tarihi 15 Şubat 2021.
66. <https://www.genel-is.org.tr/emek-arastirmalari,3,2547> Son Erişim Tarihi 16 Şubat 2021.
67. Atar S, Yalın NY. Fetüs ve gebe hakları bağlamında anne adayları ve/veya aileden kaynaklanan nedenlerle fetüsün zarara uğrama durumu. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2018, 5(2): 73-85.
68. Biçer S, Şahin F, Alan H, Karakuş D, Çelik G. Anne adaylarının fetüs hakları konusundaki bilgi durumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012, 2: 42-51.
69. Korff D. The Right To Life. A guide to the implementation of article 2 of the european convention on human rights. european court of human rights. <https://www.refworld.org/docid/49f184722.html> Son Erişim Tarihi 12 Şubat 2021.
70. American Civil Liberties Union. Fetal Rights. <https://www.aclu.org/other/whats-wrong-fetal-rights>. Son Erişim Tarihi 12 Şubat 2021.
71. Türk Medeni Kanunu. T.C. Resmi Gazete, sayı: 24607, 12 Nisan 2018.

72. Fletcher J. Indicators of humanhood: A tentative profile of man. *The Hastings Center Report* 1972, 5: 2-5.
73. Wilkinson MD, Dumontier M, Aalbersberg IJ, Appleton G, Axton M, Baak A, Blomberg N, Boiten JW, Santos LB, Bourne PE, Bouwman J, Brookes AJ, Clark T, Crosas M, Dillo I, Dumon O, Edmunds S, Evelo CT, Finkers R, Beltran AG, Gray AJ, Groth P, Goble C, Grethe JS, Heringa J, 't Hoen PA, Hooft R, Kuhn T, Kok R, Kok J, Lusher SJ, Martone ME, Mons A, Packer AL, Persson B, Rocca-Serra P, Roos M, van Schaik R, Sansone SA, Schultes E, Sengstag T, Slater T, Strawn G, Swertz MA, Thompson M, van der Lei J, van Mulligen E, Velterop J, Waagmeester A, Wittenburg P, Wolstencroft K, Zhao J, Mons B. The FAIR Guiding principles for scientific data management and stewardship. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792175/> Son Erişim Tarihi 18 Şubat 2021.
74. Şentürk H. Sosyal ilişkilerde saygı kavramı: psikoloji ve din açısından bir bakış. *Süleyman Demirel Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2008, 1: 2018-28.
75. Karaca A, Durna Z. Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum* 2018, 28: 16-23.
76. T.C. Resmî Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23420.pdf> Resmî Gazete Tarh: 01.08.1998 Resmî Gazete Sayısı: 23420 Son Erişim Tarihi 20 Şubat 2021.
77. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010, 17: 74-82.
78. Süs A. Sağlık Kurumlarında İletişim ve Hasta Memnuniyeti Faktörleri Üzerine Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2020.
79. Çakı E, Sönmez M. Hastanede çalışan hemşirelerin meslekte profesyonel tutum düzeylerinin belirlenmesi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi* 2020, 1: 58-69.
80. Güner S, Yurdakul M, Yetim N. Türkiye’de ebelik mesleğinin sorunlarına akademik bakışı yansıtan nitel bir çalışma. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 2015, 1: 80-7.
81. Saydam BK. Profesyonel bir meslek olarak Türkiye’de ebelik. *Sağlık ve Toplum* 2015, 25: 3-9.

82. Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe / hemşirenin rolü. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi* 2011, 19: 45-53.
83. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-Led versus other models of care for childbearing women. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18843666/> Son Erişim Tarihi 9 Mart 2021.
84. Sökmen Y, Taşpınar A. Ebelerin mesleki profesyonel tutumları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021, 24: 156-66.
85. Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand J Caring SCI* 2011, 25: 806-17.
86. Çakaloz DK, Çoban A. Profesyonel bir meslek olarak ebelik: lisansüstü program öğrencileri ne düşünüyor? Tek durumlu bir örnek olay çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 22: 239-48.
87. Karaçam Z, Eroğlu K. Hemşirelik ve ebelik: görev, yetki ve sorumluluklardaki benzerlik ve farklılıklar. *Lokman Hekim Dergisi* 2019, 9: 211-27.
88. Çalım Sİ, Saruhan A. Travelbee kuramı'na göre verilen kişilerarası iletişim eğitiminin ebelerin iletişim becerilerine ve annelerin doğum memnuniyetine etkisi. *Life Sciences* 2019, 14: 104-21.
89. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, Canoui P, Le Gall J R, Schlemmer B. Half the families of intensive care unit patients experience inade. *Crit Care Med* 2000, 28: 3044-9.
90. World Health Organization. Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=12> Son Erişim Tarihi 9 Mart 2021.
91. Midwives allians North America. The Midwives Model of Care. <https://mana.org/about-midwives/midwifery-model> Son Erişim Tarihi 10 Mart 2021.
92. Sevinç A. Ebelik Empati Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2019.

93. Yaşar E, Aydın SR, Gençtürk N. Türkiye’de ebelerin yapmış oldukları kanıta dayalı uygulamalar: sistematik derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 8: 43-51.
94. World Health Organization. Antenatal Care Model. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/ Son Erişim Tarihi 10 Mart 2021.
95. World Health Organization. Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Son Erişim Tarihi 10 Mart 2021.
96. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to improve preconception health and health care -United States. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/r5506.pdf](https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/r5506.pdf) Son Erişim Tarihi 11 Mart 2021.
97. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. <https://kirklareliism.saglik.gov.tr/Eklenti/115527/0/dogum-oncesi-bakim-rehberi-2018.pdf.pdf>. Son Erişim Tarihi 11 Mart 2021.
98. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prepregnancy Counseling. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/prepregnancy-counseling>. Son Erişim Tarihi 11 Mart 2021.
99. American College of Obstetricians and Gynecology. perinatal care. <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx> Son Erişim Tarihi 20 Mart 2021.
100. American College of Obstetricians and Gynecologists. Nutrition During Pregnancy. <https://www.acog.org/womenshealth/faqs/nutrition-during-pregnancy>. Son Erişim Tarihi 20 Mart 2021.
101. Mgawadere F, Shuaibu U. Enablers and barriers to respectful maternity care in low and middle-income countries: A Literature Review of Qualitative Research. *International Journal of Clinical Medicine* 2021, 12: 5.
102. Yıldız H. Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya sağlık örgütü önerileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 5: 98-105.

103. Ndwiga C, Warren CE, Ritter J, Sripad P, Abuya T. Exploring Provider Perspectives on Respectful Maternity Care in Kenya: “Work with What You Have”. *Reproductive Health* 2017, 14: 99.
104. White Ribbon Alliance. Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf. Son Erişim Tarihi 15 Mart 2021.
105. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23963739/> Son Erişim Tarihi 15 Mart 2022.
106. Kozhimannil KB, Laura B, Attanasio LB, Yang T, Avery M, Declercq E. Midwifery care and patient-provider communication in maternity decisions. *Matern Child Health J* 2015, 19: 1608–15.
107. Midwives allians. Midwifery Care. <https://midwifealliance.ca/midwifery-care/> Son Erişim Tarihi 25 Mart 2021.
108. Keskin S. Sağlık Çalışanlarının Yeni Doğum Yapmış Anneler ile İletişimlerinin İncelenmesi ve İletişim Becerilerinin Annelerin Memnuniyetine Etkileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2019.
109. Sezer N, Doruk EK. Etkili İletişim Becerileri. <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/etkiliiletisimbecerileriau243.pdf> Son Erişim Tarihi 30 Mart 2021.
110. Ertürk YD. Kişilerarası İletişim. <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/kiletisim.pdf>. Son Erişim Tarihi 30 Mart 2021.
111. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. İletişim Süreci. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/%C4%B0leti%C5%9Fim%20S%C3%BCreci.pdf. Son Erişim Tarihi 30 Mart 2021.
112. Gülşen GE. Eğitim Yöneticilerinin İletişim Becerilerine İlişkin Öğretmen Görüşleri: Bir Durum Çalışması. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2020.
113. <https://www.verywell.com/learn-assertive-communication-in-five-simple-steps-3144969> Son Erişim Tarihi 30 Mart 2021.

114. Erci B, Çokbekler N, Işık K. Aile sağlığı merkezlerinde çalışmakta olan ebe ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Derg* 2017, 7: 49-53.
115. <https://ecampusontario.pressbooks.pub/cmroleofmidwifery/chapter/effective-communication/> Son Erişim Tarihi 28 Mart 2021.
116. Wilkinson S, Bailey K, Aldridge J, Roberts A. A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliative Med* 1999, 13: 341-8.
117. Bowles N, Mackintosh C, Torn A. Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution focused communication training. *J Adv Nurs* 2001, 36: 347-54.
118. Al-Rajabi O, Al-Hadid L, Subih M. Factors influencing women's attitudes towards midwifery: Tool validation. *International Journal of Nursing Practice* 2015, 21: 462-9.
119. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf. Son Erişim Tarihi 28 Mart 2021.
120. Mannava P, Durrant K, Fisher J, Chersich M, Luchters S. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: A systematic review. *Global Health* 2015, 11: 36.
121. Ekström AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes - design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015, 15: 275.
122. Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed* 2014, 26: 65-7.
123. Reno KM. Proactive Communication: An Investigation of Employee Reactions to Organizational Communication Problems. 2015. https://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4994&context=utk_graddiss. Son Erişim Tarihi 27 Mart 2021.
124. Ron F. Is your communications strategy reactive or responsive? <https://www.linkedin.com/pulse/20140926124226-8970489-is-your-communications-strategy-reactive-or-responsive>. Son Erişim Tarihi 18 Mart 2021.

125. Rapp A. Personal Space. <https://designobserver.com/feature/personal-space/8597>. Son Erişim Tarihi 18 Mart 2021.
126. <https://www.thoughtco.com/what-is-communication-1689877> Son Erişim Tarihi 18 Mart 2021.
127. Fidan M. Sözsüz İletişim. İçinde: Fidan M, Torun BU. (Editörler). *Konuşulmayan Dil Sözsüz İletişim*, 1. Baskı. Ankara, Gazi Kitabevi, 2018: 1-52.
128. Çağlar G. Anne-Baba İletişim Becerilerinin 60-66 Ay Grubu Çocukların İletişim Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Temel Eğitim Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi, 2019.
129. Srisawad K. Role of midwife in preconception care. *Journal of Nursing* 2017, 37: 157-65.
130. The International Confederation of Midwives. ICM Definitions. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html> Son Erişim Tarihi 4 Nisan 2021.
131. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>. Son Erişim Tarihi 5 Nisan 2021.
132. World Health Organization. Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Son Erişim Tarihi 10 Nisan 2021.
133. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prepregnancy Counseling. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/prepregnancy-counseling>. Son Erişim Tarihi 7 Nisan 2021.
134. American College of Obstetricians and Gynecology. Perinatal Care. <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>. Son Erişim Tarihi 10 Nisan 2021.
135. Gül Ş. Bakım Kavramının Analizi: Hemşirelerin ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2015.

136. Wolf Z, Giardino E, Osborne P, Ambrose M. Dimensions of nurse caring. *Journal of Nursing Scholarship* 1994, 26: 107-11.
137. Korkut F. İletişim becerilerini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 1996, 2: 18-23.
138. Sheikhmoonesi F, Zarghami M, Targari T, Khalilian A. Effect of transactional analysis education to nurses on patients' satisfaction. *European Psychiatry* 2013, 28: 1.
139. Elbahnasawy HT, Lawend J, Mohammed E. Application of Watson caring theory for nurses in pediatric critical care unit. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2016, 5: 56-67.
140. Avcı YD. İnme Geçiren Hastalar ve Bakım Verenleri İçin Geçiş Bakım Modeline Temellenen Girişimlerin Bakım Verenlerin Yeterliliğinin Artırılması ve Hasta Sonuçlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2019.
141. McDonald G, Jackson D, Wilkes L, Vickers M. Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse* 2013, 45: 134-43.
142. Edis EK, Kulakaç Ö. Sezaryen Olan Kadınlarda Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Ağrı Yönetimi Programının Hemşireler ve Ebelerin, Bakım Davranışları ve Bakım Sonuçlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2021.
143. Khresheh R, Barclay L. Assessing the effectiveness of an educational workshop designed to improve caring behaviors of Midwives at Public Hospitals in Jordan. *Nursing and Midwifery Studies* 2019, 8: 70-7.
144. Škodová Z. Communication and interpersonal skills enhancement in midwifery: review. *Cent Eur J Nurs Midw* 2016, 7: 504-10.
145. McLachlan HL, Forster DA, Collins R, Hegarty K. Identifying and supporting women with psychosocial issues during the postnatal period: evaluating an educational intervention for midwives using a before-and-after survey. *Midwifery* 2011, 27: 723–30.

146. Bry K, Bry M, Hentz E, Karlsson HL, Kyllönen H, Lundkvist M, Wigert H. Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr* 2016, 105: 397-406.
147. Curtis JR, Geri AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, Doorenbos AZ, Kross EK, Reinke LF, Feemster LC, Edlund B, Arnold RW, Engelberg RA. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness. *JAMA* 2013, 310: 2271-81.
148. Allenbaugh J, Corbelli J, Laurie Rack L, Rubio D, Spagnoletti C. Brief communication curriculum improves resident and nurse communication skills and patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine* 2019, 34: 1167–73.
149. DeWolff MG, Midtgaard DJ, Johansen M, Rom A, Rosthøj S, Tabor A, Hegaard HK. Effects of a midwife-coordinated maternity care intervention (chropreg) vs. standard care in pregnant women with chronic medical conditions: results from a randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18: 78-85.
150. Kargar L, Khademian Z, Rambod M. Association between perception of caring behaviors and self-efficacy in patients with cardiovascular disease at coronary care units: a cross-sectional study. *Acute Crit Care* 2021, 36: 118–25.
151. Akbaş E. Gezgin MF. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2014.
152. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sex Reprod Healthc* 2019, 21: 33-8.
153. Aktaş S, Pasinlioğlu T. The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: A quasi-experimental study. *J Eval Clin Pract* 2021, 27: 858-67.
154. Hopkins U, Itty AS, Nazario H, Pinon M, Slyer J, Singleton J. The effectiveness of delegation interventions by the registered nurse to the unlicensed assistive personnel

and their impact on quality of care, patient satisfaction, and rn staff satisfaction: a systematic review. *PMID* 2012,10: 895-934.

EKLER

EK-1. Ebe-Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız.....
2. Medeni durumunuz? a) Evli b) Bekar
3. Eğitim düzeyiniz? a) Lisans altı b) Lisans ve Üzeri
4. Şu Anki çalışma şekliniz? a) Gündüz b) Gece/Nöbet
5. Genel olarak çalıştığınız ortamdan memnun musunuz? a) Memnun b) Memnun Değil
6. Meslekteki çalışma süreniz.....
7. Son 6 aylık çalışmanızı dikkate aldığınızda bir haftada ortalama kaç kadına bakım yaptınız.....
8. Duygularınızı nasıl ifade edersiniz?
 - a) Rahatlıkla b) Güçlkle c) Bazen rahatlıkla, bazen güçlkle
9. İletişim güçlüğü yaşıyor musunuz? a) Sık / Çok sık b) Bazen c) Hiçbir zaman
10. Çalıştığınız ortamda bakım için gelen kadınları anlama konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?
 - a) Genellikle her zaman b) Çoğunlukla c) Bazen d) Nadiren
11. İletişim becerileri konusunda eğitim aldınız mı? a) Evet b) Hayır
12. İletişim ile ilgili bilgi ve beceri gereksiniminizi düşünüyor musunuz?
 - a) Evet b) Hayır
13. Size göre obstetrik şiddet nedir?
 - a) Bir fikrim yok b).....

EK-2. Bakım Davranışları Ölçeği-30

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Neredeyse Her Zaman	Her Zaman
1.Hastayı bilgilendirir veya hastaya öğretim yapar.						
2. Hastaya bir birey gibi muamele eder.						
3. Hastanın karar vermesini sağlamak için bilgilendirir.						
4. Hastayı destekler						
5. Hastaya karşı dürüsttür						
6. Hastayla empati kurar						
7. Hastanın gelişmesine/ güçlenmesine yardım eder						
8. Hastanın fiziksel ya da ruhsal olarak rahatlamasını sağlar.						
9. Hastaya karşı sabırlı ve gayretlidir.						
10. Hastayı kendi bakımını planlamasına dahil eder.						
11. Hastanın karşısında kendinden emindir.						
12. Hastayla yumuşak ve nazik bir ses tonuyla konuşur.						
13. Profesyonel bilgi ve becerilerini gösterir.						
14. Hastayı gözetir						
15. Ekipmanları beceriyle kullanır.						
16. Hastaya karşı güler yüzlüdür						
17. Hastanın bilgilerini gizli tutar.						
18. Güven verici bir duruş sergiler.						
19. Hastaya bir insan olarak değer verir						
20. Hastanın tedavisini ve ilaçlarını zamanında uygular						
21. Hastayla gönüllü olarak ilgilenir						
22. Hastayla konuşur.						
23. Sorunları olduğunda haber vermesi için hastayı teşvik eder						
24. Hastanın dile getirdiği ve getiremediği gereksinimlerini karşılar						
25. Hastanın çağrısına çabucak cevap verir.						
26. Hastaya ilgi gösterir						
27. Hastanın hastaneye yattığı ve tedaviye başladığı ilk zamanlarda özel ilgi gösterir						
28. Hastanın rahatsızlık belirtilerini hafifletir						
29. Hastaya öncelik verir.						
30. İyi bir fiziksel bakım sağlar						

EK-3. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.Sorunlarını dinlediğim insanlar benim yanımdan rahatlayarak ayrılırlar.	4	3	2	1	0
2.Düşüncelerimi istediğim zaman anlaşılır biçimde ifade edebilirim.	4	3	2	1	0
3.Başkalarını bir kasıt aramadan dinlerim.	4	3	2	1	0
4.Sosyal ilişkide bulunduğum insanları oldukları gibi kabul edebilirim	4	3	2	1	0
5.İnsanların önemli ve değerli olduklarını düşünürüm	4	3	2	1	0
6.Birisiyle ilgili bir karara ulaşmadan önce onunla ilgili gözlemlerimi gözden geçiririm	4	3	2	1	0
7.İlişkide bulunduğum kişilerin anlatmak istediklerini dinlemek için onlara zaman ayırırım.	4	3	2	1	0
8.İnsanlara karşı sıcak bir ilgi duyarım.	4	3	2	1	0
9.İnsanlara gerektiğinde yardım etmekten hoşlanırım.	4	3	2	1	0
10.Olaylara değişik açılardan bakabilirim	4	3	2	1	0
11.Düşüncelerimle yaptıklarım birbiriyle tutarlıdır	4	3	2	1	0
12.İlişkilerimin daha iyiye gitmesi için bana düşenleri yapmaya özen gösteririm	4	3	2	1	0
13.Kendime ve başkalarına zarar vermeden içimden geldiği gibi davranabilirim	4	3	2	1	0
14.Arkadaşlarımla beraberken kendimi rahat hissederim.	4	3	2	1	0
15.Yaşadığım olaylardaki coşkuyu her halimle başkalarına iletebilirim.	4	3	2	1	0
16.İlişkilerimin nasıl geliştiğini ve nereye gittiğini anlamak için düşünmeye zaman ayırırım.	4	3	2	1	0
17.Karşımdakini dinlerken anlamadığım bir ayrıntı olduğunda konunun açığa kavuşması için sorular sorarım	4	3	2	1	0
18.Benimle özel olarak konuşmak isteyen bir arkadaşım olduğunda konuyu ayak üstü konuşmamaya özen gösteririm.	4	3	2	1	0
19.Birisini anlamaya çalışırken sakın bir ses tonuyla konuşurum.	4	3	2	1	0
20.İlişkilerimi zenginleştiren eğlenceli keyifli bir yanım var.	4	3	2	1	0
21.Birisine bir öneride bulunurken onun öneri vermeme isteyip istemediğine dikkat ederim	4	3	2	1	0
22.Birisini dinlerken ne karşılık vereceğimden çok, onun ne demek istediğini anlamaya çalışırım.	4	3	2	1	0
23.İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissederim	4	3	2	1	0
24.Bir yakınımla sorunum olduğunda bunu onunla suçlayıcı olmayan bir dille konuşmak için girişimde bulunurum	4	3	2	1	0
25.Karşımdakini dinlerken kendi merakımı gidermek için ona özel sorular sormaktan kaçınırım.	4	3	2	1	0

EK-4. Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız.....

2. Öğrenim düzeyiniz nedir? a) İlköğretim mezunu b) Lise ve üzeri mezun

3. Herhangi bir işte çalışıyormusunuz? a) Çalışmıyorum b) Çalışıyorum

4. Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar

5. Aile yapınız nedir? a) Çekirdek b) Geniş

7. Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

a) Gelir giderden az b) Gelir gider denk c) Gelir giderden fazla

8. Sağlık kuruluşuna başvuru nedeniniz? a) Jinekolojik b) Obstetrik

10.Sağlık kuruluşuna başvurduğunuzda yapılan müdahalelerden önce size açıklama yapıldı mı?

a) Evet b) Hayır

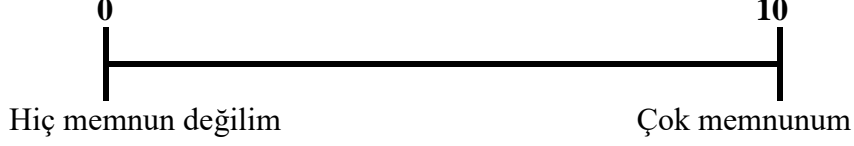
9. Sağlık kuruluşuna başvurduğunuzda yapılan müdahalelerde sizden izin alındı mı?

a) Hayır b) Evet

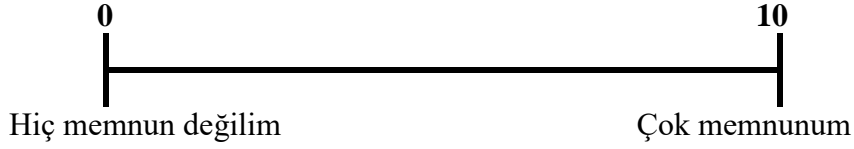
EK-5. Bakım Memnuniyet Formu

Lütfen Ebe ve hemşire tarafından verilen bakım sırasındaki memnuniyetinizi cetvel üzerinde 0' dan 10'a kadar işaretleyiniz. (0=hiç memnun değilim, 10 =çok memnunuz)

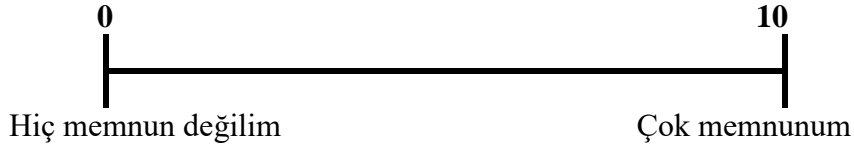
1. Ebenin size saygılı davranmasından ne kadar memnun kaldınız?



2.Ebenin size davranışlarından ne kadar memnun kaldınız?



3.Ebenin sizinle iletişiminden ne kadar memnun kaldınız?



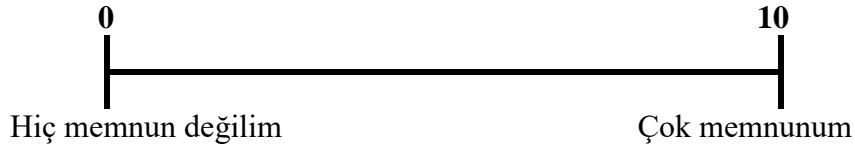
4.Ebenin size verdiği bakımdan ne kadar memnun kaldınız?



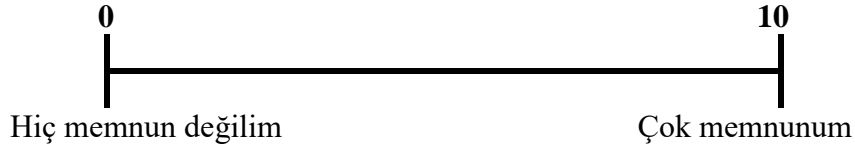
5.Ebenin sizinle ilgilenmesinden ne kadar memnun kaldınız?



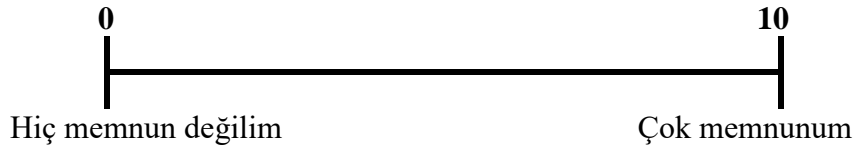
6.Ebenin bilgisinden ne kadar memnun kaldınız?



7.Ebenin size karşı tutumundan ne kadar memnun kaldınız?



8. Sağlık kurumun da geçirdiğiniz süreden ne kadar memnun kaldınız?



EK-6. Uzman Görüşü Alınan Öğretim Üyelerinin Listesi

EK-7. Etkili İletişim Stratejileri ve Beden Dili Sertifikası

EK-8. Yaratıcı Drama Eğitimi Sertifikası

EK-9. Ebe ve Hemşire Eğitim Kitapçığı

OBSTETRİK ŞİDDETİ ÖNLEME PROGRAMI

EBE VE HEMŞİRE EĞİTİM KİTAPÇIĞI



HAZIRLAYANLAR

Uzm. Ebe Nurten ÖZÇALKAP

Doç. Dr. Tuba UÇAR

Malatya, 2021

ÖNSÖZ

Bu kitapçık temel olarak obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik verilen eğitim programının etkinliğini ebe, hemşire ve bakım alan kadınların sonuçlarını ölçmek için hazırlanmıştır ve ülkemizde obstetrik şiddette dikkat çekilmek istenmiştir.

Obstetrik şiddet özellikle ülkemizde fark edilmeyen, konuşulmayan ve dikkate alınmayan bir konudur. Bu program ile özellikle obstetri alanında hizmet sunan ebe ve hemşireler ile kadınlar arasındaki iletişimin güçlendirilmesine ve normal doğuma talebini artırmaya katkı sağlamak amaçlanmıştır. Ayrıca obstetrik şiddet ile ilgili mevcut araştırmalar sınırlı olduğundan ebeler ve hemşireler için problemin tanımlanması ve çözümlerinin belirlenmesini kolaylaştıracaktır. Kadınların iyi muamele görmeleri ve yeterli bakım almaları, kadın merkezli sağlık hizmetinden daha etkin yararlanması anne sağlığı hizmetlerin niteliğini artıracaktır. Bu nedenle bu kitapçık ebe ve hemşirelerin obstetrik şiddetin tanımını yapabilmeyi, hangi uygulama ve davranışların obstetrik şiddete neden olabileceği konusunda bilgilendireceği ve obstetrik şiddeti önleme stratejileri geliştireceği öngörülmüştür.

Bu kitapçığın hedef kitleye faydalı olması dileğiyle...

“ŞİDDET...

Yetersiz Kimsenin Son Barınağıdır! ”.

Isaac Asimov



İÇİNDEKİLER

1.OBSTETRİK ŞİDDET NEDİR?	
2.GEBE VE FETUS HAKLARI	
3.OBSTETRİK ŞİDDETE NEDEN OLAN FAKTÖRLER	
3.1. Prekonsepsiyonel Dönemde Obstetrik Şiddete Neden olan Faktörler	
3.2. Gebelik Döneminde Obstetrik Şiddete Neden olan Faktörler	
3.3. Doğum Sırasında Obstetrik Şiddete Neden olan Faktörler	
3.4. Doğum Sonu Dönemde Obstetrik Şiddete Neden olan Faktörler	
4.OBSTETRİK ŞİDDETİ ÖNLEME STRATEJİLERİ	
4.1. İletişim Becerileri	
4.2. Başkalarına Saygı	
4.3. Profesyonel Tutum	
4.4. Birey için Ulaşılabilir Olma	
4.5. Uygulamalara Kanıt Temelli Girişimlerin Entegrasyonu	
5.KAYNAKLAR	

1.OBSTETRİK ŞİDDET NEDİR?

Sağlık tesislerinde kadınlar gebelik öncesi, gebelik, doğum ve postpartum dönemlerinde istismar ve ihmale uğramaktadır. Bu istismar ve ihmal “Obstetrik şiddet” olarak adlandırılmaktadır.



Obstetrik şiddet, sağlık kurumlarında bakım sırasında kadınlara fiziksel ve/veya psikolojik zarar veren eylemler, ihmaller ve saygısız muamelelerden oluşur.

Obstetrik şiddet, kadınların vücutlarına ve üreme süreçlerine sağlık personeli tarafından müdahale edilmesi, insanlık dışı muameleler, medikalleşmenin kötüye kullanılması ve doğal süreçlerin uygulanmaması olarak belirtilmiştir.



Obstetrik şiddet, kadına karşı insan haklarını ihlal eden özel bir şiddet biçimidir.

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadına fiziksel ve/veya psikolojik olarak zarar veren eylem, gereksiz tıbbi uygulamalar, ihmal ve saygısız muameleyi içermektedir.



Dünya Sağlık Örgütü obstetrik şiddeti, saygısız kötü muamele, fiziksel ve sözlü taciz, bakım ve ilaç reddetmelerinde zorlayıcı veya onaylanmamış tıbbi prosedürler olarak tanımlamıştır.



Obstetrik şiddet, çeşitli kategorileri içermektedir. Bunlar; psikolojik, sözlü, duygusal, fiziksel, yapısal (sistem yetersizliği) ve gereksiz tıbbi uygulamalardır.

Psikolojik şiddet, insancıl olmayan kaba davranışları, aşağılamayı, ayrımcılık durumlarını içerir. Psikolojik şiddet, daha çok kadınların obstetrik bakım sırasında oryantasyon talep etmeleri ya da endişelerini dile getirmeleriyle ortaya çıkmaktadır.

Fiziksel şiddet ise, invaziv prosedürlerin uygulanması, ilaçların uygunsuz yönetilmesi, doğal doğum pozisyonları ve biyolojik süreçlere uyulmaması durumunda ortaya çıkar.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Aunque muchas veces naturalizada, la violencia en los procesos de parto es un término que tiene manifestaciones físicas y psicológicas.

FÍSICA

- Tacto realizado por varias personas.
- Episiotomía de rutina (incisión que parte desde la vulva hacia el ano).
- Uso de fórceps para extraer al bebé.
- Maniobra de Kristeller (empujar el útero de las mujeres para forzar la salida de los bebés).
- Rasurado de genitales.
- Enema.

PSICOLÓGICA

- Trato deshumanizado. Lenguaje inapropiado y grosero.
- Humillación, burlas, críticas.
- Falta de información.



Dolayısıyla, obstetrik şiddet, **doğrudan şiddeti** (fiziksel, sözlü ve cinsel taciz), **duygusal şiddeti** (insanlık dışı, saygısızlık, saygın olmayan bakım) ve **yapısal şiddeti** (damgalanma, ayrımcılık ve sistem eksiklikleri) içermektedir.



Obstetrik Şiddet;

- Kadımların fiziksel ve zihinsel bütünlüklerini riske atar
- Kadımlarda,öz erklik kaybına neden olur
- Kadımların üreme ve cinsellik davranışlarına yönelik serbestçe karar verebilme becerisini olumsuz etkiler
- Kadımların yaşam kalitesini olumsuz etkiler



Obstetrik Şiddet.... Ne Kadar, Nasıl?

Her dört kadından üçü (%75.1) gebelik ve/veya doğum sırasında en az bir tür obstetrik şiddete maruz kalmaktadır.

Obstetrik şiddetin tam prevalansı bilinmemekle birlikte, Tanzanya ve Brezilya'da %70'i bulurken, Etiyopya'da %78, Nijerya'da %55.9, Kenya'da %20, Kuzey Hindistan'da %28.8 oranında kadınlar bakım sırasında obstetrik şiddete maruz kalmaktadır.

Bildirilen obstetrik şiddet türlerinin oranları

Rızasız bakım	% 63.6
Onurlu olmayan bakım	%55.3
Fiziksel istismar	%46.9
Gizli olmayan bakım	%32.3
İhmal edilmiş bakım	% 12.7
Ayrımcılığa uğramış bakım	%9.3

Kötü muamele korkusu, sağlık tesislerinin gebelik ve doğum için kullanılmasında önemli bir caydırıcıdır???

OBSTETRİK ŞİDDETE UĞRAYAN KADINLARIN %6'SI BİR DAHA GEBE KALMAK İSTEMEMEKTEDİR!!!

Son yıllarda gebelik ve doğum patolojik süreç olarak kavramsallaştırılmıştır ve tıbbi prosedürler daha fazla uygulanıp kadınların karar verme yetkisi ya da istediği ihmal edilmektedir.

Doğum sırasındaki bildirilen en olumsuz deneyim ise epizyotomi (%54) uygulamasıdır.

Doğum sırasındaki bildirilen en olumsuz deneyim ise epizyotomi (%54) uygulamasıdır.

Dünyadaki epizyotomi oranları

Taiwan	% 100
Çin	% 82
Amerika Birleşik Devletleri	% 32.7
Kanada	% 23.8

Türkiye'de epizyotomi oranı %65 ve primiparlarda yaklaşık %90'ında açılmaktadır



İnsancıl doğum; Doğum sırasında kadınların fiziksel ve psikolojik sağlığını destekleyen ve arzularına ve gereksinimlerine saygı duyan tüm bakımlardır, kadınların karar alma konusunda aktif katılımını teşvik eden ve kişilerin uzmanlıklarından yararlanan, kendi bakımlarının diğer yönlerini destekleyen, kanıta dayalı teknoloji ve tıbbi müdahale kullanımını içeren uygulamalardır.



2. GEBE VE FETUS HAKLARI

Gebe ve fetüs hakları “insan temel hakları” ile bağlantılıdır. Gebe ve fetüs hakları sağlık profesyonelleri tarafından tanınmalı, teşvik edilmeli, saygı gösterilmeli ve savunulmalıdır.

GEBE HAKLARI



HAKLAR:

- yaşama hakkı
- birey olma hakkı
- temiz çevre hakkı
- ayrımcılığa uğramama hakkı
- sağlık hakkı
- barınma hakkı
- beslenme hakkı
- korunma hakkı
- çalışma hakkı
- sağlıklı doğurma hakkı
- destek hakkı

- cinsel yaşamı hakkı
- karar verme hakkın
- üreme hakkı
- eğitim hakkı
- beslenme hakkı
- karar verme hakkı
- kaynaklara ulaşma hakkı
- sağlıklı doğurma hakkı
- destek hakkı
- özel yardım alma hakkı
- tıbbi yardım alma hakkı

FETUS HAKLARI

İnsanın temel hakları olan yaşama hakkı, temiz çevre hakkı, sağlık hakkı, barınma hakkı, beslenme hakkı, korunma hakkı gibi haklar fetüs açısından önemli olup, kendi içinde bulunduğu koşullara uygun olarak bu haklardan yararlanma hakkı “fetüs hakları” olarak tanımlanabilir.



- sağlıklı doğma hakkı
- yaşama hakkı
- birey olma hakkı
- temiz çevre hakkı
- sağlık hakkı
- barınma hakkı
- beslenme hakkı
- korunma hakkı
- Anayasal hakları (TMK, 28. Madde)

Bebeğin hak ehliyeti ana rahmine düştüğü anda başlamaktadır.

Fetüsün yaşamına son verilebileceği, yani yaşam hakkına müdahale edilebileceği görüşü ise, genel olarak iki nedene temellendirilmektedir. Bunlar:

1. Kadının kendi bedeni ile ilgili karar verme hakkı,
2. Fetüsün birey olma yetilerine sahip olmadığı görüşü.

3. OBSTETRİK ŞİDDETE NEDEN OLAN FAKTÖRLER

Prekonsepsiyonel dönemden başlayarak perinatal dönemde bakım sırasında obstetrik şiddet; kadın veya sağlık profesyonelleri kaynaklı ya da fiziksel koşullar gibi nedenler ile ortaya çıkmaktadır.

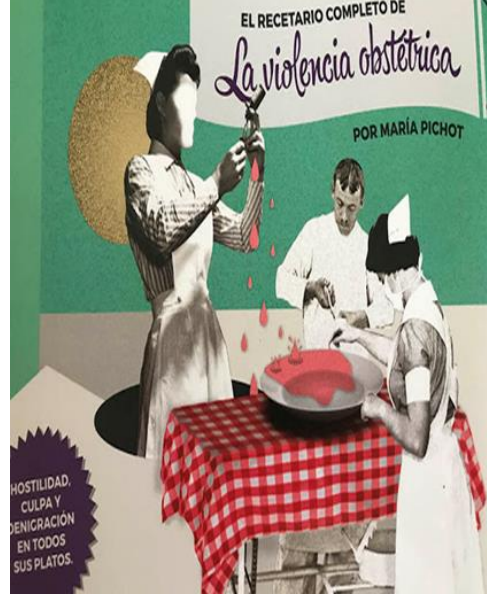


Kadına ait faktörler;

- Kadının düşük eğitim düzeyi
- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Toplumda statüsünün düşük olması
- Sağlık haklarını bilmeme
- Haklarından yararlanmayı bilmeme
- Sağlık kurumlarını hor kullanma
- Sağlık profesyonellerine karşı saygısız ve kötü muamele
- Sağlık profesyonellerini gereksiz yere meşgul etme
- Sağlık profesyonellerine karşı çıkma
- Kurum kurallarına uymama
- Anormal davranışlarda bulunma
- Öz bakım yetersizliği

Sağlık profesyonellerine ait faktörler;

- Yoğun çalışma saatleri
- İş ortamının stresli olması
- Bakım verilen hasta sayısının fazla olması
- Onurlu destek ihtiyacını karşılayamama
- Kötü muamele
- Ayrımcılık
- Doğru ve yeterli bilgi vermeme
- Bilgi, bütünlük ve eşitlik haklarının ihlali
- Üreme özerkliği ve sağlık haklarının ihlali
- Kaliteli sağlık hizmeti verilmemesi



Fiziksel koşullar ve diğer faktörler;

- Sağlıkta kaliteye önem verilmemesi
- Denetleme yetersizliği
- Kurum kuralları
- Hastaneye erken kabul
- Müdahalenin fazla olması
- Obstetrik şiddet konusunda herhangi bir yasanın olmayışı
- Yaşananlara kimsenin müdahale etmemesi
- Konu ile ilgili farklı multidisipliner çalışmaların olmayışı
- Farkındalık yaratma ve bilinçlendirme çalışmalarının olmayışı



3.1. PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE OBSTETRİK ŞİDDETE NEDEN OLAN FAKTÖRLER



- Kadının haklarını bilmemesi
- Eğitim düzeyi
- Bilgisizlik
- Tepkisiz olma
- Olumsuz anlayışlar
- Kültürel tutumlar

- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Kadının düşük statüsü
- Toplumun şiddeti kabul edilebilirliği
- Farkındalık çalışmalarının olmaması
- Müdahalenin fazla olması



**OBSERVATORIO DE
LA VIOLENCIA
OBSTÉTRICA**

**Ebe ve hemşirelerin stresli
iş ortamı ve çok yoğun
çalışmaları??**

3.2. GEBELİK DÖNEMİNDE OBSTETRİK ŞİDDETE NEDEN OLAN FAKTÖRLER



Gebelik döneminde obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenleri,

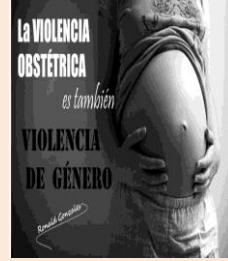
- Yeterli ve doğru bilgi verilmemesi,
- Tedavinin reddi,
- Kadının ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi,
- Sözlü aşağılama,
- Fiziksel şiddet,
- Gereksiz ilaç kullanımı,
- Kaba muamele,
- Irk, etnik veya ekonomik geçmiş, yaş, HIV durum gibi nedenlere dayalı ayrımcılık veya aşağılama olabilir.



Gebelikte...



- Muayene öncesi, muayene sırasında ve sonrasında refakatçisine izin verilmemesi, (rızasız, ihmal ve istismar edilmiş bakım)
- Gebeye 10-15 dk veya daha az zaman ayırmak, (ihmal ve istismar edilmiş bakım),
- Gebenin soru sormasına izin vermeme, ortamdaki hemen uzaklaşma (ihmal ve istismar edilmiş bakım),
- Gebelik beslenme, gebelik komplikasyonları hakkında yetersiz ya da hiç bilgi vermeme (ihmal edilmiş bakım)



- Vajinal muayene için onam istememe (rızasız bakım),
- Hor bir şekilde vajinal muayene yapma (fiziksel istismar),
- Gebe muayene odasından çıkmadan başka bir gebe alma veya birden fazla gebeyi aynı muayene odasında muayene etme, (gizli ve onurlu olmayan bakım)
- Hızlı bir şekilde muayene etme (ihmal edilmiş bakım)
- Soru sormasına fırsat vermeme, gebenin algılamasını sorgulamama diğer obstetrik şiddet nedenleridir (ihmal ve ayrımcılı uğramış bakım).

3.3. DOĞUM SIRASINDA OBSTETRİK ŞİDDETE NEDEN OLAN FAKTÖRLER

Doğum sırasında obstetrik şiddet, fiziksel, sözlü, duygusal, psikolojik, gereksiz tıbbi uygulamalar ve sistem yetersizliğine bağlı yapısal şiddet olmak üzere çeşitli kategorileri içermektedir.

a. Doğumda Fiziksel Şiddet



- İnvaziv prosedürlerin uygulanması
- Uygunsuz ilaç kullanımı
- Doğal biyolojik süreçlere uyulmaması
- Doğum pozisyonlarına uyulmaması

- Anne bebeğin erken bağlanmasına engel olmak
- Rıza alınmadan sezaryen kararı
- Fundal bası
- Tokat atma
- Dürtme ve çimdik atma



b. Doğumda Sözlü Şiddet

- Uygunsuz sözler (küçümseme, aşağılama vs)
- Bağırma



c. Doğumda Psikolojik ve Duygusal Şiddet

Psikolojik şiddet, daha çok kadınların obstetrik bakım sırasında oryantasyon talep etmeleri veya endişelerini dile getirmeleriyle ortaya çıkmaktadır. Kaba davranışlar, uygunsuz sözler, bağırma, aşağılama, küçümseme, saldırgan tavırlar, ayrımcılık, insanlık dışı muamele, saygısızlık ve saygın olmayan bakım psikolojik şiddetin ortaya çıkmasına neden olur.

d. Doğumda Gereksiz Tıbbi Uygulamalar



e. Doğumda Yapısal Şiddet

Sistem yetersizliği

Ayrımcılık

Aşırı kalabalık hastaneler

Yetersiz sayıda sağlık personeli

Yetersiz malzeme ve uygunsuz bir altyapı

Dikey doğum konusunda sınırlı deneyim

Eğitimde sırtüstü vajinal doğum pozisyonu öğretme

Vajinal doğumu hızlandırma teknikleri

Kadının bilgilendirilmiş onamı alınmaması

Bakımın kişiselleştirilmemesi

3.4. DOĞUM SONU DÖNEMDE OBSTETRİK ŞİDDETE NEDEN OLAN FAKTÖRLER



Doğum sonu dönemde obstetrik şiddetin ortaya çıkma nedenleri;

- Anne-bebek bağlanması ya da ten temasının sağlanmaması/geciktirilmesi
- Kadının ihtiyaçlarının karşılanmaması
- Kadının bilgilendirilmemesi
- Emzirmeye teşvik edilmemesi
- Tıbbi bakımın geciktirilmemesi/yapılmaması
- Kadın ve anne haklarına, ilkelerine saygılı olunmaması
- Güvenli, etkili ve kişiselleştirilmiş bakımı desteklemede yetersizlik
- Faydalı/yararlı olmayan sağlık sonuçlarını, uygunsuz veya gereksiz riskli müdahalelerin ortadan kaldırılmaması
- Kanıta dayalı bakımın sunulmaması.

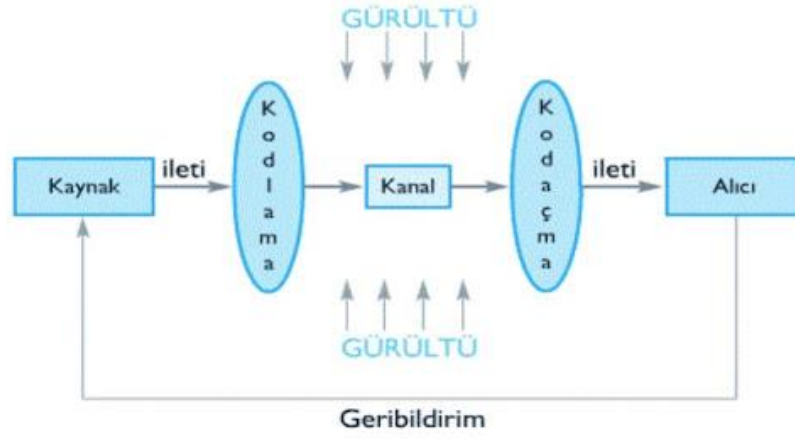


4. OBSTETRİK ŞİDDETİ AZALTMA/ÖNLEME STRATEJİLERİ



4.1. İLETİŞİM BECERİLERİ

İletişim; kişiler arasında duygu, düşünce ve bilgilerin akla gelebilecek her türlü biçim ve yolla kişiden kişiye karşılıklı olarak aktarılmasıdır.



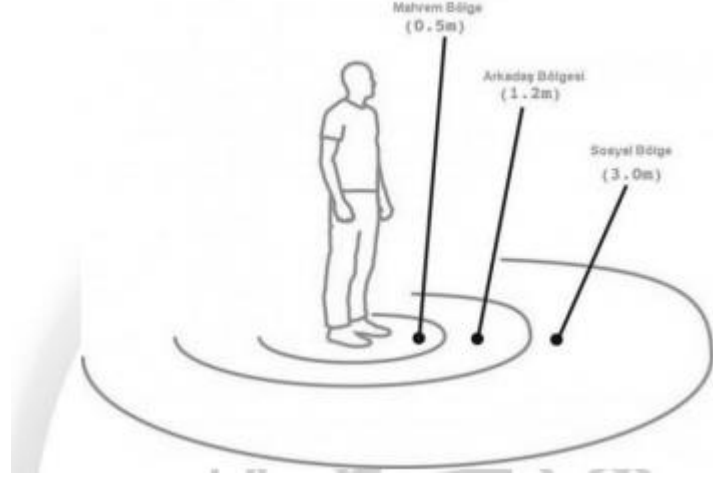
Şekil 1. İletişim süreci

İletişim Becerileri;

- * Kendini karşıdaki kişinin yerine koymak
- * Karşıdakinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlayabilmek
- * Olaylara karşıdakinin bakış açısıyla bakabilmek
- * Kişinin kendi tavır ve davranışlarının sonucuna göre ayarlayabilmektir.

İletişimi Olumlu Etkileyen Faktörler	İletişimi Olumsuz Etkileyen Faktörler
* Empati kurmak	* Ön yargılı olmak
* Etkin dinlemek	* Emir vermek
* Farklılıklara saygılı olmak	* Tehdit etmek
* Kendini doğru ifade etmek	* Suçlamak
* Göz teması kurmak	* Alay etmek
* Gülümsemek	* İsim (lakap) takmak
* Dikkatini vermek	* Argo sözcük kullanmak
* Etkili reddetmek	* Karşısındakinin sözünü kesmek
* Ben dili	* Sen dili

İletişimde Güvenlik Alanları: İnsanların ilişkilerinde kendilerini en rahat hissettikleri alanlar; mahrem, kişisel, sosyal ve genel alan olarak adlandırılır.



Şekil 2. İletişimde güvenlik alanları

İletişimde Etki Oranları;

Sözcükler: %7

Ses tonu: %38

Beden dili: %55

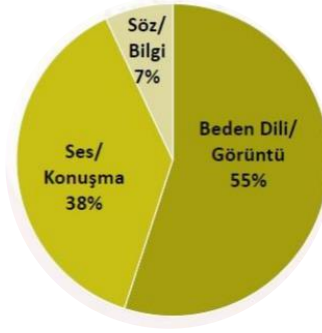


SES TONU, hem sosyal yaşamda hem de çalışma hayatında kişinin iletişim gücünü ve başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biri. Konuşurken ses tonu, vurgu ve seçilen kelimeler kadar karşınızdaki kişiyle aynı ses tonunu ve hızını kullanmak, uyum sağlamak açısından çok önemlidir. Etkili bir iletişim sağlamak için konuşma hızınızı ve tonunuzu ona göre ayarlamanız yeterli olacaktır.

BEDEN DİLİ, vücut duruşu (postür), jestler, mimikler, yüz ifadeleri ve göz hareketlerinden oluşan zihinsel ve fiziksel faaliyetlerle desteklenen, sözel olmayan iletişim şeklidir. Beden diliyle gönderilen sinyallerin büyük çoğunluğu bilinçaltı tarafından algılanarak işlenir ve yine bilinçaltının sistemine göre anlamlandırılır.

Beden dili mesajların etkili bir şekilde iletilmesini sağlar. Vücut duruşu, hareketler, jest ve mimiklerinizin yanında ses tonunuz da beden dilinizin önemli bir parçasıdır. Beden dilini; konuşmada etkin ve vurgulu kullanmak iletişime duygu katar.

İlk İzlenim: İlk izlenim 30 saniye içinde oluşur. Sonrasında gelişen olumlu-olumsuz durumlara bu ilk izlenim etki eder.



Şekil 3. İlk İzlenimlerin oluşumunda etkili olan faktörler


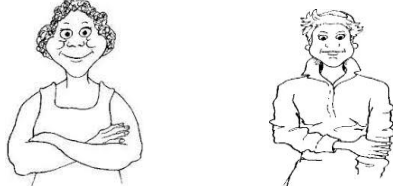
İlk izlenimde kişiden alınan sözsüz (beden dili) sinyallerle sözlü sinyaller çatışma hâlinindedir. Karşılaşmanın ilk birkaç saniyesinde beynin bilinçdışı seviyesinde birçok hareket meydana gelir. Beyinde milyonlarca nöron aktif hâle gelir ve beyin öncelikle karşıdaki insanı kategorize etmeye çalışır: Kime benziyor? İyi biri mi? Çekici mi? Farkı nedir?

Sözsüz Uyum Sağlama Yöntemleri:

- Fiziksel Görüntü
- Tonlama
- Duruş
- Soluk Alma



Beden Dili: Beden dili, vücut duruşu (postür), jestler, mimikler, yüz ifadeleri ve göz hareketlerinden oluşan zihinsel ve fiziksel faaliyetlerle desteklenen, sözel olmayan iletişim şeklidir.

<p><u>Baş Hareketleri;</u> Kabul etmeme hareketi: baş yukarıda Olumlu baş pozisyonu; başın hafifçe sağa ya da sola doğru eğilmesi Olumsuz baş pozisyonu; baş aşağıya eğik Eller başın arkasında; Kendilerini üstün hisseden kişiler</p>	<p><u>El Hareketleri;</u> Kenetlenmişeller; yardım Çatı şeklindeki eller; uzmanlık Arkadan bağlama; üstünlük ve kendine güven Ovuşturmak; başarı Ense ya da kafa ovuşturma; yalan söyleme ve endişe belirtisi</p>
<p><u>Bakışlar;</u> Gözler, kişinin ruh hali ve tavrı olumludan olumsuz veya olumsuzdan olumluya geçerken göz bebekleri küçülür veya büyür.</p>	<p><u>Beden Dilinde Oturma Şekilleri;</u> Karşı karşıya; rekabeti veya samimiyeti Yan yana; iş birliği 90 derecelik açıyla; ortak nokta bulmak</p>
<p><u>Tokalaşma;</u> Eller birbirini tam olarak kavramalı, Yaklaşık 2-3 saniye sürmeli, Göz teması kurulmalı, Ellerin konumuna dikkat edilmelidir</p> 	<p><u>Kol Kavuşturma;</u> Yarımkol; endişe Tam kol; iletişime kapalı</p> 



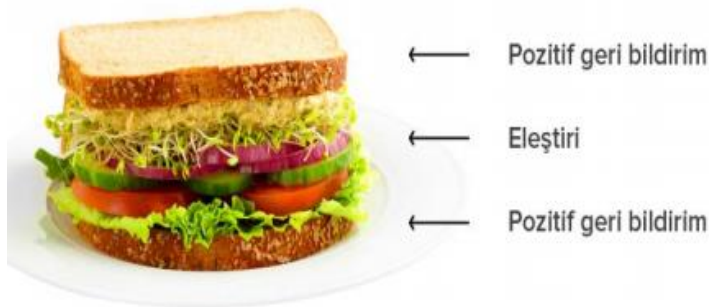
Ekip İçi Etkin İletişim: Ekip olmak bir yetenektir; nitelikli çalışanlar ve başarılı bir liderden oluşan ekip, uyum yakalayamadığı sürece gerçek bir ekip olamaz. Bu birliği sağlama sürecinde de sağlıklı iletişimin büyük önemi vardır.



Ekip içi etkin iletişimde önemli unsurlar

- ✓ Takım olma yeteneği
- ✓ "BİZ" kavramı
- ✓ Yaratıcı yeteneklerin ve fikirlerin birleşmesi
- ✓ Başarılı bir lider
- ✓ Nitelikli çalışanlar
- ✓ Birlik sağlama
- ✓ Çeşitli roller üstlenen üyeler
- ✓ Lider ve üyeler arasında çift taraflı ve kuvvetli bir bilgi akışı
- ✓ Fikir birliği
- ✓ Hızlı bir şekilde çözüm
- ✓ Kendini doğru ifade
- ✓ Negatifi takım içinde önleme
- ✓ Takım içinde pozitif destekleme
- ✓ Etkin dinlemek
- ✓ Etkili konuşmak
- ✓ Fiziksel olarak doğru mesaj vermek

Sandviç Metodu: Etkili bir eleştiri, sağlıklı iletişimin önemli unsurlarındandır



4.2. BAŞKALARINA SAYGI

Saygı kavramı; değeri, üstünlüğü, faydası, kutsallığı vb. gibi nedenleri ile herhangi bir kimseye ya da bir şeye karşı dikkatli ve ölçülü davranmaya yol açan tutum ile başkalarını rahatsız etmekten çekinme duygusunu kapsamaktadır. Kurulan ilişkilerden her iki tarafında memnun olması ancak karşılıklı saygı çerçevesinde gerçekleşir. Saygıdan yoksun ilişkiler insanı bir arada tutmadığı gibi birbirinden uzaklaştırır.

Saygı tüm insanların ortak olarak sahip oldukları bir duygudur. Kişinin sahip olduğu yetenekleri, statüsü ve benzerleri saygınlık konusu olamaz. Bunlar hayranlık uyandıran niteliklerdir.

Kişilere saygı göstermek onlardan korkma ve çekinme gibi eylemler değildir. Bireyi olduğu gibi görebilme yetisini onu özgün bireyselliği içerisinde fark edebilmeyi ifade eder. Yaşamın altın kuralı olarak “birey başkalarından saygı bekliyorsa, önce onlara saygı göstermelidir.” ifadesine sınıksız sarılmalıdır.

4.3. PROFESYONEL TUTUM

Profesyonel tutumunun gelişiminde önemli unsurlar

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ✓ Usta çırak ilişkisi | ✓ Kendini sürekli geliştiren |
| ✓ Toplum tarafından kabul görme | ✓ Yeniliklere açık |
| ✓ Emek verenin üstünlüğü | ✓ Entelektüel |
| ✓ Farkındalık ve alçak gönüllülük | ✓ Araştırmacı |
| ✓ Bilim ve sanat birleşimi | ✓ Sorumluluk sahibi |
| ✓ Ruh ve etik değerler üzerine temellenmiş | ✓ Lider |
| ✓ Kültürel değerlerle çevrili mesleki ve kişisel değerler | ✓ Sosyal iletişimi yüksek |
| | ✓ Profesyonellik yetkinliğine sahip |
| | ✓ Mesleki profesyonelliği gelişmiş |
| | ✓ Profesyonel bakımlar veren |

4.4. BİREY İÇİN ULAŞILABİLİR OLMA

Ulaşılabilir olmanın önemli unsurları

- Kendini tanıma
- Beden dili
- Göz teması
- Etkin dinleme
- Empati kurma
- Zaman ayırma
- Güven ilişkisi kurma
- Açık, anlaşılır mesaj alma
- Yansıma (geri bildirim, feedback, dönüt)
- Gerekli olan bilgileri onlara sunma
- Mekan kullanımı
- Fiziksel temas
- Uygun ve yerinde taburculuk
- Eğitimler
- Fikir ve inançlarına saygı duyma
- Hastanın kendilerini ifade edebilecekleri ortamlar yaratma
- Hastaların geçmiş deneyimlerini öğrenme
- Hastaların güçlendirilmeleri
- Hastaların odalarını düzenli olarak ziyaret etmek
- Değerli olduklarını fark ettirmek



4.5. UYGULAMALARA KANIT TEMELLİ GİRİŞİMLERİN ENTEGRASYONU

Kanıt Dayalı Uygulama, klinik kararları desteklemek için, elde edilebilen en iyi kanıtların kullanılma sürecidir. Sağlık bakımında kanıtların kullanılması, belli bir konuda araştırma sonuçlarının seçilmesi, sonuçların sentezlenmesi ve bu sonuçların klinik uygulama kararları için hazırlanmasıdır.

Kanıt dayalı uygulamalar sağlık bakım hizmetlerinin her alanında olduğu gibi, obstetrik bakımda görevli ebe ve hemşireler için önemli standartlar oluşturulmasına yardımcı olmuştur.



a. Prekonsepsiyonel dönemde kanıt temelli yaklaşım

Kanıt temelli prekonsepsiyonel bakım



1. Genel sağlığı geliştirme ve riski azaltan uygulamalar

- Sağlıklı beslenme
- Fiziksel aktivite
- İdeal kilonun korunması
- Tütün ve alkol tüketiminin sonlandırılması
- Ağız ve diş sağlığının korunması

2. Besin desteği sağlama

- Folik asit desteği
- Demir desteği
- Kalsiyum desteği
- İyot desteği

3. Çiftlerde doğurganlık bilinci geliştirmek ve doğurganlık planlamalarına yardımcı olmak

4. Enfeksiyonu önlemek, gebelik öncesi tanı ve tedavisini gerçekleştirmek (TORCH enfeksiyonlarının değerlendirilmesi, klamidya, Hepatit ve HPV markerlerinin taranması)

5. Bağışıklamaya önem vermek (gebelik döneminde fetüs için risk oluşturabilecek rubellaya karşı bağışıklama ve tetanoz aşısı)

6. Mevcut tıbbi riskleri değerlendirmek ve uygun girişimlerle hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlamak (diyabet, hipertansiyon, hipotiroidi, epilepsi vb.)

7. Aile, obstetrik ve genetik öyküyü değerlendirmek

8. Anne ve baba adayının ev ve iş yeri, yaşadığı çevre koşulları açısından değerlendirmek (kimyasal maddeler, teratojenler vb.)

9. İlaç kullanımını değerlendirmek

10. Psikososyal ve ekonomik durumu, engelleri değerlendirmek (psikiyatrik hastalıklar, aile içi şiddet, sosyal güvence vb.)

11. Sağlık hizmeti kullanma alışkanlığını geliştirmek, özellikle antenatal bakım ve kontrollerin önemini fark ettirmek



b. Gebelik döneminde kanıt temelli yaklaşım

Gebelikte izlem sıklığı		
Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği	Dünya Sağlık Örgütü	Sağlık Bakanlığı
Doğumöncesi 14 izlem ● 28. haftaya kadar 4 haftada bir ● 29 – 35 haftalarda 2 ile 3 haftada bir ● 36. haftadan sonra hafta da bir	● 1. izlem (8-12 haftalar) ● 2. izlem (24-26 haftalar) ● 3. izlem (32 hafta) ● 4. izlem (36-38 haftalar) ● Beklenen doğum tarihinden sonra 2 hafta içinde doğum olmazsa kontrole gelmesi önerilir (5. izlem)	● 1.izlemilk 14 hafta içinde ● 2.izlem 18-24 haftada ● 3.izlem, 28-32 haftada ● 4.izlem, 36-38 haftada ● İlk izlemin 30dk diğer izlemlerin de 20 şer dk sürmesini önermektedir.



Gebelikte Bağışıklama		
Kontraendike olan Aşılar	Özel Durum Aşıları	Rutin Önerilen Aşılar
Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) Suçiçeği BCG Aşısı HPV	Pnömonokok aşısı Haemophilus İnfluenzaeTipB Meningokok aşısı Hepatit B Hepatit A Kuduz	Erişkin Tip Difteri, Tetanoz

Gebelikte bakım ile ilgili uygulamalarla ilişkili öneriler ve kalite düzeyleri		
Sık Görülen Rahatsızlıklar	Bakım Uygulamaları	KanıtDüzeyi
Bulantı- Kusma	Psikolojik destek	İYİ
	Acupuncture	İYİ
	B6 vitamini kullanımı	İYİ
	Zencefil kullanımı	ORTA
	Beslenme şekli ve diyet düzenlenmesi	ZAYIF
Burun kanaması ve tıkanıklığı	Burun dilatörleri	İYİ
	Burun spreyi	İYİ
Yorgunluk	Yoga	İYİ
	Psikolojik destek	ORTA
	Pozisyon/ Dinlenme	ORTA
Üriner sistem enfeksiyonu	Kızılıklık suyu	İYİ
	Genitalhijyen	İYİ
	İç çamaşırı seçimi	ZAYIF
Göğüste hassasiyet	Uygun sütyen giyimi	ZAYIF
	Soğuk Uygulama	ZAYIF
	Hijyen	ZAYIF
Vajinal akıntıda artma	Genitalhijyen	İYİ
	Vajinal duş yapmamak/ tampon kullanmamak	İYİ
	İç çamaşırı seçimi	ZAYIF
Mide yanması	Beslenme şekli, diyet, ağız hijyeni, pozisyon	ZAYIF
Ödem	Ödem Ayak masajı	İYİ
Beslenme önerileri	Kilo alımı	İYİ
	Enerji alımı	İYİ
	Sodyum alımı	İYİ
	Demir alımı	İYİ

	Folik asit	İYİ
	Çinko alımı	İYİ
	Kalsiyum	ZAYIF
	Magnezyum	İYİ
	Dengeli beslenme	ORTA
	Flor	İYİ
	Multi-vitamin	İYİ
Fiziksel aktivite	Egzersiz	İYİ
	Aerobik	İYİ
	Yoga	İYİ
Gebelikte yapılan uygulamaların kanıt düzeyine göre sınıflandırılması		
Uygulamalar	Kanıtlar	
Rutin ultrason izlemi	Önerilmez	
Rutin gebelik izlem	Önerilir	
GDM tarama testi ve tanı	Risk grubuna önerilir	
Tetanoz aşısı	Önerilir	
Tuz ve İyot	Önerilir	
Gebelikte zararlı alışkanlıklara yönelik uygulamalar		
Sigara kullanımı	Önerilmez	
Alkol ve madde kullanımı	Önerilmez	
Kafein tüketimi	Günde 300 mg. Fazla önerilmez	
Psikososyal değerlendirme	Önerilir	
Ebe liderliğinde sürekli bakım	Önerilir	

c.Travay ve doğum eylemi süresince kanıt temelli yaklaşım

Travay ve Doğum Eylemi Süresince Bakım	
Saygılı annelik bakımı	Önerilen
Etkili iletişim	Önerilen
Travay ve doğum sürecinde refakat	Önerilen
Bakımın sürekliliği	İçeriği bağlamında spesifik bir öneri
Doğumun Birinci Evresi	
Latentfaz- dilasyon: 5cm Aktif faz – dilatasyon: 5-10cm	Önerilen
Latent fazın standart bir süresi yoktur Aktif faz primiparda 12 saatin; multiparlarda 10 saatin üzerine çıkmaz	Önerilen
Servikal dilatasyon 5 cm'den önce doğum hızını arttırmak için tıbbi müdahaleler	Önerilmeyen
Klinik pelvimetri	Önerilmeyen
FKA için rutin kardiyotokografi	Önerilmeyen
FKA için Doppler ultrason cihazı ya da Pinard fetal stetoskop kullanılarak oskültasyon	Önerilen
Perine/pubik bölge traş	Önerilmeyen
Lavman uygulaması	Önerilmeyen
Dijital vajinal muayene	Önerilen
Travayda sürekli kardiyotokografi/NST	Önerilmeyen
Travayda aralıklı fetal kalp hızı oskültasyonu	Önerilen
Ağrıyı hafifletmek için epidural analjezi	Önerilen
Ağrıyı hafifletmek için opioid analjezi	Önerilen
Ağrı yönetimi için gevşeme teknikleri	Önerilen
Ağrı yönetimi için manuel teknikler	Önerilen
Travayda gecikmeyi önlemek için ağrının hafifletilmesi	Önerilmeyen
Oral sıvı ve yiyecek alımı	Önerilen
Hareketin desteklenmesi, gebenin cesaretlendirilmesi ve dik pozisyon	Önerilen
Vajinal temizlik	Önerilmeyen
Travayın aktif yönetimi	Önerilmeyen
Rutin amniyotomi	Önerilmeyen
Gecikmeyi önlemek için erken amniyotomi ile erken oksitosin indüksiyonunun kullanımı	Önerilmeyen
Epidural analjezilikadınlarında oksitosin	Önerilmeyen
Antispazmotik ajanlar	Önerilmeyen
Travay gecikmesini önlemek için IV sıvılar	Önerilmeyen

Doğumun İkinci Evresi	
Tanım: Tam servikaldilatasyon ile bebeğin doğumu arasındaki zaman periyodudur. Primiparlarda: 3 saat içinde, Multiparlarda: 2 saat içinde tamamlanır	Önerilen
Doğum pozisyonu kadının kendi tercih ettiği pozisyon	Önerilen
Kadınların kendi ıkınma içgüdüğü paralelinde ıkınması konusunda cesaretlendirilmesi ve desteklenmesi	Önerilen
Perineal travmanın önlenmesi için teknikler	Önerilen
Rutin ya da genelde epizyotomi kullanımı	Önerilmeyen
Fundal basınç	Önerilmeyen
Doğumun 3. Evresi	
Proflaktikuterotonik uygulaması	Önerilen
Umblikalkordklempinin geciktirilmesi	Önerilen
Kontrollü kordon traksiyonu	Önerilen
Uterus masajı	Önerilmeyen
Doğum Sonu Yenidoğan Bakımı	
Rutin nazal veya oral suction (aspirasyon)	Önerilmeyen
Ten tene temas	Önerilen
Emzirme	Önerilen
Hemorajik hastalık profilaksisi olarak K vitamini kullanımı	Önerilen
Yenidoğanın banyosu doğumdan 24 saat sonrasına kadar ertelenmesi	Önerilen
Ortam sıcaklığına uygun şekilde giydirilmesi	Önerilen
Anne ve bebek 24 saat aynı odada olması	Önerilen
Doğum Sonu Anne Bakımı	
Kadınlar için uterustonüsünün değerlendirilmesi	Önerilen
Komplike olmayan vajinal doğumlarda rutin antibiyotik profilaksisi	Önerilmeyen
Epizyotomi için rutin antibiyotik profilaksisi	Önerilmeyen
Doğumdan sonraki ilk saatten itibaren 24 saat boyunca vajinal kanama, uteruskontraksiyonları, fundus yüksekliği, ateş ve kalp atım hızı, kan basıncı, idrar çıkışı açısından düzenli olarak değerlendirilmesi	Önerilen
Komplike olmayan vajinal doğum sonrası taburculuk 24 saat sonrasında yapılması	Önerilen

KAYNAKLAR

1. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP et al. Themistreatment of womenduringchildbirth in healthfacilitiesglobally: a mixed-methodssystematicreview. PLoSMed. 2015;12:1-3.
2. Bowser D, Hill K. Exploringevidencefordisrespectandabuse in facility-basedchildbirth: report of a landscapeanalysis. USAID-TRAAction Project. Harvard School of PublicHealth, UniversityResearchCo., LLC, Availablefrom: www.urcchs.com/uploads/resourceFiles/Live/RespectfulCareatBirth9-20-101Final.pdf. 2010.
3. Dixon L. Obstetrics in a time of violence: mexicanmidwivescritiqueroutinehospitalpractices. MedicalAnthropologyQuarterly. 2015;29:437-54.
4. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experiencedabuse in healthcareandassociatedobstetriccharacteristics in sixeuropeancountries. ActaObstetGynecolScand. 2015;94:508-17.
5. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methodsused in prevalencestudies of disrespectandabuseduringfacilitybasedchildbirth: lessonslearned. ReprodHealth. 2017;14:1-18.
6. Barol.K. Z. Yılmaz T. Evidence-BasedPracticesDuringPregnancyAndMidwiferyApproach: Review, Turkiye Klinikleri J HealthSci, DOI: 10.5336/Healthsci.2017-57467,2017
7. Mecdi M., Rathfisch G. Gebelikte Oluşan Rahatsızlıklarda Kanıtı Dayalı Uygulamalar F.N. Hem. Derg (2013) Cilt 21 - Sayı 2: 129-138
8. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomyratesaroundtheworld: an update. Birth. 2005;32:219-23.
9. Şahin NH, Yıldırım G, Aslan E. Evaluatingthesecondstage of deliveries in a maternityhospital. Turkiye Klinikleri J GynecolObst. 2007;17:37-43.
10. Sayıner FD, Demirci N. Effectiveness of prenatal perinealmassage on vaginaldelivery. İÜ FN Hem Dergisi. 2007;15:146-54.Wolf A. Metaphysicalviolenceandmedicalizedchildbirth. International Journal of AppliedPhilosophy. 2013;27:101-11.
11. Freedman LP, Kruk ME. Disrespectandabuse of women in childbirth: challengingtheglobalqualityandaccountabilityagendas. Lancet. 2014;20;384:e42-4.
12. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of women in childbirth: Time foraction on thisimportantanddimension of violenceagainstwomen. PLoSMedicine. 2015;12, e1001849.
13. Freedman L, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren C, Mbaruku G. Definingdisrespectandabuse of women in childbirth: A research, policy, andrightsagenda. Bulletin of World HealthOrganization. 2014;92:915-917.
14. Sadler M, Santos M, Ruiz-Berdu'n D, LeivaRojas G, Skoko E, Gillen P, Clausen J. Movingbeyonddisrespectandabuse: addressingthestructuraldimensions of obstetricviolence. ReproductiveHealthMatters. 2016;24:47-55
15. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Fondo de lasNacionesUnidas para la Infancia, ABC de la MSCF. Manual para el Diagnóstico de la CulturaOrganizacional. Argentina: CEDES-UNICEF. 2015.
16. World HealthOrganization (WHO). World HealthOrganizationrecommendation on companionshipduringlabourandchildbirth. Availablefrom:

<https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartumcare/care-during-childbirth/who-recommendation-companionship-during-labour-and-childbirth>

17. Ley que tipifica el delito de femicidio y la violencia contra la mujer (Ley 82, Panamá 2013). Available from: www.organojudicial.gob.pa/wp-content/uploads/2016/11/Ley-82-de-2013.pdf.
18. Kilci1 Ş, BozkurtDö , SaruhanA, Bir Kadın Hakkı İhlali: Obstetrik Şiddet, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi . ArchivesMedicalReviewJournal 2020;29(2):122-128 doi:10.17827/aktd.535574
19. Wolf, Z.,Giardino, E., Osborne, P., &Ambrose, M. (1994). Dimensions of nurse caring. Journal of NursingScholarship, 26(2), 107-111.
20. Gül Ş, Bakım Kavramının Analizi: Hemşirelerin Ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara 2015,
21. Korkut F. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi: Güvenirlik ve geçerlik çalışmaları. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 1996; 2(7): 18-23.
22. Pamukcu S. D, Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunucularının Hizmet Sunumunda Yaşadıkları İletişim Sorunları ve İletişim- Empati Beceri Düzeyleri İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Manisa – 2018
23. https://www.google.com/search?q=obstetric+violence&sxsrf=ALiCzsY4NN8i9SrAQeQALfOjaTGJDs7Y2w:1657009691825&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiM7MeQquH4AhWaRPEDHXDNC54Q_AUoAnoECAEQBA&biw=1366&bih=657&dpr=1
24. Aydınlı A. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti Ve Hasta Beklentileri Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Isparta-2015
25. Atar S, Yalın N. Y., Fetüs ve Gebe Hakları Bağlamında Anne Adayı ve/veya Aileden Kaynaklanan Nedenlerle Fetüsün Zarara Uğrama Durumu, Türkiye Biyoetik Dergisi, 2018 Vol. 5, No. 2, 73-85
26. Şen C, Yayla M. Fetus Hakları ve Korunması, Perinatoloji Dergisi • Cilt: 10, Sayı: 2/Haziran 2002
27. ACOG (2015) <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committeeopinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>
28. Sağlık bakanlığı (2014) Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi
29. Sağlık bakanlığı (2018) Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi

Mutlu gebeler, Mutlu bebekler, Mutlu toplular...



**EK-10. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimleri Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Onayı**

EK-11. Adiyaman İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Kurum İzin Belgesi

EK-12 Malatya İl Sağlık M¼d¼rl¼đ¼ Etik Kurul Kurum İzin Belgesi

EK-13. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirilmiş onam formu (Ebe ve Hemşire)

Değerli Katılımcı,

Ebe ve hemşirelere obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik verilen eğitim programının ebe, hemşire ve bakım alan kadınların sonuçlarını belirlemek amacı ile bir çalışma yürütmekteyiz. Bu nedenle sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı Ebe-Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu, Bakım Davranışları Ölçeği-30, İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği uygulanacaktır. Bu anket ve ölçekleri tam ve doğru doldurmanız araştırma sonucundan önemlidir. Obstetrik şiddeti önlemeye yönelik verilen eğitim ortalama 40-45 dakika süren, günde iki oturum, oturumlar arasında 10 dakika ara olacak şekilde toplam 16 oturum yapılacaktır. Bu şekilde sekiz gün sürecek eğitimler hafta içi her gün 16:00-18:00 saatleri arasında haftada iki kez (4 oturum) olacak şekilde 4 haftada tamamlanacaktır. Araştırma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan ayrılabilirsiniz Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmaya katılanların kim olduğu bilinmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler sadece bilimsel metin şeklinde rapor edilecektir. İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı
Nurten ÖZÇALKAP

Katılımcı Adı, Soyadı / İmzası:

Telefon:

Tarih:

Bilgilendirilmiş onam formu (Kadın Grubu)

Ebe ve hemşirelere obstetrik şiddeti önlenmeye yönelik verilen eğitim programının ebe, hemşire ve bakım alan kadınların sonuçlarını belirlemek amacı ile bir çalışma yürütmekteyiz. Bu nedenle sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu, Bakım Davranışları Ölçeği-30, Bakım Memnuniyet Formu uygulanacaktır. Bu anket ve ölçekleri tam ve doğru doldurmanız araştırma sonucu açısından önemlidir. Obstetrik şiddeti önlemeye yönelik verilen eğitim ortalama 40-45 dakika süren, günde iki oturum, oturumlar arasında 10 dakika ara olacak şekilde toplam 16 oturum yapılacaktır. Bu şekilde sekiz gün sürecek eğitimler hafta içi her gün 16:00-18:00 saatleri arasında haftada iki kez (4 oturum) olacak şekilde 4 haftada tamamlanacaktır. Araştırma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan ayrılabilirsiniz Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmaya katılanların kim olduğu bilinmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler sadece bilimsel metin şeklinde rapor edilecektir. İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı
Nurten ÖZÇALKAP

Katılımcı Adı, Soyadı / İmzası:

Telefon:

Tarih:

EK-14. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

EK-15. Bakım Davranışları Ölçeği-30 Kullanım İzni