



1. Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

"Ebelikte Eğitim"

07-09 Kasım 2018 - İZMİR/TÜRKİYE



BİLDİRİ KİTABI

Ege Üniversitesi Prof. Dr. Yusuf Vardar
Kültür Merkezi (MÖTBE)
www.ebeargekongresi.com

Organizasyon Sekreteryası

MOTTO
www.motto.tc

0232 446 06 10
info@motto.tc

Copyright 2023- Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Derneği
Bu kitabın basım, yayın hakları Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Derneği'ne
aittir.

ISBN:978-625-94000-0-6

**I.Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi
BİLDİRİ KİTABI**

Yayın hakkı: ©Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Derneği

<https://ebearge.com.tr/>, ebearge@gmail.com

ÖNSÖZ

Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Derneği, 2014 yılında; ebelik eğitiminin niteliğini geliştirmek, ebelik mesleği ile ilgili araştırmalar yapmak ve araştırmaları destekleyerek mesleğin bilimsel olarak gelişmesini sağlamak amacı ile kurulmuştur. EBEARGE Derneği, ebelik alanında yurt içinde ve yurt dışında faaliyet göstermektedir. Derneğin faaliyet alanları; ebelik ile ilgili araştırmalar yapmak, kurs, seminer, konferans ve panel gibi eğitim ve akademik çalışmaları düzenlemek, amaçlarının gerçekleştirilmesi için gerekli olan her türlü bilgi, belge, döküman ve yayınları temin etmek, dokümantasyon merkezi oluşturmak, çalışmalarını duyurmak için amaçları doğrultusunda gazete, dergi, kitap ve bülten gibi yayınlar çıkarmaktır. Tüzüğünde de belirtildiği üzere derneğin faaliyetlerinden biri de kongre düzenlemektir.

Bu amaçla ana teması "**EBELİKTE EĞİTİM**" olan I. Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi 7-9 Kasım 2018 tarihleri arasında, EBEARGE ve Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü ile Ege Üniversitesi Prof. Dr.Yusuf VARDAR MÖTBE Kültür Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Kongrede sağlık bilimleri alanında akademisyen, klinisyen ve öğrenci olmak üzere yaklaşık 320 katılımcı yer almıştır. Üç gün süren kongrede yurtiçi ve yurtdışından alanında uzman 26 konuşmacının yer aldığı üç konferans ve sekiz panel gerçekleştirilmiştir. Kongrede beş sözel bildiri oturumu gerçekleştirilmiş ve 104 sözel, 26 poster bildiri, 10 yenilikçi buluş sunulmuştur.

Bu kitapta kongrede sunulan, kongre sonrası kongre web sayfasında yayınlanmıştır. Ancak, kongre web sayfasının kapanmasından sonra bildirilere ulaşılamamaktadır. Bu kitap ile tam metin olarak basılmasına izin verilen çalışmalar yer almaktadır.

Kongrede yer alan değerli konuşmacılarımıza, katılımcılarımıza, bilimsel kurul üyelerimize ve EBEARGE üyelerimize çok teşekkür ediyoruz.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>	
DAVET		4
KURULLAR		5-10
BİLİMSEL PROGRAM		11-15
KONUŞMACI METİNLERİ		16-38
BİLDİRİ TAM METİNLERİ		39-637

DAVET**Değerli Katılımcı**

Sizleri, Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme Derneği (EBEARGE) organizasyonunda Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü işbirliği ile 07-09 Kasım 2018 tarihlerinde İzmir'de gerçekleştireceğimiz, 1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi'ne davet etmekten onur duyacağımızı ifade etmek isterim.

EBEARGE, ebelik eğitiminin niteliğini geliştirmek, ebelik mesleği ile ilgili araştırmalar yapmak ve araştırmaları destekleyerek mesleğin bilimsel yönden gelişmesini sağlamak amacı ile 2014 yılında kurulmuş mesleki bir sivil toplum örgütüdür. Derneğin faaliyet alanları arasında, araştırma ve eğitim ile ilgili çalışmalar yapmanın yanı sıra bilimsel toplantılar düzenlemek, bilgi-belgeye dayalı doküman temin etmek, yayın oluşturmak, ulusal ve uluslararası kuruluşlarla ortak çalışmalar yapmak ve benzeri alanlar bulunmaktadır.

Ebelik, insanlığın geçmişi ile eşdeğer bir meslek olmakla birlikte ülkemizde lisans düzeyinde ebelik eğitimi 1996 yılında başlatılmıştır. Kongrenin ana teması “Ebelik Eğitimi” olarak belirlenmiştir. Kongreyi düzenleme amacımız dünden bugüne ebelik eğitiminde gelinen noktayı değerlendirmek, geleceğe yönelik, ebelik eğitimini güçlendirmekten yana, yapılması gerekenleri konuşmak ve tartışmaktır.

Kongre bilimsel programı, yurt içi-yurt dışı kurum ve kuruluşlarda görevli konusunda uzman davetli konuşmacıların yer aldığı konferans ve paneller ile desteklenecek, katılımcılar için ebelikte yetkinlik- yeterlik, eğitimde teknoloji kullanımı, simülasyon, mentörlük ve benzeri konuların yanı sıra ebelikte eğitim modelleri, eğitim programı içerikleri ve eğitimde inovasyon ve benzeri konularda detaylı bilgi edinme ve tartışma fırsatı yaratılmış olacaktır. Ayrıca programda, konusunda uzman davetli konuşmacılar ile bilgi ve görüşlerin paylaşılacağı, “Uzmanla Görüşme Saati” adı altında bir zaman dilimine de yer verilecektir.

Ebelik eğitimine destek veren siz değerli katılımcıları Kongrede görebilmek, Ege'nin incisi İzmir'imizde ağırlayabilmek umudu ile katkı ve katılımlarınız için teşekkür ederim.

Sevgi ve saygılarımla,

Kongre Düzenleme Kurulu adına,

Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN / Kongre Başkanı

(EBEARGE Yönetim Kurulu Başkanı – E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölüm Başkanı)

KURULLAR

Onursal Başkan

Prof. Dr. Necdet BUDAK - Rektör
Prof. Dr. M. Gülsün ÖZENTÜRK - Dekan

Kongre Başkanı

Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN

Kongre Sekreteri

Dr.Öğr. Üyesi Aytül HADIMLI
(aytulhadimli78@gmail.com)
Ar. Gör. Dr. Zehra BAYKAL AKMEŞE
(zehra.akmese@gmail.com)

Kongre Düzenleme Kurulu

Bihter Akın
Songül Aktaş
Habibe Bay
Nursen Bolsoy
Yeliz Çakır Koçak
Esin Çeber Turfan
Serap Çetintaş Öner
Mahide Demirelöz Akyüz
Aysun Ekşioğlu
Rabia Ekti Genç
Mihriban Güneş
Sevil Güner
Sibel İçke
Selda İldan Çalım
Birsen Karaca Saydam
Zekiye Karaçam
Asiye Kocatürk
Ayşegül Kurt
Şebnem Kurul
Sibel Ocak Aktürk
Emine Serap Sarıcan
Neriman Soğukpınar

6

Nazan Tuna Oran

İlkay Ünal

Yeşim Yeşil

Hülya Yurteri Türkmen

Ummahan Yücel

Esmâ Yüksel

*Sıralama soyadına göre alfabetik olarak yazılmıştır.

BİLİM KURULU

Prof. Dr. Ayden Çoban	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Esin Çeber Turfan	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. F. Deniz Sayınır	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Füsün Terzioğlu	İstinye Üniversitesi
Prof. Dr. Gülümser Dolgun	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Melek Gülsün Özentürk	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Neriman Soğukpınar	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Nursel Aksın	Fırat Üniversitesi
Prof. Dr. Ruhi Selçuk Tabak	Lefke Avrupa Üniversitesi
Prof. Dr. Saadet Yazıcı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Sibel Erkal İlhan	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Zekiye Karaçam	Adnan Menderes Üniversitesi
Doç. Dr. Asiye Gül	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Ayla Berkiten Ergin	Kocaeli Üniversitesi
Doç. Dr. Ayten Taşpınar	Adnan Menderes Üniversitesi
Doç. Dr. Birsen Karaca Saydam	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Yıldız	GATA Hemşirelik Okulu
Doç. Dr. Faruk Abike	İstanbul Bilim Üniversitesi
Doç. Dr. Gözde Gökçe İsbir	Mersin Üniversitesi
Doç. Dr. Gülçin Bozkurt	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Güliz Onat	KTO Karatay Üniversitesi
Doç. Dr. Hafize Öztürk Can	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Nazan Tuna Oran	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Neriman Zengin	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Neslihan Keser Özcan	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Özgür Alparslan	Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Doç. Dr. Rabia Ekti Genç	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Sema Dereli Yılmaz	Selçuk Üniversitesi
Doç. Dr. Semiha Akın	İstanbul Bilim Üniversitesi
Doç. Dr. Serap Ejder Apay	Atatürk Üniversitesi
Doç. Dr. Sevil İnal	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Sultan Alan	Çukurova Üniversitesi
Doç. Dr. Şule Gökyıldız	Çukurova Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Yasemin Aydın Kartal	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Asiye Kocatürk	İstanbul Medipol Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayla Çapık	Atatürk Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Aysel Büleç	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Karakoç	Marmara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Durmaz	Dumlupınar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayten Dinç	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Aytül Hadımlı	Ege Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Birsen Altay	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Çağla Yiğitbaş	Giresun Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Derya Ö.Gençarslan	Gaziantep Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Dilek Bilgiç	Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Döndü Batkın	Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Esmâ Demirezen	İstanbul Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Evrim Çelebi	Fırat Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Eylem Toker	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi . Fatma Ay	İstanbul Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Ergün	Ahi Evran Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Filiz Okumuş	İstanbul Medipol Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Filiz Taş	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Keskin	Haliç Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Demirel	Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Dağlar	Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Gülşen Arslan Atay	Ahi Evran Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Alan Dikmen	Selçuk Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Hale Uyar Hazar	Adnan Menderes Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Handan Güler	Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Hava Özkan	Atatürk Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Hülya Demirci	Celal Bayar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Jule Esen	KTO Karatay Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Leman Kutlu	Haliç Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş	Çukurova Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Meltem Demirgöz Bal	Marmara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Meral Madenoğlu Kıvanç	İstanbul Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Mesude Uluşen	Amasya Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Mine Bekar	Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Mine Yurdakul	Mersin Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Münevver İlknur Gönenç	Ankara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nazan Karahan	Karabük Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Nazende Yıldız	Marmara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Avcı	Biruni Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi. Nurgül Güngör Tavşanlı	Celâl Bayar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nuriye Değirmen	Dumlupınar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nursel Alp Dal	Munzur Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nursen Bolsoy	Celal Bayar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Duran Aksoy	Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Karabulutlu	Kafkas Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Pelin Palas Karaca	Balıkesir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Rukiye Höbek Akarsu	Bozok Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Saliha Özpınar	Celal Bayar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi. Selda İldan Çalım	Celal Bayar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Selda Yörük	Balıkesir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Selma Şen	Celal Bayar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Semiha Aydın Özkan	Adıyaman Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Sevda Eliş Yıldız	Kafkas Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Sibel Şeker	Adnan Menderes Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Sibel İçke	Mardin Artuklu Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Songül Aktaş	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Şenay Topuz	Ankara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Tuba Uçar	İnönü Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Tülay Yılmaz	İstanbul Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ummahan Yücel	Ege Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Yeşim Aksoy Derya	İnönü Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Burcu Yurtsal	Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt Bilgin	Marmara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt Yılar Erkek	Gaziosmanpaşa Üniversitesi,
Dr. Öğr. Üyesi Seval Cambaz Ulaş	Celal Bayar Üniversitesi,
Öğr. Gör. Dr. Filiz Aslantekin Özçoban	Balıkesir Üniversitesi
Öğr. Gör. Dr. Hülya Türkmen	Balıkesir Üniversitesi
Arş. Gör. Dr. Aysun Ekşioğlu	Ege Üniversitesi
Arş. Gör. Dr. Hüsniye Dinç	İstanbul Üniversitesi
Arş. Gör. Dr. Kevser ÖZDEMİR	Sakarya Üniversitesi
Arş. Gör. Dr. Mahide Demirelöz Akyüz	Ege Üniversitesi
Arş. Gör. Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu	İstanbul Üniversitesi

Arş. Gör. Dr. Yeliz Çakır Koçak	Ege Üniversitesi
Arş. Gör. Dr. Zehra Baykal Akmeşe	Ege Üniversitesi
Öğr. Gör. Dr. Zekiye Turan	Sakarya Üniversitesi
Dr. Leyla Erdim	İstanbul Üniversitesi
Ebe, Dr. Hacer YALNIZ DİLCAN	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak. AMBAUM
Ebe Nesibe Uzel	Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eğitim ve Sertifikasyon Daire Başkanlığı
Aft Gherissi	Maître Assistante Universitaire en Sciences de l'Education appliquées à la Santé Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé Université
Christine Mccourt	University of London Division of Early Years, İngiltere
Camilla Schneck	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brezilya
Mervi JOKINEN	European Midwives Association (EMA), Vice Chair European Forum of National Nursing and Midwifery Associations (EFNNMA) Royal College of Midwives - United Kingdom
Pluymaekers Margriet	The Netherlands/ University of Rotterdam - Netherlands
Rita Borg Xuereb	Head of Department, Midwifery, Faculty of Health Sciences, University of Malta, Malta.
Eleftheria Tasousani	Midwifery Department Faculty of Health Sciences Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki - Yunanistan
Linda Ratna Wati	Brawijaya University Midwifery Department, Endonezya
Ute Lange	German Association of Midwives (BDH) - Germany

* Liste, alfabetik sıraya göre düzenlenmiştir.

16:00-17:00

Panel 2. Ebelik Eğitimlerinin Geleceği

Oturum Başkanları: Dr.Öğr. Burcu YURTSAL - Dr. Yeliz ÇAKIR KOÇAK

-İran'da Ebelik Eğitimi Projeleri

Zohreh Keshavarz, MD, PhD.

Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery
Shahid Beheshti University of Medical Sciences, TEHRAN, IRAN

-Türkiye'de Ebelik Eğitim Modeli

Prof. Dr. Neriman SOĞUKPINAR

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

17:00-18.00

Sözel bildirimler

Oturum Başkanları: Dr. Mahide D. AKYÜZ - Öğr.Gör.Dr. Hülya YURTERİ
TÜRKMEN

Sözel 1-10

8 KASIM 2018 - PERŞEMBE

09.00-09.45

Konferans 3: Ebelik Eğitiminde Öne Çıkan Öğrenme Kuramları

Oturum Başkanları: Doç.Dr. Rabia Ekti Genç - Öğr.Gör.Dr. Filiz A.
ÖZÇOBAN

Prof. Dr. Ruhi Selçuk Tabak

Lefke Avrupa Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi, KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ

09:45-10:30

Panel 3: Eğitim Programları Bileşenleri

Oturum Başkanları: Dr.Öğr. Üyesi Ummahan YÜCEL - Dr.Öğr. Üyesi
Mesude ULUŞEN

- Üniversite Eğitiminin Felsefesi

Prof. Dr. Hatice Şahin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

- Beceri Gerektiren Mesleklerde Eğitim Felsefesi

Öğr. Gör. Dr. Nilüfer Demiral Yılmaz

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

- Ebelik Eğitiminde Kanıta Dayalı Eğitim Becerilerinin Kullanımı

Doç. Dr. Gözde Gökçer İspir

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü

10:30-11:00

ARA

11:00-12:00

Panel 4: Ebelikte Akreditasyon / Yeterlilik

Oturum Başkanları: Doç. Dr. Sema DERELİ YILMAZ - Dr.Öğr. Üyesi Aytül
HADIMLI

-Program Yeterliliklerinin Kalite Güvencesi

Prof. Dr. Prof. Dr. Sibel AKSU YILDIRIM

Yükseköğretim Kalite Kurulu Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

- Sağlık Bilimlerinde Akreditasyon Süreci

Doç.Dr. Özlem Ülger

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Akreditasyon Kurulu (SAK)

- Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Kapsamında Yeterlik

Prof. Dr. Gülümser Dolgun

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

12:00-13:00

ÖĞLE YEMEĞİ

13:00-14:30

Panel 5: Ebelik Eğitiminde Mentörlük

Oturum Başkanları: Prof.Dr. Esin ÇEBER TURFAN – Dr.Öğr. Üyesi Fahriye VATAN

-Mentörlüğün Kuramsal Çerçevesi ve İyi Uygulama Örnekleri

Prof. Dr. Ayişe Karadağ
Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

-Ebe Eğitiminde Mentörlüğün Kullanılması

Doç. Dr. Gülçin Bozkurt
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

-Ebelikte Mentorluk Örneği

Dr. Öğr. Üyesi Şebnem Kurul
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

14:30-15:00

ARA

15:00-18:00

I. Oturum Sözel Bildiri Sunumları

Oturum Başkanları: Dr.Öğr. Üyesi Songül AKTAŞ – Dr. Bihter AKIN
Sözel 11-32

II. Oturum Sözel Bildiri Sunumları

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Eylem Toker ve Ar. Gör. Dr. Zehra Baykal Akmeşe
Sözel 33-56

9 KASIM 2018 - CUMA

09:00-10:30

Panel 6: Ebelik Eğitiminde Teknoloji Kullanımı

Oturum Başkanları: Prof.Dr. Deniz SAYINER – Doç.Dr. Birsen K. SAYDAM

-Eğitimde Teknoloji Kullanımı / Dijital Öğrenme Ortamı ve Materyalleri

Dr. Öğr. Üyesi Alev ATEŞ ÇOBANOĞLU
Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi

-Eğitimde Teknoloji ve Entegrasyonu

Dr. Öğr. Üyesi Fırat SARSAR
Ege Üniversitesi Uzaktan Eğitim Uygulama Merkezi (EUZEM)

-Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi (USES)

Gülşen BUDAK TOPAKTAŞ- Daire Başkanı
TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Eğitim Sertifikasyon ve Tescil Hizmetleri Dairesi Başkanlığı

10:30-11:00

ARA

11:00-12:00

Panel 7: Beceri Geliştirmede Simulasyon Kullanımı

Oturum Başkanları: Doç.Dr. Serap EJDER APAY – Dr.Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY

-Ebelik Beceri Eğitiminde İleri Teknoloji İçeren Doğum Simülasyonunun Kullanımı

Dr. Öğr. Üyesi Selda İLDAN ÇALIM
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü

-Ebelik Eğitimlerinde Simülasyon Tasarımı ve Uygulama Basamakları

Dr. Öğr. Üyesi Esra UĞUR
Acıbadem Üniversitesi SBF-Hemşirelik Bölümü

-Ebelik Eğitiminde Simülasyona Dayalı Senaryo Yazma Süreci

Doç.Dr. Vesile ÜNVER
Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

12:00-13:00

ÖĞLE YEMEĞİ

13:00-14:00

Panel 8: Ebelik ve İnovasyon

Oturum Başkanları: Doç.Dr. Nazan TUNA ORAN - Dr.Öğr. Üyesi Asiye KOCATÜRK

-İnovasyonun Yeri, Önemi ve İnovasyon

Doç. Dr. Emine UTKUN AKTENER
Pamukkale Üniversitesi Buldan MYO

-İnovasyon ve yeni iş modelleri

Uzman Semih ERDEN
Ege Üniversitesi Bilim- Teknoloji Uygulama Araştırma Merkezi EBİLTEM

-Ebelik Uygulamaları ve İnovasyon Örnekleri

Dr. Yeliz DOĞAN MERİH
İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

14:30-15:00

İnovatif Buluşlar : Öğrenci sunumları

Oturum Başkanları: Prof.Dr. Ayden ÖZKAN ÇOBAN - Dr.Öğr. Üyesi Aysel BÜLEZ

15:00-15.30

ARA

15:30-17:00

I. Oturum Sözel Bildiri Sunumları

Oturum Başkanları: Dr.Öğr. Üyesi Nursel ALP DAL - Dr.Öğr. Üyesi Yeşim AKSOY DERYA

Sözel 57-80

II. Oturum Sözel Bildiri Sunumları

Oturum Başkanları: Prof. Dr.. Ayten Taşpınar ve Ar. Gör. Dr. Aysun Ekşioğlu

Sözel 81-104

17:00-17:30

KAPANIŞ



1. Uluslararası
Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme
(EBEARGE) Kongresi

"Ebelikte Eğitim"

07-09 Kasım 2018 - İZMİR/TÜRKİYE

Organizasyon Sekreteryası

MOTTO
www.motto.tc

0232 446 06 10
info@motto.tc

KONUŞMACI METİNLERİ

1 - İNOVASYON KAVRAMI VE ÖNEMİ

Emine Utkun

Pamukkale Üniversitesi, Buldan
MYO, Moda Tasarımı Programı,
Denizli, Türkiye eutkun@pau.edu.tr

Öz

Dünyada küreselleşmeyle birlikte rekabetin boyutları da hızla artmaktadır. Bu koşullarda firmalar etkin, verimli olabilmek ve kendilerinden bekleneni verebilmek için inovasyona ihtiyaç duymaktadır. Bu da günümüz ekonomisinde inovasyonun en önemli rekabet araçlarından birisi haline gelmesine neden olmuştur. İnovasyon yapmak için gerekli olan faktör ise yaratıcılıktır. Bu yaratıcılık üretilen ürün ve hizmetin özelliklerinde olabildiği gibi yöntem, organizasyon ya da pazarlama alanlarında da olabilir.

Bu çalışmada inovasyon kavramı, çeşitleri ve önemi incelenmiştir.

***Anahtar kelimeler:** İnovasyon, ürün inovasyonu, süreç inovasyonu, organizasyonel inovasyon, pazarlama inovasyonu.*

INNOVATION CONCEPT AND IMPORTANCE

Emine Utkun

Pamukkale University, Buldan Vocational Training
School, Program of Fashion Design, Denizli, Turkey
eutkun@pau.edu.tr

Abstract

With the globalization in the world the extent of competing is increasing. In these conditions companies or firms need innovation to be more efficient and productive and to give what is needed from them. And this caused innovation to be one of the most important contention in current economy. To make innovation the only factor is needed is creativity. This creativity can exist through the properties of a product or service and it can also occur in organization or marketing.

In this study, the innovation concept, its types and importance were explained.

***Key words:** Innovation, product innovation, progress innovation, organizational innovation, marketing innovation.*

1. İnovasyon Kavramı

İnovasyon, yüzyıllardır süre gelen yenilik ve yaratıcılığı ifade eden bir kavramdır. Yenilik ve yaratıcılık olmadan gelişmenin ve ilerlemenin mümkün olmadığı bilinmekte ve kabul edilmektedir. Etkinliğini gün geçtikçe artıran inovasyon konusunda literatürde birçok tanım bulunmaktadır.

İnovasyon, Latince bir sözcük olan ‘innovatus’tan türemiş ve “Toplumsal, kültürel ve idari ortamda yeni yöntemlerin kullanılmaya başlanması” anlamına gelmektedir (Utkun ve Atılğan, 2010). Webster sözlüğü ise inovasyonu ‘yeni bir fikir, yöntem veya cihaz’ olarak tanımlamaktadır (Webster, 2018).

Günümüzün hızla değişen ve gelişen rekabet ortamında ayakta kalabilmek için firmaların ürünlerini, hizmetlerini ve iş yapış yöntemlerini sürekli olarak değiştirmeleri, farklılaşmalarını ve yenilemeleri gerekir. Bu değiştirme, farklılaştırma ve yenileme işlemi ‘inovasyon’ olarak tanımlanmaktadır. Eğer işletmeler inovasyon konusunda gelişme sağlayamazlarsa bir süre sonra yok olma tehlikesi ile karşı karşıya kalacaklardır. Çünkü yoğun rekabet ortamında işletmeler birbirlerini sürekli izlemekte ve en iyi uygulamaları örnek almakta veya kopyalamaktadırlar. Bu nedenle inovasyon bu aynılışmayı da önleyeceği gibi işletmeleri rakiplerinden bir adım daha önde olmalarını sağlayacaktır.

İnovasyonun (yeniliğin) tanımı konusunda uluslararası düzeyde kabul gören kaynakların başında OECD ile Eurostat’ın birlikte yayınladığı Oslo Kılavuzu gelmektedir. Kılavuzda inovasyon şu şekilde tanımlanmaktadır. Yeni veya önemli ölçüde değiştirilmiş ürün (mal ya da hizmet), veya sürecin; yeni bir pazarlama yönteminin; ya da iş uygulamalarında, işyeri organizasyonunda veya dış ilişkilerde yeni bir organizasyonel yöntemin uygulanmasıdır (Oslo Kılavuzu, 2006).

Buna göre inovasyonu ticari bir değeri olan her türlü farklı, değişik, yeni yöntem ve uygulamalar olarak tanımlayabiliriz. Dolayısıyla inovasyonun değeri ve önemi bu yeni ve farklı uygulama ve yönteminin kişiye ve/veya firmaya ekonomik bir getirisinin olmasıdır. Bu nedenle pek çok buluşun, yeniliğin ve farklı uygulama ve yöntemin ticari bir değer yaratması bazen çok uzun bir süre sonra gerçekleşmiştir.

Örneğin, ilk düz dikiş makinesini 1846 yılında Elias Howe icat etmiştir ancak icadını inovasyona dönüştürememiştir. Bu icadı inovasyona dönüştürmeyi başaran Isaac Singer, ürüne ismini vermiş ve marka olmuştur (Tekstilbilgi, 2018). Bu ve buna benzer örnekler çoğaltılabilir.

2. İnovasyon Türleri

İnovasyon daha önce çözülmemiş sorunları çözmek veya daha önce karşılanmayan ihtiyaçlara cevap vermek amacıyla geliştirilir yada geliştirilmiş olan ürün veya hizmeti daha iyi ve daha kullanışlı hale getirir. O nedenle inovasyonun mutlaka icat olması gerekmemektedir. Bu fikirlerin uygulanması sürecinin tamamı inovasyonu oluşturmaktadır.

Dolayısı ile inovasyon, bir firmanın ürünlerinde, hizmetlerinde, üretim, dağıtım yöntemlerinde, iş yapış yöntemlerinde, tasarım ve pazarlama yöntemlerinde gerçekleştirilebilir. Kısaca, buluşlarla başlayan süreç olup, bu buluşların geliştirilmesiyle ileriye gitme ve sonuçta pazara yeni ürün/süreç

yada hizmet sunma anlamına gelmektedir (MIT, 2003). Bunlar da sırasıyla, ‘ürün inovasyonu’, ‘süreç inovasyonu’, ‘organizasyonel inovasyon’ ve ‘pazarlama inovasyonu’ olarak adlandırılır.

2.1. Ürün İnovasyonu

Ürün inovasyonu, yeni veya özellikleri ya da kullanım amaçları açısından önemli ölçüde geliştirilmiş/iyileştirilmiş bir mal veya hizmetin pazara sunulmasıdır. Ürün inovasyonu, teknik özelliklerde, parçalarda ve malzemelerde, yerleşik yazılımda, kullanım kolaylığında veya diğer işlevsel özelliklerde önemli iyileştirmeleri/geliştirmeleri içermektedir(Utkun ve Atılğan, 2010).

Yeşim Tekstil tarafından üretilen nano teknolojik su tutmayan, ütü gerektirmeyen, terletmeyen akıllı kumaşlar, Columbia firmasının kişiyi güneşin zararlı ışınlarından koruyan ürünleri veya -35°C’ye kadar soğuktan koruyan termal giysileri, Nike firmasının geliştirdiği bağcıkları otomatik bağlanan spor ayakkabıları ürün inovasyonuna örnek verilebilir.

Aynı şekilde telefonlar için geliştirilen kablosuz şarj cihazları, kasaları olmayan sadece ekrandan oluşan masa üstü bilgisayarlar, gün geçtikçe incelen ve hafifleyen dizüstü bilgisayarlar, ekranı katlanabilen televizyonlar da ürün inovasyonuna verilebilen örneklerdir.

Ürün inovasyonunda firmaların dikkat etmesi gereken en önemli özelliklerden birisi, müşterinin geliştirilen veya performansı artırılan bu yeni ürüne ekstra ücret vermeyi göze alıp alamayacağını iyi analiz edilmesidir.

2.2. Süreç İnovasyonu

Yeni veya önemli ölçüde geliştirilmiş/iyileştirilmiş üretim ya da dağıtım yönteminin (süreçlerinin) uygulanmasıdır. Bu üretim tekniklerinde, ekipmanda ve/veya yazılımda önemli değişiklikleri içermektedir(Utkun ve Atılğan, 2010).

Sektörde daha önce uygulanmamış yeni bir üretim sistemi geliştirerek üretim hızını ve kapasitesini arttırmak, maliyetleri düşürmek, hızlı ve doğru teslimat ve bunun sürekliliğini sağlayabilmek bir süreç inovasyonudur (Kırım, 2005). Çünkü bu olay firmaya fiyat avantajı, verimlilik, karlılık ve rekabet gücü kazandıracaktır.

Yeşim Tekstil 2006 yılının başından beri yalın üretim uygulamalarını hayata geçirerek süreç inovasyonu yapan firmalardan bir tanesidir. Böylece iş süreçlerini gözden geçirerek, Kaizen’lerle sürekli iyileşmeyi gerçekleştirerek tüm çalışanların da işin içinde olduğu bir yönetim felsefesini hayata geçirmeye çalışmaktadır (Yeşim Tekstil, 2018).

2.3. Organizasyonel İnovasyon

Firmanın iş uygulamalarında, işyeri organizasyonunda veya dış ilişkilerinde yeni bir organizasyonel yöntemin uygulanmasıdır. Bu nedenle, organizasyon yapısının önemli ölçüde değiştirilmesi, ileri yönetim ve organizasyon tekniklerinin uygulanması, yeni ya da önemli ölçüde değiştirilmiş tekniklerin uygulanması yöntemlerinden herhangi birisi organizasyonel/yönetimsel inovasyon olabilmektedir (Utkun ve Atılğan, 2010).

Zara, moda eğilimlerine uygun en güncel ürünleri en hızlı şekilde ve yine uygun fiyatlarla mağazalarına

getirerek; bunların tasarım, üretim ve mağazacılık ayaklarını da en doğru şekilde yöneterek müşterilere katma değer yaratacak bir iş modelini geliştirmesi bir organizasyonel inovasyon örneğidir.

2.4. Pazarlama İnovasyonu

Pazarlama, temelde insanların ihtiyaç ve isteklerini karşılamaya yönelik bir mübadele (değişim) işlemidir (Mucuk, 2004).

Pazarlama birimi, neredeyse hazır haldeki bir ürünü ya da hizmeti alır ve özelliklerini hedef kitleye anlatmak için para harcar. Ancak bu yaklaşım artık işe yaramamaktadır. Birçok ürünün fark edilmediği bir dünya yaratılmıştır. Geleneksel yaklaşımların artık modası geçmiştir. Alternatif yaklaşımlar; yenilik değil, geride bıraktığımız şeylerdir (Godin, 2005).

Pazarlama inovasyonu; ürün paketinde, ürün yerleştirmede, ürün promosyonunda ya da fiyatlandırmasında önemli değişiklikler içeren yeni bir pazarlama yönteminin uygulanmasıdır (Utkun ve Atılğan, 2010).

Kısaca ürettiği ürün veya hizmeti tüketiciye farklı bir şekilde sunabilen firma pazarlama inovasyonu yapıyordur. Organizasyonel ve pazarlama inovasyonu teknolojik olmayan inovasyon sınıfına girer ve en az teknolojik inovasyon kadar önemlidir. Çünkü teknolojik inovasyon yapan bir işletmenin pazarlama inovasyonu yapmadan yeterli ticari başarıyı yakalaması mümkün değildir. Seth Godin, pazarlamada başarılı olmanın da fikri yayabilen hedef kitleyi doğru seçme ve kitleye uygun geliştirilmiş ürüne bağlı olduğunu vurgulamıştır (Godin, 2005).

Pazarlama strateji kategorileri; fiyat gelişimi, ambalajlama, dağıtım kanalları, reklam, müşteri ilişkileri (müşteriye sunulan hizmet), mağaza tasarımları olarak sıralanabilir. Firmaların bu kategorilerde yenilikçi bir yaklaşım izlemeleri pazarlama inovasyonuna girmektedir.

Vakko, ülkemizde modern mağazacılık ve müşteri memnuniyeti adına birçok ilki gerçekleştirmiştir. Kişili, dağıtım kanallarında inovasyon gerçekleştirerek pazardaki payını arttırmaktadır. Damat, farklı mağaza ve vitrin tasarımları ile dikkat çekmektedir. "Gentleman's Club" ile iş adamları ve kadınları olan müşterilerine sınırsız derecede hizmet vermektedir. Sarar, reklam ve sponsorluk alanındaki inovasyonları ile dikkat çekmektedir. Koton, mağazaya eşleri ile gelen bayanların eşlerinin rahat vakit geçirebilmesi için farklı mağaza düzenlemeleri uygulamaktadır. Hızlı moda kategorisine ayak uydurarak mağazalara sürekli yeni ürün sürmektedir ve de dağıtım kanallarının güçlülüğü ile ön planda olan bir firmadır. T-Box markası ise ürünlerin ambalajlamalarında farklılık yaratarak pazarlama inovasyonu gerçekleştirmiştir.

3. Sonuç

İnovasyon en geniş anlamıyla, bilginin ekonomik ve toplumsal faydaya dönüştürülmesi olarak tanımlanır. Bu nedenle de teknik, ekonomik ve sosyal süreçler bütünüdür. Günümüzde sürekli değişen şartlarda kişiler ve firmaların inovatif düşünmek ve harekete geçmek kaçınılmazdır.

Firmalar ürünlerini, teknolojilerini ve hizmet anlayışlarını sürekli geliştirmelidir. İnovasyon sürekliliği olan bir faaliyettir. Her zaman bir sonraki aşaması mevcuttur, belirli bir noktaya gelindiğinde burada inovatif faaliyetleri bırakabiliriz şeklinde bir tutum sergilenemez.

Kaynakça

1. Godin S., (2005). *Mor İnek*. Yer: Elma Yayınevi, Ankara.
2. Kırım, A. (2005). *Karlı Büyümenin Reçetesi İnovasyo*: FED Training Yayınları, İstanbul.
3. *MIT Sloan Management Review Fall*. (2003). Vol.45, No.1. (<https://sloanreview.mit.edu/issue/fall-2003/>).
4. Mucuk, İ.(2004). *Pazarlama İlkeleri*. Yer: Türkmen Kitabevi, İstanbul.
5. *Oslo Kılavuzu, Yenilik Verilerinin Toplanması ve Yorumlanması için İlkeler*.(2006). OECD ve Eurostat ortak yayını (Çeviren-Tübitak)3. Baskı, ISBN 975-403-362-5-1.
6. Utkun, E., ve Atılgan, T. (2010). Marketing Innovation in the Apparel Industry: Turkey. *Fibres&Textiles in Eastern Europe*, 18(6), 26-31.
7. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/innovation>(Erişim Tarihi: 15.10.2018)
8. <https://www.tekstilbilgi.net/dikis-makinesinin-icadi.html>(Erişim Tarihi: 15.10.2018)
9. <http://www.yesim.com/icerik/22/innovatif-uygulamalar/> (Erişim Tarihi: 15.10.2018)

2 - ÜNİVERSİTE EĞİTİMİNİN FELSEFESİ

Prof. Dr. Hatice Şahin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Bornova İzmir hatice.sahin@ege.edu.tr
0232 3901832 0532 4413621

ÖZET

Üniversite eğitiminin felsefesi kavramsal olarak değişim kavramını da beraberinde getirmektedir. Bilgi ve teknolojiye büyük boyuttaki değişim üniversitelerde verilen eğitimi de etkilemektedir. Eğitim programları (başta içerik ve sınav), öğrenci ve eğitici rolleri, mesleklerin toplumsal değeri, istihdam özellikleri de değişen başlıklardır. Bu yazıda üniversite eğitiminin felsefesini değiştiren değişim başlıkları konusunda bilgi verilmesi ve değişimin akılcı yönetimi konusunda ipuçları verilmeye çalışılmıştır. Üniversiteler gibi yetişkinlerin bulunduğu ortamlarda değişimlerin beraberinde bilişsel uyumsuzluğu da getirdiği dikkate alınmalı ve değişim stratejisi buna göre belirlenmelidir.

ABSTRACT

PHILOSOPHY OF UNIVERSITY EDUCATION

The philosophy of the university education conceptually evokes the concept of change. Large-scale change in information and technology also affects philosophy of university education. Curricula (primarily content and exams), student and trainer roles, social value of professions, employment characteristics are also changed. In this article, information about the change headings that changed the university education philosophy and the rational management of change are given. Alterations in adults' environments, such as universities, bring along cognitive dissonance. Cognitive dissonance should also be taken into account when defining strategies of change management.

ÜNİVERSİTE EĞİTİMİNİN FELSEFESİ

GİRİŞ

“Geleceğin size neler getireceğini bilmek zorundasınız. Gelecek daima çok hızlı ve yanlış sırada geliyor. Eğer bir stratejiniz yoksa, başka birinin stratejisinin bir parçası olursunu”

Alvin Toffler (Şok: Gelecek Korkusu)

Gelecek kavramı yakından incelendiğinde değişim, gelişme, ilerleme, gerileme, planlama ve belirsizlik gibi farklı kavramları da çağrıştırmaktadır. Alvin Toffler’in Şok kitabında(Toffler, 2011) da belirttiği üzere gelecek olumlu- olumsuz değişimlerle, belirsizliklerle ve kaygı ile geliyor. Hangi alanda çalışırsak çalışalım geleceğe dair duygularımız değişmiyor, bu nedenle gelecek ve yaşanacak değişimler konusunda hazırlıklı olmak, stratejiler belirlemek gereklidir. Bu yazıda gelecek ve değişim kavramlarının üniversite ve yükseköğretim açısından önemi ve geleceğe hazırlıklı olma konusu üzerinde durulacak, ayrıca ebelik eğitimi bakımından da olası değişimler konusuna değinilecektir. Bu çerçeveden bakıldığında yazı bütüncül olarak üniversite çatısı altında öğrenme ve öğretmenin felsefesinin nasıl değiştiğini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

ÜNİVERSİTE EĞİTİMİ VE DEĞİŞİM KAVRAMI

Üniversitede öğrenme ve öğretme konusunda gelecekte yaşanacak değişimler ile ilgili “gelecekte hangi alanlarda değişimler bekleniyor?, değişimlerin öğrenciye ve eğiticiye etkisi ne olacak?” sorularının öncelikle yanıtlanması gereklidir. Üniversite eğitimi felsefesinde değişime neden olan ve bu sorulara da yanıt niteliğindeki başlıklar aşağıda kısaca özetlenmiştir.

1. Eğitimde değişim

Dünya çapında üniversitelerin ilk kurulduğu andan itibaren hakim olan bilginin eğiticiden edinilmesi yaklaşımı zaman içinde değişmiştir. Teknolojik gelişmelere paralel olarak bilgi de artmıştır. Bu durum da eğitim programlarında bilginin entegre biçimde sunulmasına(D. Prideaux, 2013), öğrencinin ve toplumun da bilginin edinilmesinde ve kullanılmasında daha aktif rol almasına neden olmuştur. Bilginin yoğunluğunun artması, hızla değişmesi özellikle mesleki eğitim alanlarında “olmazsa olmaz bilgilerin öğrenilmesi” kavramını getirmiş, bu durum da eğitim programları içinde çekirdek eğitim programı kavramını beraberinde getirmiştir. Örneğin Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP, 2016) ebelik alanında artan bilgi yükü karşısında, yükseköğretimde içerik ve uygulamalı eğitimlerin kurumlar arasında standardize edilmesini amaçlamaktadır. Bu bilgi yükündeki bu değişimin yansıyan diğer yüzü öğrenme konusunda sorumluluğu eğiticiden öğrenciye doğru kaydırmıştır. Böylece öğrenciyi merkeze alan ve sorumluluk veren probleme dayalı öğrenme (Özan, 2018) gibi farklı öğrenme yaklaşımları benimsenmiştir.

2. Ölçme-değerlendirme yöntemlerinde değişim

Bilginin değişimi ile birlikte yaşanan diğer bir değişim de ölçme değerlendirme yöntemlerine dairdir. Ezbere bilginin değerlendirildiği sınav yöntemlerini yerini bilginin fonksiyonel kullanımının değerlendirildiği sınav yöntemleri almıştır(L. Etheridge, 2013). Yani bilgi yanında performans değerlendirme de artık olmazsa olmaz durumdur. Ebelik mesleği açısından doğrudan bilginin değerlendirilmesi kadar beceriyi de değerlendiren sınav yöntemlerinin kullanılması buna güzel örnektir.

3. Öğrenme teknolojilerinde değişim

Teknolojik gelişmeler öğrenme konusuna da yansımıştır. Beceri eğitiminde kullanılan maket ve maketler, simülasyonlar, online öğrenme ortamları, dijital öğrenme materyalleri insan üzerinde denemeden, insana geri dönüşümsüz zararlar vermeden eğitimi daha risksiz hale getirmiştir(D. Østergaard, 2013).

4. Öğrenci otonomisinde değişim

Yukarıda ifade edildiği üzere bilgi yükünün artması ve bilgiye erişimin de kolaylaşması ile birlikte eğitimciler öğrencinin öğrenmesinde tek kaynak olmaktan çıkmıştır. Örgün eğitim dışında öğrenci de farklı kaynaklardan bilgi edinmekte ve öğrenme konusunda otonomiye sahip olmaktadır(R. C. Bandaranayake, 2013).

5. Kavramlarda değişim

Üniversite eğitiminde bir diğer değişim alanı da kavramlara ilişkindir. Öğrenmede merkezin-sorumluluğun öğrenciye kayması ile birlikte günlük dilimize “eğitici merkezli” ve “öğrenci merkezli” kavramları girmiştir(MEB, 2007). Bu kavramlar bilgiye hakim olanın ağırlığını ifade etmesi bakımından son 30 yıldır sıklıkla kullanılan kavramlar olmuştur. Bu kavramların kullanılması aynı zamanda eğiticinin ve öğrencinin rollerindeki değişime devurgudabulunmaktadır. Yine benzer biçimde “uzaktan eğitim” gibi teknolojinin gelişmesi ile bağlantılı farklı bir kavramı kullanmamıza neden olmuştur. Hatta son dekatta örgün eğitim yerine oldukça ağırlıklı biçimde konuşulur olmuştur. Böylece eskiden olduğu gibi bir konuda öğrenme faaliyetinin gerçekleşmesi mekanlardan ve zamandan bağımsız hale gelmiştir. Bu değişim kendini öğrenmenin “yaşam boyu” olması kavramı ile de beraber anılır hale getirmiştir.

Üniversitelerde yukarıda ifade edilen değişimlere ebelik mesleği açısından yaşanan diğer değişimler de eklenmiştir. Bunlara da kısaca değinecek olursak;

6. Eğitim felsefesinde değişim

İdealist felsefi akımlara dayanan öğrenci ve eğitici rolleri ile bilginin tanımlanması ve kullanımı yerini varoluşçufelsefeye bırakmış. Öğrenci, öğrenme, eğitici ve bilginin yeri tamamen değişmiştir. Böylece

“her şeyi bilen veya bilmek zorunda olan” “ben anlatırsam öğrenci ancak öğrenir” anlayışındaki eğitici yerini “öğrenmede rehber” olan ve “öğrenciye hangi konuda yardımcı olmalıyım?” diyen eğiticiye bırakmıştır. Öğrenci de pasif alıcı rolünden bilgi edinmede doğrudan sorumlu birey konumuna değişmiştir(Sönmez, 2015).

7. Eğitim ve sağlık sosyolojisinde değişim

Yıllar içinde toplumlarda yaşanan sosyolojik değişimler sağlık ve eğitim alanına da yansımıştır. En bariz değişimsağlık profesyonelinin toplumsal rollerindeki değişim olmuştur(Yasemin Türker, 2016). Örneğin son dekatta ebelerin sağlık hizmeti içinde aile planlaması ve sağlık hizmeti sunumundaki rolleri değişmişmiş. Bu değişim ister istemez mezuniyet öncesi ebelik eğitiminin de değişimini beraberinde getirmektedir.

8. Eğitim psikolojisinde değişim

Öğrenme psikolojisine ilişkin bilginin değişimi öğrenme biçimlerine ilişkin bilgiyi de değiştirmiş, bu da öğrenme kuramlarının gelişmesine ve öğretme faaliyetlerine yansımıştır. Aynı zamanda öğrenenin kişisel özellikleri, motivasyon kaynakları, otorite ile ilişkisi de eğitim psikolojisinde etkin öğrenmede dikkate alınan değişkenler olmuştur(Senemoğlu, 2018).

9. Eğitim ve sağlık hizmetlerinde değişim

Sağlık hizmet sunumuna ilişkin uygulamalar değiştikçe mesleki eğitime de yansımaktadır. Örneğin ebelik mesleği açısından değerlendirildiğinde 14/4/1928 tarihli ve 86318 sayılı resmi gazetede yayınlanan Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (Tababet Kanunu) halen geçerli olan (Kanun no 1219) kanunun üçüncü faslında ebelik mesleği ve sorumlulukları sayılmaktadır(Kanun1219, 1928). Ancak 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı resmi gazetede yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 16. Maddesinde ebenin rolleri daha farklı tanımlanmaktadır(Sağlık Bakanlığı, 2013). Aynı anda geçerli iki yasal metnin bir mesleki grup hakkındaki iki farklı tanımlaması ebelikte mezuniyet öncesi eğitime de yansiyacaktır.

DEĞİŞİM YÖNETİMİ

Üniversite eğitimine dolayısıyla felsefesine ilişkin yaşanan ve yukarıda özetlenen değişim alanları eğitimcilerin (yönetim görevindekiler dahil) de rollerinde değişime neden olmuştur. Bu rol değişimi bir yetişkin olarak eğitimde eğitime ilişkin kontrol kaybı, yetersizlik ve belirsizlik duygusuna neden olmakta ve anksiyete yaratmaktadır. Eğitimcinin rolü “öğretmede uzmanlıktan konuda uzmanlığa” doğru değişirken, “öğrenciye uzak eğitimciden öğrenciye daha yakın” olan eğiticiye doğru değişmiştir(R.M. Harden, 2000).

Bu değişim beraberinde değişimin akılcı yönetimi konusunu da gündeme getirmektedir. Üniversite eğitimi felsefesindeki değişimin akılcı biçimde yönetimi için başlıca şu konular dikkate alınmalıdır.

a. Eğitim programlarının güncellenmesi

Eğitim programlarının ülkenin değişen sağlık ve hastalık örüntüsüne uygun biçimde düzenli aralıklarla değiştirilmesi gereklidir. Bunun için de ulusal çekirdek eğitim programları iyi bir dayanaktır. Ayrıca eğitim programlarının içerik örgütlenmesi, ölçme değerlendirmeye yansıtacak biçimde planlanması gereklidir. Üniversitelerde eğitimin yetişkin eğitimi olduğu gözardı edilmeden eğitim programlarının yetişkin öğrenme ilkelerine göre organize edilmesi sağlanmalı, teorik ve uygulamalı eğitimler birlikte organize edilmelidir.

b. Meslek kanunları ile bağlantı

Değişim yönetiminde meslek kanunları yol göstericidir. Ancak bazen meslek kanunları günün koşullarına göre güncellenmelidir. Örneğin ülkemizde halen ebelik mesleğine ilişkin bir meslek kanunu bulunmamaktadır. Meslek kanunun olmaması sağlık hizmet sunumu içinde önemli bir yeri olan ebelerin eğitiminden istihdamına kadar pekçok konuda belirsizliğe neden olmakta ve hak kayıplarını da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle meslek kanunlarının çıkarılması konusunda meslek örgütleri kadar üniversitelerdeki eğitim birimlerinin de mücadelesi önem taşımaktadır.

c. İstihdam edilebilirliğin dikkate alınması

Yükseköğretimde meslek eğitimleri verilirken konunun uzmanları ve eğiticiler yalnızca içerikle ilgilenmemeli, aynı zamanda mezuniyetten sonraki istihdam edilebilirlik konusunu da dikkate almalıdır. Mezuniyet öncesi eğitim sırasında mesleğin istihdam özelliklerindeki değişim de izlenmeli ve mesleki eğitime yansıtılmalıdır.

d. Mesleğin geleceğini belirleme

Üniversite eğitiminde yaşanan değişimler aynı zamanda mesleğin geleceğini düşünmeyi de gerektirmektedir. Örneğin değişen sağlık hizmetleri sunumu gereği ebelerin çalışma yerleri ve mesleki sorumlulukları da değişmiştir. Ancak ebelik mesleği bakımından bu değişimin yönü olumlu mu, olumsuz mu değerlendirilmeli ve mesleğin hakettiği değeri görmesi için çalışmalar yapılmalı, mezunlar bu konuda bilgilendirilmelidir.

SON SÖZ

Bu yazıda üniversite eğitiminin felsefesine dair yaşanan değişimler hakkında kısaca bilgi verilmiş, ebelik mesleği özelinde yaşanan değişimler konusunda örnekler verilerek değişimlerin akıllı yönetilmesi için ipuçları verilmiştir.

Üniversite eğitiminin felsefesindeki değişimler ve bunun öğrenme ve öğretmeye yansımaları yetişkinler açısından aynı zamanda “bilişsel uyumsuzluk” kavramını da beraberinde getirmektedir. Bu kavram ilk kez 1957 yılında Leon Festinger tarafından ortaya atılmıştır (Yücel, 2018). “Bilişsel Uyumsuzluk Teorisi”ne göre özellikle yetişkinliğin alışık olduğundan farklı bir olay, kültürel ortam, iş ortamı gibi bir değişiklik olduğunda kişi açısından bir içsel çatışma olacaktır. Çünkü bu değişiklik konusunda ön

bilgileri, deneyimleri veya önyargıları vardır, yeni durumda bunlarda değişim olması kaygısı ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla yetişkin uyumsuzluk düzeyini azaltmaya ve uyumu sağlamak üzere çabalayacaktır. Uyuma ilişkin bu çaba bireyde psikolojik bir rahatsızlık hissi oluşturacak, birey de bu rahatsızlık hissinden kurtulmak için değişime direnç göstermekte ve kaçınma davranışı sergileyecektir.

Üniversite eğitiminin felsefesinde yaşanan değişimler yetişkinlerde (yönetici, eğitici, öğrenci, idari personel gibi) bilişsel uyumsuzluğa neden olmaktadır. Değişimin kaçınılmaz olduğu günümüzde, değişimin yönünün olumluya doğru yönlendirilebilmesi için değişim başlıklarını bilmek yanında değişime bilişsel uyumsuzluk gösterileceği de unutulmamalı ve stratejiler buna göre belirlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. D. Østergaard, P. D. (2013). Simulation-based medical education. R. M. John A Dent içinde, *A Practical Guide for Medical Teachers* (s. 207-214). Toronto: Elsevier.
2. D. Prideaux, J. K. (2013). Integrated learning. R. M. John A Dent içinde, *A Practical Guide for Medical Teachers* (s. 183-192). Toronto: Elsevier Limited.
3. EUÇEP. (2016). *Mezuniyet Öncesi Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı*. <http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30571835/ebelik.pdf>.
4. Kanun 1219. (1928). *TABABET VE ŞUABATI SAN'ATLARININ TARZI İCRASINA DAİR KANUN*. mevzuat.gov.tr: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf> adresinden alınmıştır
5. L. Etheridge, K. B. (2013). Performance and workplace assessment. R. M. John A Dent içinde, *A Practical Guide for Medical Teachers* (s. 307-313). Toronto: Elsevier.
6. MEB, Ö. m. (2007). *Öğrenci merkezli eğitim uygulama modeli*. Ankara: Milli Eğitim Basımevi.
7. Özcan, S. (2018). Probleme Dayalı ve Olguya Dayalı Öğrenme (16. Bölüm) . C. Y. Işıl İrem Budakoğlu içinde, *Tıp Fakültesi Öğrencileri İçin Tıp Eğitimi* (s. 67-72). Malatya: İnönü Üniversitesi Yayınevi.
8. R. C. Bandaranayake, R. M. (2013). Independent learning and study skills. R. M. John A Dent içinde, *A Practical Guide for Medical Teachers* (s. 157-165). Toronto: Elsevier.
9. R.M. Harden, J. C. (2000). AMEE Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher* , 22:4;334-347
10. Sağlık Bakanlığı. (2013). *AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ*. mevzuat.gov.tr: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSe arch =aile%20he> adresinden alınmıştır
11. Senemoğlu, N. (2018). *Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya*. Ankara: Anı Yayıncılık.
12. Toffler, A. (2011). *Şok / Gelecek Korkusu*. İstanbul: Koridor Yayıncılık.
13. Yasemin Türker, F. Y. (2016). Birinci Basamakta Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Prusias Medical Journal*, 1(1):1-5 .
14. Yücel, E. (2018). *Leon Festinger'in Bilişsel Uyumsuzluk Kuramı*. Ankara: Anı Yayıncılık.

3 - BECERİ EĞİTİMİNDE KULLANILAN YÖNTEM VE TEKNİKLERİN KURAMSAL ARKA PLANI

Öğr.Gör.Dr. Nilüfer DEMİRAL YILMAZ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı nilufer.demiral@gmail.com

Özet

Ebelik eğitimi teori ve uygulamanın bütünleşmesini gerektiren ve öğrenmenin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlarını kapsayan bir süreçtir. Ebelik eğitiminde psikomotor becerilerin geliştirilmesinde mesleki beceri laboratuvarlarının önemi gittikçe artmaktadır. Beceri eğitiminde davranışçı, bilişsel ve yapılandırmacı öğrenme kuramlarının izine rastlanılmaktadır. Motor öğrenme ile ilgili teoriler ise; Fitts ve Posner'in 3 faz teorisi, Adams'ın motor öğrenmenin Kapalı loop teorisi, Schmidt'in Motor öğrenmenin şema teorisi, Mac Kay'ın teorisi, Anderson'un Bilişsel beceri kazanma teorisidir.

Abstract

Midwifery education is a process that involves the integration of theory and practice and involves the cognitive, affective and psychomotor fields of learning. The importance of professional skills laboratories in the development of psychomotor skills in midwifery education is increasing. Behavioral, cognitive and constructivist learning theories are seen in skill education. The theories related to motor learning are; Fitts and Posner's 3-phase theory, Adams' closed loop theory of motor learning, Schmidt's theory of motor learning, Mac Kay's theory, Anderson's theory of cognitive skill acquisition.

Giriş

Ebelik eğitimi teori ve uygulamanın bütünleşmesini gerektiren ve öğrenmenin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlarını kapsayan bir süreçtir. Ebelik eğitiminde psikomotor becerilerin geliştirilmesinde hasta ile karşılaşmadan önce öğrencinin kendine güveninin sağlanacağı, uygulamaları maketler üzerinde birden fazla tekrar yapabileceği mesleki beceri laboratuvarlarının önemi gittikçe artmaktadır. Mesleksi beceri laboratuvarında eğitim, hem farklı koşullar altında bile aynı şekilde tekrarlanan hem de öngörülemeyen koşullarda her seferinde farklılaşabilen becerileri öğretme açısından önemli olanaklar sağlar. Ancak laboratuvar koşulları adı üzerinde “in vitro” ortam sağlar, bu nedenle gerçek klinik ortamda eğitimin yerine kullanmak amaçlanamaz. Laboratuvarda öğrenmek öğrenci için risksiz ve gerilimsizdir, eşitlikçidir, hataları “geri alma” olanağı vardır, koşullar kontrol edilebilir ve basitten karmaşığa doğru değiştirilebilir, aynı koşullar altında bütün ve parça beceriler defalarca tekrarlanabilir. Gerçek ortamda ve hastada uygulamadan önce ustalaşma fırsatı sağlar. Ebelik eğitiminde, öğrencilerin mesleksi beceriler konusunda daha yeterli hale getirilmesi, bu becerilerin belirli standartlara dayandırılması, öğrencilere hangi becerilerin ne düzeyde kazandırılacağına planlanması ebelik eğitim programlarının ön plana çıkan temel hedefler arasında olmalıdır.

Motor Beceri Nedir?

Bireyin hareketi kaliteli bir biçimde ortaya koymasındaki başarıyı belirleyen beceriler motor becerilerdir. Motor beceri iki şekilde kavramsallaştırılabilir. İlkinde beceriler görev olarak ele alınabilir, voleybol, bilardo ya da tavukkesmek gibi. Böyle bir yaklaşımda beceriler bazı boyutlarda ya da belirli özelliklere göre sınıflandırılabilir. İkinci olarak motor becerilerin hareketin ortaya konulmasındaki yetkinlik çerçevesinde kavramsallaştırılabilir (Schmidtve Wrisberg, 2008).

Motor Öğrenme Teoriler

Beceri eğitim sürecinde davranışçı, bilişsel ve yapılandırmacı öğrenme kuramlarının izine rastlanılmakla birlikte davranışçı ve bilişsel öğrenme kuramlarının ön plana çıktığı görülmektedir. Bu öğrenme kuramları “Beceri eğitimi nasıl gerçekleşir?” sorusu üzerinde tartışmaktadır. Motor öğrenme ile ilgili teoriler ise; Fitts ve Posner’in 3 faz teorisi, Adams’ın motor öğrenmenin Kapalı loop teorisi, Schmidt’in Motor öğrenmenin şema teorisi, Mac Kay’ın teorisi, Anderson’un Bilişsel beceri kazanma teorisidir (Patrick, 1992).

Bu teorilerden Fitts ve Posner’in 3 fazlı teorisi bilişsel kuramdan köken almaktadır. Teoride bahsedilen 3 faz; 1. Bilişsel faz, 2. Fiksasyon ya da ilişkilendirme fazı, 3. Otonomi fazıdır. Bilişsel faz ilk entellektüelleşme süreci olarak tanımlanır. Bu fazda eğitici ve öğrenen neyin öğrenileceğini sözel olarak ifade ederler. Eğitici eğitim ile ilgili bilgi verir. Öğrenen prosedür ile ilgili bilgiyi öğrenir. Karmaşık eğitimlerde bu süreç uzun olabilir fakat genelde kısa tutulur. Fiksasyon ya da ilişkilendirme fazında işlem basamakları yavaş yavaş yapılır. Yapılırken hatalar anında düzeltilir. Otonomi fazında ise beceri otomatik hale gelir. Bu aşamada performansın hızı giderek artar ve strese direnç artar Adams’ın motor öğrenmenin kapalı döngü teorisi, beceri ediniminde basit kademeli hareketin öğrenilmesi önemlidir. Kapalı döngü teorisi öğrenmeyi açıklamak için iki yapı varsayar. Bunlar algısal yolak ve bellek yolağıdır. Hareketin algısal yolağı tekrar ve geribildirim ile başarıya ulaşır. Bellek yolağı hareketin başlangıcı ile ilgili durumu açıklar.

Schmidt’in motor öğrenmenin şema teorisi’nde ise, şema ortamdan türetilmiş deneyimlerin gelecekteki aktivelere rehberliğini organize eder. Bu şema ile hem yapılan aktivite hem de yeni aktiviteler için imkan sağlanır. Motor şemanın hareketleri ile ilgili dört görüş vardır; 1. Başlangıç koşulları (vücut pozisyonu), 2. Yanıt özellikleri (güç, hız ve yön ile ilgili bilgileri içerir), 3. Duyusal sonuçlar (iç olarak görsel, sözel ya da propriyoseptif geribildirim),

4. Yanıt çıktıları (hareketin başarısı ile ilgili dış geribildirim). Her yeni geliştirilen harekette bu dört görüş ile ilgili bilgi akışı olur bu bilgiler beyinde depolanır ve daha kompleks hareketlere imkan sağlar. İnsan bir hareketi yaparken önceki deneyim ve şemalarından da beslenir.

MacKay’ın teorisi cümle üretme alanı üzerinden inşa edilmiştir. Bu model üzerinden kompleks becerilerin hareket hiyerarşisi açıklanmaya çalışılmıştır. Beceri için düğüm noktaları belirlenmiştir. Bu düğümler iki kontrol sistemine ayrılmıştır. Birincisi hareket veya davranış patternini kontrol eden bilişsel birimlerdir. İkincisi ise davranışı oluşturan kaslar ile ilgili patternler ile ilişkili düğümlerdir. Bu düğüm yapı sistemini açıklamak için üç kavram geliştirilmiştir. Bunlar aktivasyon, hazırlama ve

bağlantı kuvvetidir.

Anderson'un bilişsel beceri geliştirme teorisi Fitts ve Posner'in 3 faz teorisinin gelişmişidir. Anderson'un teorisinde; 1. Deklaratif ve prosedürel bilgi arasındaki fark, 2. Üretim sisteminin doğası kavramlarını anlamak gerekir. Deklaratif bilgi ile beceride "ne yaptığımız" bilgisine, prosedürel bilgi ile beceriyi "nasıl yaptığımızın" bilgisine ulaşırız. Bu teori, deklaratif bilgidен nasıl prosedürel bilginin geliştirileceği ve nasıl hızlı ve uygun beceri performansına dönüştürüleceği ile ilgilenmektedir.

Motor öğrenmede bu teoriler dışında; hümanistik yaklaşım, yetişkin öğrenmesi, yeterliğe dayalı eğitim, tam öğrenme, işbirlikli ya da işbirliğine dayanan öğrenme, deneysel öğrenme gibi yöntem ve /veya yaklaşımlar da yer almaktadır.

İnsancıl yaklaşım hasta üzerinde çalışmaya başlamadan önce klinik beceri eğitimlerinin çeşitli eğitim gereçleri ile birlikte anatomik modeller üzerinde çalışılmasıdır. Bu yaklaşım hastaya zarar vermeyen, öğrenmeyi kolaylaştıran eğitim zamanını kısaltan ve hastanın maruz kalacağı riski en aza indirgeyen bir yaklaşımdır.

Yetişkin öğrenmesi birtakım özellikler içerir. Aktif öğrenen, geribildirim isteyen, yansıtıcı, amaçlı, anlamlı ve ilişkili öğrenme üzerine kurulmuştur (Peyton, 1998). Yetişkinler eğitimde çeşitlilik, geribildirim verilmesi, özgüvenlerinin korunması, bireysel ihtiyaçlarının göz önüne alınması, birey olarak kabul edilmesi, güvenli bir ortam ihtiyacı içindedirler. Beceri eğitimleri bu ilkeleri öne alan bir yapılandırmaya sahiptir. Yetişkin öğrenmesi derin öğrenmeyi destekler. Böyle bir ortamda öğrenciyе bağımsız tanı koyma, yönetsel karar ve öğrenmeyi araştırma ortamı sağlar (Rolfe, 2002; Dent, 2005).

Yeterliğe dayalı eğitim esası yaparak öğrenmedir. Bu teoriye göre ideal şartlar oluşturulduğunda en hızlı ve etkili öğrenme bir beceri veya etkinliği ustaca yapan bir kişiyi gözlemleyerek gerçekleşir. Bandura'nın sosyal öğrenme teorisi ile temellendirilmiş olduğu ile ilgili görüşler olmakla birlikte yeterliğe dayalı eğitim katılımcıların bildiklerinden çok performanslarını dikkate aldığından ve öğrenme süreci de değerlendirildiğinde davranışçı kuramın mantığını taşıdığı görülmektedir (Sullivan, 1999).

Tam öğrenme yaklaşımına göre yeterli zaman ayrıldığı ve uygun eğitim yöntemleri kullanıldığı takdirde her katılımcı kendisine verilenleri alabilir. Bu yaklaşımda hedeflenen katılımcıların %100'nün öğretilen bilgi ve beceriye hâkim olmalarıdır. Tam öğrenme yaklaşımı katılımcılara kendi yönlendirdikleri öğrenim deneyimlerini yaşama olanağı verir (Sullivan, 1999). Tam öğrenme bilişsel süreçleri de içerdiğinden yeterliğe dayalı eğitimden farklı olarak bilişsel kuramın mantığını taşımaktadır.

İşbirlikli öğrenme küçük guruplarda öğrenmeyi destekleyen, etkili bir diyalog, güven, işbirliği ortamı içeren modeldir (Ertmer, 1993). Bilişsel öğrenme ve süreçleri üzerine büyük etkisi vardır. Öğrencinin kendi öğrenmesinin kendisinin yönlendirmesine elverişlidir. Beş ana özelliği; grup çalışması için uygun görev ya da öğrenme aktivitesi, üyelerin etkileşimi için küçük grup ortamı, işbirlikli davranış, olumlu bağımlılık, öğrenme için bireysel ve gruba karşı sorumluluktur. İşbirlikli öğrenmede öğretmen değil öğrenci temelli kontrol vardır. Öğretmen aktif olarak yönetemez, görevi kolaylaştırıcılıktır. Amaç, hedef grup üyeleri tarafından belirlenir. Deneyim paylaşma süreci gözlenmektedir. İşbirlikli öğrenme

üyelerin birbirlerinin başarılarını artırmaları üzerine kurulmuştur. Sosyal ve takım becerilerini, yüksek düzey düşünme becerilerini geliştirir. Probleme dayalı öğrenme oturumları işbirlikli öğrenmeye örnektir (Aydın, 2003).

Deneyimsel öğrenme öğrenciler için öğrenmenin en iyi yoludur. Teorik ve pratik arasındaki köprüyü yönetir (Rolfe, 2002).

Sonuç

Beceri eğitimi genel olarak “performansın ve öğrenilenlerin işe transferinin iyileşmesiyle sonuçlanan sistematik bilgi ve beceri öğrenme” olarak tanımlanır. Davranışsal, bilişsel ve yapılandırmacı kuramlar beceri eğitimine farklı özellikler kazandırmışlardır. Mesleksel beceri laboratuvarında eğitim, hem farklı koşullar altında bile aynı şekilde tekrarlanan hem de öngörülemeyen koşullarda her seferinde farklılaşabilen becerileri öğretme açısından önemli olanaklar sağlar. Ancak laboratuvar koşulları adı üzerinde “in vitro” ortam sağlar, bu nedenle gerçek klinik ortamda eğitimin yerine kullanmak amaçlanamaz. Laboratuvarda öğrenmek öğrenci için risksiz ve gerilimsizdir, eşitlikçidir, hataları “geri alma” olanağı vardır, koşullar kontrol edilebilir ve basitten karmaşığa doğru değiştirilebilir, aynı koşullar altında bütün ve parça beceriler defalarca tekrarlanabilir. Gerçek ortamda ve hastada uygulamadan önce ustalaşma fırsatı sağlar. Beceri laboratuvarından yararlanırken unutulmaması gereken en önemli nokta, ne kadar büyük ve donanımlı olursa olsun, beceri laboratuvarının yararlılığını belirleyen özelliğin teknoloji değil içinde yer aldığı eğitim programı olduğudur. İyi bir laboratuvar iyi bir eğitim tasarımı içinde mümkündür.

Kaynaklar

- Aydın, A. (2003). Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Ertmer, P.A., Newby, T.J. (1993). Behaviorism, Cognitivism, Constructivism: Comparing Critical Features from an Instructional Design Perspective, 6.
- Dent, J.A., Harden, R.M. (2005). A Practical Guide For Medical Teachers. Elsevier Limited.
- Patrick, J. (1992). Learning and Skill Acquisition, in Training: Research and Practice. Academic Press: London.
- Peyton, J.W.R. (1998). Teaching & Learning. Manticore Europe Limited.
- Rolfe, I.E., Sanson-Fisher, R. (2002). Translating Learning Principles into Practice: A New Strategy for Learning Clinical Skills. Medical Education, 36: 345-352.
- Schmidt, R.A., Wrisberg, C.A. (2008). Motor Learning and Performance. Champaign, Human Kinetics.
- Sullivan, R. (1999). Tıp Eğitimcileri için Eğitim Becerileri Rehberi. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.

4 - EBELİK BECERİ EĞİTİMİNDE İLERİ TEKNOLOJİ İÇEREN DOĞUM SİMÜLASYONUNUN KULLANIMI (USING OF ADVANCED TECHNOLOGY CHILDBIRTH SIMULATION IN MIDWIFERY SKILLS TRAINING)

Dr. Öğr. Üyesi Selda İLDAN ÇALIM

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

ÖZET

Sağlık ile ilgili alanlarda ileri teknoloji içeren simülasyonların kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Ebelik eğitiminde ileri teknoloji içeren doğum simülasyonunun kullanılması, öğrencilerin hastane deneyimlerinden önce gerçeğe oldukça yakın bir ortamda uygulama yapmasına fırsat vermesi nedeniyle eğitimin önemli bir parçası haline gelmiştir. İleri düzey teknoloji içeren doğum simülatörleri, bilgisayar tarafından yönetilen, yazılım gerektiren simülasyon türleridir; gebelik, doğum ve doğum sonu dönem, yenidoğan bakımı ile ilgili tüm beceri eğitimler için kullanılabilir.

ABSTRACT

The use of advanced technology simulations in health-related fields is becoming increasingly widespread. The use of advanced technology-based birth simulation in midwifery education has become an important part of education because it allows students to practice in a high-fidelity environment before their hospital experience. Birth simulators, which include advanced technology, are computer-managed, simulated types of software. It can be used for improving midwifery skills related to pregnancy, birth and postpartum period and neonatal care.

GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Son yıllarda hızla gelişen teknolojiye paralel olarak eğitimde kullanılan materyaller de sürekli değişmektedir. Yeni teknolojilerin sağlık eğitimlerine entegre edilmesi ise eğitimciler ve öğrenciler için neredeyse bir devrim niteliğindedir. Sağlık ile ilgili alanlarda ileri teknoloji içeren simülasyonların kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Ebelik eğitiminde ileri teknoloji içeren doğum simülasyonunun kullanılması, öğrencilerin hastane deneyimlerinden önce gerçeğe oldukça yakın bir ortamda uygulama yapmasına fırsat vermesi nedeniyle eğitimin önemli bir parçası haline gelmiştir.

Simülasyon, gerçekte var olan bazı görev, iletişim, etkileşim, davranış veya bilişsel aktivitelerin taklit edilmesi, “benzetim” olarak tanımlanmaktadır (1,2). Simülasyonun diğer bir tanımı ise, “klinik deneyimlerinin tamamı veya bir kısmı ile ilgili risklere maruz bırakmadan öğrenmeyi sağlayan, etkileşimli ve zaman zaman sürükleyici bir eğitim tekniği” şeklindedir (3). Simülasyon, bir eğitim aracıdır; bir yer ya da teknoloji değildir (4). Katılımcıların eğitilmesi amacıyla istenen olay/durum/süreçlerin yardımcı materyaller kullanılarak taklit edilmesidir. Simülasyon tekniğinin

içerisine pek çok taklit edilebilecek özellik veya sistem girebilmektedir. Bunlar, ses, görüntü, koku, olay, olgu, çevre vs. olabilir (1,4,5).

Tarihsel süreçte simülasyon eğitimleri havacılık, otomobil sektörü ve nükleer sanayi gibi farklı disiplinlerde, potansiyel olarak ciddi sonuçlar doğurabilecek ve insan hatasından kaynaklı ortaya çıkabilecek sorunların belirlenmesi, çözümünü için eğitim verilmesiyle başlamıştır.

Ebelik eğitimlerinde ileri teknoloji içermeyen simülatörler (pelvik maket, epizyotomi maketleri vb) yıllardan beri kullanılmaktadır; son yıllarda kullanılmaya başlanan ileri teknoloji içeren doğum simülatörlerinin diğerlerinden üstünlüğü ise eğitimde gerçeğe daha yakın bir durum/ortam sağlaması ve daha fazla uygulamaların yapılmasına olanak sağlamasıdır. İleri düzey teknoloji içeren doğum simülatörleri, bilgisayar tarafından yönetilen, yazılım gerektiren simülasyon türleridir. İleri düzey teknoloji içeren simülatörler parça görev öğreticileri gibi temel düzeyde eğitim modelleri içerebilirken, sanal gerçeklik gözlüğü, bilgisayar, haptik sistem yansıtıcıları gibi maliyeti oldukça yüksek olan modelleri de barındırmaktadır. Ebelik alanında; doğum eylemi, acil obstetrik durumların yönetimi, ultrason, invaziv uygulamalar (kateterizasyon, enjeksiyon) gibi klinik karar verme süreçlerinin geliştirilmesine katkı sağlayan ve uygulama anında tepki veren simülatörler kullanılmaktadır. Obstetrik simülatörlerden biri olan “NOELLE” ise; eğitmen kontrollü ve daha az karmaşık durum içerdiğinden ebelik eğitiminde sıklıkla kullanılan bir simülatördür (1,6-8).

Ebelik simülasyon eğitimlerinde belli standartların uygulanmasına ihtiyaç vardır. Bu alanda oldukça yetkin bir kurum olan Uluslararası Hemşirelik Klinik Simülasyon ve Öğrenme Derneği'nin (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning-INACSL) daha kaliteli simülasyon eğitimi verilebilmesi amacıyla geliştirdiği ve sürekli güncellediği “İyi Uygulama Standartları” ebelik simülasyon eğitimleri için bir rehber niteliğindedir. Kanıta dayalı veriler ışığında hazırlanan bu standartlar;

- Simülasyon tasarımı,
- Uygulama,
- Bilgilendirme,
- Değerlendirme ve
- Rehberlik etme adımları için temel çerçeveler sunmaktadır

Uluslararası Hemşirelik Klinik Simülasyon ve Öğrenme Derneği, kaliteli simülasyon eğitimi için en son 2016 yılında güncellediği, yeni adımları oluşturulan standartlar şunlardır;

- **Standart I:** Simülasyon Sözlüğü; terimler ve tanımlar
- **Standart II:** Katılımcıların Mesleki Bütünlüğü; simülasyona dahil olan herkesin ve her şeyin bütünlüğünü.
- **Standart III:** Sonuçlar ve Hedefler; hedefler geliştirmek ve sonuçlar elde etmek.
- **Standart IV:** Kolaylaştırma;
- **Standart V:** Katılımcı Dürüstlüğü ve Kolaylaştırma Standartları;
- **Standart VI:** Katılımcı Değerlendirmesi ve Ölçümü;
- **Standart VII:** Bilgilendirme Süreci; bilgilendirme çerçevelerinin örneklerini içermektedir.
- **Standart VIII:** Simülasyonlu Geliştirilmiş Mesleki Eğitim;

- **Standart IX:** Simülasyon Tasarımını içermektedir (9,10).

Simülasyon eğitimleri için oluşturulan bu kanıta dayalı standartların ebelik eğitimlerine adapte edilmesi ve kullanılması için eğitimcilerin ortak bir dil oluşturmasına gereksinim duyulmaktadır.

İleri teknoloji içeren simülatörlerin avantajları:

- İnsan kaynaklı hataları azaltarak hasta güvenliğini artırır,
- Yüksek riskli / az sıklıkta görülen vakalar için bakım olanakları sağlar,
- Gerçeğe yakınlığın yüksek olması (high fidelity) nedeniyle öğrencileri gerçek uygulamalar için hazırlar,
- Güvenli çevre sunar,
- Klinik karar verme ve eleştirel düşünme becerilerini geliştirir,
- Öğrencinin yetkinliğini ve öz güvenini artırır,
- Tüm öğrencilerin öğrenmesine fırsat verir,
- Yapılan hataların telafisi mümkündür,
- Ekip çalışmasında yetkinliği artırır.
- İletişim becerilerini geliştirmesine olanak sağlar.
- Belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilebilir (1,7,11,12).

Ebelik beceri eğitimlerinde ileri teknoloji içeren doğum simülatörleri kullanılarak: Gebe takibi (Leopold manevraları, fetal kalp sesleri dinleme, fiziki muayene yapma vs.), riskli gebe takibi ve yönetimi (erken doğum, preeklampsi, eklampsi kriz yönetimi), travay takibi, normal doğum eylemi, plasentanın doğumu, riskli doğum eylemi (makat doğum, oksiput posterör geliş, umbilikal kord prolapsusu, omuz distosisinin yönetimi), postpartum bakım (involüsyon, kanama takibi), postpartum riskli durumlar (atoni, plasenta retansiyonu), normal ve riskli yenidoğan bakımı, yenidoğan resüstasyonu gibi ebelik uygulamaları ile ilgili durumları tanılama, yönetme ve müdahale etme becerileri geliştirilebilmektedir.

İleri teknoloji içeren doğum simülasyonu ile eğitimde;

- Senaryoların kullanımı ve gerçeğe yakın ortamda uygulama yapma, öğrencilerin durumu analiz etme, tekbaşına karar verme, müdahale etme ve ekiple iletişim becerilerini geliştirmektedir.
- Öğrenciler yeni öğrendikleri becerileri uygularken hata yapma korkusu, başkaları tarafından izlenme stresi gibi olumsuz duygu durumlarını daha az yaşamaktadır. Bu nedenle simülasyon eğitimlerinde öğrencilerin özgüvenleri artmaktadır.
- Eğitici, simülasyon eğitimlerinde kolaylaştırıcı rolüyle öğrenciye sürekli destek vermektedir. Simülasyon eğitimleri eğitimciler ve öğrenciler için daha eğlenceli bir ortam sağlamaktadır. Öğrencilerin öğrenme memnuniyetleri daha yüksektir.
- Simülasyon eğitimlerinin aşamalarından olan ön bilgilendirme, geri bildirim verme ve çözümlenme öğrencilerin öğrenmede özgüven ve memnuniyetlerini arttırmaktadır.
- Video kayıtları izlenerek öğrenciler kendilerini ve eğitimciler öğrencileri değerlendirebilmektedir.
- Simülasyon eğitiminde bir kişi ya da bir grup uygulama yaparken, «eğer uygulayıcılar kabul ederse» diğer öğrenciler ‘ekrandan’ video kamera sistemiyle görüntüleri izleyebilmektedir

(Bireyselleştirilmiş eğitim önemli!).

Ebelik eğitiminde ileri teknoloji içeren simülasyona dayalı çalışmaların incelenmesi:

Simülasyona dayalı öğrenmenin, ebelik becerileri için oldukça faydalı, didaktik eğitime göre daha etkili ve avantajlı olduğu; klinik uygulamalarda nadir görülen obstetrik acil durumların öğrenilmesi için müfredatın önemli bir tamamlayıcısı olduğu belirtilmektedir (13).

Yüksek gerçeklikli simülasyon eğitimi alan son sınıf ebelik öğrencilerinin deneyimlerinin araştırıldığı bir nitel çalışmada: Öğrenciler, yüksek gerçeklikli simülasyonu hem eğitim yeterliklerini hem de özgüvenlerini arttıran, pozitif bir öğrenme yöntemi olduğunu belirtmişlerdir. Öğrenme deneyimlerinin, eğitiminin farklı aşamalarına göre değiştiği; pratik yaparken simülasyonun gidişatındaki belirsizliğin kimi zaman gerginlik, kafa karışıklığı ve hayal kırıklığı yaşatsa da, bunun onların öğrenme ve özgüven oluşturma sürecini etkilemediği ifade edilmiştir (14).

Ebelik eğitiminde neonatal resüstasyon için yüksek gerçeklikli simülasyonun yeterliliği ve etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada; öğrencilerin bilgi, beceri ve özdeğerlendirme pre-test post-test puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (12).

Güngör Tavşanlı ve ark.'nın, (2018), tam donanımlı doğum simülasyon sisteminin öğrencilerin ders başarısına ve problem çözme yeteneklerine etkisinin değerlendirildiği çalışmada; simülasyona eğitimi verilen üç sınıf arasında, “Simülasyon, bakım ve tedaviyi daha iyi anlamamı sağladı” ifadesi ile “Değerlendirme ve grup çalışması değerliydi” ifadesinde istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Sınıfların Problem Çözme Envanteri ön test puanları ile son test puanları karşılaştırıldığında ikinci sınıfların ön test ve son test puanı arasında orta düzeyde ve anlamlı ($r = 0,59$, $p = 0,00$), üçüncü sınıflarda yüksek düzeyde ve anlamlı ($r = 0,63$, $p = 0,00$) ilişki bulunmuştur (13).

Körükçü ve Kabukçuoğlu (2016), simülasyonla eğitimin obstetrik acile yönelik beceri geliştirmede etkinliği ile ilgili yaptıkları derleme çalışmasının sonucunda; simülasyon temelli eğitimlerin ebelerin, kadın doğum asistanlarının ve uzmanlarının karşılaşabileceği farklı obstetrik acil durumların yönetiminde kolaylaştırıcı ve yararlı olduğu belirtilmektedir (14).

Durmaz ve arkadaşları (2017), ebelik öğrencilerinin normal doğum becerilerinin ve öz yeterliliklerinin geliştirilmesinde simülasyon temelli öğretim yönteminin etkisini inceledikleri çalışmada; öğrencilerin normal doğum hakkında teorik bilgi puanının eğitim sonrasında anlamlı derecede yükseldiği, normal doğum eylemi beceri puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur ($p = 0,000$) (11).

Ebelik öğrencilerinin hastane uygulamaları sırasında nadir olarak gördüğü obstetrik acil durumlar ve yönetimi için simülasyon beceri eğitimleri oldukça önemlidir. Farklı düzey simülatörlerle verilen eğitimin omuz distosisi yönetimine etkisinin incelendiği çalışmada hem düşük düzey hem de ileri düzey simülatörler verilen omuz distosisi yönetimi eğitimi sonunda her iki grubun bilgi ve becerilerinin arttığı; düşük düzey simülatörle eğitim alan öğrencilerin omuz distosisi yönetimi bilgi puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). İleri düzey doğum

simülâtörünün düşük düzey simülâtöre göre farklılığı olan ses çıkarma, konuşmagibi özelliklerinin, omuz distosi yönetimi eğitiminde öğrencinin öğrenmesini etkileyebileceği düşünülmüştür. Çalışmada, düşük düzey simülâtör ile eğitim alan öğrencilerin omuz distosisi bilgi düzeyi daha yüksek iken, ileri düzey simülâtörle eğitim alanların algoritmaya uygun omuz distosisi yönetimi becerileri daha yüksek bulunmuştur (8).

Normal vajinal doğum eğitiminde bilgisayar tabanlı simülasyon kullanımının öğrenci ebelerin beceri ve memnuniyetlerine etkisinin incelendiği çalışmada; ileri teknoloji içeren ve içermeyen simülâtörlerle ve küçük gruplarla yapılan normal doğum beceri eğitimi sonunda; iki grup arasında öğrencilerin normal doğum becerileri ve simülasyon tasarım ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İleri teknoloji içeren doğum simülâtörü ile beceri eğitimi alanların öğrenmede memnuniyet ve özgüven puanları artmasına rağmen diğer grupla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (15). Simülasyon eğitimlerinde, ileri teknoloji içeren simülâtörlerle verilen eğitimler öğrencilerin öğrenmede memnuniyet ve özgüvenlerini arttırmaktadır. Simülasyon eğitimlerinde kullanılan simülâtörün düzeyi her ne olursa olsun eğitim için gerçeğe yakın ortamın hazırlanması, yüksek gerçeklikli materyallerin kullanılması, standartlara uygun simülasyon eğitiminin verilmesi hedeflenen becerilerin geliştirilmesini sağlayabilmektedir.

İleri teknoloji içeren doğum simülâtörlerinin dezavantajları;

- Çok ağır mekanizmalar içerdiği için simülâtöre farklı pozisyonlar vermek oldukça zor ve riskli.
- Doğum simülâtörünün mekanik olarak dizaynı nedeniyle fetüse alın geliş ve yüz geliş gibi bazı malpozisyonlar verilemiyor.
- Bilgisayar kullanımında; programı yönetme, senaryo ve ses yükleme, senaryo akışında değişiklik yapmagibi konularda teknik bilgi gerekiyor.
- Maliyeti oldukça yüksek. Kullanım sonrası (özellikle doğum kanalı) oluşan deformasyon nedeniyle sürekli olarak satın alım gerekebilir.
- Doğum simülâtörleri de bakım istiyor! Doğum kanalının ve fetüsün kayganlığının sağlanması için her uygulamadan önce sliikon yağlar kullanılmak zorunda. Çok sıcak ortamlardan etkilenebiliyor. Doğum odasının temizliğinin düzenli yapılması gerekiyor, vs.
- Güvenlik önlemleri gerektirmektedir (kaygan zemin, elektrik, kablolar vs.). Simülasyon beceri laboratuvarlarında kullanım talimatları hazırlanmalı ve olası tehlikelere karşı önlemler alınmalı (radyan ısıtıcı, aspiratör, hasta yatağı, simülâtörün elektrik aksanı vs.).

İleri teknoloji içeren doğum simülasyonu ile eğitimlerde bazı gereksinimler:

- Ebelik simülasyon eğitimleri için ortak bir dil ve standart oluşturmak için bir rehber oluşturulmalı,
- Eğitimcilerin eğitimi (Simülasyon Tasarımı, Senaryo yazma, Teknik beceriler, Kolaylaştırıcı olarak rolüvs.) yapılmalı,
- Eğitimler için yeterli öğretim elemanına ihtiyaç duyulmaktadır,
- İleri teknoloji içeren doğum simülasyon eğitimlerinin klinik uygulamalara yansımalarını

değerlendirmek için kanıt temelli ve prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak:

- İleri düzey teknoloji içeren simülasyonların yüksek gerçeklikli olmaları nedeniyle ebelik öğrencilerinin beceri eğitimlerinde oldukça etkin olduğu,
- Klinik uygulamadan önce verilen simülasyon eğitimlerinin öğrencilerin özgüvenlerini arttırdığı, öğrencileri klinik uygulamaya hazırladığı,
- İleri düzey teknoloji içeren simülasyon eğitimleri öğrencilerin öğrenmede memnuniyetlerini arttırdığı,
- Obstetrik acil durumların yönetimi için geliştirilmesi gereken beceri eğitimlerinde kullanılabileceği,
- Nadir görülen obstetrik durumların tanınması ve yönetimi için gerekli beceri eğitimleri verilebileceği
- Düşük düzey simülatörlerle (ileri teknoloji içermeyen) verilen eğitimlerin ileri teknoloji içeren simülasyon eğitimleri kadar değerli olduğu; gerçeğe yakın ortamın hazırlanması, yüksek gerçeklikli materyallerin kullanılması, simülasyon eğitiminin standartlara uygun verilmesinin eğitimciler ve öğrenciler için memnuniyet verici olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Şendir. M, Doğan. P (2015). Hemşirelik eğitiminde simülasyonun kullanımı: sistematik inceleme. *FloranceNightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1): 49-56
2. Türk Dil Kurumu (TDK). (2018) Güncel Türkçe Sözlük "simülasyon".
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ac3585f94ef04.87927810, Erişim Tarihi: 10.04.2018.
3. Sayiner FD (2011). Ebelikte beceri eğitimi: sorunlar ve çözümler. I. Uluslararası ve II. Ulusal Ebelik Kongresi, Kongre Kitabı, Safranbolu, 35-37.
4. Draycott TJ (2014) Competence and Skills Training. *Munro Kerr's Operative Obstetrics*, Chapter 4, 22-30.
5. Mert M. (2015). Postpartum Kanamanın Yönetiminde Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi Ve Becerilerinin Geliştirilmesinde Farklı Simülasyon Yöntemlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Tez Danışmanı: Prof Dr. Füsün Terzioğlu, Ankara.
6. Jamison RJ, Hovancsek MT, Clochesy JM. A pilot study assessing simulation using two simulation methods for teaching intravenous cannulation. *Clinical Simulation in Nursing Education*, 2006;2: 9-12
7. İldan Çalım S, Öztürk E. Ebelik Beceri Eğitiminde Simülasyon Kullanımı: Sistematik Derleme. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2018;1(3): 143-168. DOI: 10.17367/JACSD.2018.1.3.
8. Öztürk E. (2018) Farklı Düzey Simülatörlerle Verilen Eğitimin Omuz Distosisi Yönetimine Etkisi. T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Selda İLDAN ÇALIM.
9. INACSL Standards Committee (2016, December). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Outcomes and objectives. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S): s13-15.

10. Sittner B. Extra! Extra! Read All About It! INACSL Standards of Best Practice: Simulation Have Been Revised!. *Clinical Simulation in Nursing*, 2016;12: s1-2
11. Durmaz A, Elem E, Unutkan A, Keskin N (2017). The Effect of Simulation on Vaginal Delivery Skills and Self-Sufficiency Levels, *Journal of Current Researches on Health Sector*, 7(2): 41-52.
12. Reyhan F, Mete A, Sayiner FD, Celik N (2018). Evaluating the views of midwifery students about simulation education, *International Journal of Caring Sciences*, 11(1):239-245.
13. Cooper S, Bulle B, Biro MA, Jones J, Miles M, Gilmour C, Buykx P, Boland R, Kinsman L, Scholes J, Endacott R. Managing women with acute physiological deterioration: Student midwives performance in a simulated setting. *Women and Birth*, 2012;25: 27-36
14. Vermeulena J, Beeckman K, Turcksina R, Van Winkel L, Gucciardo L, Laubach M, Peersman W, Swinnena E. (2017). The experiences of last-year student midwives with High-Fidelity Perinatal Simulation training: A qualitative descriptive study. *Women and Birth* 30 (2017) 253–261.
12. Coyer C, Gascoin G, Sentilhes L, Savagner C, Berton J, Beringue F. Evaluation of the impact and efficiency of high-fidelity simulation for neonatal resuscitation in midwifery education. *Arch Pediatr*. 2014 Sep;21(9):968- 75.
13. Tavşanlı NG, Kosova F, Bolsoy N, Altıparmak S, Demirci H, Şen S, Ulaş SC, İldan Çalım S, Çiçek Y, Şimşek HN, Bozhan E. Tam Donanımlı Doğum Simulasyon Sisteminin Öğrencilerin Ders Başarısına ve Problem Çözme Yeteneklerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *CBU-SBED*, 2018, 5(2):22-27.
14. Körükcü Ö, Kabukcuoğlu K. Obstetrik Acile Yönelik Beceri Geliştirmede Etkin Bir Yöntem: Simülasyon Temelli Eğitim. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2016;5(4).
15. İldan Çalım S, Ulaş SC, Demirci H, Tayhan E. The Effect of Using Computer-Based Simulation in Normal Vaginal Birth Training on Students' Skills and Satisfaction. 3rd International Science Symposium "New Horizons in Science" September 05-08, 2018, Pristina-Kosovo (Oral presentation)

BİLDİRİ TAM METİNLERİ

1 - EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN LEOPOLD MANEVRALARI EĞİTİMİNDE SİMULASYON MODELİ VE GÖRSEL SUNU YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Eylem KALYONCU¹, Filiz OKUMUŞ²

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Yüksek Lisans Öğrencisi

²İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Dr. Öğr. Üyesi

GİRİŞ

Ebelik, bilim ve sanattan oluşan bir disiplindir. Ebeliğin bilim yönü, ebelik bilim alanına özgü bilgiyi tanımlarken sanat yönü ebelerin el becerilerine dayalı olarak yaptıkları işleri kapsamaktadır. Ebeliğin uygulamalı bir bilim olması, ebelerin el becerilerinin mesleğin önemli bir kısmını oluşturmasına neden olmuştur. Leopold manevraları uygulaması, ebelerin henüz öğrencilikleri sırasında kazanması gereken en temel becerilerdendir. Bütün dünyada ebeler tarafından uygulanan Leopold manevraları, antenatal dönemde abdomenin palpasyonu ile fetal pozisyon, prezantasyon ve fetüsün intra-uterin gelişimi hakkında tahminde bulunmak amacıyla kullanılır. Leopold manevraları, işlev bakımından ultrasonografi ve vaginal muayeneye göre daha kabul edilebilir, kolay uygulanabilir ve güvenli bir abdominal muayene yöntemidir (Cunningham 2001 kitap, Owen 2007, Soğukpınar 2000).

Leopold manevralarının, fetal ağırlık tahmininde ultrasonografi ile eşdeğer, hatta ileri gebelik aylarında ve iri fetüslerde ultrasonografiye göre daha tutarlı sonuçlar verdiği ortaya çıkmıştır (Joshi, Panta and Sharma 2017). Leopold manevraları fetüsün pozisyonu ve prezantasyonunun tahmininde %67-93 arasında güvenilirliğe sahip olduğu bildirilmiştir (Sharma 2009). Bununla birlikte, Leopold manevralarının maternal-fetal bağlanma için iyi bir araç olabileceği üzerinde durulmaktadır (Nishikawa and Sakakibara 2013).

Ebelik öğrencilerinin eğitiminde önceden usta-çırak ilişkisi ile klinik alanlarda veya el yapımı materyaller kullanılırken günümüzde teknolojinin ilerlemesiyle farklı teknolojik yöntemler kullanılmaya başlanmıştır. Simulasyon model ve görsel sunu kullanımı bu teknolojik gelişmelerden bazılarıdır. Simülasyon, öğrencilerin "gerçek dünyada" karşılaşacakları olay, durum veya ortamı yansıtabilecek bir olay, durum veya ortam oluşturulması olarak tanımlanır (Catling 2016). Görsel sunu ise; önceden asetatlarda hazırlanarak tepegöz aracılığıyla görüntü yansıtma esasına dayanan tekniğin teknolojik gelişmelerle birlikte bilgisayar görüntüleri şeklinde hazırlanarak projeksiyon aracılığı ile yansıtılması şeklinde tanımlanabilir (Şerefoglu 2006). Günümüzde her iki yöntem Ebelik eğitiminde oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır.

Günümüzde, öğrenci sayısının artması, öğretim elemanı sayısının yetersizliği ve hasta güvenliği açısından alınan önlemler klinik öncesi eğitimi önemli hale getirmiştir. Ayrıca teknolojik gelişmeler ve eğitime olan ilgi, teknolojinin her geçen gün daha çok eğitimde kullanılmasına yol açmıştır (Akdağ ve Tok 2008; Sarı ve Erdem 2017; Robinson and Dearmon 2013; Kamdar et al 2013).

Sağlık bilimleri eğitiminde simülasyon kullanımı yeni değildir, 1960'ların sonlarına kadar dayanmaktadır (Miller 2015; McGaghie 2010). Simülasyon ile beceri eğitimi öğrencilere teori ve uygulama arasında bağlantı kurma fırsatı vermektedir (Lendahls 2017). Teori ve uygulama arasında ilişki kurmayı sağlaması ve öğrenciler ile eğitmen arasında iletişimin güçlendirilmesi, öğrenci memnuniyet ve kendine güveni artırması simülasyon yönteminin bazı avantajları arasındadır (Darcy Mahoney 2013; Carolan-Olah 2016). Simülasyona dayalı eğitim, ebelerin ve ebelik öğrencilerinin klinik becerilerin öğrenilmesi, test edilmesi ve uygulanması için önemli bir araçtır (Carolan-Olah 2018).

Görsel sunu tekniği olarak Microsoft Power point sunuları, içerisinde görsel öğeler barındırması nedeniyle öğrencilerin dikkatini çekmektedir. Sunularda kullanılan resimler ve animasyonlar konuyu çekici kılmakta ve kısa sürede daha fazla verim almayı sağlamaktadır (Para ve Reis 2009). Ebelik eğitiminde simülasyon kullanımına yönelik çalışmalar son yıllarda artmış olmasına rağmen (Davis et al 2009; Smith et al 2012; Tyer-Viola et al 2012; Hughes et al 2014), diğer eğitim yöntemleri ile yeterince karşılaştırılmamıştır. Bu düşünceden yola çıkılarak bu araştırma, Ebelik bölümü öğrencilerinin Leopold manevraları eğitiminde simülasyon modeli ve görsel sunu yöntemlerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma, yarı deneysel desenli bir çalışmadır. Bu araştırmanın evrenini Ebelik bölümü öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırma Şubat- Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul'da vakıf üniversitelerinde bulunan dört ayrı Ebelik Bölümü'nde yürütülmüştür. Bu çalışmada, örneklemden grup sayısı maksimum 6 olacak şekilde yapılması gereken tek yönlü varyans analizinden etki büyüklüğü 0.25 (orta düzeyde etki), 0.05 ölçüm hatası ve

%80 gücünde ölçüm yapılabilmesi için 210 katılımcının yeterli olacağı hesaplanmıştır (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009). Ancak araştırmadan ayrılma ve katılımcıya ulaşamama gibi nedenler göz önünde bulundurularak çalışma örnekleme %10 artırılarak toplam 233 kişi örnekleme dahil edilmiştir. Böylece çalışmanın gücü %90 olarak ortaya çıkmıştır.

Örnekleme grubunun kadın öğrencilerden oluşması ve benzer yaş gruplarında olması nedeniyle grubun homojenliğini sağlamak amacıyla bilgisayar tabanlı randomizasyon programı kullanılarak iki gruba randomize edilmiştir. Gruplardan birine (n=116) antenatal simülasyon modeli üzerinde diğer gruba ise (n=117) power point gösterimine dayalı anlatım yoluyla Leopold manevraları eğitimi verilmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri

H0: Leopold manevraları eğitiminde Simülasyon yöntemi kullanımı ile Görsel sunu kullanımı arasında öğrenci memnuniyeti ve öğrenmede kendine güven açısından fark yoktur.

H1: Leopold manevraları eğitiminde Simulasyon yöntemi kullanımı ile Görsel sunu kullanımı arasında öğrencimemnuniyeti ve öğrenmede kendine güven açısından fark vardır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, “Birey Tanıtım Formu” ve “Maggie Mcvay Lynch Öğrenme Stili Envanteri” kullanılarak toplanmıştır. Eğitimin ardından öğrencilerden “Öğrenci Memnuniyeti ve Öğrenmede Kendine Güven Ölçeği” doldurmaları istenmiştir.

Öğrenci tanıtım formu

Öğrencilerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Öğrencilerin yaşı, son beş yılda yaşadığı yer, mezun oldukları lise, anne babalarının öğrenim düzeyi ve meslekleri, yaşadığı yerin okula uzaklığı ve ebelik bölümünü seçme nedeni gibi sorulardan oluşmaktadır.

Maggie Mcvay Lynch Öğrenme Stili Envanteri

Maggie Mcvay Lynch Öğrenme Stili Envanteri, Cornet (1983)'in öğrenme stili boyutlandırılmasında fizyolojik özellikler bağlamında değerlendirilmektedir. Mcvay Lynch öğrencileri görenek öğrenenler (görsel), duyarak öğrenenler (işitsel), ve yaparak öğrenenler (kinestetik-hareketli) şeklinde gruplandırılmıştır. Envanterin Türkçe dil geçerlik ve güvenilirliği Dağhan ve Akkoyunlu tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Envanter 59 maddeli olup 3'lü likert tipindedir. Öğrencilerden ölçek maddelerine çoğu zaman, bazen ve nadiren seçeneklerinden uygun olanın işaretlenmesi istenmektedir. Araştırmamızda envanterin Cronbach's alpha iç tutarlılık güvenilirlik seviyesi 0.80; Görsel alt boyut için 0.84, İşitsel alt boyut için 0.78, Kinestetik alt boyut için 0.76 olarak hesaplanmıştır.

Öğrenci Memnuniyeti ve Öğrenmede Kendine Güven Ölçeği

Ölçek, Ulusal Hemşireler Birliği (National League for Nurse) tarafından yayınlanmış olup (Franklin, Burns and Lee 2014) öğrencilerin simülasyonla ilgili tutum ve inançlarını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. “Öğrenmeden memnuniyet” ve “kendine güven” olmak üzere iki alt boyuttan ve 13 maddeden oluşmaktadır. Cevap seçenekleri 5=Kesinlikle katılıyorum, 4=Katılıyorum, 3=Kararsızım, 2=Katılmıyorum, 1=Kesinlikle katılmıyorum şeklinde olup öğrencilerden fikrini en iyi ifade eden seçeneği işaretlemeleri istenir. Ölçeğin 13. Maddesi ters olarak puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan 65, en düşük puan ise 13'tür. Ölçekten alınan puan arttıkça memnuniyetin ve kendine güvenin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe diline uyarlanması Karaçay ve Kaya tarafından 2017 yılında yapılmıştır (Karaçay ve Kaya 2017). Çalışmamızda Öğrenci Memnuniyeti ve Öğrenmede Kendine Güven Ölçeği'nin Cronbach's alpha iç tutarlılık güvenilirlik seviyesi 0.91; “Öğrenci memnuniyeti” alt boyutu için 0.91, “Öğrenmede kendine güven” alt boyutu için 0.84 olarak hesaplanmıştır.

Eğitimin Uygulanması

Eğitim öncesinde öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilecek gönüllü katılımı sağlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilere “Birey Tanıtım Formu” ve “Maggie Mcvay Lynch Öğrenme Stili Envanteri” eğitim öncesindedoldurmaları istenmiştir.

Araştırma örneklemini oluşturan iki gruba iki farklı öğretim tekniği kullanılarak Leopold manevraları eğitimi verilmiştir. Gruplardan birine Simulasyon modeli kullanılarak diğerine ise Microsoft Görsel sunu programı olan Power point ile eğitim verilmiştir. Öğrenciler 20 kişilik gruplar halinde eğitime alınmış ve her grubun eğitimi 30 dk sürmüştür. Eğitim bitiminde öğrencilerden Öğrenci Memnuniyeti ve Öğrenmede Kendine Güven Ölçeği’ni doldurmaları istenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 20.0 paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde dağılımı, ortalama) kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov Z testi ve ayrıca dağılımın çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) sonuçlarına göre değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda bağımsız değişkenlerin tamamının ve öğrencilerinin ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının normal dağılıma uygunluk gösterdiği belirlenmiştir ($p>0.05$). Daha her grupta $n\geq 30$ kriterine uyan karşılaştırmalarda ikili değişkenlerin analizinde bağımsız değişkenlerde t testi ve üç veya daha fazla değişken olduğunda ise Tek Yönlü Varyans Analizi, her grupta $n<30$ olduğu durumlarda ise nonparametrik testlerden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskal Wallis H testi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı çıktığı durumlarda ise farklılığın kaynağını belirlemek için düzeltilmiş Bonferroni testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde p değeri olarak <0.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evrenini oluşturan öğrenciler, araştırma tarihlerinde henüz antenatal klinik alanlarda uygulama yapmadıklarından dolayı becerilerini gerçek hastalarda uygulama fırsatı bulamamışlardır. Dolayısıyla öğrencilerin uygulama esnasında kendine güvenleri ölçülememiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın Etik Kurul İzni, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan alınmıştır (Tarih: 10.11.2017, Sayı: 10840098-604.01.01-E.42712).

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %49.8’inin ($n=116$) Leopold manevraları eğitiminde simülasyon yöntemi, %50.2’sinin ($n=117$) eğitiminde Görsel sunu kullanılmıştır. Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin tanıtıcı özellikleri olarak sosyodemografik özellikleri ve öğrenim durumu özellikleri yer almaktadır. Öğrencilerin tanıtıcı özellikler araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutlarına göre karşılaştırması yapılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu (%85) 17-20 yaş grubunda, %76.8'i annesinin gelir getiren bir işte çalışmadığını, %41.2'sinin babası memur-işçi, %35.2'si serbest meslek yaptığını, %66.1'i ailesi ile yaşadığını,

%67.8'i son 5 yıldır yaşadığı yerin büyükşehir olduğunu, %30'unun 5-15 km, %32.2'si yaşadığı yer ile okul arası mesafenin 16-30 km olduğunu, %39.1'i 1 kardeşi, %32.6'sı 2 kardeşi olduğunu, %76.8'i normal doğumla dünyaya geldiğini, %44.6'sının annesi ilkokul mezunu, %33.9'u babasının ilkokul mezunu olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan öğrenciler, eğitim yöntemi gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişken	Kategori	n	%
Eğitim yöntemi	Simulasyon	116	49.8
	Görsel sunu	117	50.2
Yaş grubu	17-20	198	85.0
	21 ve üzeri	35	15.0
Anne çalışma durumu	Çalışan/emekli	54	23.2
	Çalışmayan	179	76.8
Babanın mesleği	Memur-İşçi	96	41.2
	Esnaf	22	9.4
	Emekli	33	14.2
	Serbest Meslek	82	35.2
İkamet yeri	Aile ile evde	154	66.1
	Arkadaş/akraba ile evde	26	11.2
	Devlet / özel yurt	53	22.7
Son 5 yıldır yaşadığı yer	İlçe	40	17.2
	İl	35	15.0
	Büyükşehir	158	67.8
Yaşanılan yer ile okul arası mesafe	5-15 km	70	30.0
	16-30 km	75	32.2
	31-70 km	62	26.6
	71 ve üzeri	26	11.2
Kardeş sayısı	Kardeşi yok	15	6.4
	1 kardeş	91	39.1
	2 kardeş	76	32.6
	3 kardeş ve üzeri	51	21.9
Doğum şekli	Vaginal doğum	179	76.8
	Sezaryen	54	23.2

Anne eğitim durumu	Okula gitmeyen	10	4.3
	İlkokul	104	44.6
	Ortaokul	56	24.0
	Lise	50	21.5
	Üniversite	13	5.6
Baba eğitim durumu	İlkokul	79	33.9
	Ortaokul	53	22.7
	Lise	73	31.3
	Üniversite	28	12.0
Toplam		233	100.0

Tablo 2. Katılımcıların Öğrenim Durumu Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişken	Kategori	n	%
Mezun olduğu lise	Düz lise	37	15.9
	Anadolu lisesi	75	32.2
	İmam Hatip Lisesi	37	15.9
	Özel lise	40	17.2
	Meslek lisesi	16	6.9
	Sağlık Meslek Lisesi	28	12.0
Bölümü seçme nedeni	İş kolaylığı	93	39.9
	Puan	29	12.4
	İnsanlara yardım etme	88	37.8
	Aile isteği	11	4.7
	Kendi isteği	16	6.9
	Çocuk sevgisi	6	2.6
Yaşanılan yerin ders çalışmaya uygunluğu	Uygun	224	96.1
	Uygun değil	9	3.9
Günlük ders çalışma süresi	Günde 5 dakika	18	7.7
	Günde yarım saat	50	21.5
	Günde 1 saat	92	39.5
	Günde 1 saatten fazla	73	31.3
Toplam		233	100.0

Araştırmaya katılan öğrencilerin, %32.2'si Anadolu Lisesi mezunu olduğunu, %39.9'u iş bulma kolaylığı nedeniyle Ebelik Bölümü'nü seçtiğini, %96.1'i yaşadığı yerin ders çalışmaya uygun olduğunu, %39.5'i günde 1 saat ders çalıştığını bildirmiştir.

Öğrencilerin, öğrenim durumu özellikleri ile Leopold manevraları eğitim yöntemi arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 3. Gruplar Arasında Maggie Mcvay Lynch Öğrenme Stili Envanteri Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Görsel						
Öğrenme Stili	Eğitim Yöntemi	n	Mean	SS	t-testi	p değeri
İşitsel	Simulasyon	116	29.12	4.68	0.90	0.369
	Görsel sunu	117	28.59	4.35		
Kinestetik	Simulasyon	116	31.64	4.63	1.85	0.066
	Görsel sunu	117	30.52	4.59		
Toplam	Simulasyon	116	32.46	4.44	1.64	0.102
	Görsel sunu	117	31.44	4.97		
	Simulasyon	116	93.24	10.38		
	Görsel sunu	117	90.52	11.07		

Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim yöntemi gruplarına göre karşılaştırıldığında Simulasyon ve Görsel sunu kullanılan gruplardaki öğrencilerin öğrenme stilleri arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı görülmektedir. Maggie Mcvay Lynch Öğrenme Stili Envanteri'nin her üç alt boyutunda öğrencilerin görsel, işitsel ve kinestetik öğrenme puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla $t=0.90$, $p=0.369$; $t=1.85$, $p=0.066$ ve $t=1.64$, $p=0.102$).

Tablo 4. Gruplar Arasında Öğrenci Memnuniyeti ve Öğrenmede Kendine Güven Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Öğretim Yöntemi	n	Mean	SS	t-testi	p değeri
Öğrenci memnuniyeti	Simulasyon	116	22.26	3.59	5.66	<.001
	Görsel sunu	117	19.20	4.60		
Öğrenmede kendine güven	Simulasyon	116	32.46	4.44	5.37	<.001
	Görsel sunu	117	31.44	4.97		
Toplam	Simulasyon	116	55.60	6.70	5.37	<.001
	Görsel sunu	117	49.82	9.48		

Katılımcıların Öğrenci Memnuniyeti ve Öğrenmede Kendine Güven Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4’te sunulmuştur. Öğrenci memnuniyeti alt boyutundan Simülasyon yöntemi ile eğitim alanların puan ortalamaları 22.26 ± 3.59 ve Görsel sunu ile eğitim alanların puan ortalamaları 19.20 ± 4.60 olarak hesaplanmıştır. “Öğrenmede kendine güven” alt boyutundan Simülasyon yöntemi ile eğitim alanların puan ortalamaları 32.46 ± 4.44 ve Görsel sunu yöntemi ile eğitim alanların puan ortalamaları 31.44 ± 4.97 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda hem “Öğrenci memnuniyeti” ($t=5.66, p<.001$) hem de “Öğrenmede kendine güven” alt boyutlarından ($t=5.37, p<.001$) Simülasyon yöntemi ile eğitim alan öğrencilerin puan ortalamalarının Görsel sunu yöntemi ile eğitim alanların puanlarından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Yapmış olduğumuz araştırmada öğrenme stilleri benzer iki grup Ebelik bölümü 1.sınıf öğrencisinde Leopold manevraları eğitiminde Simulasyon modeli kullanımı, Görsel sunu kullanımına göre Öğrenci memnuniyeti ve Öğrenmede kendine güven üzerinde önemli bir artış sağladı.

Uygulama alanları, öğrencilerin rol model aldıkları kişileri gözleme, görsel, işitsel ve kinestetik olarak elde ettikleri bilgilerle uygulama arasında bağlantı kurma ihtiyaçlarını gerçekleştirmelerini sağlamaktadır (Göriş 2014). Günümüzde birçok farklı öğretim metotları bulunmaktadır. Eğitimcilerin bu metotlardan en iyi düzeyde faydalanması için öğrencilerin öğrenme stilleri arasındaki farkları göz önünde bulundurmalı, eğitim ortamları tasarımında öğrenme stillerinden faydalanmalıdır (Sarıkcioglu et al 2011; Kılıç ve Karadeniz 2004). Öğrenme stilleri öğrenciler arasında karakteristik farklar olduğu göz önünde bulundurularak keşfedilmiştir. Bu çalışmada Simulasyon yöntemi ile Görsel sunu yöntemi karşılaştırılırken öğrencilerin öğrenme stilleri de değerlendirilmiş ve eğitim gruplarımız arasında görsel, işitsel ve kinestetik öğrenme stilleri arasında benzerlik olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda yaş (Numanoğlu ve Şen 2007) ve cinsiyetin (Baykara ve Pehlivan 2010; Ekici 2013) öğrencilerin öğrenme stillerine etkisi olduğu üzerinde durulmaktadır. Mevcut çalışmada benzer yaş grupları ve sadece kadın öğrencilerin yer alması öğrenme stillerinin gruplar arasında benzer olması sonucunu ortaya çıkarmış olabilir.

Yapılan çalışmalarda Simülasyon kullanımının öğrencilerde öz-yeterlilik düzeyini artırdığı (Pike 2010; Hughes et al 2014), eğitim başarısının yükselttiği (Marzouk 2015; Buykx 2011) ve ebelik öğrencilerinin takım çalışmasının önemi daha iyi kavradıkları belirtilmiştir (Hughes et al 2014; Norris 2008). Yapmış olduğumuz çalışmada, daha önce Leopold manevraları konusunda eğitim almadıkları ve daha önce klinik deneyimleri olmadığı için birinci sınıfta öğrenime devam eden Ebelik Bölümü öğrencileri ile sınırlandırılmıştır. Ebelik 1. sınıf öğrencileri, gerçek hastalar üzerinde uygulama yapmadıkları için onların performansları izlenememiştir. Çalışmamızda Simulasyon yöntemi kullanılarak eğitim alan Ebelik 1. sınıf öğrencileri, Görsel sunu kullanılarak eğitim alan gruba göre Öğrenci memnuniyeti ve Öğrenmede kendine güven puanı ortalamaları daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalarda eğitimde Simulasyon kullanımının diğer geleneksel

öğrenme metotlarına göre öğrencilerde daha güçlü memnuniyet (Smith et al 2012; Tyer-Viola et al 2012; Berndt, 2014; Cant and Cooper, 2014; MacLelland 2017) ve artmış kendine güven (Cioffi et al. 2005; Davis et al. 2009; Wolfgram 2012; Hughes et al. 2014) sonuçlarının elde edildiği görülmektedir. Yapmış olduğumuz araştırma, Ebelik Bölümü öğrencilerinin Leopold manevraları eğitiminde Simulasyon kullanımının Görsel sunu yöntemi ile karşılaştırıldığında Öğrenci memnuniyeti ve Öğrenmede kendine güven düzeyini artırdığı yönünde katkı sağlamaktadır. Ebelik bölümü öğrencileri, gerçek hastalara uygulama yapmadan önce Leopold manevraları hakkında bilgi sahibi olmaları, kendine güvenlerini arttırdığını ve bu şekilde eğitimden memnuniyet duyduklarını düşünüyoruz.

Bilgisayar tabanlı sistemler, yüksek gerçeklikli simülasyon modelleri olarak ele alınmaktadır (Arthur 2013; LengAu 2016; Hoadley 2009; Roh 2013). Yapılan çalışmalarda simülasyon kullanılarak yapılan eğitim hem düşük ve

yüksek gerçeklikli olarak kendi içinde hem de geleneksel eğitim metodları ile karşılaştırılmıştır. Bir araştırmada geleneksel yöntem ve yüksek gerçeklikli simülasyon grubunda öğrencilerin eleştirel düşünme, özgüven ve iletişim becerilerinde pozitif yönde önemli bir katkı olduğu ama aralarında önemli bir fark olmadığı (Burns ve ark 2010), başka bir araştırmada yüksek gerçeklikli simülasyon ile online eğitim arasında öğrencilerin bilgi puanları arasında fark bulunmazken simülasyon grubunda öğrencilerin memnuniyetlerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Corbridge ve ark 2010).

Düşük ve yüksek gerçeklikli simülasyon modellerini kendi içerisinde karşılaştıran çalışmalar, genellikle iki yöntem arasında benzer sonuçlar elde etmiştir. Yapılan çalışmalara göre; düşük ve yüksek gerçeklikli simülasyon kullanarak yapılan eğitimde her iki grup öğrencilerde çoğunlukla memnun oldukları ve özgüvenlerinde artma olduğu (Tosterud ve ark 2013), öğrencilerin öz yeterlilik düzeyleri arasında fark olmadığı (Luctkar-Flude ve ark 2012) ve öğrencilerin performansları açısından fark olmadığı (Chen ve ark 2015) belirlenmiştir. Yüksek ve düşük gerçeklikli simülasyon modelleri arasında öğrencilerin yazılı sınavları açısından fark bulunmazken performans puanlarının yüksek gerçeklikli grupta daha yüksek olduğu bulunmuştur (King ve Reising 2011). Başka bir çalışmada ise simulasyon kullanılan grupla kullanılmayan grup arasında öğrencilerinde özgüven puanları arasında fark görülmemiştir (Megel ve ark 2012).

Leopold manevraları eğitimi, ebelik öğrencilerinin alması gereken temel eğitimlerden biridir. Ancak günümüzde Leopold manevraları öğretiminde gerek yüksek gerekse düşük gerçeklikli simulasyon modellerinin uygun olduğunu söyleyemeyiz. Mevcut modeller, eğitmenin Leopold manevraları hakkında eğitim vermesine olanak sağlasa da öğrenci performanslarının değerlendirilmesinde uygun model ihtiyacı bulunmaktadır. Leopold manevraları eğitimi için kullanılacak modellerde abdominal dokuları oluşturan model bölümünün ve modelin içerisinde yer alan fetüs modelinin elastik dokuda olmasının öğrencinin uygulama yapması ve performansının ölçümü açısından daha etkin kullanılabilmesine inanıyoruz.

SONUÇ

Öğrenme stilleri benzer iki grup Ebelik öğrencisinde Leopold manevraları eğitiminde Simulasyon

modeli kullanımı, Görsel sunu kullanımına göre öğrenci memnuniyeti ve öğrenmede kendine güvenin artmasında önemli bir artış sağladı. Bu çalışma sonuçları, Ebelik bölümü öğrencilerinin eğitiminde Görsel sunudan çok Simulasyon modeli kullanımının tercih edilmesinin öğrenci memnuniyeti ve öğrenmede kendine güveni artırması açısından önemli olduğu göstermektedir.

Leopold manevraları eğitimine kullanılacak simulasyon modellerindeki yetersizlikler klinik alanda bu eğitimin verilmesi ihtiyacını doğurmaktadır. Leopold manevraları eğitiminin klinik alanda gerçek hastalar üzerinde klinik eğitmenler tarafından öğretilmesi öğrencilerde daha etkin öğrenme sonuçları sağlayacağını düşünüyoruz. Bunun yanında Ebelik öğrencilerinin Ebelik alanını ilgilendiren konularda performansının ve ebelik öğrencilerinin memnuniyet ve öğrenmede kendine güvenlerinin ölçümü için geçerli ve güvenilir araçlara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Arthur C, Levett-Jones T, Kable A. (2013). Quality indicators for the design and implementation of simulation experiences: a Delphi study. *Nurse Educ. Today*; 33 (11), 1357–61. doi: 10.1016/j.nedt.2012.07.012.
2. Au ML, Lo M, Cheong W, Wang S, Van I. (2016) Nursing students' perception of high-fidelity simulation activity instead of clinical placement: A qualitative study. *Nurs Educ Today*;39(1):16–21.
3. Akdağ M, Tok H. (2008) Geleneksel öğretim ile power point sunum destekli öğretimin öğrenci erişimine etkisi. *i.Eğitim ve Bilim*, 33 (147): 26-34.
4. Baykara-Pehlivan K. (2010). A study on prospective teachers' learning styles and their attitudes toward teaching profession. *Elementary education online*. 9 (2): 749-63.
5. Berndt, J., 2014. Patient safety and simulation in prelicensure nursing education: an integrative review. *Teach. i.Learn. Nurs.* 9, 16–22.
6. Burns, H. K, O'Donnell, J., ve Artman J. (2010). High-fidelity simulation in teaching problem solving to 1st year nursing students a novel use of the nursing process. *Clinical Simulation in Nursing*, 6(3): 87-95.
7. Buykx, P., Kinsman, L., Cooper, S., McConnell-Henry, T., Cant, R., Endacott, R., & Scholes, J. (2011). FIRST2ACT: Educating nurses to identify patient deterioration- A theory based model for best practice simulation education. *Nurse Educ. Today*; 31, 687-93.
8. Cant RP, Cooper SJ. (2014) Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Educ. Today*; 49: 63–71.
9. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD (eds) (2001) Williams Obstetrics, 21st edn. McGraw Hill, New York, pp 296–299.
10. Carolan-Olah M, Kruger G, Brown V, Lawton F, Mazzarino M, Vasilevski V. (2018). Communicating out loud: Midwifery students' experiences of simulation exercise for neonatal

- resuscitation. *Nurs Educ Pract*; 29: 8-14.
11. Carolan-Olah M, Kruger G, Brown V, Lawton F, & Mazzarino M. (2016). Development and evaluation of a simulation exercise to prepare midwifery students for neonatal resuscitation. *Nurse Educ Today*; 36, 375-80. doi: 10.1016/j.nedt.2015.09.009.
 12. Catling C, Hogan R, Fox D, Cummins A, Kelly M, Sheehan A. (2016) Simulation workshops with first year midwifery students. *Nurs Educ Pract*; 17:109-15. doi:10.1016/j.nepr.2015.12.003. [PMID: 26777872]
 13. Chen, R., Grierson, L. E., ve Norman, G. R. (2015). Evaluating the impact of high- and low-fidelity instruction in the development of auscultation skills.. *Med Educ*; 49(3): 276–85.
 14. Corbridge SJ, Robinson F P, Tiffen J, ve Corbridge T C (2010). Online learning versus simulation for teaching principles of mechanical ventilation to nurse practitioner students. *Int J Nurs Educ Scholarsh*;7(1). doi: 10.2202/1548-923X.1976.
 15. Dağhan G, Akkoyunlu b. (2011). Maggie Mcvay Lynch Öğrenme Stili Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanma Çalışması. H.U. *Journal of Education*, 40: 117-26
 16. Darcy Mahoney, A.E., Hancock, L.E., Iorianni-Cimbak, A., Curley, M.A.Q. (2013). Using high-fidelity simulation to bridge clinical and classroom learning in undergraduate pediatric nursing. *Nurse Educ. Today* 33 (6), 648– 54. doi: 10.1016/j.nedt.2012.01.005.
 17. Ekici G. (2013). Gregorc ve Kolb öğrenme stili modellerine göre öğretmen adaylarının öğrenme stillerinin cinsiyet ve genel akademik başarı açısından incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 38(167), 216-223.
 18. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, and Lang AG. (2009) Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav. Res. Methods*; 41, 1149–60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149
 19. Görüş S, Bilgi N, Bayındır Korkut S. (2014) Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 4(2): 25-29.
 20. Hoadley TA. (2009) Learning advanced cardiac life support: a comparison study of the effects of low- and high- fidelity simulation. *Nurs Educ Perspect*; 30 (2): 91–5.
 21. Hughes C, Anderson G, Patterson D, O'Prey M. (2014) Introducing an obstetric emergency training strategy into a simulated environment. *Br. J. Midwifery*; 22 (3): 201–7.
 22. Joshi A, Panta OB, Sharma B. (2017) Estimated Fetal Weight: Comparison of clinical versus ultrasound estimate. *i.J Nepal Health Res Counc*; 15 (35): 51-5.
 23. Kamdar G, Kessler DO, Tilt L, Srivastava G, Khanna K, Chang TP, Balmer D, Auerbach M.(2013) Qualitative evaluation of just-in-time simulation-based learning: the learners' perspective. *Simul. Healthc*; 8 (1): 43–8
 24. Karaçay P, Kaya H. (2017) Simulasyon eğitiminde kullanılan öğrenci memnuniyeti ve öğrenmede kendine güvenölçeği'nin Türkçe uyarlaması. *FN Hem Derg*; 25 (2): 95-103.
 25. Kılıç E. (2004). “Durumlu Öğrenme Kuramının Eğitimdeki Yeri ve Önemi”, *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi*

Dergisi;

i.24 (3):307-20.

26. Kılıç E, Karadeniz Ş. Cinsiyet ve öğrenme stiline göre gezinme stratejisi ve başarıya etkisi. *GÜ. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*; 24 (3): 129-46
27. King JM & Reising DL. (2011). Teaching advanced cardiac life support protocols: the effectiveness of static versus high-fidelity simulation. *Nurse Educator*; 36(2): 62-5.
28. Lendahls L. & Oscarsson MG. (2017). Midwifery students' experiences of simulation-and skills training. *Nurse Educ Today*; 50, 12-16.
29. Lindsay Miller J, Avery MD, Larson K, Woll A, VonAchen A, Mortenson A. (2015) Emergency birth hybrid simulation with standardized patients in midwifery education: Implementation and evaluation. *J Midwifery Womens Health*; 60(3):298–303.
30. Luctkar-Flude, M., Wilson-Keates, B., ve Larocque, M. (2012). Evaluating high-fidelity human simulators and standardized patients in an undergraduate nursing health assessment course. *Nurse Educ Today*; 32(4): 448– 52.
31. Marzouk, T. (2015) Effectiveness of simulated delivery room classes on practical achievement and satisfaction of maternity nursing students. *J. Nurs. Educ. Pract*; 5 (8): 51.
32. McLelland G., Perera C., Morphet J., McKenna L., Hall H., Williams B., Stow J. (2017). Interprofessional simulation of birth in a non-maternity setting for pre-professional students. *Nurse Educ Today*, 58, 25–31.
33. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. (2010) A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009. *Med Educ*; 44 (1):50–63
34. Megel ME, Black J, Clark L, Carstens P, Jenkins LD, Promes J, Goodman T. (2012). Effect of high-fidelity simulation on pediatric nursing students' anxiety. *Clinical Simulation in Nursing*; 8(9): 419-28.
35. Nishikawa M & Sakakibara H. (2013) Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal- fetal attachment. *Reproductive Health*, 10:12.
36. Norris G. (2008) The midwifery curriculum: introducing obstetric emergency simulation. *Br. J. Midwifery*; 16 (4):232–5.
37. Numanoğlu G & Şen B. (2018) Bilgisayar ve öğretim teknolojileri eğitimi bölümü öğrencilerinin öğrenme stilleri. *i.Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD;)* 8 (2): 129-48.
38. Owen PF et al (2007) Assessment in the third trimester: fetal growth and biophysical methods. In: Chamberlain G, Steer PJ (eds) *Turnbull's obstetrics*, 3rd edn. Harcourt Publishers Limited, London, pp 129–15.
39. Para, D., & Reis, Z. A. (2009). Eğitimde bilisim teknolojileri kullanilmasi: Kimyada su dongusu. 6th. Akademik Bilisim Konferansi Bildirileri, Sanliurfa, 11-13 February 2009.
40. Pike T & O'Donnell V. (2010) The impact of clinical simulation on learner self-efficacy in pre-registration nursing education. *Nurse Educ Today*; 30(5): 405-10.
41. Robinson BK, Dearmon V. (2013) Evidence-based nursing education: effective use of

- instructional design and simulated learning environments to enhance knowledge transfer in undergraduate nursing students. *J. Prof. Nurs*; 29 (4): 203–9.
42. Roh YS, Lee WS, Chung HS, Park YM. (2013) The effects of simulation-based resuscitation training on nurses' self-efficacy and satisfaction. *Nurse Educ. Today*; 33 (2): 123–8.
43. Sarikcioglu L, Senol Y, Yildirim FB, Hizay A (2011) Correlation of the summary method with learning styles.
i. *Adv Physiol Educ*; 35:290–4
44. Sarı D & Erdem H. (2017) Hemşirelik eğitiminde yüksek gerçeklikli simülasyon kullanımı. *Int Journal of Human Sciences* 14 (4): 3690-707.
45. Seferoğlu, S.S. (2006). Öğretim Teknolojileri ve Materyal Tasarımı. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
46. Sharma JB (2009) Evaluation of Sharma's modifies Leopold's maneuvers: a new method for fetal palpation in late pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 279: 481-7
47. Smith R, Gray J, Raymond J, Catling-Paull C, Homer CSE. (2012) Featured article: simulated learning activities: improving midwifery students' understanding of reflective practice. *Clin. Simul. Nurs*; 8: e451–e457.
48. Soğukpınar N. (2000) Ebe- hemşire fonksiyonu olarak leopold manevralarının gebelik haftaları ile fetal preantasyonarı tanımlamadaki etkinliğinin araştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 16(1): 25-35.
49. Tosterud R, Hedelin B, & Hall-Lord ML. (2013) Nursing students' perceptions of high- and low-fidelity simulation used as learning methods. *Nurse Educ Pract*; 13(4): 262-70.
50. Tyer-Viola, L., Zulu, B., Maimbolwa, M., Guarino, A., 2012. Evaluation of the use of simulation with student midwives in Zambia. *Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh*; 9 (1). doi: 10.1515/1548-923X.2379.
51. Wolfgram LJB, & Quinn AO. (2012) Integrating Simulation Innovatively: Evidence in Teaching in Nursing Education. *Clinical Simulation in Nursing*; 8(5): e169-e175.

2 - BECERİ GELİŞTİRME VE PROFESYONELLEŞME KAPSAMINDA ‘GEBE MASAJI’NA BİR BAKIŞ

¹Yeliz Çakır Koçak, ²Ümran SEVİL

¹Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir, Türkiye.

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Türkiye.

yeliz.cakir@ege.edu.tr

ÖZET

Amaç: Uluslararası literatürde, gebe masajının düşük ve yüksek riskli gebelere ebe ve hemşireler tarafından uygulandığı, bu uygulamanın obstetri servislerine entegre edildiği akademik çalışmalar ve uygulama örnekleri bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelere nazaran Türkiye’de gebe masajı uygulaması toplumsal olarak henüz kabul görmemiş ve meslek profesyonelleri ancak çok yakın tarihlerde bu alanda uzmanlaşmaya başlamıştır. Bu derleme ile gebe masajına ilişkin temel bilgilerin paylaşılması ve ülkemiz için yeni bir uygulama alanı olan ‘gebe masajı’na ilişkin bakış açısı kazandırmak amaçlanmıştır.

Gelişme (Alt Başlıklar): Derleme, ulusal ve uluslararası literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Dünyanın pek çok yerinde masaj terapi, gebeliğin tüm dönemlerinde ve hatta kadınların doğurganlığını arttırmak için gebelik öncesinde kullanılmaktadır. Özel eğitim gerektiren gebe masajı, gebe kadının sakinleşmesi/rahatlaması ve doğum eyleminin gerektirdiği hazırlıklarla başa çıkması açısından etkili profesyonellik ve beceri gerektiren bir uygulamadır. Gebe masajı için yapılabilecek sayısız teknik vardır. Masaj terapi daha sağlıklı anneler ve yenidoğanların olmasına katkıda bulunur. Gebe masajında kullanılan tekniklerin bazıları; oldukça rahatlatıcı, kadının iç dünyasına ulaşmasını, dış olaylar yerine kendi vücut ve zihni üzerinde konsantre olmasını ve özellikle gevşemesini sağlamaktadır. Gebe masajı, yavaş ilerleyen ya da ilerlemeyen eylemde travayda doğumun hızlanması amacı ile olduğu gibi amaca yönelik farklı tekniklerle ve farklı koşullarda da uygulanmaktadır. Uygulamanın birçok yararı vardır. Kan basıncı, nabız ve solunum düzene girerek uterus, plasenta ve fetus için düzenli kan akışı gerçekleşir, daha sağlıklı immün sistem işleyişi, duygu durumu ve stresli uyaranlara yanıtlar gerçekleşir, stres hormonu düzeyi düşer, gebe daha az anksiyete ve korku hisseder. Gebe masajının bireysel yararları yanında toplumsal faydaları da vardır. Sevgi ve haz konusunda daha yetenekli bireyler gelişmesini sağlayarak şiddetin azalması, daha çok saygı içeren kültürlerin inşa edilmesine de katkı sağlar.

Sonuç: Gebe masajının birçok olumlu etkisine rağmen, uygulanmaması gereken bazı durumlar da vardır. Eğitimli terapistler bu durumlar hakkında yeterince bilgiye sahiptirler. Bu bilgiler doğrultusunda gebe masajına ilişkin farkındalık yaratılarak, ülkemizdeki sağlık profesyonelleri için yeni bir uygulama alanı olan gebe masajı konusunda profesyonelleşme ve uygulama alanına aktarma ile gebelerin ve toplumun gelişimine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, profesyonelleşme, beceri geliştirme, gebe, masaj terapi

An Overview of ‘Pregnant Women Massage’ in the Scope of Skill Development and Professionalization**ABSTRACT**

Aim: There are academic research examples in international literature that pregnant massage is applied by midwives and nurses to the low and high-risk pregnant women. Moreover, the applications are integrated into the obstetrics services. Compared to developed countries, pregnancy massage practice has not been accepted socially

in Turkey and professionals have begun to specialize in this area recently. With this review, it is aimed to share the basic information about the pregnant massage and to give a perspective on the pregnant massage which is a new application area for our country.

Development (Subheadings): The review prepared in accordance with national and international literature. Massage therapy is used in many parts of the world in all periods of pregnancy and even before the pregnancy to increase the fertility of women. Pregnant massage, which is an effective application for relaxation of pregnant woman to cope with preparations required for labour and birth, requires special education, professionalism and skill. There are countless techniques for pregnant massage and it contributes to healthier mothers and newborns. Some of the techniques used in pregnant massage is quite relaxing. It also allows the woman to reach her inner world, concentrate on her own body and mind instead of external events and especially getting relaxed. Pregnant massage is applied in different conditions and with different techniques for the purpose of accelerating the labour in the slow progress. It has many benefits like regulation of blood pressure, pulse and respiration. By this way, regular blood flow to the uterus, placenta and fetus, more healthy immune system functioning, better emotional status and responses to stressful stimuli take place. Massage also reduces the level of stress hormone, anxiety and fear. Pregnant massage has social benefits besides individual benefits. It contributes to the building of the cultures containing more respect and also reduces violence by helping the development of more talented individuals in love and pleasure.

Conclusion: Although there are many positive effects of pregnancy massage, there are some cases that should not be applied. Trained therapists know enough about these conditions. According to all information, it is thought that contribution to the development of pregnant women and society by creating awareness and healthcare professional specialization at the pregnancy massage, which is a new practice area in our country, can be obtained.

Keywords: Midwife, professionalization, skill development, pregnant, massage therapy

GİRİŞ

Masaj dilimize Yunanca “yoğurma” anlamına gelen “*massein*” sözcüğünden geçmiştir. (Arslan, 2012). Sağlık Bilimleri Sözlüğü de masaj kelimesini “*Deri üzerinden yapılan ovma, basınç uygulama hareketleri*” olarak tanımlamıştır (Erkal İlhan et al., 2013). Sağlığa ulaşmanın ve sağlıklı kalmanın en kolay yollarından biri olan masaj insanlara, doğal temaslarını yeniden kurma, iyilik ve rahatlık hissinden yararlanma fırsatı verir (Maxwell- Hudson, 2005; Rowen, 2008). Bu derleme ile gebenin ve fetüsün sağlığını geliştirmeye yönelik uluslararası alandayapılmakta olan masaja ilişkin temel bilgilerin paylaşılması ve ülkemiz için yeni bir uygulama alanı olan ‘gebe masajı’na ilişkin bakış açısı kazandırmak amaçlanmıştır.

GELİŞME (ALT BAŞLIKLAR)

Gebe Masajı

Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak gebenin bakım gereksinimleri artmakta ve gebelerin kendilerine daha fazla özen göstermeleri gerekmektedir (Eryılmaz, Erci, & Engin, 1999). Dikkatle yapılan hafif bir masaj tüm gebeler için yararlıdır. Fakat, masaj öncesi mutlaka obstetrisyene danışılmalıdır (Maxwell-Hudson, 2005). Gebe olan ve olmayan farklı gruplarda yapılan çalışmalarda, masajın olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır (Adib-Hajbaghery, Abasi, & Rajabi-Beheshtabad, 2014; Bakar et al., 2014; Çınar, Eşer, & Khorshid, 2009; Coban & Sirin, 2010; Çoban & Şirin, 2009; T Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg, & Kuhn, 2004; Tiffany Field, 2012; Tiffany Field et al., 1999, 2008, 2012; Tiffany Field, Deeds, et al., 2009; Tiffany Field, Diego, Hernandez- Reif, Deeds, & Figueiredo, 2009; Gönenç & Terzioğlu, 2012; Hidayati, Barlianto, & Baktiyani, 2014; Keir, 2011; Latifses, Bendell Estroff, Field, & Bush, 2005; Nabb, Kimber, Haines, & McCourt, 2006; Noto, Kuda, Sato, Ebina, & Hirota, 2007; Yeşilçiçek Çalık & Kömürcü, 2014). Field ve arkadaşları (2009), gebelik komplikasyonu olmayan ve gebelikte majör depresyonu olan 16-20. gebelik haftaları ve 18-30 yaşlar arasındaki, tekiz gebelik olan ve partneri ile birlikte yaşayan gebeler ile gebe masajı uygulamasının etkilerini araştırmışlardır. Çalışmada; düzenli masaj terapi yapılan gebelerin depresyon düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak azaldığı, kontrol grubugebelerin zaman içinde bel ağrıları artarken masaj terapi grubundaki gebelerin bel ağrılarının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Ayrıca, anksiyete, öfke, zorluklar/sıkıntılar ve uyku bozukluğu puanlarına ilişkin grupların hiçbirinde uygulamanın olumsuz etkilerine ilişkin bulgu saptanmamıştır (Tiffany Field, Diego, et al., 2009). Osborne’a göre (2009) de, masaj terapi yaptırmak isteyen birçok gebenin, gebe masajının gebeliğin terme ulaşmasında yardımcı olduğunu, bu sayede daha az gebelik komplikasyonu yaşadıklarını ve daha fazla huzur hissettiklerini iddia etmektedir (Osborne, 2009).

Gebe masajı için yapılabilecek sayısız teknik vardır (Osborne, 2011; Osborne, 2012). Ayrıca gebenin talebine yönelik olarak spesifik tekniklerin ya da bazı ortak tekniklerin kullanıldığı gebe masajı oturumları da hazırlanmıştır (Osborne, 2015). Perinatoloji uzmanları kadınlara doğum eylemi için hazırlıkta, özellikle gebeliğin son 6-8 haftası içinde, uykuya dalmadan, 45-60 dk derin ve sürdürülebilir rahatlama düzeyini deneyimlemelerini önermektedirler (Osborne, 2012).

Masajın Yararları

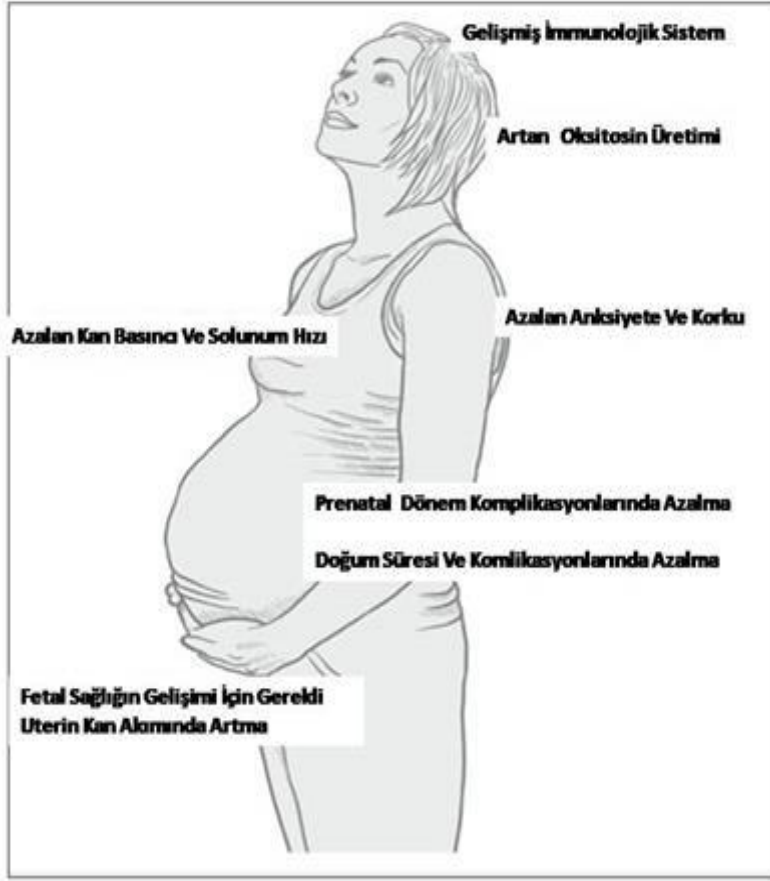
Masaj keyif veren bir deneyim olmakla birlikte, tüm bireylerin sağlıkları üzerinde pek çok yararlı etkileri de vardır(Maxwell-Hudson, 2005; Rowen, 2008);

- Dolaşımı düzenler.
- Kan basıncını normal seviyeye getirir.
- Kan dolaşımını hızlandırarak besinlerin tüm organlara ve cilde ulaşmasına yardımcı olur. Böylelikle iyileştirici etkiler sağlar.
- Hızlı nefes alışverişini yavaşlatmaya yardımcı olur.
- Kasları gevşetir.
- Kaslardaki yanmaları rahatlatarak ağrıları azaltır.
- Sindirime yardımcı olur.
- Lenf sistemini harekete geçirerek atık maddelerin boşaltımını hızlandırır.
- Doğal ağrı kesici olan Endorfin hormonunun üretilmesi için zihin / beden mekanizmalarına destek verir [ki fetus, maternal fetal dolaşım sayesinde annenin stres hormonlarından etkilendiği gibi oksitosin ve endorfin salınımından da etkilenmektedir (Lang, 2018)].
- Adrenalin üretimini azaltır.
- Ayrıca, sevgi ve haz konusunda daha yetenekli bireyler gelişmesini sağlar ve az şiddet, daha çok saygı içeren kültürleri inşa eder (Osborne, 2012).

Kadınlara; gebelik, doğum eylemi ve doğum sonu dönemlere yönelik olarak spesifik masaj uygulanabilmektedir. Masaj terapi kadınların kendilerini iyi hissetmelerini, daha etkili çalışmalarını ya da daha iyimser olmalarını sağlayarak gebeleri destekler. Gebe masajında, terapistin bireyselleştirilmiş dokunuşları ile gebeye eşsiz ve güçlü bir rahatlama ve destek deneyimi sunulur.

Gebelik döneminde uygulanan masaj terapi ile genel olarak aşağıdaki faydalar sağlanır (Şekil 1) (Osborne, 2012):

- Sağladığı duygusal destek ve fiziksel yararlar ile stresi azaltır, rahatlamaı destekler.
- Kan basıncı artarsa, varikoz venler ve ödemi içeren dolaşım sistemindeki değişikliklerin olumsuz etkilerini azaltır.
- Gebelik esnasında hormonal, solunum, sindirim, boşaltım ve diğer fizyolojik döngüyü rahatlatır.
- Kas-iskelet sistemindeki gerginlik ve ağrıyı azaltır.
- Esneklik ve aktif doğum sürecine katılmak için gerekli kinestetik/dokunsal farkındalığı geliştirmeye katkıda bulunur.
- Besleyici etkisi olan anne dokunuşunu ve sağlıklı bağlanmayı teşvik eder [Gebelik, doğum eylemi ve doğum sonu dönemlerde “*besleyici/doyum veren etkisi olan dokunma*” (Nurturing touch) tanımı bulunmaktadır ve buyeni bir tanım değildir](Osborne, 2012).



Şekil 1. Prenatal Relaksasyonun Maternal ve Fetal Olası Yararları

Masaj Kontrendikasyonları ve Komplikasyonları

Masajın birçok hastalık üzerinde olumlu etkisi olmasına rağmen, uygulanmaması gereken bazı durumlar da vardır. Eğitimli terapistler bu durumlar hakkında yeterince bilgiye sahiptirler (Podder, 2009).

Bulaşıcı cilt hastalığı, tromboz, kronik hastalık varlığında ve yeni yemek yemiş kişilere masaj yapılmamalıdır. Ayrıca masaj esnasında ağrı oluşmaması için sürtme ovmaları uygulanırken dikkatli olunmalıdır. (Podder, 2009). Masaj dikkatli yapılmaz ise bir enfeksiyonun yayılması ve ağrıyan bir bölgede istenmeyen tepki oluşmasına neden olabilir. Bu sebeple aşağıdaki durumların herhangi birinden şikayeti olan bir kişiye asla masaj yapılmamalıdır (Maxwell-Hudson, 2005).

- Bulaşıcı bir hastalık
- Yüksek ateş
- Deri enfeksiyonu
- Tromboz veya flebit gibi yangılı bir durum

Bazı kadınlarda vulvar variköz venler oluşabilir. Bu durum gebenin cilt yapısını etkiler, bacaklarda ve pelvik bölgede trombüs (kan pıhtıları) gelişebilir. Trombüs gelişiminin bir diğer nedeni, gebe uterusun büyümesi sonucu alt ekstremitelerdeki basıncın artmasıdır. Bu değişiklikleri genellikle gebeler farketmez ve risk artar. Bu nedenle gebenin terapistinin farkındalığı, gelişebilecek bu riskli durumlara karşı son derece yüksek olmalıdır (Osborne, 2012). Ayrıca gebe masajı öncesi gebe muayenesinin dikkatli yapılması gerekir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebe masajının birçok olumlu etkisine rağmen, uygulanmaması gereken bazı durumlar da vardır. Eğitimli terapistler bu durumlar hakkında yeterince bilgiye sahiptirler. Bu bilgiler doğrultusunda gebe masajına ilişkin farkındalık yaratılarak, ülkemizdeki sağlık profesyonelleri için yeni bir uygulama alanı olan gebe masajı konusunda profesyonelleşme ve uygulama alanına aktarma ile gebelerin ve toplumun gelişimine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Adib-Hajbaghery, M., Abasi, A., & Rajabi-Beheshtabad, R. (2014). Whole body massage for reducing anxiety and stabilizing vital signs of patients in cardiac care unit. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, 47. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4219878&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
2. Arslan, N. (2012). *Tarihten Bugüne Masaj ve Masaj Uygulamaları*. (Birinci Basım). İstanbul: İkinci Adam Yayınları.
3. Bakar, Y., Sertel, M., Öztürk, A., Yümin, E. T., Tatarlı, N., & Ankaralı, H. (2014). Short Term Effects of Classic Massage Compared to Connective Tissue Massage on Pressure Pain Threshold and Muscle Relaxation Response in Women With Chronic Neck Pain: A Preliminary Study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 37(6), 415–421. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2014.05.004>
4. Çınar, Ş., Eşer, İ., & Khorshid, L. (2009). The Effects of Back Massage on the Vital Signs and Anxiety Level of Elderly Staying in a Rest Home. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(2), 14–21.
5. Coban, A., & Sirin, A. (2010). Effect of foot massage to decrease physiological lower leg oedema in late pregnancy: a randomized controlled trial in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 16(5), 454–60. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01869.x>
6. Çoban, A., & Şirin, A. (2009). Alt ekstremitelerde fizyolojik ödemi olan gebelere 5 gün süre ile uygulanan ayak masajının ödem derecesi, ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk üzerine etkisi. *Genel Tıp Derg*, 19(2), 51–56.
7. Erkal İlhan, S., Kostak, S., Melahat, Ü., Koç, Z., Sançar, B., & İlhan, H. (2013). *Sağlık Bilimleri Sözlüğü*. (S. Erkal İlhan & B. Sançar, Eds.) (Birinci ba). Ankara: Alter Yayınevi.
8. Eryılmaz, G., Erci, B., & Engin, R. (1999). Gebelik Sayısının Öz Bakım Gücüne Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 76–88. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29119>
9. Field, T. (2012). Yoga and Social Support Reduce Prenatal Depression, Anxiety and Cortisol. *Journal of Yoga & Physical Therapy*, 02(05). <https://doi.org/10.4172/2157-7595.1000124>
10. Field, T., Deeds, O., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Gauler, A., Sullivan, S., ...

- Nearing, G. (2009). Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 13(4), 297–303. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2008.10.002>
11. Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Figueiredo, B. (2009). Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 32(4), 454–460. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.07.001>
 12. Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Medina, L., Delgado, J., & Hernandez, A. (2012). Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 16(2), 204–9. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2011.08.002>
 13. Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2004). Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 115–122. <https://doi.org/10.1080/01674820412331282231>
 14. Field, T., Figueiredo, B., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents and improves their relationships. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12(2), 146–50. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2007.06.003>
 15. Field, T., Hernandez-Reif, M., Hart, S., Theakston, H., Schanberg, S., & Kuhn, C. (1999). Pregnant women benefit from massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 20(1), 31–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10212885>
 16. Gönenç, İ. M., & Terzioğlu, F. (2012). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 129–143.
 17. Hidayati, H., Barlianto, W., & Baktiyani, S. (2014). No Title. *Cukurova Medical Journal*, 39(3), 512–516.
 18. Keir, S. T. (2011). Effect of massage therapy on stress levels and quality of life in brain tumor patients-- observations from a pilot study. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(5), 711–5. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-1032-5>
 19. Lang, C. (2018). Bağlanma, Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi. (N. Üzel, S. Özbacı, & U. (çev. edt. . Beyazova, Eds.) (Birinci ba). Ankara: Modern Tıp Kitabevi.
 20. Latifses, V., Bendell Estroff, D., Field, T., & Bush, J. P. (2005). Fathers massaging and relaxing their pregnant wives lowered anxiety and facilitated marital adjustment. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 9(4), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2005.02.004>
 21. Maxwell-Hudson, C. (2005). *Bütün Yönleriyle Masaj*. (C. Le Bas, Ed.) (İkinci Bas). Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.
 22. Nabb, M. T. M., Kimber, L., Haines, A., & McCourt, C. (2006). Does regular massage from late pregnancy to birth decrease maternal pain perception during labour and birth?-A feasibility

- study to investigate a programme of massage, controlled breathing and visualization, from 36 weeks of pregnancy until birth. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.12.006>
23. Noto, Y., Kuda, M., Sato, T., Ebina, M., & Hirota, K. (2007). Effects of Back Massage on Psychological Status and Salivary Biomarkers. *Hirosaki Med. J.*, 59(Suppl.), 188–192.
 24. Osborne, C. (n.d.). Pre-and perinatal massage therapy: survey of massage therapists, 2009. Retrieved September 10, 2015, from www.bodytherapyassociates.com
 25. Osborne, C. (2011). *Deep Tissue Sculpting Sheets. A Technical and Artistic Manual for Therapeutic Bodywork Practitioners. (Second Edi).* California USA: Body Therapy Associates.
 26. Osborne, C. (2012). *Pre- and Perinatal Massage Therapy: A Comprehensive Guide to Prenatal, Labor, and Postpartum Practice. (Second Edi).* Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
 27. Osborne, C. (2015). *Pre- and Perinatal Massage Therapy Certification Workshop Student Guide (Special Document).* Watertown MA, Boston.
 28. Podder, T. (2009). *Her Yaş İçin Masaj Etkileri-Teknikleri. (Birinci Ba).* İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi. Rowen, B. (2008). *Masaj Rahatlama İçin Dokunma Terapisi. (Birinci ba).* İstanbul: Alfa Yayınları.
 29. Yeşilçiçek Çalık, K., & Kömürcü, N. (2014). SP6 Noktasına Akupresür Uygulanan Gebelerin Doğum Eylemine ve Akupresür Uygulamasına İlişkin Görüşleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 29–37. <https://doi.org/10.5455/musbed.20140207083603>

3 - EBE ÖĞRENCİLERİN KÜLTÜREL DUYARLILIKLARI

¹Yeliz ÇAKIR KOÇAK, ¹Yeşim YEŞİL, ¹Nazan TUNA ORAN, ¹Hafize ÖZTÜRK CAN

¹Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir, Türkiye.

yeliz.cakir@ege.edu.tr

ÖZET

Amaç: Araştırma, ebelik öğrencilerinin kültüre ilişkin eğitim alma durumlarının kültürel duyarlılığına etkisini saptamak amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini bir devlet üniversitesinin ebelik bölümünde okuyan, üçüncü sınıf öğrenciler (n=116) oluşturmuştur. Kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırmada örnek seçimine gidilmemiş, gönüllü öğrenciler(n=111, %95.7) dahil edilmiştir. Veri toplama sürecinde tanılama formu ve kültürel duyarlılığı ölçmek için ise Kültürler Arası Duyarlılık Ölçeği kullanılmıştır. Gerekli kurum kurul izinleri ve uygulama izinleri alınmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 21.00±0.97'dir. Araştırmaya katılan tüm öğrencilerin Kültürler Arası Duyarlılık Ölçek puan ortalaması 95.85±9.28'dir. Ölçek alt boyut puan ortalamaları; İletişimde Sorumluluk boyutu 28.00±3.28, Kültürel Farklılıklara Saygı boyutu 25.00±2.86, İletişimde Kendine Güvenme boyutu 18.38±3.17, İletişimden Hoşlanma boyutu 12.00±2.03, İletişimde Dikkatli Olma boyutu 12.00±1.49'dur. Daha önce 'kültür'e ilişkin herhangi bir eğitim alan (n=85) ve almayan (n=26) öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Sonuç: Araştırmadan elde edilen bulgular, tanımlayıcı özellikleri ve bakım uygulama alanları benzer olan öğrenci grubunda kültürel duyarlılığın benzer olduğunu göstermektedir. Literatürde ebe öğrencilerin kültürel duyarlılıklarına ilişkin az sayıda çalışmaya rastlanmış olup bu araştırma bulguları ile literatüre katkı yapılmak istenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, öğrenci, kültür, duyarlılık

Cultural Sensitivity Of Midwifery Students

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the effect of midwifery students' education on cultural sensitivity. **Method:** The population of the study was composed of third grade students (n=116) studying at midwifery department of the state university. In the cross-sectional study, sample selection was not made and volunteer students (n=111, 95.7%) were included. In the data collection process, a diagnostic form was used and the Intercultural Sensitivity Scale was used to measure cultural sensitivity. The necessary institution permits and application permits were obtained. **Results:** The mean age of the students is 21.00 ± 0.97 . The mean score of Cultural Sensitivity Scale was 95.85 ± 9.28 for all students. Scale subscale mean scores; Responsibility for Communication is 28.00 ± 3.28 , Respect for Cultural Differences is 25.00 ± 2.86 , Self-Confidence in Communication is 18.38 ± 3.17 , Enjoyment in Communication 12.00 ± 2.03 , Carefully in Communication 12.00 ± 1.49 . There was no significant difference between the total score averages of the students who received any education about culture (n=85) and not (n=26). **Conclusion:** The findings of the study show that cultural sensitivity is similar in the group of students whose descriptive features and care application areas are similar. A study on the cultural sensitivities of midwife students has not been found in the literature and it is desired to contribute to the literature with these research findings.

Keywords: Midwife, student, culture, sensitivity

GİRİŞ

Dünyada 3000'den fazla kültür çeşitlenmesi vardır ve toplumlar arasında kültürel yönden farklılıklar bulunabilir (Durmaz, 2013). Bu farklılıklar sağlık sorunlarının tedavisini ve bakım gereksinimlerini etkilemektedir. Çünkü "Kültür", insanın olduğu her yerde ve insanla ilgili her şeyde karşımıza çıkan bir öğedir ve beden bir kültür aracıdır (Ersoy, 1998). "*Yinelenerek benimsenen olgu*" (Dil Derneği, 2005) niteliği taşıyan ve kültürün bir parçası olan 'gelenek' insan sağlığı ile ilgili konularda oldukça önemli bir yer tutar (Çakır Koçak ve Sevil, 2016).

Bakım sürecinde biyofiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel ve kültürel yönlerin dikkate alınması önemlidir (Pektekin, 2013). Kültürel bakım, kültürel olarak duyarlı, yeterli ve kültüre uygun sağlık bakımını işaret eder. Bu bakım sürecinde kültürel özellikleri tanıma ve kültüre özgü bilgi birikimine sahip olma önemlidir (Seviğ ve ark., 2012). Örneğin yaşanan bölgedeki halkın etnik yapısının biliniyor olması, sağlık bakım uygulayıcılarının olaylara verecekleri tepkiler ve müdahalelerde stratejilerini belirlemeleri adına da önemlidir (Çakır Koçak ve Sevil, 2016). Ancak kültürel farklılıklar ve sağlık inançları, uygulamalarda yıllardır ön bilgi olarak kabul edilmesine karşın, kültürel içerikli sağlık bakımı ne yazık ki yaygın değildir ve rutin uygulamada yer alamamıştır (Taşçı, 2012).

Postpartum dönemde anneye destek olmak ayrıca anne ve yenidoğanı korumak amacıyla çeşitli geleneksel uygulamalar geçmişten günümüze kullanılmaya devam etmektedir. Bu dönemde kadına ve yenidoğana bakım veren ebe ve hemşirelerin tüm kültürlere ait gelenekleri bilerek bakım vermesi mümkün değildir. Ancak hizmet verdikleri toplumun kültürü ve geleneklerine ilişkin bilgi sahibi

oldukları takdirde bakımın kalitesi artacak, sağlık üzerindeki etkisi olan uygulamalar desteklenirken zararlı uygulamalar engellenebilecektir (Çakır Koçak ve Sevil, 2016). Uluslararası Ebeler Konfederasyonu tarafından yayınlanan ebelik etik kodlarında ebelerin kadınları ve ailelerini, kendi kültürleri ve toplumlarındaki sağlığı etkileyen konularda konuşmaya teşvik etmeleri gerektiği belirtilmektedir (ICM, 1993). Ayrıca anne dostu hastane kriterleri kapsamında da ilk dikkati çeken tüm doğum yapan annelere toplumun kültürüne, özel inançlarına ve değerlerine duyarlı bir şekilde bakım verilmesidir (Çalın ve ark., 2015).

Kültüre duyarlı bakımın öneminin vurgulandığı ve desteklendiği günümüz bakış açısından yola çıkılarak araştırma, geleceğin meslek elemanları olacak ebelik öğrencilerinin kültüre ilişkin eğitim alma durumlarının kültürel duyarlılıklarına etkisini saptamak amacı ile gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini bir devlet üniversitesinin ebelik bölümünde okuyan, üçüncü sınıf öğrenciler (n=116) oluşturmuştur. Kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırmada örnek seçimine gidilmemiş, postpartum dönem dersi için uygulama alanında bakım yapacak olan ve gönüllü öğrenciler (n=111, %95.7) dahil edilmiştir. Veri toplama sürecinde tanılama formu ve kültürel duyarlılığı ölçmek için Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği kullanılmıştır.

Anket Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan ve Ebelik bölümü öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 10 soru yer almıştır (Egelioğlu Çetişli ve ark., 2016; Bulduk ve ark., 2011; Bulduk ve ark., 2017; Bulduk ve ark., 2011;)

Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği: Araştırmada veri toplama aracı olarak Chen ve Staros tarafından geliştirilen (2000) ve Bulduk ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ) kullanılmıştır. Ölçek, kültürlerarası duyarlı olmak için gerekli beş duygusal boyutu alt boyutlar kapsamında (iletişimde sorumluluk, kültürel farklılıklara saygı, iletişimde kendine güvenme, iletişimden hoşlanma ve iletişimde dikkatli olma) değerlendirmektedir.

Etik: Araştırma verileri toplanmadan önce ilgili kurumun yönetiminden yazılı izin ve araştırmaya katılan tüm bireylerden aydınlatılmış sözlü onam alınmıştır.

Veri Çözümlemesi: Verilerin istatistiksel çözümlemesi SPSS Programı (16.0 versiyonu) ile gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenler normal dağılım gösteriyor ise ortalama±standart sapma normal dağılmıyor ise ortanca, kategorik değişkenler sayı ve yüzde dağılımı ile gösterilmiştir. Değişkenlerin normal dağılım durumunu değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren değişkenler; Bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.00±0.97 (aralık: 20-24) olup üniversiteye başlamadan önce yaşadıkları bölge %47.7 oranında Ege Bölgesi ve %52.3'ünün yaşadığı yer metropoldür (Tablo 1).

Tablo 1. Ebelik Öğrencilerinin Sosyo-demografik Özellikleri

DEĞİŞKENLER	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Yetişilen Coğrafi Bölge (n=111)</i>		
Akdeniz Bölgesi	23	20,7
Ege Bölgesi	53	47,7
Marmara Bölgesi	16	14,4
Karadeniz Bölgesi	5	4,5
İç Anadolu Bölgesi	8	7,2
Doğu Anadolu Bölgesi	3	2,7
Güney Doğu Anadolu Bölgesi	3	2,7
<i>Üniversite Eğitimine Başlamadan Önce Yaşanılan Yer (n=111)</i>		
Metropol (İstanbul, Ankara, İzmir), İl	58	52,3
İlçe, köy, Bucak	53	47,7
<i>Şu An Yaşanılan Yer (n=107)</i>		
Aile ile	21	19,6
Yurtta	57	53,3
Evde arkadaşlar ile	29	27,1

Öğrencilerin Kültürler Arası Duyarlılık Ölçek puan ortalaması 95.85 ± 9.28 'dir. Ölçek alt boyut puan ortalamaları; İletişimde Sorumluluk boyutu 28.00 ± 3.28 , Kültürel Farklılıklara Saygı boyutu 25.00 ± 2.86 , İletişimde Kendine Güvenme boyutu 18.38 ± 3.17 , İletişimden Hoşlanma boyutu 12.00 ± 2.03 , İletişimde Dikkatli Olma boyutu 12.00 ± 1.49 'dur. Daha önce 'kültür'e ilişkin herhangi bir eğitim alan ($n=85$) ve almayan ($n=26$) öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Ebelik Öğrencilerinin Kültürler Arası Duyarlılık Ölçek Puan Ortalamaları

DEĞİŞKENLER	Sayı (n)	Ort/Sd	Aralık
Kültürler Arası Duyarlılık Toplam Ölçek	111	$95.85 \pm 9.28^*$	72-116
<i>Alt Boyutlar</i>			
İletişimde Sorumluluk	111	28.00^{**}	21-35
Kültürel Farklılıklara Saygı	111	25.00^{**}	18-30
İletişimde Kendine Güvenme	111	$18.38 \pm 3.17^*$	11-25
İletişimden Hoşlanma	111	12.00^{**}	5-15
İletişimde Dikkatli Olma	111	12.00^{**}	8-15
		Ort/Sd	t p
<i>'Kültür' İle İlgili Eğitim Alma Durumu (n=111)</i>			
Evet	85	95.84 ± 9.36	-0,74 0,81
Hayır	26	95.89 ± 9.21	

* Kolmogorov-Smirnov ($p>0.05$)

** Kolmogorov-Smirnov ($p<0.05$)

Gönenç ve arkadaşlarının (2018) ebelik ve hemşirelik öğrencileri ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında ölçek puan ortalamasının ebelik bölümü öğrencilerinde 82.23 ± 12.05 ve hemşirelik bölümü öğrencilerinde 83.50 ± 9.14 olduğu saptanmıştır. Parlar Kılıç ve Sevinç (2018), 444 hemşirelik bölümü öğrencisi ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında da aynı ölçeği kullanmış ve ortalama ölçek puanını 89.42 ± 13.55 olarak saptamışlardır. Ebelik öğrencileri ile gerçekleştirilen kültürlerarası duyarlılık çalışmalarına kısıtlı olarak ulaşılabilmektedir. Ancak benzer gruplarla yapılmış diğer araştırmalarda da (Bulduk ve ark., 2011; Egeliolu Çetişli ve ark., 2016) görülmektedir ki ebelik ve hemşirelik grubu öğrencilerinin genel olarak kültürlerarası duyarlılıkları yüksektir, ortalamaların bu çalışmanın gerçekleştirildiği öğrenci grubunda daha yüksek olduğu görülmektedir.

SONUÇ

Araştırmadan elde edilen bulgular, tanımlayıcı özellikleri ve bakım uygulama alanları benzer olan öğrenci grubunda kültürel duyarlılığın benzer olduğunu göstermektedir. Literatürde ebe öğrencilerin kültürel duyarlılıklarına ilişkin az sayıda çalışmaya rastlanmıştır olup bu araştırma bulguları ile literatüre katkı yapılmak istenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bulduk, S., Tosun, H. ve Ardıç, E. (2011). Türkçe kültürler arası duyarlılık ölçeğinin hemşirelik öğrencilerinde ölçümsel özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 19(1), 25-31.
2. Chen GM, Starosta W. (2000) The development and validation of the Intercultural Sensitivity Scale. *Human Communication*, 3(1): 2-14.
3. Çakır Koçak Y., Sevil Ü. (2016) "Kültürel İnanç ve Uygulamalar", Perinatoloji ve Bakım, Ümran Sevil Ü., Ertem G., Ed., İzmir, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
4. Dil Derneği (2005) Türkçe Sözlük. Dil Derneği Yayınları No:9, ERTEM Basım Yayın Ltd. Şti. 2. Baskı, Ankara. Durmaz A. (2013) Kültür Bakım Çeşitlilik ve Evrensellik Kuramı. Edt: Ocakçı AF, Ecevit Alpar Ş. Hemşirelikte
 - i. Kavram, Kuram ve Model Örnekleri, İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul.
5. Egeliolu Çetişli, N., Işık, G., Öztornacı Özgüven, B., Ardahan, E., Özgürsoy Uran, B.N., Dila Top, E. ve Ünsal Avdal, E. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin empati düzeylerine göre kültürlerarası duyarlılıkları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1): 27-33.
6. Ersoy T. Menopoz ve Kültür, Öteki Yayınevi, 1. Basım, Ankara, 1998.
7. Gönenç, İ. M., Göktaş, M., Dursun, R. A., Çökelek, F., Ercan, N., & Şahin, D. (2018). Opinions and cultural sensitivities of midwives and nurses about providing health care to women seeking asylum. *Journal of Human Sciences*, 15(2): 683-696.
8. International Confederation of Midwives. (1993). International code of ethics for midwives, with

explanatory notes and glossary. ICM.

9. Kılıç, S. P., & Sevinç, S. (2018). The Relationship Between Cultural Sensitivity and Assertiveness in Nursing Students from Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(4): 379-386.
10. Pektekin Ç. *Hemşirelik Felsefesi, Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. İstanbul Tıp Kitabevi, 1.
 - i. Baskı, İstanbul, 2013.
11. Seviğ Ü, Özcan A, Tanrıverdi G. *Kültürlerarası Hemşirelikte Temel Kavramlar*. Kültürlerarası Hemşirelik, Edt: Prof. Dr. Ümit Seviğ, Yrd. Doç. Dr. Gülbu Tanrıverdi, İstanbul Tıp Kitabevi, Birinci Baskı, İstanbul, 2012.
12. Taşçı S. *Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Kültürel Faktörler*. Kültürlerarası Hemşirelik, Edt: Prof. Dr. Ümit Seviğ, Yrd. Doç. Dr. Gülbu Tanrıverdi, İstanbul Tıp Kitabevi, Birinci Baskı, İstanbul, 2012.

4 - EBELİK EĞİTİMİNDE SİMÜLASYON KULLANIMI

Hale UYAR HAZAR¹, Sinem GÜLTEKİN²

¹Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Aydın, TÜRKİYE

²Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Zonguldak, TÜRKİYE

ÖZET

Ebelik, tarihin en eski mesleklerinden biridir ve bilim ve teknolojiadaki gelişmeler ile birlikte geleneksel ebelik anlayışı yerini modern ebelik anlayışına bıraktı. Modern ebelik anlayışındaki çağdaş ebelik; destekleyici, uygulayıcı, eğitici profesyonel, savunucu, yönetici, araştırmacı, ekonomist ve danışmanlık rollerini üstlendi. Bu nedenle ebelik eğitimi öğrencilere belirtilen rolleri kazandıracak yeterlilikte bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayan bir eğitim sistemini gerektirmektedir. Ebelik eğitimi, teorik ve klinik olmak üzere birbirini tamamlayan iki bölümden oluşmaktadır. Klinik deneyimleri süresince yeni bir sosyal ortama giren öğrenciler çeşitli aşamalarda, anksiyete ve stres oluşturan çok sayıda durumla baş etmek zorunda kalmaktadır. Klinik uygulamalarda öğrencilerin yaşadığı stres ve anksiyetenin, öğrenilen kuramsal bilgilerin kullanılmasında güçlüğü, sağlık profesyonelleri ile iletişim güçlüğü yaşanmasına, hata yapma korkusuna, hastaya yanlış bilgi verme endişesine, hasta beklentilerini karşılamada eksikliğe, hastane prosedürlerinde yanlış yapma korkusuna ve mesleki yetersizliğe neden olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle eğitimcilerin, öğrencilerin öğrenme süreçlerini anlaması ve pratik uygulamaları klinik ortama nasıl aktaracaklarını bilmesi çok önemlidir. Buna bağlı olarak, eğitimciler yenilikçi eğitim tekniklerini takip etmeli ve kliniğe çıkmadan önce öğrencilerin uygulama ve iletişim becerilerini güçlendirmelidir. Literatürde yenilikçi eğitim tekniklerinden biri olan simülasyonun, öğrencilerin öğrenme yaşantıları ve mesleki becerilerine olumlu yönde katkı sağladığı belirtilmektedir. Öğrencilere katkı sağlaması nedeniyle simülasyon destekli ebelik eğitimi modelinin bir eğitim yöntemi olarak kullanılması, yaygınlaştırılması ve ebelik bölümlerinin müfredatlarına dahil edilmesi önerilmektedir. Ebelik eğitiminde simülasyon kullanımının artırılması, eğitim hedefleri ile uyumlu güçlü simüle edilen klinik deneyimlerin gerçeğe en yakın şekilde geliştirilmesi ve bilginin artırılması için iyi bir rehber olacaktır. Bu derlemenin amacı; ebe eğitiminde simülasyon kullanımını konusunda farkındalık oluşturmaktır. Bu amaç doğrultusunda makalenin içeriği; "simülasyon kavramı ve özellikleri", "simülasyonun tarihçesi", "simülasyon uygulamalarının sınıflandırılması", "ebelikte simülasyon eğitiminin önemi" ve "simülasyon kullanımının yararları" ana başlıklarından oluştu.

Anahtar Kelimeler:Ebelik, Eğitim, Simülasyon

Simulation Use In Midwifery Education

ABSTRACT

Midwifery is one of the oldest professions in history and with the advances in science and technology, the traditional concept of midwifery have been replaced by modern midwifery. Advanced midwifery in the understanding of modern midwifery; as a supporter, practitioner, trainer professional, advocate, manager, researcher, economist and consultant. For this reason, midwifery education requires a system of education that includes cognitive, sensory and psychomotor learning are as that are sufficient to give the students the roles that a rementioned. Midwifery education consists of two chapters which complement each other, both theoretical and clinical. During their clinical experience, students entering a new social environment have to cope with a number of situations that cause anxiety and stress at various stages. It is stated that the stress and anxiety experienced by the students in the clinical applications, the difficulty in using the learned theoretical knowledge, the difficulties of communication with the health professionals, the fear of making mistakes, the fear of making false information, the lack of meeting the patient expectations, the fear of making the wrong in the hospital procedures and the vocational inadequacy. For this reason, it is very important that the instructors understand the students' learning processes and know how to transfer the practical applications to the clinical environment. Accordingly, trainers should follow innovative training techniques and strengthen the practice and communication skills of the students before they go to the clinic. It is stated in the literature that the simulation, which is one of the innovative training techniques, contribute positively to the students' learning experiences and professional skills. It is recommended to use the simulation-supported midwifery education model as a training method and to include it in the curriculum of midwifery departments. Increasing the use of simulation in midwifery education will be the best guide to the development of knowledge and the simplest development of strongly simulated clinical experiences compatible with educational objectives. The aim of this review is to raise awareness about the use of simulation in midwife training. In accordance with this purpose, the content of the article; "simulation concept and its features", "history of simulation", "classification of simulation applications", "the importance of simulation training in midwifery" and "benefits of simulation use" are based on main headings.

Key Words: Midwifery, Education, Simulation

Giriş

Ebelik, tarihin en eski mesleklerinden biri olup, kuramsal ve uygulamalı bir eğitimle bilgi ve ahlaki değerler üzerine temellendirilmiş bir bilim ve sanattır (Türk Ebeler Derneği, 2018). Bilim ve teknoloji alanındaki gelişmelerin ve sosyal alandaki değişimlerin hızlı olduğu çağımızda sağlık alanında yapılan çalışmalar, mevcut bilgi ve uygulamalardakı hızla değişime neden oldu, ebelerde bu değişimlerden etkilendi ve modern ebeler anlayışı gelişti. Bu anlayış doğrultusunda destekleyici, uygulayıcı, eğitici, profesyonel, savunucu, yönetici, araştırmacı, ekonomist ve danışmanlık rollerini üstlenen çağdaş ebeler, bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayan bir eğitim sistemini gerektirmektedir. Bu sistemle, teori ile uygulamayı birleştirmek, eleştirel düşünebilmek ve etkin problem çözme becerisi kazanmak mümkündür (Durmaz vd., 2017: 43).

Ebeler eğitimi, teorik ve klinik olmak üzere birbirini tamamlayan iki bölümden oluşmaktadır. Klinik eğitim, öğrencinin gerçek ortamda uygulayarak öğrenmesini sağlamaktadır. Klinik deneyimler, teorik bilginin uygulamaya aktarılmasının yanı sıra öğrencinin psikomotor gelişimini ve mesleki sosyalizasyonunu da sağlamaktadır (Aydın Kartal ve Yazıcı, 2017: 190-191; Şendir ve Acaroğlu, 2008: 737). Klinik deneyimleri süresince yeni bir sosyal ortama giren öğrenciler çeşitli aşamalarda, anksiyete ve stres oluşturan çok sayıda durumla baş etmek zorunda kalmaktadır. Anksiyete ve stresin eğitim süresince öğrencinin akademik performansını ve mesleki uyumunu etkileyen önemli bir biyopsikososyal faktör olduğu belirtilmektedir (Aydın Kartal ve Yazıcı, 2017: 191; Jimenez vd., 2010: 442-455). Klinik uygulamalarda öğrencilerin yaşadığı stres ve anksiyete, öğrendikleri kuramsal bilgilerin kullanılmasında güçlüğü, sağlık profesyonelleri ile iletişim güçlüğü yaşanmasına, hata yapma korkusuna, hastaya yanlış bilgi verme endişesine, hasta beklentilerini karşılamada eksikliğe, hastane prosedürlerinde yanlış yapma korkusuna ve mesleki yetersizliğe neden olduğu bildirilmektedir (Aydın Kartal ve Yazıcı, 2017: 191; Sharif ve Masoumi, 2005: 4, 5; Shevd., 2002: 169,171). Klinikte yaşanan bu tür sorunlar nedeniyle öğrencilerin özgüveninin artırılması, kişilerarası etkileşimin sağlanması, iletişim ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Ryan vd., 2010: 7). Bu nedenle eğitimcilerin öğrencilerin öğrenme süreçlerini anlaması ve pratik uygulamaları klinik ortama nasıl aktaracaklarını bilmesi çok önemlidir (Ewertsson vd., 2015: 282). Buna bağlı olarak eğitimciler, yenilikçi eğitim tekniklerini takip etmeli ve kliniğe çıkmadan önce öğrencilerin uygulama ve iletişim becerilerini güçlendirmelidir (Mert, 2015: 2; Ryan ve ark, 2010: 7). Öğrencilerde kazandırılması istenen bu hedeflere ulaşılabilmesi için farklı eğitim teknikleri kullanılmaktadır. Yenilikçi eğitim tekniklerinden biri olan simülasyon, öğrencilere kliniğe çıkmadan önce uygulama becerilerini geliştirebilecekleri bir ortam sağlamakta teorik ve uygulama arasında öğrencinin öğrenme kabiliyetini kolaylaştıran bağlantılar oluşturmaktadır (Aggarwal ve ark, 2010: 142; Durmaz vd., 2017: 50-51; Mert, 2015: 2). Simülasyon, öğrencinin bireye zarar vermeden, tekrarlayarak, hata yapıp, hatalarından öğrenerek deneyim kazanmasına olanak sağlayarak öğrenciye güven ve destek veren öğrenme ortamı sunmaktadır (Şendir, 2013: 208). Simüle hasta eğitimlerinin öğrenciler açısından gerçeğe yakın bir klinik deneyim yaşattığı, buna bağlı olarak teorik bilgiyi pekiştirdiği, kritik düşünme, karar verme ve psikomotor beceriler kazandırmada etkin olduğu, bireysel öğrenmeyi arttırdığı ve memnuniyet oranı

yüksek klinik öncesi deneyim yaşattığı vurgulanmaktadır (Durmaz vd., 2017: 43).

Ebelik eğitiminde simülasyon kullanımının; öğrencilerin öğrenme yaşantıları ve mesleki becerilerine olumlu yönde katkı sağladığı belirtilmektedir. Öğrencilere katkı sağlaması nedeniyle simülasyon destekli ebelik eğitimi modelinin bir eğitim yöntemi olarak kullanılması, yaygınlaştırılması ve ebelik bölümlerinin müfredatlarına dahil edilmesi önerilmektedir (Durmaz vd., 2017: 51; Güngör-Tavşanlı vd., 2018: 26). Ebelik eğitiminde simülasyon kullanımının artırılması, eğitim hedefleri ile uyumlu güçlü simüle edilen klinik deneyimlerin gerçeğe en yakın şekilde geliştirilmesi ve bilginin artırılması için iyi bir rehber olacaktır.

Simülasyon eğitiminin yapılış şekillerine açıklık getirmesini, kullanıcılar için bir kaynak oluşturmasını ve ebelik eğitiminde simülasyon kullanımının artırmasını ümit ederek bu derleme makalenin amacı; ebe eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda farkındalık oluşturmaktır.

Simülasyonun Kavramı ve Özellikleri

Simülasyon Türkçe kelime anlamı ile "benzetim" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2018). Simülasyonun diğer bir tanımı ise, gerçek dünyanın var olan yönlerini yineleyerek ya da çağrıştırarak oluşturulan bir doğruluk içinde tamamen katılımcı bir tarzda, gerçek deneyimleri rehberli deneyimlerle değiştiren ya da geliştiren teknik şeklindedir. Konuya sağlık eğitimi açısından bakıldığında da simülasyon, etik ve yasal hasta haklarını ihlal etmeden ve hastanın durumunu riske atmadan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesini sağlamada oldukça etkili olan bir eğitim tekniğidir (Sezer ve Elçin, 2017: 44). Simülasyon eğitiminde gerçeğe uygunluk kavramı (fidelity) çok önemlidir. Simülasyon uygulamalarının etkin ve başarılı olabilmesi için simülasyon tekniğinin gerçeğe uygun olması gerekmektedir (Kory vd., 2007: 1927-1931). Senaryone kadar gerçeğe uygun ise öğrenciler tarafından o kadar kolay benimsenmektedir. Aynı şekilde simülatörün senaryoya uygun biçimde giydirilmesi, makyajla yara veya kanama görüntüsünün sağlanması, ortamın senaryoya uygun düzenlenmesi, hasta yakını gibi davranan aktörlerin eklenmesi olayı daha gerçekçi hale getirip öğrencinin kendini olayın içinde gibi hissetmesini sağlamaktadır (Rosen vd., 2008: 33-41). Senaryodaki roller kişilerin beceri ve deneyimlerine uygun olarak dağıtılmalıdır. Senaryo akışı sırasında oluşabilecek her türlü olay önceden belirlenip kurgulanmalıdır. Böylece öğrencinin hem pratik becerisi hem de kriz durumu ile baş edebilme yeteneği değerlendirilebilir (Alinier, 2011: 9-36).

Simülasyonun Tarihçesi

Simülasyonun tarihi geçmişi 5000 yıl öncesine kadar uzanmaktadır. İlk örnekleri Çin savaş oyunlarından gelmektedir ve ordu planlarının düzenlenmesinden gelmektedir (Mıdık ve Kartal, 2010: 389; Patric, 2002: 487-508; Shah ve vd., 2007: 486, 488).

Abrahamson ve Denson tarafından 1960'larda geliştirilen ilk insan simülatörü olan Sim One'dır. Gerçekçi bir insanın rengine ve dokusuna benzeyen plastik bir cilde sahip olan, kalp atımı ve senkronize karotis nabızı bulunan bu simülatör, insan hareketlerini taklit etmekte, ağzını açık kapamakta, gözlerini kırpmakta, damar içi ilaç uygulamalarına ve maske ile uygulanan iki gaza yanıt vermekte ve bu simülatör ile kanbasıncı ölçülebilmektedir (Abrahamson vd., 2004: 395).

Tıp alanında kullanılan ilk simülasyon uygulaması ise bilgisayarların keşfinden çok öncesine dayanan modern plastik basit anatomi modelleridir. Simülasyonun obstetri alanında doğumun üreme süreçlerini göstermek için küçük balmumu veya ahşap figürlerin kullanılması, dokuzuncu yüzyıla kadar uzanmaktadır (alıntılan Cody, 2005, s. 152-197); (aktaran Gardner ve Raemer, 2008, s. 101). Obstetrik manken torsolar, tıp eğitiminde kullanılan simülatörlerin ilk örnekleridir. Daha sonra 1600'lü yıllarda "phantoms" olarak bilinen "obstetrik simülatörler" ebelerin doğum zorluklarını nasıl daha iyi yöneteceklerini öğretmek için geliştirildiği, 1700'lerde normal ve anormal doğum süreçlerini simüle etmek için ölü bir çocuk ve hasırdan yapılmış obstetrik simülatörlerin geliştirildiği (alıntılan Buck, 1991, s. 7-28); (aktaran Gardner ve Raemer, 2008, s. 101), İngiliz ebenin babası olan Bay William Smellie tarafından deri kaplı insan kemiklerinden yapılmış pelvis, ahşap ve kauçuktan yapılmış uzuvları ile tamamlanmış fetüs ve deriden yapılmış plasantanın geliştirildiği (alıntılan Wilson, 1995, s. 123-133); (aktaran Gardner ve Raemer, 2008, s. 101-102) ve Sir Richard Manningham da doğum eylemini simüle etmek ve Londra'daki ebelerin doğum kanalından geçerken fetüsün manevralarını göstermek için bir cam makinesi ürettiği (alıntılan Cody, 2005, s. 152-197); (aktaran Gardner ve Raemer, 2008, s. 102) belirtilmektedir. Zaman içerisinde sağlık bilimleri eğitiminin gelişimini etkileyen önemli adımlardan birinin de 20.yy'ın sonlarında insan- hasta simülasyonunun ortaya çıkışı olduğu vurgulanmaktadır (Sezer ve Elçin, 2017: 444).

Simülasyon Uygulamalarının Sınıflandırılması

Simülasyon gerçeklik (fidelity) bağlamında düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç kategoride ele alınmaktadır (Elçin ve Sezer, 2017: 445).

Düşük gerçeklikli (Low fidelity) simülasyon

Düşük gerçeklikli simülatörler herhangi bir geribildirim vermemekle birlikte, genelde eğiticinin uygulayıcıya geribildirim vermesi esasına dayanmaktadır. Daha çok öğrencilerin teknik yönlerinin gelişmesine katkıda bulunur. Üç alt gruptan oluşur (Elçin ve Sezer, 2017: 445).

Ekran temelli simülasyon

Bu türdeki simülatörler klinik problem çözme, tanı koyma, karar verme gibi alanlarda kendi kendine öğrenme deneyimleri sunan görece basit uygulamalardır. En önemli avantajları taşınabilir ve kolay güncellenebilir olmalarıdır (Elçin ve Sezer, 2017: 445).

Görev öğreticiler/sabit mankenler

Düşük teknoloji ve görece düşük maliyetli olan bu simülatörler temel bilişsel bilgi veya uygulamalı psikomotor becerileri öğretmek için kullanılmaktadır. Örneğin görev öğretici modeller jinekolojik muayenede, göğüs muayenesinde, damar içi uygulamalarda vb. kullanılırken; sabit mankenler ventilasyon, kompresyon vb. becerileri öğretmekte kullanılabilir (Elçin ve Sezer, 2017: 445).

Taze donmuş kadavralar

Taze donmuş kadavraların geribildirim verme özelliği olmamasından dolayı düşük gerçeklikli kategoride yer almaktadır (Elçin ve Sezer, 2017: 445).

Orta gerçeklikli (Medium-moderate fidelity) simülasyon

Orta gerçeklikli simülatörlerde uygulayıcıya geribildirim verilebilmektedir. Genellikle bu geribildirimler bilgisayar ya da özel cihazlarla sağlanmaktadır. Üç alt kategoride toplanabilir (Elçin ve Sezer, 2017: 446).

Ekran temelli simülasyon

Geliştirilen yazılımlar aracılığıyla çoğunlukla fiziksel öykü alma, iletişim, fiziksel muayene ve karar verme becerilerini geliştirmeye dönük olan sanal hasta/hastane uygulamalarıdır. Uygulama sonrasında uygulayıcı yazılım tarafından geribildirim almaktadır (Elçin ve Sezer, 2017: 446).

Mekanik görev öğreticiler/mankenler

Düşük gerçeklikli kategoride yer alan görev öğretici/sabit mankenlerin bir yazılım sayesinde uygulayıcıya geribildirim verme özelliği ile zenginleştirilmiş türüdür (Elçin ve Sezer, 2017: 446).

Sanal gerçekliği olan haptik (dokunma) simülatörler

Sanal gerçekliği olan haptik simülatörler özellikle girişimsel uygulama becerilerine yönelik geliştirilen yazılım destekli elektronik aygıtlardır. Dokunma hissinin etkin kullanımı esasına dayandığı, dokunmaya yanıt olarak oluşan mekanik etki ve fizyolojik tepkinin canlandırıldığı, uygulama sonrasında ayrıntılı geribildirim (rapor) verme özelliğine sahip olan bu aygıtlar, acemi/deneyimsiz kullanıcıların ustalaşmasına destek sağlarlar ve eğiticinin öğrencinin uygulamalarını tam olarak değerlendiremediği durumlarda etkili öğrenme ortamı sunarlar. Örneğin bir öğrencinin pelvik muayeneyi doğru olarak yapıp yapmadığı dokunmatik sistem teknolojisi ile pelvik modelin içine yerleştirilen sensor aracılığıyla dokunma basıncının algılanması ve geri bildirim verilmesi yöntemi ile değerlendirilebilir (Davis, 2015: 74; Elçin ve Sezer 2017: 446; Fowler-Durham ve Alden, 2008: 1-40; Ziv vd., 2000: 491).

Yüksek gerçeklikli (High fidelity) simülasyon

Bu grupta yer alan uygulamalar, becerinin daha karmaşık bir işlev olarak öğretildiği, uygulayıcının durumun içerisine girerek başa çıkma çabası gösterdiği eğitimlerde kullanılmaktadır. Üç alt kategoride toplanabilir (Elçin ve Sezer, 2017: 447).

Yüksek gerçeklikli mankenler

Uygulayıcının müdahalesine göre anlık tepkiler verebilen, birçok vücut fonksiyonuna, farklı

geribildirim verme türüne ve seslendirmeye sahip olan mankenlerdir. Bir yazılım desteği ve genelde bir senaryo (bilgisayar üzerinden veri girişi sayesinde) ile çalışmaktadır. Senaryolar uygulama anında istenildiği gibi değiştirilebilmekte ve uygulayıcının bu durum ile başa çıkma becerileri de değerlendirilmektedir (Elçin ve Sezer, 2017: 447).

Standart hastalar

Belirli bir durumu (hastalık öyküsü, hastalık belirtisi, duyu durumu vb.) tam ve tutarlı bir biçimde betimlemek üzere eğitim almış olan sıradan insanlardır. Etkileşimin üst düzeyde olduğu genelde bir senaryo eşliğinde devam eden eğitimlerde öğrenenin tepkilerine uygun davranışlar sergilerler. Hasta bakış açısıyla vermiş oldukları geribildirim bu simülasyon türünün en önemli yanını oluşturmaktadır (Elçin ve Sezer, 2017: 447).

Ebelikte Simülasyon Eğitimin Önemi

Ebelik eğitiminin amacı görev ve sorumluluklarını yerine getirebilecek yeterlilikte ebeler mezun etmektir. Simülasyona dayalı eğitim, ebelik müfredatının zorunlu bir parçası ve öğrencileri eğitmek için bir yöntemdir (Coffey, 2015: 36). Gebelik ve doğum yönetimine ilişkin ebelikte simülasyon beceri eğitimleri ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, Phillips vd., (2013: 1227)'nin sanal maternal klinik deneyiminin sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada, gebelik döneminde ebelik rolü ve kadınların bakımı konularında öğrenci ebeler ve mezun ebelerin bu eğitim deneyimi sonucunda pratiklerinin geliştiği belirtilmektedir. Simülasyon eğitimi sonrasında ebelik öğrencilerinin yenidoğanı karşılama, resüsitasyona başlama ve endişe durumlarında pozitif yönde gelişme olduğu bildirilmektedir (Bull ve Sweet, 2015: 389). Simülasyona dayalı bir eğitim ile öğrencilerin eğitilmesinin yanısıra öğrencilerin durum değerlendirilmesi yapılarak hatalar ve eksikler belirlenebilir (Coffey, 2015: 36). Örneğin ortalama iki buçuk yıl doğumhane deneyimi olan ebelerin katıldığı simülasyon temelli kursta, simülasyon eğitimi ile doğum sonu kanama senaryosu sırasında, katılımcıların büyük çoğunluğunun, gerçek kan kaybını (3.5L) küçümsediği ve göz ardı ettiği, hemostaz elde etmek için prostaglandinlerin uygulanmasında yaygın bir bilgisizlik ve ameliyathaneye taşınmaya karar vermede kabul edilemez bir gecikme olduğu, simülasyon mankeninin derin hipovolemik şoka gömüldüğü belirtilmektedir. Aynı zamanda bireylerin çoğunun omuz distosisini doğru şekilde tespit edemediği, beklenmedik şekilde ekibin bir kısmının omuz distosisi sırasında epizyotomi yapmadığı ve bir kısmının da epizyotomi uygulamada geciktiği, yardımcı makat doğum sırasında kırıkların önlenmesi için bacakların fiksasyonunda büyük zorluklar olduğu ve pek çok kursiyerin Mauriceau ve Bracht manevralarına aşina olmadığı belirtilmektedir (Maslovitz vd., 2007: 1297). Doğum eyleminin yönetiminde de simülasyon eğitimi çok önemlidir (Göktolga ve Demir, 2010: 258). Simülasyon eğitiminin önemini gösteren diğer bir çalışmada ise, simülasyon eğitimi alan kişilerin doğum yönetimi performansları eğitim öncesi dönemle kıyaslandığında, hipoksik iskemik ensefalopati ile doğan bebeklerin insidansında anlamlı bir azalma olduğu belirtilmektedir (Draycott vd.,

2006: 180). Aynı zamanda PROMPT (Practical Obstetric Multi-Professional Training) doğum simülasyonunun üretilmesini takiben, doğumda uygulanan traksiyonun kuvvetinin ölçülebildiği ve

mankenler ile yapılan tüm simülasyon antrenmanlarının, omuz distosisi tedavisini iyileştirdiği savunulmaktadır (Crofts vd.,2006: 1478: 1484).

Son yıllarda obstetride simülasyon konusunda özellikle takım çalışması ve önemi üzerinde durulduğu belirtilmektedir. Bu tip simülasyon eğitiminde sadece tek başına sorun değil, bütün olarak süreç ve yönetimi üzerinde çalışılır. İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da multidisipliner obstetrikte yetenekleri geliştiren eğitim programlarının üretildiği belirtilmektedir. Bunlar Obstetrik Acillerin Yönetimi ve Travma, Multidisipliner Obstetrikte Acil Durumların Simülasyonu (MOSES) (İngiltere), Obstetride İleri Yaşam Desteği Programı(ABD), Obstetrikteki Riskin Etkin Yönetimi (Kanada) programlarıdır (De France, 2002: 215-216; Freeth vd., 2006: 552-554;Johanson vd., 2002: 5).

Simülasyon Kullanımının Yararları

Öğrenci açısından simülasyonun kullanımının yararları

Yanlış yapabilme endişesi, hastaya zarar verme korkusu, hastalar üzerinde tekrar denemelerinin gerçekleşmemesi, gözetimin eksik olmasından kaynaklı öğrenememe ve kendini yeterli hissedememe öğrenciler üzerinde strese neden olmaktadır. Gerçek hastalar üzerindeki eğitimler kısa, fırsatçı, eğiticinin deneyim ve ilgisine göre değişen öğrenme şeklindedir. Bu durum öğrenmenin zor, eksik, geri bildirimsiz ve güvensiz bir ortamda gerçekleşmesine neden olmaktadır. Simülasyon, öğrenen merkezli deneyimleme olanağı sağlayan, öğrenciye güven ve destek veren öğrenme ortamı sunar. Böylelikle simülasyon, öğrencinin bireye zarar vermeden, tekrarlayarak, hata yapıp, hatalarından öğrenerek deneyim kazanmasına katkıda bulunur. Özellikle bilgisayar tabanlı simülatörlerin kullanımı, öğrencilerin klinik uygulamaya çıkmadan önce, klinik ortama yakın bir ortamda defalarca pratik yapmasını ve becerilerini geliştirmesini sağlar. Bilgisayar tabanlı simülatörler, gerçeğe yakın hasta ve gerçekçi hasta girişimlerine fırsat vermesi nedeniyle öğrenciler için oldukça öğreticidir. Uygulama senaryoları istenildiği gibi hazırlanabilir, olası tüm durumlar test edilebilir. Böylesi bir eğitsel ortamda uygun beceri eğitim yöntemlerinin de yardımı ile öğrenilenlerin klinik ortama transferi arttırılmış olur. (Mıdık ve Kartal, 2010: 391; Şendir, 2013: 208; Weller, 2004: 341). Yapılan çalışmada simülasyon eğitimi sonrasında klinik uygulamalara yönelik işlem basamaklarının çoğunda doğru yapma oranlarının arttığı, simülasyonla eğitimin öğrencilerin beceri düzeylerini artırdığı belirtilmektedir (Gürol vd., 2016: 104). Simülasyon tabanlı eğitim sonrasında katılımcıların öz yeterlilik değişiminin incelendiği çalışmada da simülasyon eğitimi sonrası öz yeterlilik puanının simülasyon eğitimi öncesi öz yeterlilik puanından yüksek olduğu belirtilmektedir (Cohen vd., 2012: e20).

Hasta güvenliği açısından simülasyon kullanımının yararları

Simülasyon uygun şekilde kullanıldığında tıbbi hataların sayısını ve etkilerini azaltır, eğitim

durumlarında değişikliği kolaylaştırır, hasta güvenliğini artırır, hasta haklarına uygun birey merkezli yaklaşım sağlar (Ziv vd., 2003: 786). Böylece, hastanın risk almadığı bir eğitim ve bakım hizmeti gerçekleştirilir. Dolayısıyla hasta zerindedeneyimsiz ğrenci tarafından gerçekleştirilecek olan eğitim amaçlı işlemler engellenir (şendir, 2013: 208).

Kurum açısından simülasyon kullanımının yararları

Simülasyon kullanımının eğiticilerin ve öğrencilerin harcayacakları zaman ve kullanılan materyal israfı açısından olumlu etkileri vardır. Simülasyon merkezinin kullanımı kuruma prestij kazandırmaktadır. nk teknik geliştirme, beceri kazanma vb. durumları için güçlü birer kaynak olan simülatörler hem eğitim programının niteliğini, hem de kurumun hizmet niteliğini artırma yönünde sürekli gelişim çabasının göstergesidir. Geniş bir perspektiften bakıldığında bu merkez, hasta otonomisine saygı duyan ve önemseyen, etik uygulamaları dikkate alan ve eğitim felsefesine bunu yansıtan, kalite güvencesi sağlayan malpraktise karşı sigortalanan, yeni tıbbi alet ve teknolojilerinin yapılandırılmış ve güvenli duruşları ile tıp ortamına girmesine izin veren bir kurum olacaktır. Simülasyona dayalı eğitim, sosyal adalet temelinde kaynakların etkin dağılımını sağlaması açısından da önemlidir (Sezer ve Elçin, 2017: 444, 445; şendir, 2013: 209; Ziv ve ark, 2003: 786).

Sonuç

Ebelik eğitiminin temel hedefleri arasında; öğrencilerin mesleksen beceriler konusunda daha yetkin hale getirilmesi, becerilerin belirli standartlara dayandırılması ve öğrencilere hangi becerilerin ne düzeyde öğretileceğinin tesadüflere bırakılmaması olmalıdır. Ebelik eğitiminin bir parçası olan obstetride gerekli müdahalenin doğru zamanda yapılması çok önemlidir. Obstetrik uygulamalar, klinik bilgi, beceri ve dikkat gerektirmektedir. Bu uygulamalarda hataları azaltmak, bireylerin hem bilgilerinin hem de uygulama, iletişim ve ekip çalışması becerilerinin geliştirilmesi için, bireye zarar vermeden, tekrarlayarak, hata yapıp, hatalarından öğrenerek deneyim kazanmasına katkı sağlaması nedeniyesimlasyon destekli ebelik eğitim modelinin bir eğitim yöntemi olarak kullanılması ve yaygınlaştırılması önerilmektedir. Aynı zamanda interaktif eğitimi sağlayan simülasyon modelinin ülke çapında yaygın olarak kullanılması ile sağlık personelinin yeni geliştirilen sağlık sistemine daha kolay ve hızlı entegrasyonu sağlayarak, donanımlı sağlık profesyonellerinin yetişmesine, hasta güvenliğinin sağlanmasına ve bakım kalitesinin artmasına katkıda bulunacaktır. Simülasyon destekli ebelik eğitimi modeli tıbbi hataların azaltılarak perinatal sonuçların iyileşmesine, kadının, yenidoğanın ve toplumun sağlığının korunmasına, sürdürülmesine ve geliştirilmesine katkı sağlayacağı ve ülkenin gelişmişlik düzeyinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilen anne ve bebek ölüm oranlarını azaltacağı düşünülmektedir

KAYNAKLA

1. Abrahamson, S., Denson, JS., Wolf, RM. (2004). Effectiveness of a simulator in training anaesthesiology residents.
2. *Qual Saf HealthCare*, 13(5), 395–397.

3. Aggarwal, R., Mytton, O. T., Derbrew, M., Hananel, D., Heydenburg, M., Issenberg, B., MacAulay, C., Mancini, ME., Morimoto, T., Soper, N., Ziv, A., Reznick, R. (2010). *Training and Simulation for Patient Safety. Quality and Safety in Health Care*, 19(2), i34-i43
4. Alinier, G. (2011). Developing high-fidelity health care simulation scenarios: a guide for educators and professionals.
5. *Simulation & Gaming*, 42(1), 9-26.
6. Aydın Kartal, Y., Yazıcı S. (2017). Ebelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonunda anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *HSP*, 4(3), 190-195.
7. Bull, A., Sweet, L., (2015). Midwifery students receiving the newborn at birth: A pilot study of the impact of structured training in neonatal resuscitation. *Nurse Education in Practice*, 15, 387-392.
8. Coffey, F. (2015). Learning by simulation – is it a useful tool for midwifery education. *New Zealand College of Midwives Journal*, 51, 30-36.
9. Cohen, SR., Cragin, L., Wong, B., Walker, DM., (2012). Self-efficacy change with low tech, high-fidelity obstetrics simulation training for midwives and nurses in Mexico, *Clinical Simulation in Nursing*, 8(1), e15-e24.
10. Crofts, JF., Barlett, C., Ellis, D., Hunt, LP., Fox, R., Draycott, TJ. (2006). Training for shoulder dystocia: a trial of simulation using low-fidelity and high-fidelity mannequins. *Obstet Gynecol*, 108(6), 1477-1485.
11. Crofts, JF., Ellis, D., James, M., Hunt, LP., Fox, R., Draycott, TJ. (2007). Pattern and degree of force applied during simulation of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol*, 197(2), 156.e1-6.
12. Davis, A. (2015). Virtual Reality Simulation: An Innovative Teaching Tool for Dietetics Experiential Education. *The Open Nutrition Journal* 2015, 9, 65-75.
13. e France, B. (2007). The alarm and MORE(OB) programs. *J Obstet Gynaecol Can*, 29(3), 215-216.
14. Draycott, T., Sibanda, T., Owen, L., Akande, V., Winter, C., Reading, S., Whitelaw, A. (2006). Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome. *BJOG*, 113(2), 177-182.
15. Durmaz A., Elem E., Unutkan A., Keskin N. (2017). The effect of simulation on vaginal delivery skills and self-sufficiency levels. *JoCRHeS*, 7(2), 42-52.
16. Ewertsson, M., Allvin, R., Holmström, IK., Blomberg, K. (2015). Walking the bridge: nursing students' learning in clinical skill laboratories. *Nurse Education in Practice*, 15(4), 277-283.
17. Fowler-Durham, C., Alden, KR. (2008). Enhancing Patient Safety in Nursing Education Through Patient Simulation. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 51: 1-40.
18. Freeth, D., Ayida, G., Berridge, EJ., Sadler, C., Strachan, A. (2006). MOSES: Multidisciplinary Obstetric Simulated Emergency Scenarios. *J Interprof Care*, 20(5), 552-554.
19. Gardner, R., Raemer, DB. (2008). Simulation in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 35 (2008), 97-127.
20. Göktolga, Ü., Demir, B. (2010). Kadın doğum kliniğinde simülasyon. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 7(4), 256-261.
21. Güngör-Tavşanlı, N., Kosova, F., Bolsoy, N., Altıparmak, S., Demirci, H., Şen, S., Cambaz Ulaş, S.,

- Çalım, Sİ., Çiçek, Y., Nurseven Şimşek, H., Bozhan E. (2018). Tam donanımlı doğum simülasyon sisteminin öğrencilerin ders başarısına ve problem çözme yeteneklerine etkisinin değerlendirilmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 22-27.
22. Gürol, A., Balcı-Akpınar, R., Ejder-Apay, S. (2016). Simülasyon uygulamalarının öğrencilerin beceri düzeylerine etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 17, 99-104.
23. Jimenez, C., Navia-Osorio, P., Vacas Diaz, C. (2010). Stress and health in novice and experienced nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (2), 442–455
24. Johanson, RB., Menon, V., Burns, E., Kargramanya, E., Osipov, V., Israelyan, M. (2002), Managing Obstetric Emergencies and Trauma (MOET) structured skill training in Armenia, utilizing models and reality based scenarios, *BMC Med Educ*, 2, 5.
25. Kory, PD., Eisen, LA., Adachi, M., Ribaldo, VA., Rosenthal, ME., Mayo, PH. (2007). Initial airway management skills of senior residents: Simulation training compared with traditional training, *Chest*, 132(6), 1927-1931.
26. Maslovitz, S., Barkai, G., Lessing, BJ., Ziv, A., Many, A. (2007). Recurrent obstetric management mistakes identified by simulation. *Obstetrics & Gynecology*, 109(6), 1295- 1300.
- Mert, M. (2015). Postpartum kanamanın yönetiminde hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesinde farklı simülasyon yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). T.C.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
27. Mıdık, Ö., Kartal, M. (2010). Simülasyona dayalı tıp eğitimi. *Marmara Medical Journal*, 23(3), 389-399.
28. Patrik, J. (2002). Simulation. In: Patric J, ed. Training: Research and Practice. London: Academic Press: 487-508.
29. Phillips, D., Duke, M., Nagle, C., Macfarlane, S., Karantzas, G., Patterson, D. (2013). The virtual maternity clinic: A teaching and learning innovation for midwifery education. *Nurse Education Today*, (33), 1224- 1229.
30. Rosen, MA., Salas, E., Wilson, KA., King, HB., Salisbury, M., Augenstein, JS., Robinson, DW., Birnbach, DJ. (2008). Measuring team performance in simulation-based training: adopting best practices for healthcare. *Simul Healthc*, 3(1), 33-41.
31. Ryan, CA., Walshe, N., Gaffney, R., Shanks, A., Burgoyne, L., Wiskin, CM. (2010). Using standardized patients to assess communication skills in medical and nursing students. *BMC Medical Education*, 10(1), 1-8.
32. Sezer, B., Elçin, M. (2017), Tıp Eğitiminde Simülasyon, HF. Odabaşı, B. Akkoyunlu, A. İşmaniçinde, *Eğitim Teknolojileri Okumaları* (s. 443-448), Sakarya Üniversitesi.
33. Shah, NH., Gor, RV., Soni, H. (2007). Simulations. In: Shah NH, Gor RV, Soni H eds. Operations Research. New Delhi: Prentice Hall of India Private Limited: 486-488.
34. Sharif, F., Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nurs*, 4(6), 1-7.
35. Sheu, S., Lin, HS., Hwang, SL. (2002). Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: The effect of coping behaviors. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (2), 165–175.

36. Şendir, M. (2013). Kadın sağlığı hemşireliği eğitiminde simülasyon kullanımı. *F.N. Hem. Derg*, 21(3), 205-212.
37. Şendir, M., Acaroğlu, R. (2008). Reliability and validity of Turkish version of clinical stress questionnaire. *Nurs Educ Today*, 28(6), 737-743.
38. Türk Dil Kurumu (TDK, 2018). Erişim Tarihi: 10.09.2018, http://www.tdk.gov.tr/?option=com_karsilik&view=karsilik&kategori=abecesel&kelime2=Sadresinden alındı.
39. Türk Ebeler Derneği (2018). Erişim Tarihi: 10.09.2018, <http://turkebelerderneği.org/ebelin-tarihcesiadresinden> alındı.
40. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB, 2014). Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışandiger meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik, Erişim tarihi: 20.09.2018, <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12541,20140522-29007-sag-meslek-mensuplari-ile-sag-hizde-cal-diger-meslek-mensuplarinin-is-ve-gorev-tanimlarina-dair-yonetmelikpdf.pdf?0> adresinden alındı.
41. Weller, JM. (2004). Simulation in undergraduate medical education: Bridging the gap between theory and practice.
42. *Med Educ*, 38, 22-38.
43. Ziv, A., Root-Wolpe, P., Small, SD., Glick, S. (2003). Simulation-based medical education: an ethical imperative.
44. *Academic Medicine*, 78(8), 783-788.
45. Ziv, A., Small, SD., Wolpe, PW. (2000). Patient safety and simulation-based medical education. *Medical Teacher*, 22(5), 489-495.

5 SEZARYEN DOĞUM ORANLARI VE KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİ İLE İLİŞKİSİ

A.Dönmez, Z.Karaçam, H.Sakaoğlu, N.Canbulut

Giriş

Gebelik ve doğum, kadınları hem fiziksel hem de duygusal yönden etkileyen önemli bir yaşam deneyimidir. Bu süreç kadınların sosyal yaşamlarını da etkileyerek sosyal ilişkilerinde ve aile bireylerinde rol değişikliğine neden olmaktadır.

Dünya sağlık örgütü (DSÖ), anne, yenidoğan ve bebek ölüm oranlarının azaltılmasında makul sezaryen oranının %10-15 olduğunu ve bu oranın üstündeki sezaryenlerin mortaliteyi azaltmada etkili olmadığını açıklamıştır. Buna rağmen birçok ülkede sezaryen oranlarında belirgin bir şekilde artış olduğu gözlenmektedir. Bu oranlar Finlandiya %15,5, Hollanda %15,9, ülkemizde ise bu oranın %53,7 olarak rapor edilmiştir.

Bu araştırmanın amacı kadınların doğum şekline karar vermelerini etkileyen faktörleri incelemektir. Araştırma sonucu elde edilen bilginin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin planlanması ve sunulmasına ve kadınların doğum şekli tercihlerini belirlemelerine, bilimsel bilgiye ve araştırmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

Materyal ve Yöntem

Bu araştırma analitik-kesitsel olarak, 01.01.2017–30.06.2017 tarihlerinde Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yapıldı. Araştırmaya gelişigüzel örnekleme yöntemi ile doğum yapan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 372kadın dâhil edilmiştir. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür incelemesi sonucu geliştirilen anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi ile yapılmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamındaki kadınların yaş ortalaması $22,99 \pm 3,67$ 'dir. Kadınların eğitim durumları %68,02'si ilköğretim ve altı, %31,98'inin lise ve üstü mezunu olduğu, önceki doğum şeklinin %58,6'nın vajinal, %41,4'ünün sezaryen doğum olduğu bulunmuştur. Kadınların yaş, çalışma, sosyal güvence ve algıladıkları gelir düzeyleri ile doğum şekli arasında yapılan incelemelerde gruplar arasında istatistiksel olarak önemli herhangi bir fark bulunamamıştır. Lise ve üstü eğitim alan kadınlarda sezaryen ile doğum oranlarının(%56,3) ilköğretim ve daha az eğitimi olanlara göre (%45,1) daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır($p=0,043$). Doğum sayısı 1-3 olan kadınların sezaryen ile doğum oranlarının (%54,4), 4-7 olanlara(%27,3) göre daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p=0,014$).

Sonuç ve öneriler

Çalışmada kadınların doğum şekline karar vermelerini bireysel özellikler ve sağlık personelinin yaklaşımı gibi çeşitli değişkenlerin etkilediği sonuçları açığa çıkarılmıştır. Bu sonuçlara dayalı olarak; sağlık eğitimcilerinin doğum yöntemleri ve kadınların doğum şekline karar vermeleri hakkında eğitimlerde yer vermeleri, sağlık yöneticilerinin bu konudaki sorunları azaltacak ve çözüm önerileri geliştirecek kamusal düzenleme ve politika geliştirmeleri önerilebilir.

Anahtar kelimeler: doğum, hasta tercihi, karar verme

Cesarean Birth Rate and women's relationship with Preferred Method of Birth

Aim

Pregnancy and delivery are an important life experience that affects women both physically and emotionally. The World Health Organization (WHO) stated that the rate of reasonable caesarean section in reducing maternal, neonatal and infant mortality rates is 10-15% and that cesareans above this rate are not effective in reducing mortality. The aim of this study is to examine the factors that affect women's decision to give birth. The results of the information obtained prior to pregnancy, pregnancy, partum and postpartum care services and the provision of planning and women to determine their preferred mode of partum is expected to contribute to scientific knowledge and research.

Material and Method

This research was conducted analytically-cross-sectional in the Obstetrics and Gynecology Clinic of Tepecik Hospital between 01.01.2017-30.06.2017. The study, birth by random sampling method and were included 372 women who voluntarily to participate in research. Data analysis was performed by descriptive statistics and chi- square test.

Results

The mean age of women in the study was $22,99 \pm 3,67$. The education level of women, 68,02% primary and lower, 31,98% high school and over graduated, 58,6% of the previous birth rate was vaginal and 41,4% was cesarean delivery. Women's age, studies, investigations carried out between mode of birth with social security and income levels perceive any difference between the groups was not found to be statistically significant.

High school education or birth by caesarean section rates in women(56.3%) than those with less education and elementary education(45.1%) were found to be higher and statistically significant ($p = 0.043$). It was determined that cesarean birth rates were higher in women (1-3%) compared to 4-7(27.3%) and statistically significant($p = 0.014$).

Conclusion

Women in the study to decide the mode of birth results of various variables such as individual characteristics and the approach of the health personnel have been revealed. Based on these results; health educators may be advised to include the methods of delivery and the way women decide on the way of birth public regulatory and policy developments to reduce the problems of health managers and to propose solutions.

Key Words: birth, patient preference, decision making

Giriş

Gebelik ve doğum, kadınları hem fiziksel hem de duygusal yönden etkileyen önemli bir yaşam tecrübesidir. Bu dönem kadınların sosyal yaşamlarını da etkileyerek sosyal ilişkilerinde ve aile bireylerinde rol değişikliğine sebep olmaktadır. Kadınlar gebelikte doğum korkusu ve doğumla ilgili zıt duygular yaşarlar ve özellikle gebeliğin son dönemlerinde doğum şekline odaklanırlar (1- 3).

Son 20 yıldır sezaryen doğum oranlarındaki artış dikkat çekmektedir (1; 4; 5). Bu artışın nedenleri arasında kadınların günümüzde daha ileri yaşta evlenmeleri ve gebe kalmaları, üreme tekniklerindeki gelişmeler sonucu oluşan gebelikler gibi tıbbi endikasyonlarla birlikte malpraktis davalarındaki artışlar ve annelerin isteği gibi sosyal endikasyonlar da yer almaktadır (1; 2; 5). Dünya sağlık örgütü (DSÖ), anne, yenidoğan ve bebek ölüm oranlarının azaltılmasında makul sezaryen oranının %10-15 olduğunu ve bu oranın üstündeki sezaryenlerin mortaliteyi azaltmada etkili olmadığını açıklamıştır. Buna rağmen birçok ülkede sezaryen oranlarında belirgin bir şekilde artış olduğu gözlenmektedir. Bu oranlar Finlandiya %15,5, Hollanda %15,9, ülkemizde ise bu oranın %53,7 olarak rapor edilmiştir.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar kadınların isteğe bağlı sezaryen oranlarının oldukça yüksek düzeyde olduğu (%27; %59,6) (3;6) ve korkunun kadınların doğum şekline karar vermesini etkileyen önemli bir neden olduğu (%7,5; %47,4) (1;7) bilgilerini ortaya çıkarmışlardır. Ancak ülkemizde kadınların doğum tercihlerinin giderek değişmesi ve sezaryen oranlarının hızlı artış eğilimini sürdürmesi nedenleri ile bu konuda daha fazla güncel bilgiye gereksinim duyulmuştur. Bu araştırmanın amacı kadınların doğum şekline karar vermelerini etkileyen faktörleri incelemektir. Araştırma sonucu elde edilen bilginin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin planlanması ve sunulmasına ve kadınların doğum şekli tercihlerini belirlemelerine, bilimsel bilgiye ve araştırmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

Gebelikte doğum şekli ile ilgili anne adayları korku, kaygı, heyecan gibi duygular taşımaktadırlar. Bu duygular birinci gebelikte daha yoğun olmaktadır. Kadınların gebelik ve doğumda olabilecek riskleri azaltmak, komplikasyonları önlemek, anne, bebek ve toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için gebelikte, doğum ve doğum sonrası dönemlerde güvenli koşullarda bakım almaları sağlanmalıdır. Bu koşulların sağlanmasında ebeler ve diğer sağlık çalışanlarının önemli sorumlulukları bulunmaktadır (2; 3;8).

Bu araştırmanın amacı kadınların doğum şekline karar vermelerini etkileyen faktörleri incelemektir. Araştırma sonucu elde edilen bilginin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin planlanması ve sunulmasına ve kadınların doğum şekli tercihlerini belirlemelerine, bilimsel bilgiye ve araştırmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

Materyal ve Yöntem

Bu araştırma analitik-kesitsel olarak, 01.01.2017–30.06.2017 tarihlerinde Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yapıldı. Araştırmaya gelişigüzel örnekleme yöntemi ile doğum yapan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 372 kadın dâhil edilmiştir. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür incelemesi sonucu geliştirilen anket

formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Ankette kadının yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, evlilik durumu, algıladığı gelir düzeyi, doğum, düşük, küretaj sayısı, doğum şekli, sezaryen nedeni, doğum şekline kimin karar verdiği gibi sosyo-demografik, gebelik ve doğum öykülerini sorgulayan 25 soru yer almıştır. Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğinin geliştirilmesi için 25 kadın ile pilot çalışma yapılmış ve sorularda herhangi bir değişiklik yapılmasına gereksinim duyulmadığından bu kadınlar örnekleme dahil edilmiştir.

Verilerin analizi tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi ile yapılmıştır.

Bulgular

Kadınların gebelik ve doğumlarına ilişkin diğer bazı bilgileri tablo 1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, araştırma kapsamındaki kadınların yaş ortalaması $22,99 \pm 3,67$ ’dir. Kadınların eğitim durumları, %68,02’si ilköğretim ve altı, %31,98’inin lise ve üstü mezunu olduğu, %88,7’sinin ev hanımı olduğu, %13’ünün sağlık güvencesi ve %6,1’inin resmi nikâhının bulunmadığı belirlenmiştir. Kadınların %31,72’si algıladıkları gelir düzeyini düşük olarak tanımlamışlardır. Kadınların %92,8’inin doğum sayısı 1-3 iken, %7,16’sının dört ve daha fazla doğum yapmış oldukları saptanmıştır (Tablo 1). Kadınların önceki doğum şeklinin %58,6’nın vajinal, %41,4’ünün sezaryen doğum olduğu bulunmuştur. Kadınların yaş, çalışma, sosyal güvence ve algıladıkları gelir düzeyleri ile doğum şekli arasında yapılan incelemelerde gruplar arasında istatistiksel olarak önemli herhangi bir fark bulunamamıştır. Araştırmada kadınların %48,7’sinin sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır. Lise ve üstü eğitim alan kadınlarda sezaryen ile doğum oranlarının (%56,3) ilköğretim ve daha az eğitimi olanlara göre (%45,1) daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,043$). Doğum sayısı 1-3 olan kadınların sezaryen ile doğum oranlarının (%54,4), 4-7 olanlara(%27,3) göre daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,014$).

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğum Şeklinin Karşılaştırılması(n=372).

Sosyo-demografik özellikler	Vajinal Doğum (n=191)Sayı [%]	Sezaryen Doğum (n=181)Sayı [%]	Ki-kare /p değeri
Yaş			
16-30	111 (50,2)	110 (49,8)	$\chi^2:0,06$ 4
31-45	80 (52,7)	71 (47,3)	$p>0,005$
Eğitim düzeyi			
İlköğretim ve altı	139 (54,9)	114 (45,1)	$\chi^2:0,04$ 3

Lise ve Üstü	52 (43,7)	67 (56,3)	p<0,005
Çalışma durumu			
Çalışıyor	11 (42,3)	15 (57,7)	□2:0,33 9 p>0,05
Çalışmıyor	180 (52,0)	166 (48,0)	
Sosyal güvencesi			
Olan	128 (51,6)	119 (48,4)	□2:0,93 8 p>0,05
Olmayan	64 (51,2)	61 (48,)	
Algılanan gelir düzeyi			
Düşük	67 (56,8)	51 (43,2)	
Normal	124 (48,8)	130 (51,2)	

Kadınların yaş, çalışma, sosyal güvence ve algıladıkları gelir düzeyleri ile doğum şekli arasında yapılan incelemelerde gruplar arasında istatistiksel olarak önemli herhangi bir fark bulunamamıştır.

Tartışma

Bu araştırma kadınların doğum şekline karar vermelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile İzmir merkezinde bir eğitim araştırma hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde doğum yapan 372 kadın ile kesitsel olarak yapılmıştır. Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen başlıca bulguların mevcut literatüre göretartışması verilmiştir.

Araştırmada kadınların önemli bir bölümünün sezaryen ile doğum yaptığı görülmüştür (%48,7). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar verilmiş olup sezaryen ile doğum oranları; %43,2, %48,1 şeklinde bildirilmiştir (3; 9). Bu sonuçlar ülkemizde sezaryen oranlarının DSÖ'nün önerilerine göre oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada 16-30 yaş grubu kadınların yaklaşık olarak yarısı (%49,8) sezaryen ile doğum yapmıştır. Sezaryen sıklığının incelendiği çalışmalarda 30 yaş altındaki kadınların sezaryen oranlarının yüksek olduğu gözlenmiş olup; %56, %54,9 olarak rapor edilmiştir (1; 10). Bu sonuçlara göre 30 yaş altındaki kadınlar arasındasezaryen ile doğum kabul edilebilir sezaryen oranlarından çok daha yüksek olduğu ve nedenlerine yönelik daha fazla çalışma yapılması gerektiği söylenebilir.

Bu araştırmada, lise ve üzeri eğitim alan kadınlarda sezaryen oranının diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek olduğu izlenmiştir. Ülkemizin Yozgat (%33,3) ve Malatya (%61,2) illerinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (11; 12). Diğer bazı ülkelerde eğitim süresi 12 yıldan fazla olan kadınlarda sezaryen oranı Hong Kong'da %34,6, Paraguay'da %42,4 ve %55,1 (1995-2008 yıllarını karşılaştıran bir çalışmada) ve Çin'de %86,1 olarak rapor edilmiştir (13-15). Bu sonuçlara göre, eğitim durumunun doğum şekli üzerinde etkili olduğunu göstermekte olup, eğitim düzeyi arttıkça kadınların daha fazla sezaryen ile doğum

yaptıkları söylenebilir.

Sonuç ve öneriler

Çalışmada kadınların doğum şekline karar vermelerini bireysel özellikler ve sağlık personelinin yaklaşımı gibi çeşitli değişkenlerin etkilediği sonuçları açığa çıkarılmıştır. Bu sonuçlara dayalı olarak; sağlık eğitimcilerinin doğum yöntemleri ve kadınların doğum şekline karar vermeleri hakkında eğitimlerde yer vermeleri, sağlık yöneticilerinin bu konudaki sorunları azaltacak ve çözüm önerileri geliştirecek kamusal düzenleme ve politika geliştirmeleri önerilebilir.

Kaynaklar

1. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2012;20(3): 210-218.
2. Vatansever Z. Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. DEUHYO ED. 2013;6(2):82-87.
3. Özkan S, Sakal F, Avcı E, Civil E, Tunca M. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. Turk J Public Health. 2013;11(2):59–71.
4. Edmonds J K. Clinical Indications Associated With Primary Cesarean Birth. Nursing for Women’s Health.2014;243-249. DOI: 10.1111/1751-486X.12126.
5. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World health statistics 2014. 1.Health status indicators. 2.World health. 3.Health services – statistics. 4.Mortality. 5.Morbidity. 6.Life expectancy. 7.Demography. 9.Statistics. I.World Health Organization.2014; ISBN 978 92 4 156471 7 (NLM classification: WA 900.1) ISBN 978 92 4 069267 1 (PDF).
5. Elkin N. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvurmuş Olan 18–49 Yaş Arası Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve İlişkili Faktörler. Anadolu Kliniği. Mayıs 2016; Cilt 21, Sayı 2.
6. Ergöl, Ş., Kürtüncü, M. Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;1(3): 26-34
7. Başar F, Sağlam HY. Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Journal of Current Researches on Health Sector. 2018;8 (1), 59-74.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Verileri, 2013.
9. Öner, S, & Koçaş, F. Mersinde 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler. TAF. Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(5):401-407.
10. Canbal M, Ak M, Yılmaz A, Palancı Y. Aile hekimliğine başvuran kadınların sezaryen bilgi düzeyleri: İki merkezli kesitsel bir çalışma. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J. 2014; Cilt / Vol 41, No 2, 319-325.
11. Yağmur Y, Çubuk MM. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerine Sağlık Eğitiminin Etkisi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6 (1): 7-11
12. Lin LS, Leung GM, Schooling M. Mode of delivery and adiposity: Hong Kong’s “Children of 1997” birth cohort. Annals of Epidemiology 23,2013;693-699.

13. Yuan J, Painter I, Abraham L, Melian M, Denno MD. A comparison of trends in cesarean delivery in Paraguay between 1995 and 2008. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.2014; doi:10.1016/j.ijgo.2014.03.030.
14. Rutayisire E, Wu X, Huang K, Tao S, Chen Y, Tao F. Childhood emotional and behavior problems and their associations with cesarean delivery. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017;00:000–000. doi:10.1590/1516-4446-2016-2152.

6 - KADIN-DOĞUM İLE İLGİLİ BİRİMLERDE EBELİK VE DİĞER ÖĞRENCİ UYGULAMALARININ KURUMSAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

A. Dönmez, Z. Karaçam, Y.Yeşil, G. Gürsoy, P.Oruç

ÖZET

GİRİŞ ve AMAÇ: Klinik uygulamalar, ebelik ve diğer birçok uygulamalı meslek eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hastanelerin birçok biriminde olduğu gibi kadın-doğum ile ilgili birimlerde ebelik lisans öğrencilerinin yanı sıra lise ve ön lisans düzeylerinde diğer meslek uygulamalarının da eğitimleri yürütülmektedir. Bu birimlerde ebelik öğrencileri ile birlikte hemşirelik, paramedik, sağlık bakım teknisyenliği, ebe ve hemşire yardımcıları olmak üzere farklı gruplardaki çok sayıda öğrencinin uygulama yapması kurumsal açıdan ciddi sorun oluşturmaktadır. Ayrıca bu kalabalık ve karmaşa eğitimin de istenilen düzeyde olmamasına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kadın-doğum ile ilgili birimlerde ebelik ve diğer öğrenci uygulamalarının kurumsal açıdan değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu araştırma retrospektif-tanımlayıcı olarak, 2015-2018 eğitim-öğretim yıllarında İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nin kadın-doğum ile ilgili birimlerinde uygulama yapan 3690 öğrenci ile yapılmıştır. Veriler hastanenin eğitim biriminin kayıt sisteminden ve ilgili birimlerin toplantı raporlarından elde edilmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistikler ve öyküsel anlatım yolu ile sunulmuştur.

BULGULAR: Hastanede uygulama yapmak üzere çeşitli bölümlerden ve okul türlerinden öğrenci kabulü yapılmaktadır. Mesleki Teknik Anadolu Liselerinden, yıllık ortalama 300 öğrenci kabulü yapılmaktadır. Bu öğrencilerin 19 okuldan geldiği ve sağlık bakım teknisyenliği, ebe ve hemşire yardımcılığı gibi farklı bölümlerden olduğu belirlenmiştir. Hastanemizde yıllık 600 lisans, 300 ön lisans ve 30 lisansüstü öğrenci uygulama yapmaktadır. Bu öğrencilerin 6 üniversitenin ebelik, hemşirelik, fizyoterapi, tıbbi dokümantasyon, sağlık kurumları işletmeciliği, paramedik, tıbbi laboratuvar, tıbbi görüntüleme, yaşlı bakım, biyomedikal mühendislik ve beslenme diyetetik bölümlerinden olduğu tespit edilmiştir. Hastanenin öğrenci eğitimi ile ilgili yapılan toplantılarda birim yetkilileri öğrencilerin takip edilmesi ve yönlendirilmeleri, sık rotasyondan kaynaklı uyum sorunları, hasta ve çalışan güvenliği, malzeme tüketimi, öğrenciler, eğiticiler ve eğitim kurumları ile iletişim ve çalışan iş yükünün artması, sosyal alan yetersizliği, hastane gelirinin öğrenciler ile paylaşılmak zorunda kalınması, atık yönetimi, hasta mahremiyeti ve memnuniyeti konularında problem yaşandığını bildirmişlerdir.

SONUÇ

Bu çalışma, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nin kadın-doğum ile ilgili birimlerde öğrenci sayısı ve çeşitliliğinin çok fazla olmasından dolayı sosyal, tüketim, eğitim, iş sağlığı ve güvenliği gibi çok sayıda sorun bulunduğunu göstermiştir. Eğitim ve sağlık kurumlarının işbirliği ile kurumsal sorunların azaltılması ve eğitim kalitesinin geliştirilmesi sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Ebelik, eğitim, öğrenci, uygulama, güvenlik

Evaluate Of Midwifery And Other Student Practices In Units With ObstetricsAnd Gynecology

AIM

Clinical practice constitutes an important part of midwifery and many other practical vocational training. The training of other vocational applications as it is in many units of the hospitals with obstetric and gynecology units, midwifery graduate students in relevant, as well as in high school and undergraduate level are carried out. This unit with midwifery students in nursing, paramedic, health care technicians, nurses and midwives assistants different groups, including many students and making the application constitutes a serious institutional problem. The aim of this study is to evaluate the midwifery and other student practices obstetric and gynecology units of the Tepecik Education and Research Hospital.

MATERIALS AND METHODS

As a retrospective-descriptive study, this study was carried out with 3690 students who applied in obstetric and gynecology units of Tepecik Training and Research Hospital in 2015-2018 academic year. The data were obtained from the registration system of the education unit and from the meeting reports of the relevant units. Data are presented by descriptive statistics and through narrative narration.

RESULTS

Students are admitted to various departments and types of schools to practice at the hospital. Vocational High Schools, an average of 300 students are accepted annually. It was determined that these students were from different departments such as 19 schools and health care technicians, midwives and nurses. 600 under-graduate, 300 pre-graduate and 30 graduate students are practicing at the university level. It was determined that these students were from 6 universities and various departments. In the meetings of the hospital about the student education, the unit officials reported that there were problems regarding patient and employee safety, consumption, increasing the workload, lack of social space, patient privacy and satisfaction of the students. Additionally, the employees of this institution showed that the number of students and schools were more and more diverse as the main source of the problems.

Conclusion

This study showed that there are many problems such as social, consumption, education, occupational health and safety in Tepecik Hospital due to the high number and number of students in the obstetrics and gynecology units. Reduction of corporate issues with the cooperation of educational and health institutions, and improve the quality of education.

KEY WORDS: midwifery, education, student, practise, safety

Giriş ve amaç

Klinik uygulamalar, ebelik ve diğer birçok uygulamalı meslek eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hemşirelik öğrencileri, okulda öğrenilen teorik bilgileri kliniklere aktarırken, öğretim elemanının yetersiz olması nedeniyle klinisyen hemşireler ile birlikte uygulama yapmaktadırlar. Bu nedenle kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki açıdan donanımlı, bilinçli, deneyimli ve olumlu rol modeli olması uygulama hedeflerine ulaşmak bakımından önemlidir (1, 2). Klinik uygulamalarda öğrenci, etkin bilişsel ve psikomotor gelişimler gösterir, kendilerine örnek alabilecekleri rol modelleri ile uzun zamanda birlikte uygulama yapabilmesi dolayısı ile olumlu davranış değişiklikleri ortaya çıkabilir. Ancak, öğrencilerde olumlu davranış değişiklikleri geliştirebilmek için uygulama alanlarının eğitimin amacına uygun olması gerekmektedir (2 - 4). Birçok çalışmada öğrencilerin kısa süreler ile yapılan uygulamalar yerine intörlük uygulamalarının daha yararlı olduğu, öğrencinin kliniği tanıma, klinik hemşiresinin de öğrenciyi tanıyarak birlikte uyum halinde çalışma olanağı sağladığı rapor edilmiştir (5-8).

Hemşirelik eğitiminde modern eğitim araçlarının etkin ve sürekli bir şekilde kullanılması, öğrencilerin klinik uygulamalara çıktıklarında özgüveni yüksek ve uygulamalarında donanımlı olmalarını sağlaması ile, uygulamalarda hata yapılmasını da en aza indirir. Öğrenciler, okuldaki laboratuvar uygulamalarıyla, uygulamaların sanal kısımlarını öğrenen öğrenciler bir sonraki basamak olan klinik uygulamaya başlar. Klinik öğretim, öğrenciye, teorik bilgisini uygulamaya koyma, mesleki kimlik kazanma ve yaparak öğrenme fırsatı veren bir süreç olarak tanımlanabilir. Klinik öğretimin amacı, öğrencilerin önceden kazandıkları temel bilimsel bilgileri uygulamadaki becerilerle bütünleştirmeleri, tanı, tedavi ve hasta bakımına yönelik konularda yeterlilik kazanmalarını, temel mesleki, kişisel beceri ve davranışları kazanmalarını sağlamaktır. Öğrencilerden hemşirelik mesleğinin değer, tutum, bilgi ve becerilerini geliştirmesini beklenmektedir (9).

Hizmet sunumunda yeterlilik, iletişim, karar verme ve ekip üyesi olarak çalışabilme becerileri geliştirir. Pratikte öğrenmeyi destekleyen üç unsur; yeterli klinik eğitimci desteği, klinik uygulama alanının geliştirilmesi ve izlenmesi, öğrencilerin uygun kliniklere yerleştirilmesinde hastane yönetimi ile işbirliği, işbirliğinin geliştirilmesidir (10, 11).

Öğrencilerin kliniklerde yaşadığı sorunlar; ekip tarafından gereken değer verilmemesi; sürekli hasta odasında bulunulmayı istememesi, hastanın öğrenciye olan güveninin sarsılması, hata yapma korkusu ile hasta bakımı yapmadan çekinme, hasta ile yeterli iletişim kuramama, kendini yabancı hissetme olarak sıralanabilir. Öğrencilerin yaşadığı bu sorunların çözümünde okul hastane işbirliği önemli olup, kabul edilen güncel ve bilimsel teorik bilgilerin klinik sahada uygulamaya dönüştürülmesine yönelik olarak öğretim elemanları ve öğrenci hemşireler ile servis hemşirelerinin yeterli iletişim kurarak meslek kalitesini arttırma ilkesine dayanır. Ayrıca okul-hastane işbirliği klinik iş yükünü azaltarak hasta bakımının kalitesini artırarak edindiği yeni teorik bilgilerle hem kendi hem de öğrenci gelişimine katkı sağlar. Klinik hemşiresinin öğrenci hemşirelerle birlikte çalışması eğitici rolünün farkına varmasına ve sorumluluk almasını sağlar (1, 10 - 12).

Öğrencilerin kliniklerde yaşadığı sorunlar; öğrenci ile hastane çalışanları arasındaki iletişim sorunları, alışılmadık alanlarda çalışma, hata yapma korkusu ile hasta bakımı yapmaları, giyinme odası

ve toplantı odasının olmaması / yetersiz olması, beslenme gereksinimlerinin tam olarak karşılanmaması (10 - 13). Öğrenci uygulamalarında ortaya çıkan sorunlara çözüm üretmek ve eğitimin niteliğini artırmak için öğrencilerin öğrenme ve farklılaşma isteğini artıracak önlemlerin alınması gerekmektedir (14). Eğitimciler, öğrencilerin karşılaştığı olumsuzluklardan etkilenmemesi için benlik saygısını geliştirecek şekilde destekleyici, içten ve eşit davranmalıdırlar (15). Klinik eğitimci, klinik uygulamanın öğrenciler için stresli bir dönem olduğunun, hatta eğitim programları ilerledikçe yaşadığı stresin azalmadığının farkında olmalı, değerlendirici rolü ile birlikte, eğitici ve rehberlik rolleri ile öğrencilerin öğrenmelerini desteklemeli, onların güvenini kazanmalıdır (16).

Hastanelerin birçok biriminde olduğu gibi kadın-doğum ile ilgili birimlerde ebelik lisans öğrencilerinin yanı sıra lise ve ön lisans düzeylerinde diğer meslek uygulamalarının da eğitimleri yürütülmektedir. Bu birimlerde ebelik öğrencileri ile birlikte hemşirelik, paramedik, sağlık bakım teknisyenliği, ebe ve hemşire yardımcılığı olmak üzere farklı gruplar ve çok sayıda öğrencinin uygulama yapması kurumsal açıdan ciddi sorun oluşturmaktadır. Ayrıca bu kalabalık ve karmaşa eğitimin de istenilen düzeyde olmamasına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kadın-doğum ile ilgili birimlerde ebelik ve diğer öğrenci uygulamalarının kurumsal açıdan değerlendirilmesidir.

Gereç ve yöntem

Bu araştırma retrospektif - tanımlayıcı olarak, 2015-2016, 2016-2017 ve 2017-2018 eğitim-öğretim yıllarında İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nin kadın-doğum ile ilgili birimlerinde uygulama yapan 3690 öğrenci ile yapılmıştır. Veriler eğitim biriminin kayıt sisteminden ve ilgili birimlerin toplantı raporlarından elde edilmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistikler ve öyküsel anlatım yolu ile sunulmuştur.

Bulgular

Hastanede uygulama yapmak üzere çeşitli bölümlerden ve okul türlerinden öğrenci kabulü yapılmaktadır ve öğrenci staj uygulamaları “3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu” ve hastanemiz “Öğrenci Beceri Uygulama Talimatı” kapsamında yürütülmektedir.

Hastanede, kliniklere öğrenci dağılımı yapılırken, öğrenci ve hemşire sayıları, kliniğin hasta sayısı, yatan hastaların özellikleri ile bakım gereksinimleri, öğrencinin sınıfı ve uygulama dersi göz önünde göz önünde bulundurulmaktadır. Kadın-Doğum Kliniklerinde uygulama yapan öğrenci dağılımları Tablo 1’de verilmiştir. Mesleki Teknik Anadolu Liselerinden (MTAL), yıllık ortalama 300 öğrenci kabulü yapılmaktadır. Bu öğrencilerin 19 okul ve sağlık bakım teknisyenliği, ebe ve hemşire yardımcılığı gibi farklı bölümlerden olduğu belirlenmiştir. Üniversite düzeyinde yıllık 600 lisans, 300 ön lisans ve 30 lisans üstü öğrenci uygulama yapmaktadır. Bu öğrencilerin ise 6 üniversiteden ebelik, hemşirelik, fizyoterapi, tıbbi dokümantasyon, sağlık kurumları işletmeciliği, paramedik, tıbbi laboratuvar, tıbbi görüntüleme, yaşlı bakım, biyomedikal mühendislik ve beslenme diyetetik bölümlerinden olduğu tespit edilmiştir. Kadın-Doğum Kliniklerinde Öğrenci Dağılımları Tablo 1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde 2015-2016 ve 2016-2017 eğitim öğretim yılında Mesleki Teknik

Anadolu Lise öğrencisi bulunmadığı ancak 2017-2018 eğitim-öğretim yılında ebe yardımcılığı bölümünden öğrencilerin Kadın-Doğum Kliniklerinde uygulamaya çıktığı saptanmıştır. Kadın-Doğum Kliniklerinde uygulama eğitimine gelen öğrencilerin 2017-2018 eğitim öğretim yılında %7,84'ünün Mesleki Teknik Anadolu Liselerinden ve

%82,09'unun üniversite öğrencisi olduğu belirlenmiştir. Hastane kliniklerinde uygulama alanları belirlenirken, bölüm / ders, yataklı / ayaktan hasta bakımı, klinikteki hasta sayısı, ebe / hemşire sayısı, okul ve öğrenci sayısı, özel birimler göz önünde bulundurulmaktadır. 2017-2018 eğitim – öğretim yılı bahar dönemine ait Kadın-Doğum Kliniklerinde günlük ebelik ve hemşirelik öğrenci dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, salı günü 4 okuldan 5 ayrı öğrenci grubu olarak 74, cuma günü bir okuldan iki ayrı grup şeklinde 20 öğrencinin uygulamada olduğu izlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1: Kadın-Doğum Kliniklerinde Öğrenci Dağılımları

Okul Türü	2015-2016		2016-2017		2017-2018	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
MTAL	-	-	-	-	78	7,84
Üniversite	1312	100,0	1061	100,0	816	82,09
Toplam	1312	100,0	1384	100,0	994	100,0

Tablo 2: Kadın-Doğum Kliniklerinde Günlük Ebelik ve Hemşirelik Öğrenci Dağılımı (2017-2018 Bahar Dönemi)

	PTESİ		SALI		ÇARŞ		PERŞ		CUMA	
Klinikler	3	3	4	5	3	4	3	5	1	okul, okul, 2grup
	,grup	,grup	,grup	,grup	,grup	,grup	,grup			
Kadın-Doğum Acil-Polk.-NST	14	23	11	14	2					
Doğumhane	7	11	10	11	8					
Perinatoloji	8	8	6	6	2					
4.Kadın-Doğum	8	8	7	8	2					
3.Kadın-Doğum	8	8	7	8	2					
2.Kadın-Doğum	8	8	7	8	2					

			91		
Küçük Müd.	3	4	3	3	1
Tüp Bebek	1	2	2	2	1
Gebe okulu	2	2	1	1	-
Toplam	59	74	54	61	20

Tartışma

Bu çalışma kadın-doğum ile ilgili birimlerde ebelik ve diğer öğrenci uygulamalarının kurumsal açıdan değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışmada başlıca öğrenci sayısı ve çeşitliliğinin çok fazla olmasından dolayı (1) sosyal, (2) tüketim, (3) eğitim, (4) iş sağlığı ve güvenliği gibi çok sayıda sorun bulunduğu sonuçları elde edilmiştir. Bu sonuçlar bu konu ile ilgili verileri ortaya koyması açısından önemlidir. Bu sonuç öğrenci uygulamalarında yaşanan sorunlar ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan diğer çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada, farklı düzeyde okullardan ve değişik gruplardan öğrenci olduğu ve kliniklerde öğrenci sayısının çok fazla olduğunu ve dağılımının haftanın günlerinde eşit sayıda olmadığı belirlenmiştir. Doğu ve Güler'in (2016) çalışmasında klinik uygulamasına çıkan öğrencilerin %80,7'si klinikte öğrenci sayısının azaltılması gerektiğini önermiştir (17). Keser ve ark'nın (2008) araştırmasında öğrenciler tarafından "uygulama alanlarında öğrenci sayısına oranla vaka sayısının yeterli olmadığı" ve uygulama alanlarının gereksinimlerine yanıt vermediği belirtilmiştir (18). Aydın ve Argun (2010)'un çalışmasında öğrencilerin yaklaşık %44'ünün hastaya uygulama yapma olanağı bulamadıklarını bildirmiştir (13). Klinikte öğrenci sayısı arttıkça, öğrencilerin klinik uygulama sorumlusunun, bir öğrenciye, hedeflenen becerileri kazanmasını sağlamada ayırdığı zaman da sınırlı olmaktadır. Eğitimci hemşireye düşen öğrenci sayısı az olduğu zaman klinik öğretim daha etkili olmaktadır (19, 20). Şendir ve arkadaşlarının çalışmasında (2018) öğrenci sayısının fazla olması nedeniyle uygulama alanında yaşanan sorunlar olduğu belirtilmiştir (21). Bu sonuçlar ülkemizde öğretim sürecinde uygulama alanına yönelik sorunlar olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Aynı zamanda kliniklerde öğrenci sayısının fazla olmasının önemli bir eğitim ve sağlık sorunu olduğunu göstermektedir.

Çalışmada hastanenin öğrenci eğitimi ile ilgili yapılan toplantılarda birim yetkilileri öğrencilerin takip edilmesi ve yönlendirilmeleri, sık rotasyondan kaynaklı uyum sorunları, hasta ve çalışan güvenliği, malzeme tüketimi, öğrenciler, eğiticiler ve eğitim kurumları ile iletişim ve çalışan iş yükünün artması, sosyal alan yetersizliği, hastane gelirinin öğrenciler ile paylaşılmak zorunda kalınması, atık yönetimi, hasta mahremiyeti ve memnuniyeti konularında problem yaşandığını bildirmişlerdir. Aydın ve Argun'un (2010) çalışmasında hastanede soyunma odasının varlığı sorusuna öğrencilerin çoğunluğu var fakat yetersiz yanıtını vermiştir (13). Aydoğan'ın çalışmasında (2016) öğrenci uygulamalarında hastanın mahremiyeti ve özerkliğinin ihlal edildiği ve öğrenciler tarafından girişim yapılan hastaların zarar görme riskinin olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin öğrenmesi için bir uygulamayı izlemesi gerektiğinde, işlem den önce hasta bilgilendirilmesi ve izni

alınması önerilmiştir (9).

Sonuç ve öneriler

Bu çalışma, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nin kadın-doğum ile ilgili birimlerde öğrenci sayısı ve çeşitliliğinin çok fazla olmasından dolayı sosyal, tüketim, eğitim, iş sağlığı ve güvenliği gibi çok sayıda sorun bulunduğunu göstermiştir. Sağlık ve eğitim yöneticileri eğitimin nitelikli olması için gereken önlemleri alacak politikalar geliştirmelidirler. Sağlık eğitimcileri öğrencilerin uygulama eğitimlerinin planlanmasında ve organizasyonunda sağlık kurumları ile işbirliği yaparak sorunların çözümüne katkı sağlayabilir. Sağlık kurumları öğrencileri sağlık ekibinin birer üyesi olarak görüp öğrencilerin uygulama alanlarında etkin olmasını sağlayabilirler. Kliniklerde karşılaşılan kurumsal sorunların azaltılması ile eğitim kalitesinin geliştirilmesi sağlanabilir.

Kaynaklar:

- 1-Bayık A. Ülkemizde Hemşirelik Eğitiminin Gelişimi ve Öğretime İlişkin Sorunlar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1991; 7(3): 29-40.
2. Büyük ET, Rızalar S, Çetin A. ve Sezgin S. Hemşirelerin intörn eğitim uygulaması hakkındaki görüş ve önerileri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(3): 135-40.
3. Karaöz, S. Hemşirelikte klinik öğretime genel bir bakış ve etkin klinik öğretim için öneriler. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 2003. 5(1),5-21.4.
5. Gümral N, Çoşar F. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin okul-hastane işbirliği ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2006;13(3): 21-4.
6. Tosun N, Oflaz F, Akyüz A, Kaya T, Yava A, Yıldız D ve ark. Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin intörn eğitim programından beklentileri ile program sonunda kazanım ve önerilerinin değerlendirilmesi Gülhane Tıp Dergisi, 2008; 50(3): 164-71.
7. Şentürk EA, Dal Ü, Kutlutürkan S, Vural G. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin ve hemşirelerin intörnlük uygulamasına ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2008; 15(2):16-25.
8. Yazıcı S, Nural N. Hemşirelik /ebelik öğrencilerinin son sınıfın tamamın uygulama olmasına ilişkin görüşleri. İbni Sina Tıp Dergisi, 2001; 6(1): 43-8.
9. Aydın S. Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Beceri Kazanmaları Sırasında Karşılaştıkları Etik Problemler. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2016;Vol. 3, No. 2, 120-123.
10. Ünsar S, Erol Ö, Turan N. Meslek Esasları dersi alan hemşirelik ve ebelik 1. sınıf öğrencilerinin durumluk- sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi Hemşirelik Forumu Dergisi, 2006; Mayıs-Haziran/ Temmuz-Ağustos: 94-99.
11. Konak DŞ, Dericioğulları A, Kılınç G. Burdur Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerinin klinik uygulamalarına ve öğretim elemanlarıyla işbirliği yapmaya ilişkin görüşleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;15(1):1-5.
12. Worrall K. Orientation to student placements: needs and benefits. Paediatric Nursing, 2007; 19(1): 31-33. 13.Aydın MF, A MŞ. Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Öğrencilerinin Hastane Uygulamalarından Beklentileri ve Karşılaştıkları Sorunlar, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,2010;10(1):209-213.

14. Özlü ZK, Gümüş K, Güngörmüş K, Avşar G, Özer N, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Öğrenim Gören Öğrencilerin Mesleklerine İlişkin Güdülenme Kaynakları Ve Sorunlarının İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2014;11 (1): 47-53
15. Kumcağız H, Koyuncu S, Aydın G, Yılmaz A, Uzun A, Guneştaş İ. Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Kurumsal ve Uygulamalı Eğitimde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 2005;22(2): 71-77.
16. Korhan EA,Ceylan B, Üstün Ç, Kırşan M. Hemşirelik öğrencileri gözüyle klinik alanda etik sorunlar. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2018;57(2):75-81.
17. Doğu Ö, Güler SD, Klinisyen Hemşirelerin İntörnlük Uygulaması Hakkındaki Görüşleri, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi / DÜ Sağlık Bil Enst Derg. Journal of Duzce University Health Sciences Institute, 2016; 6(2): 79-82.
18. Keser İK. Çalışkan M. Keskin TZ. Gördebil E.[Determination of opinions of Midwiferyand-NursingStudents on the School-Hospital Collaboration]. Atatürk University School of NursingJournal. 2008;11 (4):1-9.
19. Killam LA, Carter LM. Challenges to the student nurse on clinical placement in the rural setting: a review of the literature. Rural Remote Health. 2010;10(3):1523.
20. Taştekin A, Türkdönmez B, Güler M, Yılmaz A, Erşahan T. Hemşirelik öğrencilerinin klinik ortamdaki doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2016;24(1):24-9.
21. Şendir M, Çelik S, Dişsiz M, Güney R, Açıköz S, Kolcu M, Kabuk A, Yıldırım A, Bektemür G. Hemşirelik Eğitimi ve Uygulamasında Yeni Bir Yaklaşım: Hemşirelik Eğitimi ve Uygulamasının Bütünleşmesi. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2018;4(2):92-99.

7 - HİZMET İÇİ EĞİTİMLERİN SWOT ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

A.Dönmez, Z. Karaçam

GİRİŞ ve AMAÇ: Günümüzde hastaneleri de kapsayan birçok kurum ve kuruluşlar rekabet ve buna dayalı seçeneklerin artmasından dolayı yüksek kalitede hizmet sunabilmek amacıyla hizmet içi eğitim programları gerçekleştirmektedirler. Bu eğitim programlarının hazırlanmasında SWOT analizi gibi yöntemler kullanılmaktadır. SWOT, güçlü (strenghts), zayıf (weaknesses), fırsat (opportunites) ve tehdit (threats) kelimelerinin baş harflerinden oluşan bir terimdir (Hill and Westbrook, 1997). Bu çalışmanın amacı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan hizmet içi eğitimlerin SWOT analizi ile değerlendirilmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM. Araştırma retrospektif-tanımlayıcı olarak İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Veriler hastanenin 2017 yılına ait eğitim birimi kayıtlarından, bir eğitim ebesi (birinci yazar) tarafından SWOT analizi yapılarak elde edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

BULGULAR: Hastanede 2017 yılı süresinde tüm çalışanlara yönelik 43, klinik/birimlerde 1232 ve hastaneye yeni başlayanlara 50 olmak üzere toplam 1325 adet eğitim gerçekleştirilmiştir. Yine bu dönemde hasta ve hasta yakınlarına yönelik, 1750 katılımcı ile sekiz farklı alanda eğitim yapılmıştır. Ayrıca ameliyathane, yoğun bakım, palyatif bakım hemşirelikleri alanlarında altı sertifikalı kurs programı gerçekleştirilmiştir.

Yapılan SWOT analizi raporunda, güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler belirlenmiştir. Güçlü yönler; yasal mevzuat, yönetim desteği, eğitim komisyonu, nitelikli ekip, iç ve dış ortaklar, kurum içi iletişim kolaylığı, olumlu eğitim atmosferi, planlanan eğitimlerin yüksek oranlarda gerçekleşmesi, hizmet içi eğitim kültürünün varlığı ve üniversite hastanesi olmasıdır. Zayıf yönler; eğitimlere yeterince zaman ayrılamaması, zorunlu eğitimlerden bıkkınlık, eğitimlere karşı oluşan önyargı, ek binalar, sık personel değişikliği, personel yetersizliği, alt yapı eksikliği, maddi sınırlılıklar, hastane çevresinin güvensiz ve gelişmemişliği, olumsuz çalışan davranışlarıdır. Fırsatlar; yasal mevzuat, denetimler, güçlü iletişim, kurumlar arasında güçlü işbirliği, hayırsever vatandaşlar, yöneticilerin istekliliği, olumlu çalışan davranışları, eğitime ve eğitimciye karşı olumlu yaklaşım ve hastanenin fiziki konumudur. Tehditler; çalışanların zorunlu eğitimlerden sıkılmış olmaları, hastane çevresinin güvensiz ve gelişmemişliği, davranış problemleri, maddi yetersizlikler, hastanenin yoğunluğundan dolayı çalışanlarca tercih edilebilirliğinin düşük olmasıdır.

SONUÇ. Bu çalışma, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yürütülen hizmet içi eğitimlerde birçok güçlü, zayıf, fırsatlar ve tehditlerin bulunduğunu göstermiştir. Güçlü yönler ve fırsatların değerlendirilmesi, tehditlere karşı önlem alınması ve zayıf yönlerin geliştirilmesi ile daha nitelikli hizmet içi eğitimlerin gerçekleşmesi sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: hizmet içi eğitim, hastane eğitim bölümü, sağlık eğitimi, kalite değerlendirmesi

Evaluation Of In-Service Trainings By Swot Analysis

AIM

Nowadays, many institutions and organizations, including hospitals, perform in-service training programs in order to provide a higher quality service to the receiving segment due to the increase in competitors and the increase of options based on it. Various methods are used in the preparation process of in-service training programs in hospitals. One of the important steps of the process is SWOT Analysis. SWOT, Strengths(S), Weaknesses(W), Opportunities(O), and Threats(T) words are composed of the initials. The aim of this study is to evaluate the in-service trainings of Tepecik Hospital with SWOT analysis.

MATERIALS AND METHODS

As a retrospective-descriptive study, this study was conducted with the SWOT analysis report conducted by an educational midwife which conducts in-service trainings from the education unit of Tepecik Hospital. Data are presented by descriptive statistics and through narrative narration.

RESULTS

During the year 2017, a total of 1325 trainings were carried out, including 43 for all the employees, 50 for hospital beginners, and 1232 for the clinic / units.

Patients and their caregivers of training, it was determined that an annual average of 1750 participants from eight different areas. 6 certified course programs have been realized in the fields of operating room, intensive care and palliative care nursing. In the SWOT analysis report, strengths, weaknesses, opportunities and threats were identified. The strengths, legal regulations, management support, qualified team, partners, communication, positive educational atmosphere, high rate of planned trainings, and training culture were determined.

Weaknesses, to allocate enough time to education, compulsory education from boredom, prejudices, additional buildings, lack of personnel, lack of infrastructure, financial limitations, insecurity and inadequacy of the hospital environment, it was found to be negative employee behavior. Opportunities are defined as legal regulations, audits, communication, cooperation among institutions, positive employee behavior, positive attitude towards education/educator, and physical location of hospital. Threats include employees are bored of compulsory education, insecurity and development of the hospital environment, behavioral problems, and financial limitations.

CONCLUSION

This study showed that in-service training of Hospital has strengths, weaknesses, opportunities and threats. By evaluating strengths and opportunities, measures can be taken against threats to develop weaknesses and qualified in-service trainings can be realized.

Keywords: in service training, hospital education department, education, health quality assessment,

Hizmet içi eğitimlerin SWOT analizi ile değerlendirilmesi

Eğitim, çalışanları motive etmek ve çalışmalarının daha verimli olmasında önemli unsurlardan birisidir. Son yıllarda eğitim, formal eğitim ile sınırlı değildir. Çalışanlar için düzenlenen eğitimler hizmet içi eğitim olarak ifade edilmektedir. Hizmet içi eğitim; üretim ve hizmet niteliğinin, verimin, kalitenin yükseltilmesi, ürünün/hizmetin üretimi ve tüketimi sürecinde ortaya çıkabilecek hataların ve iş kazalarının azaltılması, maliyetlerin düşürülmesi, hizmet sunumunda nitel ve nicel olarak gelişmenin sağlanması amacıyla iş gücüne verilen temel meslek ve beceri eğitimi yanında çalışana iş yaşamı sürecinde bilgi, beceri ve davranış kazandırmak ve verimini artırmak için yapılan eğitim etkinlikleridir" (1-3).

Ülkemizde hizmet içi eğitimler, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 214. maddesi ile, devlet memurlarının hizmet esnasında yetişmeleri düzenlenmiş ve hizmet içi eğitimler yasal olmuştur. Madde, "Devlet memurlarının yetişmelerini sağlamak, verimliliğini artırmak ve daha ileri görevlere hazırlamak amacıyla uygulanacak hizmet içi eğitim, Devlet Personel Başkanlığı tarafından ilgili kurumlarla birlikte hazırlanacak yönetmelikler dahilinde yürütülür" hükmünü içermektedir (4).

Sağlık hizmetlerinde kalite ve verimin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmasına rağmen temel mesleki eğitimdeki yetersizlikler, yöneticilerin olumsuz tutumları, çalışanların işine karşı isteksizliği gibi birçok etmen uygulamada hata ve karşılaşılan sorunları artırmaktadır. Literatürde hizmet içi eğitimlerle bu sorunlar azaltılabileceği ve hizmet sunumunda olumlu değişiklikler olabileceği belirtilmiştir (2;5).

Son yıllarda birçok ülkede çok boyutlu teknolojik sistemlerin kullanıldığı uzaktan eğitimler her alanda kullanılmaktadır. İnternet destekli uzaktan eğitim sistemini ticari şirketler ve bankalar gibi değişik sektörlerin yanı sıra hastanelerin de iş temposunu ve çalışanların verimliliğini artırması nedeni ile tercih edilmektedir (6). Uzaktan hizmet içi eğitimi sınıf ortamında verilen hizmet içi eğitimden ayıran temel faktörler; maliyetin azalması, fırsat eşitliğinin verilmesi, içeriklerinin kolay yenilenebilmesi, yer ve zaman kısıtlılığının olmaması, bireyselleştirme olanağı, eğitimcinin ve eğitim yöntemlerinin kalitesinin birlikte artırılabilmesidir (6;7).

Günümüzde hastaneleri de kapsayan birçok kurum ve kuruluşlar rakiplerin çoğalması ve buna dayalı seçeneklerin artmasından dolayı hizmet alan kesime daha yüksek kalitede hizmet sunabilmek amacıyla hizmet içi eğitim programları gerçekleştirmektedir. Hastanelerde hizmet içi eğitim programlarının hazırlanma sürecinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Sürecin önemli adımlarından biri de SWOT Analizidir. SWOT Analizi, organizasyonların Güçlü (S) ve Zayıf (W) yönlerini görerek dış çevrede oluşabilecek Fırsat (O) ve Tehditlere (T) göre pozisyon almalarını sağlamaktadır. SWOT Analizi, örgütsel ve çevresel faktörlerin olumlu ve olumsuz yönleriyle incelenmesini içermektedir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde hastanelerde uygulanan hizmet içi eğitimlerin planlanmasında, yürütülmesinde ve değerlendirilmesinde SWOT analizinin kullanıldığı sınırlı sayıda çalışmaların olduğu izlenmiştir. Hizmet içi eğitimlerde SWOT analizinin kullanılması ile, eğitimlerin kurumların iş disiplinine uygun bir şekilde planlanmasına, verimliliğine ve etkinliğine yönelik katkı sağlanabilir.

Ayrıca

verilen etkili eğitim ile hizmet sunum kalitesini artırma yönünden de yararlı olması beklenmektedir

(8). Bu araştırma hizmet içi eğitimlerin SWOT analizi ile değerlendirilmesi amacı ile geriye dönük olarak 2017 yılı dönem sonunda bir eğitim ebesinin yapmış olduğu SWOT analizi raporu ile elde edilmiştir. Veriler eğitim biriminin kayıt sisteminden elde edilmiştir. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistikler ile yapılmıştır.

BULGULAR

Hizmet içi eğitimlerin konu başlıkları, hastane yönetimi ve çalışanların taleplerinin oluşturduğu iç kaynaklı ve Sağlık Bakanlığı zorunlu eğitimleri, sağlıkta hizmet kalite standartları eğitimlerini kapsayan dış kaynaklı talepler ile belirlenmektedir. Eğitim faaliyetleri, uzaktan eğitim sistemi (UES), genel eğitimler, klinik/birim içi eğitimler, genel ve bölüm uyum eğitimleri, hastalara ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler, öğrenci beceri uygulamaları, kurum dışı eğitimler, sertifikalı kurslar, panel, sempozyum, kongre, ve öğrenci beceri uygulamaları olarak gerçekleştirilmektedir.

Sağlıkta hizmet kalite standartları eğitimleri; kişiler arası ilişkiler ve iletişim becerileri, hasta memnuniyeti, hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar, etik, hasta mahremiyeti, hasta güvenliği (güvenli cerrahi uygulamaları, ilaç güvenliği ve ilaçlarda advers etki bildirimini, transfüzyon güvenliği, sözel istem, güvenli hasta transferi, hasta düşme riskini önleme, hasta kimlik tanımlayıcılarının kullanımı ve kimlik doğrulama, mavi kod, pembe kod, hasta başı test cihazı, güvenlik raporlama) sekiz ana başlıkta İl Sağlık Müdürlüğü işbirliği ile UES olarak gerçekleştirilmektedir. Gerçekleşen eğitimlerin dağılımı; tüm çalışanlara yönelik olarak hazırlanan genel eğitimlerde yıllık ortalama 43, zorunlu eğitimleri de kapsayan klinik/birimlere özgü eğitimlerde 1232, hastaneye yeni başlayanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitimlerinde 50 oturum olmak üzere toplam 1325 oturum gerçekleştirilmiştir (Tablo 1). Gerçekleşen kurs programlarının dağılımı, yoğun bakım hemşireliği (2), palyatif bakım hemşireliği (1) ve ebe ve hemşirelik dışında (2) olmak üzere altı adet sertifikalı kurs programı, gerçekleştirilmiştir ve ameliyathane hemşireliği sertifikası için yetki belgesi alınmıştır (Tablo 2). Hastalara ve hasta yakınlarına yönelik eğitimlerin dağılımı, yıllık ortalama 1750 katılımcı olmak üzere, yara ve stoma bakımı, diyabet, anne sütü, lohusalık ve gebe eğitimlerinden oluşmaktadır (Tablo 2).

Yapılan SWOT analizi raporunda, güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler belirlenmiştir.

Güçlü yönleri, yasal mevzuat, yönetim desteği, birçok karar aşamasında dayanağımız olan eğitim komisyonu, nitelikli bir ekip, hastane içi ve dışı ortaklar, kurum içi iletişim kolaylığı, olumlu eğitim atmosferi, planlanan eğitimlerin yüksek oranlarda gerçekleşmesi, hizmet içi eğitim kültürünün varlığı ve üniversite hastanesi olduğu belirlenmiştir.

Zayıf yönleri, yoğun çalışma koşullarından dolayı eğitime yeterince zaman ayrılamaması, her yıl tekrarlanan zorunlu eğitimlerden bıkkınlık ve eğitimlere karşı oluşan önyargı, hastanenin ek binaları ile birlikte fiziki ortam, çalışan kadrosunda yer değiştirmelerin sık olması, çalışan personel yetersizliği, hastanenin teknik alt yapı eksikliği, hastanenin bulunduğu çevrenin gelişmemiş olması, olumsuz çalışan davranışları olarak saptanmıştır.

Fırsatlar, hastane sadece günümüzde değil gelecekte de birçok uygulama fırsatı sunacak şekilde

genişliyor(yeni klinikler/birimler, yeni ek hizmet binaları vb.), yasal mevzuat, denetimlerde düşük puanı riski, güçlü iletişim, kurumlar arasında güçlü işbirliği olması, ilimizde üniversitenin olması, yöneticilerin istekli olması, olumlu çalışan davranışları, eğitime ve eğitimciye karşı olumlu bakış açısı, hastanenin il merkezinde olması şeklinde belirlenmiştir.

Tehditleri, zorunlu eğitimlere katılımın tam olamaması kalite denetimlerinde hastane puanını düşürebilir, çalışanların zorunlu eğitimlerden sıkılmış olmaları, hastane çevresinin güvensiz ve gelişmemiş olması, davranış problemleri, maddi sınırlılıklar, hastanenin yoğunluğundan dolayı çalışanlarca tercih edilebilirliğinin düşük olması kapsamaktadır.

Tablo 1: Gerçekleşen eğitimlerin dağılımı

Eğitim Başlıkları	Eğitim Sayısı
Tüm Çalışanlara Yönelik	43
Klinik/Birimlerde	1232
Hastaneye Yeni Başlayanlara	50
Toplam Eğitim	1325

Tablo 2: Gerçekleşen kurs programlarının dağılımı

Kurs Programları (2017)	
Ameliyathane Hem.	Kurs Yetkisi Alındı
Palyatif Bakım Hem.	1
Yoğun Bakım Hem.	2
Diğer (Ebe/Hem. Dışı)	3
Toplam	6

Tablo 3: Hastalara ve hasta yakınlarına yönelik eğitimlerin dağılımı

Hastalara Ve Hasta Yakınlarına Yönelik Eğitimler (2017)	Katılımcı Sayısı
Yara Bakımı	423
Stoma Bakımı	164
Diyabet	384
Kronik Böbrek Hastalığı	231
Nutrisyonel Destek	46
Organ Nakli	48
Kemoterapi	454
Toplam	1750

TARTIŞMA:

Bu çalışma, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yürütülen hizmet içi eğitimlerde göstermiştir. Güçlü yönler ve fırsatların değerlendirilmesi, tehditlere karşı önlem alınması ve zayıf yönlerin geliştirilmesi ile daha nitelikli hizmet içi eğitimlerin gerçekleşmesi sağlanabilir.

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan hizmet içi eğitimlerin SWOT analizi ile değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışmada hizmet içi eğitimlerin yürütülmesi sırasında birçok (1) güçlü, (2) zayıf, (3) fırsatlar ve (4) tehditlerin bulunduğu sonuçları elde edilmiştir. Bu sonuçlar bu konu ile ilgili verileri ortaya koyması açısından önemlidir. Bu sonuç hizmet içi eğitimlerin yürütülmesi sırasında yaşanan güçlü, zayıf, fırsatlar ve tehditler ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan diğer çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada genel olarak hastane çalışanlarına yönelik zorunlu eğitimleri de kapsayan hizmet içi eğitimler gerçekleşmekte olduğu belirlenmiştir. Çelen ve arkadaşlarının çalışmasında GATF Eğitim Hastanesinde hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinin, Başhemşirelik bünyesinde Eğitim Koordinatörlüğünün sorumluluğunda yapılmakta olup, hizmet içi eğitimlerin her eğitim öğretim yılı başında planlanarak uygulanmakta olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar ülkemizde hizmet içi eğitimlerin yürütülmesinde benzer uygulamalar olduğunu göstermektedir (1). Kanber ve Gürlek'in (2011) çalışmasında "Mesleğinizle ilgili yenilikleri nasıl takip ediyorsunuz?" sorusuna hemşirelerin yarısından fazlasının (%52,5) hizmet Kanber ve Gürlek'in (2011) çalışmasında içi eğitim programlarından takip ediyor olduklarını ifade ettikleri belirtilmiştir (7). Bu sonuçlar hastanelerdeki hizmet sunumunda hizmet içi eğitimlerin önemini göstermektedir.

Araştırmada zorunlu eğitimlerin İl Sağlık Müdürlüğü ile birlikte Uzaktan Eğitim Sistemi ile gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Uzaktan eğitimle ilgili olarak günümüzde birçok ülkede çok boyutlu

teknolojik sistemlerin kullanıldığı uygulamalar bulunmaktadır. Yılmaz ve Düğenci'nin çalışmasında (2010) internet destekli uzaktan eğitim sistemini hastanelerin yanı sıra ticari şirketler ve bankalar gibi değişik sektörlerde de iş temposunu ve çalışanların verimliliğini tercih edildiği belirtilmiştir. Buğdaylı ve Akyürek'in çalışmasında (2017) hemşirelerin

eğitimlerin genellikle gündüz çalışma saatleri içinde gerçekleştiğini eğitim saatlerinin uygun olmadığını ifade ettiği rapor edilmiştir (5). Pınar ve arkadaşlarının (2010) Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde yaptığı araştırmada da sürekli gece çalışan hemşirelerin birçoğunun eğitim saatlerinin uygun olmadığını ifade ettiği belirtilmiştir (9). Bu sonuçlar günün her saatinde yer ve zaman kısıtlaması olmadan ulaşılabilen uzaktan eğitim sisteminin gerekliliğini göstermektedir.

Araştırmada genel hizmet içi eğitimlerin dışında hastanenin bütün kliniklerinde/birimlerinde de eğitimler yapıldığı saptanmıştır. Çelen ve arkadaşlarının çalışmasında GATF Eğitim Hastanesinde yapmış olduğu çalışmasında hizmet içi eğitimlerin tüm hemşirelere yönelik başhemşireliğin yaptığı eğitimler ve ilgili kliniklerinsadece kendi hemşirelerine yönelik olarak verdikleri eğitimler şeklinde iki farklı yöntemle gerçekleştirildiği belirtilmiştir (1). Kanber ve Gürlek'in (2011) çalışmasında hemşirelerin çalıştığı serviste (%48,3), eğitim salonunda (%45,8) ve hastane dışında (%5,8) eğitim almak istedikleri belirlenmiştir (7). Bu sonuçların hastanelerde hizmet içi eğitimlerin gerçekleşmesinde değişik düzenlemelerin yapıldığını ve yapılması gerektiğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Bu çalışma, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yürütülen hizmet içi eğitimlerde birçok güçlü, zayıf, fırsatlar ve tehditlerin bulunduğunu göstermiştir. Güçlü yönler ve fırsatların değerlendirilmesi, tehditlere karşı önlem alınması ve zayıf yönlerin geliştirilmesi ile daha nitelikli hizmet içi eğitimlerin gerçekleşmesi sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: hizmet içi eğitim, hastane eğitim bölümü, sağlık eğitimi, kalite değerlendirmesi

Kaynaklar:

1. Çelen Ö, Karaalp T, Kaya S, Demir C, Teke A, Akdeniz A. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde görev yapan hemşirelerin uygulanan hizmet içi eğitim programlarından beklentileri ve bu programlar ile ilgili düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi, 2007; 49: 25-31.
2. Özpuat F. Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışmakta Olan Sağlık Personelinin Hizmet İçi Eğitim Programına İlişkin Görüşlerinin Saptanması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; Sempozyum Özel Sayısı 2010.
3. Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, 2001; 2-42.
4. Devlet Memurları Kanunu. Kanun Numarası: 657, Kabul Tarihi: 14/7/1965 Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 23/7/1965 Sayı: 12056 KISIM - VII Devlet Memurlarının Yetiştirilmesi, Madde 214 – (Değişik: 31/7/1970 - 1327/72 md.).
5. Buğdaylı G, Akyürek ÇA. Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Faaliyetlerine İlişkin Görüşleri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2017; 19(1):14-25.
6. Özaygen, Alkım, "İnternet'e Dayalı Uzaktan Eğitim", Bilim ve Teknik Dergisi, Mart 2000, Sayı:

388;100-103.

7. Kanber NA, Gürlek Ö. Hemşirelerin Uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programından Beklentileri Ve Bu Program İle İlgili Düşünceleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 14: 3
8. Hill, T. ve Westbrook, R. (1997). SWOT Analysis: It's Time for a Product Recall. Long Range Planning, 30 (1),46-52.
9. Pınar G, Doğan A, Kırılancı Y, Özdemir Ç. Hemşirelerin hizmet içi uyum eğitimine ilişkin görüşleri, Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi. 2010; 1(3):199-205.

8 - EBELİK EĞİTİM TARİHİNİN KESİTSEL BİR GÖZDEN GEÇİRMESİ; KÖY EBE OKULLARI ÖRNEĞİ

Dr. Öğr. Üyesi Ummahan YÜCEL

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

ÖZET

Türkiye’de, 1920’li yıllardaki sağlık, ekonomik ve sağlık örgütlenmesindeki yetersizlikler nedeni ile sağlık hizmetlerinin nüfusun çoğunluğunun yaşadığı köylere ve halkın ayağına götürülmesi gerekmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarından izlenen nüfusu artırma politikaları ve çocuk sağlığını koruma, çocuk ölümleri ile mücadele gibi politik öncelikler nedeni ile doğum ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerine öncelikli sağlık hizmet konuları arasında yer almıştır. Yetmiş sağlık insan gücü yetersizliği nedeni ile bu hizmetlerin yerine getirilebilmesi köy ebe okulları açılarak köy sağlık teşkilatında istihdam edecek köy ebesi yetiştirilemeye başlanmıştır. 4459 sayılı “Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilâtı Yapılmasına ve 3017 Numaralı Sıhhat ve İctimaî Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun” ile düzenleme yapılan köy sağlık örgütünde köy ebeleri, köy hekimi ve köy sağlık memuru ile birlikte köylerde sağlık hizmeti sunmuşlardır. Bu gözden geçirme çalışmasında ebelik eğitim tarihinde önemli yeri olan köy ebe okulları, resmi gazete taramaları ile ilgili mevzuat, meclis tutanakları ve literatür incelenerek ele alınmıştır.

Anahtar kelime: Köy teşkilatı, köy ebe okulu, köy ebesi

A Cross-sectional Review of the History of Midwifery Education; Example of Village Midwife Schools

ABSTRACT

In Turkey, in the 1920s, health, economic failure and cause health organization in the villages where the majority of the population with health care and should be brought to people's feet. It was among the priorities of health care services for maternity and maternal and child health services because of the policies to increase the population monitored from the first years of the Republic and the political priorities such as protecting child health and combating child death. Due to insufficient health manpower shortage, the village midwife schools were opened and the village midwife employed in the village health organization started to be trained. No. 4459 S Village Midwives and Village Health Officers Organization and Health and Health Services Organization No. 3017 Law on the Amendment of Some Articles of the Organization and the Law on the Amendment of some articles ve in the village health organization with village midwives, village physicians and village health officers have provided health services in the villages. In this review, village midwife schools, which have an important place in the history of midwifery education, will be examined by reviewing the legislation and literature related to official newspapersurveys.

Keyword: Village organization, village midwife school, village midwife

GİRİŞ

Cumhuriyetin kurulduğu yıllarda savaş ve bulaşıcı hastalıklardan ölümler sonucu nüfus oldukça azalmıştır. Kötü koşullar ve sağlık hizmetlerindeki yetersizlik özellikle doğum sırasında ve sonrasında anne ve bebek ölümlerine neden olmaktadır. O dönemlerde sağlık alanındaki en önemli yetersizlik alanlarından biri de sağlık insan gücü azlığıdır. Sağlık insan gücü yetersizliği özellikle nüfusun çoğunun yaşadığı ve sağlık gereksinimi daha fazla olan köylerde daha yoğundur. Cumhuriyetin kurulduğu 1923 yılında tüm ülkede 344 Hekim, 60 Eczacı, 560 Sağlık Memuru ve 136 ebe ile hizmete başlanmıştır. Bu sayılar o yıllarda sağlık personeli sayısında yetersizliği göstermesi açısından oldukça önemlidir (1). Cumhuriyetin ilk sağlık bakanı olarak uzun süre görevde bulunan Dr. Refik Saydam sağlık alanında önemli çalışmaların yapılmasını sağlamıştır. Sağlık örgütlenmesinin kurulması (dikey örgütlenme modeli) ve genişletilmesi, sağlık mevzuatları oluşturma, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelenmesi ve bulaşıcı hastalıklarda mücadele bu dönemin öne çıkan sağlıkla ilgili gelişmeleridir. Bununla birlikte sağlık personeli yetiştirmeye yeterli önem verilememesi bu döneme yönelik yapılan önemleştirelilerdendir (2). Bu yıllarda nüfusu artırma politikaları, anne ve bebek sağlığı sorunları nedeni ile gebe izlemleri, doğum hizmetleri, lohusa ve bebek bakımı öncelikli sağlık gereksinimleri arasında yer aldı. Ülke genelinde sağlık personeli ve sağlık kurumlarının yetersizliği nedeni ile özellikle nüfusun çoğunluğunun yaşadığı köylerde bu hizmetlere ulaşım oldukça sınırlıydı. Doğumların çoğunluğu evde ve sağlık personeli olmayan kişilerin yardımı ile gerçekleşti. “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” ile diplomasız ebelerin doğuma yardım etmelerinin yasaklandığı 1928 yılında eğitimli ebe sayısı ve ebe okulları yok denebilecek kadar azdı. Ebe sayısı 1930 yılında 400, 1935 yılında ise sadece 451’di (1). Ebe eğitimini sadece İstanbul Tıp Fakültesine bağlı ebe okulunda veriliyordu (2).

CUMHURİYETİN İLK YILLARINDA EBE İHTİYACI VE YASAL DÜZENLEMELER

Cumhuriyetin kuruluşundan sonra sosyal ve ekonomik kalkınma hedefleri doğrultusunda nüfusu artırma önemli bir politik mesele olmuştur. Nüfusu artırmak amacı ile bazı yasal önlemler ve sosyal politikalar izlenmiştir. Nüfusu artırmanın yollarından biri doğumun arttırılması bir diğeri de ölümlerin azaltılmasıdır. Cumhuriyetin ilk yıllarında Atatürk’ün yaptığı uyarı ve övgülerin de etkisi ile Sağlık Bakanlığı’nın nüfusu arttırmaya yönelik önemli çabaları olmuştur. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele yanı sıra çocuk ölümlerinin çoğunun doğum sonrasında ve çocukların ilk bir yaşına gelmeden gerçekleşmesinden dolayı süt çocukları muayene ve tedavi evlerinin ve doğum evlerinin kurulması bu çabalardan bazılarıdır (3). Cumhuriyetin ilk yıllarındaki koşullar ve hedefler doğrultusunda köylere kadar sağlık hizmetinin ulaştırılabilmesi, gebe izlemlerinin, doğum yardımının, lohusa ve çocuk sağlığı hizmetlerinin eğitimli sağlık personeli tarafından verilebilmesi için 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı teşkilat kanununun (Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu)

26. maddesi ile Sağlık Bakanlığı’nın il sağlık teşkilatı içinde köy sağlık teşkilatı oluşturulmuştur. Köy sağlık teşkilatı köy hekimleri, köy ebeleri ve köy sağlık kurucularından oluşmuştur (4). Kanunun 34 maddesinde belirtildiği gibi mesleki eğitim kurumlarına bağlı ebe okulları iki derecelidir. Birinci derece ebe okullarında ortaokul eğitimi üzerine iki yıl eğitim verilmiştir Birinci derece ebe okulu mezunları şehir ve kasabalarda özel idare ve belediye ebelerinde veya bakanlığa bağlı kurumlarda

çalışmıştır. İkinci derece ebe okulları ise ilkokul üzerine bir yıl eğitim vermiştir. İkinci derece ebe okulundan mezunlar ise sadece köylerde ebelik yapmıştır (4).

KÖY EBE OKULLARI VE YASAL DÜZENLEMELER

3017 sayılı kanunun doğrultusunda köylerde çalışacak ebe yetiştirmek için köy ebe okullarının açılması gündeme gelmiştir. İlkokul mezunu, 15-18 yaşları arasındaki kızların kayıt yaptırabildiği köy ebe okulları doğumevleri bünyesinde kurulmuştur. (5, 6). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve çocuk sağlığı sorunlarına yönelik hizmet vermesi için 1926, 1929, 1930, 1931, 1933 yıllarında beş tane Doğum ve Çocuk Bakım Evi açılmıştır. 1938 yılına dokuza çıkan Doğum ve Çocuk Bakım Evlerinin bulunduğu iller Ankara, Konya, Adana, Balıkesir, Malatya, Kars, Van, Erzurum ve Çorum'dur (7). İlk köy ebe okulu 1937 yılında bu illerden Balıkesir'de (Resim 1) (8), ikincisi ise 1938 yılında Konya'da bulunan doğumevleri bünyesinde açılmıştır (9).



Resim 1. Balıkesir Köy Ebe Okulu ve Doğumevi, 1949

Köy ebe okullarında ilkokul üzerine bir yıl teorik altı ay hastanelerde staj yaptırılarak ebelik eğitimi verilmiştir. Yatılı olarak eğitim gören öğrencilerin ayakkabı, mont dahil okul ve sivil giyimleri ve yemekleri devlet tarafından karşılanmıştır. Tüm öğrencilere aynı okul kıyafeti ve hafta sonu sınırlı saat için verilen çarşı izninde giyecekleri sivil kıyafetleri aynı olacak şekilde temin edilmiştir. Resim 2'de Malatya Köy Ebe Okulu öğrencileri okul (beyaz kepli) ve sivil kıyafetleri (siyah şapkalı) ile görülmektedir. Köy Ebe Mektebi (K.E.M) baş harflerinin yazılı olduğu şapkaları (Resim 3) sivil kıyafetlerinin önemli bir tamamlayıcısı olarak görülmüş ve halk tarafından kızların okul öğrencisi olarak tanınması sağlanmış ve devlet himayesinde oldukları mesajı verilmiştir (10). Köy ebe okullarından mezun ebeler okulların kuruluş amacına uygun olarak mevzuatta belirtildiği gibi sadece köylere çalışmışlardır. Bir yıllık eğitimin ardından maaşlı olarak altı ay zorunlu stajını farklı hastanelerde tamamlayan mezunlar sağlık bakanlığı tarafından köylere atanmıştır (11).



Resim 2: Malatya Köy Ebe Okulu öğrencileri, 1961



Resim 3: Malatya Köy Ebe Okulu öğrencisi Fatma Sarihan Türkmen, 1961

(Resim 2 ve 3'ü paylaşmama izin veren Malatya Köy Ebe Okulu mezunu emekli ebe Fatma Sarihan Türkmen'e teşekkür ederim)

1943 yılında 4459 sayılı Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Teşkilatı Kanunu düzenlenmiştir (12). Yasatasarısının görüşüldüğü T.B.M.M tutanakları yasaya duyulan gereksinimi ve beklentileri yansıtmaktadır. İçel

millet vekilinin sözleri yasanın ülkenin nüfus meselesi için önemine ve köylerde istihdam edilecek köy ebeleri ve köy sağlık memurları ile köylere sağlık hizmeti ve refah götürme beklentilerine işaret etmektedir. Kanun taslağı görüşmelerinde söz alan İçel millet vekilinin sözleri şöyledir (13):

“bu lâyiha (kanun taslağı) ile bütün nüfus dâvamıza ve ona sınımsız bağlı olan sağlık dâvamızın, geliştirilmesine doğru yeni ve inanlı bir adım atılmış olduğuna

göre....İmparatorluğun asırlardan beri ihmal ettiği köylüyü, ilgili, metodlu ve programlı olarak ele alan Cumhuriyet rejimi, köy enstitüleri ile, dün olduğu gibi, bugün de köy ebeleri ve köy sağlık memurları ile köye, köylüye irfan, sağlık ve refah getirmek yoluna girmiş bulunuyor.....Bu lâyihanın istihdaf ettiği (hedeflediği) bilgili ve yetişkin köy ebeleri ve köy sağlık memurları ile çok velût (doğurgan) olan köylümüzün bu güzel insan verimini koruyarak kısa bir zamanda daha çoğalacağımızı ümit ediyorum”

Sinop milletvekili de benzer şekilde nüfusun çoğunluğunun yaşadığı köylere kadar ebelik hizmetlerinin götürülmesinin çocukların gürbüz ve sağlıklı yetiştirilmesinin gerekliliğine değinmiştir. Sinop milletvekili Dr. Bahaddin Kökdemir’in sözleri ise şöyledir (13):

“köy hekimleri, köy ebeleri ve köy sağlık memurları lâyihasıyla (kanun taslağı) nüfusumuzun beşte dördünü yaşatan Türk köylüsüne ve Türk köyelerine gerçekten çok faydalı ve şefkatli, bir sistem daha vermiş oluyor. Bundan sonra en hücre köylerimize kadar uzanacak olan bu sistem sayesinde gebe kadınların doğumdan evvel, doğum zamanında ve lohusalıkta ve daha sonraları bütün bakım ve yardımları yapılacağı gibi yavrularımızın da gürbüz ve sıhhatli olarak büyütülüp yetiştirilmeleri için bilinmesi ve alınması lâzım bütün tedbirler ve bilimler sağlanmış ve bu suretle memleketimizin ruhunuteskil eden köylümüzün varlığı ve sağlığı korunmuş ve kurtarılmış olacaktır”

Dr. Kökdemir sözlerini şöyle tamamlamıştır:

“memleketimizin sağlık ve sosyal yardım alanında bu güne kadar misli görülmemiş derecede büyük bir başarıyı ve tahakkuk etmiş emelleri müjdeliyen bu lâyihanın kabul buyrulmasını arz ve teklif ederim.”

1946 yılı sonrasında sağlık alanındaki uygulamalardan en önemlisi milli sağlık politikaların çalışmalarının yapılması ve sağlık merkezlerinin kurulmasıdır. Milli Sağlık Planı’nda ülke genelinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yedi bölge belirlenmiştir. Her bölgenin sağlık hizmetlerin konusunda kendine yeter hale getirilmesi hedeflenmiş, kırk köyde bir sağlık merkezinin kurulması düşünülmüştür. Ayrıca her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülmüş ve sağlık merkezlerinin köylülere daha yakın hale getirilmesi için köy gruplarının sayısı arttırılmıştır (11). Bu gelişmeler daha fazla ebeye gereksinim olduğunu göstermektedir. Ancak 4459 sayılı kanunda hedeflendiği gibi köy enstitülerinden birinci sınıf köy ebeleri yetiştirilememiş köy ebe okullarının sayısının arttırılması yoluna gidilmiştir (12). Açılan köy ebe okulları sayesinde köy ebe sayısı hızla artmıştır. Örneğin İzmir Devlet Hastanesi’nde eğitim veren İzmir Köy Ebe Okulu ilk mezunlarını 1956 yılında vererek 40 ebeyi mezun etmiştir (Resim 4) (11). 1957 yılında bulunan yedi köy ebe okulundan 550 ebe mezun olmuş ve aynı yıl Gaziantep, Ankara, Isparta ve Manisa’da dört ebe okulu daha açılmasına karar verildiği meclis tutanaklarından öğrenilmektedir (14).



Resim 4: İzmir Köy Ebe Okulu ilk mezunları, 16 Eylül 1956

Açılan köy ebe okulları ile köy ebe sayısı artış gösterirken doğum evlerinde, hastanelerin kadın doğum servislerinde ve belediyeler de çalışmak üzere ebe yetiştirilemediği için bu kurumlarda çalışacak ebe sayısı oldukça yetersizdir. 1957 yılına kadar köy ebe okulu mezunu ebeler 4459 sayılı kanun gereği sadece köylerde çalışabilirken yapılan yasal düzenleme ile şehirlerde de çalışma hakkı tanınmıştır (11). Değişiklik için hazırlanan Köy ebeleri ve köy sağlık memurları teşkilâtı yapılmasına ve 3017 numaralı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti teşkilât ve memurin Kanununun bazı maddelerinin değiştirilmesine dair 4459 sayılı Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (*Md. 4: Köy ebeleri ve sağlık memurları münhasıran köylerde vazife görürler. Bunların şehir ve kasabalarda sanatlarını icra etmeye hakları yoktur.*) değişikliği için kanun tasarısının meclise sunulma gerekçesi dönemin hükümet başkanı Adnan Menderes tarafından açıklanmıştır (12, 15). 1956 yılında yapılan bu açıklamada nüfus artışı, sağlık teşkilâtın genişlemesi ve yeni kurulan kaza ve tam teşkilatlı bucaklar nedeni ile ebe ihtiyacının karşılanamadığı belirtmiştir. Aynı açıklamadan belediye ve özel idarelerindeki 220 ebelik kadrosunun açık olduğu, birçok hastanenin kadın doğum servisinde ve bulunan 180 sağlık merkezinden 150'sinde ebe olmadığını ve artanebe talebinin karşılanamadığı öğrenilmektedir. Hükümet başkanının gerekçe yazısında da belirttiği gibi o yıllarda şehirlerde çalışabilecek ebe yetiştiren biri Sağlık Bakanlığına diğeri İstanbul Tıp Fakültesine bağlı olmak üzere sadece iki ebe okulu vardır. Özellikle doğu illerinde ve diğer mahrumiyet yerleri için ebe bulmanın daha da imkansız olduğu, milli davalar arasında sayılan nüfus artışının sağlanması için ebelerin çok önemli olduğu da ayrıca vurgulanmıştır (15).

1963 yılında Köy Ebe Okulu sayısı 17 olmuştur. 1963'te Köy Ebe okulunun bulunduğu iller Ankara, Antalya, Balıkesir, Bingöl, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Giresun, Isparta, İzmir, Kayseri, Konya, Malatya, Manisa, Muş (Resim 5) (16), Sivas'tır (17). Türkiye'de illere göre istihdam edilen ebe sayılarının bakıldığında 1963 yılında 3.429 ebeğin 2.208'inin köy ebesi olarak çalıştığı görülmektedir (17).



Resim 5: Muş Köy Ebe Okulu Öğrencileri, 23 Nisan 1963

Köy ebe okulları 1961-1962 eğitim öğretim döneminde öğretim süresi 3 yıl olan sağlık okullarına, sağlık okulları ise 1978 yılında sağlık meslek lisesine dönüştürülmüştür. Ebelik eğitimi sağlık meslek liselerinin ebelik bölümlerinde 4 yıllık olarak verilirken 1985 yılında ön lisans düzeyine çıkmıştır. Ülkemizde ebeler 1996 yılından itibaren üniversite eğitimi ile yetişmektedir (6, 18, 19).

SONUÇ

Köy ebe okulları, dönemin koşullarında ana-çocuk sağlığı gereksinimlerini ve köylerde çalışacak ebe ihtiyacını karşılamak için açılmış, ülkemizin ebelik tarihinde oldukça önemli yeri olan okullardır. Ülkemizin o yıllarda kadın nüfusunun eğitim durumu da göz önünde bulundurulduğunda ilkokul üzerine bir buçuk yıllık eğitim ile yetişmiş köy ebeleri kısa zamanda artarak köylerde zor koşullarda önemli hizmetler vermişlerdir. Zaman içinde şehirlerde de çalışma hakkı elde etmişlerdir. Ülkenin kent-köy nüfus yapısındaki değişme, ekonomik, sosyal ve sağlık alanındaki ilerlemeler ile birlikte lise daha sonra ön lisans ve günümüzde üniversite eğitimi ile yetişen ebeler ülkemizde sağlık ekibinin bir üyesi olarak önemli hizmetler vermektedir. Ancak köy ebe okulları tarihi incelendiğinde gereksinimler doğrultusunda ebeliğe yönelik kanun taslaklarının meclis gündemine gelerek yasalaştığı görülürken günümüzde ebeler halen 1928 yılında, eğitilmiş ebelerin yok denecek kadar az olduğu dönemde çıkan tababet yasasına bağlıdır. Ebelik eğitimindeki ilerlemeler ve ebe sayılarındaki artışa paralel olarak ebelik yasasının güncellenmemiş ve ebelik mesleğine özel bir meslek yasasının olmaması düşündürücü ve üzerinde durulması gereken önemli bir konudur.

KAYNAKLAR

1. Karabulut, U. (1925). Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık hizmetlerine toplu bir bakış: Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve hizmetleri (1925-1937). *ÇTTAD*, 15, 151-160.

2. Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları-I, Halk Sağlığında 50 Yılı (1973). Erişim tarihi: 26.11.2018,
http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kita_p_1/15.html
3. Baytal, Y. (2009). Atatürk döneminde nüfusu artırma çalışmaları ve gürbüz Türk çocuğu projesi. *Cumhuriyet Tarihi Araştırmaları Dergisi*, 5(10), 117-137.
4. T.C. Resmi Gazete, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu, Kanun No : 3017
Kabul tarihi: 9/ 6/1936, <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/3337.pdf>
5. Uyer G, Eren N. (1993) Sağlık meslek tarihi ve ahlakı. 5. Baskı, Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, (ss.) 101-5
6. Yörük S.(2012). Türkiye’de Ebelik Eğitiminin Gelişimi; *Türkiye Klinikleri Dergisi*; 2012; Sayı:20 Cilt:1, 38- 42.
7. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti (1938), On beşinci yıl kitabı, Anakara, ss:348.
8. Balıkesirliler Kültür ve Yardımlaşma Derneği, Erişim tarihi: 25.11.2018, www.facebook.com/karesi.4510/photos-Manisa.
9. Altay, S . (2017). Cumhuriyet’in ilk on beş yılında ebeklik eğitimine ve mesleğin dönüşümüne dair kısa birbakış (1923-1938)". *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*,17;35: 167-217
10. Sarıhan Türkmen F. (2019). Işığt Arayan Köy Kızı Bir Ebenin Anıları, (ss. 26), Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri,
11. Ocak B, Kocabaş ÖY. (2014). İzmir. Gureba-i müslimin hastanesi'nden İzmir devlet hastanesi'ne bir hastane öyküsü
12. T.C. Resmi Gazete, Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilâtı Yapılmasına ve 3017 Numaralı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurun Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun, Kanun no: 4459, Kabul tarihi: 9.7.1943
13. T.BM.M. Zabıt Ceridesi, (05.07.1943), Erişim tarihi:26.11.2018, www.tbmm.gov.tr/tutanaklar
14. T.BM.M. Zabıt Ceridesi, (05.11.1958), Erişim tarihi:26.11.2018, www.tbmm.gov.tr/tutanaklar
15. Köy ebeleri ve köy sağlık memurları teşkilâtı yapılmasına ve 3017 numaralı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti teşkilât ve memurin Kanununun bazı maddelerinin değiştirilmesine dair 4459 sayılı Kanunun 4 ncü maddesinin birinci fıkrasının tadili hakkında kanun lâyihası ve Dahiliye, Sıhhat ve İçtimai Muavenet encümenleri mazbataları (1/391), 23.01.1956, Erişim tarihi:18.12.2018,<https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar>
16. Muş Kültürü. facebook sayfasına Mümin Yaşar Bozkurt tarafından ulaştırılmıştır. Dr. Cait Öney arşivinden, Erişim tarihi:28.11.2018 www.facebook.com/114078915303594/photos-
17. Erik F. (1964). Cumhuriyet devri sağlık hareketleri (1923-1963), (ss.8-118), Tıbbi Yayınlar İçin Basın ve Yayın Umumi Müdürlüğü.
18. Yücel U, Ekşioğlu A, Demirelöz M, Akmeşe ZB, Koçak YÇ, Soğukpınar N. Türkiye’de

ebelik lisansüstü eğitim profilinin incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2013;10(1):1342-1354.

19. Karaçam, Z. (2016). Türkiye’de profesyonel bir disiplin olarak ebelik mesleğinin durumu: yasal düzenlemeler, eğitim ve araştırma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 6(3), 128-136.

9 - EBELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN AKADEMİK ÖZ-YETERLİLİK ALGISIVE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Zehra BAYKAL AKMEŞE¹, Habibe BAY²

1. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

2. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Özet

Giriş: Akademik öz-yeterlilik ise, akademik başarıda en önemli duyuşsal boyutlardan birini oluşturmaktadır. Bu çalışmada ebelik öğrencilerin akademik öz-yeterlilik algısı ve etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel özellikte analitik bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini 2017–2018 öğretim yılı, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi toplam 370 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama sürecinde öğrencilere ulaşamama (n=28), araştırmaya katılmaya gönüllü olmama (n=34), eksik anket doldurma (n=26) nedeniyle, araştırmanın örneklemini 282 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama formu olarak Özyeterlilik Algısı Anket Formu ve Akademik Öz-Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veri seti sayı yüzde dağılımı, Pearson Korelasyon testi, Tek Yönlü Varyans testi ve Doğrusal Regresyon testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin akademik özyeterlilik ölçek puan ortalaması 104.40 ± 17.12 dir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan (165 puan) düşünüldüğünde özyeterlilik düzeyinin orta seviyede olduğu ve en önemli etkenin klinik uygulama sonrası ‘mutsuz’ olmalarının olduğu saptanmıştır. Akademik özyeterlilik ölçeği puan ortalaması ile yaş, medeni durum ve sınıf değişkenleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sonuç: Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler ise; ebelik bölümü öğrencilerinin klinik uygulamaya başlamadan önce yaşanabilecek olumsuz durumlar ve baş etme yöntemlerine ilişkin uyum/egitim çalışması yapılması, klinik uygulama öncesi sıklıkla yaşanan olumsuz duygu durumuna yönelik tanılama yapılması, nedenlerinin ve çözüm yollarının saptanması, özyeterliliği etkilediği saptanan mutsuz olma durumunun nedenlerinin ve baş edebilme yollarının saptanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Ebelik, öğrenci, özyeterlilik, akademik

Academic Self-Efficacy Perceptions Of Midwifery Students And The Affecting Factors

Abstract

Introduction: Academic self-efficacy is one of the most important emotional dimensions in academic achievement. In this study, it was aimed to determine the perception of academic self-efficacy of midwifery students and affecting factors.

Method: This is a cross-sectional analytical study. The population of the study consisted of 370 students of Ege University Faculty of Health Sciences during 2017-2018 academic year. The sample of the study consisted of 282 students due to inability to reach the students in the data collection process (n=28), not volunteering to participate in research (n = 34) and missing questionnaires (n = 26). Self-efficacy Perception Questionnaire and Academic Self-Efficacy Scale were used as data collection form. The data set was evaluated using number percentage distribution, Pearson Correlation test, One-Way Variance test and Linear Regression test.

Findings: The academic self-efficacy scale score of the students is 104.40 ± 17.12 . Considering the highest score that can be taken from the scale (165 points), it was determined that the level of self-efficacy was moderate and the most important factor after clinical practice was determined “unhappiness”. There was no significant difference between academic self-efficacy scale and mean age, marital status and class variables.

Results: Recommendations based on the results obtained from the research; Midwifery department of student may occur adaptation / training study of negative situations and coping methods before starting clinical practice. Diagnose the negative mood that is frequently experienced before clinical practice and determination of causes and remedies. It is recommended to identify the causes of unhappiness that affect self-efficacy and to identify ways of coping with this condition.

Key words: Midwifery, student, self-efficacy, academic

Giriş

Öz-yeterlik inancı, sadece insanların motivasyon ve davranışlarının önemli bir bölümünü oluşturmaz, aynı zamanda bireylerin yaşamlarını değiştirebilecek eylemleri de etkiler (Bandura 1995; Arseven 2016). Yargı ve eylemlerin kısmen bireysel bir karar olmasından dolayı insanlar kendi içinde değişim gösterebilmekte ve kendi çabalarıyla kendi durumlarını etkileyebilmektedirler (1989 Bandura). Bandura (1995), “öz-yeterlik” i, “olası durumları yönetmek için gerekli olan eylemi organize etme ve yürütme kabiliyetindeki inançlar” olarak tanımlamaktadır (Bandura 1995; Arseven 2016). Gecas'a (2004) göre ise, öz-yeterlilik, insanların başlangıçta sahip oldukları inançları doğrulayacak şekilde davrandıkları için kendini kanıtlayan bir kehanet gibidir (Gecaş 2004; Arseven 2016). Bir başka tanımda ise kişinin bir durumun üstesinden gelme inancı olarak tanımlanmaktadır (Walker & Greene 2009). Özyeterlilik Teorisinin temel ilkesi, insanların yapabileceklerini düşündükleri eylemleri gerçekleştirme olasılığının yüksek olduğunu gösterirken, yetersiz olduklarını düşündükleri eylemleri gerçekleştirme olasılıklarının düşük olduğunu göstermektedir (Arseven 2016). Örneğin bir öğrenci bir görevi tamamlayabileceğine inanırsa, bu görevle daha güçlü bir şekilde ilgilenebilmektedir. Aksi halde öğrenci bir görevi tamamlayabileceğine inanmazsa, görevin gereksiz olduğunu düşünecek ve gerekli olan enerji ve zamanı ayırmayacak ve bunun sonucu olarak böyle bir göreve girmeyecektir. Yapılan araştırmalara göre bir görevi yerine getirmede yüksek düzeyde katılım sağlayan öğrencilerin düşük düzeyde katılım sağlayan öğrencilerden daha fazla öz yeterliliğe sahip oldukları gözlemlenmiştir (Dogan 2015). Bu bulgulara dayanarak öz-yeterlik hedeflere ulaşmada (Dogan 2015) ve akademik başarıyı arttırmada etkili faktörlerden biridir (Turner ve ark. 2002).

Akademik öz-yeterlik, bireyin akademik bir görevde belirlenmiş olan başarı seviyesine ulaşabilmesini veya belirli bir akademik hedefe ulaşabilme inancını işaret etmektedir (2012 Ekici; 2014 Sharma & Nasa). Bireylerin eğitim görevlerini yerine getirme inançlarını tanımlayan akademik öz-yeterlik, öğrenmeyi ve motivasyonu etkilemekte, böylece, öğrencilerin öğrenme ile ilgili zihinsel çabalarında yardımcı olmaktadır (Saticı & Can 2016). Aynı zamanda, akademik öz yeterliği daha yüksek olan öğrencilerin daha az akademik stres ve kaygıyı yaşadıkları bilinmektedir. Ayrıca, akademik öz-yeterlik sosyal, duygusal ve akademik yönleri olan olumlu bireyleri ortaya çıkarmada da önemli bir role sahiptir. (Saticı & Can 2016). Akademik öz-yeterliliğin geliştirilmesinde, aile, arkadaşlar, okul ve farklı faktörlerin son derece önemli olduğu bilinmektedir. Tüm bu faktörlerle birlikte öğretmen ve eğitimci rollerinin öğrenci akademik öz-yeterliliğinin şekillenmesine katkıda bulunacağı da iddia edilmektedir (Schunk ve Pajeras 2001). Bu nedenle, öğretmen ve eğitimciler davranışlarında ve öğrenciye verdikleri geri bildirimlerde dikkatli olmaları gerekmektedir. Öğrenciye yapılan olumlu geri bildirimler, öğrencinin öz yeterliliğinin güç kazanabilmesini sağlamakta ve hatta öğrencinin gelecekteki başarısızlığını başarıya dönüştürmesinde de yardımcı olabilmektedir (Saticı & Can 2016). Eğitimde, öz-yeterlilik öğrencilerin başarısına önemli bir katkıda bulunur, çünkü öz-yeterlik öğrencilerin aldıkları seçimleri ve takip ettikleri eylemleri etkilemektedir (2014 Sharma & Nasa).

Yapılan araştırmalarda öğrencilerin başarılı olmalarında en fazla bilişsel alanda etkili olan etmenlerin belirlendiği, ancak pek çok etmen yanında duyuşsal alan becerilerinin de önemli bir etken olduğu belirtilmektedir. Akademik öz-yeterlilik ise, akademik başarıda en önemli duyuşsal boyutlardan birini oluşturmaktadır (2012 Ekici). Bu çalışmada ebelik öğrencilerin akademik öz-yeterlilik algısı ve etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi: Kesitsel özellikte analitik bir araştırmadır.

Araştırmanın Örnekleme ve Evreni: Araştırmada örnek seçimine gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın evrenini 2017–2018 öğretim yılı, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi birinci sınıf 101, ikinci sınıf 88 öğrenci, İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu'nda ise öğrenim gören üçüncü sınıf 85 ve dördüncü sınıf 96 öğrenci olmak üzere toplam 370 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama sürecinde öğrencilere ulaşamama (n=28), araştırmaya katılmaya gönüllü olmama (n=34), eksik anket doldurma (n=26) nedeniyle, araştırmanın örneklemini 282 öğrenci oluşturmuştur.

Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri: Araştırma amacı anlatıldıktan sonra araştırmaya katılma konusunda istekli olan ve sözel onamı alınan tüm öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olmayan öğrenciler ise araştırma kapsamı dışında tutulmuşlardır.

Bağımlı Bağımsız Değişkenler: Bağımlı Değişken: Akademik Öz-Yeterlilik ölçek puanı

Bağımsız Değişkenler: Öğrencilerin sosyodemografik değişkenleri, ebelik bölümünü tercih etme nedeni, ebelik bölümündeki eğitimden memnuniyet durumu, ağırlıklı genel not ortalaması, ebelik bölümüne uygun hissetme durumu, özyeterliliği olumlu ve olumsuz etkileyen uygulama/işleyiş/durum, en çok korkutan klinik uygulama ve klinik uygulamaya çıkmadan önceki/sonraki duyuş durumu gibi değişkenler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Aracı: Araştırma dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden ebelik öğrencilerine, aktif olarak katıldıkları derslerden önce Özyeterlilik Algısı Anket Formu ve Akademik Öz-Yeterlilik Ölçeği (Ekici 2012) doldurtulmuştur.

Özyeterlilik Algısı Anket Formu: Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini (beş soru), ebelik bölümü öğrencisi olma özelliklerini (dört soru) ve özyeterliliklerini etkilediği düşünölen özellikleri (yedi soru) belirlemeye yönelik toplamda 16 sorudan oluşan anket formudur.

Akademik Öz-Yeterlilik Ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doç. Dr. Gülay

Ekici tarafından 2012 yılında yapılan ölçek toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Üç boyuttan oluştuğu belirtilen ölçeğin tek boyut olarak ta kullanılabilir. Bu boyutlar sosyal statü boyutu, bilişsel uygulamalar boyutu ve teknik beceriler boyutu olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Sosyal statü boyutunda yer alan maddeler: 2, 3, 4, 11, 14, 15, 16, 17, 25, 27 (toplam 10 madde), Bilişsel uygulamalar boyutunda yer alan maddeler: 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 30, 31, 32, 33 (toplam 19 madde) ve Teknik beceriler boyutunda yer alan maddeler: 23, 26, 28, 29 (toplam 4 madde). Orjinal ölçek beşli likert türünde hazırlanmıştır. Oldukça Fazla (5 puan), Fazla (4 puan), Kısmen Fazla (3), Az (2 puan) ve Oldukça Az (1 puan). Ölçeğin genelinden veya boyutlarından alınabilecek toplam puanlar maddelere verilen 1 ile 5 arasında değişen puanların toplamıyla hesaplanan aritmetik ortalama değeriyle hesaplanmaktadır. Bu kapsamda orijinal ölçeğin genelinden alınabilecek en yüksek puan $5 \times 33 = 165$ puan, en düşük ise $1 \times 33 = 33$ puandır. Ölçeğin boyutlarından alınabilecek puanlar ise Sosyal statü boyutunda toplam en yüksek puan $5 \times 10 = 50$ puan, en düşük $1 \times 10 = 10$ puan alınabiliyor. Bilişsel uygulamalar boyutunda toplam en yüksek puan $5 \times 19 = 95$ puan, en düşük $1 \times 19 = 19$ puan alınabiliyor. Teknik beceriler boyutunda en yüksek puan $5 \times 4 = 20$ puan, en düşük $1 \times 4 = 4$ puan alınabilmektedir. Ölçeğin geneli için Cronbach Alfa değeri 0.86 olarak belirtilirken bu araştırma için Cronbach Alfa değeri 0.90'dır.

Araştırmanın Analizi: Araştırmada öğrencilerin sosyo-demografik, ebelik bölümü öğrencisi olma özellikleri ve özyeterliklerini etkilediği düşünülen özellikleri sayı yüzde dağılımı olarak verilmiştir. Yaş ve Ağırlıklı Genel Not Ortalaması, akademik özyeterlik ölçek puanı ortalama ve standart sapma olarak verilmiş ayrıca aralarında ki ilişkiyi belirlemeye yönelik Pearson Korelasyon kullanılmıştır. Ölçek toplam puan ortalaması ile sınıf, yaş grubu, medeni durum arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı Tek Yönlü Varyans testi ile değerlendirilmiştir. Özyeterliğin orta düzeyde olmasını etkileyen durumu belirlemek için Doğrusal Regresyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grubu		
15-19 yaş	78	27.7
20-24 yaş	199	70.6
25-29 yaş	5	1.8
Medeni Durumu		
Evli	9	3.2
Bekar	270	95.7

Partner ile Birlikte Yaşıyor	3	1.1
Yaşadığı yer		
Ailemle	76	27.0
Evde Tek Başına	4	1.4
Evde Arkadaşlarımla	27	9.6
Yurtta	167	59.2
Diğer	8	2.8
Toplam	282	100.0

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 1) %70.6'sının 20-24yaş grubu arasında, yaş ortalamasının 20.58 ± 1.73 (en düşük=18.0, en yüksek=29.0), %95.7'sinin medeni durumunun bekar, %59.2'sinin de yaşadığı yerin yurt olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Öğrencilerin Ebelik Bölümü Öğrencisi Olma Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Sınıfı		
1.sınıf	65	23.0
2.sınıf	69	24.5
3.sınıf	67	23.8
4.sınıf	81	28.7
Ebelik Bölümünü Tercih Etme Nedeni		
Bilinçli ve Kendi İsteğim	150	53.2
Ailemin İsteği	39	13.8
Tesadüf	18	6.4
Yakınlarımla Önerisi	21	7.4
Puanımın Yetmesi	54	19.1
Ebelik Bölümüne Başlamadan Önce Ebelik Mesleğini Yapabileceğine İnanma		
Evet	142	50.4
Hayır	140	49.6
Ebelik Bölümüne Başladıktan Sonra Ebelik Mesleğini Yapabileceğine İnanma		
Evet	240	85.1
Hayır	42	14.9
Toplam	282	100.0

Tablo 2'ye göre öğrencilerin ebelik bölümü öğrencisi olma özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Öğrencilerin %28.7'sinin ebelik bölümü dördüncü sınıf öğrencisi olduğu, ayrıca Ağırlıklı Genel Not Ortalaması (AGNO)'nın 2.85 ± 0.32 (en düşük= 1.80, en yüksek= 3.80) olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %53.2'sinin bilinçli ve kendi isteği ile tercih yaptığı. %50.4'ünün ebelik bölümüne başlamadan önce ebelik mesleğini yapabileceğine inandığı. ebelik bölümüne başladıktan sonra ise bu oranın %85.1'e yükseldiği saptanmıştır.

Tablo 3. Öğrencilerin Özyeterliğini Etkilediğini Düşündüğü uygulama/işleyiş/durum Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Öğrencinin Ebelik eğitiminde özyeterliğini olumlu yönde en çok etkilediğini düşündüğü uygulama/işleyiş/durum		
Uygulama Olması/Yapabilme	113	40.1
Bireysel Özellikler	30	10.6
Akademisyen Niteliği	29	10.3
Diğer (etkili iletişim, hastane personeli)	13	4.6
Demonstrasyon Yapmak	28	9.9
Fikrim Yok	21	7.4
Bölüm Niteliğinin Yüksek olması	20	7.1
Nitelikli Teorik Eğitim	14	5.0
Ebelik Mesleğine İlişkin Olumlu Bakış Açısı	14	5.0
Öğrencinin Ebelik eğitiminde özyeterliğini olumsuz yönde en çok etkilediğini düşündüğü uygulama/işleyiş/durum		
Uygulamaya İlişkin Durumlar	69	24.5
Ebelik Bölümünün Fiziki Koşullarına İlişkin Durumlar	43	15.2
Teorik Derslerin İşleyişine İlişkin Durumlar	33	11.7
Akademisyen Özelliklerine İlişkin Durumlar	29	10.3
Ebelik Mesleğine İlişkin Durumlar	25	8.9
Bireysel Nedenler	25	8.9
Fikrim Yok	25	8.9
Hastane İşleyişine/Çalışanına İlişkin Durumlar	21	7.4
Demonstrasyona İlişkin Durumlar	12	4.3
Toplam	282	100.0

Tablo 3'de öğrencilerin özyeterliğini etkilediğini düşündüğü uygulama/işleyiş/durum dağılımı görülmektedir. Öğrencilerin %40.1'inin uygulama olmasının/yapabilmenin, %10.6'sinin akademisyenlerin nitelikli olmasının ve %10.3'ünün bireysel özelliklerinin özyeterliği olumlu yönde

etkilediğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin özyeterliği olumsuz yönde etkilediği düşünüldüğü bileşenler ise % 24.5 oranla uygulamalara ilişkin durumlar, %15.2 oranla ebelik bölümünün fiziki koşullarına ilişkin durumlar ve %11.7 oranla teorik derslerin işleyişinde karşılaşılan durumlar olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. Öğrencilerin Klinik Uygulama Öncesi ve Sonrası Duygu Durum Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Öğrencinin Klinik Uygulama Öncesi Duygu Durumu		
Heyecanlı	124	44.0
Endişeli	48	17.0
Stresli	35	12.4
Korku	31	11.0
Normal	15	5.3
Mutlu	14	5.0
Mutsuz	10	3.5
Diğer (Yetersiz, Karışık, Yeterli)	5	1.9
Öğrencinin Klinik Uygulama Sonrası Duygu Durumu		
Rahat	76	27.0
Mutlu	62	22.0
Yüksek Özgüvenli	36	12.8
Yorgun	27	9.6
Heyecanlı	26	9.2
Endişeli	12	4.3
Normal	12	4.3
Stresli	11	3.9
Diğer (Korkulu, Yetersiz)	10	3.5
Mutsuz	10	3.5
Toplam	282	100.0

Tablo 4’de öğrencilerin klinik uygulama öncesi ve sonrası duygu durum özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Öğrencilerin %44.0’ının uygulama öncesi heyecanlı, %17’sinin endişeli, %12.4’ünün stresli, %11.0’ının ise korkulu olduğu saptanırken klinik uygulama sonrası %27.0’ının rahat, %22.0’ının mutlu, %12.8’inin özgüveni yüksek, %9.6’sının ise yorgun olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Öğrencilerin Akademik Özyeterlik Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları

Akademik Özyeterlik Ölçek Alt Boyut	N	En Düşük-En Yüksek	Ort/Sd
Sosyal Statü	282	14.00-50.00	29.43±6.19
Bilişsel Uygulama	282	30.00-94.00	62.10±10.27
Teknik Beceri	282	5.00-20.00	12.85±2.92
Ölçek Toplam	282	51.00-163.00	104.40±17.12
			2

Tablo 5'e göre öğrencilerin akademik özyeterlik ölçek toplam puan ortalaması 104.40±17.12 olarak saptanmıştır.

Tablo 6. Akademik Özyeterlik Ölçek Alt Boyut Puanları ve Değişkenler ile İlişkisi

Akademik Özyeterlik Ölçek Alt Boyut		Değişkenler	
		Yaş	AGNO
Sosyal Statü	r	0.117	0.004
	p	0.050	0.940
Bilişsel Uygulama	r	0.089	0.152
	p	0.137	0.011
Teknik Beceri	r	0.016	0.072
	p	0.795	0.230
Ölçek Toplam	r	0.098	0.105
	p	0.100	0.078

r: Pearson Correlation

Tablo 6'da Akademik özyeterlik ölçek puanları ile yaş ve AGNO arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Ölçek Bilişsel Uygulama alt boyutu puan ortalaması ile AGNO arasında pozitif yönde, çok zayıf güçte, anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.011).

Tablo 7. Öğrencilerin Kendi İfadelerine Göre Klinik Uygulama Öncesi ve Sonrası Duygu Durum Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Öğrencinin Klinik Uygulama Öncesi Duygu Durumu		Öğrencinin Klinik Uygulama Sonrası Duygu Durumu		χ^2	p	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Heyecanlı	Evet	124	44.0	26	9.2	2.189	0.139

	Hayır	158	56.0	256	90.8		
Endişeli	Evet	48	17.0	12	4.3	5.390	0.020
	Hayır	234	83.0	270	95.7		
Stresli	Evet	35	12.4	11	3.9	11.497	0.001
	Hayır	247	87.6	271	96.1		
Korku	Evet	31	11.0	8	2.8	0.019	0.890
	Hayır	251	89.0	274	97.2		
Normal	Evet	15	5.3	12	4.3	0.704	0.401
	Hayır	267	94.7	270	95.7		
Mutlu	Evet	14	5.0	62	22.0	0.372	0.542
	Hayır	268	95.0	220	78.0		
Mutsuz	Evet	10	3.5	10	3.5	21.212	0.000
	Hayır	272	96.5	272	96.5		
Toplam		282	100.0	282	100.0		

Öğrencilerin kendi ifadelerine göre klinik uygulama öncesi ve sonrası endişe ($p=0.020$), stres ($p=0.001$) ve mutsuz ($p=0.000$) duygu durumları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Öğrencilerin Akademik Özyeterlik Ölçeği Puan Ortalaması ile Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler	Akademik Özyeterlik Ölçeği		
	Ort. \pm SD	F	p
Yaş Grubu			
15-19 yaş	1.02 \pm 14.95	1.295	0.276
20-24 yaş	1.04 \pm 17.84		
25-29 yaş	1.13 \pm 18.22		
Medeni Durumu			
Evli	1.07 \pm 14.93	0.239	0.788
Bekar	1.04 \pm 17.24		
Partner ile Birlikte Yaşıyor	1.09 \pm 15.09		

Sınıf			
1.sınıf	1.03±16.71	1.793	0.149
2.sınıf	1.02±16.22		
3.sınıf	1.03±15.72		
4.sınıf	1.08±18.94		
Toplam	282	100.0	

Öğrencilerin akademik özyeterlik ölçeği puan ortalaması ile yaş, medeni durum ve sınıf değişkenleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Table 9. Öğrencilerin Klinik Uygulama Sonrası Olumsuz Duygularının Akademik Özyeterlik Ölçeği Puan Ortalamasını Etkileyip Etkilememe Durumunun Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	Akademik Özyeterlik Ölçeği Puan Ortalaması				Model	
	Beta	S.E.	t	p	F	p
Öğrencinin Klinik Uygulama Sonrası Olumsuz Duygu Durumu						
Endişeli - <i>Evet / Hayır</i>	6.902	5.009	1.378	0.169	2.925	0.034
Stresli- <i>Evet / Hayır</i>	5.674	5.222	1.087	0.278		
Mutsuz- <i>Evet / Hayır</i>	13.702	5.466	2.507	0.013		

Öğrencilerin endişeli, stresli ve mutsuz olmalarının akademik özyeterlik algısına etkisini değerlendirmek üzere doğrusal lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Oluşturulan modelin anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.034$). Öğrencilerin kendi ifadelerine göre klinik uygulama sonrası ‘mutsuz’ olmalarının akademik özyeterlik ölçeği puan ortalamasını anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır ($p=0.013$).

Tartışma

Öğrencilerin akademik özyeterlilik ölçek toplam puan ortalaması 104.40 ± 17.12 'dir. Açıksöz ve ark. (2016)'nın çalışmasında hemşirelik öğrencilerin öz yeterlilik toplam puan ortalaması 70.4 ± 7.67 olarak belirtilmiştir. Çalışma bulgularımız sağlık yüksekokulu öğrenci özyeterlilikleri değerlendiren diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında öğrencilerin özyeterlilik puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin akademik özyeterlik ölçeği puan ortalaması ile sınıf değişkeni karşılaştırılmıştır. Öğrencilerin özyeterlilik düzeylerinde sınıflar arası anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.149$). Zengin (2007)'nin sağlık yüksekokulunda yapmış olduğu çalışmada ebelik bölümü öğrencilerinde özyeterlilik ölçeğinden aldıkları alt boyut ve toplam ölçek puanlarını

karşılaştırdığımızda sınıflara göre anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Yiğitbaş ve Yetkin'in (2003) çalışmalarında da sınıflara göre öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik algularını karşılaştırdığında anlamlı yükselme tespit edilmemiştir Buna karşın Aktaş'ın (2017) çalışmasında öğrencilerin akademik özyeterlik düzeylerinde sınıfa göre anlamlı yönde farklılaşma olduğu belirtilmiştir.

Öğrencilerin kendi ifadelerine göre klinik uygulama öncesi ve sonrası endişe ($p=0.020$), stres ($p=0.001$) ve mutsuz ($p=0.000$) duygu durumları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Araştırmamızla benzer bulgulara sahip Atay ve Yılmaz (2011)'in çalışmasında öğrencilerin orta düzeyde bir stres yaşadığını belirtilmektedir. Orta düzeyde stres bireyleri daha verimli çalışmaya teşvik etme ve çabayı artırma açısından uyarıcı bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir.

Sonuç ve öneriler

- Öğrencilerin %46.8'inin 'bilinçli ve kendi isteği' dışında nedenlerle ebelik bölümünü tercih ettiği,
- Öğrencilerin %34.7'sinin ebelik bölümüne başladıktan sonra ebelik mesleğini yapabileceğine inandığı,
- Öğrencinin Ebelik eğitiminde özyeterliliğini olumlu yönde en çok etkilediğini düşündüğü uygulama/işleyiş/durumun programın uygulama ağırlıklı olması ve uygulamalara katılabilme olduğu
- Öğrencinin ebelik eğitiminde özyeterliliğini olumsuz yönde en çok etkilediğini düşündüğü uygulama/işleyiş/ durumun uygulamalara ilişkin durumlar olduğu,
- Öğrencinin %44.0 oranla klinik uygulama öncesi duygu durumunun heyecanlı olduğu, klinik uygulama sonrası ise %27.0 oranla rahat olduğu,
- Öğrencilerin akademik özyeterlik ölçek puan ortalamasının 104.40 ± 17.12 olduğu, ölçekten alınabilecek en yüksek puan (165 puan) düşünülüğünde özyeterlik düzeyinin orta seviyede olduğu,
- Akademik özyeterlik ölçek bilişsel uygulama alt boyut puanı ile AGNO arasında pozitif yönde, çokzayıf güçte, anlamlı ilişki olduğu,
- Öğrencilerin kendi ifadelerine göre klinik uygulama öncesi ve sonrası endişe ($p=0.020$), stres ($p=0.001$) ve mutsuz ($p=0.000$) duygu durumları arasında anlamlı fark olduğu,
- Öğrencilerin akademik özyeterlik ölçeği puan ortalaması ile yaş, medeni durum ve sınıf değişkenleri arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Öğrencilerin özyeterlik puanının orta düzeyde olmasını sağlayan en önemli etkenin klinik uygulama sonrası 'mutsuz' olmalarının olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler ise; ebelik bölümü öğrencilerinin klinik uygulamaya başlamadan önce yaşanabilecek olumsuz durumlar ve baş etme yöntemlerine ilişkin uyum/eğitim çalışması yapılması, klinik uygulama öncesi sıklıkla yaşanan olumsuz duygu durumuna

yönelik tanılama yapılması, nedenlerinin ve çözüm yollarının saptanması, özyeterliliği etkilediği saptanan mutsuz olma durumunun nedenlerinin ve baş edebilme yollarının saptanması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Gecas, V. (2004). Self-agency and the life course. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course* (pp. 369-390). New York: Springer Science + Business Media, LLC. Retrieved from http://books.google.com/books?id=RMVM_8bjaWgC
2. Arseven, A. (2016). “Öz Yeterlilik: Bir Kavram Analizi / Self-Efficacy: A Concept Analysis”, *TURKISH STUDIES* -International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic-, ISSN: 1308-2140, Volume 11/19 Fall 2016, ANKARA/TURKEY, www.turkishstudies.net, DOI Number: <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.10001>, p. 63-80.
3. Ekici G. (2012). Akademik Öz-Yeterlilik Ölçeği: Tükçeye Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi eğitim fakültesi dergisi (H.U Journal of Education). 43:174-185
4. Turner JC, Midgley C, Meyer DK, Gheen M, Anderman EM, Kang Y, Patrick H. (2002). The classroom environment and students' reports of avoidance strategies in mathematics: A multimethod study. *Journal of Educational Psychology*, 94: 88-106. doi: 10.1037/0022-0663.94.1.88.
5. Walker CO, Greene BA. (2009). The Relations Between Student Motivational Beliefs and Cognitive Engagement in High School. *Journal of Educational Research*, 102: 463-472.
6. Dogan U. (2015). Student Engagement, Academic Self-efficacy, and Academic Motivation as Predictors of Academic Performance. *Anthropologist*, 20(3): 553-561.
7. Bandura A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*. Vol. 44, No. 9, 1175- 1184.
8. Bandura A. (1995). *Self-efficacy in Changing Societies*. 1-46. Cambridge University Press. www.researchgate.net
9. Schunk D H, Pajares F. (2001). The development of academic self-efficacy. In A. Wigfield & J. Eccles (Eds.), *Development of achievement motivation*, Academic Press, Inc. San Diego.
10. Sharma H L, Nasa G. (2014). Academic Self-Efficacy: A Reliable Predictor Of Educational Performances. *British Journal of Education*. Vol.2, No.3, pp. 57-64.
11. Zengin N. (2007). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik/yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 10(1):49-57.
12. Saticı S A, Can G. Investigating Academic Self-efficacy of University Students in Terms of Socio-demographic Variables. *Universal Journal of Educational Research* 4(8): 1874-1880, 2016 <http://www.hrpub.org>. DOI: 10.13189/ujer.2016.040817.
13. Yiğitbaş Ç, Yetkin A. (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlilik

düzeyinin

değerlendirilmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 7 (1);6-13.

14. Atay S, Yılmaz F. (2011). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İlk Klinik Stres Düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 14: 32-7.

10-ÜLKEMİZDE EBELİK EĞİTİMİ MESLEKİ GEREKLİLİKLERİ/YETKİNLİKLERİ KARŞILIYOR MU?

NERİMAN SOĞUKPINAR¹, HALİME AYDEMİR²,

¹EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ,

²ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIPFAKÜLTESİ,

ÖZET

Ebe; ülkesinde yer alan ebelik eğitim-öğretim programına düzenli olarak devam eden, ebelik için zorunlu olan teorik ve uygulamaları başarılı şekilde tamamlayan, yasal olarak gerekli olan yeterlilikleri için resmi olarak diploma ile onay alan kişidir. Ebe; gebelik öncesi, gebelik sırasında, doğumda ve doğum sonrası dönemde gereklilik ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yeni doğanın bakımını yapmak üzere eğitilmiş kişidir. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), ebeleri, doğum öncesi kadınların hepsinde tercih edilen profesyoneller olarak görmektedir. Diğer yandan ICM, ebeler ve ebeler dernekleri ile birlikte kadın haklarını korumak ve kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu döneminde sağlık bakımına ulaşmaları için her türlü çabayı göstermektedir.

Doğuma yardımcı olma sanatı ve mesleği olan Ebeler, dünyanın her yerinde; özellikle anne ve bebek sağlığından doğrudan sorumlu olan kişidir. Günümüzde ebeler mesleği, tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak ilerlemiş ve günümüzde ebeler, bilim ve sanatı birleştiren, bilimsel ve etik değerler üzerine temellenmiş profesyonel bir disiplin olarak tıp meslekleri içinde yerini almıştır.

Ülkemizdeki tarihsel süreçte kısa süreli kurs programları ile eğitimine başlayan Ebeler eğitimi; 1996 yılından bu yana uluslararası standartlarda sürdürülmektedir. Ancak mesleğe yönelik mevcut mevzuatlar, sürdürülmekte olan lisans programları öğrenim çıktıları ve meslek elemanlarının klinik hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmetleri içerisindeki çalışma alanları karşılaştırıldığında Ebelerin eğitimlerinde yer almayan farklı görev ve yetkiler ile çalıştırıldıkları görülmektedir.

Tüm bu nedenler göz önünde bulundurulduğunda, Ebeler mesleğinin yetkinliği için verilen eğitime paralellik gösteren ve diğer meslek çalışanlarının görev alanları ile karışıklığa neden olmayan sadece kendine özel EBELİK YASASI en doğru çözümleri oluşturacaktır.

Bu bildiride amaç ülkemizdeki ebeler eğitiminin mesleğin işlevleri açısından yeterliliğini sorgulamaktır.

Anahtar kelimeler: Ebeler, Ebeler eğitimi, Mesleki gereklilik/yetenlik

Midwifery Education In Our Country Does The Occupational Requirements Meet

Midwife; He is a person who regularly attends midwifery education and training program in his country, who has successfully completed the theoretical and application required for midwifery and is officially approved with a diploma for his qualifications which are legally necessary. Midwife; it is the person who is trained to provide the necessary care and counseling before pregnancy, during pregnancy, during pregnancy, at birth and in the postpartum period, to make normal births on his own responsibility, to care for the newborn. ICM considers midwives as preferred professionals in all prenatal women.

ICM works to protect women's rights with midwives and midwives troop stop provide access to health care during pregnancy, child birth and postpartum period.

Midwifery; the art and profession of assisting birth. Midwives, all over the world; especially them other and baby directly responsible for health.

Today, the profession of midwifery has progressed in parallel with the developments in the field of medicine and has taken its place among the medical professions as a professional discipline based on scientific and ethical values, combining midwifery, science and art.

Midwifery education in our country has been carried out in international standards since 1996. However, we can see that the current legislation, current under graduate education out comes and midwives are compared with the clinical-primary health care services, and they are employed with different tasks and powers that are not included in the training of the professional staff.

Considering all these reasons, only the specific MIDWIFERY LAW, which is in parallel with the training provided for the professional competence and which does not cause confusion with the fields of duty of the other professionals, will create the right solutions.

The purpose of this paper is to question the adequacy of midwifery education of the functions of the profession.

Keywords: Midwifery, Midwifery education, Professional requirement

1.GİRİŞ

Ülkemiz için ebelik en eski kadın meslekleri arasında yer almaktadır. Önceleri usta-çırak ilişkisi ile öğrenilirken, 1800'lü yıllarda formal eğitime geçilmiş, 1996 yılında ise lisans düzeyinde eğitim vermeye başlanmıştır (Yücel vd. 2013).Ebelik; doğum öncesi, doğum ve doğum sonu annenin bakımı ve takibinde etkin rol alan ve sağlık bakım hizmetleri içinde önemli yeri olan, aynı zamanda nesilden nesile aktarılan bilgi ile varlığını sürdürürken günümüzde lisans eğitimi ile kazanılan profesyonel bir meslektir (Karanisoğlu, 1999).

2.ÜLKEMİZDE EBELİK EĞİTİMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

2.1. Cumhuriyet döneminden önce ebelik eğitimi

Ülkemizde hastanede doğum yapma alışkanlığının yerleşmesinden ve ebelik eğitiminin yaygınlaşmasından önce, özellikle kırsal kesimde halk arasında ebe olarak deneyimli kadınların yardımı ile ev doğumları gerçekleştirilirken Ebelik, anadan kıza geçen görgü ve deneyime dayanan bir meslek olarak yaşamda yer almakta idi. (Köker AH, 1997).Ülkemizde ilk ebelik eğitimi, 1839 yılında İstanbul'da Tıbbiye-i-Aliye-i Şahane (Tıp okulu) adındaki tıp okulunda "Tıp talebeleri ve ebelere mahsus" doğuma ait iki kürsü kurularak başlamıştır (İstanbul Tıp Fakültesi Bülteni, 2012).1842'de Mekteb-i-Tıbbiye-i Şahane içinde haftada iki gün, günde birer saat olmak üzere Ebeler için iki yıllık bir eğitim programı yapılmıştır. Böylece ülkemizde ilk defa bir "Ebelik eğitimi" programına yer verilmiştir. 1845'te Mekteb-i-Tıbbiye-i-Aliye-i Şahane'de yemin ettirilerek Ebelik diplomaları vermeye başlanmıştır (Köker AH, 1997).1909'da ilk ebe okulu ve kadın hastalıkları kliniği açılmış, öğrenciler uygulamalı eğitime başlamışlardır. 1920'de bu okul Sıhhiye Umum Müdürlüğü'ne (Sağlık Bakanlığı Müdürlüğü)bağlanarak, değişik illerden gelen ilkokul mezunu kızlar için iki yıl yatılı Ebelik dersleri okutulmuştur (Eren ve Uyer, 1989; Karanisoğlu, 1999; Soğukpınar, Saydam, Bozkurt, Öztürk and Pelik, 2007).

2.2. Cumhuriyet döneminden sonra ebelik eğitimi

1924'te Şişli Çocuk Hastanesi içerisinde parasız yatılı şekilde 2 yıl süreli ebelik eğitimi sonrasında mezunlar zorunlu hizmete tabii olmuşlardır. 1928 yılında Haydarpaşa Tıp Fakültesinde ise ortaokul mezunu kızları ebelik eğitimi almaya başlamışlardır. (<http://turkebelendernegi.org/ebeligin-tarihcesi>, Karaçam, 2016).

Bu süreçte, önemli bir mesleki gelişme olarak, diplomasız ebelerin doğum yaptırmasını yasaklayan ve Ülkemizde Ebeliğe İlişkin İlk mevzuat olan, 1219 sayılı TABABT-İ ŞUABATIN TARZI İCRASINA DAİR KANUN 1928 yılında yayınlanmıştır.Doğal olarak bu kanun sonrasında ülkenin Ebe ihtiyacı giderek artmıştır.Bunun bir sonucu olarak da 1937 doğumevlerinin bünyesinde köy ebe okulları açılmış ve 1943 yılında köy ebelerinin çalışmalarını düzenleyen kanun çıkarılmış, 6 yıl taşrada çalışan ebelerin merkezlere nakli mümkün olmuştur. 1961-1962 öğretim yılında, köy ebe okulları doğumevlerinin bünyesinden ayrılarak 3 yıllık düzenli eğitim veren kurumsal bilgilerin

okulda alındığı, uygulamaların doğumevlerinde verildiği bir eğitim sistemine geçilmiştir. 1963 sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun kabul edilmesi ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesine ilişkin yönergede ebenin (154 sayılı yönerge) ilk defa görev analizi yapılmıştır (<http://turkebelerdernegi.org/ebeligin-tarihcesi>).

Bu tarihsel süreç içerisinde 1978 yılında köy ebe okulları kapatılarak, 1975 yılında mesleki aidiyet için uzun yıllar karışıklığa neden olan ebe-hemşire programları hazırlanarak yürürlüğe girmiş, 1978 yılında ise Sağlık Meslek Lisesi ebeklik bölümlerine ortaokul mezunu kızlar 4 yıllık eğitim almak üzere eğitime başlamıştır. 1985- 1986 yılında Y.Ö.K. Bakanlık protokolüyle 2 yıllık Sağlık Meslek Yüksek Okulları öğrenim programları uygulanmaya başlanarak önlisans eğitim aşamasına yükselen Ebeklik eğitimi; 1997-1998 yılında eğitim öğretim yılında 4 yıllık lisans düzeyine çıkartılmıştır.. (<http://turkebelerdernegi.org/ebeligin-tarihcesi>).

Tüm bu kronolojik tarihsel süreç sonrasında lisans eğitimi ile sürdürülmekte olan Ebeklik Programında Okutulması Gereken Teorik Konular aşağıdaki tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1.*Ebeklik Bölümündeki Teorik Dersler

1) Teorik ve Teknik Eğitim	2) Ebeklik Faaliyetlerine İlişkin Özel Konular
Genel Konular: -Temel Anatomi ve Fizyoloji -Temel Patoloji -Temel Bakterioloji, Viroloji ve Parazitoloji -Temel Biyofizik, Biyokimya ve Radyoloji -Yenidoğan bebek ağırlıklı Pediatri -Hijyen, Sağlık Eğitimi, Koruyucu Tıp ve Hastalıkta Erken Tanı -Kadın, yenidoğan ve bebek ağırlıklı Beslenme ve Diyetetik -Temel Sosyoloji ve Sosyo-medikal konular -Temel Farmakoloji -Psikoloji -Öğretim İlkeleri ve Yöntemleri -Sağlık ve Sosyal Mevzuatı ve Sağlık Organizasyonu -Meslek etiği ve mevzuatı -Cinsel eğitim ve aile planlaması -Anne ve bebeğin yasal korunması	-Anatomi ve Fizyoloji -Embriyoloji ve fetüsün gelişimi -Hamilelik, Doğum ve Lohusalık -Jinekolojik ve Ostetrik Patoloji -Psikolojik konular dahil doğum ve ebeveynlik için hazırlık -Doğuma hazırlık (doğumda teknik ekipman bilgisi ve kullanımı dahil) -Analjezi, Anestezi ve yeniden canlandırma -Yenidoğan bebek Fizyolojisi ve Patolojisi -Yenidoğan bebek bakımı ve izlemi -Psikolojik ve Sosyal faktörler

*YÖK / Doktorluk, Hemşirelik, Ebeklik, Diş Hekimliği, Veteriner Hekimlik, Eczacılık ve Mimarlık

Tablo 2.*Ebelik Eğitiminde Öğrencilerin Yapması Gereken Pratik Uygulamalar

a) En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapması,
b) En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması,
c) En az 40 doğumu kendisinin yapması (Doğum yapan kadın sayısı eksikliği nedeniyle bu sayıya ulaşılamıyorsa, bu sayı öğrencinin 20 tane daha doğuma yardım etmesi koşulu ile 30'a indirilebilir.),
d) Makat doğuma aktif olarak katılması (Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır.),
e) Epizyotomi uygulaması ve dikiş ile başlaması (Bu, teorik bilgi verme ve klinik pratiği içerir. Dikiş pratiği, epizyotomi sonrası veya basit perianal yırtılmalara dikiş atılmasını içerir. Gerekirse bu durum simülasyon şeklinde yapılabilir.),
f) Gebelik, doğum ya da doğum sonrası dönemde risk altında olan 40 kadını izlemesi ve bakım yapması,
g) En az 100 lohusayı ve sağlıklı yeni doğan bebeği izlemesi ve bakımını yapması (muayene dahil),
h) Özel bakım gerektiren, prematüre, postmatüre, düşük doğum ağırlıklı veya hasta bebekler dahil olmak üzere; yeni doğan bebek gözlemine ve bakımını yapması,
i) Jinekolojik ve obstetrik patolojisi olan kadınların bakımını yapması,
j) Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer alması

*YÖK / Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik, 2008; Ebelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2016

Tüm bu gelişmelere paralel olarak ülkemizde ebelik eğitimi 2003 yılında yüksek lisans ve 2013 yılında da doktora düzeyine ulaşmıştır (Yıldırım, Kockanat, Duran, 2014). Meslekte her alanda olduğu gibi “Ebelik Doçentlik kodu”na da özerklik kazandırılmıştır (YÖK, 2015). Ülkemizde lisans programlarının sayısının da artması ile de Ebelik programlarında akademisyen ihtiyacı giderek artmıştır. Çoğunluğu hemşire akademisyenlerce yaklaşık olarak 20 yılı aşkın süredir sürdürülmekte olan mesleğin eğitimcisinin akademik yeterliliğini yerine getirmiş öğretim üyeleri tarafından verilmesi gerekmesi zorunluluğu nedeni ile bu alanda lisansüstü programlar giderek artmıştır. Halen Ebelikte lisansüstü eğitim vermekte olan üniversite ve programlar tablo 3’ de yer almaktadır.

Tablo 3. *Türkiye’de Ebelikte Yüksek Lisans ve Doktora Programı Olan Üniversiteler

Yüksek Lisans Programı Olan Üniversiteler	Doktora Programları Olan Üniversiteler
1. İnan Menderes Üniversitesi	1. Ege Üniversitesi
2. Atatürk Üniversitesi	2. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
3. Celal Bayar Üniversitesi	3. İstanbul Üniversitesi
4. Cumhuriyet Üniversitesi	4. Atatürk Üniversitesi
5. Ege Üniversitesi	5. Celal Bayar Üniversitesi
6. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	6. Adnan Menderes Üniversitesi
7. İnönü Üniversitesi	7. Çukurova Üniversitesi
8. İstanbul Bilim Üniversitesi	8. Cumhuriyet Üniversitesi
9. İstanbul Üniversitesi	9. İnönü Üniversitesi
10. Karabük Üniversitesi	10. Kafkas Üniversitesi
11. Kocaeli Üniversitesi	11. Osmangazi Üniversitesi
12. Çukurova Üniversitesi	
13. Kafkas Üniversitesi	
14. İstanbul Medipol Üniversitesi	
15. Gaziosmanpaşa Üniversitesi	
16. Marmara Üniversitesi	
17. Sağlık Bilimleri Üniversitesi	
18. Medipol Üniversitesi	

*(Yılmaz ve Karanisoğlu, 2016)

3. MESLEKİ GEREKLİLİKLER/YETKİNLİKLER

Her meslekte olduğu gibi lisans eğitim çıktıları, o meslek elemanlarını çalışma ortamında kendilerinden beklenen yasal zorunlulukları, diğer yandan mesleki gereklilikleri karşılamaya yönelik hedeflerdir. Günümüzde, tarihsel sürecinin yukarıda yer aldığı Ebelik mesleğinin eğitim çıktıları mesleki gereklilikler ile karşılaştırılacaktır. Mesleki gereklilik açıklanmadan önce Türk Dil Kurumu’na göre gereklilik; “gerekli, zorunlu olma durumu”, yetkinlik ise “yetkin olma durumu, olgunluk, kemal, mükemmeliyet” olarak tanımlanmaktadır (<http://www.tdk.gov.tr>). Buna göre Ebelik mesleğinin günümüzdeki eğitim içeriği ve mevzuatla belirlenmiş olan görev ve yetkilerinin karşılaştırılması bu açıdan önemi görülmektedir.

Yükseköğretim Kalite Güvencesi Yönetmeliği çerçevesinde(2015) başlayan süreç (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/07/20150723-3.htm>) sonrasında Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı'nın 2017 14/07/2017 tarihli ve 48074 sayılı yazısında; Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, Üniversitelerarası Kurul Başkanlığı'nın Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Koordinatörleri işbirliği ile hazırlanan Sağlık Yönetimi, Ebelik, Dil ve Konuşma Terapisi, Beslenme ve Diyetetik lisans eğitim programlarına ait Ulusal Çekirdek Eğitim Programlarının değerlendirilmesi konusu 22.06.2017 tarihli

Yükseköğretim Genel Kurul toplantısında incelenmiş ve söz konusu lisans programlarına ait Ulusal Çekirdek Eğitim Programları uygun görülmüştür. Bu program; Sağlık Bilimleri Fakülteleri Ebelik Bölümleri ve Sağlık Yüksekokulları Ebelik Bölümlerinin kendi eğitim programlarını geliştirirken “asgari” olarak esas alacakları bir “çerçeve” programdır. Yapılan katkı ve düzenlemelerle son şekli verilen taslak metin 23 Haziran 2016 tarihinde Sağlık Bilimleri DekanlarKonseyi’ne (SABDEK) eğitim komisyonuna sunulmuştur. SABDEK eğitim komisyonundan gelen rapor ve paydaş Ebelik Bölümleri olan fakültelerin Dekanlarından gelen öneriler doğrultusunda EUÇEP 2016 tekrar şekillendirilmiştir (Ulusal Çekirdek Eğitim Program, 2017).

3.1. Ebelik ulusal çekirdek eğitim programında yer alan 2016 ana bileşenleri

Ebelik eğitimi program Yeterlikleri 11 temel alanda incelenmiştir. Bunlar:

Yeterlik 1: Ebeler kadın, yenidoğan, çocuk ve ailelere kaliteli, kültürel farklılıklara duyarlı hizmet sunabilmek için obstetri, jinekoloji, neonatoloji, sosyal bilimler, halk sağlığı ve etik konularında gerekli bilgi ve beceriye sahiptir.

Yeterlik 2: Ebeler topluma; sağlıklı aile yaşamı, planlı gebelikler ve pozitif (olumlu) ebeveynliği desteklemek için kültüre duyarlı ve kaliteli sağlık eğitimi ve hizmetleri sunar.

Yeterlik 3: Ebeler, gebelik döneminde sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için düzenli izlem ve takip yapar. Risklerin erken tanınması, tedavinin sürdürülmesi ve risk durumunda gebelerin sevkini de içeren kaliteli doğum öncesi bakım hizmeti sunar.

Yeterlik 4: Ebeler travay ve doğumda kültüre duyarlı, kaliteli hizmet sunar, hijyenik koşullarda güvenli ortam sağlar. Kendi sorumluluğunda doğum yaptırır, acil ve risk durumlarda uygun yaklaşımda durur.

Yeterlik 5: Ebeler, kapsamlı ve kaliteli postpartum bakım sunar. Kadın ve ailesi için kültürel farklılıklara duyarlı yaklaşım içinde postpartum döneme adaptasyonu sağlar.

Yeterlik 6: Ebeler doğum sonrası sağlıklı bebekler için nitelikli, yenidoğan bakımı verebilecek gerekli bilgi ve beceriye sahiptir.

Yeterlik 7: Ebeler, gebeliğin sonlandırılması ya da kaybı durumunda ulusal protokollere uygun biçimde bireyselleştirilmiş, kültürel farklılıklara duyarlı hizmet sağlar.

Yeterlik 8: Ebeler, alanlarıyla ilgili sürekli eğitim faaliyetlerini mezuniyet öncesi ve sonrası sürdürür.

Yeterlik 9: Ebeler, alanlarıyla ilgili konulardaki araştırmalara katılır, projelerde görev alır ve kanıt

dayalı araştırma sonuçlarının hayata geçmesi için çalışır.

Yeterlik 10: Ebeler hizmet verdikleri alanlarda kadına ve aileye danışmanlık yapar.

Yeterlik 11: Ebeler kadınlarla birlikte oldukları her alanda organizasyon yapabilir (Ebelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2016).

Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda ebelerin yeterliklerine bakılacak olursa; ebelerin nitelikli sağlık hizmeti sunabilmesi, karşı karşıya olduğu sağlıkla ilgili durumları etkin bir şekilde anlayabilmesi, değerlendirebilmesi ve yönetebilmesi, sağlık alanında üstlendiği görevleri nitelikli ve etkin bir şekilde yerine getirebilmesi için sahip olması gereken özellikler ve görevler sırasında sergilemesi gereken mesleki davranışlardır (Ebelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2016).Asgari düzeyde tanımlanmış olan "Ebelik eğitimi program yeterlikleri" temelde felsefi açıdan kadını güçlendirmek üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu kapsamda Ulusal düzeyde tanımlanmış olan "Ebelik Ulusal çekirdek Eğitim Programı" Tablo 4'te mevcut yasa maddeleri ile karşılaştırılmıştır.

4. EBELİK MESLEĞİNE İLİŞKİN MEVZUAT KAPSAMINDA YER ALANYASA/YÖNETMELİK/YÖNERGELER

- Ebelik mesleğine yönelik ilk yasal Düzenleme, Tababet ve ŞuabatıSan'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928,
- Ebelerin birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde görev almaları ile ilgili "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961,
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 1964,
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (ebelerin yataklı tedavi kurumlarındaki görev ve yetkileri),1983,
- Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği, 1983,
- Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇS/AP) yönetmeliği, 1997,
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönergesi (04.04.2001 -1505 sayılı yönergesi madde 130),
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile Ebelerin Görev Ve Yetkileri, 5 Mayıs 2005 (Sayı:25806),
- YÖK/Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veteriner Hekimlik, Eczacılık ve Mimarlık Asgari EğitimKoşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik, 2008/Ebelik

Tablo 4: Türkiye’de Ebelik Mevzuatları - Yükseköğretim Ebelik Programı Eğitim Müfredatı -YükseköğretimEbelik Programı Pratik Ve Klinik Eğitim - Ebelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Karşılaştırması

TÜRKİYE’DE EBELİK MEVZUATLARI	YÜKSEKÖĞRE TİM EBELİK PROGRAMI EĞİTİM MÜFREDATI	YÜKSEKÖĞR ETİM EBELİK PROGRAMI PRATİK VE KLİNİK EĞİTİM	EBELİKTE ULUSAL ÇEKİRD EKEĞİTİM PROGRAMI
<p>Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928</p> <p>Ebelere</p> <p>-Gebe muayenesi, -Doğum yaptırma, -Doğum manevraları, -Yenidoğan muayenesi, -Çiçek aşısı yetkileri verilmiştir.</p>	<p>-Temel Anatomi ve Fizyoloji -Temel Patoloji -Embriyoloji ve fetüsün gelişimi -Hamilelik, Doğum ve Lohusalık -Doğuma hazırlık (doğumda teknik ekipman bilgisi ve kullanımı dahil) -Temel Farmakoloji -Temel Bakteriyoloji, Viroloji ve Parazitoloji -Hijyen, Sağlık Eğitimi, Koruyucu Tıp ve Hastalıkta Erken Tanı</p>	<p>-En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapması -En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması -En az 40 doğumu kendisinin yapması (Doğum yapan kadın sayısı eksikliği nedeniyle bu sayıya ulaşamıyorsa, bu sayı öğrencinin 20 tane daha doğuma yardım etmesi koşulu ile 30'a indirilebilir.) -Makat doğuma aktif olarak katılması (Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır.) -Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer alması</p>	<p>Yeterlik 1 Yeterlik 4</p>

<p>224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961</p> <p>Ebelere -Sağlık ocağında hekim bulunmadığı durumda yardımcı sağlık personeli olarak hastaları değerlendirme ve gerekirse sağlık merkezine veya hastaneye sevk etme yetkileri verilmiştir.</p>	<p>-Temel Anatomi ve Fizyoloji -Temel Patoloji -Temel Bakteriyoloji, Viroloji ve Parazitoloji -Yenidoğan bebek ağırlıklı Pediatri -Sağlık ve Sosyal Mevzuatı ve Sağlık Organizasyonu -Hamilelik, Doğum ve Lohusalık</p>	<p>-En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebekadınlar danışmanlık yapması -En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması</p>	<p>Yeterlik 1 Yeterlik 2 Yeterlik 3 Yeterlik 8</p>
<p>Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 1964</p> <p>Ebelere -Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, -Ev ziyaretleri, -Doğum, ölüm ve yer değişimlerle ilgili istatistiki bilgileri toplama yetkileri verilmiştir.</p>	<p>-Temel Anatomi ve Fizyoloji -Temel Patoloji -Temel Bakteriyoloji, Viroloji ve Parazitoloji -Yenidoğan bebek ağırlıklı Pediatri -Hijyen, Sağlık Eğitimi, Koruyucu Tıp ve Hastalıkta Erken Tanı -Temel Sosyoloji ve Sosyo-medikal konular -Temel Farmakoloji -Öğretim İlkeler ve Yöntemleri -Sağlık ve Sosyal Mevzuatı ve Sağlık Organizasyonu</p>	<p>-En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebekadınlar danışmanlık yapması, -En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması,</p>	<p>Yeterlik 1 Yeterlik 2 Yeterlik 3 Yeterlik 8 Yeterlik 9 Yeterlik 10 Yeterlik 11</p>

	-Meslek etiği ve mevzuatı		
<p>Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983</p> <p>Ebelere</p> <p>-Doğum yaptırma, -Gebe muayenesi, -Yenidoğan muayenesi, -Jinekolojik muayene, -Doğum malzemelerini temiz ve hazır bulundurma, -Aile planlaması danışmanlığı verme yetkileri verilmiştir.</p>	<p>-Temel Anatomi ve Fizyoloji -Temel Patoloji -Temel Bakteriyoloji, Viroloji ve Parazitoloji -Temel Biyofizik, Biyokimya ve Radyoloji -Yenidoğan bebek ağırlıklı Pediatri -Hijyen, Sağlık Eğitimi, Koruyucu Tıp ve Hastalıkta Erken Tanı -Temel Farmakoloji -Öğretim İlkeler ve Yöntemleri -Sağlık ve Sosyal Mevzuatı ve Sağlık Organizasyonu -Meslek etiği ve mevzuatı -Cinsel eğitim ve aile planlaması -Embriyoloji ve fetüsün gelişimi -Hamilelik, Doğum ve Lohusalık -Jinekolojik ve Ostetrik Patoloji -Doğuma hazırlık (doğumda teknik ekipman bilgisi ve kullanımı dahil) -Yenidoğan bebek Fizyolojisi ve Patolojisi -Yenidoğan bebek bakımı ve izlemi</p>	<p>-En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapması -En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması -En az 40 doğumu kendisinin yapması (Doğum yapan kadın sayısı eksikliği nedeniyle bu sayıya ulaşamıyorsa, bu sayı öğrencinin 20 tane daha doğuma yardım etmesi koşulu ile 30'a indirilebilir.) -Makat doğuma aktif olarak katılması (Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır.) -Gebelik, doğum ya da doğum sonrası dönemde risk altında olan 40 kadını izlemesi ve bakım yapması -En az 100 lohusayı ve sağlıklı yeni doğan bebeği izlemesi ve bakımını yapması (muayene dahil) -Özel bakım gerektiren, prematüre, postmatüre, düşük doğum ağırlıklı veya hasta bebekler dahil olmak üzere; yeni doğan bebek gözlemine ve bakımını yapması -Jinekolojik ve obstetrik patolojisi olan kadınların bakımını yapması -Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer alması</p>	<p>Yeterlik 1 Yeterlik 2 Yeterlik 3 Yeterlik 4 Yeterlik 5 Yeterlik 6 Yeterlik 7 Yeterlik 10 Yeterlik 11</p>

<p>Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği, 1983</p> <p>Ebelere</p> <p>-Aile planlaması danışmanlığı, -Ev ziyaretleri, -Sağlık eğitimi, -Rahim içi araç uygulaması, -Aile planlaması ile ilgili istatistik bilgi toplama yetkileri verilmiştir.</p>	<p>-Temel Anatomi ve Fizyoloji -Temel Patoloji -Temel Bakteriyoloji, Viroloji ve Parazitoloji -Hijyen, Sağlık Eğitimi, Koruyucu Tıp ve Hastalıkta Erken Tanı -Öğretim İlkeler ve Yöntemleri -Sağlık ve Sosyal Mevzuatı ve Sağlık Organizasyonu -Meslek etiği ve mevzuatı -Cinsel eğitim ve aile planlaması -Anatomi ve Fizyoloji -Psikolojik konular dahil doğum ve ebeveynlik için hazırlık</p>		<p>Yeterlik 1 Yeterlik 2 Yeterlik 8 Yeterlik 9 Yeterlik 10 Yeterlik 11</p>
<p>Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇS/AP) yönetmeliği, 1997</p> <p>Ebelere</p> <p>-Halk sağlığı eğitimi, -Rahim içi araç uygulaması, -Saha çalışması yapmak,</p>	<p>-Temel Anatomi ve Fizyoloji -Temel Patoloji -Temel Bakteriyoloji, Viroloji ve Parazitoloji -Hijyen, Sağlık Eğitimi, Koruyucu Tıp ve Hastalıkta Erken Tanı -Temel Sosyoloji ve Sosyo-medikal konular -Psikoloji</p>		<p>Yeterlik 1 Yeterlik 2 Yeterlik 7 Yeterlik 8</p>

<p>-Tıbbi aletlerin temizlik ve sterilizasyonunu yap(tır)mak yetkileri verilmiştir.</p>	<p>-Öğretim İlkeler ve Yöntemleri -Sağlık ve Sosyal Mevzuatı ve Sağlık Organizasyonu -Meslek etiği ve mevzuatı -Cinsel eğitim ve aile planlaması -Anatomi ve Fizyoloji -Psikolojik ve Sosyal faktörler</p>		<p>Yeterlik 10 Yeterlik 11</p>
<p>Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönergesi, 2001</p> <p>Ebelere</p> <p>-15-49 yaş evli kadınları izlemeni yapmak, -Aile planlaması danışmanlığı, -Rahim içi araç uygulaması, -Gebelik tanısı koymak, izlemek, riskli gebelikleri erken dönemde tespit ve gerekli birimlere sevk etmek, -Doğum öncesi bakım, -Normal doğum yaptırma, -Epizyotomi uygulama, -Doğum sonrası bakım,</p>	<p>-Temel Anatomi ve Fizyoloji -Temel Patoloji -Temel Bakteriyoloji, Viroloji ve Parazitoloji -Temel Biyofizik, Biyokimya ve Radyoloji -Yenidoğan bebek ağırlıklı Pediatri -Hijyen, Sağlık Eğitimi, Koruyucu Tıp ve Hastalıkta Erken Tanı -Kadın, yenidoğan ve bebek ağırlıklı Beslenme ve Diyetetik -Temel Sosyoloji ve Sosyo-medikal konular -Temel Farmakoloji -Öğretim İlkeler ve Yöntemleri -Sağlık ve Sosyal Mevzuatı ve Sağlık Organizasyonu -Meslek etiği ve mevzuatı -Cinsel eğitim ve aile planlaması -Anne ve bebeğin yasal korunması</p>	<p>-En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapması -En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması -En az 40 doğumu kendisinin yapması (Doğum yapan kadın sayısı eksikliği nedeniyle bu sayıya ulaşamıyorsa, bu sayı öğrencinin 20 tane daha doğuma yardım etmesi koşulu ile 30'a indirilebilir.) -Makat doğuma aktif olarak katılması (Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır.) -Epizyotomi uygulaması ve dikiş ile başlaması (Bu, teorik bilgi verme ve klinik pratiği içerir. Dikiş pratiği, epizyotomi sonrası veya basit perianal yırtılmalara dikiş atılmasını içerir. Gerekirse bu durum simülasyon şeklinde yapılabilir.)</p>	<p>Yeterlik 1 Yeterlik 2 Yeterlik 3 Yeterlik 4 Yeterlik 5 Yeterlik 8 Yeterlik 9 Yeterlik 10 Yeterlik 11</p>

<p>-0-6 yaş grubu çocukların bakım ve izlemine yapmak, -Bulaşıcı hastalıklarda görev alma, -Beslenme bozukluğunu etkileyen durumları bilme ve değerlendirme, -Yaşlı sağlığı, -Bireysel ve grup eğitimleri, -Ev ziyaretleri, -Kayıt tutma, -Bağışıklama, -Enjeksiyon ve pansuman, -Kullanılacak malzemeleri temiz ve hazır bulundurma, -Planlanan mesai sonrası çalışmalara katılmak yetkileri verilmiştir.</p>	<p>-Anatomi ve Fizyoloji -Embriyoloji ve fetüsün gelişimi -Hamilelik, Doğum ve Lohusalık -Jinekolojik ve Ostetrik Patoloji -Psikolojik konular dahil doğum ve ebeveynlik için hazırlık -Doğuma hazırlık (doğumda teknik ekipman bilgisi ve kullanımı dahil) -Yenidoğan bebek Fizyolojisi ve Patolojisi -Yenidoğan bebek bakımı ve izlemi -Psikolojik ve Sosyal faktörler</p>	<p>-Gebelik, doğum ya da doğum sonrası dönemde risk altında olan 40 kadını izlemesi ve bakım yapması, -En az 100 lohusayı ve sağlıklı yeni doğan bebeği izlemesi ve bakımını yapması (muayene dahil) -Özel bakım gerektiren, prematüre, postmatüre, düşük doğum ağırlıklı veya hasta bebekler dahil olmak üzere; yeni doğan bebek gözlemine ve bakımını yapması -Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer alması</p>	
--	--	--	--

<p>Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile Ebelerin Görev ve Yetkileri, 2005</p> <p>Ebelere</p> <p>-Gebe izlemi, -Normal doğum yaptırma, -Yenidoğanmuayenesi, -Riskli doğumları hekime bildirmek, -Kullanılacak malzemeleri temiz ve hazır bulundurma, -Aile planlaması yetkileri verilmiştir.</p>	<p>-Temel Anatomi ve Fizyoloji -Temel Patoloji -Temel Bakteriyoloji, Viroloji ve Parazitoloji -Temel Biyofizik, Biyokimya ve Radyoloji -Yenidoğan bebek ağırlıklı Pediatri -Hijyen, Sağlık Eğitimi, Koruyucu Tıp ve Hastalıkta Erken Tanı -Temel Farmakoloji -Öğretim İlkeler ve Yöntemleri -Sağlık ve Sosyal Mevzuatı ve Sağlık Organizasyonu -Meslek etiği ve mevzuatı -Cinsel eğitim ve aile planlaması -Embriyoloji ve fetüsün gelişimi -Hamilelik, Doğum ve Lohusalık -Jinekolojik ve Obstetrik Patoloji -Doğuma hazırlık (doğumda teknik ekipman bilgisi ve kullanımı dahil) -Yenidoğan bebek Fizyolojisi ve Patolojisi -Yenidoğan bebek bakımı ve izlemi</p>	<p>-En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapması -En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması -En az 40 doğumu kendisinin yapması (Doğum yapan kadın sayısı eksikliği nedeniyle bu sayıya ulaşamıyorsa, bu sayı öğrencinin 20 tane daha doğuma yardım etmesi koşulu ile 30'a indirilebilir.) -Makat doğuma aktif olarak katılması (Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır.) -Gebelik, doğum ya da doğum sonrası dönemde risk altında olan 40 kadını izlemesi ve bakım yapması -En az 100 lohusayı ve sağlıklı yeni doğan bebeği izlemesi ve bakımını yapması (muayene dahil) -Özel bakım gerektiren, prematüre, postmatüre, düşük doğum ağırlıklı veya hasta bebekler dahil olmak üzere; yeni doğan bebek gözlemine ve bakımını yapması -Jinekolojik ve obstetrik patolojisi olan kadınların bakımını yapması -Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer alması</p>	<p>Yeterlik 1 Yeterlik 2 Yeterlik 3 Yeterlik 4 Yeterlik 5 Yeterlik 6 Yeterlik 7 Yeterlik 10 Yeterlik 11</p>
---	---	---	--

<p>ÖK/Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veteriner Hekimlik, Eczacılık ve Mimarlık Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik, 2008</p> <p>Ebelere</p> <p>-Özellikle kadın hastalıkları ve doğum olmak üzere yeterli bilgi sahibi olmak,</p> <p>-Özel bakım gerektiren yenidoğanın gözlem ve bakımı,</p> <p>-Jinekolojik ve obstetrik patolojisi olan kadınların bakımı,</p> <p>-Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer almak,</p> <p>-Meslek etiği hakkında bilgi sahibi olmak</p> <p>-Yasal mevzuat hakkında yeterli bilgi sahibi olmak,</p>	<p>-Temel Anatomi ve Fizyoloji</p> <p>-Temel Patoloji</p> <p>-Temel Bakteriyoloji, Viroloji ve Parazitoloji</p> <p>-Temel Biyofizik, Biyokimya ve Radyoloji</p> <p>-Yenidoğan bebek ağırlıklı Pediatri</p> <p>-Hijyen, Sağlık Eğitimi, Koruyucu Tıp ve Hastalıkta Erken Tanı</p> <p>-Kadın, yenidoğan ve bebek ağırlıklı Beslenme ve Diyetetik</p> <p>-Temel Sosyoloji ve Sosyo-medikal konular</p> <p>-Temel Farmakoloji</p> <p>-Psikoloji</p> <p>-Öğretim İlkeler ve Yöntemleri</p> <p>-Sağlık ve Sosyal Mevzuatı ve Sağlık Organizasyonu</p> <p>-Meslek etiği ve mevzuatı</p> <p>-Cinsel eğitim ve aile planlaması</p> <p>-Anne ve bebeğin yasal korunması</p> <p>-Anatomi ve Fizyoloji</p> <p>-Embriyoloji ve fetüsün gelişimi</p>	<p>-En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapması</p> <p>-En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması</p> <p>-En az 40 doğumu kendisinin yapması (Doğum yapan kadın sayısı eksikliği nedeniyle bu sayıya ulaşılamıyorsa, bu sayı öğrencinin 20 tane daha doğuma yardım etmesi koşulu ile 30'a indirilebilir.)</p> <p>-Makat doğuma aktif olarak katılması (Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır.</p> <p>-Epizyotomi uygulaması ve dikiş ile başlaması (Bu, teorik bilgi verme ve klinik pratiği içerir. Dikiş pratiği, epizyotomi sonrası veya basit perianal yırtılmalara dikiş atılmasını içerir. Gerekirse bu durum simülasyon şeklinde yapılabilir.)</p> <p>-Gebelik, doğum ya da doğum sonrası dönemde risk altında olan 40 kadını izlemesi ve bakım yapması</p> <p>-En az 100 lohusayı ve sağlıklı yeni doğan bebeği izlemesi ve bakımını yapması (muayene dahil)</p>	<p>Yeterlik 1</p> <p>Yeterlik 2</p> <p>Yeterlik 3</p> <p>Yeterlik 4</p> <p>Yeterlik 5</p> <p>Yeterlik 6</p> <p>Yeterlik 7</p> <p>Yeterlik 8</p> <p>Yeterlik 9</p> <p>Yeterlik 10</p>
---	--	--	--

<p>-Yenidoğan ve kadın doğum alanında, biyolojik fonksiyonlar, anatomi ve fizyoloji konularında bilgi sahibi olmak</p> <p>-Sağlık-fiziksel-sosyal çevre arasındaki ilişkiyi anlama yetkileri verilmiştir.</p>	<p>-Hamilelik, Doğum ve Lohusalık</p> <p>-Jinekolojik ve Ostetrik Patoloji</p> <p>-Psikolojik konular dahil doğum ve ebeveynlik için hazırlık</p> <p>-Doğuma hazırlık (doğumda teknik ekipman bilgisi ve kullanımı dahil)</p> <p>-Analjezi, Anestezi ve yeniden canlandırma</p> <p>-Yenidoğan bebek Fizyolojisi ve Patolojisi</p> <p>-Yenidoğan bebek bakımı ve izlemi</p> <p>-Psikolojik ve Sosyal faktörler</p>	<p>-Özel bakım gerektiren, prematüre, postmatüre, düşük doğum ağırlıklı veya hasta bebekler dahil olmak üzere; yeni doğan bebek gözlemine ve bakımını yapması</p> <p>-Jinekolojik ve obstetrik patolojisi olan kadınların bakımını yapması</p> <p>-Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer alması</p>	<p>Yeterlik 11</p>
---	---	---	---------------------------

5. SONUÇ

Günümüzde uygulama ağırlıklı, ana-çocuk ve toplum sağlığı açısından oldukça önemli görev ve sorumluluğu bulunan Ebelik mesleğinin, Ülkemizde lisans düzeyinde eğitim ile yetkilendirilmesi çok önemli bir gelişmedir (Çakır Koçak vd. 2017). Bu kapsamda tüm lisans programlarında standart olarak verilmesi beklenen ve Ebelik ulusal çekirdek eğitim programında toplam 11 program yeterlikleri ile mesleğin günümüzde halen geçerli bulunan tüm mevzuatları içerisinde yer alan mesleki gereklilikler ile karşılaştırılmıştır (Tablo 4). Tablo gözden geçirildiğinde; Ülkemizde ebelik eğitimini tamamlayan meslek mensubunun yasa ile kendisinden beklenen her türlü bilgi ve beceriyi karşıladığı görülmektedir. Bu sonuç: mesleki gereklilik açısından son derece memnuniyet vericidir. Ancak Türkiye’de ebelerin farklı görev ve yetkiler ile çalıştırıldığı görülmektedir. Bu durum da Ebelerin ebelik dışı görevleri sürdürmeleri mesleki kimlik anlayışına yani aidiyet duygusuna zarar vermektedir. Her meslek alanında olduğu gibi Ebelerin de kendi mesleki sınırları dışında çalıştırılmaması gerekmektedir. Bu problemin en önemli nedeninin mesleğin kendisine özel meslek yasasının olmaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan Ebelik mesleki yetkinliklerinin diğer sağlık elemanları/kişiler tarafından kullanılması da yasal suç kapsamında değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği. R.G. Tarihi:06.02.1997, R.G. Sayısı:22900. Erişim Tarihi: 19 Ekim 2018.
2. Çakır Koçak, Y., Öztürk Can, H., Yücel, Ü., Demirelöz Akyüz, M., Çeber Turfan, E. (2017). Türkiye’de ebelik bölümlerinin akademik ve fiziki profili. *HSP*, 4(2), 88-97. DOI:10.17681/hsp-dergisi.293047. Ebeler Derneği. Ebeliğin Tarihiçesi. Erişim Tarihi: 19 Kasım 2018. (www.turkebelerderneği.com).
3. Ebelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP), 2016.
4. Eren N, Uyer G. (1989). *Ebelik ve sağlık memurluğu, sağlık meslek tarihi ve ahlakı*. 3. Baskı. Hatiboğlu Yayınevi.
5. İstanbul Tıp Fakültesi Bülteni-Ekim 2012. Erişim tarihi: 20 Ekim 2018. http://cdn.istanbul.edu.tr/statics/istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2014/01/021_itf.bulten.ikinci.sayi_.pdf
6. Karaçam, Z. (2016). Türkiye’de profesyonel bir disiplin olarak ebelik mesleğinin durumu: yasaldüzenlemeler, eğitim ve araştırma. *Lokman Hekim Dergisi*, 2016, 6(3):128-136.
7. Karanisoğlu, H. (1999). Ülkemizde ebelik eğitimindeki gelişmeler. *Hemşirelik Formu Kadın Doğum Sayısı*.2(3), 85-8.
8. Köker, AH. (1997). *Doğum ve ebelik tarihi*. Erciyes Üniversitesi: Gevher Nesibe Tıp Tarihi Enstitüsü: Yayın No: 26.
9. Nüfus Planlaması Yürütme Yönetmeliği. Yayımlandığı R. Gazetenin Tarihi: 6/10/1983, 1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

- No:18183. s. 1777-1812. Erişim Tarihi: 19 Ekim 2018.
10. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961. Yayımlandığı R. Gazete: Tarih:12/1/1961,Sayı:10705. s. 3597-3606. Erişim Tarihi: 19 Ekim 2018.
11. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik. Yayımlandığı R. Gazetenin Tarihi: 9.9.1964, No: 11802. s. 478-486. Erişim Tarihi: 17 Ekim 2018.
12. Soğukpınar, N., Saydam, BK., Bozkurt, OD., Öztürk, H., Pelik A. (2007).Pastandpresentmidwiferyeducation in Turkey, *Midwifery*, 23, 433-442.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.011>
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2017.(Erişim Tarihi: 20 Ekim 2018)
Erişim adresi:<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>
14. Tosun, İ. (1997). Bilim adamı yetiştirme: lisansüstü eğitim. *TÜBA Bilimsel Toplantular Serisi*, No: 7, 7-8.
15. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Yayımlandığı R. G. Tarihi: 13.1.1983, No:17927 Mük. s. 1315-1444. Erişim Tarihi: 18 Ekim 2018.
16. Yıldırım, G.,Kockanat, P., Duran, Ö. (2014). Ulusal ebelik kodları ve meslek değerleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23(4), 148-154.
17. Yılmaz, T.,Karanoğlu, H. (2016). Türkiye’de ebelik eğitiminin güncel durumu. *HSP*, 3(1), 73-77. doi: 10.17681/hsp.32896.
18. YÖK / Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 02.02.2008 Resmi Gazete Sayısı: 26775. (Erişim Tarihi: 20 Ekim 2018).
19. Yücel, U., Ekşioğlu, A., Demirelöz, M., Baykal Akmeşe, Z., Çakır Koçak, Y., Soğukpınar, N. (2013). Türkiye’de ebelik lisansüstü eğitim profilinin incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 10(1), 1342-1354.
20. http://www.uak.gov.tr/temelalan/A_tablo10.pdf Erişim tarihi: 19 Ekim 2018
21. <http://www.tdk.gov.tr> Erişim tarihi: 20 Ekim 2018
22. <https://internationalmidwives.org/knowledge-area/icm-publications/icm-core-documents.html> Erişim Tarihi: 19 Ekim 2018.
23. Yükseköğretim kalite güvencesi yönetmeliği
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/07/20150723-3.htm>

11 - EBELİK BÖLÜMÜNDE GÖREV YAPAN AKADEMİSYENLERİN AKADEMİK ÇALIŞMA PROFİLLERİNİN VE İŞ DOYUMLARININ İNCELENMESİ

Aytül HADIMLI*, Ummahan YÜCEL*, Serap ÇETİNTAŞ ÖNER*

* Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

ÖZET

Amaç: Üniversitelerin kurulma amacı kaliteli bir eğitim anlayışı sunarak geleceğin genç beyinlerini yetiştirmek ve gerekli iş gücünü karşılayabilmektir. Bilgilerin araştırılması ve uygulanması nitelikli akademisyenler tarafından gerçekleştirildiğinde, üniversitelerin ve bu üniversitelerden yetişen meslek profesyonellerinin de niteliği artar. Her meslekte olduğu gibi akademisyenlikte de iş doyumunu verimli çalışmanın temel anahtarıdır. Bu özden yola çıkarak, bu çalışmada ebe akademisyenlerin akademik çalışma profilleri ve iş doyumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Veri toplama aracı olarak katılımcı anket formu ve Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama formları “Google Formlar” aracılığıyla öğretim elemanlarının mail adreslerine iletilmiştir. Öğretim elemanlarına ait mail adreslerine üniversitelerin resmi web siteleri aracılığıyla ulaşılmıştır. Ebelik bölümünde çalışan akademisyenlerin %50.7’si doktora eğitimi tamamlamış, %32.8’i ise doktora eğitimine devam etmektedir. Katılımcıların %53’ü ebelik, %39.6 hemşirelik lisans eğitimi almıştır ve %83.6’sı akademisyen olmadan öncesağlık sektöründe çalışmıştır. Akademisyenlerin iş doyum puan ortalaması 70.62 ± 12.9 olarak saptanmıştır. Akademisyen olarak çalışmaktan memnun olma durumu ($P=0.000$) ve akademik teşvik ücreti alma ($p=0.001$) ve iş doyumunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Ülkemizde Ebelik bölümlerinde görev yapan toplam akademisyen sayısı 298’dir. Çalışmaya katılan akademisyen sayısı ülkemizdeki ebelik bölümü akademisyenlerinin %45’ni oluşturmaktadır. Katılımcıların %53’ünün ebelik lisans mezunu olması ebelik bölümü akademisyenlerinin artık alanında eğitim gören kişilerden oluştuğunu göstermektedir. Akademisyenlerin Minnesota İş Doyum Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 70.62’dir. Buna göre araştırma sonucunda ebelik bölümünde görev yapan akademisyenlerin iş doyumlarının orta düzeyde olduğu; akademisyen olarak çalışmaktan memnun olanların ve akademik teşvik ücretinden yararlananların iş doyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Ebelik bölümü; İş Doyumu; Akademisyen

Investigation of Academic Work Profiles and Job Satisfaction of Academicians at Midwifery**Department****ABSTRACT**

Aim: The aim of the universities is to educate the young minds of the future by providing a quality education approach and to meet the necessary work force. When the research and application of the information is carried out by qualified academicians, the quality of the universities and the professional professionals who grow from these universities increases. As in any profession, job satisfaction is the key to working efficiently in academia. In this study, it is aimed to examine the academic study profiles and job satisfaction of midwife academicians.

Result: Participant questionnaire form and Minnesota Job Satisfaction Scale were used as data collection tools. Data collection forms were sent to faculty members via mail Google Forms. The e-mail addresses of the lecturers were reached through the official websites of the universities. 50.7% of the academicians working in midwifery department have completed doctoral studies while 32.8% of them are continuing their doctorate education. Of the participants, 53% were midwifery, 39.6% were nursing undergraduate students and 83.6% worked in the health sector before becoming an academician. The average job satisfaction score of the academicians was 70.62 ± 12.9 . A statistically significant relationship was found between being satisfied with working as an academician ($P = 0.000$) and getting an academic incentive fee ($p = 0.001$) and job satisfaction

CONCLUSION: The number of academicians working in midwifery departments in our country is 298. The number of academicians participating in the study constitutes 45% of the midwifery academicians in our country. The fact that 53% of the participants are midwifery undergraduate graduates shows that midwifery academicians are now educated in the field. The average score of the academicians from Minnesota Job Satisfaction Scale is 70.62. According to the results of this study, it was found that the job satisfaction of the academicians working in midwifery department was at a moderate level; those who are happy to work as academicians and those benefiting from the academic incentive fee have higher job satisfaction.

Key words: Midwifery department; Job Satisfaction; Academician

GİRİŞ

Özellikle 18. yüzyıldan sonra bilgi birikiminde çok hızlı gelişmeler sağlanmış, bilgisayar ve internet teknolojinin paralel olarak bu artış katlanarak sürmüştür. Ekonomiden politikaya kadar her konuda daha güçlü olan ülkelere bakıldığında bunların bilgi üreten ülkeler olduğu görülmektedir. Bilginin üretilmesi, öğretilmesi ve yayılmasında da üniversitelere önemli görevler düşmektedir (1,2). Üniversitelerin görevi; yeni bilgiler üretmek, öğrencilere, temel bilgi ve mesleki becerileri öğretmektir. Üniversitelerin öncü olduğu asıl görev fikirlerin ve alternatif fikirlerinin geliştirilip ortaya koyulmasını sağlamaktır (3). Bu yüzden öğretim üye ve elemanlarının araştırma yapması, bilgilerini güncellemesi ve yeni fikirler oluşturması kaçınılmazdır. Akademisyenler uzmanlık alanları ile ilgili çalışmalar yaparken bazı engeller ile karşılaşabilmektedirler. Bu durum hem motivasyon hem de iş doyumunu bağlamında olumsuz etkileyebilmektedir.

İş doyumunu birçok araştırmacı tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Karadağ ve arkadaşları (2002) bireyin iş yaşamını değerlendirmesi sonucu elde ettiği haz olarak tanımlarken; işin niteliği, ücreti, çalışma koşulları, örgüt, yönetim, denetim gibi birçok faktörden etkilendiğini belirtmiştir. Çekmecelioglu ise; iş doyumunu, iş şartlarının ya da işten elde edilen sonuçların iş gören tarafından değerlendirilmesi olarak tanımlamıştır (4,5).

Üniversitelerde görev yapan öğretim elemanlarının profilleri ile ilgili araştırma sayısı da gittikçe artmaktadır. Literatürde akademisyen arkeologların, denizcilik eğitimi veren kurumlardaki akademisyenlerin, hemşirelik yükseköğretimdeki araştırma görevlilerinin profillerine yönelik çalışmalar yer almaktadır (6,7,8,9). Ancak ülkemizde üniversitelerin ebeklik bölümü öğretim üye ve elemanları profillerine ve iş doyumlarına ilişkin çalışma bulunmamaktadır. Özellikle yeni kurulan üniversitelerdeki az sayıdaki öğretim elemanı ile eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi öğretim elemanlarının bireysel akademik faaliyetlerini ötelemelerine neden olabilmektedir. Öğrenci kontenjanlarındaki artış da uygulamalı bir bölüm olan ebeklik bölümlerindeki öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı, dolayısıyla iş yükü artışı konusunda diğer bir etkidir. Ebeklik bölümünde görev yapan akademisyenlerin işe yönelik olumlu tutumlar geliştirmelerinde rol oynayan faktörlerin belirlenmesi ve iş doyumunun yükseltilmesine yönelik düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu gereklilikten hareketle kesitsel tipteki araştırmanın amacı, ebeklik bölümlerindeki öğretim elemanlarının akademik profillerinin belirlenerek hangi yönlerden gelişmeye ve desteğe gereksinim duyduklarının tespit edilmesi ve iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, ebe akademisyenlerin akademik çalışma profillerinin ve iş doyumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Yüksek Öğretim Kurumu'na (YÖK) bağlı üniversitelerde ebeklik bölümünde görev yapan tüm öğretim üye ve elemanları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın veri toplama aşamasında Türkiye'de 47 üniversitede ebeklik bölümü bulunmaktadır. Ebeklik bölümlerinin 28'i fakülte, 19'u yükseköğretim bünyesinde yer almaktadır.

Ebelik bölümlerinin sayısının ve bu bölümlerde görev yapan öğretim elemanı sayısını belirlemek için YÖK atlası ile birlikte üniversitelerin resmi web sitelerinden yararlanılmıştır (10). Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, ebelik bölümünde görev yapan ve veri toplama formlarını doldurmayı kabul eden tüm öğretim elemanları örnekleme oluşturmuştur. Veri toplama formları “Google Formlar” aracılığıyla öğretim elemanlarının mail adreslerine iletilmiştir. Öğretim elemanlarına ait mail adreslerine üniversitelerin resmi web siteleri aracılığıyla ulaşılmıştır. 44 öğretim elemanın mail adresine ulaşılamamış ya da mail adresi hata vermiştir. 254 öğretim elemanına veri formu ulaştırılmıştır. Veri toplama formlarını doldurarak araştırmaya katılmayı kabul eden ve örnekleme oluşturan öğretim elemanı sayısı 134’tür.

Formlar internet ortamından (mail ile) gönderilmiş olup anket formu ve Minnesota İş Doyum Ölçeği ile toplanmıştır. Anket formunda toplam 28 soru yer almaktadır. Bu soru formunda katılımcıların demografik durumlarına (cinsiyet, yaş, medeni durumu, sahip olduğu çocuk sayısı, eğitim durumu, unvanı, bitirdiği lisans bölümü, yükseköğrenim durumu vb.) ve akademik çalışma durumlarına ait (hizmet süresi, dernek üyelik durumu, akademik teşvikten yararlanma durumu, toplam makale sayıları, editörlük durumu vb.) sorular yer almaktadır. Akademisyenlerin iş doyumlarını belirlemeye yönelik ise Minnesota İş Doyum Ölçeği (Short Form Minnesota Satisfaction Questionnaire, MSQ) kullanılmıştır. Dawis ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Baycan tarafından ülkemize uyarlanarak sağlık kurumunu da içeren 4 alanda test edilmiştir. Toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Minnesota doyum ölçeği 20-100 arasında puan alan ve puan arttıkça iş doyumunun arttığını gösteren bir ölçektir. Puan değeri olarak 25 ve altı düşük iş doyumunu, 26-74 orta iş doyumunu ve 75 ve üzeri ise yüksek iş doyumunu ifade etmektedir. Ölçek internet ortamında kullanıma açık olarak bulunmaktadır (11).

Veriler; SPSS 16.0 paket programında analiz edilmiştir ve anlamlılık derecesi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Akademisyenlere ait sosyo-demografik özellikler ve tanıtıcı bilgilerin verilmesinde sayı ve yüzdedağılımları ile, tanıtıcı bilgiler ile Minnesota İş Doyum Ölçeği’nden aldıkları puanlar arasındaki ilişki ise Studentt testi ve Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Araştırmanın yürütülmesi Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’nun 23.06.2017 tarihli toplantısında 204-2017 protokol no ile kabul edilmiştir.

BULGULAR

Akademisyenlerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular: Ebelik bölümünde çalışan akademisyenlerin %41.0’ı 24-33 yaş arasında, %98.5’i kadın, %67.2’si evlidir ve %44.0’ının çocuğu yoktur. Akademisyenlerin %50.7’si doktora eğitimini tamamlamış %32.8’i ise doktora eğitime devam etmektedir. Mezun oldukları lise %42.5 ile ağırlıklı olarak düz lise iken %25.4’ü sağlık meslek lisesi mezunudur. Katılımcıların %53.0’ı ebelik, %39.6’sı hemşirelik lisans eğitimi almıştır ve %83.6’sı akademisyen olmadan önce sağlık sektöründe çalışmıştır. Akademisyenlerin Ebeler Derneği’ne üyelik durumları sorulduğunda %50.0’ı üye olduğunu, %41.0’ı üye olmadığını, %9.0’ı ise üyelikten ayrıldığını belirtmiştir.

*Akademisyenlere Ait Bazı Akademik Özelliklere İlişkin Bulgular:***Tablo 1. Akademisyenlere Ait Bazı Akademik Özellikler**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mezun olunan lisans üstü eğitim programı		
Ebelik	50	37.3
Hemşirelik	68	50.8
Diğer	16	11.9
Akademisyen olarak çalışma süresi		
1-5 yıl	45	33.6
6-10 yıl	26	19.4
11-15 yıl	24	17.9
16-20 yıl	25	18.7
21 yıl ve üstü	14	10.4
Akademik unvan		
Araştırma Görevlisi	43	32.1
Öğretim Görevlisi	32	23.9
Doktor Öğretim Üyesi	49	36.6
Doçent	9	6.7
Profesör	1	0.7
Akademik faaliyetler için zamanı iyi kullanma		
İyi kullanıyor	35	26.1
İyi kullanmıyor	99	73.9
2017 yılında akademik teşvik ücreti alma durumu		
Alan	88	65.7
Almayan	46	34.3
2016 yılında akademik teşvik ücreti alma durumu		
Alan	71	53.0
Almayan	63	47.0

2015 yılında akademik teşvik ücreti alma durumu		
Alan	38	28.4
Almayan	96	71.6
Akademik teşvik uygulamasını yararlı bulma		
Yararlı bulan	88	65.7
Yararlı bulmayan	46	34.3
Toplam	134	100.0

Akademisyenlerin %50.8'si lisans üstü eğitimi Hemşirelik, %37.3'ü ise Ebelik Anabilim Dalı'nda tamamlamış olup %33.6 ile çoğunluğunun akademisyen olarak çalışma süresi beş yıl ve daha azdır. Akademik unvanları incelendiğinde araştırma grubunun %36.6'sının doktor öğretim üyesi olduğu belirlenmiştir. Akademisyenlerin %73.9'u akademik faaliyetler için zamanlarını iyi kullanamadıklarını düşünmektedir. Katılımcıların akademik teşvik ücreti alma durumlarına bakıldığında %28.4'ünün 2015, %53'ünün 2016 ve %65.7'sinin 2017 yılında teşvik ücreti aldığı saptanırken %65.7'si akademik teşvik uygulamasını yararlı bulmaktadır (Tablo 1).

Türkiye'deki Ebelik Bölümü Akademisyenlerinin İş Doyumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 2. Türkiye'deki Ebelik Bölümü Akademisyenlerinin İş Doyumu

	n	Minimu m puan	Maksimum Puan	Ortalama ve Standart Sapma (SS)
Minnesota İş Doyumu ÖlçekPuanı	134	38.0	99.0	70.62 ±12.91
		0	0	

Akademisyenlerin iş doyumu puan ortalaması 70.62 ±12.9'dir (Tablo 2).

Tablo 3. Akademisyenlerin Bazı Özellikleri ile İş Doyumu Arasındaki İlişki

Özellikler	İş Doyumu Puanı		İstatistik	
	X±SS	t	p	
Medeni durum				
Bekar	70.05±15.0	-	0.74	
	9	0.330	0	
Evli	70.90±11.7			
	8			

Akademisyen olmadan önce sağlık sektöründe çalışma			
Çalışan	71.15±12.7	-	0.28
	5	1.078	3
Çalışmayan	67.91±13.7		
	1		
Akademik faaliyetler için zamanı iyi kullanma			
İyi kullanıyor	74.86±13.4	2.295	0.02
	0		3
İyi kullanmıyor	69.12±12.4		
	6		
Kariyer gelişimi açısından sorun yaşama durumu			
Evet	69.80±12.9	-	0.21
	5	1.241	7
Hayır	72.94±12.7		
	1		
Akademisyen olarak çalışmaktan memnun olma durumu			
6 ve altında sayı ile memnuniyeti bildiren	55.97±9.94	-	0.00
		8.588	0
7 ve üzerinde sayı ile memnuniyetini bildiren	74.67±10.5		
	0		
2017 yılında akademik teşvik ücreti alma			
Alan	78.6±12.93	3.261	0.00
			1
Almayan	65.76±11.5		
	2		

Akademisyenlerin iş doyumu ile bazı özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde medeni durum, akademisyen olmadan önce sağlık sektöründe çalışma, ve kariyer gelişimi açısından sorun yaşama durumu ile iş doyumu arasında bir ilişki saptanamamıştır ($p \geq 0.05$). Akademik faaliyetler için zamanı iyi kullanma, akademisyen olarak çalışmaktan memnun olma durumu ve akademik teşvik ücreti alma ile iş doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada Türkiye'deki üniversitelerin Sağlık Yüksekokulları ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde, Ebelik Bölümlerinde görev yapan öğretim elemanlarının, sosyo-demografik ve akademik özellikleri ile iş doyumları incelenerek değerlendirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü 2018

yılı itibari ile Sağlık Yüksekokullarında 86 ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde 212 öğretim üye/elemanı olmak üzere ebelik bölümlerinde görev yapan toplam akademik personel sayısı 298'dir. Koçak ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmaya göre ebelik bölümlerinde belirlenen öğretim elemanı sayısı 183'tür (12). Bu sayı göstermektedir ki ebelik bölümünde görev yapan akademisyenlerin sayısı gittikçe artmakta ve akademik gelişmeleri devam ettirmektedir. Çalışmamıza katılan öğretim elemanlarının %98.5'inin cinsiyetinin kadın olması, görev yapan akademik personelin çoğunun hemşirelik veya ebelik lisans mezunu olup ebelik bölümlerine erkek öğrenci kabulünün henüz çok yeni olması ve hemşirelik/ebelik bölümlerinin genelde kız öğrenciler tarafından tercih edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Mezun olunan lisans programına bakıldığında %53.0'ının ebelik bölümü çıkışlı olduğu, lisans üstü mezuniyette bu durumun hemşirelik olarak değiştiği görülmektedir. Bu durumun nedeni ise ebelik bölümü yüksek lisans eğitiminin 2003 yılında, doktora eğitiminin ise 2013 yılında başlamasıdır. Lisans mezunu ebeler, Türkiye'de Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans ve doktora eğitiminin henüz başlamadığı dönemde eğitimlerini devam ettirebilmek için ebeliğin çalışma alanına en yakın alanlar olan 'Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği', 'Halk Sağlığı/ Hemşireliği' gibi diğer alanlarda bitirmişlerdir (13). Ebelik anabilim dallarının sayı bakımından yetersizliğinden kaynaklı olarak ebelik doktora programının yeni yeni gelişmesi ve çoğalması ebe akademisyen sayısının artmasına katkı sağlayacaktır.

Akademik personelin işinden ve üniversitelerinden duydukları mutluluk ve tatmin duygusu, onların daha üretken olmasını, kurumu ve öğrencileri adına daha fazlasını yapmaya istekli olmalarını sağlamaktadır (14). Araştırmaya katılan ebelik bölümü akademisyenlerinin Minnesota İş Doyum Ölçeğinden (MSQ) aldıkları puan ortalaması 70.62'dir. Çalışmamıza göre ebelik bölümünde görev yapan akademisyenlerin iş doyumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Ebeler ile yapılan çalışmalara bakıldığında genel iş doyumlarının nötrden düşüğe doğru bir eğilim gösterdiği belirtilmektedir (15,16). Hastanede/sahada görev yapan ebeler ile üniversitelerin ebelik bölümü akademik kadrolarında görev yapan öğretim elemanlarının iş doyumlarının benzer şekilde orta düzeyde çıkması göze çarpmaktadır. Bu durumun Türkiye'de akademisyen olarak çalışan ebelerin, akademik çalışmalarının yanı sıra öğrencilerin uygulamalı eğitimlerinde onlar ile birlikte hastanede/birinci basamak sağlık kuruluşlarında bir ebe gibi çalışmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızdaki katılımcıların, akademik personel olarak görev yapmaktan memnun olma durumları ile iş doyumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir. Bu durum akademik personel olarak çalışmaya duyulan memnuniyet arttıkça iş doyumunu arttırdığı şeklinde yorumlanabilir. Çalışmaya katılan akademisyenlerin yıllara göre akademik teşvikten yararlanma durumlarının arttığı saptanmış olup, %65.7'si akademik teşvik uygulamasının yararlı olduğunu belirtmiştir. Turhan ve Erol'un 2017 yılında yapmış oldukları 'Akademisyenlerin Akademik Teşvik Ödeneğine İlişkin Görüşleri' adlı çalışmalarında

katılımcıların %76.0'sı akademik teşvik uygulamasının yararlı olduğunu ifade etmişlerdir (17). Çalışmamızla benzer bir sonuç saptanmış olup akademisyenler akademik teşvik ödeneğinin akademik personeli bilimsel çalışmaya yönelttiği belirtilmiştir. Ancak yapılan çalışmalarda akademik teşvik alma isteğiyle üretilen yayınların nitelik bakımında düşük olabileceği kaygıları da ortaya çıkmaktadır (17,18). Bu durumun önüne geçebilmek için oluşturulan teşvik kriterlerinin ve komisyonların çalışmaları önem arz etmektedir.

Bu sonuçlar bağlamında; akademik kadroların nicelik ve nitelik açıdan geliştirilmesi, kadro ve yayın yapma sorununun kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapılması, akademisyenlerin iş doyumunu artıran faktörler dikkate alınarak bunlara yönelik önlemlerin alınması ve daha fazla akademisyenin katılımı sağlanarak araştırmanın tekrarlanması önemli adımlar olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Karakütük K, Tunç B, Özdem G, Bülbül T. Eğitim fakültelerinin öğretim elemanı profili. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayını. No:205 2008 Ankara.
2. Bilgin Z, Ocakçı AF. Ebelik öğrencilerinde mesleki güdülenme. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(3):40-46.
3. Özdemir Ç, Ünsal H, Yüksek G, Cemaloğlu N. Türkiye'deki öğretim elemanlarının çocuklarına, öğrencilerine ve meslektaşlarına ilişkin değer tercihleri. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2010;10(2):1071-1112.
4. Karadağ G, Sertbaş G, Güner İC. Hemşirelerin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri ile bunları etkileyen bazı değişkenlerin incelenmesi. Hemşirelik Formu 2002b;5(6):8-15.
5. Çekmecelioğlu H. "İş tatmini ve örgütsel bağlılık tutumlarının işten ayrılma niyeti ve verimlilik üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi: bir araştırma", İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2006;8(2):153-168.
6. Dönmez RÖ, Özsoy SA. Türkiye'de hemşirelik yüksekokullarında araştırma görevlisi profili. DEUHYO ED 2013;6(2):51-61.
7. Özdemir Ç. Gazi Üniversitesi Öğretim Elemanlar Profili, 2003 Ankara.
8. Nas S, Çelik B. Türkiye'deki denizcilik eğitimi veren kurumların akademisyen profili. Journal of ETA Maritime Science 2013;1:7-14.
9. Karadaş Y, Demir T. Günümüz türkiye'sinde akademisyen arkeologların sosyal profili ve teorik yönelimleri üzerine bir anket çalışması. Türkiye Bilimler Akademisi Arkeoloji Dergisi 2013;16:133-143.
10. YÖK Lisans Atlası. Retrieved from <https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans-anasayfa.php> Erişim Tarihi: 16.06.2018.
11. Köroğlu Ö. İçsel ve dışsal iş doyum düzeyleri ile genel iş doyum düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi: turistrehberleri üzerinde bir araştırma. Doğu Üniversitesi Dergisi 2012;13(2):275-289.
12. Koçak YÇ, Can HÖ, Yücel U, Akyüz MD, Turfan EÇ. Türkiye'de ebelik bölümlerinin akademik

ve fiziki profili. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2017;4(2):88-97. DOI: 10.17681/hsp-dergisi.293047.

13. Yücel U, Ekşioğlu A, Demirelöz M, Akmeşe ZB, Koçak YÇ, Soğukpınar N. Türkiye’de ebelik lisansüstü eğitim profilinin incelenmesi. International Journal of Human Sciences. 2013;10(1):1342-1354.
14. Alparslan AM. Öğretim elemanlarının işlerinden tatmin, üniversitelerinden memnun ve gönüllü olmalarındaki öncüller: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi’nde bir araştırma. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2014;6(11):82-100.
15. Bilgin Z, Kocabey MY, Yeşilyurt G, Öztürk D. Ebelerde örgütlenme ve iş doyumunun belirlenmesi. HSP 2017;4(1):105-110.
16. Aydın M, Akan N. Mersin belediye sınırları içinde çalışan ebelerin mesleki doyumunu. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010;3:1;15-21.
17. Turhan M, Erol YC. Akademisyenlerin akademik teşvik ödeneğine ilişkin görüşleri. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 18(3),281-296. DOI:10.17679/inuefd.341708.
18. Şahin F, Tabak YB, Tabak H. Motivasyon kuramı bağlamında akademik teşvik ödeneği uygulamasının değerlendirilmesi. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 2017:7(2):403-410.

12 - NORMAL DOĞUM EYLEMİNDE YAPILAN GİRİŞİMLER: KADINLARIN DENEYİM VE GÖRÜŞLERİ

Semra ELMAS¹ Çiler ELMAS¹ Meryem ERDOĞAN² Didem KIRATLI³, Zeynep DAŞIKAN⁴

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Doktora Öğrencisi, İzmir.

²Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uşak.

³Dr.Behçet uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.

Özet

Giriş-Amaç: Doğum eyleminde verilen bakımın kanıt temelli olması bakımın kalitesini arttırmaktadır. Verilen bakıma yönelik kadınların bakım görüşlerini öğrenmek de sağlık bakım kalitesinin gelişmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Araştırma normal doğum eyleminde yapılan kanıt temelli girişimleri ve gebe kadınların deneyim ve bakım görüşlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma İzmir’de bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Doğum Servisine başvuran, miadında normal doğum yapan 331 kadında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan soru formu kullanılmış, verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, ki-kare, t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 25,95±3,73, doğum sayısı ortalaması 1,87±,876’dır. Kadınların %55,6’sı ilköğretim mezunu, %48,6’sı düşük gelirli; %41,1’i Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi kökenli olduğu ve %91,2’sinin doğum öncesi doğuma hazırlık eğitimi almadığı saptanmıştır. Doğumun birinci evresinde gebe kadınların %85,8’ine induksiyon/provakasyon, %75,8’ine lavman, %45,9’una amniyotomi, %77,3’üne intravenöz sıvı tedavisi uygulanmış ve tümünde yeme içme kısıtlanmıştır. Gebe kadınların tümü sağlık personeli tarafından doğum ağrısını azaltmak için masaj ve/veya solunum egzersizlerinin uygulamadığını, %16,9’u kısmen serbest dolaşma, hareket etme ve çömelmeye izin verildiğini bildirmiştir. Doğumun ikinci evresinde tüm gebeler supine pozisyonunda doğum yaptığını, %52,9’u bebeğin doğumu esnasında karın üzerinden fundal basınç uygulandığını belirtmiştir. Kadınların %88,8’ine epizyotomi yapıldığı ve %39,3’üne laserasyon için sütür atıldığı saptanmıştır. Doğumdan sonra annelerin %29,3’ünün bebekleri ile ten-ten temas ettikleri ve sadece %9,4’ünün ilk 15 dk da bebeklerini emzirdiklerini belirtmiştir.

Kadınların doğum deneyimleri ve bakım görüşleri incelendiğinde; kadınların %77,0’si doğum yapılan masanın ve doğum pozisyonunun rahat olmadığını, %66,8’i doğum odasında kendine destek olacak eş/bir yakınının olmasını arzuladığını, %89,7’si tek kişilik bir odada ebe eşliğinde doğum yapmak istediğini belirtmiştir.

Sonuç: Doğum eyleminde gebelere uygulanan girişimlerin birçoğunun kanıt temelli olmadığı, bakım alan gebelerin yarısından fazlasının doğum deneyiminden, sağlık personelinin tutum ve davranışından memnunkalmadığı ve doğum süresince gebelerin beklentilerinin karşılanmadığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Normal doğum, kanıt temelli, obstetrik girişim, doğum deneyimi, görüş

Interventions in Normal Labor: Experiences and Opinions of Women

Abstract

Aim: The study was carried out to investigate evidence-based attempts in labor and the experience and care of pregnant women.

Methods: The study was carried out as a descriptive study in 331 full-term women who gave birth normally and applied to obstetric clinic of Training and Research Hospital in Izmir. The data were collected by the researchers using the questionnaire.

Results:In the first phase of labor, 85.8% of pregnant women had induction/provocation, 75.8% had enema, 45.9% had amniotomy, 77.3% had intravenous fluid treatment and all were restricted to eating. In the second stage of labor, all pregnant women gave birth in the supine position and 52.9% of them stated that the baby was given pressure and pushing through the abdomen during delivery. It was found that 88.8% of women had episiotomy and 39.3% had sutures for lacerations. After birth, 29.3% of mothers contacted their baby with skin and only 9.4% stated that they breastfed their babies for the first 15 minutes.

When the birth experiences and care opinions of women are examined; 77,0% of the women stated that they were not comfortable and the birth position was not comfortable, 66,8% of them wanted to have aspouse/partner in the delivery room and 89,7% of them wanted to give birth in a single room with a midwife. Only 3% of the women stated that they received sufficient information/explanation about the procedures performed by the health personnel in the delivery room and 73.4% stated that they had not received any approval for their operations. 53.1% of the women stated that the attitudes and behaviors of the health personel were bad and 43.6% stated that they were exposed to negative verbal approaches by health personnel. 73.4% of the women stated that the interventions in the delivery room did not meet their expectations.

Conclusion: It was concluded that most of the interventions applied to pregnant women in labor were not evidence-based, and more than half of the pregnant women receiving care were not satisfied with the birth experience, the attitude and behavior of the health personnel, and the expectations of pregnant women were not met during delivery.

Keywords: normal birth, evidence-based, obstetric interventions, birth experience, opinion,

Giriş

Geçmiş yıllarda evde ebelerin yönetiminde gerçekleşen doğumlar teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastanelerde ve hekimlerin kontrolünde gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Teknolojik gelişmelere paralel olarak hastanelerde gerçekleştirilen doğumlarda kullanılan tıbbi müdahalelerin sayısı da giderek artmıştır (Vural, Şentürk Erenel 2017). Doğum içgüdüsel bir eylemdir ve müdahale edilmediğinde salgılanan hormonlar sayesinde kendiliğinden gerçekleşir (Serçekuş ve İsbir, 2012). Literatürde doğumun tıbbi müdahalesi (medikalizasyon) olarak tanımlanan induksiyon, forseps, vakum, epizyotomi ve sezaryen benzeri müdahaleler anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemli olmasına karşın, bu uygulamaların rutin hale gelmemesi ve zorunlu olmadıkça kullanılmaması önerilmektedir. Buna karşın son yıllarda hastanelerde gerçekleşen doğumlarda tıbbi müdahalelere sıklıkla rastlanmakta, ilk doğumların hemen hemen tamamında epizyotomi uygulanmaktadır. Doğumun fizyolojik sürecine gereksiz tıbbi müdahalelerin sonucunda anne ve bebek sağlığı riske girmekte, yüksek maliyetli doğumlar gerçekleşmektedir (Vural, Şentürk Erenel 2017; Romano ve Lothian, 2008).

Son birkaç yıl içinde obstetrik bakım kanıta dayalı araştırmalarla daha da önem kazanmıştır. Aynı zamanda anne ve fetus için en yüksek güvenlik ve etkinliği belirlenmiş kanıta dayalı uygulamaların seçilmesi ve uygulanması morbidite ve mortalite oranlarını en aza indirecektir (Berghella, Baxter, Chauhan, 2008; Güngör ve Beji, 2012). Tıbben gereksiz indüksiyondan kaçınma, travayda hareket özgürlüğü sağlama, travayda sürekli destek sağlama, rutin müdahaleler ve kısıtlamalardan kaçınma, sırtüstü olmayan pozisyonlarda spontan itirmeyi destekleyen doğum pozisyonu sağlama ve emzirme ile ilgili herhangi bir kısıtlama olmaksızın anne ve bebeği bir arada tutma fizyolojik doğumu teşvik etmek için elde edilen kanıta dayalı bakım uygulamalarıdır (Romano ve Lothian, 2008; Öztürk, Sezer ve Eroğlu, 2014).

Kadınların doğum deneyimleri ve bakımına yönelik görüşleri; kişisel ve sosyo-demografik özelliklerinden, doğum hakkındaki bilgi düzeylerinden, bakımın kalitesi ve desteklenmesi gibi faktörlerden etkilenebilir (Chalmers, Dzakpasu, 2015). Vajinal doğumda girişim yapılmayan kadınların bakım verenler ile iletişiminin daha fazla olduğu saptanmıştır (Chalmers, Dzakpasu, 2015). Doğum eyleminin ilk evresinde hareket etme ve pozisyon, oral sıvı ve gıda alımının kısıtlanması, sürekli elektronik fetal monitorizasyon (EFM) kullanımı, lavman, amniyotomi, rutin epizyotomi uygulaması, anne ve yeni doğanın erken dönemde ten-tene teması memnuniyet durumunu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Öztürk, Sezer ve Eroğlu, 2014).

Doğum eyleminde yapılan gereksiz müdahalelerin en önemli nedeninin doğum öncesi bakım hizmetlerinin, ve doğuma hazırlık eğitimlerinin yetersizliği olduğu düşünülmektedir. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sağlanması ve doğumda kanıta dayalı bilinçli uygulamaların ebe ve hemşireler

tarafından yürütülmesi önerilmektedir (Romano ve Lothian, 2008; Vural, Şentürk Erenel 2017).. Böylece doğum sürecinde anne ve fetus sağlığını korumak ve desteklemek, sağlığı tehdit eden riskleri kontrol altına almak/önlenmek başarılabilecektir (Başgöl ve Beji, 2015).

Bu araştırmanın amacı düşük ve orta gelirli kadınlara normal doğum eyleminde yapılan girişimler, kadınların doğum deneyimlerini ve bakım görüşlerini belirlemektir.

Materyal ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma, Haziran 2016 - Mayıs 2017 tarihleri arasında İzmir ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin doğum kliniğinde yapılmıştır. Bu hastanede doğum yapan kadınların çoğu farklı bölgelerden göç eden sosyo ekonomik durumu düşük ve orta düzeyde olan kadınlardır.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın evrenini Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Doğum servisinde normal doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Hastanede yılda yaklaşık 4200 doğum olmaktadır. Örneklem hesaplamasında bir yıldaki toplam doğum oranından TNSA 2013 yılı sezaryen doğum oranı çıkartılıp (%48.1), normal doğum oranı 2310 olarak hesaplanmıştır. Evreni bilinen örneklem hesaplamasına göre, $\alpha=0.05$ 'lik hata payı kullanılarak araştırmanın örnekleme 331 gebe kadın oluşturmuştur. Araştırmanın katılım kriterleri; miadında (37-42 hafta arasında) normal doğum yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve Türkçe iletişim kurabilen kadınlardır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan2004).

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan soru formu kullanılmıştır. Soru formunun birinci bölümünde kadınların bireysel ve obstetrik özellikleri, ikinci bölümde doğum eyleminde yapılan girişimler ve üçüncü bölümünde kadınların doğum deneyim ve görüşlerini içeren sorulardan oluşmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde SSPS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kadınların tanımlayıcı özelliklerinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmış, istatistiksel analizde ki-kare testi, t testi ve mann whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden yazılı araştırma izni, gebe kadınlardan araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra sözlü onam alınmıştır.

Bulgular

Araştırmadan elde edilen bulgular üç bölümde incelenmiştir.

Kadınların Bireysel Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $25.95 \pm 3,73$ dür. Kadınların %59.5'i multipar, %8.8'i doğum öncesi doğuma hazırlık eğitimi almış, %90,3'ünün doğumu doktor tarafından gerçekleştirilmiştir. Kadınların diğer bireysel özellikleri Tablo 1' de verilmiştir.

Doğum Eyleminde Yapılan Girişimler

Doğumun birinci evresinde kadınlara en fazla uygulanan girişimler sırasıyla; indüksiyon/provakasyon (%85.8), lavman (%75.8), amniyotomi (%45.9), sürekli elektronik fetal monitorizasyon (EFM) uygulaması (%43.5) saptanmış ve kadınlara eylemde ayakta durma, dolaşma ve çömelmeye (%16.9) kısmen izin verildiği saptanmıştır. Doğumun ikinci evresinde kadınların %52.9'una fundal basınç uygulaması, %88.8 epizyotomi yapılmış, %39.3'ünde istenmeyen perineal yırtık/laserasyon oluşmuştur. Doğum sonrası dönemde %29.3'ünde anne-bebek ten tene temas uygulanmış, %9.4'ünde bebeğin ilk 15 dakikada emzirilmesi sağlanmıştır (Tablo 2).

Doğumun birinci evresinde yaş ortalaması yüksek olan kadınlarda indüksiyon/provakasyon uygulaması ($p = .013$), yaş ortalaması düşük olanlarda ise amniyotomi ($p = .001$) uygulaması yüksek saptanmıştır ($p < 0.05$). Multipar kadınlarda indüksiyon/provakasyon ($p = .000$) ve lavman ($p = .024$) uygulaması yüksek çıkmış, primipar kadınlarda ise amniyotomi uygulaması ($p = .033$) yüksek saptanmıştır. Eylemde primiparlarda, aralıklı EFM uygulaması, multiparlarda sürekli EFM uygulaması yüksek saptanmıştır ($p < 0.05$).

Doğumun ikinci evresinde yapılan girişimlerde yaş ortalaması düşük olanlarda fundal basınç uygulaması ($p = .000$), epizyotomi ($p = .000$), perineal yırtık/ laserasyon ($p = .009$), doğum sonrası bebeğin ilk 15 dakikada emzirilmesi daha yüksek saptanmış ve anlamlı fark bulunmuştur. Doğumun ikinci evresinde; primipar kadınlarda fundal basınç uygulaması (%77.6), epizyotomi (%100), ten tene temas (%47.0), doğum sonrası bebeğin ilk 15 dakikada emzirilmesi (%21.6) multipar kadınlara göre daha yüksek saptanmış ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 2).

Doğum eyleminde gebe kadınların tümünde partograf kullanımı ve yeme-içme kısıtlaması yapılmıştır. Gebe kadınlar sağlık personeli tarafından doğum ağrısını azaltmak için hiç masaj ve/veya solunum egzersizlerinin uygulanmadığı belirtmiştir. Kadınların hiç birisine genital bölge traşı yapılmamış, eylemde epidural anestezi, forceps/vakum kullanılmamış ve kadınların tümüne sırt üstü yatar pozisyonda doğum yaptırılmıştır.

Kadınların Doğum Deneyimleri ve Bakım Görüşleri

Gebelerin büyük birçoğu doğum salonunun kalabalık olmasından (%78,9), doğum yapılan masadan ve doğum pozisyonundan (%77,0) rahatsızlık duyduğunu belirtmiştir. Doğum odasında eşin veya aileden birinin olmasını (%66,8), sessiz, tek kişilik bir odada bulunmayı istediklerini (%89,7) ifade etmişlerdir.

Kadınların %63,4'ü sağlık personeli tarafından kısmen duygusal destek aldığını belirtirken, birçoğu yapılan işlemler hakkında açıklama yapılmadığını (%49,5) ve karar verme sürecine katılımın sağlanmadığını (%73,4) belirtmiştir. Gebelerin %46,5'i sağlık personelinin (SP) kendilerine iyi davranmadığını, %48,0'i de mahremiyetine saygılı davranmadığını, %53.1'i personelin tutum ve davranışlarının kötü olduğunu, %43.6'sı olumsuz sözel yaklaşımlara maruz kaldığını belirtmiştir. Bunların sonucunda kadınların %73,4'ü doğum salonunda yapılan girişimlerin beklentilerini karşılamadığını belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 1. Kadınların Bireysel Özellikleri

Özellikler(n:331)	Min-max/n	±/Ss - %
Yaş	20-40	25.95±3.73
Gebelik başlangıç BKİ	15.43-33.20	22.84±2.60
Prenatal bakım alma sayısı	1-12	5.24±2.18
Doğum sayısı	1-4	1.87±.876
Gebelik haftası	37-41	38.93±.808
Eğitim Durumu		
Okur yazar	101	30.5
İlkokul	184	55.6
Lise	46	13.9
Çalışma durumu		
Evet	48	14.5
Hayır	283	85.5
Gelir durumu		
Düşük	161	48.6
Orta	170	51.4
İzmir'e gelinen bölge		
Batı Anadolu Bölgesi (Ege-Marmara)	93	28.1
Akdeniz-Karadeniz-İç Anadolu Bölgesi	36	10.8
Doğu Anadolu Bölgesi (doğu ve güneydoğu)	136	41.1
Göçmen (Suriye)	66	19.9
Parite		
Primipar	134	40.5
Multipar	197	59.5
Doğum öncesi doğuma hazırlık eğitimi alma		
Evet	29	8.8

Hayır	302	91.2
Doğumhaneye kabul edildiği evre		
Latent faz	241	72.8
Aktif faz veya geçiş fazı	90	27.2
Doğum yaptıran sağlık personeli		
Ebe-hemşire	32	9.7
Doktor	299	90.3

Tablo 2. Doğum Eyleminde Yapılan Girişimler

Doğumun birinci evresinde yapılan girişimler							
Değişkenler	Toplam (n: 331)		Yaş ortalaması	P value	Parite		P value
	n	%			Ort/ss	t testi	
			n	% **			x ²
İndüksiyon/ provakasyon							
Evet	284	85.8	26.16±3.831	.013	97(% 72.4)	187(% 94.9)	.000
Hayır	47	14.2	24.70±2.773		37 (%27.6)	10 (%5.1)	
Lavman							
Evet	251	75.8	26.14±3.820	.326*	93 (%69.4)	158 (%80.2)	.024
Hayır	80	24.2	25.39±3.396		41 (%30.6)	39 (%19.8)	
Amniyotomi							
Evet	152	45.9	25.24±4.012	.001	71 (%53.0)	81(%41.1)	.033
Hayır	179	54.1	26.56±3.369		63 (%47.0)	116 (%58.9)	
Elektronik fetalmonitörizasyon (EFM)							
<i>Hiç</i>	64	19.3	25.63±3.480	.733	33 (%24.6)	31 (%15.7)	.036
<i>Aralıklı</i>	123	37.2	26.05±4.172		53 (%39.6)	70 (%35.5)	
<i>Sürekli</i>	144	43.5	26.02±3.445		48 (%35.8)	96 (%48.7)	
Eylemde ayakta durma, dolaşma ve çömelmeye izin verme							
<i>Hiç</i>	275	83.1	25.93±3.83	.321*	115 (%85.8)	160 (%81.2)	.299
<i>Kısmen</i>	56	16.9	26.07±3.22		19 (%14.2)	37 (18.8)	
Doğumun ikinci evresinde yapılan girişimler							
Fundal basınç uygulaması							
Evet	175	52.9	24.84±3.592	.000	104 (%77.6)	71 (%36.0)	.000
Hayır	156	47.1	27.21±3.488		30 (%22.4)	126 (%64.0)	
Epizyotomi							

Evet	294	88.8	25.47±3.462	.000	134 (%100)	160 (%81.2)	.000
Hayır	37	11.2	29.78±3.614		0 (%0.0)	37 (%18.8)	
Perineal yırtık/ laserasyon							
Evet	130	39.3	25.29±4.242	.009	51 (%38.1)	79 (%40.1)	.709
Hayır	201	60.7	26.38±3.300		83 (%61.9)	118 (59.9)	
Ten-tene temas uygulaması							
Evet	97	29.3	25.48±3.476	.140	63 (%47.0)	34 (%17.3)	.000
Hayır	234	70.7	26.15±3.821		71 (53.0)	163 (82.7)	
Doğum sonrası bebeğin ilk 15 dakikada emzirilmesi							
Evet	31	9.4	25.95±3.730	.000*	29 (%21.6)	2 (%1.0)	.000
Hayır	300	90.6	26.25±3.776		105 (%78.4)	195 (%99.0)	

*Mann-whitney, ** Sütün yüzdesi, χ^2 ki-kare testi

Tablo 3. Kadınların Doğum Deneyimleri Ve Bakım Görüşleri

Özellikler(n:331)	n	%
Doğum odasının tek kişilik olmaması ve kalabalık olmasından rahatsızlık duyma		
Evet	261	78.9
Hayır	70	21.1
Doğum masasından veya doğum pozisyonundan rahatsızlık duyma		
Evet	255	77.0
Hayır	76	23.0
Doğum odasında eşin veya aileden birisinin olmasını isteme		
Evet	221	66.8
Hayır	110	33.2
Doğum odasının nasıl olması konusundaki beklentileri		
Sessiz, tek kişilik bir oda	297	89.7
Ağrımız olduğunda yanımıza gelen ebelerin olduğu bir oda	34	10.3
SP tarafından duygusal destek, ilgi, alaka, bakım		
Hiç	111	33.5
Kısmen	210	63.4
Sürekli	10	3.0
SP yapılan işlemler hakkında yeterli açıklama, bilgi vermesi		
Hiç	164	49.5
Kısmen	157	47.4
Sürekli	10	3.0

Yapılan işlemler hakkında karar verme sürecine katılım sağlanması		
Hiç	243	73.4
Kısmen	82	24.8
Sürekli	6	1.8
SP tarafından kişiye saygılı davranma		
Evet	177	53.5
Hayır	154	46.5
Mahremiyete saygı gösterilmesi		
Evet	172	52.0
Hayır	159	48.0
Doğum odasında çalışan SP tutum ve davranışları		
İyi	21	6.4
Orta	134	40.5
Kötü	176	53.1
SP deneyimledikleri olumsuz davranışlar		
Olumsuz sözel yaklaşımlar	144	43.6
Olumsuz fiziksel yaklaşımlar	5	1.5
Hem sözel hem de fiziksel olumsuz yaklaşımlar	31	9.3
SP tarafından yapılan bakım, danışmanlık ve girişimlerin beklentilerini karşılama durumu		
Evet	88	26.6
Hayır	243	73.4

Tartışma

Doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda kadınlara bakım verilmesi; anne ve fetüs sağlığını korumak, sağlığı tehdit eden riskleri kontrol önlenmek adına için son derece önemlidir. Bu süreçte kanıta dayalı uygulamaların kullanılması, bakımda standardizasyonu, gereksiz uygulamaların ortadan kalkmasını ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır.

Doğumun eyleminde yapılan girişim ve bakımlar kadın ve fetüs için son derece etkili uygulamaları kapsar. Doğumun yapıldığı yer, doğumda yapılan uygulamaların kanıtlar doğrultusunda yapılması, doğumların ebe/hekim yönetiminde gerçekleştirilmesi maternal/fetal sonuçlar için önemli olabilmektedir (Rathfish ve Güngör,2009).

Doğumun birinci evresinde yapılan girişimlerden lavman kadında ağrıya neden olabilen ve hoş olmayan bir uygulama olup rutinde önerilmemektedir. Kanıt temelli çalışmalarda da, kan damarları üzerine bası yapmayan, pelvisin tam olarak mobil olduğu, hareketi kısıtlanmayan, bedenin yerçekimi ile uyumlu çalışabildiği pozisyonlar olduğu önerilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, kadınların doğum süreci boyunca en rahat ettiği pozisyonu almalarını ve hareket etmelerini serbest bırakılarak, dik pozisyonların desteklenmesini önermektedir (Makuch, 2010). Cochrane sistematik derlemesinde;

sürekli elektronik fetal monitorizasyon (EFM) neonatal konvülsiyonlarının azalması ile ilişkili olduğunu ve müdahaleli doğum riski olasılığını arttırdığı bildirilmiştir (Alfirevic ve ark., 2013). Creedon et al. (2013) tarafından hazırlanan rehberde de, sürekli EFM ile aralıklı oskültasyon uygulaması karşılaştırmasında ek olarak, sürekli EFM kullanımı ile Apgar sonuçları ve neonatal yoğun bakımına yatış yönünden anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Amniyotominin kadınlarda doğum ağrısını arttırdığı ve doğum süresini etkilemediği saptanmıştır. Buna göre, rutin amniyotomi uygulanması standart doğumeyleminin yönetiminde önerilmemektedir (Smyth ve ark., 2013).

Doğumun ikinci evresinde yapılan fundal basınç uygulaması ile yapılan çalışmalarda yararlarına ve zararlarına ilişkin kanıtlar yetersiz olup, maternal perineye olan etkilerini ve bebeğin güvenliğini kapsayan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Asheim ve ark., 2011). Carroli ve Mignini (2009) tarafından yapılan Cochrane sistematik incelemesinde, sınırlı epizyotomi uygulamasının rutin epizyotomi uygulamasına göre daha yararlı olduğu bildirilmiştir. Sınırlı epizyotominin rutin uygulamaya göre çeşitli yararları olmakla beraber; anterior perineal travma riskinde artışa neden olabilmektedir Anne ve bebek arasındaki tentene temasın erken zamanda başlatılması, bebeğin ruhsal ve fiziksel gelişimi ve ileriki dönemlerinde güven duygusunun kazandırılması için oldukça önemlidir. Yapılan sistematik çalışma sonucunda tentene temasın bebeğin ağlamalarını azalttığı, emzirme sonuçları, kardiyolojik sistemi üzerinde pozitif etkileri olduğu belirtilmiştir (Moore ve ark., 2012).

Kadının doğum deneyimi; doğum eyleminde yapılan girişimler, hastanın beklentisi, eğitim düzeyi, doğumda destek verilmesi, doğum odasının fiziki durumu gibi birçok faktöre bağlı olarak değişmektedir. Doğum deneyimini olumlu kılmada SP'nin desteği önemli yer tutar. Doğum sırasında sosyal destek varlığı kadının doğumstresini azaltmada kesin çözüm olmasa da sürekli duygusal destek, doğumda refakat etmek ve kadını cesaretlendirmek, kadının antepartum dönemden postpartum döneme kadar güvende hissetmesini ve süreci olumlu değerlendirmesini sağlayan en etkili yollardan biridir (Güngör ve Beji; 2007).

Kadınların doğum esnasında SP yönelik destek algısı arttıkça algılanan kontrolün arttığı, anksiyete ve negatif ruh halinin azaldığı belirlenmiştir (İsbir ve İnci, 2014). Doğum eyleminde kadınlara eğitim/bilgi vermek kadının kararlara katılımını sağlayacaktır. Ayrıca kadınların doğum eyleminde kontrol sağlamalarına katkısı olacaktır. Doğum sürecinde kadına bakımı hakkında bilgi verilmesi hastanın anksiyetesini azaltır. Doğum ilerledikçe fetal durum ve servikal değişikliklerin kadına anlatılması gerekir. Dağlar ve Güler (2004) çalışmasında doğum anında kadınların ebelerden bekledikleri davranışları belirledikleri çalışmalarında, kadınların rahatlama ve gevşeme tekniklerinin öğretilmesini, sorularına yanıt verilmesini, saygıyla davranılmasını, doğumda cesaretlendirilmeyi ve desteklenmeyi beklediklerini belirtmişlerdir. Chalmers ve Dzakpasu(2015) çalışmasında; vajinal doğumda girişim yapılmayan kadınların bakım verenler ile iletişiminin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu kadınların %80'den fazlası bakım verenlerin yeterliliğinden memnun olduklarını, karar verme sürecine katıldıklarını, travay sürecinde saygı gördüklerini ve onurlarının korunduğunu belirtmişlerdir (Chalmers ve Dzakpasu, 2015). Bizim çalışmamızda kadınların yarısına yakını (%48) mahremiyete

saygı gösterilmediğini, doğum odasında çalışan SP (ebe, hemşire, doktor) tarafından kötü tutum ve davranışa maruz kaldığını(%53.1) belirtilmiştir. Doğum odasında bakım veren SP saygılı bir doğum süreci yaşatarak savunuculuğu başlatır. Saygılı bir doğum için SP kadının gizlilik ve mahremiyet korumalı, yargılamadan bakım sağlamalı ve hasta haklarını korumalıdır. SP kadınları olumlu ve olumsuz duygularını ifade etmeleri için desteklemeli ve kadınlara ait bilgileri saklamalıdır. Kadınlar ihtiyaçlarını, korkularını ve endişelerini söylemeleri için cesaretlendirilmelidirler. Kadınlara seçimlerini düşünmeleri için zaman verilmelidir. Yapılacak işlemlerin riskleri ve faydaları açıklanmalıdır. Hastanın istekleri dikkate alınarak doğum planı yapılmalıdır (Adams ve Bianchi, 2008).

Kadınların travay ve doğum odasında yaşadıkları olumlu bakım algıları kendilerini değerli hissetmelerine ve benlik saygılarının olumlu olmasına katkıda bulunurken, psikolojilerinin iyi olmasına, ebeveynliğe geçme sürecinde uyumu arttırabilir.

Sonuç

Doğum eyleminin tüm evrelerinde uygulanan kanıt temelli yaklaşımlar, hatalı uygulamaların azaltılmasını, maliyetetkililiğinin sağlanmasını, hastaların beklentilerinin önem kazanmasını ve sağlık bakımının geliştirilmesini gerekir. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakımın anne ve bebek sağlığı açısından çok önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bu sebeple doğumda verilen destekleyici bakımın ve bu bakımın kadınlar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi çok önem taşımaktadır. Kadınların travay ve doğum odasında yaşadıkları olumlu bakım algıları kendilerini değerli hissetmelerine ve benlik saygılarının olumlu olmasına katkıda bulunurken, psikolojilerinin iyi olmasına, ebeveynliğe geçme sürecinde uyumu arttırabilir.

KAYNAKLAR

1. Adams, E. D. ve Bianchi, A. L. (2008). A Practical Approach To Labor Support. *JOGNN*, 2(37): 106-115.
2. Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M.,(2013). Continuous Cardiotocography (CTG) As A Form Of Electronic Fetal Monitoring (EFM) For Fetal Assessment During Labour. *Cochrane Database Syst Rev.*, 3(5):21-33.
3. Asheim, V., Nilsen, A. B. V., Lukasse, M., Reinar, L. M., (2011). Perineal Techniques During The Second Stage Of Labour For Reducing Perineal Trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(12):65-71.
4. Başgöl, Ş. ve Beji, N, K., (2015). Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar Ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2): 32-39, ISSN: 2146-443X.
5. Berghella, V., Baxter, J. K., Chauhan, S. P., (2008). Evidence Based Labor And Delivery Management.

- American Journal of Obstetrics&Gynecology*, 1(1): 445-454.
6. Carroli, G. ve Mignini, L., (2009). Episiotomy For Vaginal Birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(1):54-65.
 7. Chalmers, B. ve Dzakpasu, S., (2015). Interventions İn Labour And Birth And Satisfaction With Care: TheCanadian Maternity Experiences Survey Findings. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33: (4):374–387, <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2015.1042964>.
 8. Creedon, D., Akkerman, D., Atwood, L., Bates, L., Harper, C., Levin, A., et al. (2013). Management Of Labor. *Institute for Clinical Systems Improvement. Retrived November*. <https://www.icsi.org/asset/br063k/Labor-Interactive0511.pdf>
 9. Dağlar, G. ve Güler, H., (2004). Ebelerin Doğum Anında Annelere Verdiği Bakım Hizmeti: Annelerin Değerlendirmeleri Ve Beklentileri. *Artemis*, 5 (1): 42-47.
 10. Güngör, I., Beji NK (2007) Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research* 29(2), 213–231
 11. Güngör İ., Beji, N. K., (2012). Development And Psychometrictesting Of The Scales For Measuring Maternal Satisfaction İn Normal And Caesarean Birth. *Midwifery* 28:348–357.
 12. İcyeroğlu, G. ve Karabulutlu, E., (2011). Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(7): 67-81.
 13. İsbir, G.G; İnci, F., (2014). Travmatik Doğum Ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1): 29-40.
 14. Larkin, P., Begley, C. M., ve Devane, D., (2009). Women'sexperiences Of Labour And Birth: An Evolutionary Concept Analysis. *Midwifery*, 3(25): 49–59.
 15. Makuch, M. Y., (2010). Maternal Positions And Mobility During First Stage Of Labour: RHL Commentary. *The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization*.
 16. Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., Dowswell, T., (2012). Early skin-to-skin contact for mothersand their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2(5):55-67.
 17. Overgaard, C., Grøn, M. F., Sandall, J. (2012). The İmpact Of Birth Place On Women's Birth Experiences And Perceptions Of Care. *Social Science & Medicine*, 4(74) :973-981.
 - Özcan, Ş. ve Aslan, E., (2015). Normal Doğumda Ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. *F.N. Hem. Derg.*, 23(1): 41-48. ISSN 2147-4923.
 18. Öztürk, D., Sezer, N. Y., Eroğlu, K., (2014). Perinatolojide Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (12): 13-28.
 19. Pınar, G., Pınar, T. (2009). Yeni Doğum Yapmış Kadınların Empatik İletişim Beklentilerinin Ebe/Hemşireler Tarafından Karşılama Durumu. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 7(3): 132-140.
 20. Rathfish, Y. G. ve Güngör, İ., (2009). Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *HEMAR-G*, 11(3): 53-64.
 21. Romano, A. M. ve Lothian, J. A., (2008). Promoting, Protecting, And Supporting Normal Birth: A Look At The Evidence. *JOGNN*, 37: 94-105. DOI: 10.1111/J.1552-

- 6909.2007.00210.xSerçekuş, P. ve İsbir, G. (2012). Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11 (1): 97–102.
22. Smyth, R. M. D, Markham, C., Dowswell, T., (2013). Amniotomy For Shortening Spontaneous Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (6):76-85.
23. Vural, G. ve Şentürk Erenel, A., (2017). Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 4(2): 76-83.
24. Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. (2004). Spss Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri, *Ankara: Detay Yayıncılık*.

13 - EBELİK DOKTORA EĞİTİMİNİN GELİŞTİRİLMESİNDE ORPHEUS PROGRAMININ YERİ

Esmâ YÜKSEL¹, Nazan TUNA ORAN¹

¹Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Mesleklerin profesyonelleşmesinde atacağı adımlar, ortaya konulan hizmetin kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Sunulan bakımın kalitesi ise mesleğin sahip olduğu bilimsel bilgi ile geliştirilebilir. Ebelik, sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası annenin bakımında etkin rol alan profesyonel bir meslek dalıdır. Ebelik bakım hizmeti kalitesini yükseltmek, artırmak, bilimsel bilgi birikimini çoğaltmak ve mesleki eğitim kalitesini geliştirmek için bilimsel üretkenlik ayrı bir önem taşımaktadır. Bilimsel üretkenlik ve mesleki bilgi birikimini güçlendirmek için kaliteli mesleki eğitimlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Son yıllarda ebelik bölümünde yüksek lisans ve doktora programları açılmakta ve sayıları giderek artmaktadır. Lisansüstü eğitimin en temel amacı problemleri yakalamak ve bu problemlere çözümler üretmek, teorik bilgiyi geliştirmek ve bu bilgiyi uygulamaya aktarmak ve bu sayede kanıta dayalı bilgi sunmaktır. Özellikle doktora eğitiminde ebelerle bağımsız araştırma yapabilme ve sahip olunan bilgiyi yorumlayabilme kabiliyetinin kazandırılması amaçlanmaktadır. Ancak artan doktora programlarına rağmen, bilimsel üretkenlik ebelik bölümünde istenilen düzeyde değildir.

Orpheus programının temel amacı sağlık alanındaki doktora eğitimi standartlarını geliştirmektir. Bu programda, doktora öğrencilerinin teorik ders yükü hafifletilerek, tez çalışmasına ve araştırma yapmaya ağırlık verilmesi ön planda tutulmaktadır. Ayrıca bu programla birlikte Orpheus üyeleri arasında iletişim ve birlikteliğinsağlanması, farklı üniversiteler ile ortak doktora programlarının kurulması ve geliştirilmesi ve hem öğrenciler hem de öğretim elemanları arasındaki hareketliliğin/değişimin arttırılması amaçlanmıştır. Ebelik doktora programı 4 ders dönemi ve 4 tez dönemi olmak üzere 8 dönemden oluşmaktadır. Fakat Orpheus programında öğrencilerin doktora eğitimi sırasında daha fazla araştırmaya odaklanması bu nedenle de ders dönemini 3 dönem indirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Böylelikle, teorik ders yükü azalan doktor adayının araştırmaya odaklanabilmesi mümkün olmaktadır. Orpheus ölçütlerine göre öğrencinin tez bitirme sınavına girebilmesi için üç uluslararası hakemli dergide (SCI veya SCI-expanded kapsamında) yayın yapmış olması şartı istenmektedir.

Ebelik bölümü doktora programının ihtiyacı ve Orpheus uygulaması birlikte bakıldığında; her iki programdaki hedeflerin uyduğu görülmektedir. Doktora eğitimi sırasında öğrencisinin en az üç yayın yapmış olma şartı ile ebelik mesleğinin bilimsel bilgi yükünün artması sağlanabilir. Bu nedenle ebelik eğitiminin iyileştirilmesinde, Orpheus programının amacı ve girişimleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Ebelik, Ebelik Akademik Profil, Ebelik Doktora Eğitimi, Orpheus, Lisansüstü eğitim

Importance Of Orpheus On Doctorate Education Improvement In Midwifery Profession

The professionalization approaches in any professions are directly related to the quality of the service provided. In this case, the scientific knowledge of the profession can improve the quality of care offered. As a professional profession Midwifery plays a significant role in health services and takes an active role in the care of the mother before, during and after the birth. Scientific productivity has a particular importance to increase the quality of midwifery care services, to improve scientific knowledge and to advance the quality of occupational training.

In recent years, graduate and doctorate programs have been established in the midwifery department and their number is increasing. The main aims of postgraduate education are to elicit the problems, to produce solutions to these problems, to improve the theoretic knowledge and to endorse the knowledge to the practice and thus to contribute in evidence-based knowledge background. Specifically, a doctorate program leads to interpret the acquired knowledge and to provide the midwives with the ability to conduct independent research. However, despite increasing doctorate programs, scientific productivity is not at the desired level in the midwifery profession.

The main purpose of the Orpheus program is to improve the doctorate education standards in health science. In this program, by alleviating the theoretic course burden, it leads doctorate students to concentrate on thesis study and research. In this program, by alleviating the theoretic course burden, priority is to focus on thesis study and research for doctorate students. Moreover, the aim of this program is to provide communication and cooperation among Orpheus members, to establish and develop joint doctorate programs with different universities and to increase mobility / change between students and instructors.

Midwifery doctorate program consists of 4 theoretic training terms and 4 dissertation terms. However, in the Orpheus program, it is emphasized that students should focus on more research during their doctorate education and therefore the theoretic training should be reduced to 3 terms. Thus, it is possible to focus on thesis study and research for doctorate students with alleviated the theoretic course burden. According to the ORPHEUS program criteria, the student is required to publish in three international peer-review journals (SCI or SCI-extended).

When the Orpheus program and midwifery department doctorate program are considered together; the goals in both programs are in line with each other. For example, it can progress in the scientific productivity of the midwifery profession with the condition of having made three publications in the doctorate student. The goals and initiatives of the ORPHEUS program should be taken into consideration in order to improve midwifery education.

Keywords: Midwifery, Midwifery Academic Profile, Midwifery Doctorate Education, Orpheus, Graduate education

GİRİŞ

Farklı alanlarda birden çok tanımlaması yapılan profesyonellik; kısaca bir işi, hatasız, düzgün ve özenli yapma olarak açıklanmaktadır. Mesleki açıdan profesyonelleşme ise; alanında eğitim almış uzman kişilerce yürütülen ve ilgili meslek örgütleriyle desteklenerek sunulan hizmet olarak nitelendirilen önemli bir süreçtir (Adıgüzel ve ark., 2011; Sabancıoğulları ve Doğan, 2012). Bu tanımlamalara göre mesleki profesyonelleşmede atılan adımlar verilen hizmetin kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Mesleki olarak verilen hizmette daha iyisini yapabilmek, sürekli ilerlemeyi hedeflemek ve niteliği artırmak profesyonellik göstergesi olarak görülmektedir (Adıgüzel ve ark., 2011). Mesleğin sunduğu hizmetin kalitesini arttırmak ve profesyonelleşmek için en önemli etken; mesleğin sahip olduğu yeterli bilgi birikimi ve kanıt temelli yaklaşımlardır. Bu bilgi birikimini sağlamak ve kanıtla dayandırabilmek, bilimsel bilgiye ulaşım ve bilimsel üretkenlik ile mümkün olmaktadır. Aslında birbirleri ile etkileşim içerisinde bu parametrelerin ortaya konulmasında nitelikli eğitim ve eğitim unsurları önemli yer tutmaktadır. Ülkemizde bilimsel bilgiye ulaşma ve bilimsel araştırma eğitimi, kaliteli bir lisansüstü eğitim ile mümkün olmaktadır (Koçak ve ark., 2017; Yılmaz ve ark., 2017).

Lisansüstü eğitim; lisans eğitimi ile alınan bilginin derinleşmesi, deneyimin genişlemesi ve yeterliliğe ulaşılmasının yanında bilimsel araştırma ve uygulama alanına ulaşılabilmeyi sağlamaktadır (Bayındır ve Durak, 2008). Lisansüstü eğitimde asıl amaç; ülkenin gereksinim duyduğu bilim adamı ve öğretim üyesi gibi yüksek nitelikli insan gücünü yetiştirmek ve ülkenin ihtiyacı olan alanda gelişmesini sağlayacak araştırmalar ortaya koyabilmektir (Sevinç, 2002). Özellikle doktora programı, ülkeler arasında bilimsel olarak gelişmişlik düzeyini ortaya koyan bir anahtar olarak görülmekte ve bilimsel üretkenlikte zorunlu hale gelen bir program olarak dikkat çekmektedir. Türkiye'nin Yükseköğretim Strateji raporlarında doktora mezunu insan gücünün nicelik ve nitelik olarak artırılmasına yönelik stratejik hedefler belirlenmesi bunun en önemli göstergesidir (Türkiye'nin Yükseköğretim Stratejisi 2007; Yükseköğretim Kurulu 2016-2020 Stratejik Planı 2015). Nitekim bilimsel araştırma yayınlarının incelendiği Tübitak çalışmasında; ülkeler arasında temel bilimler alanında Türkiye'nin 2010-2012 yıllarında 22. sırada, 2013-2015 yıllarında 21. sırada olduğu belirtilmiştir. Aynı raporda; Dünya sıralamasında bilimsel yayın sayısı bakımından Türkiye 18. sırada yer almıştır (Türkiye Bilimsel Yayın Performans Raporları). Bu sonuç; Türkiye'de artan lisansüstü programlarına rağmen, hedeflenen lisansüstü eğitim seviyesinde olmadığını göstermektedir. Bu durum ülkemizdeki üniversitelerin, araştırma üniversitesi olma hedefinin önemini ortaya çıkarmaktadır. Bu hedefe ancak lisansüstü eğitimin bilimsel araştırmaya odaklanması ile ulaşılabilir.

Orpheus (*Organisation for PhD Education* in Biomedicine and Health Sciences in the European System) sağlık alanındaki doktora eğitimi standartlarını geliştirmeyi amaçlayan lisansüstü eğitim programıdır (<http://www.orpheus-med.org/>).

2004 yılında 16 değişik Avrupa ülkesinin katılımı ile Sağlık bilimleri alanında doktora programları ile ilgili ilk toplantı yapılmıştır. 2005 yılındaki toplantıda bu programın adı Orpheus olarak önerilmiş ve kabul edilmiştir. 2007 yılında Zagreb'de yapılan toplantıda Orpheus kriterleri

oluşturulmuş ve bu tarihten sonra başta Avrupa olmak üzere dünyanın birçok ülkesindeki üniversitelerde Sağlık bilimlerinde uygulanmaya başlanmıştır. Günümüzde Orpheus dünyanın çeşitli ülkelerinden 105 Yükseköğretim kurumunun dahil olduğu bir lisansüstü eğitim programıdır.

Ülkemizde 10 üniversite bu programa tamamen üye olmuş ya da üyelik sürecini başlatmıştır. Bu üniversiteler; Dokuz Eylül Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi, Koç Üniversitesi, Acıbadem Üniversitesi, Gaziantep Üniversitesi, Celal Bayar Üniversitesi ve Bezmialem Vakıf Üniversitesi'dir (Akdoğan 2016).

Orpheus programının temel amacı sağlık alanındaki doktora eğitimi standartlarını geliştirmektir. Bu programda, doktora öğrencilerinin teorik ders yükü hafifletilerek, tez çalışmasına ve araştırma yapmaya ağırlık verilmesi ön planda tutulmaktadır. Ayrıca bu programla birlikte Orpheus üyeleri arasında iletişim ve birlikteliğin sağlanması, farklı üniversiteler ile ortak doktora programlarının kurulması ve geliştirilmesi ve hem öğrenciler hem de öğretim elemanları arasındaki hareketliliğin/değişimin artırılması amaçlanmıştır (Akdoğan 2016; <http://www.orpheus-med.org/>).

Orpheus programı doktora eğitimi standartları ise sekiz alt başlıkta incelenmektedir (Akdoğan, 2016; <http://www.orpheus-med.org/>; Keçeli, 2017):

1. Doktora programı kaliteli bir **araştırma alt yapısı ve ortamına** sahip olmalıdır.
2. Doktora **programının çıktıları** arasında akademik ve klinik araştırmalara hakim, her alanda donanımlı araştırmacı yetiştirilmesi üzerinde durulmalıdır.
3. Doktora eğitimine kayıt ve kabul işlemleri üniversiteye aittir. Ancak, **kayıt ve kabul koşulları** tarafsız ve etkin bir değerlendirmeyi içermelidir.
4. **Doktora eğitim programları**, özgün araştırma, analitik ve kritik düşünme gerektiren dersleri ve etkinlikleri içermelidir. Araştırma etiği dersi zorunlu olmalı ve araştırmanın sunumu, eğitim becerileri, dil becerileri gibi bilimsel beceriler derslere dahil edilmelidir. Derslerin süresi 6 ayı geçmemelidir.
5. **Danışmanlık kriterleri** güncellenmeli ve danışmanlık eğitimi ve kursları verilmelidir.
6. **Doktora tezi**; en az 3 adet uluslararası hakemli dergide yayınlanabilir araştırma makalesini içermelidir.
7. **Doktora tezin değerlendirilmesinde** yazılı ve sözlü olarak, en az iki üyenin başka kurumdan olduğu tez jürisi tarafından yapılmalıdır. Danışman tez jürisi içerisinde bulunmamalı ve oy kullanmalıdır.
8. Doktora eğitiminde **kurumun yapısı** uygun olmalı ve yeterli kaynakları sağlamalıdır.

Ebelik, sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası annenin bakımında etkin rol alan profesyonel bir meslek dalıdır (Koçak ve ark., 2017). Ancak meslekleşme yönünde, yüzyıllar boyunca farklı aşamaları geçirmiş ve şimdiki seviyesine ulaşmıştır. Öncesinde usta-çırak ilişkisi ile öğrenilen bir iş, sonrasında belirli bir eğitim ile ortaya konulmuş bir

meslek olarak görülen ebelik mesleği; günümüzde obstetri alanının bütün dallarında etkin bir şekilde yer almaktadır (Karaaliler, 1996). Fakat bu tarihi süreç içerisinde ebelik mesleğinin tanımının ortaya koyulması ve diğer sağlık disiplinlerinden farklı bir meslek olduğunun fark edilmesinde zorluklarla karşılaşmıştır (Deppoliti, 2008; James ve Willis, 2001; Karaçam ve Güleç, 2016). Günümüzde de aynı zorluklar devam etmekte ve ebelik mesleğinde profesyonellik ve meslekleşmeyönünde ilerlemeye ihtiyaç duyulmaktadır. Ebelik mesleğinin profesyonellik gücünün arttırılmasında kaliteli mesleki eğitim ve bilimsel üretkenlik vazgeçilmez bir etkidir.

Ülkemizde ilk kez 1996 yılında lisans düzeyinde ebelik eğitime başlanılmıştır (Soğukpınar ve ark., 2007). Lisans eğitimini takiben 2003 yılında yüksek lisans ve 2013 yılında doktora eğitime geçilmiştir. Bu yıldan önce yüksek lisans mezunu ebeler, doktora eğitimine Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı alanında devam etmiştir (Yücel ve ark., 2013). 2017 yılı itibari ile ise, ebelik bölümü doktora programı ilk mezunlarını vermeye başlamıştır. Ülkemizde ebelik alanında doktora eğitimi alan öğrenci sayısı her geçen gün artmaktadır. Ayrıca öğrenci sayısının ilerleyen yıllarda daha da artacağı öngörülmektedir.

Doktora eğitiminin başlaması ile birlikte ebelik mesleği uzmanlaşmış ve akademik gücünde hızlı bir ilerleme göstermiştir. Ancak lisansüstü eğitiminde ebelik anabilim dalının yüksek lisans açısından on beş senelik, doktora programında beş senelik bir deneyimi vardır. Bu durum ebelik mesleğinde yapılan akademik çalışmaların, araştırmaların ve eğitimlerin daha fazla arttırılmaya ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda ebelik eğitimin uluslararası boyutlarda güçlendirilmesi ve ebelik alanından mezun akademisyenlerin yetiştirilmesini öngörmektedir (Karaçam ve Güleç, 2016; Koçak ve ark., 2017; Yücel ve ark., 2013; Soğukpınar ve ark., 2007).

Ülkemizde ebelik doktora programı, diğer tüm doktora programlarına benzer olarak; dört ders dönemi ve dört tez dönemi olmak üzere sekiz dönemden oluşmaktadır. Doktora öğrencisinin, sürdürülen yoğun teorik eğitim nedeni ile bilimsel araştırma ve tez konusu üzerinde çalışma yapması için kısıtlı bir zaman mevcuttur. Fakat Orpheus programında öğrencilerin doktora eğitimi sırasında daha fazla araştırmaya odaklanması, bu nedenle de ders dönemini üç dönem indirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Böylelikle, teorik ders yükü azalan doktora adayının bilimsel konularda araştırmaya odaklanabilmesi mümkün hale gelecektir.

Ebelik anabilim dalında yapılan tezlerin yayınlanma oranını inceleyen araştırmaya bakıldığında; 2004- 2017 yılları arasında yapılmış 120 tane tez çalışmasının sadece %23'ünün yayına dönüştürüldüğü belirtilmiştir. Bu yayınların %3'ünün Science Citation Index-Expanded kapsamındaki dergilerde, %2'sinin uluslararası indekslerce taranan dergilerde, % 18'inin ise ulusal hakemli dergilerde yayınlandığı saptanmıştır (Boz ve ark., 2017).

Orpheus ölçütlerine göre öğrencinin tez bitirme sınavına girebilmesi için üç uluslararası hakemli dergide (SCI veya SCI-expanded kapsamında) yayın yapmış olması şartı istenmektedir. Orpheus etiketi almış olan Dokuz Eylül Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüleri bu şartı uygulamaya koymuştur

(http://www.saglikbilimleri.hacettepe.edu.tr/tr/menu/orpheus_etiketi_sureci-161, <http://saglikbil.deu.edu.tr/tr/orpheus/>). Ebelik doktora eğitiminde Orpheus programı uygulandığında; ebelikdoktora öğrencilerinin eğitim süresince teorik ve uygulama eğitimlerinin yanı sıra en az üç tane yayın yapmaolanağı sağlanacaktır.

Türkiye’deki lisansüstü programları özellikle de ebelik bölümü doktora programı Orpheus programınıuygulaması ile bilimsel üretkenlik hedefine ulaşabileceği öngörüsü yapılabilir.

Sonuç olarak; meslekleşme süresince profesyonelleşme adımları atan, lisansüstü olarak on beş senelik geçmişli olan ebelik eğitiminin iyileştirilmesinde ve bilgi yükünün güçlendirilmesinde, ORPHEUS programının amacı ve girişimleri göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan DS. (2011). Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları OlarakHemşireler Örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2): 237-259
2. Akdoğan GG. (2016). Biyotıp ve Sağlık Bilimlerinde Doktorada Kalite Standartları ve Orpheus. *İstanbul Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü Dergisi*, 3(9):15-21.
3. Bayındır Ü, Durak Hİ. (2008). Türkiye’de Ebe İnsan Gücü “Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu”. Türkiye’de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması. Üniversitelerarası Kurul(ÜAK) Tıp - Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı: 1-14, Erişim tarihi: 18.11.2018, <http://www.tead.med.ege.edu.tr/Dosyalar/5/tpsalk%20bilimleri%20eitim%20konseyi%20SGP%20rapor.pdf>
4. Boz N, Gülümser S, Yüksel E, Oran NT. (2017). Ebelik Anabilim Dalında Hazırlanan Lisansüstü Tezler Üzerine Bir İnceleme. *4.Uluslararası & 8. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi Poster Bildiri*.
5. Deppoliti D. (2008). Exploration How New Registered Nurses Construct Professional Identity inHospital Settings. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(6):255-262.
6. <http://www.orpheus-med.org/> Erişim Tarihi: 06.11.2018
7. James H L, Willis E. (2001). The Professionalisation of Midwifery Through Education or Politics? *TheAustralian Journal of Midwifery*, 14(4):27-30.
8. Karaaliler Ş. (1996). Ebelik Mesleği ve Sorumlulukları. Erişim tarihi: 18.11.2018. <http://earsiv.sehir.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11498/3121/001502327006.pdf?sequence=3>
9. Karaçam Z, Güleç T. (2016). Yeni Mezun ve Öğrenci Ebelerin Kendilerini Hemşire Olarak Tanıtma Nedenleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2):11 -24.
10. Keçeli SA. (2017). 12. Orpheus Kongresi - Sağlık Bilimlerinde Doktora Eğitimi Standartları:Litvanya’dan İzlenimler. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2):22-23.
11. Koçak YÇ, Can HÖ, Yücel U, Akyüz M, Turfan EÇ. (2017). Türkiye’de Ebelik Bölümlerinin Akademik veFiziki Profili. *HSP*, 4(2):88-97.

12. Orpheus Etiket Süreci. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erişim Tarihi: 18.11.2018 http://www.saglikbilimleri.hacettepe.edu.tr/tr/menu/orpheus_etiketi_sureci-161,
13. Orpheus Süreci. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erişim tarihi: 05.11.2018 <http://saglikbil.deu.edu.tr/tr/orpheus/>
14. Sevinç B. (2002). Türkiye'de Lisansüstü eğitim Uygulamaları, Sorunlar ve Uygulamalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 34(1):125-137
15. Sabancıoğulları S, Doğan S. (2012). Profesyonel Kimlik Gelişimi ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4):275-282.
16. Soğukpınar N, Saydam BK, Bozkurt Ö, Öztürk H, Pelik A. (2007). Past and Present Midwifery Education in Turkey. *Midwifery*, 23(4):433-442.
17. Türkiye Bilimsel Yayın Performans Raporları, Tübitak (internet). Erişim tarihi: 06.11.2018. <http://cabim.ulakbim.gov.tr/bibliyometrik-analiz/turkiye-bilimsel-yayin-performans-raporlari/>
18. Türkiye'nin Yükseköğretim Stratejisi. (2007). Ankara: Yükseköğretim Kurulu. Erişim tarihi: 18.11.2018. http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/yok_strateji_kitabi/27077070-cb13-4870-aba1-6742db37696b
19. Yılmaz A, Yazgan EÖ, Dur B, Salman F, Demir A. (2017). Türkiye'de Hemşirelik Lisansüstü Tezlerinin Yayın Olma Durumu: Bibliyometrik Çalışma (1977-2016). *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(3):34-44
20. Yücel U, Ekşioğlu A, Demirelöz M, Akmeşe ZB, Koçak YÇ, Soğukpınar N. (2013). Türkiye'de ebellek lisansüstü eğitim profilinin incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 10(1):1342-1354.
21. Yükseköğretim Kurulu 2016-2020 Stratejik Planı. (2015). Ankara: Yükseköğretim Kurulu. Erişim tarihi: 18.11.2018 http://www.yok.gov.tr/documents/10279/21040516/YOK_Stratejik_Plan_2016_2020_ed070616.pdf

14 - HEMŞİRELİK VE EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖĞRENME STİLLERİ VE ANDRAGOGİCAL EĞİTİM YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Eliz ASLANTEKİN ÖZÇOBAN¹, Mesude ULUŞEN²,

¹BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ, ²AMASYA ÜNİVERSİTESİ,

Son yıllarda eğitim alanında öğrencinin bilgiyi aktif olarak yapılandırması düşüncesi, öğretmen ve öğrenci rollerinde de önemli değişmelere yol açmıştır. Öğrenenlere bireysel farklılıklarına uygun seçeneklerin sunulması, her öğrenenin kendi kararını kendisinin oluşturmasında yol gösterici ve rehber olunması yaklaşımı önem kazanmıştır. Bu bağlamda öğrenenlerin hazır bulunuşluk düzeyleri, önceki yaşantıları, öğrenme stilleri öğrenmelerine yön veren faktörleri oluşturmaktadır. (Prawat, 2008; Yaşar, 1998).

Bireyler öğretim ortamında, sahip oldukları bedensel, zihinsel özellikleri ve farklı yetenek, beceri, zeka, tutum ve sosyal değerleri ile zengin bir sosyokültürel çevre oluşturmaktadır. Bireysel özellikler ve tecrübeler ile oluşan atmosfer öğrenme sürecine olumlu katkı vermektedir. Bireyler öğrenme sürecinde ortak bir çevreyi paylaşırken, olgu ve olayları içselleştirip yaşantılar haline dönüştürürken farklı yöntemler izlerler (Topkaya ve Çelik, 2009). Bir yaşama modeli oluşturan bu sosyal yapıda öğrencilerin sahip oldukları farklılıklar, aynı zamanda onların öğrenme süreçlerini ve bu sürecin basamaklarını da etkilemektedir. Öğrenme sürecinde her insanın öncelikle kullandığı farklı türden yol ve yöntemler bulunmaktadır. (Çelik ve Şahin, 2011). Bu yöntemler, bireyin öğrenme sürecinin niteliğini ve onun öğrenmeye yaklaşımını belirleyen tercihler olan öğrenme stilleri olarak adlandırılır (Durdukoca ve Arıbaş, 2011).

Öğrenme sürecini temel alarak deneyimsel öğrenme kuramını geliştiren Kolb, öğrenme stilini, bireyin bilgiyi alma, tutma ve işleme sürecinde tercih ettiği yollar olarak tanımlamıştır (Jonassen ve Grobowski, 1993). Kolb'a göre, öğrenme stilindeki farklılıkların nedeni, geçmiş yaşantılardaki deneyimlerden ve çevresindeki beklentilerden kaynaklanmaktadır (Ülgen, 1995). Bireyleri aile, okul, çalışılan iş yerindeki deneyimler etkilemektedir. Kuramının temellerini, Lewin, Piaget ve Dewey'in öğrenme ve biliş üzerine yaptığı araştırmaların bulguları üzerine kurmuştur (Durdukoca, ve Arıbaş, 2011). Kolb, sürekli bir değişiklik söz konusu olduğundan sabit bir öğrenme stilden söz edilemeyeceğini vurgular. Kolb'un öğrenme modelinde bireylerin öğrenme stilleri bir döngü şeklindedir. Bu döngü içerisinde Somut Yaşantı, Yansıtıcı Gözlem, Soyut Kavramsallaştırma, ve Aktif Yaşantı olmak üzere dört öğrenme biçimi bulunmaktadır. Her bir öğrenme biçimini simgeleyen öğrenme yolları birbirinden farklıdır. Somut Yaşantı için "Hissederek", Yansıtıcı Gözlem için "izleyerek" Soyut Kavramsallaştırma için "Düşünerek", Aktif Yaşantı için "Yaparak" öğrenmedir. Her bir bireyin öğrenme stili bu 4 temel biçimin bileşenidir. Bu doğrultuda bir öğrenme durumu içerisine çeşitli durumlar bir araya getirilerek yerleştirilmiştir. Bireylerin puanlarının toplamı ile bireyin en uygun hangi öğrenme stiline girdiği belirlenir. Bu öğrenme stilleri "Yerleştiren", "Özümseyen", "Değiştiren",

Ayrıştırıcı" olarak sınıflandırılır (Aşkar ve Akkoyunlu, 1993; Yazıcılar ve Güven, 2009). Kolb öğrenme stiline göre; yerleştirenlerde, somut yaşantı ve aktif yaşantı baskındır. En iyi yaparak öğrenirler. Ayrıştırıcılarda, soyut kavramsallaştırma ve aktif yaşantı baskındır. Bilgiyi işin içine katarak deneyerek öğrenmeyi tercih ederler. Değiştirenlerde, somut yaşantı ve yansıtıcı gözlem baskındır. Yaratıcılık güçleri yüksektir ve deneyimlerden öğrenmeye eğilimlidirler. Özümseyenlerde soyut kavramsallaştırma ve yansıtıcı gözlem baskındır. Bu kişiler bilgiyi teorilere ve şekillere dökerek daha iyi öğrenmektedir (Budakoğlu ve Babadoğan, 2011).

Bir yetişkin için doğru ve etkin öğrenme deneyimleri kazanmak, geçmiş yaşantısından bugüne ve geleceğe taşıyabileceği en önemli hazinesidir (Özdemir Turan, 2003). Bu bağlamda özellikle üniversite yıllarındaki eğitimsürecindeki öğrenme deneyimleri sosyal ve profesyonel yaşam süreci açısından yol gösterici olacaktır. Üniversiteler lisans ve lisansüstü öğrencilerine çeşitli alanlarda farklı disiplinlerde evrensel eğitim imkanları sağlamaktadır. Bilimde ve teknolojiye meydana gelen gelişmeler eğitime de yansımakta ve yeni metodolojiler geliştirilmektedir. Özellikle tıp ve sağlık eğitiminde kullanılan eğitim modellerinin, çağı yakalayabilmek için, eğitimin yapısındaki hareketliliği görmezden gelmesi mümkün değildir. Eğitim sürecindeki değişimin başarılı olabilmesi, uygulanan eğitim modellerinin doğruluğu ve uygunluğu kadar, bu alanda eğitim alan öğrencilerin öğrenme özelliklerinin bilinmesi ile mümkündür. Bu anlamda öğrenci profillerinin belirlenmesi ve öğrencilerin öğrenme özelliklerinin doğru tespiti, tıp ve sağlık eğitiminde eğitim modellerinin biçimlendirilmesinde önemlidir(Özdemir Turan 2003).

Geleneksel eğitim modeline temel oluşturan bu eğitici merkezli yaklaşımda neyin, nasıl, ne zaman öğrenileceğine öğretmen karar vermekte ve uygulamaktadır. Günümüze kadar devam eden ve geçerliliğini halen koruyan geleneksel pedagojik eğitim modelinin yanı sıra, özellikle yetişkin eğitiminde farklı öğrenme özellikleri ilgili andragoji ve andragojik yaklaşımlar kullanılmaktadır (Özdemir Turan 2003). Andragoji yetişkinlerin öğrenmelerine yardımcı olma ve öz yönlendirili takım çalışmasını oluşturma sanatı ve bilimi olarak tanımlanmaktadır (Cerit, 2004). Pedagoji ve andragoji öğrenme sürecinde bireyin etkin ya da edilgen olması bağlamı üzerine oturtulmuş iki farklı eğitim modelidir. Pedagoji Yunanca bir kelimedir ve "paid"=çocuk ve "agogus"=yol gösterme sözcüklerinden oluşmuştur. Çocuklara öğretme, yol gösterme bilim ve sanatı olarak tanımlanmıştır. Andragoji ise yetişkinlerin öğrenmesine yardım etme bilim ve sanatı olarak tanımlanmıştır (Knowles, 1996). Öğrenci merkezli bu yaklaşım yetişkin doğasına uygun bir model olarak benimsenmektedir. Andragojiye göre öğrencinin kendi öğrenme sorumluluklarını üstlenmeleri ve öğrenme gereksinimlerini fark etmeleri hedeflenmekte; öğrencilerin, neyi, nasıl öğreneceklerine odaklanılmaktadır. Bilgilerin kalıcı olması ve daha iyi kavranması, öğrencinin bizzat olayı yaparak, görerek ve yaşayarak öğrenmesiyle mümkün olur. Bu nedenle öğretim sırasında anlatılan konuların ve kavramların somutlaştırılabilmesi için, öğrencilerin katılımına yer verilmelidir. (Sarı,2013). Öznesi insan olan tıp ve sağlık mesleklerinde hata payı sıfır olup yüksek düzeyde mesleki sorumluluk gerektirdiğinden eğitim sürecinde tam öğrenmenin ve bilgilerin kalıcı olmasının sağlanmasında son

derece önemlidir. Bu doğrultuda öğrencilerin öğrenme stillerinin ve etkin öğrenme yaklaşımlarının bilinmesi süreci olumlu yönde destekleyecektir (Özdemir Turan S., 2003; Güllerci, Oflaz 2010).

Bireylerin öğrenme stiline ve eğitim sürecinde etkin olma yaklaşımına dayalı androgojik prensipleri benimseme durumlarının incelenmesi yeterli öğrenememe, çalışmak istememe, çalışmak isteyip de çalışamama, çok çalışıp da başarılı olamama, yeterli performans gösterememe gibi sıklıkla yaşanan sorunların açıklamasına katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmanın amacı ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin baskın öğrenme stillerini ortaya çıkarmak, öğrenme stillerinin androgojik yaklaşım ve demografik özellikleri ile arasındaki ilişkiyi saptamayı amaçlamaktadır.

Yöntem

Araştırma Modeli: Ebelik ve Hemşirelik öğrencilerinin baskın öğrenme stillerini ortaya çıkarmak, öğrenme stillerinin androgojik yaklaşım ve demografik özellikleri ile arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik bu araştırma, genel tarama modeli içinde ilişkisel tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir.

Örnekleme: Bir kamu üniversitenin Sağlık Yüksekokulu Ebelik ve Hemşirelik Bölümünde 2013-2014 eğitim- öğretim yılında öğrenim gören tüm öğrencilere ulaşmak hedeflenmiştir. Okula devamsızlık ve araştırmaya katılmada isteksizlik gibi nedenlerle 306 öğrenciye ulaşılmıştır. Ancak uygulama sırasında 11 öğrenci anket sorularının bazılarını ve öğrenme stilleri ölçeğini yanıtlamadığı için, örneklem grubundan çıkartılmıştır. Bununla beraber geçerli çalışma grubu sayısı 295 olmuştur. Çalışmanın yapılabilmesi için okuldan yazılı izin alınmıştır. **Veri toplama Araçları:** Bu çalışmada üç ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlardan ilki araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan sosyo-demografik soru formudur. Bu formda 20 adet sorubulunmaktadır.

Araştırmanın ikinci veri toplama aracı Kolb Öğrenme Stili Envanteridir(Learning Style Inventory). Envanter Kolb tarafından geliştirilmiştir (1976) ancak daha sonra 1985 yılında tekrar revizyondan geçmiş ve geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışmaları yapılmıştır Kolb Öğrenme Stili Envanteri (Learning Style Inventory) 12 maddeden oluşmuştur. Kolb Öğrenme Stilleri Envanterinde bulunan her sorunun “a” seçeneği Somut Yaşantı (SY), “b” seçeneği Yansıtıcı Gözlem (YG), “c” seçeneği Soyut Kavramsallaştırma (SK), “d” seçeneği Aktif Yaşantı (AY) boyutlarına aittir. Envanter her durum için “en uygun olan 4, ikinci uygun olan 3, üçüncü uygun olan 2, en az uygun olan 1” biçiminde yanıt seçenekleri olan dördümlü derecelendirme türünde yapılandırılmıştır. Kolb tarafından yapılan son çalışmada envanterin güvenilirlik katsayıları somut yaşantı için .82, yansıtıcı gözlem için .73, soyut kavramsallaştırma için .83, aktif yaşantı için .78, SK-SY için .88, AY-YG için .81 bulunmuştur. Yaşantısız öğrenme kuramına göre bu puanların yorumu SK ile SY ve AYYG arasında güçlü bir negatif ilişki varken, SK - SY ile AY - YG arasında bir ilişkinin olmadığı şeklindedir (Kolb, 1985). Aşkar ve Akkoyunlu (1993) tarafından Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik ve norm çalışması yapılmıştır. 4 temel öğrenme biçimi puanları ile birleştirilmiş puanların güvenirliliği, Cronbach-alpha (n=103) ile hesaplanmıştır. Güvenirlilik katsayıları somut yaşantı için .58, yansıtıcı gözlem için .70,

soyut kavramsallaştırma için .71, aktif yaşantı için .65, SK-SY için .77, AY-YG için .76 bulunmuştur. Cerit tarafından öğrencilerin andragojik algılarını değerlendiren sorular andragojik eğitim ilkeleri esas alınarak 5'li Likert biçiminde hazırlanmış (1=Hiç Katılmıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum) 23 ifadeden oluşmaktadır **Verilerin Toplanması:** Veri toplama araçları, baskıları yapılarak uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Daha sonra öğrencilerin öğrenim gördüğü kurumdan gerekli resmi izinler alınarak, uygulamanın nasıl yapılacağına ilişkin planlama yapılmıştır. Uygulama öncesinde öğrencilere, bu bilimsel çalışmaya katılımın gönüllük prensibine uygun yapılacağı iletilmiştir. İstekli olmayan hiçbir öğrenci uygulamaya alınmamıştır

Verilerin Analizi ve Yorumlanması: Ebelik ve Hemşirelik öğrencilerinin ilk etapta ankete verdikleri cevapların frekans (f), yüzde (%) değerleri bulunmuştur. Daha sonra öğrenme stillerinin çeşitli özelliklere göre değişiklik gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik sayısal karşılaştırmalar için ve "Ki Kare Testi"nden yararlanılmıştır. Ki kare bağımsızlık testi iki veya daha fazla değişken grubu arasında ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek için kullanılır. Bu testin uygulanabilmesi için gözlem sonuçlarının sınıflandırılmış veya gruplandırılmış birleşik seriler şeklinde gösterilmesi gerekir (Kalaycı 2006). Her öğrencinin dört kişilik tipine göre, Andragojik yaklaşıma ilişkin öğrenci algısını belirleyen her bir madde aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıkları belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA'da anlamlı farklılığın çıktığı durumlarda ikili grup karşılaştırmaları için scheffe testi yapılmıştır. Demografik değişkenlerle, öğrenme stilleri arasındaki ilişki, kontinensi, andragojik yaklaşıma ilişkin öğrenci algısını belirleyen her bir madde ile öğrenme stilleri arasındaki ilişki ise eta korelasyon katsayısı yardımıyla hesaplanmıştır. İki sürekli değişken puanları arasında ilişkilerin bulunması için de pearson çarpım momentler korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Araştırmada yapılan analizler tek yönlü sınılanmış ve anlamlılık düzeyi .05 olarak kabul edilmiş benimsenmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel çözümlenmesi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Örneklem grubunun % 65,1'si hemşirelik bölümü, % 34,9'u ebelik bölümü öğrencisidir. Araştırmada birincisınıflar %24,4, ikinci sınıflar 21,7 , üçüncü sınıflar %24,4 ve dördüncü sınıflar % 29,5 ile temsil edilmişlerdir. Örneklem grubunun % 85,8 kız, %14,2'i erkek öğrencidir. Öğrencilerin %58,7'i yurtda, % 22,4'ü kiralık evde ve % 19,7'si ailesinin yanında ikamet etmektedir. Öğrencilerin % 47,8'i maddi durumunu yeterli olarak algılamıştır. % 44,4'ü maddi açıdan kendini idare etmeye çalışmaktadır. Maddi durumunu yetersiz algılayanlar sadece % 7,8'dir. Öğrencilerin %43,4'ü devlet lisesinden mezun olmuştur. Bunu % 36,9 ile Anadolu lisesinden mezun olanlar izlemiştir. Grubun % 17,6'sı meslek lisesinden mezundur. Fen lisesinden mezun olanlar bu çalışmada sadece %2 ile temsil edilmişlerdir. Öğrencilerin ailelerinin yaşadığı yer açısından dağılıma bakıldığında ilk sırayı; %31,9 ile ilçede yaşayanlar almıştır. Bunu %31,5 ile şehirde ve %19 ile büyük şehirde yaşayanlar izlemiştir. Son sırada ailesi köyde yaşayanlar bulunmaktadır (%17,6).

Annelerin çoğunluğu ilkokul mezunudur(% 49,2). Bunu %16,6 ile ortaokul ve % 15,3 ile lise ve dengi okulu mezunları izlemiştir. Babaların çoğunluğu da ilkokul mezunudur(% 35,6). Bunu %26,1 ile lise ve % 17,3 ile ortaokul mezunları izlemiştir. Lisans ve yüksek lisans mezunu annelerin yüzdesi 3,7 iken; aynı değer babalarda 10,5 olmuştur.

Öğrencilerin %40,3'ü gazeteyi internetten ara sıra okumaktadır. Öğrencilerin 15,3'ü sadece ayda bir iki defa gazeteyi doğrudan okumaktadır. Öğrencilerin %14,9'u hiç gazete okumamaktadır. Her gün doğrudan gazete okuyanların yüzdesi sadece 5,8 olmuştur. Öğrencilerin kitap okuma alışkanlıkları incelendiğinde ilk sırayı ayda bir kez okuyanlar almıştır(38,2). Bunu % 32,8 ile diğer seçeneğini işaretleyenler almıştır. Öğrencilerin %15,4'ü haftada bir kitap okumakta, %13,7'si hiç kitap okumamaktadır. Çalışma grubu öğrencilerin% 24,7'si hiç TV seyretmemektedir. Öğrencilerin % 35,3'ü günde bir iki saat TV seyretmeyi tercih etmektedir. % 18,3'lük öğrenci grubu günde 3-4 saat TV seyretmektedir. Öğrencilerin %42'si bilgeye kitaplardan, %13,6'sı televizyondan, %93,6'sı internetten ulaşmaktadır. Öğrencilerin %35,6'sı alanları ile ilgili bilimsel yayınlardan faydalanmaktadır. Alan dışı bilimsel yayın takip edenler sadece %22'dir. Öğrencilerin %69,5' u bölümlerindeki eğitim öğretimi isteyerek sürdürmektedir. Anketin son sorusu, bölümlerindeki ders içeriklerini kendilerinin belirlemesini isteyip istememekle ilgilidir. Bu soruya öğrencilerin % 86,1'i evet yanıtı vermiştir(Tablo 3).

Kolb Öğrenme Stilleri Envanterinin puanlama ve değerlendirme sistemine uygun olarak tüm çalışma grubunun tek tek öğrenme stili belirlenmiştir. Çalışma grubunun dört öğrenme stiline göre frekans ve yüzdeler dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışma Grubunun Öğrenme Stillere Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımları

Öğrenme Stilleri	f	%
Yerleştiren	47	15,9
Değiştiren	78	26,4
Ayrıştıran	76	25,8
Özümseyen	94	31,9
Toplam	295	100,0

Ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin en baskın öğrenme stili **Özümseyen olmuştur(%31,9)**. Bunu % 26,4 ile Değiştiren tip ikinci sırada izlemiştir. % 25,8 ile Ayırıştırın tip üçüncü sırada yer almıştır. Son sırada % 15,9 ile yerleştiren tip yer almıştır.

Çalışma grubunun öğrenme stilleri belirlendikten sonra, anket ile toplanan demografik ve öğrenme yaşantılarına ilişkin özellikler ile öğrenme stilleri arasındaki bağımlılıklar ve ilişkiler ki-kare ve kontinensi korelasyon katsayıları analizleri ile belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 2’de sunulmuştur.

Demografik özellikler ile öğrenme stilleri için bulunan ki-kare ve kontinensi korelasyon katsayıları incelendiğinde sadece baba eğitim, TV’de gündemi izleme, öğrenim görülen alan ile ilgili bilimsel yayınları takip etme ve bölüme istekle devam etme özellikleri ile öğrenme stilleri arasında istatistiksel açıdan ,05 düzeyinde anlamlı bağımlılıklar ve ilişkiler bulunmuştur. Babası lise, ön lisans ve lisans/yüksek lisans mezunu olan öğrencilerin büyük bir çoğunluğu özümseyen öğrenme stiline sahip olmuşlardır. Babası ortaokul mezunu olan çocukların öğrenme stillerinde ilk sıra ayırıştırın tipe aittir. Bunu değiştiren tip izlemiştir. İlkokul mezunu olan babaların çocuklarında ise baskın olarak değiştiren öğrenme stili gözlenmiştir. Gündemi izleyen öğrencilerin birinci baskın özelliği özümseyen tip (%43,9) olup, gündemi izlemeyenlerde sadece % 29’dur. Gündemi izlemeyen öğrencilerin değiştirici öğrenme stiline sahip olma düzeyi, gündemi izleyen öğrencilerden daha yüksektir. Kendi alanı ile ilgili bilimsel yayınları takip eden öğrencilerin Ayırıştırın öğrenme stiline sahip olma yüzdesi(35,2), etmeyenlerden anlamlı derecede daha yüksektir(%20,5). Öğrenim gördükleri alanı isteyerek seçen öğrencilerin değiştiren öğrenme stiline sahip olma yüzdesi(%30,2), isteyerek seçmeyenlerden anlamlı derecede daha yüksektir(% 17,8). Buna karşılık bölümünü isteyerek seçmeyen öğrencilerin özümseyen öğrenme stiline sahip olma yüzdesi(%37,8), isteyerek seçen öğrencilerden anlamlı derecede daha yüksektir(%29,3).

Andragojik yaklaşıma ilişkin öğrenci algılarına yönelik ifadeler her bir maddesinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri alınarak değerlendirilmiştir. Maddeler içinde **en yüksek aritmetik ortalama** 15. maddeye “Merak ettiğim, sorunlarımı çözeceğine inandığım, bana mutluluk getireceğini düşündüğüm konuları öğrenmek isterim” (AO:4,32). Bunu 3,83’lük ortalama ile 10. madde “Geribildirimler, öğrenme sürecime yardımcı oluyor” ikinci sırada izlemiştir. Üçüncü sırada 14. madde “Eğitimde bana en büyük güdüleme (motivasyon) sağlayan kendime olan güvenimdir” (AO: 3,81) yer almıştır. 3,74’lük ortalama ile 7. Madde dördüncü sırada bulunmaktadır “Eğitimimizin ilk yıllarında öğrendiklerimizi sonradan unutuyoruz”. Beşinci sırada ise 18. Madde yer almıştır “Neyi ne kadar öğreneceğime özgürce karar veririm” (3,72).

Tablo 2. Öğrencilerin Anket sonuçları ve Öğrenme Tipleri İçin Yapılan Ki-kare ve Kontinensi Korelasyon Katsayıları Analiz Sonuçları

Değişken	Kategori	İsta.	Öğrenme Stilleri				Toplam	Ki-kare	r	p
			Yerleştiren	Değiştiren	Ayrıştıran	Özümseyen				
N:29										
Bölüm	Ebelik	f(%)	16(34%)	27(34,6%)	27(35,5%)	33(35,1%)	103(34,9%)			
	Hemşire	f(%)	31(66,0%)	51(65,4%)	49(64,5%)	61(64,9%)	192(65,1%)	.033	.011	.998
Sınıf	1.	f(%)	13(27,7%)	25(32,1%)	16(21,1%)	18(19,1%)	72(24,4%)			
	2.	f(%)	10(21,3%)	18(23,1%)	13(17,1%)	23(24,5%)	64(21,7%)			
	3.	f(%)	10(21,3%)	13(16,7%)	22(28,2%)	27(28,7%)	72(24,4%)	8,543	.168	.480
	4.	f(%)	14(29,8%)	22(28,2%)	25(32,9%)	26(27,7%)	87(29,5%)			
Cinsiyet	Kız	f(%)	42(89,4%)	68(87,2%)	68(89,5%)	75(79,8%)	253(85,8%)	4,233	.119	.237
	Erkek	f(%)	5(10,6%)	10(12,8%)	8(10,5%)	19(20,2%)	42 (14,2%)			
İkamet	Yurtta	f(%)	24(51,1%)	47(60,3%)	46(60,5%)	54(57,4%)	171(58,0%)			
	Kıralık	f(%)	13(27,7%)	17(21,8%)	15(19,7%)	21(22,3%)	66(22,4%)	1,576	.073	.954
	Aile yam	f(%)	10(21,3%)	14(17,9%)	15(19,7%)	19(20,2%)	58(19,7%)			
Maddi d	Yeterli	f(%)	22(46,8%)	33(42,3%)	38(50,0%)	48(51,1%)	141(47,8%)			
	İdare	f(%)	21(44,7%)	37(47,4%)	32(42,1%)	41(43,6%)	131(44,4%)	2,431	.090	.876
	Yetersiz	f(%)	4(8,5%)	8(10,3%)	6(7,9%)	5(5,3%)	23(7,8%)			
Lise mez.	Devlet L	f(%)	20(42,6%)	29(37,2%)	38(50,0%)	41(43,6%)	128(43,4%)			
	Fen L	f(%)	0(0,0%)	1 (1,3%)	2(2,6%)	3(3,2%)	6(2,0%)	5,310	.133	.806
	Anad. L	f(%)	18(38,3%)	32(41,0%)	26(34,2%)	33(35,1%)	109(36,9%)			
	Meslek L	f(%)	9(19,1%)	16(20,5%)	10(13,2%)	17(18,1%)	52(17,6%)			
Anne eğit	Okuryaza	f(%)	2(4,3%)	6(7,7%)	8(10,5%)	10(10,6%)	26(8,8%)			
	O.yazar D	f(%)	1 (2,1%)	8 (10,3%)	1(1,3%)	9(9,6%)	19(6,4%)			
	ilkokul	f(%)	26(55,3%)	39(50,0%)	39(51,3%)	41(43,6%)	145(49,2%)	13,62	.210	.555
	ortaokul	f(%)	6(12,8%)	13(16,7%)	13(17,1%)	17(18,1%)	49(16,6%)			
	Lise	f(%)	9(19,1%)	10(12,8%)	13(17,1%)	13(13,8%)	45(15,3%)			
	LisansYL	f(%)	3(6,4%)	2(2,6%)	2(2,6%)	4(4,3%)	11 (3,7%)			
Baba eğit	Okuryaza	f(%)	1(2,1%)	5(6,4%)	0(0,0%)	6(6,4%)	12(4,1%)			
	O.yazar D	f(%)	1(2,1%)	1 (1,3%)	0(0,0%)	2(2,1%)	4(1,4%)			
	ilkokul	f(%)	14(29,8%)	37(47,4%)	27(35,5%)	27(28,7%)	105(35,6%)			
	ortaokul	f(%)	4(8,5%)	13(16,7%)	20(26,3%)	14(14,9%)	51(17,3%)	32,17	.314	.02*
	Lise	f(%)	13(27,7%)	16(20,5%)	20(26,3%)	28(29,8%)	77(26,1%)			
	Önlisans	f(%)	5(10,6%)	0(0,0%)	3(3,9%)	7(7,4%)	15 (5,1%)			
	LisansYL	f(%)	9(19,1%)	6(7,7%)	6(7,9%)	10(10,6%)	31 (10,5%)			
Gündemi takip etme	Evet	f(%)	5(10,6%)	10(12,8%)	17(22,4%)	25(26,6%)	57(19,3%)	8,031	.163	.04*
	Hayır	f(%)	42(89,4%)	68 (87,2%)	59(77,6%)	69(73,4%)	238(80,7%)			
Bilimsel Yayın takip etme	Evet	f(%)	11(23,4%)	26(33,3%)	37(48,7%)	31(33,0%)	105(35,6%)	9,182	.174	.03*
	Hayır	f(%)	36(76,6%)	52 (66,7%)	39(51,3%)	63(67,0%)	190(64,4%)			
Bölümü isteyerek seçen	Evet	f(%)	36(76,6%)	62(79,5%)	47(61,8%)	60(63,8%)	205(69,5%)	8,314	.166	.04*
	Hayır	f(%)	11(23,4%)	16 (20,5%)	29(38,2%)	34(36,2%)	90(30,5%)			
İçerik	Evet	f(%)	36(76,6%)	69(88,5%)	68(89,5%)	81(86,2%)	254(86,1%)	4,635	.124	.201
	Hayır	f(%)	11(23,4%)	9 (11,5%)	8(10,5%)	13(13,8%)	41(13,9%)			

*p < .05 **p < .01 ***p < .001

Anket içinde **en düşük** ortalaması 2.maddedir “Sistemimizde öğrenmemiz gereken konuları öğrenciler belirler” (1,75). “Sistemimiz öğrencileri ilgi ve ihtiyaçlarına göre gruplandırır” şeklinde ifade edilen 21 madde de oldukça düşük düzeyde bir aritmetik ortalamaya sahiptir(2,38). “Eğitimim sistemimizde sosyal yönümüzün gelişmesi de sağlanmaktadır” şeklinde ifade edilen 3.madde(2,83) ve “Değerlendirmeler (sınavlar) daha iyi öğrenmeye yardımcı oluyor” şeklindeki 11. Madde de düşük aritmetik ortalamalı (2,91) maddeler arasında yer almıştır.

Öğrenme stiline göre öğrencilerin Andragojik Yaklaşım İlişkin Öğrenci Algıları Anketinin her bir maddelerinin aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıkları ve ilişkileri saptamak üzere istatistiksel açıdan tek yönlü varyans analizi(ANOVA) işlemleri yapılmış ve Tablo 6’da sunulmuştur.

Öğrenme stiline göre öğrencilerin andragojik yaklaşıma ilişkin öğrenci algıları anketindeki her bir önermenin aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıkları ve ilişkileri saptamak üzere istatistiksel açıdan tek yönlü varyans analizi(ANOVA) işlemlerinde sadece 10. ve 15. Maddelerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar meydana gelmiştir. “Geribildirimler, öğrenme sürecime yardımcı oluyor” (10.madde) şeklinde ifade edilen maddenin ayrıştırımacı öğrenme stiline sahip öğrencilerin aritmetik ortalaması, değiştiren öğrenme stiline sahip olan öğrencilerden anlamlı derecede daha yüksek olup ($p<,01$). “Madde ile öğrenme stilleri arasında hesaplanan korelasyon katsayısı ,205’dir ve istatistiksel açıdan ,01 düzeyinde anlamlıdır. Ayrıştırımacı öğrenme stiline sahip öğrencilerin “Merak ettiğim, sorunlarımı çözeceğine inandığım, bana mutluluk getireceğini düşündüğüm konuları öğrenmek isterim” (15.madde) maddesinin aritmetik ortalaması, değiştiren öğrenme stiline sahip olan öğrencilerden anlamlı derecede daha yüksektir ($p<,05$). Madde ile öğrenme stilleri arasında hesaplanan korelasyon katsayısı ,205’dir ve istatistiksel açıdan ,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tartışma

Çalışmamızda ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin en baskın öğrenme stili “Özümseyen” (%31,9) olup sırasıyla % 26,4 ile “Değiştiren”, % 25,8 ile Ayrıştırıran” tip üçüncü sırada yer almıştır. Öğrencilerin çoğunluğunun “özümseyen” öğrenme stiline sahip olması, bu öğrencilerin, belirli bir düzen içinde verilen detayları öğrenmelerini sağlayan öğretim yaklaşımlarını tercih ettiklerini göstermektedir. Bu öğrenciler soru cevap yöntemi,kavram araştırmaları, basılı materyal kullanımı, bağımsız araştırmalar yapma, problemlerin öncelikli olarak uzman kişiler tarafından çözülmesini bekleme veya becerilerin uzman bir kişi tarafından yapılmasını isteme gibi öğrenme

metodlarını tercih etmektedir (Jonassen & Grabowski 1993.) Seven ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin %31.5'inin, "Özümseyen", %24.1'i "değiştiren", %17.6'sı "ayrıştıran", %12'si "yerleştiren" ve %14.8'inin birden fazla öğrenme stiline sahip oldukları belirlenmiştir. (Seven ve ark., 2012) Dikmen ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin büyük oranda özümseyen (%42,4) ve ayrıştıran (%29.3) öğrenme stiline sahip olduğu belirlenmiştir. (Dikmen, 2015) Benzer şekilde Zamanzadeh ve ark. hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin %54.2'sinin "ayrıştıran", %32.1'nin "özümseyen" öğrenme stiline sahip olduğunu belirtmişlerdir (Zamanzadeh et al., 2008). İran hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da (2007) öğrencilerin %23,2'sinin ayrıştıran, %25,8'i özümseyen, %29.4'ü değiştiren ve %21.5'inin yerleştiren öğrenme stiline sahip olduğunu saptamıştır (Salehi,2007). Sağlık profesyoneli öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin çoğunun özümseyen ve ayrıştıran öğrenme stiline sahip olduğu belirtilmiştir (Güllerci, Oflaz 2010). Tıp ve Diş Hekimliği Fakültelerindeki birinci sınıf öğrencilerine yapılan öğrenme stillerini belirleyen çalışmada, Diş Hekimliği Fakültesi öğrencileri ile Tıp Fakültesi öğrencilerinin genelde özümseyen öğrenme stiline sahip oldukları bulgusu elde edilmiştir. (Kazancı ve ark., 2014). Gürpınar ve ark. Tıp eğitiminde yaptığı Kolb anket değerlendirmesi "Ayrıştıran" ve "Özümseyen" öğrenme şekillerine sahip olduklarını bildirmişlerdir. (Gürpınar E, 2011). Buna göre ebelik ve hemşirelik eğitiminin, teorik ve pratik beceri kazanmaya dayalı, usta-çırak ilişkisi ile verilen bir program olduğunu düşünürsek Özümseyen öğrenme stiline sahip olmaları anlamlı olmaktadır. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin değer ve anlamların farkında olma, bir şeyler öğrenirken soyut kavramlar ve fikirler üzerinde odaklanma özelliklerine sahip oldukları söylenebilir. Bu tür öğrenciler düşünerek ve gözleyerek anlamaya çalışırlar ve öğrenirler.

Bireylerin öğrenme stilini, kültürel farklılıklar, dil, aile, okul, çalışılan iş yerindeki deneyimler de öğrenme stillerini etkileyebilir (Kolb DA, Boyatzis RE, Mainemelis C. 2000: Frankel A. 2009; Seven ve ark., 2012; Dikmen, 2015;). Bu çalışmada öğrencilerin mezun oldukları lise türü, annenin eğitimi, aylık gelir gibi sosyodemografik özellikleri ile öğrenme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda öğrenme stilleri, demografik özellikler ile ilişkili bulunurken, bazılarında ilişkili bulunmamıştır. (Cuthbert PF. 2005; Demirci EZ. 2009; Seven ve ark., 2012; Dikmen, 2015)

Demografik özelliklerden sadece baba eğitimi ve TV'de gündemi izleme, öğrenim görülen alan ile ilgili bilimsel yayınları takip etme ve bölüme istekle devam etme özellikleri ile öğrenme stilleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Babası lise, ön lisans ve lisans/yüksek lisans mezunu olan öğrencilerin büyük bir çoğunluğu **özümseyen** öğrenme stiline sahip olmuşlardır. İlkokul mezunu olan babaların çocuklarında ise baskın olarak değiştiren öğrenme stili gözlenmiştir. Deniz'in çalışmasında da özümseyen öğrenme stiline sahip olan öğrencilerin babası çoğunlukla lise ve üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç literatürde benzer bir çalışma ile desteklenmektedir. (Sağlam, 2015)

Gündemi izleyen öğrencilerin çoğunluğunun öğrenme stili **Özümseyen** tiptedir. Gündemi izlemeyen

öğrencilerin değiştirici öğrenme stiline sahip olma düzeyi, gündemi izleyen öğrencilerden daha yüksektir. Özümseme öğrenme stili, kavramsallaştırmayı, mantıkla yorumlamada becerisi yüksektir, bilişim sektörü ve bilim kariyerleri için önemlidir. Değiştirme öğrenme stiline sahip bireyler bilgi toplamaktan hoşlanırlar ve geniş bir kültürel ilgiye sahiptirler. Bu bağlamda gündemi takip etmeleri ilişkiyi açıklamaktadır.

Kendi alanı ile ilgili bilimsel yayınları takip eden öğrencilerin *Ayrıştıran* öğrenme stiline sahip olma yüzdesi, etmeyenlerden anlamlı derecede daha yüksektir. Ayrıştıran öğrenme stiline sahip bireyler, soyut kavramsallaştırma ve aktif yaşantı öğrenme yeteneklerini kullanırlar. Fikir ve teorilerin pratiğe dönüştürülmesinde çok iyidirler. Sorular veya sorunlara çözüm bulmaya yarayan problem çözme ve karar verme yeteneğine sahiptirler. Detaylara önem verirler, parçalardan hareketle bütünü anlamaya çalışırlar. Bu bağlamda öğrenmeye açık olmaları yayın takip etmeleri öğrenme stili ile uyum göstermektedir.

Öğrenim gördükleri alanı isteyerek seçen öğrencilerin *değiştiren* öğrenme stiline sahip olma düzeyi, isteyerek seçmeyenlerden anlamlı derecede daha yüksektir. Kazancı ve arkadaşlarının diş hekimliği ve tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise bölümü isteyerek seçmenin öğrenme stilleri ile ilişkisi saptanmamıştır. Bu stile sahip olan bireyler pek çok farklı açılardan somut durumları görmeye iyidirler. Bu öğrenme stiline değiştirme denilmesinin nedeni, beyin fırtınası gibi fikirlerin üretildiği durumlarda en iyi performans gösterilmesindedir. İnsanlarla ilgilenirler; yaratıcı ve duygusal yapıları vardır. Örgün öğretimde kişisel görüşleri açık fikirli bir şekilde dinleyebildikleri için grup çalışmalarını tercih ederler. Bu bağlamda etkileşime ve öğrenmeye açık olan değiştiren öğrenme stiline bölümü isteyerek devam eden öğrencilerde baskın olması beklendiğ bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Üniversite öğrencilerinin bu kadar farklı değişkenler açısından öğrenme stilleri henüz araştırılmamış olduğu için, bu sonuçlar diğer sonuçlar ile karşılaştırılamamıştır.

Katılımcıların, andragojik yaklaşıma ilişkin algılarını değerlendirmeye yönelik öngörülerden en çok ortalamaya sahip olanları şöyle ifade edebiliriz; Merak ettiği, sorunlarını çözeceği, mutluluk getirecek konuları öğrenmek istediğini, Geribildirimlerle, öğrenme sürecinde desteklenmiş olacağını, eğitimde en büyük güdüleme kaynağının özgüveni olduğunu, eğitimimizin ilk yıllarında öğrendiklerimizi sonradan unuttuğunu, neyi ne kadar öğreneceğime özgürce karar veririm. Andragojik yaklaşıma ilişkin öğrenci algılarını yansıtan önermelerden en az ortalamaya sahip olanlar; “Sistemde öğrenmemiz gereken konuları öğrenciler belirler”, “Sistemimiz öğrencileri ilgi ve ihtiyaçlarına göre gruplandırır”, “Eğitimim sistemimizde sosyal yönümüzün gelişmesi de sağlanmaktadır” ve “Değerlendirmeler (sınavlar) daha iyi öğrenmeme yardımcı oluyor” şeklinde belirtilmiştir. Ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin Andragojik Yaklaşıma İlişkin Öğrenci Algıları Anketinin her bir maddelerinin aritmetik ortalamaları, Cerit tarafından yapılan çalışmanın sonuçları ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Bulgulara göre ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun ilgi duyduğu, sorunlarına çözüm üretecek konuları, psikolojik olarak güvenli bir ortamda, geri bildirim alarak, öz yönetimli olarak öğrenmek istediklerini belirtmeleri göre andragojik yaklaşıma sahip olduklarını göstermektedir. Ayrıca

ortalaması az olan önermelerinde görüldüğü gibi mevcut sistemde, pedagojik yaklaşımın hâkim olmasından, androgojik ilkelerin olmamasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

“Geribildirimler, öğrenme sürecime yardımcı oluyor” önermesi ile öğrenme stilleri arasındaki ilişki anlamlıdır ($p<0,01$). “Merak ettiğim, sorunlarımı çözeceğine inandığım, bana mutluluk getireceğini düşündüğüm konuları öğrenmek isterim” önermesi ile öğrenme stilleri arasında hesaplanan korelasyon istatistiksel açıdan düzeyinde anlamlıdır ($p<0,05$). Andragojik Yaklaşım İlişkin Öğrenci Algıları Anketinin 10 ve 15. Önerme puan ortalamaları, farklı öğrenme stillerine sahip öğrencilerde anlamlı derecede farklılık göstermiştir. Çoğunluğun öğrenme stili *ayrıştırıcı* iken en az değiştiren stiline sahiptir. Parçadan bütünü anlamaya çalışan ayrıştırıcı öğrenme stiline sahip bireyler, düşünerek ve yaparak öğrenme yeteneklerini kullanırlar. Mantıksal analiz ve sistematik plânlama, problem çözme, karar verme, temel özellikleri olan bu stil ile yetişkin eğitimi bakış açısında “Geribildirimler, öğrenme sürecime yardımcı oluyor” ve “Merak ettiğim, sorunlarımı çözeceğine inandığım, bana mutluluk getireceğini düşündüğüm konuları öğrenmek isterim” önermeleri arasındaki anlamlı ilişki beklendik bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç

Öğrencilerin sahip oldukları öğrenme stillerine göre düzenlenen öğretim ortamları, öğrenci başarısını belirleyen önemli bir faktördür (Dikmen 2015). Bu çalışmada elde edilen bulgular, benzer çalışmaların sonuçları ile tutarlılık göstermektedir. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin daha çok özümseyen öğrenme stiline, en az düzeyde ise yerleştiren öğrenme stiline sahip olduklarını göstermiştir. Öğrenme stilleri cinsiyet, yaş, sınıf, mezun olunan lise, anne eğitimi, vb sosyodemografik özellikler açısından bir farklılık göstermemektedir. Ancak baba eğitimi ve TV’de gündemi izleme, öğrenim görülen alan ile ilgili bilimsel yayınları takip etme ve bölüme istekle devam etme özellikleri, öğrenme stilleri ile ilişki bulunmuştur. Öğrencilerin öğrenme stillerindeki farklılık, ebelik ve hemşirelik eğitiminde öğrenmeye açık, soyut ve somutu, bilginin analiz ve sentezini yapabilen, sorgulayan, eleştirel düşünebilen, bilgisini ve becerileri uygulama alanlarına yansıtabilen özgüvenli hemşireler yetiştirmek için öğretim sürecinde farklı yöntemlerin kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bunun yanında öğrencilerin eğitim sürecinde yetişkin öğrenme ilkelerinin kullanılması beklentisinde oldukları da çalışmanın önemli bulgularındandır. Buna göre, ebelik ve hemşirelik eğitim programları düzenlenirken, öğrencilerin sahip oldukları öğrenme stillerinin belirlenmesi ve öğrencilerin sahip olduğu tüm öğrenme stillerinin öğrenme ortamlarında dikkate alınması gerekmektedir. Sonuç olarak, çalışmadan elde edilen tespitler bağlamında eğitim süreçlerinde öğrenme stilleri ve androgojik ilkeleri dikkate alan düzenleme yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Aşkar, P. ve Akkoyunlu, B. (1993). Kolb Öğrenme Stili Envanteri. Eğitim ve Bilim, (87), s.37-47.

2. Beşoluk Ş., Önder İ., (2011) “Öğretmen adaylarının öğrenme yaklaşımları, öğrenme stilleri ve eleştirel düşünme eğilimlerinin incelenmesi” Elementary Education Online, 9(2), 679–693, 2010. [Online]: <http://ilkogretim-online.org.tr>
3. Budakoğlu . İ, Babadoğan C. (2011) “1998-2008 Yılları Arasında Sağlık Alanında Eğitim Gören Öğrencilerle Yapılan Öğrenme Stil Çalışmalarında Kullanılan Ölçekler.” Tıp Eğitimi Dergisi; 30:17-28
4. Cerit, G (2004) “Yetişkin Öğrenme İlkeleri Ve Denizcilik Öğrencilerinin Üniversite Eğitimine İlişkin Algıları”Web.Deu.Edu.Tr/Aek2004/11/Cerit.Pdf
5. Cuthbert PF. The student learning process: Learning styles or learning approaches? Teaching in Higher Education 2005; 10: 235-249
6. Çelik, F ve Şahin H (2011). “Beden Eğitimi ve spor Öğretmenliği öğretmen Adaylarının Cinsiyet ve Öğrenimgördükleri Sınıf Düzeyleri Bakımından Öğrenme Stillerinin İncelenmesi.” Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 31. İzmir.
7. Demirci EZ. (2009) “Öğrenen İle Öğretenin Öğrenme Stillerinin Eşleşmesinin Öğrencilerin Türk Halk Edebiyatı Ders Başarılarına Etkisinin İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak
8. Dikmen Y., (2015). “Kolb’un Öğrenme Stilleri Modeline Göre Hemşirelik Öğrencilerinin Öğrenme Stillerininİncelenmesi” J Hum Rhythm September 1(3):101-106
9. Durdukoca, Ş.F. ve Arıbaş, S., (2011), “İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği Öğretmen Adaylarının Sahip Oldukları Öğrenme Stillerinin Farklı Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi” e-Journal of New World Sciences Academy Education Sciences, 1C0285, 6, (1), 169-182
10. Erden, M. ve Altun, S. (2006). Öğrenme Stilleri. Morpa Kültür Yayınları Ltd. ŞTİ. İstanbul
11. Ergür, D. O. (1998). “Hacettepe Üniversitesi Dört Yıllık Lisans Programındaki Öğrenci ve Öğretim Üyelerinin Öğrenme Sitillerinin Karşılaştırılması.” Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
12. Frankel A. Nurses’ learning styles: promoting better integration of theory into practice. Nursing Times 2009;105: 24-27
13. Güllerci H, Oflaz F. (2010); “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği eğitimi alan öğrencilerin öğrenme stil ve stratejilerinin incelenmesi”. Gülhane Tıp Dergisi; 52: 112- 120
14. Gürpınar E, Bat H, Tetik C., (2011), Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Öğrenme Stillerinin Belirlenmesi. TıpEğitimi Dünyası; 32: 18-29.
15. Güven M., Kürüm, D., (2008); “Öğretmen Adaylarının Öğrenme Stiller ile Eleştirel
16. Düşünme Eğilimleri Arasındaki İlişki” Elementary Education Online, 7(1), 53-70, 2008. İlköğretim Online,7(1), 53-70, 2008. [Online]: <http://ilkogretim-online.org.tr>
17. Hasırcı, Ö(2006). Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin öğrenme Stilleri: Çukurova Üniversitesi Örneği. EğitimdeKuram ve Uygulama Dergisi. 2006, 2 (1): 15-25

18. Jonassen DH, Grabowski BL. Handbook of Individual Differences, Learning, and Instruction. New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1993.
19. Kalaycı, Ş. (Ed.) (2006). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
20. Kazancı F, Kazancı E.E., Memduhoğlu H.B., Sevimli Ş. (2014) “Tıp Ve Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinin Öğrenme Stillерinin Karşılaştırılması Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. 24: 67-73.
21. Knowles, M. (1996). Yetişkin Öğrenenler: Göz Ardı Edilen Bir Kesim. (çev. Serap Ayhan). A.Ü. Basımevi, Ankara.
22. Kolb, D.A (1985). Learning Style inventory: Self Scoring Inventory and Interpretation Booklet. Boston: McBerand Company.
23. Kolb, A.Y ve Kolb (2005). The Kolb Learning Style Inventory—Version 3.1 2005 Technical Specifications, 2).
24. Kolb DA, Boyatzis RE, Mainemelis C. Experiential learning theory: previous research and new directions. In:Stemberg RJ, Zhang (eds). Perspectives on Cognitive, Learning and Thinking Style. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2000: 2-38.
25. Özdemir Turan S.,(2003) ; “Tıp Eğitimi ve Yetişkin Öğrenmesi” Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 29 (2) 25-28, 2003.
26. Prawat, R.S. (2008). Constructivism. In N. Salkind (Ed.) Encyclopedia of Educational Psychology. ThousandOaks, CA: Sage Publications.
27. Sağlam, D., (2015). “Bilgisayar Ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi Öğretmen Adaylarının İç-Dış Denetim Odağı Eğilimleri İle Öğrenme Stillерinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi” KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Programları ve Öğretim Ana Bilim Dalı, YL tezi.
28. Salehi. Sh (2007) “Nursing students’ preferred learning styles. Journal of Medical Education Summer and Fall.11(3-4):85-89
29. Sarı, M. (2013) “Fizik Konularının Öğretiminde Deneysel Çalışmanın Öğrenci Başarısına Etkisi Ve Öğretmenlerin Karşılaştıkları Zorlukların Belirlenmesi Fen Bilgisi Öğretiminde Laboratuvar Kullanımı”. Journal of Research in Education and Teaching, Ağustos, Cilt:2 Sayı:3 Makale No:18 ISSN: 2146-919
30. Seven M., Bağcıvan G., Kılıç S., Açıkkel C., (2012) “Hemşirelik yüksek okulu birinci sınıf öğrencilerinin öğrenme stillерinin belirlenmesi ve ders başarıları ile ilişkisinin incelenmesi” Gülhane Tıp Derg 2012; 54: 129-135
31. Topkaya E. Z., ve Çelik H. (2009) “Eğitimde Bireysel Farklılıklar” Eğitimde Kuram ve Uygulama/Journal of Theory and Practice in Education http://eku.comu.edu.tr/index/5/2/eztokpaya_hcelik.pdf
32. Ülgen, Gülten. (1996), Kavram Geliştirme -Kuram ve Uygulamalar-. Ankara
33. Veznedaroğlu R.L, Özgür A.O. (2005). Öğrenme Stilleri: Tanımlamalar, Modeller ve İşlevleri, İlköğretim- Online4(2), 1-6.

34. Yaşar, Ş. (1998). Yapısalcı Kuram ve Öğrenme Öğretme Süreci. Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 8(1-2).
35. Yazıcılar,Ö, Güven, B. (2009) “Öğrenme Stili Özelliklerinin Dikkate Alındığı Öğretim Etkinliklerini Uygulamanın Akademik Başarı, Tutumlar ve Hatırda Tutma Düzeyi Üzerindeki Etkisi” Elementary EducationOnline, 8(1), 9-23, 2009. [Online]: <http://ilkogretim-online.org.tr>
36. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Fathi-Azar E, “Aminiae N. Nursing and midwifery student’s learning styles in Tabriz Medical University”. Research Journal of Biological Sciences 2008; 2: 243-245

15 - 15-49 YAŞ KADINLARDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIM DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meral ÇETİNKAYA, Yeliz MERCAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, KIRKLARELİ

Özet

Aile planlaması (AP) hizmetlerindeki yetersizlik, toplumun sağlık düzeyini belirleyen önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Araştırmada 15-49 yaş kadınlarda istenmeyen gebeliklerin öncesinde, düşük öncesi/sonrasında ve araştırma sırasında kullanılan AP yöntem kullanım durumunu belirlemek ve gelecekte yöntem tercihlerini saptamak amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Kırklareli Pınarhisar'da Şubat-Aralık 2017 arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini 13.02.2017-29.12.2017 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne kayıtlı 1275 15-49 yaş kadın oluşturmuştur (n=326). Veriler ASM'ye başvuran kadınlardan, literatüre dayalı olarak hazırlanan Anket Formu yardımıyla, yüz yüze toplanmıştır. Araştırma için etik kurul ve resmi izinler alınmıştır.

Araştırma grubunun %46,3'ü 25-34 yaş grubunda, %45,0'ı üniversite mezunu, %73,6'sı evli, %85,5'i çekirdek aileye sahip, %53,4'ünün orta düzeyde gelire sahiptir. Grubun kadın başına düşen çocuk sayısı ve ideal çocuk sayısı ortalamaları sırasıyla $1,78 \pm 0,76$ ve $2,16 \pm 0,69$ 'dır. Kadınların %35,7'si istenmeyen gebelik, %25,4'ü düşük öncesi modern yöntem kullandığı, ilk sırada kondom yer aldığı belirlenmiştir. Düşük sonrası kadınların %40'ının yöntem kullanmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %52,7'si araştırma sırasında herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır(modern %41,5, geleneksel %11,3). Modern yöntemler arasında kondom (%15,8), geleneksel yöntemler arasında geri çekme (%10,9) ilk sıradadır. AP yöntem kullanmama nedeni olarak cinsel hayatın olmaması gösterilmiştir(%26,7). Kadınların %12,0'ının gelecekte AP yöntemi kullanmak istemediği saptanmıştır. Gelecekte yöntem kullanmayı düşünenler arasında kondom (%33,4) ve RİA (%24,7) ilk tercih edilen yöntemler olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %54,3'ünün acil kontrasepsiyonu bildiği saptanmıştır. Kadınların %81,4'ü iyi bir AP yönteminin gelecekte çocuk sahibi olmayı etkilememesini istemektedir.

Modern yöntem kullanım oranları düşük düzeydedir. Geleneksel yöntem kullananların veya yöntem kullanmayanların altında yatan nedenler belirlenmeli, nedene yönelik stratejiler geliştirilmelidir. AP eğitimleri erkeklerin katılımı sağlanarak, daha kapsayıcı ve daha etkili bir şekilde verilmesi gereklidir.

Anahtar kelimeler: Aile planlaması yöntem kullanımı, Modern yöntem, Geleneksel yöntem.

Evaluate Of The Usage Of Family Planning Method In 15-49 Age Women

Abstract

The inadequacy of family planning (FP) services is one of the important public health problems that determine the health level of the society. In this study, it was aimed to determine the use of FP method before and/or after of unintended pregnancies and the abortion, and to determine the method preferences during the research and in the future of the 15-49 age group.

The study being of descriptive type has been carried out between February-June 2017 in Pınarhisar. The population of the study consisted of 1275 15-49 years old women registered to the Family Health Center between 13.02.2017-29.12.2017 (n = 326). The data were collected face to face from the women who applied to the center by means of the Questionnaire Form prepared based on the literature. Ethical and official permits were obtained for the research.

46.3% of the research group was in the 25-34 age groups, 45.0% were university graduates, 73.6% were married, 85.5% had nuclear family, and 53.4% had middle level income. The mean number of children per woman and the optimum number of children were 1.78 ± 0.76 and 2.16 ± 0.69 , respectively. It was determined that 35.7% of the women used unintended pregnancy and 25.4% used modern methods before abortion that the condom was the first place. It was determined that 40% of the women did not use the method after abortion. 52.7% of the participants use any FP method during the research (modern 41.5%, traditional 11.3%). Among the modern methods, condoms (15.8%) and among the traditional methods, the withdrawals (10.9%) are the first. The lack of sexual life as the reason for not using FP method is shown (26.7%). It was determined that 12.0% of women did not want to use FP method in the future. In the future, condom (33.4%) and IUD (24.7%) were among the first choice methods. 54.3% of the participants knew about emergency contraception. 81.4% of women want a good FP method to not affect children in the future.

Modern method utilization rates are low. The reasons underlying the use of traditional methods or non- methods should be identified and strategies for cause should be developed. FP trainings should be provided in a more inclusive and more efficient way by ensuring the participation of men.

Key Words: Use of family planning method, Modern method, Traditional method.

Giriş

Aile planlaması (AP) çiftlere istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için sunulan yardım ve danışmanlık hizmetleridir (Eryılmaz, 2014; Bellizzi, Sobel, Obara & Temmerman, 2015). Dünyada 2017 yılında evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda kontraseptif prevalansının %36-%75 arasında değiştiği, modern yöntem kullanım oranlarının %70-%32, geleneksel yöntem kullanım oranlarının ise %3-%8 arasında olduğu bildirilmiştir (United Nation [UN], 2017). Türkiye’de 2013 yılında ulusal düzeyde yürütülen araştırmada evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanım oranı istenilen düzeyde olmadığı ve geleneksel yöntemler içerisinde en yaygın kullanılan yöntemin geri çekme olduğu belirlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [HÜNEE], 2013). Gelişmekte olan 35 düşük ve orta gelirli ülkede yürütülen bir araştırmada 214 milyon çiftin düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yöntemlere erişim güçlüğü gibi nedenlerle AP yöntemi kullanmadığı bildirilmiştir (Bellizzi vd., 2015). Ülkemizde yürütülen diğer çalışmalarda da kadınların da benzer nedenlerle modern yöntemleri kullanmadığı bildirilmiştir (Eryılmaz 2014; Varol, Çiçeklioğlu, Öcek & Demirelöz, 2015).

AP hizmetlerindeki yetersizliği de gösteren bu durum toplumun sağlık düzeyini belirleyen önemli halk sağlığı sorunları arasında önemini sürdürmektedir. Bu araştırmada 15-49 yaş kadınlarda AP yöntem kullanım durumunu belirlemek ve gelecekteki yöntem tercihlerini saptamak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Kırklareli Pınarhisar ilçesinde 13.02.2017- 29.12.2017 arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 13.02.2017-29.12.2017 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezi (ASM)’ne kayıtlı 1275 15-49 yaş kadın oluşturmuştur (n=326). Araştırmada oranlarda evreni bilinen örnek büyüklüğü formülü kullanılarak %95 güven aralığı, 0,05 hata payı %50 bilinmeyen prevalans ile hesaplanan örnek büyüklüğü 296 olarak belirlenmiştir. Olası veri kaybını önlemek için örnek büyüklüğü %10 arttırılarak 326 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada 311 kadına ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama

Veriler ASM’ye başvuran kadınlardan, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan AnketFormu yardımıyla, yüz yüze toplanmıştır. Anket formu açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin

sorular, ikinci bölümünde araştırma sırasında ve gelecekte aile planlaması yöntem kullanımı ile ilgili özellikler ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi sorgulanmıştır. Araştırmada anketlerin uygulanma öncesinde katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM-SPSS 22.0 paket programında tanımlayıcı testlerden sayı, yüzde ve ortalamalardan yararlanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için katılımcılardan yazılı onam, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı ve Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden resmi izin alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Araştırma grubunun %46,3'ü 25-34 yaş grubunda, %45,0'ı üniversite mezunu, %73,6'sı evli, %85,5'i çekirdek aileye sahip, %53,4'ünün orta düzeyde gelire sahiptir. Grubun kadın başına düşen çocuk sayısı ve ideal çocuk sayısı ortalamaları sırasıyla $1,78 \pm 0,76$ ve $2,16 \pm 0,69$ 'dır (Tablo 1). Türkiye ortalamasının gerisinde olan Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2017) verilerine göre Edirne'de ortalama çocuk sayısı 1,46, Kırklareli'nde ise 1,53 tür. Çocuk sayısı açısından bizim sonucumuz Trakya'da kadın başına düşen çocuk sayısı ile uyumludur. İzmir'de 15-49 yaş grubu kadınlarda yürütülen çalışmada araştırma grubunun yarıdan fazlasının ideal çocuk sayısının 2, üçte birinin ise 3 ve daha fazla çocuk olduğu belirtmiştir (Yücel vd., 2014). TNSA 2013 ileri analiz raporunda 15-49 yaş grubunda ideal çocuk sayısı hedefine ulaşamamış kadınların çocuk isteme eğilimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Adalı, Çavlin, & Berketaş 2015. s.200). Sonuçlarımızda da kadınların henüz ideal çocuk sayısına ulaşmadığı gözlenmiştir.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri (n=311).

Değişkenler	n	%
Yaş		
≤24	30	9,6
25-44	261	83,9
≥45	20	6,4
Eğitim durumu		
Üniversite mezunu	140	45,0
Lise Mezunu	98	31,5
Ortaokul ve altı	73	23,5
Medeni durum		
Evli	229	73,6

Bekar	65	20,9
Boşanmış ve Eşi Ölmüş	17	5,4
Aile tipi		
Çekirdek	266	85,5
Parçalanmış ve Geniş	45	14,4
Algılanan gelir düzeyi		
İyi	132	42,4
Orta	166	53,4
Kötü	13	4,2
Yaşayan çocuk sayısı	Ort±ss: 1,78±0,76(Range: 1-5)	
İdeal çocuk sayısı	Ort±ss: 2,16±0,69(Range: 1-5)	

Kadınların %35,7'si istenmeyen gebelik öncesi, %25,4'ü düşük öncesi modern yöntem kullandığı, ilk sırada kondom yer aldığı belirlenmiştir. Düşük sonrası kadınların %40'ının yöntem kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Tohma, Özdeğirmenci, Coşkun, Dilbaz, ve Erkaya (2014) yapmış olduğu araştırmada çalışmamızla benzer şekilde istenmeyen gebelik yaşayan kadınların büyük kısmının istenmeyen gebeliğinin hemen öncesinde geleneksel yöntem kullandığı ya da yöntem kullanmadığı belirlenmiştir. Savaş vd. (2014) yapmış olduğu bir çalışmada aile hekimlerinden aile planlaması ile ilgili bilgi alan kadınların daha az oranda istenmeyen gebelik yaşadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar istenmeyen gebelik yaşayan kadınların gebelik istemediği halde modern yöntem kullanmadığını, modern yöntem kullananların ise kullanımı ile ilgili hata yaptığını göstermektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde hem kadınların hem de erkeklerin aile planlaması yöntem kullanımı ve istenmeyen gebeliklerin olası sonuçları hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğunu düşündürmüştür.

Tablo 2. Araştırma Grubunun Aile Planlaması Yöntem Kullanımı İle İlgili Özellikler (n=311).

	n*	%
İstenmeyen gebeliğin hemen öncesinde kullanılan yöntem		
Modern yöntemler	15	35,7
Geleneksel yöntemler	24	57,1
Yöntem kullanmayan	3	7,1
Düşük öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi		
Modern yöntemler	17	25,4
Geleneksel yöntemler	25	37,3
Yöntem kullanmayan	25	37,3
Düşük sonrası ilk kullanılan aile planlaması yöntemi		

Modern yöntemler	33	50,8
Geleneksel yöntemler	6	9,2
Yöntem kullanmayan	26	40,0
Araştırma sırasında aile planlaması yöntemi kullanımı		
Evet	164	52,7
Hayır	147	47,3
Araştırma sırasında kullanılan aile planlaması yöntemi		
kulla	129	41,5
Modern yöntemler		
<i>Kondom</i>	49	15,8
<i>RİA</i>	30	9,6
<i>Tüp ligasyon</i>	27	8,7
<i>Hap</i>	14	4,5
<i>İğne</i>	7	2,3
<i>Acil korunma hapt</i>	2	0,6
Geleneksel yöntemler	35	11,3
<i>Geri çekme</i>	34	10,9
<i>Takvim yöntemi</i>	1	0,3
Yöntem kullanmayan	147	47,3
**Araştırma sırasında aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri		
Cinsel hayatım yok, eşim yanımda değil veya evliliğim sona erdi	83	26,7
Gebe kalmak istiyorum	29	9,3
Şu an gebeyim	18	5,8
Diğerleri	31	10,1

*Eksik verisi olanlar, yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir. **Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların %52,7'si araştırma sırasında herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır (modern %41,5, geleneksel %11,3). Modern yöntemler arasında kondom (%15,8), geleneksel yöntemler arasında geri çekme (%10,9) ilk sıradadır ve AP yöntem kullanmama nedeni olarak cinsel hayatın olmaması gösterilmiştir (%26,7) (Tablo 2). Dünyada 2017 yılında evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanımı %58, geleneksel yöntem kullanımı %5 olarak belirlenmiştir (UN, 2017). Ülkemizde 2013 yılında bu oranlar sırasıyla %47 ve %26 olarak belirlenmiş, en yaygın kullanılan modern yöntemler arasında RİA, kondom, geleneksel yöntemler arasında geri çekme bildirilmiştir (HÜNEE, 2013). Ülkemizde yerel düzeyde yapılan çalışmalarda modern yöntem kullanımında kondom ve geleneksel yöntem kullanımında ise geri çekme ilk sırada yer almaktadır (Varol vd., 2015; Yücel vd., 2014). Sonuçlarımızın ulusal ve yerel

çalışmalar ile uyumlu olduğu, ideal çocuk sayısına ulaşmayan grubumuzda kondomun geri dönüşümü kolay bir yöntem olarak tercih edilmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Tablo 3. Araştırma Grubunun Aile Planlaması Yöntem Kullanımı İle İlgili Özellikler (n=311).

	n*	%
Gelecekte aile planlaması yöntem tercihi (n=287)		
Modern yöntemler	256	89,2
<i>Kondom</i>	96	33,4
<i>RİA</i>	71	24,7
<i>Hap</i>	44	15,3
<i>Tüp ligasyon</i>	35	12,2
<i>İğne</i>	8	2,8
<i>Vazektomi</i>	1	0,3
<i>Acil korunma hapi</i>	1	0,3
Geleneksel yöntemler	27	9,4
<i>Geri çekme</i>	23	8,0
<i>Takvim yöntemi</i>	4	1,4
Gelecekte aile planlaması yöntemlerini kullanma ile ilgili düşünce		
Zaten sürekli korunuyoruz	157	50,8
İstiyorum, ancak zamanı konusunda kararsızım	51	16,5
Kullanmak konusunda kararsızım	40	12,9
12 ay içinde kullanmayı istiyorum	18	5,8
Kullanmak istemiyorum	37	12,0
Diğer	6	1,9
Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceği yöntem bilgisi		
Evet	169	54,3
Hayır	142	45,7
**Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulanabilen gebeliğönleyici yöntemler		
Ertesi gün hapi	160	51,4
RİA	21	6,8
**İyi bir aile planlaması yönteminden beklenti		
Gelecekte çocuk sahibi olmayı etkilememeli	253	81,4
Her iki eşin kabul ettiği bir yöntem olmalı	246	79,1

Zararlı olmamalı veya yan etkileri olmamalı	238	76,5
Bilmiyorum/ Fikrim yok	6	1,9

*Eksik verisi olanlar, yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir. **Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmada kadınların %89,2'si gelecekte modern yöntem kullanmayı düşündükleri, %12,0'ının gelecekte AP yöntemi kullanmak istemediği saptanmıştır. Gelecekte yöntem kullanmayı düşünenler arasında kondom (%33,4) ve RİA (%24,7) ilk tercih edilen yöntemler olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Dünyada 2017 yılında evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda %63 düzeyinde olan herhangi bir yöntem kullanımı 2030 yılında %2 oranında artacağı tahmin edilmiştir (UN, 2017). TNSA 2013'e göre evli kadınların %45'i gelecekte kontraseptif yöntem kullanmayı düşünmediği, %5'i ise yöntem kullanma veya zamanlama konusunda kararsız olduklarını ifade etmiştir. Araştırma tarihinde yöntem kullanmayı düşünenlerin ise %26'sı 12 ay içerisinde, %21'i ise gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanmayı düşündüklerini belirtmiştir. Gelecekte kullanılmayı düşünen yöntem ise ilk sırada RİA, ikinci sırada kondom gelmektedir (HÜNEE, 2013). Sonucumuzun literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Katılımcıların %54,3'ünün acil kontrasepsiyonu bildiği saptanmıştır. Kadınların %81,4'ü iyi bir AP yönteminin gelecekte çocuk sahibi olmayı etkilememesini istemektedir (Tablo 2). Toplumda kadınlara yönelik yürütülmüş çalışmalarda acil kontrasepsiyon bilgi düzeylerinin %3,7- %28,3 arasında değiştiği ve bu gruplarda istenmeyen gebelik prevalansının yüksek olduğu belirlenmiştir (Dasıkan, Taşçı, & Karaca, 2013; Omokhodion & Balogun, 2017). Ülkemizde ve dünyada yapılan farklı çalışmalarda katılımcıların acil kontrasepsiyon bilgi düzeyinin yetersiz ve/veya yanlış olduğu belirlenmiştir (Koçak vd., 2016; Joseph vd., 2016). Gurubumuzun bilgi düzeyi topluma yönelik yürütülen çalışmalar ile benzer ya da daha iyi durumda belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Modern yöntem kullanım oranları düşük düzeydedir. Kadınların geçmişte araştırma sırasında ve gelecekte tercih ettikleri yöntemler modern yöntemlerden kondom, geleneksel yöntemlerden geri çekmedir. Gelecekte her on kadından birinin AP yöntemi kullanmak istemediği belirlenmiştir. Geleneksel yöntem kullananların, yöntem kullanmayanların veya gelecekte yöntem kullanmak istemeyenlerin altında yatan nedenler belirlenmeli, nedene yönelik stratejiler geliştirilmelidir. AP eğitimleri erkeklerin katılımı sağlanarak, daha kapsayıcı ve daha etkili bir şekilde verilmesi gereklidir.

Kaynaklar

1. Adalı, T., Çavlin, A. ve Berktaş, E. (2015). *İsteyerek ve Kendiliğinden Düşüklerin Yaygınlığı ve Düşükleri Etkileyen Faktörler*. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 İleri Analiz çalışması içinden Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, ss. 139-223.

2. Bellizzi, S., Sobel, H.L., Obara, H. and Temmerman, M. (2015). Underuse of Modern Methods of Contraception: Underlying Causes and Consequent Undesired Pregnancies in 35 Low- and Middle-Income Countries. *Human Reproduction*, 30(4): 973–86.
3. Dasikan, Z., Taşçı, N. ve Karaca, T. (2013). The Information and Applications of The Married Women Living in Odemis Relating to Medical and Traditional Emergency Contraception. *Journal of Turkish Society Obstetrics and Gynecology*, 10(2), 90-106.
4. Eryılmaz, N. (2014). *Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları ve İlişkili Faktörler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
6. Joseph, N., Shetty, B., Hasreen, F., Ishwarya, R., Baniya, M., Sachdeva, S. et al. (2016). Awareness and Attitudes Toward Emergency Contraceptives Among College Students in South India. *The Journal of Obstetric and Gynecology of India*, 66(1), 363-9.
7. Koçak, D.Y., Büyükkayacı Duman, N., Topuz, Ş., Yılmazel, G., Güngör, T. ve Başçı, A.B. (2016). Üreme Çağındaki Kadınların Acil Kontrasepsiyon ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(3), 112-6.
8. Omokhodion, F.O. and Balogun, M.O. (2017). Contraceptive Use, Unwanted Pregnancies and Abortions among Hairdressers in Ibadan, Southwest Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 21(1), 114.
9. Savaş, N., İnandı, T., Arslan, E., Peker, E., Durmaz, E., Erdem, M. ve ark. (2014). *Hatay'da Hastanelere Doğum ya da Düşük Nedeniyle Başvuran Kadınlarda İstenmeyen Gebelikler*. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, ss.1095-96.
10. Tohma, Y.A., Özdeğirmenci, Ö., Coşkun, B., Dilbaz, B. ve Erkaya, S. (2014). İstemli Gebelik Sonlandırılması, Bir Aile Planlaması Yöntemi midir?, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 11(4), 110-112.
11. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2017). *Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. Doğum İstatistikleri*.
12. Erişim: 20.05.2018, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060.
13. United Nations (UN) (2017). *World Family Planning 2017 – Highlights*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York, 2017, pp.1-36.
14. Varol, Z.S., Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z.A., Demirelöz, M. (2015). *Bir Mahallede Doğum Sonrası Dönemde AP Yöntem Kullanımı Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Konya, ss.193-94.
15. Yücel, U., Çakır Koçak, Y., Karaca Saydam, B., Alp Dal, N., Özdemir, R. ve Çeber Turfan E. (2014). *İzmir Bornova Belediyesinin Hizmet Verdiği Ebe Bölgelerinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Kürtaj Hakkındaki Görüşleri*. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, ss.1031-32.

16 - DOĞUMA HAZIRLIK SINIFINA KATILAN GEBELERİN SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE DOĞUM ŞEKİLLERİ TERCİHLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Döne ERTUĞRUL ABBASOĞLU¹, Özlem KARABULUT¹, Tuğba YILMAZ ESENCAN¹,

¹Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Giriş: gebelik vücut görüntüsünde, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde de değişiklik yapmaktadır. Bu nedenle, gebelik ve doğum sürecinde kadına sağlanan desteğin niteliği çok önemlidir. Günümüzde bu amaçla oluşturulan doğuma hazırlık sınıflarının sayısı giderek artmaktadır.

Amaç: Bu araştırma doğuma hazırlık sınıfına katılan gebe kadınların sosyodemografik özellikleri ile doğum şekilleri tercihlerinin belirlenmesi ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Materyal-Metod: Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı olarak, İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin gebe okuluna Eylül 2017-Eylül 2018 tarihleri arasında doğuma ve bebeğe hazırlık eğitimine katılmış olup 6 haftalık eğitimi tamamlayan toplam 101 katılımcısı üzerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen 2 bölümden ve 43 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 101 gebe kadın katılmıştır. çalışmamıza katılan gebelerin %86.1'i ilk gebelik olmakla birlikte %90.1'i daha önce gebelik ve doğumla ilgili bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Gebe okuluna katılan gebelerin gebelik haftaları ortalaması 23 hafta iken %89.1'i spontan gebelik olup %80.2'si planlı gebeliktir. Eğitime katılan gebelerin %91.1'i normal doğum yapmak isterken %8.9'u hekimlerinin sezaryen ile doğum önerdiklerini belirtmişlerdir. Kadınların %62.4'ünün gebeliklerinin ilk 4. haftasında ilk kontrollerine gittikleri ve %72.3'ünün kontroller için hastaneyi tercih ettiği bulunmuştur. Çalışmamıza katılan gebelerin %41.6'sı süreci bilmemeleri nedeniyle endişe yaşadığı %39.6'sının da doğum korkusu yaşadığını saptanmıştır. Kadınların %68.3'ü doğumlarını bir ebeinin yaptırmasını tercih ederken %56.4'ü doğum sırasında herhangi bir müdahale yapılmasını istemediklerini belirtmişlerdir..

Sonuç ve Öneriler: Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler gebe takiplerinde hekim tercih ederken doğumlarının ebe eşliğinde gerçekleşmesini tercih ettikleri, eğitim ile beraber endişelerinden ve korkularından uzaklaştıkları saptanmıştır. Gebelere bakım veren tüm ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde annesaylığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarının artırılması doğumların desteklenmesi adına önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğuma Hazırlık Sınıfı, Ebe, Doğum Korkusu, Gebe İzlem, Gebe Okulu

Evaluation Of The Sociodemographic Characteristics Of Pregnant Women And Their Birth Patterns

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy also changes the appearance of the body, social relations and the role of family members. Therefore, the quality of the support provided to women during pregnancy and childbirth is very important. Today, the number of preparedness classes created for this purpose is increasing steadily.

Aim: The aim of this study was to determine the sociodemographic characteristics of pregnant women and their birth patterns and to examine the factors affecting them.

Material-Method: The research was conducted on a total of 101 participants who had completed a 6 week education in the obstetrics and gynaecology program between September 2017-September 2018 of a training and Research Hospital located on the Anatolian side of Istanbul province. The data collection was developed by the researchers in accordance with the literature and 43 questionnaire consisting of questions was used. SPSS 21.0 package program was used to evaluate the data.

Findings: 101 pregnant women participated in our study.. Although 86.1% of the pregnant women who participated in our study were the first pregnancies, 90.1% of the pregnant women did not receive any education about pregnancy and birth. The average of pregnancy weeks of pregnant women participating in the school is 23 weeks whereas 89.1% of them are spontaneous pregnancies and 80.2% are planned pregnancies. 91.1% of the pregnant women who attended the training wanted to give birth to normal 8.9% of the physicians stated that they offered birth with cesarean section. 62.4% of women's pregnancies were the first 4. it was found that they went to their first check-ups in the week and 72.3% preferred the hospital for check-ups. It was found that 41.6% of the pregnant women who participated in our study were concerned because of their lack of knowledge about the process and 39.6% were concerned about their birth. 68.3% of women prefer to have a midwife have their birth, 56.4% said they do not want any intervention during the birth. Women's choice to cope with Birth Pain, music, shower, massage, movement and breathing work (100%) were determined. The greatest contribution of education was found to relieve women (40.6%) and alleviate fears (32.7%).

Conclusions and Recommendations: Pregnant women who have participated in the birth preparation class prefer to have their birth with the midwife while they prefer to follow the doctor, and with education, they have been away from their worries and fears. It is recommended to increase the responsibilities of all midwives caring for pregnant women to protect and promote maternal health during pre-natal, post-natal and post-natal periods.

Key words: Birth Preparation Class, Midwife, Fear of Birth, Pregnancy Follow-Up, Pregnancy School

17 - DOĞUM EYLEMİNDE DÜŞÜK RİSKLİ GEBEYİ NASIL TAKİP EDELİM?

Seda KÜÇÜKOĞLU, Tuğba YILMAZ ESENCAN, Yeliz DOĞAN MERİH

*SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Doğum eyleminde maternal ve fetal sağlığını korumak, iyileştirmek, riskleri erken tanılamak ve önlenmek için kanıta dayalı uygulamaların takip edilmesi oldukça önemlidir. Bunun yanında klinik uygulamaların çerçevesinin belirlenmesi için standartlar geliştirilmesi son derece önem taşımaktadır. Literatürde doğum eyleminde düşük riskli gebelerin lisanslı klinisyen ebeler tarafından takip edilmesinin primer sezaryen oranlarının düşürülmesinde, maternal ve fetal sağlığın korunmasında ve maliyetin düşürülmesinde etkinlik sağlayacağı belirtilmektedir. Bu derlemede düşük riskli gebelerin doğum eylemi sürecinde doğumun evrelerine uygun olarak takip edilmesinde klinik standartların oluşturulması, ortak bir izlem ve bakım sunulmasının önemini irdelenmesi amaçlanmaktadır.

Doğum yapma, anne-baba olma insan yaşamındaki en önemli olaylardan biri olup oluşturduğu enerji alanı ile bir mucizedir. Bu mucizenin en sağlıklı şekilde sonuçlanmasında biz Ebelere büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir. Yetki ve sorumluluklarımız kapsamında klinik standartlarla kadın merkezli bakım sunmamız doğum eylemi sürecinde gelişebilecek riskleri erken belirlemek açısından önem taşımaktadır.

Doğum; 40 Hafta boyunca uterus içinde büyüme ve gelişimini tamamlayan fetüsün doğal fizyolojik mekanizmalarla doğum kanalından dışarıya atılmasıdır. Doğum eylemi, kanlı vajinal akıntının (*show-nişan*) gelmesi, devamlı uterin kontraksiyonların başlaması, *sıklığı ve şiddetinin* artması, membranların *rüptüre* olması ile başlar. Doğum eyleminde bir gebenin düşük riske sahip kabul edilebilmesi için;

- Termde (son menstrual periyotdan 40 hafta sonra)
- Eylemin kendiliğinden başlaması,
- Tek ve canlı bir fetüsün varlığı (miad bebeğin kilosu 2500-4000gr olmalı)
- Vertex pozisyonunda olması
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan
- Uterus ve karın kaslarının kontraksiyonları doğumu sağlayabilecek nitelikte
- Tüm olay en fazla 24 saat geçmeden (ortalama 10-12 saat)
- Doğum sırasında annenin kaybettiği kan miktarı 400 ml'yi geçmeden (ortalama 200-300 ml) olması beklenir.

Doğumun evreleri;



Doğum Eyleminde İzlem

	Normal İzlem Sıklığı	Özel Durumlar ve İzlem Sıklığı
Kan Basıncı	<ul style="list-style-type: none"> Latent fazda 2 saatte bir Eylem sırasında 30dk-1st 	<ul style="list-style-type: none"> 140/90mmHg üzerinde ise sık izlenmeli 90/60mmHg altında ise sık izlenmeli
Solunum	<ul style="list-style-type: none"> Latent fazda 2 saatte bir Eylem sırasında 30dk-1st 	
Nabız	<ul style="list-style-type: none"> Latent fazda 2 saatte bir Eylem sırasında 30dk-1st 	<ul style="list-style-type: none"> 100/dk üzerinde ise doktora bildirilmeli ve sık izlenmeli
Vücut Isısı	<ul style="list-style-type: none"> 37°C'nin altındaysa 4 saatte bir 	<ul style="list-style-type: none"> 37°C'nin üstünde ise saatte bir izlenmeli.
Uterus Kontraksiyonları	<ul style="list-style-type: none"> Latent fazda 1 saat ara ile, Aktif ve geçiş fazında 30dk ara ile, doğumun ikinci devresinde ise 15 dk ara ile izlenmelidir 	<ul style="list-style-type: none"> Kontraksiyonlar 90 saniyeden uzun sürüyorsa Kontraksiyonlar arasındaki süre 60 saniyeden kısa ise Uterus çok az gevşiyor ise doktora bildirilmeli ve daha sık izlenmeli
Fetal Kalp Hızı	<ul style="list-style-type: none"> Eylemde bir annede FKH 30dk -1 stara ile izlenmelidir 	<ul style="list-style-type: none"> İndüksiyon uygulanıyor yada komplikasyon varsa 5-10dk bir izlenmelidir.
Vajinal Muayene	<ul style="list-style-type: none"> Latent fazda 2-4 saatte bir Aktif fazda 1-2 saatte bir 	<ul style="list-style-type: none"> Plesanta Previa olgularında kontraendike

Sonuç olarak; doğum eyleminde düşük riskli gebelerin takibinde farklı görüşler sunulmaktadır. Her gebe doğumhaneye ilk kabulünde ayrıntılı anemnez alınarak, fizik muayenesi yapılarak, tetkikler için kan ve idrar örnekleri alınarak, vital bulguları alınıp düzenli takip edilerek, ilk vajinal muayenesi ve FKA takibi yapılarak kayıt altına alınmalıdır. Doğum eylemi takibinde standart bakım kriterlerini oluşturabilmek için klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Doğum; Doğum Eylemi; Ebe; Düşük Riskli Gebe; Kanıta Dayalı Uygulamalar

How Do We Follow Low-Risk Pregnancies In Labor?

ABSTRACT

It is important to follow evidence-based practices to protect, improve maternal and fetal health, to diagnose and prevent risks early in labor. Furthermore, it is very important to develop standards for determining the framework of clinical applications. In the literature, it is stated that the follow-up of low-risk pregnant women by licensed midwives will contribute to the reduction of primary cesarean rates, the protection of maternal and fetal health and the reduction of costs. In this review, it is aimed to examine the importance of the establishment of clinical standards in the follow-up of pregnant women in accordance with the stages of birth, and the presentation of a common follow-up and care.

Birth, mother and father is one of the most important events in human life and is a miracle with the energyfield it creates. In the conclusion of this miracle in the most healthy way, we midwives have great roles and responsibilities. In the context of our responsibilities and authority, it is important that we provide women-centered care with clinical standards in order to determine the risks that may develop during the birth process early.

Birth; 40 weeks of growth and development of the fetus in uterus, complete the natural physiological mechanisms to be thrown out of the birth canal. Birth action begins with the arrival of bloody vaginal discharge (show-sighting), the start of continuous uterine contractions, increase in frequency and intensity, and rupture of membranes. A woman's risk of having a baby with Down syndrome increases with age.;

- Termde (40 weeks after the last menstrual period)
- Spontaneous action,
- Presence of a single and a living fetus (miad baby's weight should be 2500-4000gr)
- The vertex position
- Head-pelvis without mismatch
- Contractions of uterus and abdominal muscles capable of providing birth
- The whole event is no more than 24 hours(average 10-12 hours)
- The amount of blood lost by the mother during birth is expected to be less than 400 ml (an average200-300 ml).

As a result, different views are presented in the follow-up of low-risk pregnancies in obstetrics. Every pregnant woman should be registered by taking detailed anemnesis at her first admission, physical examination, blood and urine samples for the examinations, vital findings and follow-up of the first vaginal examination and FCA follow-up. Clinical trials are needed in order to establish standard care criteria in the follow-up of birth action.

Key words: Birth; Birth Action; Midwife; Low-Risk Pregnant; Evidence-Based Practices

18 - TEKNOLOJİ DESTEKLİ SAĞLIK EĞİTİMİ

Figen DİĞİN, Yeliz MERCAN, Ayça ŞOLT KIRCA,
Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, KIRKLARELİ

Özet

Günümüz çağının en belirgin özellikleri arasında bilim ve hızlı teknolojik değişimler yer almaktadır. Çağdaş toplumların gelişmişlik düzeyleri, genellikle ürettikleri bilim ve teknoloji ile ölçülmekte, bu da ancak eğitim yoluyla sağlanabilmektedir. Hızla değişen ve gelişen teknoloji aynı hızda eğitim ortamlarına da girmiştir. Geçmişte sadece yüz yüze eğitimle sınırlı olan sağlık eğitiminde teknolojinin yer almaya başlaması ile klasik iletişim ve öğretim yöntemlerinin yerini güncel bilgileri izleme, sosyal paylaşım, profesyonel iletişim ve uzaktan eğitim almaktadır. Teknolojideki bu gelişim nedeniyle geleneksel temelli eğitimin yerini teknoloji temelli eğitim almaktadır.

Sağlık eğitimi mesleki rolleri kazandıracak düzeyde bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Sağlık eğitiminin temel amacı, alınan teorik bilgilerle uygulamayı birleştirebilen, öğrenme sürecinde eleştirel düşünebilen ve etkin problem çözme becerisi kazanmış bireyler yetiştirmektir. Yaşam boyu öğrenmenin esas alındığı günümüzde sağlık eğitimi, sağlığı toplumsal bir değer hâline getirerek halka sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerileri kazandırır. Sağlık eğitimi planlanırken hedef toplumun teknoloji ile olan ilişki düzeyinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Ebe ve hemşirelerin mesleki rolleri arasında yer alan eğitici ve araştırmacı rolü bulunmaktadır. Toplumla sağlık eğitimi vermekle yükümlü olan bu sağlık çalışanları bakım verdiği grubun sağlık davranışlarını etkileyen teknolojik uygulamaları ve yapacakları eğitimlerde bu uygulamalardan nasıl yararlanabileceklerinin farkında olmalıdırlar. Teknoloji sağlık çalışanı ile sağlık bakımı alan kişiyi birbirine yaklaştırmaya yönelik kullanılmalıdır. Literatürde teknolojik yöntemler kullanılarak yapılan sağlık eğitimlerinin olumlu etkilerinden bahsedilmektedir. Sağlık eğitiminde kullanılan teknolojik yöntemlerin yer ve zaman esnekliği, farklı yaş gruplarındaki geniş kitlelere ulaşması, fiziksel engelleri kaldırarak eğitimin ulaşılabilirliğini artırması, maliyeti azaltması, farklı duylara hitapederek eğitimin kalıcılığını artırması ve hızlı geri bildirim alınabilmesi gibi olumlu özellikleri bulunmaktadır. Bununla birlikte kişilerin teknolojiye ulaşma imkanlarındaki farklılıkların olumsuzluklara neden olabileceği de bilinmektedir.

Teknoloji destekli sağlık eğitimi, yüz yüze klasik sağlık eğitiminin farklı nedenlerle yetersiz kaldığı durumlarda eksikliği gidermek amacıyla ve yüz yüze klasik sağlık eğitimlerinin tamamlayıcısı olarak kullanılmaktadır. Teknoloji destekli sağlık eğitiminin farklı sağlık sorunlarının çözümünde ve her yaş grubunda etkin olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Teknoloji, Sağlık Eğitimi, Sağlık çalışanı, Ebe, Hemşire

Technology-Supported Health Education

Abstract

Science and rapid technological changes are among the most prominent features of today's era. The level of development of contemporary societies is generally measured by the science and technology they produce, which can only be achieved through education. Rapidly changing and developing technology has also entered education environments at the same speed. With the introduction of technology in health education, which is limited to face-to-face education in the past, classical communication and teaching methods are being replaced with current information, social sharing, professional communication and distance learning. Due to this development in technology, traditional based education is replaced by technology-based education.

Health education should be planned to cover areas of cognitive, sensory, and psychomotor learning at a level that will provide professional roles. The main objective of health education is to educate individuals who can combine theoretical knowledge with practice, think critically and gain effective problem solving skills. Today, which is based on lifelong learning, health education makes health a social value and brings knowledge and skills that can be used to solve public health problems. When planning health education, the relationship between the target society and technology should be taken into consideration.

Midwives and nurses have the role of educator and researcher in their professional roles. These health workers, who are obliged to provide health education to the community, should be aware of how they can benefit from these practices in the technological practices affecting the health behaviors of the care group. Technology should be used to put together health care workers with person receiving health care. In the literature, the positive effects of health education by using technological methods are mentioned. Technological methods used in health education have positive characteristics such as flexibility of place and time, reaching large masses in different age groups, increasing the accessibility of education by removing physical barriers, reducing cost, increasing persistence of education by addressing different senses and receiving rapid feedback. However, it is known that the people's differences in the possibilities of reaching the technology can cause negativity.

Technology-supported health education is used as a complement to face-to-face classical health education in order to overcome the lack of face-to-face classical health education for different reasons. It is thought that technology-supported health education can be used effectively in the solution of different health problems and in every age group.

Key Words: Technology, Health Education, Health worker, Midwife, Nurse.

Giriş

Teknoloji ve bilimdeki hızlı değişim ve gelişim toplumu ve bireyleri de etkilemektedir. Bu değişim ve gelişim eğitim süreçlerini yaşam boyu yapılması gereken etkinliklere dönüştürmüştür. Toplumların değişen ve gelişen teknolojilere uyum sağlamaları için yaşam boyu bu etkinliklerle donatılmaları gerekmektedir (Bacak, Yabanova ve Yabanova, 2016). Çağdaş toplumların gelişmiş düzeylerinin belirlenmesinde ürettikleri bilim ve teknoloji en önemli unsur olarak kabul edilmektedir. Teknolojik değişiklikler eğitimi etkileyerek, eğitim ortamlarının da değişmesini ve gelişmesini sağlamaktadır. Eğitim ortamlarının değişmesi günümüz beklentilerine uygun eğitimlerin yapılmasına imkan sağlamaktadır. Teknolojinin getirdiği olanaklardan yararlanmadan yapılan eğitim beklentileri karşılamamaktadır (Karasar, 2004).

Gelişme

Geçmişte sadece yüz yüze eğitimle sınırlı olan sağlık eğitiminde teknolojinin yer almaya başlaması ile klasik iletişim ve öğretim yöntemlerinin yerini güncel bilgileri izleme, sosyal paylaşım, profesyonel iletişim ve uzaktan eğitim almaktadır (Demir ve Gözüm, 2011; Lupton, 2014). Teknolojideki bu gelişim nedeniyle geleneksel temelli eğitimin yerini teknoloji temelli eğitim almaktadır (Bacak, Yabanova ve Yabanova, 2016).

Mobil sağlık uygulamalarının kullanımının özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık alanlarındaki bilgi ve uygulamaları geliştirdiği bilinmektedir. Bununla birlikte mobil sağlık uygulamaları hastalık yönetimi, semptomların ve epidemilerin uzaktan izlenmesi için de kullanılmaktadır (Sahu, Grover ve Joshi 2014). Son zamanlarda, sağlık ve kalkınma kuruluşları, sağlık teknolojilerinin yaygınlaşması için birçok alanda mobilteknolojilerin kullanımını desteklemektedir.

Bu alanlar arasında;

- Eğitim bilinci
- Uzaktan veri toplama ve uzaktan izleme
- Sağlık çalışanlarının iletişim ve eğitimi
- Hastalık ve salgın salgın izleme
- Teşhis ve tedavi desteği yer almaktadır (Sahu, Grover ve Joshi 2014).

Teknolojik yöntemlerle yapılan eğitimlerin en yaygın kullanıldığı alanlardan bir tanesi de sağlık eğitimidir (Demir ve Gözüm; 2011). Sağlık eğitiminin temel amacı, alınan teorik bilgilerle uygulamayı birleştirebilen, öğrenme sürecinde eleştirel düşünebilen ve etkin problem çözme becerisi kazanmış bireyler yetiştirmektir (Akyüz, 2011). Yaşam boyu öğrenmenin esas alındığı günümüzde sağlık eğitimi, sağlığı toplumsal bir değer hâline getirerek halka sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerileri kazandırır (MEB,2013). Sağlık eğitimi planlanırken hedef toplumun

teknoloji ile olan ilişki düzeyinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Sağlık eğitimi ile teknoloji arasındaki ilişki;

- Sağlık eğitiminin kalitesini
- Hasta bakımının kalitesini
- Hastanın güvenliğini
- Sağlık eğitiminin etkililiğini
- Sağlık personelinin ve hastanın memnuniyetini arttırmalıdır (İsabetli ve Şengöz, 2016).

Teknolojik yöntemlerin yaygınlaşması ile birlikte birçok insan ihtiyaç duyduğu sağlık bilgisine ulaşma imkanına erişmiştir. Etkin hasta eğitimleri için farklı teknolojik öğrenme seçenekleri kullanılabilir. Bireysel ve grup eğitiminde yüz yüze öğretimin yanı sıra televizyon ve radyo programları ve de internet üzerinden geniş kitlelere ulaşılabilir (Demir ve Gözüm, 2011). Yaygın internet erişimi, sağlık bilgilerini sunmanın uygun ve mantıklı yollarından bir tanesidir (Gitonga ve ark, 2011). İnternetin her geçen gün yaygınlaşması, televizyon ve radyolarda sağlık programlarının sayısının artması insanların sağlıkla ilgili konularda bilgiye ulaşmasını sağlamıştır. Sağlık eğitimlerinde teknolojik imkanların etkin ve yaygın kullanılmasında ulaşılabilir olması, tekrar ulaşılabilir olması, zaman ve maliyet açısından avantajlı olması önemli faktörlerdir (Köroğlu ve ark, 2018). Hastalar, sadece kendilerine sunulan bilgileri almak değil, gerektiğinde yeni bilgilere ulaşmak, bunları günlük yaşamlarında kullanmak ve kendi bakımlarına katılmak için de internetten yararlanmaktadır. Bu nedenle internet erişimi yaşam boyu öğrenme kavramının giderek güçlenmesini sağlamaktadır (Karasar, 2004). Bununla birlikte dünya genelinde yaygınlaşan tele sağlık uygulamaları ile teknolojik destekli sağlık eğitimi giderek yaygınlaşmaktadır. Tele sağlık, sağlık bakım uygulamaları, tanılama, danışmanlık, tedavi için interaktif görsel- işitsel araçlar kullanılarak sağlıkla ilgili bilgilerin paylaşılmasıdır (Opot, 2011). Tele sağlık ile sadece bilgi alışverişi değil, aynı zamanda hasta bakımı ve eğitimi de yürütülebilmektedir (Opot, 2011; Dixon, 2008). Tele sağlık uygulamalarından uzmanlara ulaşamayan, farklı kültürlerden gelen, düşük sosyoekonomik yapıda olan, evde bakım ihtiyacı olan hastalar ve yaşlılar yararlanmaktadır (Yellowlees ve ark,2008).

Sağlık eğitiminde kullanılan teknolojik yöntemlerin yer ve zaman esnekliği, farklı yaş gruplarındaki geniş kitlelere ulaşması, fiziksel engelleri kaldırarak eğitimin ulaşılabilirliğini artırması, maliyeti azaltması, farklı duylara hitap ederek eğitimin kalıcılığını artırması ve hızlı geri bildirim alınabilmesi gibi olumlu özellikleri bulunmaktadır (Demir ve Gözüm, 2011). Teknoloji destekli eğitsel materyaller, eğitim sürecinde eğitimciden kaynaklanan olumsuzlukları ortadan kaldırdığı gibi ortak öğrenim sonuçlarına ulaşma imkanı da sağlamıştır (Bacak, Yabanova ve Yabanova, 2016). Günümüz eğitiminde kullanılan teknolojik yöntemler ülkenin gelişmişlik düzeyinin ve sağlık hizmetlerinin kalıcılığının artmasını desteklemektedir. Buna bağlı olarak hasta memnuniyetleri de artış göstermektedir

(Korkmaz ve ark, 2015). Bununla birlikte insanları ulaştığı kaynağın bilgilerinin doğruluğu ve kullanılabilirliği olumsuzluklara neden olurken (Köroğlu ve ark, 2018), teknolojiye ulaşma imkanlarındaki farklılıkların da olumsuzluklara neden olabileceği bilinmektedir. İnternetin uluslar arası iletişim sağlaması, alanında uzman olmayan kişilerin web siteler hazırlaması ve bazı bilgilerin kaynağının bilinmemesi gibi nedenlerle internet sitelerinin güvenilirliği sorgulanmalıdır (Demir ve Gözüm, 2011). Yapılan çalışmalarda kadınların internet aracılığıyla ulaştığı sağlık bilgilerinin güvenilir ve yararlı olduğunu düşündüğü belirlenmiştir (Sayakhot ve ark. 2016; Köroğlu ve ark, 2018).

Ebe ve hemşirelerin mesleki rolleri arasında yer alan eğitici ve araştırmacı rolü bulunmaktadır (Akcan ve ark. 2006). Topluma sağlık eğitimi vermekle yükümlü olan bu sağlık çalışanları bakım verdiği grubun sağlık davranışlarını etkileyen teknolojik uygulamaları ve yapacakları eğitimlerde bu uygulamalardan nasıl yararlanabileceklerinin farkında olmalıdırlar (Demir ve Gözüm, 2011). Teknoloji sağlık çalışanı ile sağlık bakımı alan kişiyi birbirine yaklaştırmaya yönelik kullanılmalıdır (İsabetli ve Şengöz, 2016). Literatürde teknolojik yöntemler kullanılarak yapılan sağlık eğitimlerinin olumlu etkilerinden bahsedilmektedir (Heetebry ve ark. 2005; Edirippulige ve Armfield, 2016).

Sonuç

Bu bakımdan ebe ve hemşirelerin, hastaların bilgi gereksinimleri doğrultusunda çeşitli teknolojik eğitim yöntemleri kullanarak eğitimlerini planlanması ve bu eğitimlerin teknolojiye destekli olarak yapılabilmesi için bilgi teknolojilerini yakından izlemeleri ve öğrenmeleri gerekmektedir (Köroğlu ve ark, 2018). Farklı teknolojik eğitim yöntemleri kullanılarak yapılan sağlık eğitimleri ile toplumun sağlık bakım kalitesinin ve memnuniyet düzeyinin yükseleceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bacak, B. Yabanova, E.K. Yabanova, U. (2016). Hizmet İçi Eğitimde Teknoloji Uygulamaları Alanının Gelişimi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 14(27):557-581.
2. Karasar, Ş. (2004). Eğitimde Yeni İletişim Teknolojileri İnternet Ve Sanal Yüksek Eğitim. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*. 3(4):117-125.
3. Demir, Y. Gözüm, S. (2011). Sağlık Eğitiminde Yeni Yönelimler; Web Destekli Sağlık Eğitimi. *DEUHYOED*. 4(4): 196-203.
4. Lupton, D. (2014). Critical Perspectives on Digital Health Technologies. *Sociology Compass*. 12(8):1344–1359.
5. Sahu, M. Grover, A. Joshi, A. (2014). Role Of Mobile Phone Technology İn Health Education İn Asian And African Countries: A Systematic Review. *Int. J. Electronic Healthcare*, 7(4):268-286.
6. Akyüz, A. (2011). Hemşirelik Beceri Eğitiminde Yenilikçi Uygulamalar. Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri ve Eğitimleri Kongresi; Ankara Bildiriler Kitabı, ss:13.
7. Milli Eğitim Bakanlığı. (2013). Hemşirelik Sağlık Eğitimi Kavramı İlke, Faktörleri Ve Sınıflandırılması.

Ankara. ss.16-23.

8. Gitonga, C.W. Karanja, P.N. Kihara, J. Mwanje, M. Juma, E. Snow, R.W. Noor, A.M. Brooker, S. (2010). Implementing school malaria surveys in Kenya: towards a national surveillance system, *Malaria Journal*, 30(9):1-13.
9. Köroğlu, C.O. Vurgeç, B.A. Sürücü, Ş.G. Akbaş, M. (2018). Prenatal Dönemde Bilgi Edinme Konusunda Teknolojinin Kullanımı. *Kesit Akademi Dergisi*. 4(13):243-250.
10. Opot, R. (2011). Application of telenursing in the rehabilitation of elderly hip fracture patients at home: A literature Review (thesis). Vantaa: Laurea University of Applied Sciences. <https://pdfs.semanticscholar.org/d39f/4911c3186a6ca960f41277b31288aa441967.pdf> Erişim tarihi:7.11.2018.
11. Dixon, B.E. Hook, J.M. McGowan, J.J. (2008). Using Telehealth to Improve Quality and Safety Findings from the AHRQ Health IT Portfolio. U.S. Department of Health and Human Services AHRQ Publication. https://healthit.ahrq.gov/.../Telehealth_Issue_Paper_Final_0 Erişim tarihi:19.03.2018.
12. Yellowlees, P. Burke, M.M. Marks, S.L. Hilty, D.M. Shore, J.H. (2008). Emergency telepsychiatry. *J. Telemed. Telecare*. 14(6):277-281.
13. Korkmaz, M. Küçüközkan, M. Ümran, S. Şahbudak, E. Germir, HN. Cengiz, E. Şen, E. Yücel, AS. (2015). Sağlık Çalışanlarında Teknoloji Kullanımı ve Kalite Yönetimi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Fırat Üniversitesi Kurumsal Açık Arşiv. <https://openaccess.firat.edu.tr/xmlui/handle/11508/8843>.
14. Sayakhot, P. Carolan-Olah, M. Steele, C. (2016). Internet Use By Pregnant Women Seeking Pregnancy-Related Information: A Systematic Review. *BMC Pregnancy And Childbirth*. 16:208. DOI 10.1186/s12884-016-0996-7
15. Akcan, F. Özsoy, S.A. Ergül, Ş. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Danışmanlık Becerilerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(4):10-21.
16. İsaletli, S. Şengöz, B. (2016) Teknolojinin Hemşirelik Mesleği ve Hasta Bakımına Yansımaları. Acıbadem Sağlık Grubu. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/93/docs/ug1.pdf> Erişim tarihi:06.11.2018.
17. Heetebry, I. Hache, M. Tabriziani, H. (2005). Web Based Health Education, E-Learning, For Weight Management. *Obesity Journal Of Medical Systems*. 29(6):611-617.
18. Edirippulige, S. Armfield, N.R. (2017). Education and training to support the use of clinical telehealth: A review of the literature. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 23(2):273-282. doi: 10.1177/1357633X16632968

19 - POSTPARTUM KANAMALARDA EBELERİN GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Seda KÜÇÜKOĞLU*, Tuğba YILMAZ ESENCAN*, Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU**

*SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

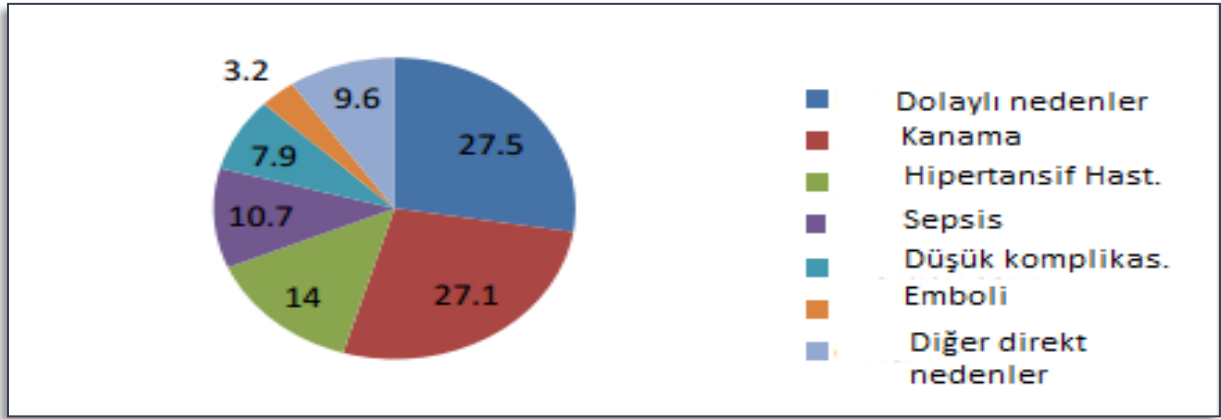
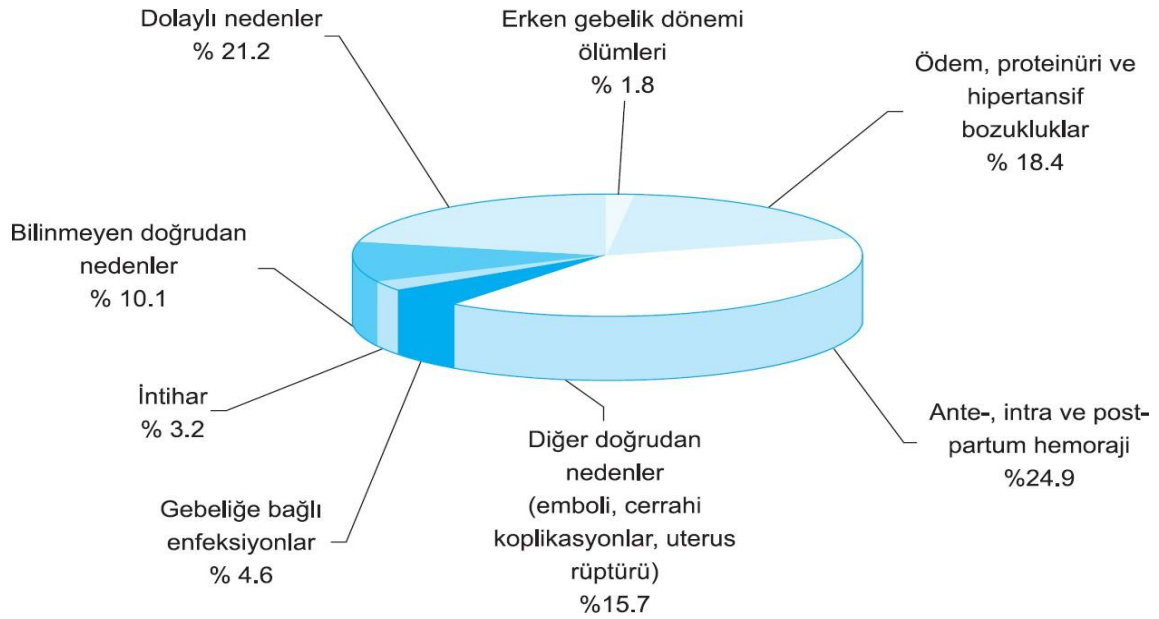
Normal vajinal doğumu takiben 500 ml, sezaryen doğumu takiben 1000 ml' yi aşan kan kaybının meydana gelmesi "Doğum sonrası (postpartum) kanama"(PPK) olarak tarif edilmektedir. İlk 24 saatte gelişen PPK "Erken Postpartum Kanama" 24 saatten sonra 6-12 haftaya kadar gelişen PPK' lar ise "Geç Postpartum Kanam" olarak adlandırılmaktadır. Gebeliğe bağlı anne ölüm oranında 1990-2015 yılları arasında %44 lük bir düşüş olmasına rağmen; günümüzde hala her gün yaklaşık 830 kadın, gebelik veya doğumla bağlantılı önlenebilir nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin %99'u ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Dünya sağlık örgütünün 2014 yılında yayınladığı sistematik analize göre; anne ölümlerinin büyük bir kısmı (%27.1) kanama nedeniyle olmaktadır

Kanamalar; antenatal, intrapartum ve postpartum kanama olarak kategorize edilebilir. Kanamalı anne ölümlerinin 3'te 2'sinden fazlasını postpartum kanamalar oluşturmaktadır. Ülkemizdeki duruma baktığımızda genel anlamda anne ölüm oranı 100.000 doğumda 16'dır. Postpartum kanamada (PPK) risk faktörleri arasında; gebelik ve doğum eylemi sürecinde, obezite, iri bebek, çoğul gebelikler, polihidroamnios , uzamış doğum eylemi, uterin enfeksiyonlar, annenin genel yorgunluğu, fazla tıbbi müdahale, fazla anestezi, çok ve sık doğumlar, multiparite, pıhtılaşma bozukluğu, anemi, prematür eylem, travayda ilaç kullanımı, preeklampsi, Mg tedavisi, geçirilmiş PPK öyküsü, sezaryen ile doğum yapmış olma, plesanta anomalileri, ayrılma patolojileri, dolu mesane yer almaktadır. Bu risklere sahip kadınlar PPK gelişebilme ihtimaline karşı dikkatle izlenmelidir.

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan ve 22 Mayıs 2014 tarihinde resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren; "Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" kapsamında, Ebelerin görev ve sorumlulukları yeniden düzenlendi. Bu yönetmelikte,

- Doğum sonrası dönemde; yenidoğanın ilk bakım ve muayenesini yapar, gerektiğinde acil resüsitasyon gerçekleştirir, anneye emzirme eğitimi verir, annenin bakım ve izlemine yapar, normalden sapmaları tespit ederek sevk eder.
- Acil obstetrik durumlarda Bakanlıkça düzenlenen protokoller doğrultusunda tanımlanan ilaçları uygular.
- Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti verir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Dönem, Postpartum Kanama, Ebe, Postpartum Kanama Yönetimi

Tablo 1: Dünyada Postpartum Anne Ölüm Oranları**Tablo 2: Türkiyede Postpartum Anne Ölüm Oranları**

Duties And Responsibilities Of Midwives In Postpartum Hemorrhages

ABSTRACT

After normal vaginal delivery, 500 ml of blood loss exceeding 1000 ml following caesarean birth is described as postpartum bleeding (PPK). Early Postpartum bleeding, which develops in the first 24 hours, is called late Postpartum bleeding, while the late Postpartum bleeding, which develops in the first 24 hours and up to 6-12 weeks, is called late Postpartum bleeding. Although maternal mortality due to pregnancy has a 44% decline between 1990 and 2015, approximately 830 women are still losing their lives every day due to preventable causes associated with pregnancy or childbirth. 99% of these deaths occur in developing countries. According to a systematic analysis published by the World Health Organization in 2014, the majority of maternal deaths (27.1%) are due to bleeding.

Bleeding can be categorized as antenatal, intrapartum and postpartum bleeding. More than 2% of bleeding maternal deaths are postpartum hemorrhages. When we look at the situation in our country, the maternal mortality rate in general is 16 in 100,000 births. Among the risk factors for Postpartum hemorrhage (PPK) ; during pregnancy and birth action, obesity, large babies, polyhydramnios, prolonged birth action , uterine infections, general exhaustion of the mother, more than medical intervention, excessive anesthesia, multiple birth, coagulation disorder, anemia, prematurity, drug use in trauma, preeclampsia, mg therapy, history of migrated PPK, birth with cesarean birth, placenta anomalies, separation pathologies, full bladder is included. Women with these risk factors should be carefully monitored for the possibility of developing PPK.

Midwives ' duties and responsibilities have been restructured within the scope of 'regulation on job and job descriptions of health professionals and other professionals working in Health Services' issued by the Ministry of Health and published in the official gazette on 22 May 2014. In this regulation,

- After the birth period, the newborn's first care and examination, performs emergency resuscitation, gives the mother training, the mother's care and follow-up, determines the normal deviation and referral.
- Applies the drugs defined in emergency obstetric cases in accordance with the protocols issued by the ministry.
- It is important to understand that breastfeeding is not a good way to help your baby.

Key words: Postpartum Period, Postpartum Bleeding, Midwife, Postpartum Bleeding Management

20 - DOĞUM ÖNCESİ VE DOĞUM SONRASI EGZERSİZ DERSİ ALAN VE ALMAYAN EBELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN KLİNİK UYGULAMA BECERİSİ, EGZERSİZ DAVRANIŞ DEĞİŞİMİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Öğr. Gör. Yasemin ERKAL AKSOY*, Doç. Dr. Sema DERELİ YILMAZ*

*Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

ÖZET

Doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersi alan ve almayan öğrencilerin klinik uygulama becerisi, egzersiz davranış değişimi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış eğitim müdahale çalışmasıdır. Araştırmanın evrenini, Şubat-Temmuz 2017 ve Şubat-Temmuz 2018 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur (N=198). Doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersinin seçmeli bir ders olması nedeniyle örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmaya toplam 122 (girişim grubu=66 öğrenci, kontrol grubu=56 öğrenci) dördüncü sınıf ebeklik bölümü öğrencisi katılmıştır. Veri toplama araçları olarak literatür ışığında oluşturulmuş sosyodemografik soru formu, egzersiz uygulama beceri formu, Egzersiz Davranış Değişimi Ölçekleri kullanılmıştır. Uygulama öncesi öğrencilerin yaş ortalaması 22.04±1.17 olup akademik ortalamaları 2.78±0.37 (4'lük not sistemi üzerinden), beden kütle indeksi (BKİ) ortalaması 21.45±3.27 olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin uygulama öncesi egzersiz uygulama becerilerinde fark olmadığı ($p>0.05$) ve uygulama sonrası iki grup arasında fark olduğu ($p<0.05$) tespit edilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin ön-test ve son-test egzersiz değişim aşamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol ve girişim grubundaki öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamaları ile ön-test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sonuç olarak verilen eğitim öğrencilerin egzersiz davranışlarında değişim oluşturmuştur. Ebelik lisans müfredatında egzersiz derslerine zorunlu veya seçmeli olarak yer verilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: ebeklik, egzersiz, doğum öncesi, doğum sonrası

Clinical practice skills, exercise behavior change and related factors of midwifery students with and without prenatal and postpartum exercises course

ABSTRACT

The purpose of study is to evaluate the clinical skills, exercise behavior change of the midwifery students who take prenatal and postpartum exercises course, and related factors. The universe of the study consisted of fourth grade students from Selçuk University Faculty of Health Sciences, Midwifery Department between February-July 2017 and February-July 2018 (N=198). As the prenatal and postpartum exercise course was an elective course so was not made sample selection. A total of 122 students (intervention group=66 students, control group=56 students) participated in the fourth grade midwifery students. Sociodemographic questionnaire, exercise practice skill form, Exercise Processes of Change Scales were used as data collection tools. The mean age of the students was 22.04 ± 1.17 years and their academic average was 2.78 ± 0.37 (on a 4-point system), and the mean body mass index (BMI) was 21.45 ± 3.27 . It was determined that there was no difference between before application in the intervention and control group ($p > 0.05$) and there was difference after application the two groups ($p < 0.05$). A

significant difference was found between the pre-test and post-test exercise change stages of the intervention and control group ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found between the mean total score of the students in the control and intervention group and the pre-test and post-test ($p < 0.05$). As a result, the training provided a change in students' exercise behavior. In the midwifery undergraduate curriculum, compulsory or elective courses should be included.

Key words: midwifery, exercise, prenatal, postpartum

Giriş

Gebelik, döllenmeye hazır ovum ve spermin birleşmesi sonucu oluşan embriyonun ana rahmine yerleşmesiyle başlayan ortalama 280 gün ya da yaklaşık 40 hafta süren fizyolojik bir olaydır (Beji ve Özkan 2015). Gebelik sürecindeki değişimler, genel olarak başlıca dört faktörün etkileşimlerinin doğrudan sonuçlarıdır. Bunlar; hormonal kaynaklı kollajen kas değişiklikleri; total kan volümünün artmasıyla uterus ve böbreklere kan akışının artışı; fetüsün büyümesi ile uterusun yer değişimi ve genişlemesi ve son olarak vücudun kilo alımının artışıyla postüral değişimler ve yerçekimi ağırlık merkezi değişimine vücudun adapte oluşudur (Polden ve Mantle 1990). Fetüsün büyümesi, abdomenin genişlemesi ve vücut ağırlığının artması sonucu yer çekimi merkezinin yer değiştirmesi, gebe postüründe meydana gelen değişikliklere zemin hazırlamaktadır (Bullock-Saxton 1991). Gebelikte postüral değişiklikler sıklıkla patolojik olmaz fakat kontrolsüz olduğundan akut ya da kronik bel ağrısı sendromuna sebep olabilir (Maly 1980, Beji ve Özkan 2015, Little 1984, Karaman 2016). Abdominal kaslarda gebeliğe bağlı zayıflama olduğunda lumbal lordozun artması, paravertebral kasların kısılması ve uterusu desteğin azalması durumu ortaya çıkar (Desanto ve Hassid 1983, National Institutes of Health 2009, Jean ve ark.1999, David ve ark. 1996, Nicola ve ark. 2004). Gebelik boyunca yapılan egzersizin kondüsyonunun devamı ya da artırılması, gestasyonel diabetes ve preeklampsi riskini azaltması ve kilo kontrolünü sağlaması şeklinde etkileri görülmüştür (Deirdre ve ark. 2001, Dempsey ve ark. 2005, Evenson ve ark. 2004). Doğum sonu egzersizler vajen ve perine kaslarının eski tonüsünü kazandırmak, perine bölgesindeki ödemi azaltmak, dolaşımı hızlandırmak, stres inkontinansı önlemek, abdominal kasların gerginleşmesini dolayısıyla karın sarkmalarını ve bel ağrılarını önlemek amacıyla yapılmaktadır (Chiarelli ve ark. 2003, Davies ve ark. 2003, Harvey 2003, Reilly ve ark. 2002, Yeager ve Macera 1994). Ebeler, kadınlara gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım veren en yakın sağlık profesyonelleridir. Lisans eğitimi sırasında ebelik öğrencilerinin egzersiz konusunda bilgi ve becerilerinin artırılması mezuniyet sonrası kadınlara verilen bakımın kalitesini arttıracaktır. Doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersi alan ve almayan ebelik bölümü öğrencilerinin klinik uygulama becerisi, egzersiz davranış değişimi ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın tipi: Araştırma eğitim müdahale çalışmasıdır.

Araştırmanın yeri ve zamanı: Araştırma Şubat-Temmuz 2017 ve Şubat-Temmuz 2018 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü dördüncü sınıf öğrencileri ile yapılmıştır.

Araştırmanın evreni ve örnekleme: Araştırmanın evrenini, Şubat-Temmuz 2017 ve Şubat-Temmuz 2018 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur (N=198). Doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersinin seçmeli bir ders olması nedeniyle örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmaya toplam 122 (girişim grubu=66 öğrenci, kontrol grubu=56 öğrenci) dördüncü sınıfebelik bölümü öğrencisi katılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri

H0: Ebelik öğrencilerinin doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersini almadan önce ve aldıktan sonra klinikuygulama becerileri ve egzersiz davranış değişimleri arasında fark yoktur.

H1: Ebelik öğrencilerinin doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersini almadan önce ve aldıktan sonra klinikuygulama becerileri ve egzersiz davranış değişimleri arasında fark vardır.

H0: Doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersini alan ve almayan ebelik öğrencilerinin klinik uygulamabecerileri ve egzersiz davranış değişimleri arasında fark yoktur.

H1: Doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersini alan ve almayan ebelik öğrencilerinin klinik uygulamabecerileri ve egzersiz davranış değişimleri arasında fark vardır.

Veri toplama yöntemi

Araştırmanın verileri kontrol ve girişim gruplarına ön-test ve son-test uygulaması yapılarak toplanmıştır.

Girişim grubu: Girişim grubuna ebelik dördüncü sınıf öğrencilerinden 66 öğrenci alınmıştır.

Ön-test: Dönemin başında doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersi verilmeden önce anket formları uygulanmıştır.

Uygulama: Akademik takvim süresince 14 haftada 2 saat teorik ve pratik uygulamalı olarak doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersi verilmiştir.

Son-test: Öğrencilerin beceri gelişimleri ve davranış değişikliklerinin değerlendirilmesi için dönem sonunda anket formları uygulanmıştır.

Kontrol grubu: Ebelik dördüncü sınıf öğrencilerinden doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersi almayan 56 öğrenciden oluşmaktadır.

Ön-test: Dönemin başında doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersi almayan öğrencilere anket formları uygulanmıştır.

Uygulama: Öğrenciler rutin eğitim öğretim dönemlerine devam etmişlerdir.

Son-test: Dönem sonunda doğum öncesi ve doğum sonrası egzersiz dersi almayan öğrencilere anket formları uygulanmıştır.

Kullanılan gereçler

Veri toplama araçları olarak literatür ışığında oluşturulmuş sosyodemografik soru formu, egzersiz uygulama beceri formu, Egzersiz Davranış Değişimi Ölçekleri kullanılmıştır.

Sosyodemografik soru formu: Öğrencilerin sosyodemografik bilgilerini içeren altı adet soru sorulmuştur.

Egzersiz uygulama beceri formu: Öğrencilerin egzersiz uygulama becerilerini değerlendirmek amacıyla 14 adetsorudan oluşan beceri formu literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur. Öğrencilerden beceriler hakkında “yeterli, kısmen yeterli, yetersiz” cevaplarından birini işaretlemeleri istenmiştir.

Egzersiz davranış değişimi ölçekleri

Egzersiz değişim aşamaları ölçeği: Bu ölçek 1982 yılında Prochaska ve DiClemente tarafından sigarayı bırakma çalışmaları ile geliştirilmiş, 1992 yılında Marcus ve ark. tarafından egzersize uyarlanmış, test güvenirliği 0.78 olarak belirlenmiştir (Prochaska ve DiClemente 1982, Pro-change

Behavior System 2017; Marcus ve ark., 1992). Türk toplumuna uyarlanmıştır (Ay ve Temel 2008, Gümüş ve Kitiş 2015). Problemleri davranışı değiştirmeye çalışan bireyin, bulunduğu değişim aşamalarını belirten ölçek, bireyin egzersiz yapma durumlarını tanımlayan beş aşamalı bir algoritmadır. Bu aşamalar düşünmeme, düşünme, hazırlık, eylem ve harekete geçme basamaklarından oluşmaktadır. Bireyin egzersiz davranışı ile ilgili içinde bulunduğu aşama tek soru ile açıklanmaktadır. Kişiden gelen yanıtlar bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına işaret etmektedir.

Egzersiz değişim aşamaları

Düşünmeme: Egzersiz yapılmayan ve önümüzdeki altı ay içinde egzersize başlamanın düşünülmediği aşamadır. ***Düşünme:*** Egzersiz yapılmayan fakat önümüzdeki altı ay içinde egzersize başlamanın düşünüldüğü aşamadır. ***Hazırlık:*** Düzensiz olsa da egzersiz yapılan ve önümüzdeki 30 gün içinde egzersize başlamanın planladığı aşamadır.

Hareket: Altı aydan daha kısa süredir düzenli egzersiz yapılan aşamadır.

Devam ettirme: Altı aydan daha uzun süredir düzenli egzersiz yapılan aşamadır (Cooney 1996).

Egzersiz değişim süreci ölçeği (EDSÖ): Ölçek bireyin değişim aşamaları ilerleme sürecinde hangi deneyimleri kullandığını göstermektedir. Ölçek on altı boyuttan oluşmakta ve ölçekte bu altı boyutları içeren iki temel süreç (bilişsel süreç ve davranışsal süreç) yer almaktadır. Her altı boyutun kendine özgü dört maddesi bulunmaktadır (Marcus ve ark. 1992, Erol ve Erdoğan 2007). Altı boyutlar aşağıda özetlenmiştir.

Bilişsel süreçler

- ✓ **Bilinç düzeyinde artış;** bireyin sebep-sonuç ilişkisini kurmaya başlaması ve egzersize ilişkin yenibilgiler aramaya çalışmasıdır (Madde 1, 2, 3, 4).
- ✓ **Duygusal uyarılma;** araştırma sonuçları ya da medya kampanyaları ile verilen duygusal mesajların bireylerin duygularını harekete geçirmesidir (Madde 5, 6, 7, 40).
- ✓ **Çevreyi yeniden değerlendirme;** birey kendini sosyal çevreden nasıl etkilendiği konusunda değerlendirmesidir (Madde 8, 9, 10, 11).
- ✓ **Kendini yeniden değerlendirme;** bireyin bedensel imajını değerlendirmesidir (Madde 12, 13, 14, 15).
- ✓ **Sosyal serbestlik;** bireyin artan sosyal fırsatları ifade etmesidir (Madde 16, 17, 18, 19).

Davranışsal süreçler

- ✓ **Karşıt durum;** bireyin problemleri davranışı bilmesi ve sağlıklı davranışı öğrenmesidir (Madde 20, 21, 22, 23).
- ✓ **Destekleyici ilişkiler;** bireyin güven, kabul etme ve destek gibi yardımcı ilişkileri kullanmasıdır (Madde 24, 25, 26, 27).
- ✓ **Güçlendirme;** bireyin sağlıklı davranışında kendini ödüllendirmesidir (Madde 28, 29, 30, 31).
- ✓ **Kendisi ile anlaşma;** bireyin kendisi ile sözleşme yapmasıdır (Madde 32, 33, 34, 35).
- ✓ **Uyarıların kontrolü;** bireyin sağlıklı bir davranışı hatırlatacak şeyleri etrafından uzaklaştırması, sağlıklı davranışı hatırlatacak uyarıcıları etrafında bulundurmasıdır (Madde 36, 37, 38, 39).

Ölçek 40 sorudan oluşup, beşli likert tipidir. Ölçekten en düşük 40, en yüksek 200 puan alınmaktadır. Ölçek puanlarının yüksekliği değişim konusunda başarılı olma şansının arttığını göstermektedir (Erol ve Erdoğan 2007, Cooney 1996).

Egzersiz karar alma ölçeği (EKAÖ): Davranış değiştirmenin olumlu ve olumsuz yönlerini ortaya koyan ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır (Melissa ve ark. 2008). Ölçek 16 sorudan oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçekte 10 sorudan (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. maddeler) oluşan yarar algısı için alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek

puan 50 iken; zarar algısı (11, 12, 13, 14, 15, 16. Maddeler) için en düşük 6, en yüksek 30 puandır. Ölçeğin yarar ve zarar alt puanlarının yüksekliği bireyin, egzersiz davranışının yararları ve zararları konusunda bilinçli olduğunu, değişiklik ile ilgili olarak karar alma şanslarının fazla olduğunu göstermektedir (Marcus ve ark. 1992).

Egzersiz öz-etkililik ölçeği (EÖEÖ): Ölçek beş maddelik beşli likert tipte olup egzersiz davranışına başlamak için bireylerin kendilerine olan güvenini belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçekten en düşük 5, en yüksek 25 puan alınmaktadır. Ölçekten elde edilen puanların yüksek olması bireyin kendisine son derece güvendiğini ve değişim konusunda başarılı olma şansının yüksek olduğunu göstermektedir (Pro-change Behavior System 2017). Ölçeği geçerlik güvenirliğini yapan yazarlardan mail yoluyla izin alınmıştır (Gümüş ve Kitiş 2015).

Veri analizi: Veriler SPSS 20.0 bilgisayar programı kullanılarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare ve testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik boyutu: Dersi alan ve almayan öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilmiş, sözlü onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır. Çalışma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 17401134 nolu proje olarak desteklenmiştir.

Bulgular

Uygulama öncesi öğrencilerin yaş ortalaması 22.04 ± 1.17 olup akademik ortalamaları 2.78 ± 0.37 (4'lük not sistemi üzerinden), beden kütle indeksi (BKİ) ortalaması 21.45 ± 3.27 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre %72,1'i normal, %14,8'i zayıf ve %9,8'i fazla kilolu olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %48.4'ü yurtda

%51.6'sı ev ortamında yaşamaktadır. Uygulama sonrası ise öğrencilerin yaş ortalaması 22.20 ± 1.16 olup akademik ortalamaları 2.82 ± 0.33 (4'lük not sistemi üzerinden), BKİ ortalaması 21.36 ± 3.18 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre %74.6'sı normal, %13.9'u zayıf ve %8.2'si ise fazla kilolu olarak belirlenmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin uygulama öncesi egzersiz uygulama becerilerinde fark olmadığı ($p > 0.05$) ve uygulama sonrası iki grup arasında fark olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Öğrencilerin ön-test ve son-test egzersiz uygulama beceri değerlendirme sonuçları Tablo 1'de belirtilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin ön-test ve son-test egzersiz uygulama beceri değerlendirme sonuçları

İşlem Basamakları	ÖN-TEST						X^2/p	SON-TEST						X^2/p
	Kontrol (%)			Girişim (%)				Kontrol (%)			Girişim (%)			
	Yeterl i	Kısme n	Yetersi z	Yeterl i	Kısme n	Yetersi z		Yeterl i	Kısme n	Yetersi z	Yeterl i	Kısme n	Yetersi z	
		Yeterli			Yeterli				Yeterli			Yeterli		
Egzersiz ve ilişkili tanımlar														
Egzersiziz fizyolojik etkisini açıklayabilme	14.8	30.3	0.8	14.8	37.7	1.6	0.493/0.782	24.6	20.5	0.8	47.5	5.7	0.8	18.338/0.00
Egzersiz ve önemini açıklayabilme	29.5	16.4	0.0	20.5	32.8	0.8	8.890/0.012	33.6	12.3	0.0	51.6	2.5	0.0	11.914/0.00
Egzersiz ve beslenme arasındaki ilişkiyi ifade edebilme	25.4	20.5	0.0	18.9	29.5	5.7	9.412/0.009	26.2	19.7	0.0	46.7	7.4	0.0	13.109/0.00
Doğum öncesi dönem ve egzersiz														
Egzersiziz gebe ve fetüs için faydalarını sayabilme	23.0	22.1	0.8	18.9	30.3	4.9	4.837/0.089	30.3	15.6	0.0	46.7	7.4	0.0	7.054/0.008
Gebelikte	23.8	18.9	3.3	19.7	27.9	6.6	3.129/0.209	27.0	18.0	0.8	45.1	9.0	0.0	9.410/0.009

egzersizin riskleri v

kontraendikasyonla

rı nı açıklayabilme

Gebelikte	18.0	26.2	1.6	9.8	28.7	15.6		22.1	23.8	0.0	45.9	8.2	0.0	18.695/0.00
-----------	------	------	-----	-----	------	------	--	------	------	-----	------	-----	-----	--------------------

önerile

16.126/0.00

0

negzersiz

0

türlerin

isayabilme

Doğum sonrası dönem ve egzersiz

Doğum sonrası dönemde egzersiz türlerinin sayabilmesi	13.9	27.0	4.9	5.7	32.8	15.6	10.851/0.004	21.3	22.1	2.5	42.6	11.5	0.0	15.070/0.001
---	------	------	-----	-----	------	------	--------------	------	------	-----	------	------	-----	---------------------

Egzersiz uygulama becerisi

Doğumda kullanılan nefes egzersizlerini uygulayabilme	25.4	17.2	3.3	11.5	30.3	12.3	16.496/0.000	27.0	16.4	2.5	47.5	6.6	0.0	14.287/0.001
Yürüme-Denge Egzersizlerini uygulayabilme	18.0	21.3	6.6	12.3	23.0	18.9	7.890/0.019	18.9	23.0	4.1	47.5	6.6	0.0	30.621/0.000
Isınma-soğuma egzersizlerini uygulayabilme	13.9	23.0	9.0	12.3	23.0	18.9	3.565/0.168	18.9	23.8	3.3	50.0	4.1	0.0	37.564/0.000
Germe-esneme egzersizlerini uygulayabilme	15.6	23.8	6.6	12.3	24.6	17.2	5.533/0.063	18.9	23.0	4.1	50.8	3.3	0.0	40.346/0.000
Klinik pilates egzersizini uygulayabilme	5.7	18.9	21.3	1.6	13.1	39.3	9.821/0.007	13.9	17.2	13.9	37.7	15.6	0.8	28.040/0.000
Pelvik taban kas egzersizlerini	11.5	27.9	6.6	13.9	25.4	14.8	3.479/0.176	20.5	21.3	4.1	48.4	5.7	0.0	29.077/0.000

uygulayabilme

Kişiye	Uygun	4.9	23.8	17.2	1.6	18.0	34.4	9.203/0.010	13.9	19.7	12.3	32.0	17.2	4.9	11.961/0.00
Egzersiz	Programı														3
hazırlayabilme															

Öğrencilerin ön-test ve son-test sonuçlarına göre egzersiz değişim aşamaları aşağıda incelenmiştir (Tablo 2). Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin ön-test ve son-test egzersiz değişim aşamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 2. Egzersiz Değişim Aşamaları

	Ön-test (%)		X^2/p	Son-test (%)		X^2/p
	Kontrol	Girişim		Kontrol	Girişim	
			15.498/0.004			37.892/0.000
Devam ettirme	6.6	2.5		4.1	10.7	
Hareket	9.0	16.4		5.7	28.7	
Hazırlık	6.6	18.0		11.5	5.7	
Düşünme	13.1	13.9		11.5	8.2	
Düşünmeme	10.7	3.3		13.1	0.8	

Tartışma

Bireylerin egzersiz davranış değişimine karar vermesi, başlatması ve sürdürmesi bireylerin öz-yeterlilikleri ile alakalıdır. Bunun yanı sıra egzersiz ortamlarının ve uygun koşulların olması da önemli bir belirleyicidir (Erol ve Erdoğan 2007, Nigg ve Courneya 1998). Öğrencilerin seçmeli olarak egzersiz dersi alabilmeleri ortam oluşturma ve karar verme becerilerinin gelişmesi açısından önemli fırsat oluşturmaktadır. Çalışmamızın bulgularına göre kontrol ve girişim grubundaki öğrencilerin egzersiz uygulama becerileri, egzersiz değişim aşamaları ve ölçek puanları arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Oral ve Aktop (2014) beden eğitimi ve spor meslek yüksekokulu (BESYO) öğrencileri ile diğer fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin egzersiz değişim aşamalarını inceledikleri çalışmada daha fazla sayıda BESYO öğrencilerinin hareket aşamasında olduğunu tespit etmişlerdir. Başka bir çalışmada ebellek ve hemşirelik öğrencilerinin egzersiz değişim aşamaları incelenmiş, çok sayıda öğrencinin inaktif aşamada (düşünmeme, düşünme ve hazırlık) olduğu tespit edilmiştir (Moattari ve ark. 2013). Bizim çalışmamızla uygulama öncesi kontrol grubundaki öğrencilerimiz inaktif aşamadayken girişim grubundaki öğrencilerimiz daha çok hazırlık ve hareket aşamalarında. Dersin seçmeli olarak verilmesi ve öğrencilerin kendilerinin dersi almaya karar vermesi çalışmanın zayıf yönünü oluşturmaktadır. Uygulama sonrası girişim grubundaki öğrencilerin %10.7'si devam ettirme, %28.7'si ise hareket aşamasındadır. Yapılan bir çalışmada öğrencilerin %19.8'i egzersizi düzenli yapmaktadır (Jeon ve ark 2014). Çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda egzersiz davranışına başlamak için bireylerin kendilerine olan güvenini belirlemeye yarayan EÖEÖ toplam puanında ön-test ve son-test puan ortalamalarında fark tespit edilmiştir. Egzersiz dersini seçen öğrencilerin kendine olan güveninin uygulama öncesi de yüksek olduğu düşünülebilir.

Sonuç

Sonuç olarak verilen eğitim öğrencilerin egzersiz davranışlarında değişim oluşturmuştur. Ebelerin egzersiz eğitimi almaları kadınlara, gebelere, lohusalara kaliteli bakım vermelerini sağlayacağı düşünülmektedir. Mezun olan ebelerin kaliteli bakım vermeleri ile de kadınların daha sağlıklı bir gebelik süreci geçirecekleri tahmin edilmektedir. Ebelik lisans müfredatında egzersiz derslerine zorunlu veya seçmeli olarak yer verilmesi gerekmektedir. Fakültelerde uygulamalı dersler için uygun dersliklerin ve malzemelerin olması dersin etkisini arttıracaktır. Çalışmanın kısa ve uzun vadede etkilerinin araştırılması için daha geniş örneklem sayısı ile yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akbayrak T, Kaya S. (2008). *Gebelik ve Egzersiz* T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Klasmat Matbaacılık, Ankara. pp.7-22.
2. Beji NK, Özkan SA. (2015). Gebelikte görülen fizyolojik/psikolojik değişiklikler. *Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları*. Beji NK. (ed), pp 227-247.
3. Bullock-Saxton, JE. (1991). Changes in posture associated with pregnancy and the early postnatal period measured in standing. *Physiotherapy theory and practice* 7: 103-19.
4. Biddle SJH. (1995). European Perspectives on Exercise and Sport Psychology. UK, *Human Kinetics*.
5. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 100(2):126-31.
6. Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J (2003). Women's knowledge, practises and intentions regarding correct pelvic floor exercises, *Neurourol Urodyn*, 22(3): 246-9.
7. Cooney AL. (1996). The transtheoretical model and its application to adolescents' physical activity behavior. University of Alberta Faculty of Physical Education and Recreation. Master of Arts. Edmonton. AB Nielsen.
8. Corbin CB, Pangrazi RP, Franks BD. (2000). Definitions: Health, Fitness, and Physical Activity. *President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest.* 3(9): 1-9. Available from: <http://purl.access.gpo.gov/GPO/LPS21074>
9. Davies GA, Wolfe LA, Mottola MF. (2003). Exercise in pregnancy and the postpartum period, *J Obstet Gynaecol Can*, 25(6): 516-29.
10. David Satcher, Philip R. Lee, Florence Griffith Joyner. (1996). *Physical Activity and Health: Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
11. Deirdre K. Tobias, Cuilin Zhang, Rob M. Van Dam, Katherine Bowers, Frank B. Hu. (2001). Physical Activity Before and During Pregnancy and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. A meta-analysis. *Diabetes Care*, Volume 34, Number 1.
12. Dempsey JC, Butler CL, Williams MA. (2005). No need for a pregnant pause: Physical activity

- may reduce the occurrence of gestational diabetes mellitus and preeclampsia. *Exercise Sport Science Review*. 33(3):141–149.
13. Desanto P, Hassid P. (1983). Evaluating exercises. *Childbirth educator* 2(3). 26-31.
 14. Erol S, Erdoğan S. (2007). Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10(2):86-93.
 15. Ersin A, Polat B. (2016). Gebelikte ve lohusalıkta egzersiz. *Gebe okulu*. Kocatürk AA. (ed), pp 37-60.
 16. Evenson KR, Savitz DA, Huston SL. (2004). Leisure-time physical activity among pregnant women in theUS. *Paediatric Perinatal Epidemiology*. Nov;18(6): 400-7.
 17. Harvey MA. 2003. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction, *J Obstet Gynaecol Can*, 25(6):487-98.
 18. Jean C, Ross D. Feldman, Robert J. Petrella. (1999). Recommendations on physical exercise training. *Canadian Medical Association* MAY 4, 21-28.
 19. Jeon DJ, Kim KJ, Heo M. (2014). Factors Related to Stages of Exercise Behavior Change among University Students Based on the Transtheoretical Model *J Phys Ther Sci* 26(12): 1929-1932.
 20. Karaman ÖE. (2016). Gebelikte annede oluşan değişiklikler ve öneriler. *Gebe okulu*. Kocatürk AA. (ed), pp25-36.
 21. Little J. (1984). Postural adjustments during pregnancy and implications for the childbearing woman. Bulletin of Section on obstetric and gynaecology, *American Physical Therapy Association* 8(3):16-19.
 22. Maly BJ. (1980). Rehabilitation principles in the care of gynecologic and obstetric patients. *Arch Physical Medicine Rehabilitations*. 61:78-81.
 23. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 63:60-6.
 24. Moattari M, Shafakhah M, Sarvestani RS. (2013). Assessing Stages of Exercise Behavior Change, Self Efficacy and Decisional Balance in Iranian Nursing and Midwifery Students. *IJCBNM* 1(2):121-9.
 25. Melissa AN, George DP, Beth AL, Jessica AW, David MW, Abby CK. et al. (2008). Mediators of physical activity behavior change a multivariate approach, *Health Psychol*. 27(4): 409-18.
 26. National Institutes of Health. (2009). The Power to Control Diabetes Is in Your Hands.
 27. Nicola T Lautenschlager, Osvaldo P Almeida, Leon Flicker and Aleksandar Janca. (2004). Can physical activity improve the mental health of older adults? *Review Annals of General Hospital Psychiatry* 3:12.
 28. Nigg CR, Courneya KS. (1998). Transtheoretical model: exercise behavior examining adolescent. *Journal of Adolescent Health*. 22:214-224.
 29. Oral C, Aktop A. (2014). Üniversite Öğrencilerinin Egzersiz Öz yeterlik Düzeyleri ve Egzersiz Davranış Değişim Basamaklarının İncelenmesi. *International Journal of Science Culture and Sport*

- 2:287-300.
30. Polden M, Mantle J. (1990). *Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
 31. Pro-change Behavior System. Transtheoretical Model.
Eriřim:28.01.2017.URL:<http://www.prochange.com/ttm>.
 32. Prochaska JO, DiClemente CC. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 19: 276-288.
 33. Reilly ET, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggles P, Pedlar F (2002). Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises, *BJOG*, 109(1):68-76.
 34. Thompson PD. (2014). Health Appraisal and Risk Assessment, In: American College of Sports Medicine, In: Linda SP. (Ed.) *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, Lippincott Williams & Wilkins: China, pp. 1-35.
 35. Yeager KK and Macera CA (1994). *Physical Activity and Health Profiles of United States Women*, California, San Diego State University Institute for Public Health.

21 - İLK KEZ DOĞUM YAPAN KADINLARDA DOĞUM ŞEKLİNİN POSTPARTUM YORGUNLUK VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ **Melek BALÇIK ÇOLAK*, Bihter AKIN**, Esin ÇEBER TURFAN *ÖZ**

Bu çalışma ilk kez doğum yapan kadınlarda doğum şeklinin postpartum yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışma bir ilçe devlet hastanesi postpartum servisinde herhangi bir riski bulunmayan, ilk kez doğum yapmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında, anket formu, Çok Boyutlu Yorgunluk Değerlendirme Ölçeği (MAF) ve Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) kullanılmıştır. Postpartum yorgunluk düzeyini belirlemek amacıyla doğum sonu ilk 24 saat içinde kadınlara MAF uygulanmıştır. Ardından dört hafta sonra katılımcılar telefon ile aranarak tekrar MAF ve DSYKÖ uygulanmıştır. Doğum şeklinin doğum sonu ilk 24 saat içerisindeki postpartum yorgunluk düzeyi; doğumdan dört hafta sonraki postpartum yorgunluk düzeyi ve doğum sonu yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir. Doğum şekli ne olursa olsun özellikle ilk kez anne olmuş kadınlara postpartum dönemde sağlık profesyonelleri ve aileleri tarafından gerekli destek sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Doğum şekli, postpartum dönem, postpartum yorgunluk, yaşam kalitesi

The Evaluation Of The Effect Of Delivery Method On Postpartum Fatigue And Quality Of Life In Women Who Give Birth For The First Time

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the effect of delivery method on postpartum fatigue and quality of life in women who gave birth for the first time. The study was conducted in a district state hospital postpartum service, with women who had no risk, gave birth for the first time and accepted to participate in the study. To collect the study data, a questionnaire, Multidimensional Fatigue Assessment Scale (MFAS) and Postpartum Quality of Life Scale (PQLS) were used. In order to determine postpartum fatigue, MFAS was applied to women within the first 24 hours. Then, after four weeks, the participants were called by phone and again the MFAS and the PQLS were applied. It was determined that delivery method did not affect postpartum fatigue level within the first 24 hours, four weeks after delivery and postpartum quality of life. Women, especially, who became mother for the first time, should be provided with necessary support by health professionals and their families in the postpartum period regardless of the delivery method.

Key words: delivery method, postpartum period, postpartum fatigue, quality of life.

1. Giriş (Introduction)

Postpartum dönem, annenin fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olan bir geçiş aşamasıdır. Bu dönemde fiziksel ve hormonal değişikliklerin yanı sıra ebeveynlik rolünün getirdiği yeni sorumluluklar kadınlarda stres ve postpartum yorgunluğa neden olabilmektedir (Can ve ark., 2010). Annelerde görülen bu yorgunluk durumu erken dönemde fark edilip kadına ihtiyaç duyduğu destek sağlanmadığında doğum sonrası annelik rolünün geç kazanılmasına (Ko, 2004), postpartum depresyon riskinin artmasına (Karen ve Spieker, 2016) aynı zamanda kadının ve ailesinin de yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Corwin ve Arbon 2007). Postpartum dönemdeki sağlık durumu ve bu dönemde yaşanan deneyimler kadınların yaşam kalitesini de etkilemektedir. Doğum sonrası dönemde kadınların sağlıklıyla ilgili yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda doğum öncesi dönemde doğuma hazırlık eğitimi alma, (Bahrami, 2013) doğum sonu dönemde eşinden ve ailesinden destek görme durumunun (Webster, 2011) postpartum dönemdeki ruh halinin (Sadat, 2014)ve doğum şeklinin (Rezaei, 2018) yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir.

2. Çalışmanın Önemi (Research Significance)

Doğumdan sonraki dönemde kadının fiziksel ve ruhsal iyilik hali aynı zamanda yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, çocuk sağlığını da olumlu yönde etkiler. Dünya genelinde yapılan çalışmalar postpartum yorgunluk ve yaşam kalitesi ile doğum şekli arasındaki ilişki hakkında farklı sonuçlar bildirmiştir (Rezaei,2018). Çalışmada ilk kez doğum yapan kadınlarda doğum şeklinin postpartum yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Analitik Çalışma (Analytical Study): Bu araştırma, tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma 01.02.2016 - 30.05.2016 tarihleri arasında Aydın Kamu Hastaneleri Kurumu Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi postpartum servisinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamına alınan primipar anneler, sezaryen grubu ve NSD grubu olarak gruplandırılmıştır. Araştırma kapsamına dahil edilen anneler bilgilendirilip, sözel onamları alınmış ve sosyo-demografik veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Çok Boyutlu Yorgunluk Değerlendirme Ölçeği doğum sonu ilk 24 saat içinde doldurulmuştur. Ardından dört hafta sonra katılımcılar aranarak Çok Boyutlu Yorgunluk Değerlendirme Ölçeği ve Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği telefon ile görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadınlar içinden dört hafta sonra arandığında telefon ile ulaşılamayan (n=23), görüşmeyi kabul etmeyen (n=18) toplam 41 kadın çalışma dışı bırakılmıştır.

2.1. Araştırmanın Örneklemi (The Study of Sampling)

Araştırmanın örneklemini 01.03.2016 - 30.06.2016 tarihleri arasında doğum yapan primipar anneler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü G*Power 3.0.10 programı ile bilinen Çok Boyutlu Yorgunluk Değerlendirme Ölçek puanı (26,50+10,31) (Can, 2010) 2 puanlık sapma içinde %95 güçle 232 kişi olarak hesaplanmıştır ve her bir gruba en az 116 görüşmeci alınması gerektiği belirlenmiştir. Çalışmaya normal doğum yapan 123, sezaryen ile doğum yapan 124 olmak üzere toplam 247 kadın dâhil edilmiştir.

2.2. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi (Analysis and Evaluation of Data)

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS) paket programı ile yapılmıştır. Annelere yönelik tanıtıcı bilgiler sayı, yüzde dağılımları ve ortalamaları alınmıştır. Normal dağılım gösteren numerik değişkenlerde gruplar arası önem farklılığının kontrolünde; Student-t Test uygulanmış, kategorik değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki kare/Fisher Excel test uygulanmıştır. Normal vajinal ve sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum yorgunluk düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla da pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Tüm analizlerde istatistik önemlilik eşik düzeyi olarak 0.05 alınmıştır.

2.3. Araştırma Etiği (Research Ethics)

Araştırma için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (25.02.2016/34) çalışmanın yapıldığı hastane yönetiminden gerekli yazılı izinler alınmıştır.

3. Bulgular Ve Tartışma (Findings and Discussion)

Kadınların yaş, evlilik yaşı ve evlilik süresi ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Annelerin Yaş, Evlilik Yaşı ve Evlilik Süresi Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması (Table 1. The Comparison of Mothers ‘ Age, Afe of Marriage and Duration of Marriage Accordingto Groups)

Değişkenler	NSD Grubu (n:134)	Sezaryen Grubu(n:135)	İstatistik Analizi*
	Ort±Ss	Ort±Ss	
Yaş	25.6±5.2	25.4±4.9	t: 0.282 p: 0.778
Evlilik yaşı	21.3±3.5	21.6±3.3	t: 0.804 p: 0.422
Evlilik süresi	2.9±0.7	2.8±0.8	Z: 0.872 p: 0.383

* t: t-Testi Z: Mann-Whitney U Testi

Annelerin yaş, evlilik yaşı ve evlilik süresi ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 1’de incelendiğinde, NSD grubundaki annelerin yaş ortalamaları 25.6 ± 5.2 , sezaryen grubundaki annelerin ise 25.4 ± 4.9 olarak hesaplanmıştır. NSD grubundaki annelerin evlilik yaşı 21.3 ± 3.5 , sezaryen grubundaki annelerin ise 21.6 ± 3.3 ’dir. Evlilik süre ortalamaları sırasıyla 2.9 ± 0.7 ve 2.8 ± 0.8 olarak saptanmıştır. İstatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 2. Annelerin MAF Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması (The Comparison of Mothers ‘ MAF Total Score Averages of Mothers According to Groups)

Ortalamalar	NSD Grubu (n:134)	Sezaryen Grubu(n:135)	İstatistiksel Analiz
	Ort±SS	Ort±SS	
İlk 24 saatteki MAF pua ortalaması	18.82 ± 4.41	18.34 ± 4.53	t: 0.196 p: 0.658
Dört hafta sonrakiMAF pua n ortalaması	31.25 ± 3.49	31.19 ± 4.42	t: 3.049 p: 0.82

Annelerin MAF toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. NSD grubundaki annelerin MAF puan ortalamaları ilk 24 saatte 18.82 ± 4.41 , dört hafta sonra 31.25 ± 3.49 ; sezaryen grubundaki annelerin ise ilk 24 saat 18.34 ± 4.53 , dört hafta sonra 31.19 ± 4.42 olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Can (2010) sezaryen ve normal doğum yapmış kadınların postpartum depresyon ve yorgunluk düzeyini incelediği çalışmasında MAF puan ortalamasını 26.5 ± 10.31 olarak bulmuş ve doğum şeklinin postpartum yorgunluk düzeyini etkilemediğini belirtmiştir (Can, 2010). Çalışmamızdan farklı olarak Lai (2015) ve Woolhouse (2012) postpartum yorgunluk düzeyinin sezaryen ile doğum yapmış kadınlarda daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Lai, ve ark., 2015; Woolhouse ve ark., 2012). Çalışmamızdan elde edilen bulgular ve genel olarak literatür bulgularına bakıldığında bazı toplumlarda farklı olmakla birlikte ülkemizde sezaryenle doğuma genel anlamda olumlu bir bakış olduğundan dolayı doğum şeklinin postpartum yorgunluk düzeyini etkilemediği söylenebilir.

Çalışmada NSD ve sezaryen grubunda yorgunluk düzeyinin doğumdan dört hafta sonraki süreçte benzer şekilde artış gösterdiği belirlenmiştir. Iwata da doğumdan sonraki altı aylık süreçte yorgunluk düzeyini belirlediği çalışmasında postpartum yorgunluk seviyesinin birinci ayda en yüksek düzeye ulaştığını ve dördüncü aya kadar anlamlı şekilde düşüş gösterdiğini belirtmiştir (Iwata 2018).

Tablo 3. Annelerin DSYKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması
(The Comparison of Mothers ' DSYKO Total Score Averages of Mothers According to Groups)

Ortalamalar	NSD Grubu (n:134)	Sezaryen Grubu(n:135)	İstatistiksel Analiz ve p
	Ort±SS	Ort±SS	
DSYKÖ Toplam Puanı	24.18 ± 0.98	23.84 ± 1.69	t: 2.584 p: 0.109

Annelerin DSYKÖ toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 5'te incelendiğinde, NSD grubundaki annelerin DSYKÖ puan ortalamaları doğumdan dört hafta sonra 24.18 ± 0.98 ; sezaryen grubundaki annelerin ise 23.84 ± 1.69 olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Literatürde doğum şeklinin doğum sonu yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalarda doğumsonu farklı periyotlardaki yaşam kalitesi incelenmiştir. Huang ve ark. (2012) doğum şeklinin doğum sonu 0-12 aylık süreçte yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir (Huang ve ark., 2012). Doğum şeklinin postpartum dördüncü haftadaki yaşam kalitesini etkilemediği düşünülmektedir.

Tablo 4. Annelerin MAF Toplam Puanları ile DSYKÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

(Examining of The Relationship Between MAF Total Score and DSYKO Total Mean Scores of Mothers)

	NSD Grubu (n:134)	Sezaryen Grubu(n:135)	İstatistik Analizi
	MAF Toplam Puan Ortalaması		
DSYKÖ Toplam Puan Ortalaması	*r: -,274 p: 0.002	r: ,039 p:0.670	

*Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 6'da her iki grupta da doğumdan dört hafta sonraki yorgunluk düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki gösterilmiştir. NSD grubunda MAF puan ortalaması ile DSYKÖ puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmakta ($p < 0.05$), kadınların yorgunluk düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyi de zayıf kuvvette azalma göstermektedir. Sezaryen ile doğum yapan grupta da MAF puan ortalaması ile DSYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Normal vajinal doğum yapan kadınlarda yorgunluk düzeyi yaşam kalitesini olumsuz etkilemekteyken; sezaryen ile doğum yapan kadınlarda yorgunluğun yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür.

Sonuç (Result)

Doğum sonu dönemde anne sağlık profesyonelleri tarafından fiziksel ve psikolojik açıdan değerlendirilmekte birlikte uyku durumu, kendine ayırdığı zaman, kendini yorgun hissetme durumu ve yaşam kalitesi gibi önemli parametreler göz ardı edilebilmektedir. Kendini yorgun hisseden anneler için aile ile işbirliği içerisinde kadının öz bakımı ve bebek bakımı için ihtiyaç duyduğu işbirliğine yönelik bir strateji planı belirlenerek uygulamaya geçirilmelidir.

Kaynaklar

1. Can, R., Ege, E., Akın, B., & Koçoğlu, D. (2010). Doğum sonu ilk üç aylık dönemde annedeki yorgunluk düzeyi ve ilişkili faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3 (2), 62-70.

2. Ko Y. Postpartum fatigue. *Hu Li Za Zhi*. 2004 Dec;51(6):75-9.
3. Karen A. T., Spieker S. Sleep, Depression, and Fatigue in Late Postpartum MCN, *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2016; 41(2): 104–109.
4. Corwin E.J. , Arbor M . Postpartum fatigue and evidence-based interventions.*Am J Matern Child Nurs*. 2007 Jul-Aug;32(4):215-20.
5. Bahrami N, Simbar M, Bahrami S.The Effect of Prenatal Education on Mother's Quality of Life during First Year Postpartumamong Iranian Women: A Randomized Controlled Trial. *Int J Fertil Steril*. 2013 Oct; 7(3):169-74. Epub 2013 Sep 18.
6. Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N., Fawcett L. Quality of life and depression following childbirth: impact of social support.*Midwifery*. 2011 Oct;27(5):745-9. doi: 10.1016/j.midw.2010.05.014. Epub 2010 Sep 29.
7. Sadat, Z., Abedzadeh-Kalahroudi, M., Kafaei Atrian, M., Karimian, Z., Sooki, Z. (2014). The Impact of Postpartum Depression on Quality of Life in Women After Child's Birth. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(2), e14995.
8. Rezaei, N., Tavalae, Z., Sayehmiri, K., Sharifi, N., Daliri S. The relationship between quality of life and methods of delivery: A systematic review and meta-analysis. *Electron Physician*. 2018 Apr 25;10(4):6596-6607. doi: 10.19082/6596. eCollection 2018 Apr.
9. Lai YL, Hung CH, Stocker J, Chan TF, Liu Y. Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal- infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Appl Nurs Res*. 2015 May;28(2):116-20. doi: 10.1016/j.apnr.2014.08.002. Epub 2014 Oct 23.
10. Woolhouse, H., Perlen, S., Gartland, D., Brown S.J. Physical health and recovery in the first 18 months postpartum: does cesarean section reduce long-term morbidity? *Birth*. 2012 Sep;39(3):221-9. doi: 10.1111/j.1523-536X.2012.00551.x. Epub 2012 Jul 3.
11. Iwata, H., Mori, E., Sakajo, A., Aoki, K., Maehara, K., Tamakoshi K. Course of maternal fatigue and its associated factors during the first 6 months postpartum: a prospective cohort study. *Nurs Open*. 2018 Feb 21;5(2):186-196. doi: 10.1002/nop2.130. eCollection 2018 Apr.
12. Huang, K., Tao, F., Liu, L., Wu X. Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? *J Clin Nurs*. 2012 Jun;21(11-12):1534-43. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03941.x. Epub 2011 Oct 25.

22 - ANTENATAL BAKIMDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Tuğba YILMAZ ESENCAN

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Kadın evrende üretkenliği, yaşamın kaynağını oluşturan enerjiyi ve varoluşu simgeleyen eşsiz bir varlıktır. Kadın çevreye yaydığı bu enerji ile tüm yaşamı boyunca birbirini takip eden fizyolojik, sosyolojik, psikolojik, zihinsel ve bedensel farklılıklar yaşadığı evrelerden geçer. Peşi sıra gelişen değişim dizilimi içerisinde en önemli dilim doğurganlık dönemi içerisinde gelişmektedir. Gebelik dönemi içerisinde gelişen bu değişimlere uyumlanmanın yolu ise nitelikli bir gebe izlem ve bakımdan geçmektedir.

Antenatal bakımın amacı; gebeliğin saptanmasından doğuma kadar geçen sürede annenin ve fetusun düzenli ve periyodik kontrollerinin yapılması ile maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır. Gebe izlem kavramı ebelerin var oluşu ile başlamış olup standartların ve rollerin çerçevesinin belirlenmesi için kılavuzlar oluşturulmuştur. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2012 yılında yayınladığı antenatal bakım kılavuzunda toplam 12-14 izlem önermektedir. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Ocak 2017’de güncellenen kılavuzu ile komplikasyonsuz nullipar gebelere 10 izlem, multipar gebelere ise 7 izlem önerilmektedir. NICE güncellemesinde kadın merkezli bir gebe izlem modeli üzerinde durmuştur. TheRoyal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) antenatal bakım rehberini 2016 da revize etmiştir. Yeni güncellemesinde gebe ile ilk izlemde ve 28-30. Gebelik haftasında Edinburg Postnatal Depresyon Skalası (EPDS) uygulanması önerilmiştir. Japan Society of Obstetrics and Gynecology (JSOG) Japan Association of Obstetricians and Gynecologists (JAOG) , 2014 yılında rehberini güncellemiş olup 16 gebe izlemi yapılmasını önermektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2015 yılındaki rehberinde 4 izlem önerirken 2016 yılında gebe izlemde izlem ve ziyaret kavramları yerine temas kavramını gündeme getirmiş olup gebelik boyunca 8 temas modelini oluşturmuştur. Ülkemizde ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014 yılında Doğum Öncesi Bakım Rehberi’ni yayınlamış olup 4 gebe izlemi yapılmasını önermiştir.

Sonuç olarak; dünyada farklı gebe izlem kılavuzları ve uygulamaları mevcuttur. Bu kılavuzlarda ortak standart önerilerin yanında farklılık gösteren öneriler de vardır Gebelerin içinde bulunduğu şartlara, ülke politikalarına ve kılavuzlarına göre antenatal bakım yapılması önerilmektedir. Ebeler tüm kılavuzlarda düşük riskli gebe izlemini yapan sağlık profesyonelleri olarak belirtilmektedir. Gebe izlemin bir ekip işi olduğu unutulmamalıdır. Ancak Ebeler gebe izlemde kilit rol oynarlar.

Anahtar kelimeler: Antenatal Bakım, Ebe, Gebe İzlemi, Gebelik Bakımı, Antenatal Bakım Kılavuzları

ABSTRACT

Women's productivity in the universe is a unique being that symbolizes the energy and existence that forms the source of life. With this energy that women spread to the environment, they go through stages where they experience physiological, sociological, psychological, mental and physical differences that follow each other throughout their entire lives. The most important part of the sequence of changes is the period of fertility. The way to adapt to these changes that develop during pregnancy is through a qualified pregnancy follow-up and care.

The aim of Antenatal care is to reduce maternal and perinatal mortality and morbidity by conducting regular and periodic prenatal examinations of the mother and fetus during the period from conception to delivery. The concept of pregnant follow-up started with the existence of midwives and guidelines were set up to determine the framework of standards and roles. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommends a total of 12-14 follow-up in the antenatal care manual published in 2012. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), the updated guide in January 2017, recommends 10 follow-up to uncomplicated nullipar pregnancies and 7 follow-up to multipart pregnancies. He focused on a woman-centred pregnant follow-up model in the nice update. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RÖNZCOG) revised the antenatal care guide in 2016. The new update is in the first follow-up with the pregnant and 28-30. During pregnancy, it is recommended to apply the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDs) during pregnancy. Japanese Society of Obstetrics and Gynecology (JSOG) Japanese Association of Obstetricians and Gynecologists (jog) updated its guide in 2014 and recommends 16 pregnancy follow-up. The World Health Organization recommends 4 follow-ups in its guide in 2015, and in 2016, it introduced the concept of contact with the concepts of follow-up and vision in pregnant follow-ups and formed the 8 contact models throughout pregnancy. In our country, the Turkish public health institution published the prenatal care guide in 2014 and recommended that 4 pregnant follow-up be performed.

As a result, there are different pregnancy monitoring guides and practices in the world. In addition to the common standard recommendations in these guidelines, there are also suggestions that vary in pregnancy conditions, country policies and guidelines according to the antenatal care is recommended. Midwives are indicated as health professionals who follow low-risk pregnancies in all guides. It should be noted that pregnancy monitoring is a team job. However, midwives play a key role in pregnancy monitoring.

Key words: Antenatal Care, Midwife, Pregnant Follow-Up, Pregnancy Care, Antenatal Care Guidelines

23 - EMZİREN ANNELERİN YAŞADIKLARI BAŞLICA EMZİRME SORUNLARI- SOSYAL PAYLAŞIM SİTESİ ÖRNEĞİ

*Duygu GÜLEÇ ŞATIR, **Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ, *Gül ERTEM

*Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

** Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İzmir

ÖZET

Giriş: Yeni doğan bebeğin sağlıklı bir biçimde büyüüp gelişmesinde başarılı emzirmenin payı büyüktür.

Amaç: Araştırma annelerin emzirme ve meme problemleri ile ilgili sosyal medyada hangi konularda paylaşım yaptıklarını, ne tür sorunlar yaşadıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Araştırmanın evrenini bir sosyal paylaşım sitesinde yer alan mesajlar evreninden “meme reddi, mastit, meme ucu çatlağı/yarası/ağrısı, çökük meme ucu, emzirme problemi/sorunu” anahtar kelimeleri kullanılarak ulaşılan 124 mesaj oluşturmuştur. Doğum sonrası ilk altı ayda yazılan ve annenin kendisinin yazdığı ve yardım arama amaçlı yazılan 58 mesaj araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu mesajlar tek tek incelenerek belirlenen kod listesi üzerinden frekans dağılımı yapılmıştır.

Bulgular: Sosyal paylaşım sitesinde anahtar kelimeler kullanılarak ulaşılan mesaj içerikleri incelendiğinde meme reddi ile ilgili 11, mastit ile ilgili 31, meme ucu çatlağı/yarası/ağrısı ile ilgili 13, çökük meme ucu ile ilgili 3 mesaja ulaşılmıştır.

Sonuç: Emzirme dönemindeki anneler başta mastit olmak üzere birçok emzirme sorunu yaşamakta ve sosyal medyayı destek kaynağı olarak görmektedir. Hemşire ve ebelerin emzirme dönemindeki annelerin ne tür sorunlar yaşayabileceği ve nasıl çözebileceğine yönelik danışmanlığı büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: emzirme, sosyal paylaşım, sorunlar.

ABSTRACT

Introduction: Successful breastfeeding has a large share in the healthy growth and development of the newborn.

Objective: The study was carried out in order to determine what kind of problems mothers experienced in social media about breastfeeding and breast problems.

Materials and Methods: The universe of the research consisted of 124 messages from the universe of messages on a social networking site using the keywords "breast rejection, mastitis, nipple/wound /pain, collapsed nipple, breastfeeding problem". Fifty-five messages, written in the first six months after the delivery, which the mother herself wrote and was intended to help out, formed the sample of the study. These messages were examined one by one and frequency distribution was made by the code list.

Results: When the content of the messages reached using the keywords in the social networking site was examined, 11 messages related to breast rejection, 31 related to mastitis, 13 related to nipple / wound / pain, and 3 related to breast nipple were reached.

Conclusion: Mothers in breastfeeding period have many breast feeding problems, especially mastitis, and see social media as a source of support. Nurses and midwives during the breastfeeding mothers can experience what kind of problems and how to solve the counseling is of great importance.

Key words: breastfeeding, problem, social sharing site, problems.

Giriş

Yaşamın ilk yılı, yenidoğanın tüm organlarının büyüme ve gelişimi için kritik bir dönemdir (1). Emzirmenin, yenidoğanın sağlıklı büyümesi gelişmesi ve anne sağlığı üzerine olumlu etkileri vardır. Ayrıca, emzirme anne-bebek-aile arasında duygusal ve sosyal bir etkileşim aracı olarak da kabul edilmektedir. Son yıllarda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) yayınlarında bebeklerin, ilk 4-6 ay içinde yalnızca anne sütü ile beslenmelerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (2,3). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerinde bebeklerin % 57,9'unun yaşamın ilk iki ayında sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir (4).

Yeni doğan bebeğin sağlıklı bir biçimde büyüüp gelişmesinde başarılı emzirmenin payı büyüktür. Anne sütü; içeriğinin yenidoğanın gereksinimlerine göre değişmesi, enfeksiyonlara karşı koruyucu özelliklerinin olması, bebeğin fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini ilk 6 ayda tek başına karşılaması, bebeklerin büyüme ve gelişmelerini sağlaması, bebek morbidite ve mortalite oranlarını azaltması ve ekonomik olması gibi özellikleri nedeni ile bebekler için en uygun besindir (5). Anne sütü ile beslenmenin yararları sadece anne sütü ile beslenme süreci ile sınırlı kalmayıp, ileri yaşam sağlığı üzerine önemli oranda olumlu etkileri vardır. Emzirmenin bu uzun dönem yararları yalnız kişisel değil toplumsal anlamda da önem taşımaktadır (6,7). Bu nedenle sağlıklı yaşamın temellerinin atılmasında anne sütü ile beslenmenin önemi tartışılmazdır (8-10).

Annelerin doğumdan sonraki ilk emzirme deneyimleri, doğumdan hemen sonra anne-bebek arasındaki ten temasının sağlanması, ilk yarım saat içerisinde emzirmeye başlama gibi faktörler başarılı ve uzun süreli emzirmenin belirleyicileridir (11). Anne sütü ile beslenmeyi olumsuz etkileyen faktörler ise bebeğin anne sütü ile beslenmesini etkileyerek ek gıdaya erken başlamasına ya da emzirmeyi erken dönemde kesmesine sebep olmaktadır. Bu faktörlerden biri de annelerin emzirmede bazı meme problemleri ile karşılaşmalarıdır (12-14).

Emzirmeye başlama ve sürdürme konusunda önemli bir faktör sosyal destektir (15-17). Özellikle benzer problemleri yaşayan bireyler emziren annelere destek sağlayabilmektedir (Barona-Vilar, Rossman). Özellikle sosyal medya sağlık sorunları ile ilgili paylaşım yapmak için sıklıkla kullanılmaktadır. Türkiye sağlık istatistik verileri (TÜİK) 2018 verilerine göre kadınların sağlık amacıyla internet kullanma oranları % 73.5 olarak belirtilmiştir (18). Bu kapsamda çalışma annelerin emzirme ve meme problemleri ile ilgili sosyal medyada hangi konularda paylaşım yaptıklarını, ne tür sorunlar yaşadıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç Yöntem

Araştırma annelerin emzirme ve meme problemleri ile ilgili sosyal medyada hangi konularda paylaşım yaptıklarını, ne tür sorunlar yaşadıklarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Sosyal medya sitesinde forumda “emzirme sorunu”, “emzirme problemi” başlığı altında yazılan mesajlar tek tek okunmuş, en sık paylaşılan sorunlar belirlenmiştir. Annelerin en sık “meme reddi, mastit, meme ucu çatlağı/yarası/ağrısı, çökük meme ucu” konularında mesaj

paylaştıkları saptanmıştır.

Araştırmanın evrenini sosyal paylaşım sitesinde yer alan mesajlar evreninden “meme reddi, mastit, meme ucu çatlağı/yarası/ağrısı, çökük meme ucu, emzirme problemi/sorunu” anahtar kelimeleri kullanılarak ulaşılan 124 mesaj oluşturmuştur. Doğum sonrası ilk altı ayda yaşanan, annenin kendisinin yazdığı ve yardım arama amaçlı yazılan 58 mesaj araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu mesajlar tek tek incelenerek belirlenen kod listesi üzerinden frekans dağılımı yapılmıştır.

Bulgular

Sosyal paylaşım sitesinde anahtar kelimeler kullanılarak ulaşılan mesaj içerikleri incelendiğinde meme reddi ile ilgili 11, mastit ile ilgili 31, meme ucu çatlağı/yarası/ağrısı ile ilgili 13, çökük meme ucu ile ilgili 3 mesaja ulaşılmıştır. En sık yaşanan sorunlara ilişkin mesajlara ilişkin tablo 2 ‘de örnekler yer almaktadır.

Tablo 1: Emzirme Sorunlarıyla İlgili En Sık Paylaşılan Konu Başlıkları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Bebekle ilgili sorunlar	Meme reddi	11	18,9
Anneyle ilgili sorunlar	Mastit	31	53.44
	Meme ucu ağrısı/yarası/çatlağı	13	22.41
	Çökük meme ucu	3	5.17
Toplam		58	100

Tablo 2: Emzirme Sorunlarıyla İlgili Paylaşılan Mesaj Örnekleri

<p>Bebekle ilgili sorunlar</p>	<p>Meme reddi</p>	<p>Örnek 1: “...1 aydır emmek istemiyor. Her emme saati bağışmalar. Emmediği için iim rahat etmiyor.“</p> <p>Örnek 2: “...ama 3 gündür biberonla mama verince beni emmek istemiyor. Ağzına alıyor bi on dk emiyor gelmiyor sanırım ağız sütü sonra basıyor çığlığı tekrar tutturuyorum memeyi yine bir iki emiyor sonra yine ağlıyor çünkü a doymuyor”</p> <p>Örnek 2: “..40 günlük bebeğim var. Son iki haftadır mememi reddediyor. Önceleri biraz emiyor sonra ağlayarak memeyi itiyordu. Bir daha da ağzına almak istemiyordu. Sebebini anlayamadık”</p>
<p>Anneyle ilgili sorunlar</p>	<p>Mastit</p>	<p>Örnek 1: “..göğüslerim sızlayıp ağrı yapıyor. Ayrıca ateş te yapıyor.</p> <p>Buda bir dert ama asıl derdim göğüs uçlarım.. şu anda sadece uç kısımlar çiğ et gibi.. pespembe.. elim değse çok ağrıyor”</p> <p>Örnek 2: “Merhaba anneler mastit tehsisi koyuldu sol gogsum icin sislik kizariklik ates vardi. Doktor antibiyotik tedavisi verdi ilaci kullaniyorum ama sadece atesimn dustu. Gogsumu emziriyorum ama bebegim cok emmiyor”</p> <p>Örnek 3 “..2 gündür göğsümde bir kitle oldu,dr a gittim hemen,mastit olmuşsun dedi,antibiyotik iğne vuruluyorum,ama çokta önemli değil dedi,şu an diğer göğsümde de bir şey hissediyorum”</p>
	<p>Meme ucu ağrısı/yarası/atl ađđı</p>	<p>Örnek 1: “Bebegim 116 günlük ve ben hala gogus ucu yarasiyla mucadele ediyorum o kadar yoruldu ki”</p> <p>göğüs ucum yara oldu koruyucu ile emziriyorum”</p> <p>Örnek 2 “Dün geceden beri oğlumu emziremiyorum. göğüslerimin ikisi</p>

		<p>de o kadar ağrıyor ki iç çamaşırı değse bile çok kötü acısı oluyor.</p> <p>Ölüyorum ağrıdan bebeğim daha 1 aylık”</p> <p>Örnek 3: “Bebeğim bugün 28 günlük oldu doğumun ertesi gününden itibaren göğüslerimde çatlak oluştu denemediğim krem evde yapmadığım krem kalmadı emzirirken canım çok acıyor.”</p> <p>“24 günlük taze bi anneyim doğumu falan atlattık derken büyük bi problemle yüz yüze geldik göğüs ucunun yara olması. Bir haftadır göğüslerim yara inanır mısınız ağlaya ağlaya emziriyorum kanaya kanaya var mı bir önerisi olan psikolojimi bozmaya başladı bebeğin uyanma vakti gelince strese giriyorum”</p>
	<p>Çökük meme ucu</p>	<p>Örnek 1: “Dün doğum yaptım ve sütüm gelmeye başladı çok şükür ama göğüs ucu olmadığı için bebeğim alamıyor bi türlü. Tavsiyesi olan var mı?”</p> <p>Örnek 2: “İçine göçük olan daha doğrusu olmayan meme uçlarımın durumu vahim..doktor medecassol verdi ama iyi gelmiyor..zaten çocuk ilk günden beri pek emmek istemiyor”</p>

Tartışma

Araştırmada emziren annelerin sosyal medyada en sık mastit, meme ucu yaraları ve buna bağlı yaşanan ağrılar ve meme reddi sorunları olduğu saptanmıştır. Literatürde her üç anneden biri veya daha fazlasının emzirmeyle ilgili bir veya daha çok sorun yaşadıkları bildirilmiştir (19,20). Meme ile ilgili en sık görülen sorunların; meme apsesi ve mastit (%33), ağırlı/çatlaklar meme başı (%34-96), memelerde aşırı dolgunluk, memebaşlarının içe çökük ya da düz olması olduğu bildirilmiştir (21,23). Şahin ve ark.’nın Kayseri’deki 500 anne ile yaptıkları çalışmada annelerin %46’sı ağırlı ve çatlak meme başı, %34,2’si yetersiz süt salgılanması endişesi, %29,8’i fazla süt salgılanması, %11,6’sı düz ve çökük meme başı, %9,2’si mastit, %9’u memede aşırı dolgunluk, %8,2’si tıkalı süt kanalı sorunu yaşadığını belirtmiştir (24).

Birçok sağlık çalışanı, meme ucu ağrısı, meme çatlağı, yetersiz sütünün olduğuna inanma ve mastit gibi emzirmeyi güçleştiren problemlerin annelerin emzirme ile ilgili memnuniyetini etkilediğini ve emzirmeyi erken kesmeye neden olduğuna inanmaktadırlar (25). Meme ucu ağrısını yaşayan annelerin yaklaşık 1/3'ünün doğum sonu

altı hafta içinde emzirmekten vazgeçtikleri bilinmektedir (26). Sheehan ve arkadaşlarının(2001) yaptığı çalışmada doğum sonu ilk ayda emzirmeyi bırakma oranı %16.8 olarak bulunmuştur. Annelerin %11'i meme ucu ağrısı nedeni ile emzirmeden vazgeçmişlerdir(27). Bu doğrultuda annelerin bu süreçte yaşadığı sorunların erken dönemde saptanarak çözülmesi bebeğin anne sütü ile beslenmeye devam etmesi açısından oldukça önemlidir.

Sonuç

Çalışmada emzirme dönemindeki annelerin sosyal medyada başta mastit olmak üzere birçok emzirme sorunu yaşadığı ve sosyal medyayı destek kaynağı olarak gördüğü saptanmıştır. Doğum öncesi emzirme eğitimi sağlık personeli tarafından her gebeye verilmesi gereken önemli bir eğitimidir. Doğum öncesi ve sonrası erken dönemde doğru ve kapsamlı emzirme eğitimi verilmesi durumunda annelerin yaşayabileceği emzirme sorunları belirgin olarak azalabilir.

Kaynaklar

1. Akyüz, A., Kaya, T., Şenel, N. (2007). Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(5).
2. WHO (2009). 10 Facts On Breastfeeding, July 2009, <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/> (Erişim: 09.09.09)
3. WHO/UNICEF (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative, <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594950/en/>
4. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013>,
5. Duran, S.(2008). Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü Ve Emzirme Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü İle Besleme Davranışlarına Etkisi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Trakya.
6. American Academy of Pediatrics Workgroup on Breastfeeding (1997). Breastfeeding and the use of human milk, Pediatrics; 100:1035-59.
7. Taveras, EM, Scanlon, KL, Birch, L. (2004). Rifas-Shiman SI. Association Of Breastfeeding With Maternal Control Of Infant Feeding At Age 1 Year. Pediatrics 2004; 114:1325.
8. Carmichael, SL., Prince, CB., Burr, R., Nakamoto, F., Vogt, RL. (2001). Breast-feeding practices among WIC participants in Hawaii, J Am Diet Assoc, 101(1):57-62.
9. Earle, S. (2000). Why Some Women Do Not Breast Feed: Bottle Feeding And Fathers' Role, Midwifery; 16(4):323- 330.
10. Üstüner, F., Bodur, S. (2009). Bebeklerde Aylık İzlem Ve Hemşire Tarafından Annenin Pekiştirici Emzirme Eğitimi İle İlk Altı Ay Yalnızca Anne Sütü Verme Arasındaki İlişki, Genel Tıp Dergisi

;19(1): 25-32.

11. Vinther, T., Helsing, E. (1997). Breastfeeding: How to Support Success, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
12. Taveras, EM, Scanlon, KL, Birch, L. (2004). Rifas-Shiman SI.Association Of Breastfeeding With Maternal Control Of Infant Feeding At Age 1 Year. Pediatrics 2004; 114:1325.
13. Tunçel E., Dündar C.,Canbaz S.,Pekşen S. (2006).Bir Üniversite Hastanesine Başvuran 0-24 Aylık Çocukların Anne Sütü İle Beslenme Durumlarının Saptanması, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,10 (1).
14. Ünsal Atan, Ş. (2008). Primipar Emziren Annelerde Meme Ucu Sorunlarının Önlenmesinde Farklı Yöntemlerin Etkinliğinin İncelenmesi, Ege üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
15. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Resistance to breastfeeding: a Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. Women Birth 2017;30(6):e281–91.
16. Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. Midwifery 2009;25(April (2)):187–94. 6.
17. Rossman B, Engstrom JL, Meier PP, Vonderheid SC, Norr KF, Hill PD. They’ve walked in my shoes: Mothers of very low birth weight infants and their experiences with breastfeeding peer counselors in the neonatal intensive care unit. J Hum Lact 2011;27(February (1)):14–24.
18. Briggs J. The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. Best Pract 2003; 7:1-6. 7. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. Am Fam Physician 2008; 78(6): 727-31. 8. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr K. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. Breastfeed Rev 2003; 11(2):
19. TÜİK 2018. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2018. <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24862>
20. Walker M. Conquering common breast-feeding problems. J Perinat Neonatal Nurs 2008; 22(4): 267-74. 6.
21. Briggs J. The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. Best Pract 2003; 7:1-6
22. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr K. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. Breastfeed Rev 2003; 11(2):
23. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. Am Fam Physician 2008; 78(6): 727-31
24. Şahin, Habibe, et al. "Kayseri’de iki toplum sağlığı merkezine başvuran annelerde emzirme sorunları ve risk etmenleri." *Türk Pediatri Arşivi* 48.2 (2013).
25. Cooke, M., Sheehan, A., Schmied, V. (2003). A Description of the Relationship Between Breastfeeding Experiences, Breastfeeding Satisfaction, and Weaning in the First 3 Months After Birth, Journal of Human Lactation, 19(2), s: 145-156.
26. Atan Ş, 2008. Primipar emziren annelerde meme ucu sorunlarının önlenmesinde farklı yöntemlerin etkinliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir

27. Sheehan, D., Krueger, P., Watt, S., Sword, W., Bridle, B. (2001). The Ontario Mother and Infant Survey: Breastfeeding Outcomes, *Journal of Human Lactation*, 17(3), s: 211-219.

24 - EBELİK EĞİTİMİNDE İNOVASYONUN MESLEKİ YANSIMALARI

Tuğba YILMAZ ESENCAN¹, Ayça DEMİR YILDIRIM²

¹Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Kadıköy Toplum Sağlığı Merkezi

ÖZET

Eğitim ve teknolojinin gelişimine paralel olarak ebelik eğitimi geçmişten günümüze sürekli değişim ve gelişim göstermiştir. 20. yüzyıla kadar “geleneksel ebelik” olarak adlandırılan ve çoğunlukla gözlem ile deneyimlerin aktarılması sonucu usta-çırak ilişkisi ile yürüyen ebelik mesleği, zamanla profesyonel bir bilim alanı olarak değerlendirilen, kanıta dayalı uygulamaları, bilimsel çalışmaları ve standartları belirlenmiş ebelik eğitim programları ile profesyonel bir meslek olmuştur. Mesleğin gelişim sürecinde ebelik eğitiminde inovasyonun büyüktkisi olmuştur.

Günümüzde teknoloji ve eğitim sistemindeki değişimler, gebenin izlemi ve bakımının niteliğindeki değişimler, doğum serüveninde yenilikçi yaklaşımlar ve alternatif uygulamalar, anne ve bebek sağlığının önemi, ebelik öğrenci profilindeki beklentilerin değişmesi ve bilimsel bilginin uygulamaya yansıtılması ebelik eğitimindeinovasyon gereksinimi ortaya çıkarmıştır. Ebelik eğitiminde kanıta dayalı uygulamaların alana yansıtılması ve bilginin beceriye dönüştürülmesi için simülasyon uygulamaları, mesleki standardizasyon çalışmaları, ebelik ulusal çekirdek eğitim programları ve akreditasyon çalışmaları yapılmaktadır. Bunların yanında eğitimcilerin inovasyonu desteklemesi ve sürdürmek için destekleyici olması gerekmektedir. Ebelik eğitimi veren kurumların ortak bir vizyon çerçevesinde stratejik planlar geliştirmeleri ve ebelik öğrencilerinin mesleki bilgi ve becerilerinin gelişmesini destekleyen inovatif stratejilerin eğitimlerine entegrasyonu eğitim alanındaki inovasyon için temel adımları oluşturmaktadır.

İnovasyon, ebelik bakımında kalitenin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde hayati bir önem taşımaktadır. Günümüzde teknolojinin ilerlemesi doğumda gereksiz müdahale oranlarının artmasına neden olmuştur. Kanıta dayalı uygulamalar ile yapılacak müdahalelerin kanıt değeri taşımadığı belirlenmiştir. Ebelik bakım modeli ile bilimin ışığında gereksiz müdahalelerden kaçınılması sürecin yönetimi sağlanır. Ebelik eğitiminde geliştirilen inovatif bilincin bakım modellerine yansması bu süreçte oldukça etkili olmaktadır.

Sonuç olarak; ebelik eğitimi, küreselleşen dünyanın artan teknolojik olanakları, toplumun kültürel özellikleri, öğrencilerin profili, ülkenin gerçekleri, gereksinim ve koşulları dikkate alınarak yapılandırılmalıdır. Bu bağlamda inovatif stratejilerin geliştirilmesi ve ebelik bakım modeline yansıtılması mesleğin gelişimi için oldukça yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ebe, Ebelik Eğitimi, Ebelik Bakım Modeli, İnovasyon, İnovatif strateji.

Professional Reflections Of Innovation In Midwifery Education

ABSTRACT

In parallel with the development of education and technology, midwifery education has been constantly changing and developing from past to present. A professional profession with midwifery education programs, which is called as elik traditional midwifery ile until the 20th century and is often referred to as a professional field of science with time and experience as a result of the transfer of experiences by the master-apprentice relationship, which is considered as a professional science field in time. It has been. Innovation in midwifery education has had a great impact on the development of the profession.

Today, changes in technology and education system, changes in the quality of the follow-up and care of the pregnant, innovative approaches and alternative practices in the birth adventure, the importance of mother and baby health, changing the expectations in the midwifery student profile and reflecting the scientific knowledge to the practice have created the need for innovation in midwifery education. In midwifery education, simulation practices, professional standardization studies, midwifery national core training programs and accreditation studies are carried out to reflect the evidence-based practices in the field and to transform the knowledge into skills. In addition, educators need to be supportive to support and sustain innovation. The development of strategic plans within the framework of a common vision of midwifery education institutions and the integration of innovative strategies that support the development of the professional knowledge and skills of midwifery students constitute the basic steps for innovation in the field of education.

Innovation is vital in the development and maintenance of quality in midwifery care. Nowadays, the advancement of technology has caused unnecessary intervention rates at birth. Interventions with evidence-based practices did not show evidence value. In the light of midwifery care model, management of the process is provided by avoiding unnecessary interventions in the light of science. The reflection of innovative consciousness developed in midwifery education on care models is very effective in this process.

As a result; midwifery education should be structured by taking into account the increasing technological possibilities of the globalized world, the cultural characteristics of the society, the profile of the students, the realities and requirements of the country. In this context, developing innovative strategies and reflecting them on the model of midwifery care will be very useful for the development of the profession.

Key words: Midwifery, Midwifery Education, Midwifery Care Model, Innovation, Innovative strategy.

25 - LOHUSALARDA POSTPARTUM DEPRESYON İLE ANNE BEBEK BAĞLANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeliha ÖZŞAHİN1, Emine AKÇA2, Nilay GÖKBULUT

ÖZET

Amaç: Bu araştırma lohusalarda postpartum depresyon ile anne bebek bağlanması arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte planlanan bu araştırma haziran-eylül 2018 tarihleri arasında bir kamu hastanesinin lohusa servisinde yatan 371 lohusa üzerinde yürütülmüştür. Veriler, “lohusa Tanıtım Formu” “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği(EPDS)” ve “Anne Bebek Bağlanması Ölçeği (ABBÖ)” aracılığı ile elde edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, anova testi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması $28,0 \pm 5,7$ olan lohusaların %40,2’si ilkokul ve altı mezunu olup, %69,3’ü gelirinin giderine eşit olduğu ve %11,3’ünün suriyeli olduğu saptanmıştır. EPDS toplam puan ortalaması $5,61 \pm 4,51$, ABBÖ toplam puan ortalaması $2,49 \pm 3,65$ ’tir. EPDS ile ABBÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,171$) $p(0,001)$. Lohusaların postpartum depresyon düzeyleri arttıkça anne bebek bağlanması azalmaktadır. Suriyeli lohusaların EPDS ve ABBÖ’den aldıkları puanlar sırası ile $9,11 \pm 5,21$ ve $5,02 \pm 4,89$ iken Türk lohusaların EPDS ve ABBÖ’den aldıkları puanlar sırası ile $5,16 \pm 4,21$ ve $2,17 \pm 3,37$ ’dir ($p<0,05$). Suriyeli kadınların Türk kadınlara göre postpartum depresyon düzeyleri daha yüksek, anne bebek bağlanmalarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Postpartum depresyon düzeyi; algılanan gelir düzeyi, aile tipi, sosyal güvence, uyruk, bebek bakımına yardım edecek kişi varlığından etkilenirken, anne bebek bağlanması algılanan gelir düzeyi, yaşanılan yer, çalışmadurumu, sosyal güvence, uyruk, istenilen cinsiyette bebeğe sahip olma durumu ve doğum şeklinden etkilenmektedir. Postpartum depresyon düzeyi arttıkça anne bebek bağlanmasının azaldığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Depresyon, Bağlanma, Anne Bebek Bağlanması

The Relationship Between Postpartum Depression and Mother to Infant Bonding in Puerperants

Aim: This study was conducted to determine the relationship between postpartum depression and Mother to Infant Bonding in puerperants.

Method: This cross-sectional study was conducted on 371 puerperant who applied to a public hospital's maternity service between June-September 2018. The data of the study were collected using information form, Mother to Infant Bonding Scale MIBS, and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). The data were analyzed by using number, percentage, mean, standard deviation, independent sample t test, anova and Pearson correlation analysis were used.

Results: The mean age value of the participants was $28,0 \pm 5,7$, 40,2% of them were primary school graduate and below, 69.3% stated that the income was equal to the expenses and of the participants %11,3' syrian.

The average total score of the EPDS was $5,61 \pm 4,51$, the average total score of the MIBS was $2,49 \pm 3,65$. It is determined that there is significant correlation between the points of EPDS and MIBS ($r=0,171$) $p(0,001)$. While the scores of Syrian puerperants from EPDS and ABBÖ were $9,11 \pm 5,21$ and $5,02 \pm 4,89$, the scores of Turkish puerperants from EPDS and ABBÖ were $5,16 \pm 4,21$ and $2,17 \pm 3,37$. Postpartum depression levels were found to be higher in Syrian puerperants than in Turkish puerperants and Mother to Infant Bonding were found to be lower.

Conclusion : Postpartum depression level affected on socio-demographic characteristics like, perceived income status, type of family, nationality, baby care by the presence of the person, Mother to Infant Bonding, perceived income status, place of residence, working status, social security, nationality, the desired gender, having the baby and the shape of the birth is affected. As the postpartum depression level increases, it is observed that maternal infant attachment decreases.

Key words: Postnatal Depression, Bonding, Mother-to-infant Bonding

Giriş

Doğum sonrası depresyon doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde çoğunlukla ilk dört haftada başlar (1). DSÖ verilerine göre gebelerin %10'u, loğusaların %13 'ünde depresyon görülmektedir (2,3). Ülkemizde bu oran %12.5-%28.1 arasındadır (4,5). Doğum sonrası Depresyon yenidoğanın büyüme ve gelişimini bozar ve annenin annelik rolünü olumsuz etkiler (1). Bağlanma (attachment), yaşamın ilk günlerinde başlayan, duygusal yönü ağır basan ve olması beklenen bir durumdur (6). Yapılan birçok çalışmada henüz tam olarak kanıtlanmamasına karşın anne-bebek arasındaki ilk bağlanmanın doğum öncesi dönemde kurulduğu bunu takiben bağlanmanın gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde geliştiği ifade edilmektedir (7). Depresif ve anksiyeteli annelerin, bebeklerine karşı duyarlılıkları ve anne-bebek bağlanmaları daha az olmaktadır (8). Doğum sonrası Depresyonun anne bebek bağlanmasını etkilediğini söyleyen ve etkilemediğini söyleyen çalışmalar bulunmaktadır (1,8).

Bu çalışma lohusalarda postpartum depresyon ile anne bebek arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Bu araştırma tanımlayıcı niteliktedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü lohusa servisinde haziran 2018-eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü Kadın Doğum Polikliniklerine müracaat eden gebeler oluşturmuştur. Hastane kayıtlarına göre 2017 yılı içinde 7493 doğum olmuştur. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı ve %95 temsil gücüyle 366 lohusa olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerini sağlayan lohusalar ilgili evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir ve 371 lohusaya ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler, "**Lohusa Tanıtım Formu**", **Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği** **Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)** "ile toplanmıştır.

Lohusa Tanıtım Formu (EK-I): Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan lohusa tanıtım formunda, lohusaların sosyo- demografik özelliklerini (gebenin yaşı, medeni durumu, yaşadığı yer, eğitim ve çalışma durumu, sosyal güvence ve ekonomik durumu ve aile tipi) ve obstetrik özelliklerini (gebelik haftası, trimesteri ve obstetrik öykü) içeren 24 soru yer almaktadır.

Verilerin Toplanması

Veriler haziran 2018– eylül 2018 tarihleri arasında Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden hafta içi günlerde araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Yapılan görüşmeler ortalama 10 dk'da gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Lohusaların Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği Ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar

Bağımsız Değişken: Lohusaların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi SPSS 22.0 paket programını kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma, pearson korelasyon analizi, bağımsız gruplarda t testi ve One Way Anova testleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Tablo 1. Lohusaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=371)

Özellikler	n	%
Yaş grubu		
18-34 (yıl)	309	83,3
≥35(yıl)	62	16,7
Yaş (yıl) Ort± SS 28,0±5,7 (Min: ,Max:)		
Eğitim		
İlkokul ve altı	149	40,2
Ortaokul	107	28,8
Lise	76	20,5
Üniversite ve üstü	39	10,5
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	336	90,6
Çalışıyor	35	9,4
Algılanan Gelir durum		
Gelirim Giderimden Az	54	14,6
Gelirim giderime eşit	257	69,3
Gelirim giderimden yüksek	60	16,2
Aile tipi		

Çekirdek	264	71,2
Geleneksel	107	28,8
Yaşanılan yer		
İl	221	59,6
İlçe	104	28,0
Köy	46	12,4
Sosyal güvence		
Var	292	78,7
Yok	79	21,3
Uyruğu		
Türk	329	88,7
Suriyeli	42	11,3
Toplam	371	100

Tablo 1’de lohusaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan lohusaların yaş ortalaması $28,0 \pm 5,7$ olup, %83,3’ünün 18-34 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Lohusaların %40,2’sinin ilkokul veya daha altı düzeyde olduğu, %90,6 sının çalışmadığı, %69,3’ünün gelirinin giderine eşit olduğu ve %11,3’ünün Suriyeli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Lohusaların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=371)

Değişken	n	%
Gravida		
1.gebelik	86	23,2
2.gebelik	108	29,1
3.gebelik	94	25,3
4.gebelik ve üstü	83	22,4
Gebeliğin planlı olması		
Evet	286	77,1
Hayır	85	22,9
Doğum öncesi eğitim alma		
Evet	117	31,5
Hayır	254	68,5
Gebelikte sorun yaşama		
Evet	59	25,9
Hayır	312	84,1
Doğum şekli		
Normal	264	71,2
Sezeryan	107	28,8

Doğumda sorun yaşama		
Evet	46	12,4
Hayır	312	87,6
Bebeğinizi ne zaman kucağınıza aldınız		
1-30 dk arası	216	58,2
30-60 dk arası	97	26,1
1 saat ve daha uzun zaman sonra	58	15,6
Bebek bakımına yardım edecek kimse		
Var	304	81,9
Yok	67	18,1
Bebeğin yoğun bakımda yatma durumu		
Evet	20	5,4
Hayır	351	94,6
Toplam	371	100

Tablo 2’de lohusaların obstetrik özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Lohusaların %29,1’inin 2.gebeliğini yaşadığı, %77,1’inin planlı bir bebeğe sahip olduğu, %68,5’inin doğum öncesi eğitim almadığı, %71,2’sinin normal doğum yaptığı ve %58,2’sinin bebeğinin 1-30 dkarasında kucağına aldığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Lohusaların Sosyodemografik Özellikleri ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS) ve Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=371)

Değişken	EPDSÖ	ABBÖ
	Puan Ortalaması X ±SS	Puan Ortalaması X ±SS
Yaş grubu	5,50±4,40	2,48±3,51
18-34	5,94±4,85	2,55±4,12
≥35		
t ve p değeri	-,650;0,516	-,129;0,897
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	6,36±4,85	2,74±3,29
Ortaokul	5,23±3,89	2,40±3,29
Lise	5,06±4,30	1,94±3,17
Üniversite	4,84±4,78	2,84±4,16
F, p	2,406; 0.067	0,930;0,426

Algılanan gelir durum		
Gelirim giderimden az	7,75±5,17	3,61±4,25
Gelirim giderime denk	5,22±4,32	2,22±3,42
Gelirim giderimden fazla	5,31±4,11	2,61±4,05
F, p	7,442;0,001	3,219;0,041
Yaşanılan yer		
İl	5,57±4,39	2,05±2,84
İlçe	5,29±4,39	2,92±2,25
Köy	6,32±5,24	3,69±04,69
F , p	0,921; 0,431	3,210; 0,023

Tablo 3'te lohusaların sosyodemografik özellikleri ile edinburgh doğum sonu depresyon ölçeği (EPDS) ve anne- bebek bağlanma ölçeği (ABBÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Lohusalar algıladıkları ekonomik durumuna göre karşılaştırıldığında Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS) ve Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) Puan Ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $p<0.01$). Bu farkın gelir düzeyini kötü olarak algılayanlar ile gelir düzeyini iyi ve orta düzeyde algılayanlar arasında olduğu tespit edilmiştir.

Lohusalar yaşadıkları yere göre karşılaştırıldığında Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$, $p>0.01$). Fakat Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) Puan Ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $p<0.01$). Bu farkın il merkezinde yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Lohusaların Obstetrik Özellikleri ile Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS) ve Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=371)

Değişken	EPDSÖ Puan Ortalaması X ±SS	ABBÖ Puan Ortalaması X ±SS
Gebeliğin planlı olması		
Evet	5,51±4,44	2,41±3,68
Hayır	5,95±4,71	2,74±3,70
t, p	-795;0,427	-,707; 0,480
İstenilen cinsiyette bebeğe sahip olma		
Evet	5,45±4,47	2,28±3,42
Hayır	6,48±4,62	3,67±4,76

t, p	1,572;0,117	-2,635;0,009
Bilgi Alma durumu		
Evet	5,73±4,87	2,64±3,73
Hayır	5,55±4,34	2,44±3,67
t, p	0,347; 0,729	0,506; 0,613
Gebelikte sorun yaşama		
Evet	8,83±5,12	2,72±4,64
Hayır	5,57±4,37	2,44±3,41
t, p	-1,564; 0,119	-535;0,661

Tablo 4’de Lohusaların Obstetrik Özellikleri ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS) ve Anne- Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda lohusalar obstetrik özelliklerden istenilen cinsiyette bebeğe sahip olma karşılaştırıldığında ABBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $p<0.01$). İstenilen cinsiyettebebeğe sahip olanların bağlanmalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS) ve Anne Bebek Bağlanması Ölçeği (ABBÖ) toplampuan ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Anne Bebek Bağlanması Ölçeği (ABBÖ)
Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS)	
r	r= 0,171
p	p= 0,001

Tablo 6’da Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS) ve Anne Bebek Bağlanması Ölçeği (ABBÖ) PuanOrtalamaları Arasındaki Korelasyon verilmiştir. Buna göre EPDS ile ABBÖ arasında zıt bir ilişki olduğu, lohusaların depresyon puanı arttıkça Anne bebek bağlanması azalmaktadır

TARTIŞMA

Lohusalarda postpartum depresyon düzeyi ile anne bebek bağlanması arasındaki ilişkinin belirlenmesiamacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Postpartum depresyon, doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayabilir veya ortaya çıkış zamanı 6 ile 12 haftaya kadar uzayabilir. Bağlanma, anne-bebek arasında zaman içinde gelişen eşsiz

sevgi ilişkisidir (9).

Bu araştırmada Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS) toplam puan ortalamasının $5,61 \pm 4,51$, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) toplam puan ortalamasının $2,49 \pm 3,65$ olduğu tespit edilmiştir.

Algılanan gelir durumu ile anne bebek bağlanması karşılaştırıldığında gelirini kötü algılayanlar ile orta ve yüksek algılayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Literatürde benzer şekilde ekonomik durumun anne bebek bağlanmasını etkilediğini bildirmiştir (5,9,10). Elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışma durumu ve anne bebek bağlanması karşılaştırıldığında çalışan ve çalışmayan lohusalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). çalışan kadınların anne bebek bağlanmasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmayan gebelerde; ekonomik durumun kötü olmasının kadını güçsüzleştirdiği ve aileye yeni katılan bir bireyin varlığının sosyoekonomik açıdan kaygıyı arttıran bir faktör olduğu düşüncesinden kaynaklanabilir.

Literatürde bebeğin istenilen cinsiyette doğmamasının anne-bebek ilişkisini olumsuz etkileyebileceği bilgisi yer almaktadır (1,7,10,11). Annelerin istenilen cinsiyette bebeğe sahip olma durumları karşılaştırıldığında ABBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). İstenilen cinsiyette bebeğe sahip olanların bağlanmalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum toplumumuzda ilk çocuktan sonra annelerin bebeklerinin farklı cinsiyette olmasını istemesiyle bağdaştırılabilir. Bu bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Postpartum depresyon ve anne bebek bağlanması arasında bir ilişkinin olduğu, postpartum depresyon düzeyinin arttıkça anne bebek bağlanmasını azaldığı, doğum sonu depresyonun ve anne bebek bağlanmasının, sosyodemografik ve obstetrik (algılanan ekonomik durum, çalışma durumu, aile tipi, sosyal güvence, uyruk ve doğumdan sonra sosyal desteğin varlığı, yaşanılan yer, doğum şekli, istenilen cinsiyette bebeğe sahip olma) özelliklerden etkilendiği görülmektedir.

Postpartum dönemde sağlık profesyonellerinin girişimlerini planlarken fizyolojik rahatsızlıklar kadar psikolojik özellikleride sorgulamaları, postpartum depresyon varlığını tespit etmeye, ayrıca anne bebek bağlanmasını etkileyecek faktörleri belirlemesi ve bu konuda aile ile işbirliğine gitmesi anne bebek bağlanmasının artmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Delavari, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. The Relationship of Maternal-Fetal Attachment and Postpartum Depression: A Longitudinal Study. Archives of psychiatric nursing, 2018 32(2), 263-267.
2. World Health Organization. Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment Geneva. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/. 2012.
3. World Health Organization. Maternal mental health Geneva. Retrieved from

http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/. 2015

4. Kumcağız H. Yaşam Doyumu, Postpartum Depresyon Ve Özkıyım Olasılığı Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018 21.1: 1-9.
5. Arslantaş H, ERGIN, Balkaya F, Akdolun N. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risketmenleri. 2009.
6. Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., & Şenol, S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 2005 8(2), 88-99.
7. Kırca A. Ş., Savaşer, S. Doğum Sayısının Anne Bebek Bağlanmasına Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2017 4(3), 236-243.
8. Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., & Ashenfarb, A. L. Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment?. *Archives of women's mental health*, 2018: 1-4.
9. Bılgın Z, Alpar ŞE. Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri/The Relationship between Maternal Attachment Perception of Women's Maternal Role. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2018 5.1: 6- 15.
10. Şen S. (2007). Anneane- Anne- Bebek Bağlanmasının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
11. Erdemoglu Ç, Derya YA. The correlation of the gender of the fetus with prenatal attachment and perceived social support level. *Medicine Science* 2018 doi: 10.5455/medscience.2018.07.8768.

26 - YENİ BİR EĞİTİM YÖNTEMİ: SANAL GERÇEKLIK

Serap Çetintaş Öner*

Esin Çeber Turfan*

*Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

ÖZET

Ebelik- hemşirelik gibi uygulamalı alanlarda teknolojide e-öğrenme ve sanal gerçeklik simülasyonu gibi inovatif gelişimler meslek sahibi olacak öğrencilerin beceri gerektiren kazanımlarını artırarak öğrenmede kalıcı gelişim sağlamaktadır. Literatürde öğrencilerin yeterliliklerini, özgüvenlerini, klinik karar verme yeteneklerini geliştirmek için karma öğretim yöntemlerinin kullanımı ve simüle edilmiş öğrenme deneyimlerinin ortaya çıktığı gözlenmiştir. Öğrencilerin nadiren rastladıkları veya klinik ortam yetersizliği nedeniyle az gördükleri becerilerin uygulanmasında simülasyonun özellikle önemli olduğu görülmektedir. Simülasyon sınıflamasın da ileri teknoloji içerenler kısmına giren sanal gerçeklik, günümüzde sınırlı sayıda bulunmaktadır. Bu makalede sanal gerçeklik simülasyonunun beceri eğitimi ve ebelik alanında sağlayabileceği faydaları vurgulamak için literatür incelemesi yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Sanal Gerçeklik, Eğitim

ABSTRACT

Innovative developments such as e-learning and virtual reality simulation in technology in practical areas such as midwifery-nursing provide a permanent development in learning by increasing the skills that require skills for students who will have a profession. In the literature, it has been observed that the use of mixed-teaching methods and simulated learning experiences have emerged in order to improve students' competences, self- confidence, clinical decision-making skills. It is seen that simulation is especially important in the application of the skills that students rarely see or because of the lack of clinical environment. The virtual reality entering the advanced technology-containing part of the simulation classification is nowadays limited. In this article, literature review has been conducted to emphasize the benefits of virtual reality simulation in the field of skills training and midwifery.

Key Words: Midwifery, Virtual Reality, Education

Giriş

Sağlık alanında pratik becerilerin edinilmesi, hasta güvenliği ve diğer kısıtlılıklardan dolayı oldukça güçtür (1,2,3,4). Ebelik, pratik beceri ile kuramsal bilginin anlamlı bir şekilde birleşmesini gerektiren uygulamalı bir meslektir. Ebelik ve hemşirelik eğitimi verilen eğitim kurumlarında öğrenci sayılarının fazla olması buna karşın klinik uygulama yapacak ortamların az olması öğrencilerin yeterli düzeyde beceri ve deneyim kazanmasını önlemektedir (5,6). Son on yılda, yükseköğretimde ebe eğitiminin öğrencilere ulaştırılmasında önemli bir değişiklik olmuştur. Literatürde öğrencilerin özgüvenlerini, yeterliliklerini, klinik yargılarını ve karar verme yeteneklerini geliştirmek için karma öğretim yöntemlerinin kullanımı ve simüle edilmiş öğrenme deneyimlerinin ortaya çıktığı gözlenmiştir. Klinikte az görülen durumları veya klinik acil gibi durumlarda becerilerin uygulanmasında simülasyonun önemli olduğu görülmektedir. Son araştırmalar hem teori hem de simüle edilmiş öğrenme yöntemlerini kullanarak yapılan eğitimlerin yararlarını tanımlamaktadır (7). Klinik beceri eğitiminde risksiz olarak kullanılabilen sanal gerçeklik (VR) yöntemi ile sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu makalede sanal gerçeklik simülasyonunun beceri eğitimi ve ebelik alanında sağlayabileceği faydaları vurgulamak için literatür incelemesi yapılmıştır.

Gelişme

Türkiye’de ebelik eğitimi ve karma öğrenmenin rolü

Türkiye’de 1800’lü yıllarda formal eğitime başlayan ebelik mesleği 1982 yılında lise düzeyinde eğitime geçilmiştir. Ebelikte lisans eğitimi 1996 yılından itibaren verilmeye başlanmış olup ülkemizde hali hazırda 46 üniversite bünyesinde yer alan ebelik bölümü bulunmaktadır (8). Ebelik lisans eğitiminin içeriğinin çoğunu teori temelli dersler ve uygulamalı dersler oluşturmaktadır. Klinik uygulama stajına çıkılmadan önce çoğu üniversite tarafından gerek simülatörler ile gerekse maketler ile demonstrasyon yapılmaktadır. Böylece öğrenciler staja çıkmadan önce karşılaşacakları girişimleri tekrarlayarak deneme fırsatı bulmaktadır. Ancak, digital çağa geçiş, 2000’li yılların ortalarından beri giderek daha popüler hale gelen karma öğretim yöntemlerine doğru değişim göstermektedir. Karma öğrenme; öz yönelimli öğrenme modülleri, görsel-işitsel öğeler, çevrimiçi öğrenme, eleştirel düşünme alıştırmaları ve yüz yüze çalışma atölyeleri veya dersler gibi çeşitli öğretim yöntemlerinden oluşan karma bir yapıya sahiptir (9).

Ebelik eğitiminde simülasyonun ortaya çıkışı

Ebelik eğitiminde, karma öğrenme ortamlarına dahil edilen en yaygın kullanılan öğretim yöntemlerinden biri de simülasyondur. Simülasyon öğrenmeyle ilgili belirli hedeflere ulaşmak için gerçek dünyayı taklit etmeyi amaçlayan bir eğitim tekniğidir (10,11). Sağlık eğitiminde simülasyon son 40 yıldır çeşitli şekillerde olmasına rağmen (12), 2000’li yılların başlarında ebelik ve hemşirelik becerilerinin gelişimi için önemli bir eğitim stratejisi haline gelmiştir (13). Simülasyon öğretim yöntemleri senaryolar, simüle hastalar, düşük/orta/yüksek teknoloji simülasyonlar, maketler, sanal

gerçeklik vb. birçok biçimde mevcuttur (10,11,12,13). 2012’de yapılan bir sistematik derlemeye göre, ebelik becerilerine yönelik simüle edilmiş öğrenme yöntemlerinin yararlı olduğu ve öğretime daha geleneksel yaklaşımlar üzerinde önemli eğitimsel ve klinik avantajlara sahip olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Bu avantajlar arasında artan güven, yetkinlik ve karar verme yetenekleri ile iletişim becerilerindeki ve klinik kararlardaki gelişmeler yer almaktadır (13). Hemşirelik eğitiminde simülasyonların önemini gösteren çok sayıda çalışma olmasına rağmen ebelik eğitiminde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (14). Ebelik eğitiminde de gelişen teknolojiye ayak uydurarak öğretim yöntemlerini güncellemek önem arz etmektedir. Böylece öğrencilerin derslere daha aktif katılması sağlanır ve olumlu bir eğitim atmosferi oluşur.

Simülasyon Tipleri

Sağlık alanında kullanılan simülasyon araçları oldukça çeşitlidir. Literatürde bu araçların farklı şekilde sınıflandırılması bulunmaktadır. (1,15,16,17).

I. Yüksek teknoloji içermeyen simülasyonlar

Bilgisayar tarafından yönetilmeyen, hemşirelik ve tıp eğitiminde uzun yıllardır kullanılan araçlardır. Bunlar çeşitli şekillerde olabilirler. İki ya da üç boyutlu organ modelleri gibi anatomik modeller olabileceği gibi, fizik muayenenin yapılabildiği, düşük maliyetli beceri eğitim modelleri de bulunmaktadır. Ayrıca iletişim ve tanılama becerilerinin geliştirilmesini sağlayan simüle hastalarda ileri teknoloji içermeyen simülasyonlar sınıfına girmektedir (15,16).

II. İleri teknoloji içeren simülasyonlar

Bilgisayar tarafından yönetilen hardware ve software teknolojilerin kullanıldığı modellere ileri teknoloji içeren simülasyonlar adı verilmektedir. Bilgisayara ve videoya dayalı simülasyonlar için görüntüye dayalı simülasyonlar adı verilmektedir. Bunlar fizik muayene tekniklerinin, iletişim becerilerinin, etik ve mesleki değerlerin, fetüsün pozisyonu ve inişi, fetal kalp hızının değerlendirilmesi gibi dinamik süreçlerin öğrenilmesini sağlamaktadır. Gerçekliği düşük/yüksek girişimsel simülasyonlarda temel beceri parça-görev öğreticileri olarak kullanılmaktadır. Bunlar damar/kas içi uygulamalar, foley kateter takma, kan basıncı ölçümü, doğum ve ultrason simülasyonu bu grup altında toplanabilir. İleri teknoloji içeren simülasyonların bir başka grubu da interaktif hasta simülasyonlarıdır. Bu simülasyonlar karmaşık özellikler taşıyan bilgisayar kontrollü simülasyonlardır. Çeşitli senaryoların önceden yüklü olduğu bu sistemlerde hastanın tanısı konulabilir, tedavi edebilir, çeşitli girişimsel uygulamalar yapılabilir (15,16). Bir başka ileri teknoloji içeren simülasyonlardan biri de sanal gerçeklik sistemleridir. Kullanıcı birey kimliğine bürünen insanın hiper gerçek ortamı deneyimlemesini sağlamaktadır. Eğitim, tıp, mimarlık, eğlence ve tüketim sektörlerinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (18).

Sanal gerçeklik

Teknolojideki hızla gelişme, birçok disiplinin gelişmesine ve eski yöntem ve tekniklerin yeniden düzenlenmesine katkı sağlamaktadır. Gelişen teknoloji ile birlikte bilgisayar donanım ve yazılımı da sürekli güncellenmekte yeni donanım ve yazılım gelişmektedir. Ortaya çıkan bu yazılımlardan biri de var olmayı ortaya koymak adına soyut tasarım olanağı sağlayan sanal gerçekliktir. Sanal gerçeklik bilgisayar ortamında sanal bir ortamda üç boyutlu deneyim yaşandığı ortamlar olarak bilinir. Bu yeni teknoloji savunma ve havacılık endüstrilerinde, eğitimde, sağlıkta, satış pazarlamada, inşaat sektörü gibi birçok alanda yer almaktadır (19).

Sanal gerçekliğin tarihçesi

Sanal gerçeklik teknolojisi yeni medya teknolojilerinin ortaya çıkmasından sonra hızlı bir şekilde gelişme göstermiştir (18). Sanal gerçeklik kavramı ilk kez Jaron Lanier tarafından 1980'lerde oluşturulmuştur. Latince kökeni "virtualis" olan sanal gerçeklik var olmayanın, bilgisayar yazılım ve donanımları ile oluşturulan üç boyutlu dünya ile etkileşimimizi sağlayarak gerçek dünyadaki hissedilebilen objelere dönüşmesi için kullanılır. Sanal olan bu objeler sanal ortam aracılığı ile iletişimde bulunduğumuz gerçekte varmış algısı oluşturan bir ortama dönüşür (20,21). 1983 yılında ilk sanal gerçeklik konferansı Seattle'da gerçekleştirilmiştir. 1985 yılında McGreevy likid kristal görüntü sağlayan ve kafa hareketlerini sezebilen bir görüntü başlığı geliştirmiştir. 1989 yılında ise Siggraph'da ilk defa kişisel kullanım için üretilmiş olan VR CAD sistemi tanıtılmıştır (18). Sanal gerçeklik tarihine bakıldığında Gaddis sanal gerçekliğin tanımını, bilgisayar ile hayali dünyanın etkileşimi olarak açıklamış, Coates "başlık, gözlük ve kablolar vasıtasıyla kullanıcıların gerçekçi üç boyutlu durumları deneyimlemesini sağlayan elektronik simülasyonlardır" olarak ifade etmiştir. Oppenheim ise sanal gerçekliği makine ve insan arasındaki etkileşimin bazı görsel ve işitsel teknolojiler yardımı ile algılanması olarak tanımlamaktadır (22,23,24). Şekerci (2017) sanal gerçeklik kavramını 'bilgisayar ile oluşturulan üç boyutlu sanal ortamdaki şekillerin teknolojik donanımlar yardımıyla kişinin zihninde gerçek bir dünyada var olma hissi veren ve bu objelerle etkileşimde bulunmayı sağlayan teknoloji' olarak tanımlamıştır (19). 1990'dan itibaren yaşanan gelişmeler ile birçok şirket sanal gerçeklik için donanım üretmeye ve pazarlama yapmaya başlamışlardır.

Sanal gerçeklik ekipmanları

Sanal gerçeklik uygulamaları, sanal gerçeklik gözlüklerini içermektedir. Böylece, kullanan kişi gideceği noktayı ve baktığı doğrultuyu etkileşimli olarak belirleyebilecektir. Bir takım pozisyon izleyici aletlerin, kameraların bu tür gözlüklerle kombine edilmesiyle bilgisayar tarafından yaratılmış ortamlarda yürüme sağlanabilir. Görme duyusu, sanal ortamdaki objelerin yerlerini değiştirme, dokunma, fiziksel özelliklerini hissetme ve çevredeki sesleri işitme duyularını da kapsayacak şekilde genişletilebilir. Doğal olarak bu olanaklar, Data Gloves olarak adlandırılan özel eldivenleri, üç boyutlu ses kavramını ve benzeri teknolojik aletleri gündeme getirmektedir (25). Sanal gerçeklik uygulamalarında güçlü işletim sistemine sahip bilgisayarlara ihtiyaç duyulmaktadır. Burada bilgisayarlar, birer görüntü sağlayıcı olarak görev yapacaktır. Objelere ait üç boyutlu geometrilere

ilişkin veri tabanlarına ulaşmaya olanak tanıyacak ve uygulama programlarını çalıştıracaktır (20).

Sanal gerçeklik kullanımının olumlu yanları

Sanal gerçeklik uygulamaları sürükleyici ve etkili bir deneyim ortamı sağlamakla birlikte kişinin beceri kazanmasını, kendini değerlendirmesini ve uygulamanın defalarca tekrarlanabilmesini sağlar. İlgi çekici ve eğlenceli olduğu için öğrenenlerin motivasyonunu artırır ve etkin katılım sağlar. Gerçek yaşamda nadir karşılaşılan olayları görselleştirerek öğrenme fırsatı verir ve istenilen zamanda ve sayıda yapılabilmesini sağlar. Sanal gerçeklik uygulamaları öğrenenlerin problem çözme, kritik karar verme, eleştirel düşünme becerilerinin gelişimini destekler.

Sanal gerçeklik kullanımının olumsuz yanları

Sanal gerçeklik uygulamalarının en olumsuz yanı belirli bir bütçeyi gerektirmesi nedeniyle ekonomik boyutudur. Diğer yandan teknolojiyi müfredata entegre edebilmek için becerilerin kazandırılması zaman alıcı olabilmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak günümüzde bilim ve teknoloji hızla ilerlemekte ve toplumların gelişmişlik düzeyleri eğitim ile ölçülebilmektedir. Sanal gerçeklik uygulamasının ebelik alanında en önemli özelliği gerçek hayatta nadir yaşanan veya riskli olan durumların sanal ortamda oluşturulup bu konuda beceri kazandırılmasıdır. Henüz eğitimde yavaş yavaş yerini almaya başlasa da bu durum istendik sayıda değildir. Sanal gerçeklik uygulamaları yaparak ve yaşayarak öğrenmeyi sağlamasından dolayı öğrenmeyi en üst seviyeye taşımaktadır. Böylece geleceğin yeni bir öğrenme ortamı olan sanal gerçeklik uygulamalarının önemini vurgulanması, eğitimci ve öğrencilerin farkındalıklarının artırılması açısından bu makalenin katkısı olabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Kneebone R. Simulation in surgical training: educational issues and practical implications. *Medical Education* 2003;37:267–277.
2. Windsor JA. Role of simulation in surgical education and training. *ANZ J Surg.* 2009;79:127-132.
3. Law KE, Hildebrand E, Gomes JO, Hallbeck S, Blocker RC. A Comprehensive methodology for examining the impact of surgical team briefings and debriefings on teamwork. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 58th Annual Meeting 2014*; DOI 10.1177/1541931214581164.
4. Taçgın Z. Ameliyathanede Kullanılan Cerrahi Setlerin Öğretimine Yönelik Bir Sanal Gerçeklik Simülasyonunun Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Ana Bilim Dalı Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi Bilim Dalı Yayınlanmamış Tez, 2017.
5. Nulty DD, Mitchell MI, Jeffry CA, Henderson A, Groves M. Best practice guidelines for use of OSCEs: Maximising value for student learning. *Nurse Education Today* 2011;31:145-151.
6. Boztepe H, Terzioğlu F. Hemşirelik eğitiminde beceri değerlendirme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16:1.
7. Williams J, Jones D, Walker R. Consideration of using virtual reality for teaching neonatal resuscitation to midwifery students. *Nurse Education in Practice*, 2018;126-129.
8. Ebelik bölümü bulunan üniversite listesi. www.osym.gov.tr Erişim tarihi: 10.10.2018
9. Güzer, B., Caner, H., 2014. The past, present and future of blended learning: an in depth analysis of literature. *Procedia - Soc. Behav. Sci.* 116, 4596–4603.
10. Bogossian, F., McKenna, L., Higgins, M., Benefer, C., Brady, S., Fox-Young, S., Cooper, S., 2012. Simulation based learning in Australian midwifery curricula: results of a national electronic survey. *Women Birth* 25, 86–97.
11. Weller, JM., Nestel, D., Marshall, SD., Brooks, PM., Conn, JJ., 2012. Simulation in clinical teaching and learning. *Med. J. Aust.* 196, 1–5.
12. Nehring, WM., Lashley, FR., 2009. Nursing simulation: a review of the past 40 years. *Simulat. Gaming* 40, 528–552.
13. Cooper S, Cant R, Porter J, Bogossian F, McKenna L, Brady S, Young SF. Simulation based learning in midwifery education: A systematic review. *Women and Birth* 2012;25:64-78.
14. Tavşanlı NG, Kosova F, Bolsoy N, Altıparmak S, Demirci H, Şen S, Ulaş SC, Çalım Sİ, Çiçek Y, Şimşek HN, Bozhan E. Tam Donanımlı Doğum Simülasyon Sisteminin Öğrencilerin Ders Başarısına ve Problem Çözme Yeteneklerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2018;5(2):22-27.
15. Şendir M. Kadın sağlığı hemşireliği eğitiminde simülasyon kullanımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013;21;3:205-212.
16. Mıdık Ö, Kartal M. Simülasyona dayalı tıp eğitimi. *Marmara Medical Journal* 2010;23(3):389-399.
17. Bradley P. The history of simulation in medical education and possible future directions. *Medical*

18. Yengin D, Bayrak T. Sanal gerçeklik VR. Der Yayınları. 2017, İstanbul.
19. Şekerci C. Sanal gerçeklik kavramının tarihçesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017;10;54;1127-1133.
20. Bayraktar E, Kaleli F. Sanal gerçeklik ve uygulama alanları. Akademik Bilişim 2007 Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya, 31 Ocak-2 Şubat 2007.
21. Sarıkoç G. Sağlık çalışanlarının eğitiminde sanal gerçekliğin kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016;13(1):11-15.
22. Gaddis T. Virtual reality in the school. Virtual reality and education laboratory. East Carolina University. 1998.
23. Coates G. Program from invisible site a virtual sho, A Multimedia Performance Work Presented By George Coates Performance Works, San Francisco. 1992.
24. Oppenheim C. "Virtual reality and the virtual library. Information Services and Use", 1993;3;215-227.
25. Sui Y, Geng D, Allen CR, Burn D, Bell GD, Rowland R. "Three-dimensional motion system ("data-gloves"): application for parkinson's disease and essential tremor", IEEE international workshop on virtual and intelligent measurement systems, Budapest, Hungary, 2001:May 19-20. DOI: 10.1109/VIMS.2001.92489.

27 - TÜRKİYE'DE EBE LİDERLİĞİNDE SÜREKLİ BAKIMLA EVDE DOĞUMLARIN YÖNETİMİ

Merve KURT¹, Burcu YURTSAL¹,

¹Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ,

Uluslararası ebeler konfederasyonu (ICM), normal bir doğumu anne ve fetus arasındaki fizyolojik ve psikolojik etkileşime dayalı benzersiz ve dinamik bir süreç olarak tanımlar. Bu yaklaşım normal doğumun çok daha doğal, güvenli, yeterli ve hümanistik olduğunu savunmaktadır. Anne ve bebek sağlığı açısından sağlık personeli eşliğinde sağlık kuruluşlarında doğumun gerçekleşmesi temel bir ilke olarak kabul edilirken, özellikle son yıllarda gelişmiş ülkelerde ev ortamında planlı doğum gündeme gelmeye başlamıştır. Evde doğumun avantajı, annenin doğum süresince sürekli destek almasıdır. Sürekli destek anne ve yenidoğan sağlığı için yarar sağlar ve bu nedenle de teşvik edilir.

2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre Türkiye’de evde doğum oranı %10’dur. Bu doğumların %8’i geleneksel ebe veya akraba/arkadaş tarafından yaptırılmaktadır. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye’de evde doğum yapma oranını bölgelere göre değiştirmekle birlikte %12.7 ile %54.4 arasında olduğunu belirtmektedir. Amerika’da her yıl 23.843 kadın doğumunu evde yapmayı tercih etmektedir. Mısır’daki tüm doğumların yarısından fazlası evde gerçekleşmektedir. Bunların %10’unda doktorlar, %13.9’unda ebe ya da hemşireler bulunmaktadır. İngiltere’de yasal düzenlemelerle gebelere evde doğumun bir seçenek olarak sunulmasından bu yana evde doğum oranları %1’den %2’nin üzerine çıkmıştır. Diğer taraftan evde doğumun bir nevi devlet yaptırımı sayılabileceği Hollanda’da evde doğum oranı %30-40 arasındadır. Hollanda’nın sağlık sistemi, kadınları evde doğurmaya teşvik etmektedir. Ev ortamının daha doğal, sıcak ve güvenli oluşu üzerinde durulmakta ve bunun doğumu kolaylaştıran çok önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır.

Son kanıtlar, evde doğumun hastane kadar güvenli olduğunu göstermektedir. Düşük riskli kadınlar için evde planlı doğum azaltılmış müdahale ile ilişkilidir. Evde yapılan doğumlarda sezaryen doğumların ve postpartum hemoraji riskinin azaldığı, evde doğan bebeklerin Apgar skorlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. American College of Nurse-Midwives ve The Royal College of Midwives herhangi bir risk taşımayan kadınların uzman sağlık personelinin de katılımıyla evde doğum yapmalarını desteklemektedir.

Dünyada ebeler, doğum hizmetlerin de birincil bakım sağlayan sağlık çalışanları olarak kabul edilmektedir. Bakımın ebeler liderliğinde yürütüldüğü yerlerde prenatal dönemden postnatal döneme kadar bakım hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi ve sunulmasına ebeler liderlik eder. Türkiye’de ebe liderliğinde sürekli bakımla yönetilen evde doğumlarla maliyet etkin olarak anne ve yenidoğan sağlığı korunur ve yükseltilebilir.

28 - GLOBAL REKABETTE EBELİK EĞİTİMİN SANAL GERÇEKLİK, ARTIRILMIŞ GERÇEKLİK, HOLOGRAM İLE DESTEKLENMESİNİN ÖNEMİ

Öznur HASDEMİR¹, Zeliha Burcu YURTSAL²

¹İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Başkanlığı, Sivas

²Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas

Ebelik eğitiminde hedef yenilikçi, yaratıcı ve öncü, alanının gerektirdiği bilimsel bilgi ve becerilerle donanmış, ulusal ve uluslararası alanda tanınan ve tercih edilen ebeler yetiştirmektir. Bu nedenle, ülkemizde ve tüm dünyada nitelikli ebelerin çağın gerektirdiği değişimle yetiştirilmesi, gelişmiş ve uygulanabilir eğitim teknikleri ve öğrenme araçları arasına katılması son derece önemlidir. 21. Yüzyılda teknolojinin hızla gelişmesi tecrübe gerektiren tüm alanlarda olduğu gibi ebelik eğitiminde de; Sanal Gerçeklik (SG), Artırılmış Gerçeklik (AG) ve Hologram gibi kavramların farkında olunması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu yenilikçi teknolojilerin tarihi eskiye dayansada lisans ve lisansüstü eğitimlerin kalite standartlarının artırılması ve ekonomik olarak global rekabette önemli bir yere sahip olması kullanımını popüler hale getirmiştir. SG, AG ve Hologramlar öğrenmeye katılan duyu organı sayısını, bireyin kendini o ortamda hissetmesi, dönemin öğrenme kuşağındaki değişim göz önüne alındığında, doğrudan etkilemektedir. Dünya’da bu tekniklerin eğitime sağladığı imkânların öneminin konuşulduğu dönemin geride bırakıldığı, hologram ürünlerinden yararlanım süreçlerinin başladığı göz önünde tutulduğunda, sanal gerçekliğe dayalı uygulamaların ülkemizde yetersiz olduğu söylenebilir. Ülkemizde ve Tüm Dünya’da ebelik eğitiminde kullanımı değerlendirildiğinde simülasyon tekniğinden yararlanmanın ivme kazandığı görülürken; SG, AG ve Hologram tekniklerinin kullanımı ülkemizde görülmemektedir. Nitekim Avustralya’nın Newcastle Üniversitesinde sanal gerçeklik ile ebelerin öğrenme süreci içine girmesine olanak sağlayan bir projenin geliştirilmesi, bu proje ile ebelik öğrencilerinin teori ile klinik uygulama becerisi arasındaki boşluğu doldurmalarında ki memnuniyet ebelik mesleği adına oldukça heyecan vericidir. Yapılan araştırmalar; AG ve daha ileri boyut kazanmış formu Hologramların benzersiz etkileşim deneyimi ile dikkat, güven ve ilgi boyutunda öğrencilere yüksek motivasyon sağlayarak öğrenme ortamını eğlenceli ve güçlü hale getirdiğini göstermektedir. Ülkemizde öğretim elemanı sayısı ve fiziki profillerinin yetersiz olması, öğrenci sayısının fazlalığı, uygulama alanlarının yetersizliği ebelik mesleğinin başlıca sorunları arasında iken; ebelik öğrencilerinin dersin anlatımını gerçek zamanlı olarak ön sırada ve ekipten biri gibi 360 dereceyle izlemesi, anne karnında ki fetüsü detayları ile incelemeye fırsat bulması, zaman-mekan açısından özgürlüğü yakalaması, geleneksel ebelik eğitimini yok sayan değil doğum pratiğini artırmasını desteklemesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik Eğitimi, Sanal Gerçeklik, Artırılmış Gerçeklik, Hologram.

In global competition the importance of supporting midwifery education with virtual reality, augmented reality and hologram

The goal in midwifery education is to train students who are innovative and equipped with the scientific knowledge and skills, recognized and preferred in the national and international arena. Therefore, it is extremely important for our country and the world to participate in the training of qualified midwives with the advanced, applicable educational learning tools. The rapid development of technology in 21st century reveals the necessity to be aware of concepts like Virtual Reality(VR), Augmented Reality(AR) and Hologram. These innovative technologies have popular use in the history of undergraduate/graduate education as a basis for increasing the quality standards and having importance in global competition. VR, AR and Holograms directly influence the number of sensory organs participating in learning when the individual feels himself in the environment, given the change in learning curve of the time. Considering the importance of the opportunities provided by these techniques

in the world, the usage of holographic products and applications based on virtual reality are insufficient in our country. While the use of the simulation technique accelerates when the use in the education of midwifery is evaluated in our country and the whole world; the use of VR, AR and hologram techniques is not seen. In fact, the development of a project at Newcastle University allowing eBay to enter into the learning process with virtual reality is a thrill for midwifery students to fill the gap between theory and practice. According to researches, interactive experience of Holograms makes the learning environment funny and powerful providing high motivation to students in attention, trust and interest. While insufficiency of the number of teaching staff, physical environments, and the inadequacy of application areas are among the main problems of midwifery profession, it is believed midwifery students will participate the lessons in real time with 360°; the one has the opportunity to examine the fetus in mother's womb with details, to catch freedom in time and space and to support the birth practice not ignoring traditional midwifery education. Therefore, in the competition of global science and education, the lecturers and the midwifery students should not be insensitive.

Key Words: Midwifery Education, Virtual Reality, Augmented Reality, Hologram

29 - EBELİK LİSANS TAMAMLAMA ÖĞRENCİLERİNİN DİJİTAL OKURYAZARLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esin Çeber Turfan*, Birsen Karaca Saydam*, Rabia Ekti Genç*, Mahide Demirelöz Akyüz*

* Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İzmir.

ÖZET

Giriş ve Amaç:

Bu araştırmayla, uzaktan eğitim ebelik lisans tamamlama öğrencilerinin dijital okuryazarlık beceri durumu ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen araştırmanın evrenini Türkiye'nin değişik bölgelerinde ve birimlerinde çalışan, Ebelikte uzaktan eğitim lisans tamamlama programına kayıtlı ebeler oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında sosyo-demografik anket formu ile dijital okuryazarlık ölçeği kullanılmıştır. Dijital Okuryazarlık Ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Hamutoğlu tarafından 2017 yılında yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 85' dir ve ölçek puanı yükseldikçe dijital okuryazarlık durumu yükselmektedir. Verilerin analizi SPSS paket programında sosyo-demografik veriler için sayı yüzde dağılımı ve öğrencilerin, dijital okuryazarlığa ilişkin ölçek soruları için ortalama ve ki kare testi yapılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Öğrenciler, internete erişimde işyeri/ev bilgisayarını akıllı telefonlara göre daha sık kullandıkları ve günde ortalama 3.10 ± 3.00 (min:0.00-max:8.00) saat internet kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, Öğrencilerin, %14'ü bilmedikleri bilgiyi araştırmada interneti kullandıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %57'si uzaktan eğitim yöntemiyle öğrenmeyi yüz-yüze öğrenme yöntemine tercih etmiş ve %80'i uzaktan eğitimde interneti etkin kullanma becerisine sahip olmak gerektiğini belirtmiştir. Öğrencilerin dijital okuryazarlık ölçeği genel puan ortalaması 62.43 ± 1.27 (min:32.0-max:85.0) olarak saptanmıştır. Sınıflara göre puan ortalaması değerlendirildiğinde ise; birinci sınıf öğrencilerin puan ortalaması 60.22 ± 1.12 (min:35.0-max:85.0), ikinci sınıf öğrencilerin puan ortalaması 64.02 ± 1.36 (min:32.0-max:85.0), olarak saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızın sonucunda uzaktan eğitim ebelik lisans tamamlama öğrencilerinin dijital okuryazarlık ölçeği genel puan ortalamalarının yüksek olduğu ve öğrencilerin sınıf düzeyi yükseldikçe dijital okuryazarlık ölçek puan ortalaması da yükselmektedir.

Anahtar Kelime: Ebelik, Dijital, Okur-Yazarlık, Sağlık

Assessment Of Digital Literacy Status Of Midwifery Undergraduate Completion Students

ABSTRACT

Introduction and Aim: This study aimed to determine digital literacy skill status of distance learning midwifery graduate students and factors affecting this situation.

Method: Cross-sectional and descriptive study was conducted in different regions of the universe and unit working in Turkey has created a distance learning degree completion programs registered midwives in midwifery(N:86).No sample selection was made,all students who agreed to participate in study were included to study (n:86). A sociodemographic questionnaire and digital literacy scale were used to collect research data. Turkish validity reliability study of the digital literacy scale conducted by Hamutoğlu in 2017. The highest score that can be taken from scale is 85 and the digital literacy status increases as the scale score increases. Analysis of data was implemented by means of a percentage distribution for socio-demographic data and averaging and chisquare testing for students' scale questions on digital literacy in SPSS.

Findings:

The students reported that they used the Internet / home computer more frequently than the smart phones and they used 3.10 ± 3.00 (min: 0.00-max: 8.00) hours of internet per day. In addition, 14% of the students stated that they used the internet to investigate the information they did not know. 57% of the students preferred learning to face-to-face learning through distance learning and 80% stated that they should have the ability to use the internet effectively in distance education.The average score of the students' digital literacy scale was 62.43 ± 1.27 (min:32.0-max:85.0) The mean score of first grade students 60.22 ± 1.12 (min:35.0-max:85.0), the mean score of second grade students was 64.02 ± 1.36 (min:32.0-max:85.0).

Conclusion: As a result of our study, midwifery undergraduate completion students' digitalincreased, the digital literacy score scale average increased.

Key words: Midwifery, Digital Literacy,Health

Giriş

Değişimin çok hızlı yaşandığı günümüz dünyasında; bu değişime ayak uydurmanın kaçınılmaz sonucu olarak, öğretim ortamlarında bilgiye ulaşmayı, bilgiyi kullanmayı ve yaymayı sağlayacak her türlü araç kullanılmak zorundadır. Günlük yaşantının her alanına giren ve birçok kişi tarafından kullanılan internet, yüksek öğretim kurumlarında iletişim yanı sıra bilgiye ulaşma aracı olarak da yerini almaya başlamıştır. İnternet, birbirine bağlı bilgisayarlardan oluşan dünya çapındaki dev bir ağ olarak tanımlanmaktadır. Bu ağ sayesinde haberleşme ve bilgi paylaşımı yapılabilmektedir. İletişim ve bilgi teknolojisinin bireysel ve kurumsal yaşantının ayrılmaz bir parçası olduğu günümüzde; teknoloji gelişirken, teknolojinin kullanım yeterlilikleri de sürekli gelişmekte, bireysel ve kurumsal işlemler elektronik ortamda yürütülmektedir. Son yıllarda bireysel internet kullanımının özellikle eğitim, sağlık, iş alanlarında ve özel sektörlerde yaygınlaşması dikkat çekmektedir.

İnternet tabanlı uzaktan eğitim, eğitimin çağın koşullarına göre yapılmasını sağlamak için değerlendirilmesi gereken bir eğitim modelidir. Tam zamanlı bir işte çalışmakta olan birey, kişisel gelişimine yardımcı olan eğitim süreci için yeterli vakti ayıramamaktadır. Bu durum, internet tabanlı uzaktan eğitim modeli ile çözümlenebilmektedir. Bu model; çalışan kişilere yaşam boyu öğrenim amacı için de önemli bir fırsat sunmaktadır. Yeni bilgi ve iletişim teknolojilerinin öğretim programıyla bütünleştirilmesi öğrencilerin erişebilecekleri bilgi kaynaklarını da değiştirmiştir. Öğrenciler, kaynaklara ulaşmak için interneti yaygın olarak kullanmaktadırlar. E- öğrenmede teknoloji eğitimde kullanılırken, web tabanlı öğrenme, bilgisayar destekli öğrenme, çevrim içi öğrenme, internet tabanlı öğrenme, mobil öğrenme gibi kavramların literatüre girmesine neden olmuştur (Asabere 2013; Aslan,2006; Behera 2013; Garrison 2011; Mehdipour 2013). E- öğrenme daha fazla bilgisayar bilgisi gerektirmektedir. Ancak, bu kullanımlar belli derecede bir dijital okuryazarlık bilgisine ihtiyaç duymaktadır.

Kişilerin günlük yaşantılarında sosyal ağları kullanma, belli bir gruba üye olma, haber okuma, görüşlerini dile getirme, müzik dinleme, film izleme vb. gibi birçok farklı amaçlar doğrultusunda internet kullandığı gözlenmektedir. E-öğrenme'nin sağlık alanında da kullanılmaya başlanmasıyla dijital okuryazarlık önem kazanmaktadır (Ruiz ve ark, 2006).

Çok fazla internet deneyimi olmayan bireylerin; eğitim ve diğer amaçlarla internette karşılaştıkları kullanıcı profilleri, gezindikleri sitelerden elde ettikleri bilgiler ve sosyal ağlarda tanıştıkları bireyler ile iletişimde bulunurken dikkat etmeleri gerekmektedir. Bu bireylerin belirli bir seviyede dijital okuryazarlık becerilerine sahip olmasını gerekli kılmaktadır. Dijital okuryazarlık, farklı teknolojilerin doğru kullanılabilmesi ile birlikte doğru bilgiye ulaşma, üretme ve paylaşımında bulunabilme ve öğrenme-öğretme süreçlerinde teknolojiyi kullanabilme becerilerine sahip olmayı gerektirmektedir. 21. yüzyıl bireyleri için, güvenilir bilgiye ulaşma, güvenli internet kullanımı ve bilinçli internet kullanımı gibi dijital okuryazarlık becerileri önemli görülmektedir. Literatürde dijital teknolojilerin kullanılarak okuma-yazma gerçekleştirilmesi ile ilgili yapılan çalışmalar ile yükseköğretimde dijital okuryazarlığın önemi ile ilgili çalışmalar mevcuttur (Özbay ve Özdemir, 2014; Prior, Mazanov, Meacheam, Heaslip ve Hanson, 2016; Radovanović, Hogan ve Lalić, 2015; Tüzel ve Tok, 2013).

Sönmez ve Gül (2014), dijital çağda bireylerin karşılaştıkları dijital problemleri çözebilmeleri için, dijital okuryazarlık bilişsel becerilerine sahip olmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Çubukçu ve Bayzan (2013) dijital okuryazarlığın bilinen okuryazarlıktan bile daha önemli bir hal almaya başladığını belirtmektedir.

Farklı teknolojileri kullanarak güvenli internet kullanımını arttırmak, edinilen bilginin doğru/yanlışlığı hakkında karar verebilmek gibi becerilere sahip olabilmek için yapılan çalışmaların yanı sıra; bireylerin karşılaştıkları problemleri çözmede dijital okuryazarlık becerilerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Aksi durumda, bilginin çok hızlı bir şekilde yayıldığı günümüzde, güvenilirliği düşük, doğruluğu ispatlanmamış, provokasyon amaçlı yapılan yanlış bilgilendirmeler bireyler ve toplum açısından yanıltıcı sonuçlar doğurabilmektedir. Bu araştırmayla, uzaktan eğitim ebelik lisans tamamlama öğrencilerinin dijital okuryazarlık

beceri durumu ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen araştırmanın evrenini Türkiye'nin değişik bölgelerinde ve birimlerinde çalışan, Ebelikte uzaktan eğitim lisans tamamlama programına kayıtlı ebeler oluşturmuştur. Veri toplama yöntemi; internet aracılığı ile gerçekleştirilecek olup anket formu ve ölçek çalışmaya katılmayı onaylayan ebeler uzaktan eğitim portalı aracılığı ile gönderilmiş ve geri dönüş sağlanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında sosyo-demografik anket formu ile dijital okuryazarlık ölçeği kullanılmıştır. Sosyo-demografik anket formunda; öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve internet kullanım durumlarına yönelik toplam 21 soru bulunmaktadır. Dijital Okuryazarlık Ölçeği ise, Wan Ng (2012) tarafından geliştirilmiş 17 maddeden ve 4 faktörden oluşan (tutum, teknik, bilişsel ve sosyal) bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Hamutoğlu ve ark tarafından 2017 yılında yapılmıştır (Hamutoğlu ve ark. 2017). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 85' dir ve ölçek puanı yükseldikçe dijital okuryazarlık durumu yükselmektedir. Ölçekte "Kesinlikle Katılıyorum (5)", "Kesinlikle Katılmıyorum (1)" şeklinde 5'li Likert tipi bir derecelendirme kullanılmıştır. Ölçekte tersten puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin; TUTUM alt boyutunda 7 madde [en düşük puan 7, en yüksek puan 35], TEKNİK boyutunda 6 madde [en düşük puan 6, en yüksek puan 30], BİLİŞSEL alt boyutunda 2 madde [en düşük puan 2, en yüksek puan 10] ve SOSYAL boyutunda 2 madde [en düşük puan 2, en yüksek puan ise 10] bulunmaktadır. DOYÖ'nün hem birinci düzey hem de ikinci düzey Doğrulayıcı Faktör Analizinde yeterli uyum indeksleri vermesi; ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar üzerinden işlem yapılabileceği gibi ölçekten dijital okuryazarlığa ilişkin toplam bir puan da elde edilebileceğini ortaya koymaktadır. DOYÖ'nün alt boyutlarından ve ölçeğin genelinden alınan puanların yükselmesi, yüksek dijital okuryazarlığa işaret etmektedir.

Verilerin analizi SPSS paket programında sosyo-demografik veriler için sayı yüzde dağılımı ve öğrencilerin, dijital okuryazarlığa ilişkin ölçek soruları için ortalama ve ki kare testi yapılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Öğrenciler, internete erişimde işyeri/ev bilgisayarını akıllı telefonlara göre daha sık kullandıkları ve günde ortalama 3.10 ± 3.00 (min:0.00-max:8.00) saat internet kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, Öğrencilerin, %14'ü bilmedikleri bilgiyi araştırmada interneti kullandıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %57'si uzaktan eğitim yöntemiyle öğrenmeyi yüz-yüze öğrenme yöntemine tercih etmiş ve %80'i uzaktan eğitimde interneti etkin kullanma becerisine sahip olmak gerektiğini belirtmiştir. Öğrencilerin dijital okuryazarlık ölçeği genel puan ortalaması 62.43 ± 1.27 (min:32.0-max:85.0) olarak saptanmıştır. Sınıflara göre puan ortalaması değerlendirildiğinde ise; birinci sınıf öğrencilerin puan ortalaması 60.22 ± 1.12 (min:35.0-max:85.0), ikinci sınıf öğrencilerin puan ortalaması 64.02 ± 1.36 (min:32.0-max:85.0), olarak saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç:

Çalışmamızın sonucunda uzaktan eğitim ebelik lisans tamamlama öğrencilerinin dijital okuryazarlık ölçeği genel puan ortalamalarının yüksek olduğu ve öğrencilerin sınıf düzeyi yükseldikçe dijital okuryazarlık ölçek puan ortalaması da yükselmektedir.

Kaynaklar

1. Asabere N.Y. (2013). Benefits and challenges of mobile learning implementation story of developing nations. *International Journal of Computer Applications* 73 (1): 23-27
2. Aslan Ö. (2006). Öğrenmenin yeni yolu: E- öğrenme. *Fırat Üniversitesi sosyal Bil. Dergisi*, 16(2):121-131
3. Behera S.K. (2013). E- and M- learning: a comparative study. *International Journal Of Nes Trends in Education and their Implications*, 4(3):65-78
4. Garrison D.R. (2011). E- learning in the 21 st Century: A framework for research and practice. Second edition. New York: Taylor & Francis Group
5. Hamutoğlu NB , Güngören ÖN, Uyanık GK, Erdoğan DG, Dijital Okuryazarlık Ölçeği: Türkçe 'ye Uyarılma Çalışması, *Ege Eğitim Dergisi* 2017(18) 1: 408- 429
6. Mehdipour Y., Zerehkafi h. (2013). Mobile Learning for Education: Benefits and Challenges. *International Journal of Computational Engineering Research*, Vol, 03, Issue, 6.
7. Ng W., Can we teach digital natives digital literacy? *Computers & Education* 59 (2012) 1065–1078
8. Ruiz J.G et all (2006). The impact of E- learning in Medical education. *Academic Medicine*, 81(3):207-212

30 - EBELİK EĞİTİMİNDE MENTOLUĞA BAKIŞ

Gül ERTEM *, Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ**,

* Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, gul.ertem@ege.edu.tr, (+90)(232) 3881103

** Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İzmir, mahide.demireloz@ege.edu.tr, (+90)(232)3112851

ÖZET

Giriş:

Mentorluk kavramının kökeni 3500 yıl öncesine Yunan mitolojisine dayanmaktadır. Ortaçağda mentorluk, “öğretmen-öğrenci” ilişkisindeki öğrenci, mentorun deneyimlerinden yararlanan ve mentor öğrencinin gelişimine katkı sağlayan ve onu cesaretlendiren kişi olarak yorumlanmıştır. Günümüzde mentor kavramı bir başkasının kişisel gelişimine yönelik ilişki oluşturan; bu ilişkinin dinamik ve karşılıklı olmasını sağlayan kişi olarak tanımlanmıştır. Bir başka tanıma göre ise; mentor; rehber, akıl hocası, öğretmen, yol gösterici; güçlülere karşı kişi ya da kişileri hazırlayan, mücadele gücünü arttıran yol göstericidir. Mentorluk ise; daha deneyimli bir kişi ile (mentor) daha az deneyimli olan kişi (mentee) arasındaki gerçekleşen etkileşim, deneyimin paylaşımı ile bilgiye ulaşma sürecidir.

Amaç:

Bu derlemede; ebelik eğitiminin uygulamasında mentorluğun nasıl kullanılacağı ve mentorluk konusu ile ilgili literatür sunulması amaçlanmaktadır.

Sonuç

Nitelikli mentorluk, anne-bebeklerin sağlık ve esenliğini korumak için ebelik bakımında mükemmelliği sağlamak, güvenli, yetkin ve şefkatli ebeler haline gelebilmeleri için gerekli bilgi ve becerileri geliştirmesini sağlamak açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Mentörlük, Eğitim, Sağlık

A Look At The Midwifery In Midwifery Education

ABSTRACT

Introduction:

The root of the concept of mentoring is based on Greek mythology 3500 years ago. In the middle ages mentoring was interpreted as a "teacher-student" -related student, who benefited from the experience of the mentor and contributed to and encouraged the mentor student. Nowadays, the concept of mentor is the one that creates a relationship with another person's personal development; it is defined as the person who provides this relationship as dynamic and mutual. According to another definition; Ment; Guide, mentor, teacher, guide; preparing the person or persons against the difficulties, leading to increase the struggle power. Mentorship is; the actual interaction between a more experienced person (mentor) and a less experienced person (mentee) is the process of sharing experience and wisdom.

Aim:

In this compilation; how to use mentoring in the practice of midwifery education and to present the literature about mentoring.

Result:

Qualified mentoring is important to ensure that mothers-infants develop the knowledge and skills necessary to maintain excellence in midwifery care and to develop safe, competent and compassionate midwives to protect their health and well-being. In the future, mentoring can be a tool for the development of midwifery practice and knowledge through the promotion of new and experienced ebbs. Therefore; Midwives should be encouraged to seek appropriate mentors in their education and to fulfill their mentoring relationships.

Key words: Midwifery, Mentoring, Education, Health

Giriş:

Bu derlemede; ebelik eğitiminin uygulamasında mentorluğun nasıl kullanılacağı ve mentorluk konusu ile ilgili literatür sunulması amaçlanmaktadır. Mentorluk, birçok amaca ulaşmayı amaçlayan ve bireylerin potansiyellerini yerine getirmeleri için fırsatlar sunabilen iki birey arasında karmaşık ama çok güçlü bir ilişkidir.

Gelişme:

Mentorluk kavramının kökeni 3500 yıl öncesine Yunan mitolojisine dayanmaktadır. Ortaçağda mentorluk, “öğretmen-öğrenci” ilişkisindeki öğrenci, mentorun deneyimlerinden yararlanan ve mentor öğrencinin gelişimine katkı sağlayan ve onu cesaretlendiren kişi olarak yorumlanmıştır. Günümüzde mentor kavramı bir başkasının kişisel gelişimine yönelik ilişki oluşturan; bu ilişkinin dinamik ve karşılıklı olmasını sağlayan kişi olarak tanımlanmıştır. Bir başka tanıma göre ise; mentor; rehber, akıl hocası, öğretmen, yol gösterici; güçlüklerle karşı kişi ya da kişileri hazırlayan, mücadele gücünü arttıran yol göstericidir.

Mentorluk ise; daha deneyimli bir kişi ile (mentor) daha az deneyimli olan kişi (mentee) arasındaki gerçekleşen etkileşim, deneyimin paylaşımı ile bilgiye ulaşma sürecidir. Hemşirelik ve Ebelik Konseyi (The Nursing Midwifery Council (NMC)) ebelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında öğrenmeyi ve değerlendirmeyi desteklemek için zorunlu standartlar belirlemişlerdir. Mentor ebenin; bilgi, beceri ve yeterliğe ulaşmış onaylanmış ve akredite olan bir mentor programını tamamlamış olması gerektiğini belirtmektedir.

Klinik uygulamada ebe öğrencilerinin mentorluğu, nitelikli ve deneyimli bir ebe rolünün önemli bir parçasıdır. Mentorluk kişisel ve mesleki gelişim için destek verme süreci olarak düşünülebilir. Mentor, ebelik öğrencine; rol modeli gibi davranır, öğretir, teşvik eder ve geri bildirim sunar. Aynı zamanda mentor; bir rehber, destekçi ve danışman gibi davranır. Mentor-öğrenci ilişkisi, destekleyici rehberliği dengeleyerek, ilerlemeyle ilgili tarafsız ve tarafsız kararlar verebilme becerisini dengeleyen, açık sınırlarla profesyonel bir ortaklık olmalıdır.

Mentorun başlıca sorumlulukları şunlardır:

- a) Uygulamada öğrenci öğrenme etkinliklerinin düzenlenmesi ve koordine edilmesi
- b) Öğrencilerin öğrenim ortamında denetlenmesi ve onlara başarıları hakkında yapıcı geri bildirimlerin sunulması
- c) Gerçekçi öğrenme hedeflerinin başarısının belirlenmesi ve izlenmesi
- d) Becerilerin, tutumların ve davranışların da dahil olduğu toplam performansın değerlendirilmesi.
- e) Öğrencinin başarısı veya başarısızlığı durumunda program sağlayıcılarının gerektirdiği kanıtların sağlanması
- f) Geribildirimde bulunmak için başkalarıyla birlikte iletişim kurmak,
- g) Öğrencinin performansı ile ilgili kaygıları tespit etmek ve uygun şekilde harekete geçmek.

Mentor ile ebelik öğrencisi arasındaki ilişki, güven ve saygıya dayalı olmalıdır. Mentor

öğrencinin kaygılarını giderebilmeli, klinik uygulamada yüz yüze etkileşimde olup, göz temasının korunmalı, ve pozitif vücut dilinin göstermelidir. İyi bir klinik mentor; İlişki içindeki güç farklılıklarını en aza indirmeye çalışır ve öğrenci deolumlu etkileşimlerin gelişmesine yardımcı olabilmelidir.

Sonuç

Ebelik bakımında mükemmelliği korumak ve sonuçta, anne ve bebeklerin sağlık ve esenliğini korumak için yüksek nitelikli mentorluk, ebelerin, güvenli, yetkin ve şefkatli ebeler haline gelmek için gerekli bilgi ve becerileri geliştirmesini sağlamak açısından önemlidir. Gelecekte mentorluk, yeni ve tecrübeli ebelerin teşvik edilmesi yoluyla ebelik uygulamasının ve bilgisinin geliştirilmesine yönelik bir araç olabilir. Bu nedenle; Ebelik eğitimlerinde uygun mentorları aramaya ve mentorluk ilişkilerini yerine getirmeye teşvik edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Casey D & Clark L (2012): A collaborative approach to support trainee sign-off mentors. *NursingStandard* 27, 44-47.
2. Duffy K (2004): Mentors need more support to fail incompetent students. *British journal of nursing* (MarkAllen Publishing) 13, 582
3. Finnerty G & Collington V (2013): Practical coaching by mentors: Student midwives' perceptions. *NurseEducation in Practice* 13, 573-577.
4. Finnerty G, Graham L, Magnusson C & Pope R (2006): Empowering midwife mentors with adequate training and support. *British Journal of Midwifery* 14, 187-190.
5. Hayes C (2012) Skills for mentorship. In *Mentorship in healthcare* (Shaw ME & Fulton J eds.). M&K Publishing, London.
6. Hughes AJ & Fraser DM (2011): "There are guiding hands and there are controlling hands": Student midwives experience of mentorship in the UK. *Midwifery* 27, 477-483.
7. Miles S (2008): Make or break: the importance of good mentorship. *British Journal of Midwifery* 16,704.

31 - SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ETİK DUYARLILIKLARININ İNCELENMESİ; ADANA ÖRNEĞİ

Sultan Alan*, Şule Gökyıldız Sürücü*, Ayşe Şenoğlu**, Emine Akça***

*Doç. Dr. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Adana/Türkiye

**Ebe Sağlık Bakanlığı Adana İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, Adana/Türkiye

*** Arş. Gör. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Malatya/Türkiye

Özet

Amaç: Bu araştırma ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini 1 Ocak – 31 Mart 2017 tarihleri arasında okulda bulunan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 526 ebelik ve hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Veriler “Birey Tanıtım Formu” ve “Ahlaki-Etik Duyarlılık Anketi” ile toplanmıştır. Veriler sayı, yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma, independent t-test, One-Way Anova, Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması $20,95 \pm 2,135$ 'tir. Öğrencilerin %63,1'i hemşirelik bölümü öğrencisi ve %50,0'si birinci sınıfta okumaktadır. Öğrencilerin Ahlaki-Etik Duyarlılık Anketi toplam puan ortalaması $89,17 \pm 23,090$ 'dır. Öğrencilerin “medeni durumu” değişkeni ile ahlaki etik duyarlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Öğrencilerin “bölümü, okudukları sınıf, etik ile ilgili ders alması ve daha önce etik ikilem yaşama durumları” ile ahlaki etik duyarlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç: Bu araştırma sonucuna göre ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Etik Duyarlılık, Hemşire Öğrenci, Ebe Öğrenci, Etik Eğitimi

Examining The Ethical Sensitivity Of Health Sciences Faculty Students; The Case Of Adana

Abstract

Objective: This research was conducted as a descriptive study to examine the ethical sensitivities of midwifery and nursing students.

Materials and Methods: The study was conducted with 526 midwifery and nursing students who voluntarily accepted to participate in the research between January 1-March 31 2017. The research data were collected from Individual Identification Form and Moral Sensitivity Questionnaire. Data was analyzed by number, percentile, mean, standard deviation, independent t test, One-Way Anova, Mann Whitney-U test and Kruskal Wallis tests using SSPS 20.0 for Windows program.

Results: The average age of the students is 20.95 ± 2.135 . 63.1% of the students are students in the nursing department and 50,0% reported that they were in first grade. The Moral Sensitivity Questionnaire total score averages of the students was 89.17 ± 23.090 . A statistically significant relationship was found between ethical sensitivity and "marital status" of students ($p < 0,05$). A statistically significant relationship was not found between ethical sensitivity and "choosing the department, the class, taking lessons about ethics and experiencing ethical dilemmas before" of students ($p > 0,05$).

Conclusion: According to this research result, the ethical sensitivity of midwifery and nursing students was found to be moderate.

Key words: Ethical Sensitivity, Nurse Student, Midwife Student, Ethics Training

GİRİŞ

Son yıllarda sağlık sistemlerinde büyük değişiklikler yaşanmıştır. Bu değişiklikler bir takım değer sorunlarının yaşanmasına neden olduğundan sağlık alanında etiğin önemini ortaya çıkarmaktadır^{1,2}. İlk bakışta, ebelik ve hemşirelik uygulamaları ve onların yetkinlikleri, etikten bağımsız olarak ortaya çıkan klinik prosedürler olarak görülebilir ancak etik ve klinik prosedürler uygulamada birbirinden ayrılamaz². Ebe ve hemşirelerin hastalara uyguladıkları bakım hizmetleri sırasında hastaların kendi değerleri ve beklentileri ile ebe ve hemşirelerin kendi değerleri ve beklentileri çatışabilir. Bu durumda ortaya etik ikilemler çıkabilir. Uygulama sırasında etik ikilem yaşayan ebe ve hemşireler evrensel etik ilkeler doğrultusunda çözüm yolları bulmak durumundadır¹.

Günümüzde, etik açıdan hassas bakım sunabilecek ebe ve hemşirelere büyük ihtiyaç duyulmaktadır. Ebelik ve hemşirelik eğitimi verilen okullarda etik eğitiminin amacı yeterli etik sorumlulukları olan, etik ikilemler karşısında etik karar verme becerileri gelişmiş ebe ve hemşirelerin yetiştirilmesidir. Ancak, öğrencilerin klinik ortamlara girmeden önce etik duyarlılığa sahip olma derecesi tartışma konusudur. Bu bakımdan ebelik ve hemşirelik okullarının büyük sorumluluk taşımaktadır^{2,3}.

Ebe ve hemşirelerin etik problemleri tanınması ve doğru kararları alması için etik duyarlılık düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir. Bu doğrultuda araştırma; ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın evrenini 2016-2017 Eğitim-Öğretim yılı Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan 1400 ebelik ve hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Power analiz yapıldığında örneklem büyüklüğü, %99 güven aralığı ve %80 temsil gücü ile 451 öğrenci olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini 1 Ocak – 31 Mart 2017 tarihleri arasında okulda bulunan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 526 ebelik ve hemşirelik öğrencisi oluşturmuş, evrenin %37'sine ulaşılmıştır. Tüm katılımcılardan araştırmaya başlamadan önce bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve bilimsel kurul onayı alınmıştır (Karar no:22/13 Ocak 2017).

Araştırmanın verileri “Birey Tanıtım Formu” ve “Ahlaki-Etik Duyarlılık Anketi (ADA)” ile toplanmıştır. Birey tanıtım formu; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 9 soru ve mesleki özelliklerine ilişkin 11 sorudan oluşan bir formdur.

ADA, etik duyarlılığı ölçmek amacıyla, Lutzen (1994) tarafından İsveç'te geliştirilmiş, Tosun (2005) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır^{4,5}. ADA, Otonomi (10, 12, 15, 16, 21, 24, 27. maddeler), Yazar

Sağlama (2, 5, 8, 25.

maddeler), Bütüncül Yaklaşım (1, 6, 18, 29, 30. maddeler), Çatışma (9, 11, 14. maddeler), Uygulama (4, 17, 20, 28. maddeler) ve Oryantasyon (7, 13, 19, 22. maddeler) olmak üzere 6 alt boyut ve 30 maddeden oluşan bir ölçüm aracıdır. 3, 23, 26. maddeler herhangi bir alt boyut arasında yer almamaktadır. Ölçekteki maddeler yedili likert tipi olup puanlaması “Tamamen katılıyorum” (1) ile “Hiç katılmıyorum” (7) arasında derecelendirilmektedir. 1 puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir. ADA'dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 210'dur. Düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise düşük duyarlılığı göstermektedir.

İstatistiksel analiz

Toplanan veriler “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) for Windows 20.0 istatistik paket programında sayı, yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma, independent t-test, One-Way Anova, Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1’de çalışmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri özetlenmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması $20,95 \pm 2,135$ (Min=17, Max=36)’tir. Öğrencilerin %84,0’ü kız, %96,2’si bekar, %85,0’i çekirdek aile yapısına sahip ve %83,8’i gelir durumunu gelir gidere denk şeklinde ifade etmiştir.

Tablo 1: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	442	84,0
Erkek	84	16,0
Medeni durum		
Evli	20	3,8
Bekar	506	96,2
Aile tipi		
Çekirdek aile	447	85,0
Geniş aile	70	13,3
Parçalanmış aile	9	1,7
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	56	10,6
Gelir gidere denk	441	83,8
Gelir giderden fazla	29	5,5
Toplam	526	100
Katılımcıların yaş ortalaması: $20,95 \pm 2,135$ (Min=17, Max=36) tir.		

Tablo 2’de öğrencilerin mesleklerine ilişkin özellikleri ve görüşlerinin dağılımı görülmektedir. Öğrencilerin %63,1’i hemşirelik bölümü öğrencisi ve %50,0’si 1. sınıfta okumaktadır. Öğrencilerin %57,0’si öğrenimsüresince etik ile ilgili ders aldığını ve %33,3’ü ise etik ikilem yaşadığını bildirmiştir.

Tablo 2: Öğrencilerin Mesleklerine İlişkin Özellikleri ve Görüşlerinin Dağılımı

Öğrencilerin Mesleklerine İlişkin Özellikleri ve Görüşleri	n	%
Bölüm		
Ebelik	194	36,9
Hemşirelik	332	63,1
Sınıf		
1. Sınıf	263	50,0
2. Sınıf	95	18,1
3. Sınıf	29	5,5
4. Sınıf	139	26,4
Etik ile ilgili ders alma		
Aldım	300	57,0
Almadım	226	43,0
Etik ikilem yaşama durumu		
Yaşadım	175	33,3
Yaşamadım	351	66,7
Toplam	526	100

Öğrencilerin ADA’dan aldıkları toplam puan ortalaması Tablo 3’te gösterilmektedir. Öğrencilerin ADA toplampuan ortalaması $89,17 \pm 23,090$ ’dır.

Tablo 3: Öğrencilerin ADA’dan Aldıkları Toplam Puan Ortalaması

Ölçek ve Alt Boyutları	Ortalama\pmSS	Dağılım Aralığı
ADA	$89,17 \pm 23,090$	30-184

Öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile ADA toplam puanları arasındaki ilişki Tablo 4’te incelenmiştir. Öğrencilerin “medeni durumu” değişkeni ile ahlaki etik duyarlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Evli öğrencilerin bekarlara oranla, yaşamını daha çok köyde geçiren öğrencilerin il ve ilçede geçirenlere oranla ahlaki-etik duyarlılıkları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada öğrencilerin “cinsiyet, aile tipi ve ekonomik durumu ile ahlaki etik duyarlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ahlaki Etik Duyarlılık Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	ADA		
	Mean±SS	F/t/Z/X ² Değeri	P
Cinsiyet			
Kız	88,73±22,188	-0,878	0,382
Erkek	91,51±27,384		
Medeni durum			
Evli	98,35±22,022		
Bekar	88,49±22,991	-2,140	0,032
Aile tipi			
Çekirdek aile	88,90±22,324	0,078	0,962
Geniş aile	90,37±26,884		
Parçalanmış aile	93,44±30,525		
Ekonomik durum (KWT)			
Gelir giderden az	88,84±24,784	1,616	0,446
Gelir gidere denk	88,99±22,544		
Gelir giderden fazla	92,59±28,116		
Toplam	89,17±23,090		

Bu çalışmada öğrencilerin mesleklerine ilişkin özellikleri ve görüşleri ile ADA toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 5'te incelenmiştir. Öğrencilerin “bölümü, okudukları sınıf, etik ile ilgili ders alması ve daha önce etik ikilem yaşama durumları” ile ahlaki etik duyarlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5: Öğrencilerin Mesleklerine İlişkin Özellikleri ve Görüşlerine Göre Ahlaki Etik Duyarlılık Puanlarının Karşılaştırılması

Öğrencilerin Mesleklerine İlişkin Özellikleri ve Görüşleri	ADA		
	Mean±SS	F/t/Z/X ² değeri	p
Bölüm			
Ebelik	89,03±21,054	-0,113	0,910
Hemşirelik	89,26±24,231		
Sınıf (KWT)			

1.Sınıf	86,56±23,587	7,826	0,050
2.Sınıf	93,33±23,841		
3.Sınıf	89,38±22,017		
4.Sınıf	91,24±21,385		
Hayır	89,06±24,429		
Etik ile ilgili ders alma			
Aldım	89,90±22,349	0,830	0,407
Almadım	88,21±24,054		
Etik ikilem yaşama durumu			
Yaşadım	90,92±24,398	1,225	0,221
Yaşamadım	88,30±22,394		
Toplam	89,17±23,090		

TARTIŞMA

Bu çalışmada sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerin etik duyarlılıkları incelenmiştir. Etik duyarlılık ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan ve toplam puan düştükçe etik duyarlılığın arttığı göz önünde bulundurulduğunda, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu (89,17±23,090) belirlenmiştir. Bu sonuçlar sağlık profesyonellerinin etik duyarlılıklarını yansıtması bakımından oldukça önemlidir.

Başak ve ark. (2010) yoğun bakım hemşireleri ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin %78,9'unun, Yılmaz ve ark (2018)'nin dahili kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin %74,0'ünün etik konusundaki bilgilerinin hemşirelik eğitimi sırasında kazandığını belirtmişlerdir⁶⁻⁸.

Karaca ve ark. (2016) ebelik

öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin yalnızca %32,7'sinin etik dersi aldıklarını belirtmiştir⁹.

Aydoğan ve Ceyhan (2018) acilde çalışan sağlık personellerinin etik duyarlılıklarını inceledikleri çalışmalarında sağlık personellerinin %67,2'sinin etik ile ilgili eğitim aldıklarını bildirmiştir¹⁰. Bizim çalışmamızda öğrencilerin

%57,0'si etik dersi almıştır. Ebelik ve hemşirelik lisans eğitim programında etik dersi yer almasına rağmen öğrencilerin tamamının etik dersi almama nedeninin gruplar arasındaki sınıf farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Etik ikilemler bir eylem sırasında ya da karar verilmesi gereken bir durumda iki değer arasındaki karmaşandan kaynaklanır. İki değer çatıştığında, etik ilkeler dikkate alınarak karar verilmesi gerekir. Etik ilkeler doğrultusunda karar verebilme ve ilkeler çatıştığında çözüm bulma becerisi, mesleki deneyimle ve karşılaşılan vaka sayısı ile ilişkili olarak gelişmektedir. Aydın ve ark. (2017) ebelik

öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin

%57,7'sinin etik sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir¹. Karaca ve ark. (2016) çalışmalarında öğrencilerin çoğunun (%56,9) etik ikilem yaşamadığını ifade etmesine rağmen, etik ikilem yaşama sıklığını 'bazen yaşıyorum' (%58,8) olarak bildirdiklerini belirtmişlerdir⁹. Bizim çalışmamızda da öğrencilerin %33,3'ü etik ikilem yaşadığını bildirmiştir. Bu sonuçlara göre öğrencilerin klinik deneyimlerinin az olması nedeniyle etik ikilem yaşadıkları ve etik ilkeler doğrultusunda karar vermede zorlandıkları düşünülmektedir.

Aydın ve ark. (2017)'nin ebelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin etik duyarlılık anketi toplam puan ortalamasına göre etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır¹. Karaca ve ark. (2016) hemşirelik ve ebelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin etik duyarlılık ölçeği puan ortalamalarının orta düzeyde olduğunu, ebelik ve hemşirelik öğrencileri ölçek puanları arasında fark olmadığı belirtmiştir⁹. Bizim çalışmamızda da öğrencilerin etik duyarlılığının orta düzeyde olduğu, ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin ölçek puanları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Dolayısıyla bu sonuç, literatürle uyumlu olarak yorumlanmıştır. Bu durumun, ebelik ve hemşirelik öğretim müfredatlarında çoğu dersin ortak olmasından dolayı öğrencilerin benzer gelişim göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlar; araştırma kapsamına birinci sınıftan dördüncü sınıfa kadar olan tüm öğrenciler alınmıştır. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin etik derslerini aldıkları sınıflar farklılıklar göstermektedir. Etik dersi almayan öğrenciler, etik kavramlar ve etik ikilemler hakkında bilgi sahibi olmadan soruları cevaplamak durumunda kalmıştır.

Bu araştırma sonucuna göre sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Ebe ve hemşirelerin uygulama sırasında karşılaşılabilecekleri etik ikilemler karşısında doğru kararlar alması için etik duyarlılık düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir. Etik duyarlılığın gelişmesinde etik eğitimi, eğitimcinin bilgi beceri ve tutumu, meslektaşlarla ilişkiler önemli rol oynar. Bu nedenle ebelik ve hemşirelik eğitim programında mesleki etik eğitimin gözden geçirilerek, ebe ve hemşirelerin klinik karar verme, eleştirel düşünme ve problem çözme becerisini sağlayacak içerik ve yöntemlerle verilmesi, eğitimlerin örnek vakalarla desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aydın Y, Dikmen Y, Kalkan SC. Ebelik Öğrencilerinin Hasta Bakım Uygulamalarında Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. 2017.
2. Borhani F, Abbaszadeh A, Hoseinabadi-Farahani MJ. Moral sensitivity and its dimensions in Iranian nursing students. *J Med ethics Hist Med.* 2016;9.
3. Nazan Kilic Akca PhD RN, Simsek N, Dilek Efe Arslan PhD RN, Senturk S, Akca D. Moral Sensitivity among Senior Nursing Students in Turkey. *Int J Caring Sci.* 2017;10(2):1031.
4. Lützn K, Nordin C, Brolin G. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *Int J Methods Psychiatr Res.* 1994.
5. Tosun H. Sağlık Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İnkilemlere Karşı Hekim Ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.* 2005.
6. Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg.* 2010;52(2):76–81.
7. Fırat B, Karataş G, Barut A, Metin G, Dilek S. Acil Servis Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg.* 2017;10(4).
8. Yılmaz D, Düzgün F, Yılmaz DU, Korhan EA, Dikmen Y. Dahili Kliniklerde Görev Yapan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Üniversite Hastanesi Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg.* 2018;11(2).
9. Karaca T, Yalvaç S. Ebelik Öğrencilerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *JACSD.* 2016:48–62.
10. Aydoğan A, Ceyhan Ö. Acilde Çalışan Sağlık Personelinin Etik Duyarlılıkları.

32 - MIDWIFERY AND MENTORING

Öğr. Gör. Deniz BATMAN, Dr. Öğr. Üyesi Aysel BÜLEZ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Özet

Giriş: Mentorluk tecrübeli bir bireyin, kendisinden tecrübesiz bir diğer bireyi, gerek teori gerekse uygulama açısından yetiştirilmesi anlamında kullanılmaktadır. Günümüzde mentorluk uygulamaları sağlık sisteminde önemli hale gelmiştir. Sağlık sisteminde önemli rol ve sorumluluğa sahip olan mesleklerin başında ebeler yer almaktadır. Ebeler kadınlara ve, meslektaşlarına ve meslekteki öğrencilere mentorluk yapmaktadırlar. Bu açıdan ebelikte mentorluk önemli ve incelenmesi gereken bir konudur.

Amaç: Bu derleme, ebelik mesleği ve mentorluk hakkında literatür bilgisi kapsamında bilgi vermek amacıyla oluşturulmuştur.

Bulgular ve Sonuç: Ülkemizde ebelikte mentorluk yeni bir kavram olup, konuyla ilgili bilimsel çalışmalar sayıca oldukça az olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmaların öğrenci ebe ve mentor arasındaki durumu belirlemek için öğrencilerle yapılmış olduğu belirlenmiştir. Ebelikte mentorlukla ilgili sayı ve yöntem olarak farklı bilimsel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun yanısıra mentorluk üniversite ebelik bölümlerinde ders konusu olarak verilmesi olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmektedir. Kurumsal açıdan ise mentorlukla ilgili hizmetiçi eğitim verilerek farkındalık oluşturulmalı ve mentorluk yapan ebeğin görevi resmi boyutta uygulanarak sonuçları değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Mentor, Mentee

Midwifery And Mentoring

Abstarct

Introduction: Mentoring is used to mean that an experienced individual is trained by himself or another inexperienced individual, both theory and practice. At the present time, mentoring practices have become important in the health care system. Midwives that have an important role and responsibility in the health system. Midwife is a mentor for women, colleagues and students midwives. From this point of view, mentality in the midwifery is an important issue and needs to be examined.

Aim: This review was designed to provide information about the literature on mentoring and midwifery. **Findings and Conclusion:** Mentorship in midwifery is a new concept and it is seen that scientific studies related to this subject are very few in number in Turkey. There were determined that the studies conducted were made with students to determine the status between student midwives and mentor. Different scientific studies are needed for the number and method of mentoring in midwifery. In addition to this, mentoring is given as a positive development in university midwifery departments. From an institutional viewpoint, awareness should be formed by providing with training about mentoring and the task of the mentor should be applied on the official scale and the results should be assessed.

Key Words: Midwifery, Mentor, Mentee

Giriş

Mentorluk tecrübesiz bir bireyin, alanında uzman olan bir kişi tarafından, gerek teori gerekse uygulama açısından yetiştirilmesi olarak tanımlanabilmektedir. Günümüzde mentorluk uygulamaları sağlık sisteminde önemli hale gelmiştir. Sağlık sisteminde önemli rol ve sorumluluğa sahip olan mesleklerin başında ebeler yer almaktadır. Ebeler, kadınlara ve yakınlarına, meslektaşlarına ve meslekteki öğrencilere mentorluk yapmaktadırlar. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu ebelik mesleğinin tanımını yapmış ve doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan ve gerekli tavsiyelerde bulunan bir profesyonel ifadesine tanımında yer vermiştir (ICM,2012). Bu tanımda ebenin mentor kimliğinden söz edilmektedir. Ayrıca mesleğe yeni başlayan meslektaşlarının mesleki ve kurumsal adaptasyonunda da rehberlik ettikleri bilinmektedir. Yine öğrencilerin mesleki bilgi ve becerilerinin gelişimine mesleki stajlarında destek oldukları söylenilebilir. Bu açıdan ebelikte mentorluk önemli ve incelenmesi gereken bir konudur. Bu derlemenin amacı, ebelik mesleği ve mentorluk süreci hakkında literatür bilgisi kapsamında bilgi vermektir.

Mentorluk Terimi ve Mentorluk Türleri

Mentorluk terimi çağımızda sıkça kullanılmaya başlanan bir kavram haline gelmiştir (Bakioğlu ve Hacıfazlıoğlu 2000). Mentorluk, karşılıklı güven, anlayış ve empati kavramlarını bünyesinde bulundurur. Farklı tutum ve davranışlara bağlı olarak iyi bir mentorun tek bir tanımı olduğunu söylemek mümkün değildir. Mentorluk tecrübesiz bir bireyin, alanında uzman olan bir kişi tarafından, gerek teori gerekse uygulama açısından yetiştirilmesi olarak tanımlanabilmektedir (Coşkun 2016). Kökeni Yunan Mitolojisine dayanan “Mentor” faydalı bir deneyime, bilgi birikimine, beceriye veya uzmanlığa sahip olan bir kişinin bilgi ve deneyimlerini paylaşan kişi olarak tanımlanır (Rustgi ve Hecht 2011). Mentorluk, öğretici (mentor) ile öğrenen (mentee) arasında gerçekleşen deneyimin ve bilgi paylaşma sürecidir (Kuzu vd.2012). Bu süreç, aylar veya yıllarca sürebilen uzun bir dönemdir (Şen ve Alan 2014, Wagner ve Seymour, 2007).

Bir kişinin etkin bir mentor olabilmesi için kıdemli ve deneyimli olmasını yanı sıra, yeterli eğitim, donanım ve değerlere sahip olması gerekmektedir (Aslan 2013). Klasik anlamında mentor menteeden yaşça büyük olma özelliğine sahiptir. Ancak özellikle son dönemde yeni nesil (internet nesli) bilgiye daha kolay ulaşabilmekte ve bilgisayar ve teknolojinin kullanımında yaşlılardan tecrübeli olabilmektedirler (Crisp ve Cruz 2009). Bu açıdan günümüzde mentorluğun yaşla ilişkilendirilmesinin uygun bir bakış açısı olmadığı söylenebilir.

Mentor yeni fikirler üretmek, kendini geliştirmeli, mentee ile konuları tartışarak, yeni bakış açıları geliştirmeli ve menteenin gelişimine katkıda bulunmalıdır (Barutçugil, 2004). Etkin bir mentorluk, iş ortamında iletişimi geliştirdiği ve güven duygusunu desteklediği için performans ve verimlilik artışı sağlayabilmektedir (Çınar 2003). Modern çağ ile birlikte, mentorluk uygulamaları sağlık sisteminde daha önemli hale gelmiştir (Coşkun 2016, Chung 2012).

Farklı mentorluk gruplamaları ile karşılaşılacakla birlikte genel olarak; birebir mentorluk,

akran mentörlüğü, grup/takım mentörlüğü, ters yönde mentorluk ve kendine mentorluk şeklinde sayılabilir. Bu tanımlar incelendiğinde; birebir mentorluk; yaşlı bir mentorun bilgi ve tecrübesini genç bir mentee ile paylaşması, akran mentörlüğü; benzer şartlara sahip akranların öğrenme sürecinde birbirine destek olması, takım/grup mentörlüğü; farklı özelliklere sahip en az 3-4 kişinin etkileşimde bulunması, ters yönde mentorluk; tecrübe sahibi gencin bilgiyi kendinden yaşça büyük kişiye aktarması ve kendine mentorluk ise; kişinin belli hedefler doğrultusunda bireysel olarak süreci kendi kendine yürütmesidir (Crisp ve Cruz 2009).

Mentorluğun Avantaj ve Dezavantajları

Mentörlüğün avantajları; daha etkin problem çözme yolları geliştirme, yeni uygulamalardan haberdar olma, mesleki gelişim sağlama, kendine olan saygının artması, farklı yaklaşımları görme, iş doyumunun artması ve yeni öğrenmeler için cesaretlendirme şeklinde sayılabilir (Hobson ve ark 2008, Rawlings 2007). Dezavantajları ise; mentorun fazla emir verme eğiliminde olması, mentorun mentee ile sağlıklı iletişim kurmaması, mentorun mentee ye karşı empati eksikliği, mentorun mentee ile fazla samimi olarak mahremiyetin korumaması, mentorun fazla iş yüklerinden sıyrılamaması, mentor ve mentee'nin karşılıklı olarak süreç içerisindeki rollerini net anlayamaması, mentorun mentee'ye karşı çok bürokratik olmasıdır (Vatan, 2009).

Ebelik ve Mentorluk

Ülkemizde mentorluk ile ilgili kavramların ebelik alanında incelenmesi ve literatürde yer alması oldukça yeni olup bu alanda yayınlanmış makale sayısı oldukça sınırlıdır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, Abaan, Duygulu ve Uğur (2012), tarafından yapılan çalışmada üç ay süresince uygulanan mentorluk programı ile okula yeni başlayan ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin iç denetim odağı üzerinde olumlu bir etki elde edildiği bildirilmiştir (Altun 2003). Yine Mumcu Boğa ve ark (2017), ebelik bölümü öğrencilerinin rehber ebe ve hemşire uygulamasına yönelik görüşlerini değerlendirdikleri 139 öğrenciyi dahil ettikleri başka bir çalışmada, uygulama derslerinde rehber ebe ve hemşire görevlendirilmesinin öğrenciler açısından olumlu değerlendirildiği belirlenirken, öğrenciler okulda verilen eğitim konuları ile mentor uygulamalarının kısmen örtüştüğünü bildirmiştir. Bu bulgulara dayalı olarak, ebelik bölümü öğrenci eğitiminde mentörlüğün faydalı olduğu ancak, güncel bilgi ve uygulamaların öğrencilere verilmesi bakımından belirli kriterlere dayalı olarak mentorların seçilmesi gerektiği söylenebilir.

İngiltere'de yapılan öğrencilerin mentorlarla ilgili görüşlerini inceleyen nitel bir çalışmada, mentorların öğrenciler tarafından hem olumlu hem de olumsuz yönde algılandıkları, mentorun beklentilerinin öğrenci ebeler için önemli bir konu olduğu ve beklentilerin çalıştıkları sürenin uzunluğundan etkilenebildiği bildirilmiştir (Hughes ve Fraser 2011). Öğrenciler mentorun sahip olması

gereken özellikleri bilgili, güvenilir, empatik iletişim becerisine sahip, sabırlı ve saygılı olarak belirtmişlerdir. Ayrıca mentorlerin mesleki gelişim için önemli olduğunu, klinik oryantasyonu sağladığını, uygulama becerilerine yönelik eksikliklerin giderilmesi konusunda destek olduğunu ve eleştirel düşünme becerisi geliştirmede destek olduklarını ifade etmişlerdir (Mumcu Boğa ve ark 2017).

Ülkemizde ebelik eğitiminde mentorlük kavramı üniversite ebelik bölümlerin de genellikle üçüncü sınıftaverilen ‘Ebelikte Öğretim’ dersi içerisinde mentörlük ve mentörlük uygulama örnekleri olarak geçmektedir. Bu durum ebelik öğrencilerinin mentorlük kavramını ve işlevini bilmeleri açısından önemli bir durumdur.

Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde ebelikte mentorlük yeni bir alan olup, bilimsel çalışmaların sadece öğrencilerin mentorle ilgili düşüncelerini ölçme yönünde olduğu görülmektedir. Ebelerin meslektaşları arasındaki mentor rolü ve hasta ve yakınlarına yönelik mentor rolüyle ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bu alanlarda bilimsel araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Yapılan çalışmalarda mentorün sahip olması gereken niteliklerin tespit edilmesi önemli bir konudur. Özellikle mesleki stajlarda görev verilen mentorlerin belirli kriterlere bağlı olarak görevlendirilmesi, öğrencilerin mesleki gelişimini olumlu yönde etkileyebilecektir.

Ayrıca kurumsal anlamda hastanelerde çalışan yöneticilere ve ebelere hizmetiçi eğitimle mentorlüğe konu olarak yer verilmelidir. Mesleğe yeni başlayan ebelere, kıdemli ebeler tarafından yapılan mentorlük resmi boyutta yapılmalı ve mentorlük sonuçları değerlendirilmelidir. Etkin bir mentor işe yeni başlayan ebenin iş doyumunu, hasta memnuniyetini ve kurumun finansal göstergelerini olumlu yönde etkileyebilecektir. Bu nedenlerle ebelikte mentorluk göz ardı edilmemesi gereken önemli bir konudur.

KAYNAKLAR

1. Altun I. The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. Nurse Education Today. 2003;23:575-584.
2. Aslan D, Odabaşı O. Tıp Eğitiminde “Mentorluk” Ve “Rol Modelliği” Kavramları. Tıp Eğitimi Dünyası, 2013;38(38).
3. Bakioğlu A. Hacıfazlıoğlu Ö. Eğitim denetmenleri ve mentorluk. M. Ü. Atatürk Eğitimi Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 2000;12:39-52.
4. Chung DH. Society of University Surgeons Mentorship: Fostering Personal Relationships. Surgery, 2012;152(3):304-308.
5. Coşkun Ö. Mentorluk. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Education-Special Topics. 2016;1(2):8-15.
6. Çınar Z. Coaching and mentoring. Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi. (e-dergi), 2007;3(1):1-25

7. Hayes EF. Approaches to mentoring: how to mentor and be mentored. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2005;17(11): 442-445.
8. Hughes AJ, Fraser DM. "There are guiding hands and there are controlling hands": student midwives experience of mentorship in the UK. *Midwifery*. 2011;27(4):477-83.
9. ICM (2012). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3917177/>. Erişim:10.09.2018
10. Kuzu A, Kahraman M, Odabaşı HF. Mentörlükte yeni bir yaklaşım: E-mentörlük. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2012;12(4),173-183.
11. Mumcu Boğa N, Topatan S, Karakaya N, Koç E, Varış N, Tekeş H, Yılmaz M. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü öğrencilerinin rehber ebe ve hemşire uygulamasına yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi, 4. Uluslararası 8. ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 20-22 Nisan 2017, Biruni Üniversitesi, İstanbul.
12. Rustgi AK, Hecht GA. Mentorship in Academic Medicine. *Gastroenterology*, 2011;141(3): 789-792.
13. Şen HT, Alan H. Mentorluk Sürecinin Hemşirelik Yönetimine Etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2014;2(1):100-104.
14. Wagner LA, Seymour EM. A model of caring mentorship for nursing. *Journal For Nurses In Staff Development*,2007;23(5):201-211.

33 - GEBE EĞİTİM SINIFLARINDA VERİLEN EĞİTİMLERİN ANNE VE BEBEK BAĞLANMASI ÜZERİNE ETKİSİ

ZEYNEP SENA CAN¹, HÜSNA GÜL¹, AYSUN GÜL²,

¹FIRAT ÜNİVERSİTESİ, ²BİTLİS DEVLET HASTANESİ,

GİRİŞ

Bağlanma, yaşam için gerekli olan duygusal-etkileşimsel ilişki yapısı olup birçok karmaşık faktörden etkilenen vesüreklik gösteren bir süreçtir. Ebeveyn bebek bağlanması genellikle gebeliğin planlandığı dönemde, gebelik döneminde ve hatta yüksek riskli gebeliklerde bile başlar. Maternal bağlanma; gebenin vücudu değiştikçe, uterus büyüdükçe ve fetal hareketleri hissettikçe artarak güçlenir. Annenin ilgisi genellikle bebeğe ve onun sağlığına yönelir, böylece anne ile fetüs arasında bağlılık gelişir (1).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olarak kabul edilmekle birlikte kadın için stresli bir dönemdir. Özellikle ilk gebeliği olan anneler için doğum olayı korku ve heyecanla beklenir. Bu nedenle kadına verilecek destek ve eğitim önemlidir. On dokuzuncu yüzyılın sonlarına kadar bu destek aile ve sosyal çevre tarafından yapılmaktaydı (2).

Bağlanma kavramı insanların başkaları ile güçlü ve duygusal bir bağ kurma eğiliminde olduğunu ifade etmektedir. Özellikle bebeklerin hayatta kalma şanslarının yüksek olması için birincil bakıcı (genellikle anne) ile duygusal bir bağ kurması gerekmektedir (3).

Ebeveynin fetüse ve yeni doğana bağlılığı duygusal olgunluk, gebelik için istekli olma, gebeliğin istenilen zamanda olması, gebelik sürecinde var olan korkular, yakınları ile ilişkilerinin durumu, fizyolojik ve psikolojik streslerle baş etme yeterliliği, ebeveynliğe ilişkin benlik kavramı, emzirme için istekli olma durumu ve yenidoğanı bakıp büyütme deneyimi gibi birçok faktörden etkilendiği belirtilmektedir(1).

Prenatal dönemde gebe eğitiminin birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Eğitimin eşler arasındaki ilişki ve annelik rolüne bağlanma üzerine olumlu etkisinin olduğu postpartum dönemde sosyal desteği arttırdığı, gebelerde sağlık bilincini yükselttiği, annenin gebelik ve doğum eylemi sorunlarıyla baş etme gücünü, doğum esnasında kendine güvenini sağladığı ve anksiyeteyi azalttığı ve normal doğuma eğilimi arttırdığı belirtilmektedir(2).

İstenen bir gebelik olmaması, gebeliğe ve doğuma ilişkin korku yaşanması, gebeliğe bağlı fizyolojik ve psikolojik streslerle başa çıkmada zorluk çekilmesi ve erken dönemde yenidoğanla birliktelikte geç

kalınması gebenin bebeğiyle güçlü bir bağ kurmasını güçleştiren durumlardandır(1).

Annenin gösterdiği olumsuz maternal bağlanma davranışları, bebekte beslenme bozukluğu, büyüme gelişme yetersizliği, huzursuzluk, ağlama, uyku bozukluğu gibi çeşitli sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir(1).

Gebe Eğitiminin Ülkemizdeki Durumu

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı” başlatılmış olup bu kapsamda üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişilebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi amacıyla önemli gelişmeler elde edilmiştir. Bu gelişmelerin daha ileri seviyelere ulaşması açısından üreme sağlığı hizmetlerinde “Gebe Bilgilendirme Sınıfları”nın önemi vurgulanmıştır. Gebe Bilgilendirme Sınıfı programı ile tüm gebelerin, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerine ilişkin bilgi sahibi olmalarını ve bilinçli doğum yapmalarını sağlamak amaçlanmış olup, sağlık personeline “Gebe Sınıfı” eğitici eğitimi düzenlenmiştir. Bu çalışmanın yaygınlaştırılması amacı ile eğitime katılan eğitimcilerin bu eğitimleri kendi bölgelerinde gerçekleştirmeleri ve sürekli hale getirmeleri planlanmıştır. Bu sayede hizmet standardının sağlanmasında önemli ilerlemeler elde edilmesi amaçlanmıştır. Yapılan çalışmaların temel hedefi anne bebek sağlığının geliştirilmesi ve anne ölüm oranlarının azaltılmasıdır(2).

Gebe Eğitiminin Dünya’daki Durumu

Gelişmiş ülkelerde sigorta şirketleri gebe eğitimlerini desteklemektedir. Ayrıca sağlık sistemi de eğitime katılım konusunda bilinçlendirme yaptığı için, gebe eğitim sınıflarına katılım oranları yüksektir. İsveç’te ebeveyn eğitimi, ebeveyn destek programının bir parçası olarak devam etmektedir. Örneğin İsveç’te yapılan bir çalışmada antenatal eğitime katılım oranı %78–93 olarak belirtilmektedir. İlk kez anne-baba olan ebeveynlerin antenatal eğitim algılarının değerlendirildiği başka bir çalışmada ise kadınların %56’sı erkeklerin %62’si antenatal eğitimin olumlu bir deneyim olduğunu belirtirken, kadınların %68’i erkeklerin %63’ü doğum sırasında faydalı olduğunu ifade etmişlerdir(2)

İngiltere’de Portland Hastanesi’nde gebeliğin 26–30 haftalar arasında başlayan, 6 hafta süren ve haftalık 2 saat eğitim verilen, benzer gebelik haftalarına sahip gebelerin oluşturduğu antenatal sınıflar bulunmaktadır. Bu 6 haftalık sürenin 5 haftası gebelik ve doğum dönemine, 1 haftası da doğum sonu döneme ait konularda bilgi ve beceri kazandırmayı hedeflemektedir. Bu konular geniş kapsamlı olup doğumun aşamaları, normal doğum, solunum egzersizleri, sezaryen ve emzirme gibi başlıca konuları içermektedir(2).

Yeni doğan bebekler ile onların önemli figürleri arasında kurulan güçlü duygusal bağlar vardır. Bağlanma; bebekler ve onların birincil bakıcıları (özellikle anneler) arasındaki duygusal bağdır, bebeklerin sağlıklı gelişimi açısından önemli ve gereklidir. Çünkü ne zaman bebekler annelerine yakın olurlarsa ve anneler de bebeklerinin ihtiyaçlarına duyarlı davranırlarsa, bu durum bebeklerin hayatta kalma şanslarını, rahatlık ve güvenlik hislerini artırır. Ayrıca bebekler annelerinin varlığında korkusuzlar ise annelerini güven üssü (secure base) olarak kullanırlar. Böylece aile üyeleri veya önemli diğer kişiler ile iletişim kurarak çevreyi keşfetmeye de ilgi gösterebilirler. Bebekler ve birincil bakıcıları arasında bir ayrılma olduğu zaman, tehdit edici durumlarda önemli bağlanma figürlerine doğru yakınlık arayan bebekler, tahmin edilebilir duygusal reaksiyonlar gösterebilir. Bu duygusal reaksiyonlar protesto (protest), umutsuzluk (despair) ve ayırma (detachment) şeklinde değerlendirilebilir. Protesto, bebeklerin ağladığı ve aktif olarak annelerini aradığı bir süreç iken, umutsuzluk, bebeklerin üzgün ve pasif davranışlar göstermesidir. Ayırma ise bebeklerin annelerinin varlığında aktif olarak çekingen, uzak ve savunmacı davranışlar sergilemesi şeklinde gözlenir (3).

Bebeklerin duygusal gelişimlerinin asıl bölümünde annelerin yer aldığı düşünülmektedir. Annelerin bağlanma ilişkileri özellikle hayatın ilk iki yılında başrol oynamasına rağmen, babalar da çocuklarının duygusal güvenliğine katkıda bulunabilmektedirler. Babalar, bebeklerin veya çocukların keşif türündeki oyunları sırasında hassas ve duyarlı destek sağlayabilirler. Anneler ise bebeklerinin duygusal güvenliğine katkı kapsamında sıkıntı içinde yer alan çocuklarına rahatlık sunmaktadırlar(3).

AMAÇ

Anne bebek bağlanmasının yetersiz olduğu durumlarda bebeğin fiziksel ve psikolojik gelişiminin tamamlanması güçleşir. Bu yetersizlik bebeğin çocukluk ve gençlik dönemini, okul başarısını, hayattaki tutum ve davranışını etkilemektedir.

Gebe eğitimlerinde anne bebek bağlanmasının sağlanamaması durumunda çocuğun ileriki yaşlarında psikososyal sorunların oluşmasının riskinin artması beklenir. Sevgi ihtiyacının bebeklik döneminde anne ile bebek arasında tam olarak sağlanamamasından dolayı kişiliğin kendini oluşturma döneminde eksikliklerin ortaya çıkmasına neden olur. Bu nedenle, amaç bu sevginin ve bağlanmanın olumlu şartlarda ve bilinçli olarak oluşmasını sağlamak ve olumsuz durumların olumlu durumlara çevrilerek psikososyal açıdan sağlıklı bireylerin yetişmesine destek olmaktır.

SONUÇ

Ebelerin ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin doğum öncesi bakım esnasında anne bebek bağlanmasını değerlendirmesi ve bağlanma bozukluğunu tespit ederek uygun girişimlerde bulunması önemlidir(1).

Sonuç olarak, erken çocukluk döneminde gelişen bağlanma davranışları ömür boyu devam etmekte ve

yetişkinlikteki sosyal ilişkilerimizde önemli bir rol oynamaktadır(3).

Anne ile bebek arasında güçlü bir bağın gelişmesi gereksinimlerinin karşılanmasında anneye bağımlı olan bebeğin kaliteli bir bakım alması için gereklidir. Anne-bebek bağının oluşmasında, en kısa sürede emzirmeye başlanması, anne ile bebeğin aynı odada kalması, kanguru bakımı, bebek masajı, yoga ve meditasyon, sosyal destek alma uygulamalarından yararlanılabilmektedir(1).

KAYNAKÇA

1-GÜSBD 2017; 6(4): 275-279 Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi

2-HSP 2014;1(1):68-76

3-Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 25, Sayı 3, 2016, Sayfa 381-396

34- EBELİK AİDİYET ÖLÇEĞİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Yasemin BAŞKAYA¹, F. Deniz SAYINER², Zeynep FİLİZ³

¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Ebelerin mesleki aidiyet düzeylerini ortaya koyabilecek nitelikli bir mesleki aidiyet ölçeği geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Literatür taraması, odak grup görüşmesi ve uzman görüşü sonucu hazırlanan mesleki aidiyet yönelik genel kapsamlı soru ifadelerinden oluşan 30 maddelik beşli likert tipi bir ölçek hazırlanmıştır. Ölçek, Türkiye'nin iç Anadolu ve Marmara bölgesinde bulunan iki ilde çalışan 311 ebeye uygulanmış, araştırmadan çekilme ve formu eksik doldurma gibi nedenlerle 300 formun istatistiksel analize uygun olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen verilerle ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Bulgular: Analiz kapsamında ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik durumu incelenmiştir. Temel bileşenler analizi öncesinde verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testi yapılmıştır. Bu testin sonucunda KMO değeri 0,878 ve Bartlett Sphericity testi ki-kare değeri ise 4852,371 ($p < 0,001$) olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Yapılan faktör analizi ve varimax döndürme sonucunda ölçeğin 22 maddeden oluştuğu, ölçeğin toplam varyansın %63,846'ünü açıklayan dört faktörlü bir yapı gösterdiği belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) 0,905 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Ebelik Aidiyeti Ölçeği (EAÖ) olarak adlandırılan ölçeğin, başta ebeler olmak üzere ebeliğe yönelik tüm hizmet alanlarında kullanılabilecek, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmanın; özellikle mesleki aidiyet sorunu yaşayan ebelerin bu sorunun çözümü noktasında politikalar üretilmesine ve ebelik literatürüne katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Ebelik, Aidiyet, Ölçek

Midwifery Belonging Scale: A Scale Development Study

Aim: This study was carried out in order to develop a qualified vocational belonging scale which can reveal the level of vocational belonging of midwives.

Method: A 30-item five-point Likert-type scale consisting of general questions, which was prepared with literature review, focus group interview and professional expertise, regarding professional belonging was prepared. Scale was applied to 311 midwives working in two provinces of Turkey's Central Anatolia and Marmara regions, 300 survey forms were found to be suitable for statistical analysis due to reasons such as withdrawal from the survey and insufficient filling. Validity and reliability studies for the scale were performed with the obtained data.

Results: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett test were performed to evaluate the suitability of the data for factor analysis before the analysis of the basic components. As a result of this test, KMO value was found to be 0,878 and Bartlett Sphericity test was found at a significant level as the chi-square value of 4852,371 ($p < 0,001$). It has been determined that the factor analysis and varimax rotation results in a four-factor structure that accounts for 63.846% of the total variance of the scale, which is composed of 22 items. The internal consistency coefficient (Cronbach Alpha) of the scale was calculated as 0,905.

Conclusion: The scale called the Midwifery Belonging Scale was determined to be a valid and reliable tool that could be used in all service areas, mainly midwives. Moreover, it is aimed that midwives who have a problem of working, especially the problem of belonging to the vocational, will be able to produce politics at the point of solution of this problem and contribute to the literature of midwifery.

Key words: Midwifery, Belonging, Scale

Dünyada mesleki aidiyet alanında yapılan çalışmalar mesleki aidiyet kavramından çok, aidiyetin daha çok psikolojik boyutunu tanımlayan 'örgütsel bağlılık' ya da 'kurumsal bağlılık' kavramları üzerinden olmaktadır. Doğrudan doğruya 'aidiyet', özellikle de 'mesleki aidiyet' konusunda yapılan özgün ölçek geliştirme çalışmaları ise sınırlı sayıdadır. Dünyada ebelerin durumu ve mesleki aidiyet duygularına yönelik yapılan çalışmalar daha çok ebelerin iş doyumunu, profesyonel tutum ve davranış düzeylerini inceleyen küçük örneklemlilerden oluşmaktadır (Warmelink et al. 2015; Adegoke et al.2015; Beydağ & Arslan, 2008). Mevcut olan bu ölçekler ebelerin aidiyetini ölçmekte yetersiz kalmaktadırlar. Dolayısıyla literatürde bu yönde yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışma, ebelerin mesleki aidiyet düzeylerini belirlemeye yönelik bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların, ebelerin mesleki aidiyete ilişkin yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik düzenlemeler yapılabilmesi hususunda bir veri oluşturacağı ve ebelerin literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Materyal ve Metod

Ölçeğin Maddelerinin Oluşturulması-Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Literatür taraması, odak grup görüşmesi ve kompozisyon yazdırılması ile hazırlanan 59 maddelik taslak form İstatistik alanında 2, ebelerin alanında çalışan 6 akademisyen, klinikte çalışan 6 ebe, Türk Dili ve Edebiyatı alanında 1 uzman tarafından kapsam geçerliliği için incelenmiştir. Amaca uygun olmayan ve aynı anlama gelen maddeler taslak formdan çıkartılarak kalan 30 madde üzerinden ölçeğin deneme formu oluşturulmuştur. Taslak formda yer alan maddelerle ilgili katılma düzeyini ifade etmek için 5'li likert tipi dereceleme kullanılmıştır.

Taslak Ölçeğin Uygulanması İçin Çalışma Grubunun Seçimi

Araştırmanın evrenini Türkiye'de Orta Anadolu ve Marmara bölgesindeki iki şehirde çalışan ebeler oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise; bu illerde Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hastane ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebelerden tesadüfi örneklem yöntemiyle belirlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 300 ebe oluşturmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması $37,48 \pm 7,58$ (min:20, max:57)'dir. Çalışma grubundaki ebelerin tanıtıcı özellikleriyle ilgili dağılımlar Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

DEĞİŞKENLER	Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni Durum		
<i>Bekar</i>	54	18,0
<i>Evli</i>	235	78,3
<i>Ayrılmış</i>	11	3,7
Eğitim Durumu		
<i>Meslek Lisesi</i>	23	7,7
<i>Ön Lisans</i>	84	28,0
<i>Lisans</i>	181	60,3

<i>Lisansüstü</i>	12	4,0
Çalıştığı Birim		
<i>Doğumhane</i>	56	18,7
<i>Jinekoloji-Obstetri Servisi</i>	85	28,3
<i>1.Basamak Sağlık Hizmetleri</i>	66	22,0
<i>Alan Dışı Birimler</i>	93	31,0
Meslekteki çalışma yılı	16,19±8,8 (min:1, max:40)	
Şu andaki görev süresi	7,17±6,3 (min:1, max:29)	
Aylık ortalama çalışma saati	173,48±17,63 (min:90, max:210)	
Günde hizmet verilen ortalama hasta sayısı	19,15±20,21 (min:2, max:200)	

Araştırmanın Etik Yönü

Etik ilkeler çerçevesinde yürütülen çalışmanın uygulanabilmesi için ilgili ilin Sağlık Müdürlüğü'nden ve yürütülebilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (23.05.2017-80558721/G-155) alınmıştır.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Veriler konu ile ilgili literatür taraması sonucu araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve literatür taraması, odak grup görüşmeleri, uzman görüşü alınarak hazırlanan taslak ebeklik aidiyet ölçeği ile toplanmıştır. Anket formu; ebelerin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki deneyim bilgilerini inceleyen tanıtıcı bilgi formu, ebeklik aidiyet ölçeği olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü, madde ya da faktör sayısı gibi bağıl ölçütlere dayalı olarak tahmin edilmektedir. Genel olarak örneklem büyüklüğünün ölçekteki madde sayısının 5-10 katı kadar olması istenmektedir (Kass ve Tinsley 1979; Güldüren, Çetinkaya ve Keser 2016). Toplamda 4 ay (1 Haziran-30 Kasım 2017) süren veri toplama süreci sonunda 311 ebe, oluşturulan formun basılı halini doldurmuştur. Yapılan inceleme sonucunda ebelerin doldurduğu 311 formdan 300' ünün istatistiksel analize uygun olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen veriler ile ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 (IBM® Statistics 21 Chicago IL, USA) paket programı kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Madde-Toplam Korelasyonu

Madde- toplam korelasyonunun pozitif ve 0.30'den yüksek olması beklenir (corrected item-total correlation) (DeVellis, 2012). Çalışmamızda 0.30'den küçük olan maddeler, en düşük korelasyona sahip maddeden başlamak üzere tek tek çıkarılarak küçük korelasyona sahip madde kalmayana kadar madde-toplam korelasyon tablosu tekrarlı olarak hesaplanmıştır. Buna göre madde-toplam korelasyonu 0.30 değerinden küçük olan 3 madde (28, 20, 25) ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin madde-toplam korelasyonları .339-.667 arasındadır. (Chahal ve Kumari 2010) Ayrıca bu korelasyon değerleri iç tutarlılığın göstergesi olarak da kullanılmaktadır (Bardakçı 2013).

Ölçeğin Yapı Geçerliliği

Ebeklik Aidiyet Ölçeği'nin yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Veri setinin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett's test of sphericity (Barlett küresellik) testlerine bakılmaktadır. Çalışmamızda Kasiyer Meyer Olkin (KMO) değerinin 0,878 olduğu bulunmuştur. Bartlett küresellik testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak

için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (X₂: 4852,371, sd:351, p<0,001) (Tablo 2).

Ebelere yönelik geliştirilen aidiyet ölçeğinin faktör yapısının incelenmesi ve faktör çıkarma amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax Rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde, özdeğeri 1'den büyük olan 6 faktörün olduğu görülmekte ve açıkladıkları toplam varyans %66,507'dir. Her defasında bir faktöre ait olmayan, iki faktörde binişik olan veya faktör yük değeri 0.40'tan düşük olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Madde çıkarma işlemi matriste oluşan sıraya göre yapılmaya başlanmıştır ve binişik olma şartlarını sağlayan ilk madde olan 8. maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Daha sonra sırasıyla Madde 9, Madde 13, Madde 24 ve Madde 30 ölçekten çıkarılmıştır. Sonuçta ölçekte 22 madde kalmıştır. Ölçekte kalan 22 maddenin açıklayıcı faktör analizine tabi tutulması sonucunda dörtfaktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır.

Ölçeğe ait açıklayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde, özdeğeri 1'den büyük olan 4 faktörün olduğu ve açıkladıkları toplam varyans %63,846'dir. DeVellis'e (2012) göre ölçek geliştirme çalışmalarında açıklanan toplam varyansın en az 0,40 olması gerekmektedir. Bu durumda, elde edilen %63,846 varyans değerinin oldukça iyi olduğu söylenebilir.

İç Güvenirlik

Ebelik Aidiyet Ölçeğinin güvenilirliği Cronbach-Alpha (α) değeri ile belirlenmiş ve α değeri 0,905 olarak bulunmuştur. Bu değer en az 0,70 olması istenmektedir (Gürbüz ve Şahin 2015). $0,905 > 0,70$ olduğu için ebelikaidiyet ölçeğinin istatistiksel olarak güvenilir olduğu görülmektedir.

Ölçek Toplam Puanı

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan ise 110'dur. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması $82,76 \pm 15,34$ (min:22, max:109)'dir.

Sonuç

Toplamda 22 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşan ölçeğin birinci boyutu; ebenin duygusal aidiyetini yansıtan "**Duygusal aidiyet**", ikincisi; görev, yetki ve sorumluluklarını içeren "**Mesleki rol ve sorumlulukları yerine getirme**", üçüncüsü; kariyer ve olanaklar gibi durumları içeren "**Mesleki gelişme ve olanakları değerlendirme**", dördüncüsü ise diğer sağlık profesyonellerinin ebelik yapması ya da ebelerin başka alanlarda çalışması ile ilgili olan "**Meslekte görev ve yetki sınırı**" olarak isimlendirilmiştir. Bir ölçekte olması gereken özellikler açısından bakıldığında sonuçlar göstermiştir ki ölçeğimizin alfa güvenilirlik katsayısı kabul edilebilir düzeydedir (0,905). Ayrıca geçerlilik ve güvenilirlik için yapılan analizler ile ölçeğin uygulanabilir olduğunu ortaya konulmuştur. Böylece ebelik aidiyetini ölçen kullanılabilir bir ölçek geliştirilmiştir. Meslek aidiyetinin belirlenmesi bireyin mesleğine karşı farkındalığını artırır. Yapılan analizlerle güvenilir ve geçerli bir araç olduğu kanıtlanan Ebelik Aidiyeti Ölçeği; ebelere uygulanabilecek, ebelerin mesleki aidiyet düzeylerini ortaya çıkarabilecek şekilde geliştirilmiş ilk ölçme aracıdır. Ayrıca geliştirilen bu ölçek ebelerle yürütülecek farklı çalışmalara da kaynak niteliği taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Adegoke AA, Atiyaye FB, Abubakar AS, Auta A, Aboda A. (2015). Job satisfaction and retention of midwives in rural Nigeria. *Midwifery*, 31(10):946-56.
2. Bardakçı S. (2013). *İlköğretim öğrencilerine Yönelik Sınıf içi Etkinlik ölçeği geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması: Sivas ili Uygulaması* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
3. Beydağ KD, Arslan H. (2008). Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7):75-87.
4. Chahal H, Kumari N. (2010). Development of multidimensional scale for healthcare service quality (HCSQ) in Indian context. *Journal of Indian Business Research*; 2(4):230-55.
5. DeVellis RF. (2016). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, California.: Sage publications.
6. Güldüren C, Çetinkaya L, Keser H. (2016). Ortaöğretim öğrencilerine yönelik bilgi güvenliği farkındalık ölçeği (BGFÖ) geliştirme çalışması. *İlköğretim Online*, 15(2).
7. Gürbüz S, Şahin F. (2015). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
8. Kass RA, Tinsley HEA. (1979). Factor Analysis. *Journal of Leisure Research*, 11(2):120-38.
9. Warmelink JC, Hoijsink K, Noppers M, Wiegers TA, de Cock TP, Klomp T, et al. (2015). An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives. *Midwifery*, 31(4):482-8.

35 - AKDENİZ BÖLGESİNDE BİR ÜNİVERSİTENİN SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL MEDYA KULLANIMININ BAĞLILIK VE AKADEMİK BAŞARI ÜZERİNDE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Öğr. Üyesi Aysel BÜLEZ, Öğr. Gör. Deniz BATMAN-

*KSÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Giriş: Türkiye’de aktif sosyal medya kullanıcısının 48 milyon olduğu rapor edilmiştir. Öğrencilerin sosyal medyakullanımı aile içi ilişkilerini, akranları ile olan bağlılıklarını ve akademik başarılarını etkilemektedir.

Amaç: Bu çalışma sosyal medya kullanımının akran, aile bağlılığı ve akademik başarıya etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem:Çalışma, kesitsel tanımlayıcı tipte olup, 20 Nisan–20 Haziran 2018 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinin sağlık yüksekokulunda yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 680 ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden tüm evrene ulaşılmaya çalışılmış ve 149 öğrenci (%21,9) alınmıştır. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatüre dayalı geliştirilen “Katılımcı Bilgi Formu” ve "Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri (EABE)" ile online ortamda toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak tanımlayıcı veriler, ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdelik dağılımları ile gösterilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak tanımlayıcı veriler, ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdelik dağılımları ve korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Bulgular: Bu araştırmada öğrencilerin yaş ortalaması 20.41 ± 1.57 (Öğrencilerin %63,8’inin hiçbir sosyal aktivite ile ilgilenmediği ve %91,3’ünün sosyal medya kullandığı belirlenmiştir. Sosyal medya kullananların tamamı whatsapp kullanırken, ikinci sırada %81,9 ile instagram ve üçüncü sırada ise %43,6 ile youtube kullanıldığı saptanmıştır. Öğrencilerin yalnızca %2,7’si sosyal medyayı ders amaçlı kullandığını belirtmiştir.Yapılan normallik analizinde öğrencilerin ölçek puanlarına verdikleri cevapların normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Buna bağlı olarak akademik başarı ve EABE puan durumlarının sosyal medya kullanımı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi yapılmıştır. Sosyal medya kullanımı ile akademik başarı arasında orta şiddette negatif yönlü ilişki ($p=0,439$; $r=-,064$) ve EABE puan durumu ile arasında çok zayıf ilişki olduğu ($p=0,420$; $r=+,017$) saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada öğrencilerin sosyal medya kullanımı arttıkça akademik başarının azaldığı belirlenmiştir. Bunun nedeni araştırmaya katılan öğrencilerin tamamına yakınının sosyal medya kullanmasına rağmen, çok azının ders amaçlı kullanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akademik Başarı, Öğrenci, Sosyal Medya, Ebelik, Hemşirelik

Investigation Of The Effect Of Social Media Use On The Attachment and Academic Success In The Students Of The Health School Of A University In The Mediterranean Region

ABSTARCT

Introduction: Nowadays, the use of social networking is increasing day by day. Digital marketing agency We Are Social, which is active worldwide, according to 2017 Internet and social media usage statistics; of active social media users in Turkey was reported to be 48 million. The use of social media by students is influencing family relationships, their commitment to their peers and their academic achievement.

Aim: This study was conducted to determine the effect of using social media on peer, family attachment and academic achievement.

Methods: This cross-sectional descriptive study was carried out at the School of Health of State University between April 20 and June 20, 2018. The universe of the study consisted of 680 midwifery and nursing students. It was tried to reach the universe without going to the sample selection in the research and 149 (21.9%) students were taken. "Participant Information Form" developed by the researchers by reviewing the related literature were used and "Parent and Peer Attachment (IPPA)" for data collection. Study data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences SPSS 21.0 software package. Data were expressed as "mean±standard deviation", number and percentage and correlation analysis where appropriate.

Results: In this study, the average age of the students was 20.41 ± 1.57 (min 17- max 26), 93.3% were female and 71.1% were educated in midwifery. It was determined that 63.8% of the students were not interested in any social activity and 91.3% were using social media. While all the social media users use Whatsapp, the second place is instagram with 81.9% and the third place youtube with 43.6%. Only 2.7% of the students stated that they use social media for teaching purpose. In the normality analysis, it was determined that the answers given by the students to scale scores showed normal distribution. Correlation analysis was performed to determine whether academic achievement and IPPA scores were dependent on social media use. There was a very weak relationship between social media use and academic achievement ($p = 0,439$; $r = -,064$) and IPPA scores ($p = 0,420$; $r = +,017$).

Conclusion: It has been determined that as students use social media, their academic success declines in this study. It is believed that the fact that most of the students participating in the survey are close to social media, but very few of them use it for teaching purposes. It has also been found that the use of social media is not very effective on the level of parent and friend attachment. Given the rate of social media use among students, the social media use of students within the scope of e-learning may be changed in the academic direction. Thus, academic achievement of students can increase.

Key Words: Academic Success, Students, Social Media, Midwifery, Nursing

GİRİŞ

İnternet kullanımı hayatımıza 1990 yılının ikinci yarısından itibaren girmiştir (Demir, 2016). Yeni iletişim teknolojileri olarak adlandırılan sosyal medyayı diğerlerinden ayıran nokta, kullanıcının geri bildirim ile tepki göstermesidir. Özellikle mobil kullanım imkanı ile sosyal medya, kullanıcılarına fikirlerini özgür bir şekilde sunma imkanı verirken zaman ve mekan sınırlandırmasını da ortadan kaldırarak mesaj iletmenin yaygın şekli olarak kullanılır (Özutku, vd.2014).

Tüm dünya ülkeleri gibi Türkiye de, hızla gelişen teknolojinin hayatımıza girmesi ile internet üzerindeki sosyal ağ sitelerinin popülaritesinden etkilenmiştir. We Are Social'ın,2017 yılı raporuna göre; Türkiye internet kullanmada dünyada 21. sırada yer almaktadır. Türkiye'de en çok kullanılan sosyal medya platformunda hakimiyeti; birinci sırada Facebook, ikinci sırada Messenger, üçüncü sırada Whatsapp, 4. sırada ise Youtube sürdürmektedir(Dijital Ajanslar 2017).Ülke olarak günde ortalama 3.01 saatimizi sosyal medyada harcıyoruz (Weare Social 2017).Bu da gösteriyor ki, Türkiye'de internet kullananların büyük bir kısmı aynı zamanda sosyal medya kullanıcıdır.

Sosyal medyalara gün geçtikçe bir yenisi eklenmekte ve her yaş ve cinsiyetten bireyi etkisi altına almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2014 yılında yapmış olduğu Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırması verilerine göre; internet kullanan bireylerin oranı %53,8 ve bu oranların en yüksek olduğu yaş grubu 16-24'tür. Bilgisayar ve İnternet kullanımı tüm yaş gruplarında erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. İnternet kullanım amaçları dikkate alındığında, 2014 yılının ilk üç ayında internet kullanan bireylerin **%78,8'i sosyal paylaşım sitelerine katılım sağlarken**, bunu %74,2 ile online haber, gazete ya da dergi okuma, %67,2 ile mal ve hizmetler hakkında bilgi arama, %58,7 ile oyun, müzik, film, görüntü indirme veya oynatma, %53,9 ile e-posta gönderme-alma takip etmiştir (TÜİK, 2014).

Yapılan çalışmalarda; İnternetin sosyal ilişkiler üzerine etkisi konusunda farklı görüşler mevcuttur. Bazıları, internetin yeni ve daha iyi bir iletişim biçimi sağladığını ileri sürerken, bazıları da internetin bireyi, ailesinden ve toplumdan uzaklaştırdığını ileri sürmektedir (Okur ve Özkul, 2015.; Wellman B. vd., 1996).

Wellman vd. (1996) ise internetin insanları da birbirine bağlayarak, bilgisayar destekli sosyal ağları oluşturduklarını ifade etmektedirler (Okur ve Özkul, 2015). Beck (2004) internet üzerinden yapılan çevrimiçi iletişimin, kullanıcıların fiziksel katılımı olmaksızın duyguların ifadesini ve duygusal mesajların iletimini kolaylaştırdığını, bu nedenle aile ve dostluk bağlarına benzer ilişkiler sistemini yarattığını ve kullanıcılar arasında önemli sosyal bağları geliştirip güçlendirdiğini ileri sürmektedir (Okur ve Özkul, 2015).Twenge ve Campbell (2010) de çalışmalarında, bireylerin sanal ortamdaki davranışlarının gerçek yaşamdaki davranışlarını etkilediğini ileri sürmektedirler (Okur ve Özkul, 2015).

Kavramsal ve Kuramsal Çerçeve

Kuramsal açıdan düşünüldüğünde sosyal medyanın, bağlılık ve akademik başarının birbiri ile ilişkisi sosyolojik açıdan açıklanması gereken önemli bir konudur. Bu ilişkiyi anlamak adına sosyalizasyon kavramından yola çıkılabilir. Sosyalizasyon, "bireyin kişilik kazanarak belli bir toplumsal çevreye hazırlanması, toplumla bütünleşmesi süreci" olarak tanımlanır (Eren ve Gözaydın, 1988). Bu süreç; bireyin dünyaya gelmesiyle birlikte ailede başlamaktadır. Bir öğrenme süreci olan birincil

sosyalleşmede; ebeveynlerine veya onu yetiştirenlere bağlanma davranışıdır. Bu davranışıda, yaşam zorluklarıyla daha rahat baş etmek için uygun olarak görülen başka

birine yaklaşmak ve bu kişiyle birlikteliği sürdürmek için bireyin gerçekleştirdiği davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Uytun, Öztop ve Eşel, 2013; Bowlby, 1988).

Yaklaşık 60 yıl önce Freud son yayınlanan kitabında “anne ve bebek arasındaki ilişkinin bebeğin ilk ve en uzun süreli ilişkisi olduğunu ve bu ilişkinin hayat boyu kuracağı diğer ilişkilerin prototipi olduğunu” söylemiştir. Bundan dolayı bireyin içinde yaşadığı toplumu öğrenmesi ve kimliği ile kişiliğini oluşturmasında aile hayatı büyük bir öneme sahiptir (Klabutscher, 2009). Ancak Freudun bu görüşü o zamanlar kabul görmemiştir (Waters, 2004). Ancak 1930’larda, Bowlby’nin anne yoksunluğu ile daha sonraki kişilik gelişimi arasındaki ilişkiyle ilgilenmesi ve Ainsworth ’ün güvenlik teorisiyle ilgilenmesi sonucu “bağlanma kuramı” çalışılmaya başlanmıştır (Bretherton, 1992).

Bağlanma; anne-bebek arasında gebelikte başlamaktadır (Keskin ve Çam, 2009). Bowlby’nin bağlanma kuramına göre yenidoğan bebekler, yalnızca onlara bakmaya ve korumaya istekli bir yetişkinin varlığında yaşamlarını sürdürebilirler. Çünkü yenidoğan bireyin birilerinin yardımı olmadan ayakta kalması imkansızdır (Klabutscher, 2009). Bu süreçte bireyin ailede gerçekleştirdiği sosyalleşme süreci ne kadar başarılı olursa bu durum bireyin diğer sosyalleşme süreçlerine de olumlu etki edecektir. Birincil sosyalleşmenin gerçekleşmesinden sonra bireyin kişiliğinde önemli değişiklikler olmasa da diğer süreçler de bireyin kişiliğini şekillendirecek etkilerde bulunmaktadır Erken çocukluk döneminde bağlanma figürü olan anne ve babaların tekrarlayan davranış örüntüleri çocukların zihinsel şemalarını şekillendirir. Bu zihinsel şemalar çocuk üzerinde yaşam boyu süren etkiler göstermektedir (Büleç ve Genç, 2016; Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011).

Ergenlik döneminde ise; ebeveynlerden bağımsızlaşıp aile dışı ilişkilere yoğunlaşılır. Bu dönemde, akranlarla olan ilişkiler ön plana geçer (Güvenir, 2007). Sosyalizasyon sürecinin ikinci aşamasında okula başlayan bireyin, okul, akranları ve iletişim araçları ile yeni bir sosyalleşme sürecine girdiği görülür. Okul, aileden sonra bireyin toplumsal kuralları öğrendiği ikinci önemli kurum olarak karşımıza çıkar (Celkan, 1996). Cinsel gelişim ile birlikte bu dönemde, bağlanma kapsamında sadece güvenlik değil, aynı zamanda üreme de ele alınmaya başlar (Güvenir, 2007). Güvenli bağlanma geliştirmiş olan çocuk ve ergenler, kolayca ilişki kurabilirler, ilişkilerinde daha sakinler ve stresle daha iyi başa çıkabilirler (Sroufe, 2005). Bağlanma figürünün ebeveynlerden akranlara aktarımında; akranlar, bebeklik ve çocukluk sırasında, öncelikle anne ve babasının sorumlu olduğu işlevleri yerine getirmeye başladıklarında ve bu gereksinimlerini doyumayı başardıklarında; bu noktadan itibaren yeni bağlanma figürü akran olacaktır.

Çalışmamızda olduğu gibi üniversite öğrencilerini de içine alan bu süreçte okul, önemli bir sosyalizasyon aracıdır. Parsons’a göre toplumsal sistemin bir parçası olarak okul, öğrencinin sosyalleşmesini sağlarken aynı zamanda onu, çalışma hayatına da hazırlar (Gaskel, 1998). Okul, öğrenciyi toplumsal hayata hazırlarken akademik başarısı önemli bir belirleyici olarak düşünülebilir. Akademik başarı üzerinde birçok etmenin etkili olduğu söylenebilir. Akademik başarıyı etkileyen etmenlerden olan aile ile bağlılık önemlidir. Üniversite öğrencilerinin ihtiyaçları arasında en yüksek

doyumunu sevgi ve ait olma ihtiyacı olarak karşımıza çıkar(Türkdoğan ve Duru, 2012). Bireyin severek sevilerek ait olduğunu hissederek yaşaması, kendini gerçekleştirmesini sağlayacaktır. Sahip olduğu potansiyeli ortaya çıkaran bireyler, akademik anlamda başarılı olarak özgüveni yüksek ve mutlu bireyler olacaklardır (Türnüklü, 2007).

Akranlar ve onlarla ilişkiler, ikincil sosyalizasyon süreci tanımından da anlaşılacağı gibi kişinin başarısına etki edecek önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. İletişim araçları da bu dönemde sosyalleşme sürecine dolayısıyla da kişinin akademik başarısına etki etmektedir (Geray, 1994).Bağlanma figürü daha sonra

duygusal ilişki kurulan eşlere aktarılacaktır. Young (2009) yaptığı araştırmada evliliklerin, flört ilişkilerinin, ebeveyn-çocuk ilişkilerinin ve yakın arkadaşlıkların aşırı internet kullanımı ile kötüleştiğini, bozulduğunu ortaya çıkarmıştır

Önceki Çalışmalarda Sosyal Medya kullanımı, Bağlılık ve Akademik Başarı

Önceki çalışmalardan yola çıkıldığında internet kullanımının; aile ve akran bağlılığı ile akademik başarıya etkisini konu alan araştırmaların olduğu görülmüştür. Kuzu (2011)'nin yaptığı çalışmada internet kullanımının arttıkça kişileri birbirinden uzaklaştırdığı ve ailenin birbirlerine ayıracak vakitlerini internette zaman geçirecek harcadıkları sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada öğrencilerin internet kullanımının akademik başarılarında olumsuz etki yaratmadığı yer alır. Ancak Duman (2008) çalışmasında öğrencilerin akademik anlamda başarısız olmalarını internet kullanımına bağlamaktadır. Öğrenciler, okuldan arta kalan zamanda internet kullandıklarını ifade ederek akademik başarısızlıklarındaki önemli unsuru dolaylı yoldan internette vakit geçirmek olarak cevaplandırmışlardır. Yine aynı çalışmada öğrenciler, internet kullanımlarının aile ve arkadaşları ile ilişkilerinde sıkıntıya neden olduğunu belirtmişlerdir. Söz konusu öğrenciler, kendi iç dünyalarına çekilmiş ve dışarı ile bağlantıdan çekinir olmuşlardır. İki farklı çalışmada ortak nokta üniversite öncesi eğitimdeki öğrencilerin araştırmaya katılmalarıdır. İlk çalışma ilköğretim öğrencileri iken ikinci çalışmada lise öğrencileri araştırmaya katılmıştır. İki araştırmada da internet kullanımının aile ile ilişkileri olumsuz etkilediği görülmüştür. İnternet kullanımının akademik başarıya etkisi iki araştırmada farklı sonuçlanmıştır. .

Söz konusu iki çalışmadan da anlaşılacağı gibi sosyal ağlar hem olumlu hem de olumsuz şekilde yorumlanabilecek etkilere sahiptir. Bir yanda olumlu olarak yorumlanabilecek sosyalleşme, eğitim alanına katkı ve bilgiye ulaşım konusunda birçok olumlu katkı sağlarken diğer taraftan da kimlik inşası ve yarattığı belirsizlik noktasında birçok olumsuzluğa neden olduğu şeklinde yorumlanabilmektedir (Bulunmaz, 2013).

Capogna (2010) internet kullanımının olumlu ya da olumsuz sonuçlanmasını kullanıcının aktif ve sorumluluk sahibi olmasına bağlamaktadır. Ona göre internet kullanımı yeni fırsatlar yaratabilecek bilgilerle ve sosyalleşme imkanlarıyla doludur ancak bunu kullanıcının olumlu ya da olumsuz kullanımı, sonucu belirleyecektir.

Sosyal ağların eğitsel bağlamda kullanılması, öğrenci öğrenmelerini arttırması, okul öğrenci

ve öğrenci okul arasındaki etkileşimi sağlaması, öğrencinin derse ilişkin memnuniyetini arttırması, öğrencilerin yazma becerilerini geliştirmesi, ayrıca derslere uyumu kolaylaştırması ortaya konulmuştur (Özmen, Aküzüm, Sünkür ve Baysal: 2011).

Sosyal paylaşım sitelerine ilişkin yapılan bir diğer araştırmada da sosyal paylaşım sitelerinin kullanımının sosyal hayatta, topluma katılımında ve akademik başarı ile ters ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (Ryan ve Xenos, 2011).

Akademik başarı ile ilişkisinin inceleneceği diğer bir konu ise bağlanmadır. Burada bağlanmayı ebeveyn bağlanması şeklinde değerlendirdiğimizde aile içi uyumun ve ailenin destekleyici yaklaşımının bireyin okul başarısı üzerinde önemli etkileri olduğu söylenebilir. Diaz (1989), yaptığı çalışmada anne-baba desteğinden ve ilgisinden yoksun olan öğrencilerin akademik başarısının düşük olduğunu saptamıştır. Anne-babanın davranışlarındaki tutarsızlığın, geçimsizliğin de okul başarısında etkili olduğu aynı çalışmada görülür. Eastman (1988), ailenin destekleyici yaklaşımının çocuklarda okul başarısının daha yüksek olması sonucu ile bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (Satır, 1996). Bu çalışmalar, ailenin katkısının ve ailenin yaklaşımının okul başarısında belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Dahası Jencks ve arkadaşları (Malkoç, 1991) tarafından yapılan kapsamlı bir araştırmada ailenin öğrencinin okul başarısında etkili olan en önemli çevre faktörünü oluşturduğu ortaya konulmuştur. Aile ilgisi, öğrenci başarısını sadece arttıran bir etken olarak önemli değildir. Ayrıca söz konusu ilginin yoksunluğunda, ailelerin sertliğinde veya tam tersi aşırı ilgi durumunda da öğrencilerin ders çalışmaktan uzaklaştıkları ve korku ile gerilim yaşadıkları görülmüştür (Küçükahmet, 2001).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmada incelenen grubun üniversite öğrencileri olarak seçilmesinin nedeni şöyle açıklanabilir; Üniversite eğitim süreci, öğrencilerin kişisel, sosyal ve akademik gelişimleri açısından önemli yaşamperiyoitlerinden biri olarak kabul edilebilir (Duru, 2008). Sosyal ağlar arasında geniş kullanıcı kitlesine sahip olan Facebook'un kendi verilerinde kullanıcıların %56'sının üniversite gençliği olduğu ortaya çıkmıştır (Demir, 2016). Böylelikle sosyal medya kullanımının ölçüleceği bir araştırmada üniversite öğrencilerinin seçimi önemli olacaktır. Araştırmanın amacı; sosyal medya kullanımının ve aile, akran bağlılığının akademik başarı ile ilişkisinin incelenmesidir. Bu ilişkinin olması durumu, bağlanmayı ve sosyal medyayı yapısal fonksiyonalist bakış açısından bireyin uymak zorunda olduğu rolleri içeren kurumlar olarak kabul etmemize neden olacaktır. Örneğin; Facebook, bir sosyalizasyon aracı olarak düşünülürse kişinin orada uyması gereken roller ve edindiği statülerden sözedilebilir. Bu açıklama aynı zamanda ileride yapılacak çalışmalara da kapı açacaktır. Şöyle ki çalışmada bir toplumsallaşma kurumu olarak sosyal medyanın ve bağlanmanın çıkması onların toplumsallaşmaya hizmet eden kurumlar olarak incelenmesi gerektiğine vurgu yapmamızı sağlayacaktır. Bu da bizim çalışmamızı diğer çalışmalardan ayıracaktır.

ARAŞTIRMANIN TİPİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışma, kesitsel tanımlayıcı tipte olup, 20 Nisan–20 Haziran 2018 tarihleri arasında Kahramanmaraş

Sütçü İmam Üniversitesi Kahramanmaraş Sağlık Yüksekokulunda yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini; Kahramanmaraş Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin tamamı (N=680) oluşturmuştur. Örneklem yöntemine gidilmemiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan n=149 (n=106 Ebelik, n=43 Hemşirelik) öğrenci (%21,9) ile çalışmasonlandırılmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmanın yapıldığı tarihlerde okulda bulunmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Akıllı telefon kullanıyor olmak
- Akıllı telefonda internet bağlantısı sağlamak

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatüre dayalı geliştirilen “Katılımcı Bilgi Formu” ve Günaydın ve arkadaşları (2005) tarafından Türkçeye uyarlanan 12 soruluk “Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri-Kısa Formu (EABE)” ile toplanmıştır. Katılımcı bilgi formu; katılımcıların yaş, sınıf, akademik ortalama, internet ve sosyal medya kullanım durumu, anne-baba sosyal medya kullanımı gibi sosyo- demografik özellikleri içeren 17 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların mevcut akademik ortalamalarının dördlük sistemdeki not ortalaması ise akademik başarının ölçülmesinde araç olarak kullanılmıştır. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri-Kısa Formu (EABE): Anne-baba ve arkadaşlara bağlanmayı ölçmek için kullanılan “Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri” (EABE; Inventory of Parent and Peer Attachment), Armsden ve Greenberg (1987) tarafından üniversite öğrencileri için geliştirilmiştir. Orijinali 28 maddeden oluşan EABE, Raja, McGee ve Stanton (1992) tarafından geliştirilip 12 maddelik kısa form hâline getirilmiştir. 12 maddelik 7’li Likert tipindeki envanterin (1 = asla, 7 = daima) anne ve baba formu olmak üzere iki şekli bulunmaktadır. Ölçeğin soruları katılımcılar tarafından anne ve baba için ayrı ayrı yanıtlanmaktadır. Ölçeğin, her biri dörder madde ile değerlendirilen “güven” (“Annem/babam duygularına saygı gösterir”), “iletişim” (“Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu anneme/babama anlatırım”) ve “yabancılaşma” (“Anneme/babama kızgınlık duyuyorum”) faktörlerinden oluşmaktadır. Anne ve baba için ayrı ayrı güven, iletişim ve ters kodlanan yabancılaşma alt ölçeklerinin toplanmasıyla “toplam bağlanma puanı” hesaplanabilmektedir. Toplamda ölçekten elde edilen puanın yüksekliği güvenli bağlanmaya işaret etmektedir. EABE’nin kısa formu Kumru (2002) tarafından Türk örneğinde anne ve babaya bağlanmayı ölçmek için kullanılmış ve Günaydın ve arkadaşları (2005) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Armsden ve Greenberg’in (1987) tarafından, ölçeğin içtutarlık (Cronbach alfa) değerleri anne formu için .88, baba formu için .90; test-tekrar test güvenilirliği anne formu için .87, baba formu için ise .88 olarak bulunmuştur. Günaydın ve ark. (2005) ise anne formu için Cronbach alfa değerini .88, baba formu için .90 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçek Cronbach alfa değerinin anne formu için .21, baba formu için .20 olduğu belirlenmiştir.

VERİLERİN UYGULANMASI

Araştırmanın veri toplama aşaması google anket ile online ortamda sağlanmıştır. Google üzerinden çalışmada kullanılacak veri formu ve ölçek formu oluşturulmuş, anket formuna ulaşmayı sağlayan link tüm öğrencilere verilmiş ve anketi doldurmaları istenmiştir. Anket formları tüm soruların yanıtlanması, eksik soru olması halinde anketin sonlanmaması şeklinde oluşturulmuştur. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve internet erişimi imkanı olan öğrenciler çalışmaya dahil edilmiş olup, belirlenen tarihler arasında anketi doldurmayan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler araştırmanın dışında tutulmuştur.

Etik yönü

Araştırmanın yürütülmesi için kahramanmaraş sütçü imam üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu'ndan (18.04.2018, 07 karar nolu onay) ve sağlık yüksekokulu müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır. Uygulama öncesinde araştırmacılar tarafından tüm öğrencilere araştırmanın amacı ve anketlerin nasıl doldurulacağı hakkında açıklama yapılmış ve öğrencilerden sözlü onamı alınmıştır.

VERİLERİN ANALİZİ

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programı aracılığı ile yapılmıştır. Veriler normal dağılım göstermiş olup, tanımlayıcı veriler, ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdelik dağılımları ve grup ortalaması iki olan değişkenler için bağımsız örnekler için t testi, grup ortalaması ikiden fazla olan değişkenler için ise tek yönlü varyans analizleri uygulanarak çalışmanın alt problemlerini tespit edilmiştir. Ölçek formu ile elde edilen verilerin ne ölçüde güvenilir olduğunu belirlemek amacıyla, Cronbach Alpha güvenirlik testine tabi tutulmuştur. Çalışmada, anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 149 öğrencinin yaş ortalaması $21,50 \pm 2,12$ (min 18- max 37), lise not ortalamaları 100'lük sistem üzerinden $81,13 \pm 7,15$ (min 51- max 98), halen devam etmekte oldukları üniversite ortalamaları 4'lük sistem üzerinden $2,78 \pm 0,56$ (min 1,75- max 3,90) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri (n=149)

Özellikler		Sayı	%	Özellikler		Sayı	%
Bölüm	Ebelik	106	71,1	Medeni Durum	Evli	8	5,4
	Hemşirelik	43	28,9		Bekar	141	94,6
Cinsiyet	Kadın	139	93,3	Kendine Ait Oda	Olan	74	49,7
	Erkek	10	6,7		Olmayan	75	50,3
Sınıf	1. Sınıf	19	12,8	Doğduğu u Bölge	Akdeniz		63
	2. Sınıf	36	24,2		G. Doğu Anadolu		22,3
	3. Sınıf	56	37,6		Doğu Anadolu		3,4

	4. Sınıf	38	25,5		Başka ülke		2,8
Şuan Yaşadıkları Yer	Yurt	75	50,3	Soyal Aktivite	Evet	54	36,2
	Aile yanı	32	21,5		Hayır	95	63,8
	Öğrenci evi	42	28,2				
Aile Birey Sayısı	1	2	1,3	Soyal Aktivite Türü (n=54)	Spor-dans	15	27,7
	2	4	2,7		Edebiyat	2	3,7
	3	9	6,0		Resim	6	11,1
	4 ve üzeri	134	89,9		Müzik	3	5,5
				Sinema	28	51,8	

Tablo 2'ye göre öğrencilerin ve %91,3'ünün herhangi bir sosyal medya hesabının olduğu belirlenmiştir. Sosyal medya kullananların %91,3'ünün Whatsapp kullandığı, %35,6'sının sosyal medyada günlük 2-3 saat geçirdiği ve %52,9'unun sadece vakit geçirmek için kullandıkları saptanmıştır. Öğrencilerin ebeveynleri arasında sadece %34,9'unun herhangi bir sosyal medya aracını kullanmadıkları görülmektedir.

Tablo 2. Öğrencilerin ve Ebeveynlerinin Sosyal Medya Kullanım Özellikleri (n=149)

Özellikler		Sayı	%	Özellikler		Sayı	%	
Sosyal Medya Kullanımı	Evet	136	91,3	Sosyal Medyada Geçirilen Günlük Vakit (n=136)	1 saat	35		
	Hayır	13	8,7		2-3 saat	48	35,6	
Kullanılan Sosyal Medya*	Whatsapp	136			4-5 saat	33		
	Facebook	61			6-7 saat	14		
	Twitter	58			8 ve üstü	6		
	İnstagram	122		Sosyal Medya Kullanım Amacı (n=136)	Oyun	2		
	Youtube	65			Vakit geçirmek	72	52,9	
	Swarm	20			Arkadaş iletişimi	25		
	Bip	24			Ders-okul	4		
	Snapchat	57			Gündem takibi	25		
Skype	19		Bilgi vermek		8			
Ebeveyn Sosyal Medya Kullanımı (n=149)	Facetime	10			Ebeveyn Sosyal Medya Kullanımı (n=149)	Anne kullanan	22	14,8
	Scorp	7				Baba kullanan	38	25,5
	Periscope	7		İkisi kullanmayan		52	34,9	
	Tumblr	3		İkisi kullanan		37	24,8	

* Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için veriler katlanmıştır.

Tablo 3 incelendiğinde kadınlarda akademik başarı ortalamalarının 2,41, erkeklerde ise 2,81 olduğu görülmektedir. Bu sonuç akademik başarı puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermektedir ($t=-2,201$, $p=0,029$, $p<0,05$). Ebelik okuyan öğrencilerde akademik başarı puan ortalamaları 2,82 ve hemşirelik okuyanlarda 2,69 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu erkek öğrencilerin akademik başarı puan ortalamalarının kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir ($t=1,298$, $p=0,196$, $p>0,05$). Akademik başarı puan ortalamaları evli öğrencilerde 2,68 bekarlarda ise 2,79'dur. Bu sonuç akademik başarı puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı göstermektedir ($t=-0,529$, $p=0,598$, $p>0,05$). Yine ebeveynleri sosyal medya kullanan öğrencilerin akademik ortalaması 2,86 iken kullanmayanlarınki 2,63'tür. Ebeveyn sosyal medya kullanımı, öğrencilerin akademik başarısını etkilemediği görülmektedir ($t=1,883$, $p=0,063$, $p>0,05$).

Öğrencilerin bazı özellikleri ve bağıllık durumları arasındaki ilişki Tablo 3'de görülmektedir. Kadın öğrencilerdeki EABE puan ortalamaları 3,85, erkeklerdeki 3,93'dir. Cinsiyetin bağıllık puan ortalamasını etkilemediği görülmektedir ($t=-0,498$, $p=0,619$, $p>0,05$). Yine öğrencilerin okuduğu bölüm ($t=0,529$, $p=0,597$, $p>0,05$), medeni durumu ($t=-0,125$, $p=0,901$, $p>0,05$) ve ebeveynlerinin sosyal medya kullanım durumu ($t=-1,701$, $p=0,092$; $p>0,05$) bağıllık puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir. Öğrencilerin ilgili değişkenlerle ilgili bağıllık puan ortalamaları Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Akademik başarı ve bağıllık değişkenlerinin öğrencilerin özelliklerine göre farklılaşmasına ilişkin testi sonuçları

		Akademik Başarı				Bağıllık Durumu			
Özellik		N	x	T	p	N	x	T	p
Cinsiyet	Kadın	10	2,4160	-2,201	0,029	10	3,8583	-0,498	0,619
	Erkek	139	2,8155			139	3,9376		
Bölüm	Ebelik	106	2,8266	1,298	0,196	106	3,9458	0,529	0,597
	Hemşirelik	43	2,6951			43	3,8992		
Medeni Durum	Evli	8	2,6863	-0,529	0,598	8	3,9115	-0,125	0,901
	Bekar	141	2,7945			141	3,9335		
Ebeveyn Sosyal Medya Kullanımı	Evet	52	2,8690	1,883	0,063	52	3,8213	-1,701	0,092
	Hayır	37	2,6351			37	4,0146		

Öğrencilerde akademik başarı ve bağıllık durumunun sosyal medya kullanıp kullanmamaya

göre farklılaşmasına ilişkin bulgular Tablo 4’de verilmiştir. Sosyal medya kullanan öğrencilerde akademik puan ortalamalarının 2,79, kullanmayanların ise 2,67 olduğu görülmektedir. Bu bulgu sosyal medya kullanımı öğrencilerin akademik ortalamaları üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir ($t=0,776$, $p=0,439$, $p>0,05$). Yine sosyal medya kullanan öğrencilerin bağlılık puan ortalamaları 3,9298, kullanmayanlarınki ise 3,9583 olarak belirlenmiştir. Bu bulguya göre sosyal medya kullanımı ve başarı puanı arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($t=-0,202$, $p=0,840$, $p>0,05$).

Tablo 4. Akademik başarı ve bağlılık değişkenlerinin sosyal medya kullanıp kullanmamaya göre farklılaşmasına ilişkin t testi sonuçları

Akademik Başarı						Bağlılık Durumu			
Özellik		N	x	T	p	N	x	T	P
Sosyal Medya Kullanımı	Evet	136	2,7997	0,776	0,439	136	3,9298	-0,202	0,840
	Hayır	13	2,6731			13	3,9583		

Çalışmaya katılan öğrencilerde akademik başarı ve bağlılığın günlük ortalama sosyal medya kullanım süresine göre farklılaşmasına ilişkin bulgular Tablo 5’te verilmiştir. Tablo 5 incelendiğinde öğrencilerde akademik puan ortalamaları en düşük olanların interneti günde ortalama 8 saat ve üstünde kullananlar olduğu, kullanım süresi azaldıkça akademik puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Yine bağlılık puan ortalaması en yüksek olanların sosyal medyada günlük 8 saat ve üstünde vakit geçirenler olduğu, süre azaldıkça bağlılık puan ortalamasının da azaldığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Akademik başarı ve bağlılığın günlük ortalama sosyal medya kullanım süresine göre farklılaşmasına ilişkin Anova testi sonuçları

	Sosyal Medya Kullanım süresi	N	x	ss
Akademik Başarı	1 saat	35	2,9189	,53190
	2-3 saat	48	2,8187	,52508
	4-5 sat	33	2,6623	,53738
	6-7 saat	14	2,8225	,59711
	8 ve üstü	6	2,2433	,80860
	Toplam	149	3,9323	,48510
Bağlılık Durumu	1 saat	35	3,8684	,54045
	2-3 saat	48	3,9623	,44105
	4-5 sat	33	3,8940	,47446
	6-7 saat	14	3,9375	,42682

8 ve üstü	6	4,3125	,68756
Toplam	149	3,9323	,48510

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Araştırma grubunun; %93,3' ü (n=139) kız, %6,7' si (n=10) ise erkek öğrencilerden oluşmaktadır. Öğrencilerin yaşları ortalaması $21,50 \pm 2,12$ yıl (min=18,00/ max=37,00) olarak bulunmuştur. Bu çalışma; % 71,1' i (n=106) ebelik bölümü, % 28,9' u (n=43) ise hemşirelik bölümü öğrencilerinin katılımlarından oluşmaktadır ve bu öğrencilerin % 12,8'i (n=9) birinci, % 24,2' si (n=36) ikinci , % 37,6' sı (n=56) üçüncü ve % 25,5'i (n=38) dördüncü sınıfta eğitim görmekteydiler.

Öğrencilerin lise not ortalamaları 100'lük sistem üzerinden $81,13 \pm 7,15$ (min=51,00/ max=98,00), halen devam etmekte oldukları üniversite ortalamaları 4'lük sistem üzerinden $2,78 \pm 0,56$ (min=0,75/ max=3,90) olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan öğrencilerin; % 50,3' ü (n=75) yurttan, %23,5' u (n=35) ailesi ile birlikte ve % 17,4' ü ise (n=26) kiralık öğrenci evinde kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 94,6' sı (n=141) bekar, % 5,4' ü (n=8) evlidir. Öğrencilerin % 89,2' sinin (n=133) hanedeki birey sayısı 4 ve üzeridir. Öğrencilerin % 63' ü Akdeniz Bölgesinde, % 22,3' ü Güney Doğu Anadolu Bölgesinde, % 3,4' ü Doğu Anadolu Bölgesinde ve % 2,8' i ise yabancı bir ülkede doğduklarını ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin % 63'8' i (n=95) hiçbir sosyal aktivite ile ilgilenmemektedir. Geriye kalan % 21, 5'i (n=32) ise spor, edebiyat ve sanat dallarından biri ile ilgilendiklerini belirtmişlerdir

Öğrenciler sosyal medya kullanımında ilk sırada % 91,3 (n=136) ile Whatsapp' ı, ikinci sırada % 81'9 ile Instagram' ı ve üçüncü sırada % 43,6 (n=65) ile Youtube ve % 40,9 (n=61) ile dördüncü sırada Facebook'u belirtmişlerdir. Facebook kullanıcıları ortalama $5,75 \pm 2,63$ yıldır bu platforma üye olduklarını ve en uzun kullanıcının 12 yıldır bu platformda olduğu belirtmişlerdir.

Öğrencilerin ebeveynleri arasında sadece % 34,9' u (n=52) herhangi bir sosyal medya aracını kullanmamaktadır ve öğrencilerin yalnızca % 2,7' si (n=4) sosyal medyayı ders amaçlıda kullandığını belirtmiştir.

TARTIŞMA

We Are Social'ın,2017 yılı raporuna göre; Türkiye'de en çok kullanılan sosyal medya platformunda birinci sırada Facebook yer almaktadır. Platform, hakimiyetini ikinci ve üçüncü sırada yer alan Messenger ve Whatsapp uygulamaları ile sürdürürken dördüncü sırada ise Youtube yer alıyor (Dijital Ajanslar 2017).We Are Social'ın raporunda birinci sırada yer alan Facebook, çalışmamız da %

40,9 (n=61) ile dördüncü sırada yer almıştır. Öğrenciler sosyal medya kullanımında ilk sırayı % 91,3 (n=136) ile Whatsapp' a, ikinci sırayı % 81'9 ile Instagram' a ve üçüncü sırayı ise % 43,6 (n=65) Youtube' a vermişlerdir.

We are Social 2017 raporuna göre; ülke olarak günde ortalama 3.01 saatimizi sosyal medyada harcadığımız gösterilmiştir(We are Social 2017).Çalışmamızda da; öğrencilerin günlük ortalama $2,35 \pm 1,18$ saatlerini (min=1,00/ max=8,00) sosyal medya da harcadığı bulunmuştur.

Türkiye istatistik Kurumunun (TÜİK) 2014 yılında yapmış olduğu Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırması verilerine göre; internet kullanan bireylerin oranı %53,8 ve bu oranların en yüksek olduğu yaş grubu 16-24 yıl' dır. Çalışmamızda da benzer şekilde kullanıcıların % 96,8'i 18-24 yaş grubu arasında yer almaktadır. Araştırma grubunun üniversite öğrencilerinden oluşmasında bu oranın yüksekliğinin bir nedenidir.

TÜİK 2014 Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırması verilerine göre; bilgisayar ve İnternet kullanımı tüm yaş gruplarında erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın Sağlık Bilimleri Fakültesinde yapılmış olması ebelik bölümünde erkek öğrenci bulunmaması ve hemşirelik bölümünün büyük çoğunluğunun kız olması nedeni ile bu çalışmada erkek katılımcı sayısı yalnızca %6,7' dir (n=10). Bu oranlarda genelleme yapmak mümkün değildir.

TÜİK 2014 Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırması verilerine göre; İnternet kullanım amaçları dikkate alındığında, 2014 yılının ilk üç ayında bireylerin %74,2 online haber, gazete ya da dergi okuma,

%67,2 ile mal ve hizmetler hakkında bilgi arama, %58,7 ile oyun, müzik, film, görüntü indirme veya oynatma, %53,9 ile e-posta gönderme-alma takip etmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin %23,5' i (n=35) vakit geçirmek, % 16,8' i gündemi takip etmek, % 15,4' ü (n=23) arkadaşlarından haberdar olmak, % 2,7' si (n=4) ders ve okul işleri için kullandığını belirtmişlerdir

TÜİK 2016 istatistiklerle aile raporuna göre; Türkiye' de ortalama hane büyüklüğü 3,5 olduğu belirtilmiş çalışmamızda ise, öğrencilerin büyük çoğunluğunun (% 89,2) kalabalık aileden geldiği ve yarısından fazlasının kendilerine ait odalarının olmadığı (%50,3) görülmüştür. Bu durumda akademik başarılarını etkilediği düşünülmektedir.

SONUÇ

Çalışmamızda üniversite gençliğinin akademik başarısının sosyal medya kullanımı ile ilişkisine bakılmıştır. Neticede üniversitede akademik başarı, sağlıklı ilişkiler kurma ve kimlik gelişiminin tamamlandığı budönemin sağlıklı geçmesine bağlıdır (Chickering ve Reisser, 1993). Sosyal medya, sosyal ilişkilerin kurulduğu bir ortam olarak akademik başarı üzerinde etkili olabilecek bir alanı temsil eder. Aynı zamanda; sosyalleşme sürecinde yeni bir kapı açarak “sanal kimlikleri” hayatımıza dahil etmektedir. Bireyin, sahip olduğu kimlikte değil olmak istediği kimlikle de sosyal gruplara katılabilmesini sağlamaktadır. Sosyal bağlılık, burada kurulan sanal gruplar vasıtasıyla sanal akranlarla da sosyalleşme imkanı sunabilmektedir (Işık, 2000:107). Aynı zamanda gerçek hayattayasadıklarının da sergilendiği bu alan, bireyin seçebildiği ve şekillendirebildiği bir alan olarak karşımıza çıkar. Birey, bu seçebildiği dünyada kendini ait hissedebileceği ve bağlanacağı yeni gruplar üzerinden iletişimini

devamettirebilmektedir. Sosyal medya, bağlılığı ve aidiyet duygusunu sanal da olsa yaratabilmektedir. Çalışmamızda; öğrencilerin sosyal medya kullanımı arttıkça akademik başarının azaldığı belirlenmiştir. Bunun nedeni araştırmaya katılan öğrencilerin tamamına yakınının sosyal medya kullanmasına rağmen, çok azının ders amaçlı kullanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca sosyal medya kullanımının ebeveyn ve arkadaş bağlanma düzeyi üzerinde çok etkin olmadığı saptanmıştır. Öğrencilerde sosyal medya kullanım oranı göz önüne alındığında, e-ders ve e-öğrenme kapsamında öğrencilerin sosyal medya kullanım amaçları, akademik yönde değiştirilebilir. Bu sayede öğrencilerin akademik başarılarının artabileceği öngörülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Demir, Ü. (2016). Sosyal Medya Kullanımı Ve Aile İletişimi: Çanakkale’de Lise Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Selçuk İletişim, 2016, 9 (2): 27-50. doi: 10.18094/si.99029
2. Özutku, F., Çapur, H., Sığın, İ., İltter, K., Küçükyılmaz, M. M. ve Arı, Y. (2014). Sosyal Medyanın ABC’si. İstanbul: Alfa.
3. Dijital Ajanslar 2017. Erişim Adresi: <http://www.dijitalajanslar.com/internet-ve-sosyal-medya-kullanici-istatistikleri-2017/>. Erişim Tarihi: 04.04.2018.
4. We are Social 2017: Digital in 2017: Global Overview. Erişim Adresi: <https://wearesocial.com/uk/special-reports/digital-in-2017-global-overview>. Erişim tarihi: 04.04.2018.
5. TÜİK (2014). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu. Haber Bülteni, Sayı: 16198. Erişim tarihi: 15.09.2018
Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16198>
6. Okur D.H ve Özkul M (2015). Modern iletişimin arayüzü: sanal iletişim sosyal paylaşım sitelerinin toplumsal ilişki kurma biçimlerine etkisi (facebook örneği). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Yıl: 2015/1, Sayı:21
7. Wellman B., Salaff J., Dimitrova D., Garton L., Gulia M. and Haythorntwaite (1996). Computer Networks as Social Networks: Collaborative Work, Telework, and Virtual Community, Annual Review of Sociology, (22): 213-38 Erişim Tarihi: 15.09.2018 Erişim Adresi: <http://www.jstor.org/stable/2083430?seq=2>
8. Beck, L. S. (2004). “Internet Ethnography: Online and Offline”, International Journal of Qualitative Methods, 3(2).
9. Twenge, J. M. ve Campbell, W. K. (2010). Asrın Vebası: Narsizim İleti, (Çev.) Korkmaz, Ö., Kaknüs Yayınları, İstanbul.
10. Eren H. ve Gözaydın, N.(1988), Türkçe Sözlük, Ankara: Türk Tarih Kurumu Basım Evi.
11. Uytun C.M., Öztöp B.D. ve Eşel E. (2013). Ergenlik ve Erişkinlikte Bağlanma Davranışının Değerlendirilmesi. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013;26:177- 189 DOI: 10.5350/DAJPN2013260208
12. Bowlby J.A. (1988). Secure Base: Parent-Child Attachment And Healthy Human

Development. New York: Basics.

13. Klabutscher, A. (2009). Determinanten der politischen Sozialisation und deren Auswirkung auf das politische Verhalten Jugendlicher. Wien: Nichtveröffentlichte Diplomarbeit,p.45
Erişim Tarihi: 15.09.2018 Erişim Adresi: http://othes.univie.ac.at/3686/1/2009-02-14_0300361.pdf
14. Waters T. (2004). Learning to love: from your mother's arms to your lover's arms. The Medium (Voice of the University of Toronto); 30-19:1-4.
15. Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology, 28 (5), 759-775
16. Keskin G, Çam O (2009). Ergenlik ve bağlanma süreci: Ruh sağlığı açısından literatürün gözden geçirilmesi. Yeni Symposium; 47:53-57.
17. Bülez A ve Genç E.R. (2016). Yenidoğan Ebeveyn İlişkisinin Başlatılması ve Geliştirilmesi. İzmir KatipÇelebi Üniversitesi Dergisi. sayı:..., say... İzmir
18. Kesebir, S., Kavzoğlu, S.Ö., Üstündağ, M.F. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(2):321-342
19. Güvenir T (2007). Bağlanma Kuramı: In Aysev AS, Taner YI (editors). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, 48-50. 44.
20. Celkan, H. Y. (1996). Eğitim Sosyolojisi, 4. Baskı, Erzurum: A.Ü.E.F. Basımevi.
21. Sroufe LA. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. Attach Hum Dev; 7:349-367.
22. Gaskel, J. (1998). Education. (Ed. By R. Brym). Canada: Harcourt Brace.
23. Türkdoğan, T.ve Duru, E. (2012). Üniversite öğrencilerinde temel ihtiyaçların karşılanma düzeyinin bazı sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1(22), 199-223.
24. Türnüklü, A. (2007). Liselerde Öğrenci Çatışmaları, Nedenleri, Çözüm Stratejileri ve Taktikleri. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 49, 129-166.
25. Geray, H. (1994). Yeni İletişim Teknolojileri. Ankara: Kılıçaslan Matbaacılık. Hazan ve Shaver PR, 1994
26. Young, K. S. (2009). "Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder", CyberPsychology & Behavior, 1(3)
27. Kuzu, A. (2011). "İnternet ve Aile", Aile ve Toplum, 7(27), 9-31.
28. Duman, M.Z. (2008). İnternet Kullanımının Öğrencilerin Sosyal İlişkileri ve Okul Başarıları Üzerindeki Etkisi. Tematik Yazılar, Toplum ve Demokrasi, 2 (3); 93-112.
29. Bulunmaz, B. (2013). "Postmodern Dünyanın Gerçeküstü Mekanları: Sosyal Paylaşım Siteleri". s. 13- içinde Sosyal Medya ve Ağ Toplumu 1: Kitle İletişiminde Yaşanan Değişimler. Ed. Can Bilgili ve Gülüm Şener. İstanbul: RYD.
30. Capogna, S., (2010). Learning and Social Networks New Forms of Sociability, Erişim Tarihi: 15.09.2018 Erişim Adresi: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1692082
31. Özmen, F., Aküzüm, C., Sünkür, M. ve Baysal, N., (2012). "Sosyal Ağ Sitelerinin Eğitsel

- Ortamlardaki İşlevselliği”, e-Journal of New World Sciences Academy, 7(2)
32. Ryan, T. ve Xenos, S. (2011). “Who uses Facebook? An Investigation into The Releationship Between The Big Five, Shyness, Narcissism, Loneliness, And Facebook Usage.” *Computers in Human Behavior*.27. 1658-1664. doi:10.1016/j.chb.2011.02.04.
 33. Diaz, S. L. (1989). *The Home Environment and Puerto Rican Children’s Achievement: A Researcher’s Diary*, (Bul. Kyn. Satır, (1996). The Natiohal Association for Education Conference, Hulston, April-May
 34. Eastman, B. (1988). *Family Involvement In Education*. (Bul.Kyn. Satır, 1996). Wisconsin State Department of Public İnstruction, January.
 35. Satır, S. (1996). *Özel Tevfik Fikret Lisesi Öğrencilerinin Akademik Başarılarıyla İlgili Anne Baba Davranışları ve Akademik Başarıyı Artırmaya Yönelik Anne-Baba Eğitim Gereksinmelerinin Belirlenmesi*. A.Ü Sos. Bilm. Enst. Yayınlanmamış. Yüksek Lisans Tezi.
 36. Malkoç, G. (1991). *Aile Eğitimi ve Eğitimde Nitelik Geliştirme*. Eğitimde Arayışlar 1. Sempozyumu. İstanbul: Kültür Koleji Yayınları.
 37. Küçükahmet, L. (2001). *Sınıf Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
 38. Duru, E. (2008). Üniversiteye uyum sürecinde yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılığın doğrudan ve dolaylı rolleri, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 29,13-22.
 39. Günaydın G, Selçuk E, Sümer N, Uysal A. (2005). Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu’nun Psikometrik Açıdan Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8(16);13-23.
 40. Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-451.
 41. Raja, S. N., Mcgee, R. ve Stanton, W. R. (1992). Perceived attachment to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(4), 471-485.
 42. Kumru, A. (2002). *Prosocial behavior within the family context and its correlates among Turkish early adolescents*. Unpublished doctoral dissertation, Nebraska University, Nebraska.
 43. TÜİK (2017). *İstatistiklerle Aile, 2016*, Türkiye İstatistik Kurumu. Haber Bülteni, Sayı: 24646. Erişim tarihi: 15.09.2018 Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24646>
 44. Chickering, A.,W. ve Reisser, L. (1993). *Education and Identity*. San Francisco: JosseyBass Publisher.23
 45. Işık, M (2000). *İletişimden Kitle İletişimine*. Konya: Mikro Yayınları, p.107

36 - EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN TEKNOLOJİ VE İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Bilgesu ARSLAN¹, Nuran MUMCU¹, Emine KOÇ¹,

¹Ondokuzmayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü,

Amaç: Ebelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi saptamak.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ilişki arayan bir çalışma olup 24/04/2018-12/05/2018 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde gerçekleştirildi. Evreni Ebelik Bölümü'nde eğitim gören 315 öğrenci oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip çalışmanın planlandığı tarihlerde okulda olan çalışmaya gönüllü toplam 266 ebelik öğrencisi çalışmaya katıldı. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu, Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formu, Yaşam Doyum Ölçeği kullanılarak elde edildi. Veriler SPSS 20 Paket programı ile hesaplandı. İstatiksel yöntem olarak frekans analizi, tanımlayıcı istatistik analizi, Kruskal-Wallis Testleri ve Mann Whitney U Testi kullanıldı.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 21.09 ± 2.53 , toplam 266 öğrenciden 1.sınıf=68, 2.sınıf=59, 3.sınıf=63, 4.sınıf =76 kişi %98.1 i bekar yaşanan yer.%30.8 i ilçede yaşamakta, %56.8 i ailesiyle yaşıyor, %80.1 inin gelir durumu orta düzeyde olduğu belirlenmiştir Öğrencilerin yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 3.08 ± 0.76 internet bağımlılığı ölçeği puan ortalaması 27.15 ± 7.62 olduğu saptandı. Ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki korelasyon ile incelendiğinde yaşam doyumu ile internet bağımlılığı arasında negaif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki $r = -.364$ olduğu görüldü.

Sonuç ve öneriler: Öğrencilerin internete olan bağımlılığı arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı görülmektedir. Öğrencilerin internette geçireceği zaman üniversitenin oluşturacağı etkinlikler, kulüp faaliyetleri vb şekilde azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik öğrencisi; teknoloji internet bağımlılığı, yaşam doyumu

Determination of the Relationship Between Technology and Internet Addiction and Life Satisfaction of Midwifery Students

Objective: To determine the relationship between midwifery students' internet addiction and life satisfaction.

Method: The study is a study which is looking for a descriptive relationship between the dates 24/04 / 2018-12 / 05/2018 in Samsun Ondokuz Mayıs University Faculty of Health Sciences. There were 315 students studying in the Universe Midwifery Department. A total of 266 midwifery students volunteered to work at the school on the scheduled dates of the study not participating in the selection of the sample. The questionnaires developed by the researcher according to the literature were obtained by using the Young Internet Addiction Test Short Form, Life Satisfaction Scale. The data was calculated using the SPSS 20 Package program. Frequency analysis, descriptive statistical analysis, Kruskal-Wallis tests and Mann-Whitney U test were used as statistical methods.

Findings: The average age of the students was 21.09 ± 2.53 , 266 students had 1st class = 68, 2nd class = 59, 3rd class = 63, 4th class = 76 persons % 98.1 single, % 30.8 occupancy, %56.8 of them live with their families and 80.1% of them have a moderate level of income. The average score of the students' life satisfaction scale was 3.08 ± 0.76 and the mean score of internet addiction scale was 27.15 ± 7.62 . When the correlation between scale mean scores was examined by correlation, it was found that there was a significant negative correlation between life satisfaction and internet addiction and a weak correlation $r = -0.364$.

Conclusions and suggestions: As the dependency of the students on the internet increases, life satisfaction decreases. Students' time on the Internet can be reduced by activities such as club activities, etc..

Key words: Midwifery student; technology internet addiction, life satisfaction

37 - 4. SINIF EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN GÖZÜYLE BABALIK DURUMLARI ÜZERİNE NİTEL ÇALIŞMA

Yonca ÇİÇEK OKUYAN¹, Nursen BOLSOY¹,

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü,

ÖZET

Giriş ve Amaç: Doğum sonu dönem aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu, ebeveynliğe geçiş sürecinde anne ve babanın yeni roller ve sorumluluklar üstlendikleri bir dönemdir. Bu süreçte genellikle ihmal edilen babaların durumlarının incelenmesi, aileye bütünsel yaklaşımda önemlidir. Ebeler, doğum ve doğum sonrasında ailenin yanında olan ve babalık rollerinin başladığı ilk anlara şahitlik eden bir meslek grubudur. Bu nedenle geleceğin ebeleri olan, ebelik öğrencilerinin doğum ve doğum sonrası şahit oldukları babalık durumlarının, toplumsal cinsiyet bakış açısıyla incelenmesinin veri oluşturmak ve toplumsal cinsiyet farkındalığını arttırmak açısından önemli olduğu düşünülmüştür. Araştırma, ebelik öğrencilerinin doğum servisinde gözlemledikleri babalık durumlarını toplumsal cinsiyet rollerine yönelik bakış açısıyla incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Nitel araştırma deseninde olan çalışmada, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmış olup, toplam 15 ebelik 4. sınıf öğrencisi örneklem grubunu oluşturmuştur. Araştırma verileri, bir kamu üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde, 25 Kasım 2017-25 Aralık 2017 tarihleri arasında, “Birey Tanılama Formu” ve yarı yapılandırılmış “Görüşme Formu” ile toplanmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiş, kayıtlar bilgisayar ortamında yazılı döküm haline getirilmiştir. Verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Analiz sonucunda; “doğumdan sonra babanın durumu” ana teması belirlenmiştir. Alt temalar olarak; doğumdan sonra babanın duygusu/yansıması, babanın bebeği ilk gördüğünde durumu, doğumdan sonra babagörevi, doğumdan sonra babanın davranışı, doğumdan sonra annenin yanında bulunan kişi olmak üzere beş alttema belirlenmiş ve toplumsal cinsiyet rollerine göre incelenmiştir. Babaların bekleyiş içinde ve heyecanlı olduğu, babaların bebeği ilk gördüğünde heyecanlı olduğu, bebeğin ihtiyaçları için anneye destek olduğu, babaların görev olarak evrak işlerini halletme, ihtiyaç duyulan eşya ve malzemeleri almak gibi sorumluluklar üstlendiği, anneye ilgi göstermeyi daha çok kayınvalideye ve annenin yanında bulunan diğer kadınlara devrettiği belirlenmiştir.

Sonuç: Babaların doğum ve doğum sonrası dönemde çoğunlukla geleneksel cinsiyet rolüne uygun davrandığı ve sağlık hizmet sunumunun da bunu desteklediği söylenebilir. Eşitlikçi cinsiyet rolünün gelişmesi açısından, doğum ve doğumdan sonra babaların annelerin yanında olmasının desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelime: Ebe, Öğrenci, Babalık Durumu

Qualitative Study About Status Of Fatherhood With Eye Of 4th Grade Midwifery Students

Abstract

Introduction and purpose: Postpartum period is a period that is a new order is established because family to join a new member, in which father and mother have new roles and responsibilities in the process of transition to parenting. In this process examining the situation of often neglected fathers is important in a holistic approach to the family.

Midwives are occupational group ,who is next to the family in birth and postpartum period, that witnesses the first moments which is fatherhood roles begin.

Therefore, examination from gender perspective of the paternity cases that midwifery students, who is the midwives of the future, witnessed in birth and postpartum, were considered important in terms of creating data of and increasing gender awareness. The research was conducted to determine the paternity case, which midwifery student observe in maternity services, from a point of view of gender roles.

Materials and Methods: In research which is qualitative research design, purposive sampling method has been used, a total of 15 midwifery students of the 4th class formed the sample group. Research data were collected in the Department of Midwifery of the Faculty of Health Sciences of a public university, between 25 November 2017 and 25 December 2017, with "Individual Diagnostic Form" and semi-structured u Interview Form". Interviews recorded on a voice recorder, the records were transcribed in a computer environment. Content analysis method was used for data analysis.

Results: As a result of the analysis; "In father's condition after birth" is determined as the main theme. As sub themes; five sub-themes identified to be "the father's sense / reflection after birth", "when the father first saw the baby", "father duty after birth", "the behavior of the father after birth", "person next to the mother after birth" and it were examined according to gender roles. It was determined that the fathers are waiting and excited, that fathers are excited when they first see the baby, support for the mother to the needs of the baby, paperwork as the task of fathers, undertakes responsibilities such as purchasing goods and materials needed, the mother transferred the attention to her mother-in-law and other women who were near her. When the findings are examined in terms of gender roles; that father behaviors and the expectations of the health care workers in birth and postpartum are not towards the equitable gender role, it was observed towards the traditional gender role.

Conclusion: It can be said that fathers behave in accordance with traditional gender roles mostly during birth and postpartum period and health service delivery also supports this. In terms of the development of equalityist genderrole, it is recommended to support fathers to be with mothers in birth and postpartum.

Keywords: Midwife, Student, Paternity case

Giriş

Doğum eylemi annede olduğu gibi, baba için de bilinmeyenlerle dolu bir süreçtir. Doğum sonu dönem ise aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu, ebeveynliğe geçiş sürecinde anne ve babanın yeni roller ve sorumluluklar üstlendikleri bir dönemdir (Taşkın 2005, Arslan ve Uzun 2008, Alan 2011). Rol, bir sosyal işlev çevresinde kümelenen birbiriyle ilişkili davranış örüntüsüdür. Toplumsal cinsiyet, kadın ve erkeğin toplumsal rol ve sorumluluklarına değinerek, toplumun kişileri nasıl algıladığı, nasıl davranmasını istediği ve kişilerden neler beklediğini belirtmektedir. Toplum kadın ve erkeğe farklı özellikler, davranışlar, roller ve sorumluluklar yüklemektedir. Toplumsal cinsiyet rollerini kadın cinsiyet rolü, erkek cinsiyet rolü, evlilikte cinsiyet rolü, geleneksel cinsiyet rolü, eşitlikçi cinsiyet rolü şeklinde sınıflayabiliriz (Özcan 2012). Tarihsel olarak babalık rolü, annelikten açıkça farklı olmuştur. Ataerkil toplum yapısı içerisinde, annelik rolü kadının çocuğunu yetiştirmesi ve topluma hazırlaması olarak şekillenirken, babalık rolü ise erkeğin evin dışında çalışması ve eve para getirmesi olarak şekillenmiştir (Uludağlı 2017). Doğumdan sonra anneler babaların sosyal desteğine ihtiyaç duymaktadır. Babalar doğumdan sonra bebekle ilk karşılaştıklarında sabır ve hoşgörü, etkileşimde zevk ve sevgi, gurur duygularını yaşamaktadır. Bazen bu duyguların içinde doğum yapmış kadına gereken ilgi gösterilememektedir (Güleç 2013). Dünyada çok sayıda toplumda cinsiyet rollerindeki değişiklikler, babalık rol tanımlarında da değişikliğe neden olmuş, geçmiş yıllara göre değerlendirildiğinde; babalık, bakım verme, katılım gösterme ve ortak ebeveynlik yönünde bir dönüşüm göstermiştir. Bu durum hem bilimsel çalışmalara konu olmuş, hem de çok sayıda ülkede politika değişikliklerine yol açmıştır (Uludağlı 2017). Babalar babalık rolünü üstlenirken, doğumhanede babaların neler yaptığına, sıklıkla hangi davranışları tekrarladıkları, refakatçi olarak babaların hastanede kalıp kalamadığı, doğuma kabul edilip edilmediğine, babalık durumlarına yönelik ülkemizde yapılmış bir araştırmaya ulaşamamıştır. Bu süreçte genellikle ihmal edilen babaların durumlarının incelenmesi, aileye bütünsel yaklaşımda önemlidir. Ebeler, doğum ve doğum sonrasında ailenin yanında olan ve babalık rollerinin başladığı ilk anlara şahitlik eden bir meslek grubudur. Bu nedenle geleceğin ebeleri olan, ebelik öğrencilerinin doğum servislerinde şahit oldukları babalık durumlarının, toplumsal cinsiyet bakış açısıyla incelenmesinin güçlü bir veri oluşturacağı ve toplumsal cinsiyet farkındalığını arttıracacağı düşünülmüştür. Bu araştırma, 4. sınıf ebelik öğrencilerinin doğum servisinde gözlemledikleri babalık durumlarını toplumsal cinsiyet rollerine yönelik bakış açısıyla incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Araştırmanın tipi: Nitel araştırma desenidir.

Araştırmanın yapıldığı yer

Araştırma verileri, bir kamu üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde, 25 Kasım 2017-25 Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın evreni/ örnekleme

Nitel araştırma deseninde, amaçlı örnekleme kullanılmış olup toplam 15 ebelik 4. sınıf öğrencisi

örneklem grubunu oluşturmuştur.

Veri toplama araçları

Araştırmada veriler öğrencilere ait tanıtıcı bilgilerin olduğu bir “Birey Tanılama Formu” ve yarı yapılandırılmış “Görüşme Formu” ile toplanmış olup, formlar araştırmacılar tarafından alan yazın doğrultusunda oluşturulmuştur. Görüşme formu, “genel bilgiye yönelik, yaşanan duygulara yönelik, babalık durumuna yönelik” sorulardan oluşmaktadır. Öğrencilerle yapılan görüşmeler derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak yüz yüze yapılmıştır. Görüşme formu kullanılarak sorulan sorular, yarı yapılandırılmış görüşme ile ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. **Verilerin değerlendirilmesi ve araştırmanın etik yönü**

Görüşme öncesi öğrencilere araştırma yöntemi ve amacı açıklanarak sözlü onam alınmıştır. Görüşmelerden sonra kaydedilen kayıtlar bilgisayar ortamında yazılı döküm haline getirilmiş, veriler kodlanıp temalara göre sınıflandırılmış, yorumlanarak rapor haline getirilmiştir. Verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Görüşme verilerinin işlenmesinde herhangi bir program kullanılmamıştır.

Bulgular ve Tartışma

Araştırmaya katılan ebelik öğrencilerinin yaş ortalamalarının 21.53 ± 1.12 olduğu, %80'inin Anadolu lisesi/Düz lise vb. mezunu, tamamının 4.sınıf olduğu, % 26,7'sinin yurttan kaldığı, %86,7'sinin en uzun süre şehirde yaşadığı, %93,3'ünün çalışmadığı, %80.0'inin sosyal güvencesinin olduğu, %93,3'ünün gelirin gidere denk olduğu, tamamının çekirdek aile ile yaşadığı, annelerin % 53,3'ünün eğitim durumunun ilkökul, babaların % 40,0'ının eğitim durumunun ilkökul olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin tamamı doğum yapmış kadınla, kadının ailesiyle vevkadının eşiyle karşılaşmıştır.

Tablo 1. Ebelik 4. Sınıf öğrencilerinin gözüyle babalık durumlarına ait temalar

Ana tema	Alt tema-1	Alt tema-2
Doğumdan Sonra Babanın Durumu	Doğumdan sonra babanın duygusu/yansıması	*Bekleyiş *Heyecanlı
	Babanın bebeği ilk gördüğünde durumu	*ilgi gösteren *destek veren *heyecanlı
	Doğumdan sonra babanın görevi	*destek vermek *ihtiyaç olan şeyi yapmak *evrak işi yapmak
	Doğumdan sonra babanın davranışı	*Bebeğe dokunurken bebeğe bir şey olurkorkusu *evrak işi yapmak

Doğumdan sonra annenin yanında bulunan kişi	*Kayınvalide * kadının annesi
---	----------------------------------

Babalık durumlarına ait ana temalar tablo 1’de verilmiş ve her bir temaya ait bulgular açıklanmıştır.

Doğumdan Sonra Babanın Durumu

Tek tema “**doğumdan sonra babanın durumu**” içerisinde yer alan alt temalar: Doğumdan sonra babanın duygusu/yansıması (*Bekleyiş, Heyecanlı*), Babanın bebeği ilk gördüğünde (*ilgi gösteren, destek veren, heyecanlı*), Doğumdan sonra baba görevi (*destek vermek, ihtiyaç olan şeyi yapmak, evrak işi yapmak*), Doğumdan sonra babanın davranışı (**Bebeğe dokunurken bebeğe bir şey olur korkusu, evrak işi yapmak*), Doğumdan sonra annenin yanında bulunan kişi (*Kayınvalide, kadının annesi*) olmak üzere beş alt temadan oluşmaktadır. Bu alt temalar sırasıyla açıklanmıştır.

Doğumdan Sonra Babanın Duygusu/Yansıması

Doğumdan sonra babanın duygusu/yansıması (*Bekleyiş, Heyecanlı*) olmak üzere 2 alt temadan oluşmaktadır. Doğumdan sonra babaların duygusu ve yansımasını gözlemleyen ebelik öğrencileri babaların yansımasını ve duygusuna, bekleyiş, heyecan, mutlu, meraklı, çekingen gibi pozitif anlamlar yüklemişlerdir.

Babanın duygusunu/yansımasını belirten ebelik öğrencilerinin ifadeleri

“Eşin durumunu haber verince mutlu.” (Gül)

“Genelde ilk olarak bebek tabiki de heyecanıyla şeyiyle merak ediyorlar. Babalar işte ne bileyim.”

(Papatya)“Bebeği, bebeği çok heyecanla bekliyorlar.” (Menekşe)

Özcan’ın 2018 yılında, 400 babanın katılımıyla yaptığı çalışmada babaların %54.2’sinin baba olduğunu duyunca “çok heyecanlandım” şeklinde duygularını ifade ettiği, %34.5’inin “çok gururlu hissettim”, %18.0’inin “karmaşık duygular hissettim” dediği belirlenmiştir(Özcan 2018).

Babanın Bebeği İlk Gördüğünde Durumu

Doğumdan sonra babanın bebeği ilk gördüğünde durumu (*ilgi gösteren, destek veren, heyecanlı*) olmak üzere 3 alt temadan oluşmaktadır. Doğumdan sonra babanın bebeği ilk gördüğünde durumunu gözlemleyen ebelik öğrencileri, babanın ilgili, heyecanlı olduğunu, bebeğin ihtiyaçları için anneye destek olduğunu, bebeği öpüp, sevdiğini, bebeğe bir şey olacak diye kucığına almaktan çekindiğini, telaşlandığını ifade etmişlerdir.

Doğumdan sonra babanın bebeği ilk gördüğünde durumunu belirten ebelik öğrencilerinin ifadeleri

Babası hem bebeğine bakıyor hem onla ilgilenmeye çalışıyor. Eşi ne yaptı, zaten o odaya geldi, işte bebekle ilgilenmeye çalıştı ama yine de böyle hadi küçük olduğu için birazcık tırsıyor, çekiniyor.”

(Leylak)

“Bebeği, bebeği çok heyecanla bekliyorlar, yani hani bilmiyorum ben eşlerin çok destek olduğunu düşünmüyorum ebe kadınlara hani tamam çok heyecanlanıyorlar ama bebek için heyecanlanıyorlar kadın için değil” (Menekşe) Özcan’ın çalışmasında babaların %41.8’inin bebeği ilk kucığına

aldığında babalık rolünü benimsediği belirlenmiştir (Özcan 2018). Bu sonuç çalışmamızdaki ebelik öğrencilerinin ifadeleriyle paralellik göstermektedir.

Doğumdan Sonra Babanın Görevi

Doğumdan sonra babanın görevi (*destek vermek, ihtiyaç olan şeyi yapmak, evrak işi yapmak*) olmak üzere 3 alt temadan oluşmaktadır. Doğumdan sonra babanın görevi olarak, evrak işlerini yapmak, çorba, bisküvi, meyve suyu, tatlı gibi yiyecek, içecek getirmek, destek vermek, ihtiyaç olan şeyleri yapmak, anne doğumhaneden servise transfer olurken yardımcı olmak, annenin odaya geçmesini sağlamak, refakatçi kartı çıkarmak, doğum raporu çıkarmak olarak tanımlamışlardır.

Doğumdan sonra babanın görevini belirten ebelik öğrencilerinin ifadeleri

“İlk öncelikle olaraktan yiyecek getiriyorlar, biz de istiyorduk annelerde zaten istiyordu. Evrak kaydı falan doğumraporu servislere transfer yaparken babaları çağırıyoruz.” (Açelya)

“İlk doğum kadınlar endişeli korkuyor. Bilinçsiz geliyorlar. İkinci gebelik sakın. Kadınların Yalnız kalma korkusu var. Bir şey olur hani rahatlatacak onları. Güzel şeyler olabilir. Bazı insanlarda utanma duygusu oluyor eşinden utanıyor. Ben kendi işimin yanımda olmasını isterdim. Sonuçta bebeği birlikte yapıyoruz. Onun da bana destek olması lazım.” (Papatya)

Eve ekmek getiren rolünün dışında babalar kendi, eş, çocuk ve aile sağlıkları için değişen yeni rollerine de uyum sağlamalıdır. Sağlık profesyonelleri, babaların rollerini ve babalık uygulamalarını ele alırken daima ailenin ve kültürel değerlerin farklılığını göz önünde bulundurmalı, ebeveynlerin çocuk doğurma konusundaki inanç ve tutumlarına dikkat etmeli, değişen rolleri verdikleri bakıma yansıtmalı ve babalık ve erkeklik kavramları üzerinde tekrar düşünmelidir (Ergin 2014). Çalışmamızın sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Doğumdan Sonra Babanın Davranışı

Doğumdan sonra babanın davranışı (*Bebeğe dokunurken bebeğe bir şey olur korkusu, evrak işi yapmak*) olmak üzere 2 alt temadan oluşmaktadır. Doğumdan sonra babanın davranışını gözlemleyen ebelik öğrencileri babaların koşturmaca içinde olduğu getir götür işleri yaparken bir yandan anneye, bebeğe ilgi gösterdiği ve bazen de ilgi gösterme görevini kayınvalideye devrettiğini gözlemlemiştir.

Doğumdan sonra babanın davranışlarını tanımlayan ebelik öğrencilerinin ifadeleri

“Baba hem anneye hem bebeğe eşit öncelik veriyor, doğumdan önce bütün aileye haber verilmiş oluyor evrak işi yapıyor. Yiyecek alıyor.” (Gül)

“Genelde servisin önünde servise almıyorlar da ilk katta heyecanlı bir şekilde ellerinde çiçekle bekliyorlar yani hep çiçek olduğunu gördüm hep inerken.” (Lale)

“Getir götür işleri yapıyorlar.” (Fulya)

Baba adayları gebelik, doğum ve doğum sonu sürecine katılıp eşleri ile bu anları paylaşmalıdırlar. Babanın gebelik ve doğum sürecinde aktif rol alması anne ve bebek sağlığı açısından oldukça önemlidir (Özcan 2018). Oysa bu çalışmada, babaların annenin yanında olması gereken zamanı evrak işlerine harcadığı gözlenmiştir.

Yüzyıllar boyunca, bebek bakımının yalnızca kadına ait bir sorumluluk olması, erkeğin, kadının hamilelik ve loğusalık döneminin dışında kalmasına yol açmıştır. Günümüz gelişmiş toplumunda mirasçısı olduğumuz cinsiyete göre iş dağılımında ev ve aile kadınlara, kamusal alan ise finansal destekçi rolüyle erkeğe verilmiştir (Kuruçırak 2010). Çalışmamızda da babaların finansal destekçi olduğu gözlenmiştir.

Doğumdan Sonra Annenin Yanında Bulunan Kişi

Doğumdan sonra annenin yanında bulunan kişi (*Kayınvalide, kadının annesi*) olmak üzere 2 alt temadan oluşmaktadır. Ebelik öğrencileri, doğumdan sonra annenin yanında bulunan kişiyi kadının annesi, kayınvalidesi, yakını, eşi olarak tanımlamış ve yalnızlık duygusunu azaltan sosyal desteğin önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Doğumdan sonra annenin yanında bulunan kişiyi gözleyen ebelik öğrencilerinin ifadeleri

“Kadının annesi oluyor. Baba doğuma alınmıyor Kadın doğurmadan önce dolaşırken eşi ile görüşüyor. Gebeyken babayla görüşünce motive oluyor. Kadın tekbaşına yalnızlık duygusu Anne odaya alındıktan sonra aile kabul ediliyor.” (Gül)

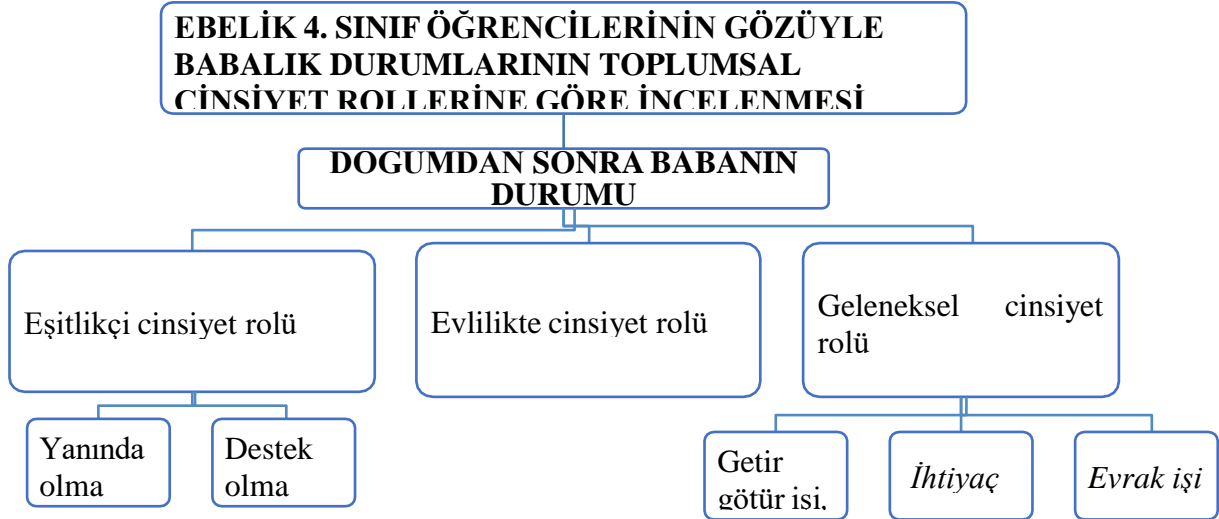
“Genelde babalar bu işte birazcık daha geri planda İşten anneler kayınvalideler birazcık daha Aktif rol oynuyorlar” (Papatya)

“Kadının yanında da annesi yada kayınvalidesi daha çok duruyor” (Menekşe)

Alan'ın 2011 yılında 135 annenin katılımıyla yaptığı çalışmada, annelerin maternal bağlanma ve sosyal destek puanlarını, anneye eşin ailesinin desteğinin etkilediği saptanmıştır (Alan 2011). Çalışmamızda da doğumdan sonra babanın sosyal desteği kendi ailesine ve diğer kadınlara bıraktığı ifade edilmiştir

Toplumsal Cinsiyet Rollerine Göre Ebelik 4. Sınıf Öğrencilerinin Babalık Durumları Hakkında Görüşlerinin İncelenmesi

Bulgular toplumsal cinsiyet rolleri açısından incelendiğinde; doğum ve doğum sonrası baba davranışlarının ve bizağlık çalışanlarını beklentilerinin eşitlikçi cinsiyet rolü (*yanında olma, destek olma*) yönünde olmadığı, çoğunlukla evlilikte cinsiyet rolü ve geleneksel cinsiyet rolü (*getir götür işi, ihtiyaç, evrak işi*) yönünde olduğu gözlemlenmiştir.



Eşitlikçi Cinsiyet Rolü; kadınların ve erkeklerin günlük yaşamdaki rolleri ve sorumlulukları eşit olarak paylaşımlarıdır. Geleneksel cinsiyet rolü ise toplum tarafından kadın ve erkeğe günlük yaşamda yüklenen roller

ve sorumluluklardır. Ebelik 4. sınıf öğrencilerinin gözlemleri; doğum ve doğum sonrası annelerin eşlerinin ilgisini, desteğini, samimiyetini, aktif olmasını bekledikleri, ebeveynlik rolünü eşit olarak paylaşmak istedikleri fakat bu rolleri ve sorumlulukları doğum servisinde babanın, kendi annesine veya eşinin annesine devrettiği veya devretmek zorunda kaldığı saptanmıştır. Doğumdan sonraki süreçte baba, yiyecek alma, misafir getirme, evrak işlerini yapma gibi geleneksel rolleri üstlenmektedir.

Cinsiyet rolüne göre babalık durumları hakkında ebelik öğrencilerinin ifadeleri

“Babalardan beklentisi... aslında çok da şey yapmıyorlar ya gelince ilk onlarla ilgilenisin istiyor anneler direk bebeğe yoğunlaşıyor herkes anne öyle şey kalıyor.” (Lale)

“Ben daha çok eşlerini istemelerine tanıklık oldum. Onları daha yanında güvenli çünkü sevdikleri bi kişi en çok sevdikleri kişilerin yanında olmalarını istiyorlar bu bir anne de olabilir eş de olabilir farklı bişey de olabilir. Yalnız böyle bir sorun daha gördüm erkek oldukları için eşleri gelemiyorlar öyle yani” (Karanfil)

“Daha çok evrak işlerine koşturuyorlar bi yandan çıkış işlemleri oluyor, yani riskli bi durum olduğu zaman onla ilgili evraklar oluyor onlarla ilgileniyorlar, kadının yanında da annesi yada kayınvalidesi daha çok duruyor” (Menekşe)

Annelerin kişisel doyum ya da ekonomik nedenlerden dolayı evin dışında çalışmaları ve doğumdan kısa bir süre sonra iş yaşamına geri dönmek zorunda kalmaları, babaları çocuğun hayatında yalnız “ekmek parası kazanan”, “disiplini sağlayan” kişi olmaktan daha başka sorumluluklar alması, çocukla yakınlaşması ve çocuğu yetiştirme sorumluluğunu paylaşması için zorlamaktadır (Kuruçırak 2010). Oysa geleneksel babalar ise doğumun kadın işi olduğuna inanır ve bu babaların doğum deneyiminde rol almaya genelde niyetleri yoktur. Hatta doğum gerçekleşirken başka bir yerde olmayı tercih

edebilirler. Onlar için baba olmak, maddi destek sağlamak ve disiplin uygulamakla sınırlıdır (Kuruçırak 2010).

Sonuç

Çalışmada görüşülen ebeler öğrencilerinin gözlemleri; doğum esnasında babaların heyecanlı bir bekleyiş içinde oldukları, eşlerinin yanlarında olamadıkları, bebeği ilk gördüklerinde sevgi dolu ve heyecanlı oldukları fakat bebeği tutmak konusunda bile endişe yaşadıkları, bakımı konusunda bilgilerinin ve taleplerinin olmadığı şeklindedir. Doğumdan sonra babaların bebeğin ve annenin ihtiyaçlarını temin etmek, hastanedeki resmi işlemleri ve ödemeleri yapmak gibi geleneksel cinsiyet rolüne uygun davrandığı gözlenmiştir. Cinsiyeti nedeniyle doğum kliniklerine babaların sınırlı zaman diliminde kabul edildiği ve eşitlikçi cinsiyet rolü için uygun fiziki koşulların olmadığı, sağlık hizmet sunumunda bu konuda desteklenmedikleri ifade edilmiştir. Babaların anne ve bebekle ilgilenmeyi daha çok kayınvalideye ve annesine, yanında bulunan diğer kadınlara devrettiği belirlenmiştir. Sonuç olarak; doğum ve doğum sonrası babaların çoğunlukla geleneksel cinsiyet rolüne uygun davrandığı ve sağlık hizmet sunumunun da bunu desteklediği söylenebilir. Doğum ve doğum sonrası hizmet sunumunda odak meslek grubu olan ebeler bunun farkında olarak doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde babaları bakıma dahil ederek eşitlikçi cinsiyet rolünün gelişmesine katkıda bulunabilirler.

Kaynaklar

1. Uludağı N.P. (2017). Baba Katılımında Etkili Faktörler ve Baba Katılımının Baba, Anne ve Çocuk Açısından Yararları, *Türk Psikoloji Yazıları*, 20 (39), 70-88
2. Güleç D., Kavlak O. (2013). Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumunda Geçerlik Ve Güvenirliğin İncelenmesi, *International Journal of Human Sciences*, 10 (2):170-181
3. Baş, T., Akturan, U. (2008). *Nitel Araştırma Yöntemleri NVivo 7.0 ile Nitel Veri Analizi*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
4. Arslan, F., Uzun Ş. (2008). Hemşirenin postnatal eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 28:736-742.
5. Taşkın, L. (2005). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Genişletilmiş 7. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara, s:451-460.
6. Alan, H. (2011). *Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Sağlığına Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
7. Güngör, İ. (2004). *Babaların doğuma katılmasının doğum deneyimine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
8. Berkiten, A. (1999). *Babaların gebelik, doğum, doğum sonu sürecine katılımların eşler açısından değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
9. Özcan, A. (2012). *Toplumsal cinsiyet eğitiminin üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rol tutumlarına etkisi*, Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

10. Kuruçırak, Ş. (2010). 4-12 aylık bebeği olan babaların, babalık rolü algısı ile bebek bakımına katılımı arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
11. Özcan, H., Arar İ, Çakır A. (2018). Babalar ve gebelik süreci, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1): 72-76.
12. Ergin, A., Özdilek R. (2014). Değişen babalık rolü ve erkek sağlığına etkileri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(1): 3-8
13. http://www.turkebelerderneği.com/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=0, *Ebeliğintarihçesi*, Erişim Tarihi: 15.11.2017.

38 - KOÇARLI TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE HİZMET ALMAYA GELEN KADINLARDA ŞİDDET GÖRÜLME YAYGINLIĞI VE KADINLARIN ŞİDDETE İLİŞKİN TEPKİLERİNİN İNCELENMESİ

Gizem GÜNEŞ ÖZTRÜK*, Ferah AYHAN**, Zekiye KARAÇAM*

* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

** Aydın Koçarlı Toplum Sağlığı Merkezi

Amaç: Araştırmanın amacı, kadınlarda şiddet görülme yaygınlığı ve kadınların şiddete ilişkin tepkilerini incelemektir.

Yöntem: Araştırma, Eylül 2015 ve Mart 2017 tarihleri arasında, Koçarlı Toplum Sağlığı Merkezi'ne sağlık hizmeti almak için başvuran 20-60 yaş aralığında ve en az ilkokul mezunu olan 339 kadın ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri kadınlara ilişkin sosyo-demografik, obstetrik özellikleri, şiddet ve şiddete ilişkin tepkilerini sorgulayan anket formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $36,89 \pm 1,12$ olup, %63,4'ünün ilkokul mezunu ve %76,4'nin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Kadınların %26,8'i hayatlarında en az bir kez şiddet davranışına maruz kaldıklarını, şiddet gören kadınların %65,3'u şiddetin eşi tarafından uygulandığını bildirmişlerdir. Araştırmadaki kadınların %31,9'unun duygusal şiddete, %24,8'inin fiziksel şiddete, %15,0'ının tehdit edici davranışa ve

%8,6'sının gebeliği sırasında şiddete maruz kaldığı ve %9,7'inin istemediği zamanda eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlandığı bulunmuştur. Yine kadınlara uygulanan şiddetin nedenleri %5,9 oranında ekonomik sıkıntılar, %5,0 oranında kıskançlık, %2,7 oranında aile içi anlaşmazlık ve eşin ailesi olarak saptanmıştır. Çalışmada kadınlar şiddete verdikleri tepkileri en çok bildirilme sırasına göre susma (%11,8), karşılık verme (%4,5), ağlama ve alttan alarak hiçbir şey yapmama (%3,0) olarak ifade etmişlerdir.

Sonuç: Bu çalışmada kadınların çoğunun hayatında en az bir kez şiddete maruz kaldığını, en çok duygusal şiddet gördüklerini, şiddetin en çok eş tarafından uygulandığını ve şiddet karşısında daha çok sustukları sonuçlarına ulaşılmıştır. Şiddet konusunda bölgesel özelliklerin tanınması ile kadına yönelik şiddetin önlenmesine bu kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin planlanmasına ve sunumuna katkı sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, kadın, kadın sağlığı, ebeklik, bakım

The Prevalence Of Violence In The Women Who Get Health Service To The Koçarlı Community Health Center And The Women's Response To Violence

Aim: to examine the prevalence of violence and the reactions to violence in women who are get health service at the Koçarlı Community Health Center.

Method: The research was made descriptively between September 2015 and March 2017, with 339 women aged 20-60 years and at least primary school graduates who get health service to the Koçarlı Community Health Center.

The data were collected by a questionnaire form which questioned socio-demographic and obstetric features, violence and the reactions of violence to women. The data were analyzed by descriptive statistics.

Results: The mean age of the women was 36.89 ± 1.12 , 63.4% were primary school graduates and 76.4% were housewives. Twenty-seven (26.8%) of women reported that they had experienced violence at least once in their lives, and 65.3% of those exposed committed by their partner. Thirty-two (31.9%) of the all women had experienced emotional violence, 24.8% had experienced physical violence, 15.0% had threatening behavior, 8.6% were exposed to violence during pregnancy, and 9.7% had been forced into sexual intercourse by their spouses. It was found that women reported the causes of violence more as economic strains (5.9%), jealousy (5.0%), family disputes (2.7%) and spouse family (2.7%). In the study, women's responses to violence were determined to be silent (11.8%), responding (4.5%), crying and taking nothing (3.0%).

Conclusion: This study showed that a significant proportion of women had experienced violence at least once in their lives, had emotional violence, violence committed by their partner, and were become more silent in the face of violence. These findings may contribute to the recognition of regional characteristics of violence and to the planning of health care and the provision of services in the prevention of violence against women.

Keywords: Violence, women, women health, midwifery, care

Giriş

Kadına yönelik şiddet ya da cinsiyete dayalı şiddet, fiziksel olduğu kadar, ruhsal sağlığı da etkileyen önlenebilir bir toplum sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulaması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığının bulunması” durumu olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 2014).

DSÖ tarafından yayınlanan küresel tahminler, dünya genelinde kadınların yaklaşık üçte birinin (%35) yaşamları boyunca en az bir kez eşleri/partnerleri tarafından fiziksel ve/veya cinsel istismara ya da partnerleri dışındaki kişiler tarafından cinsel istismara maruz kaldığını göstermektedir (World Health Organization, 2017). Ayrıca kadınların %30’una eşleri/partnerleri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddet uygulandığı bildirilmektedir. Türkiye’de kadına yönelik şiddetin araştırılmasına ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet 2015 raporuna göre ülke genelinde yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı %36 olarak bildirilmiştir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2015).

İstatistiksel verilere göre kadınlara yönelik şiddet, kadınlarda en önemli yaralanma nedenidir ve şiddetinin yaygın görülen biçimi erkeğin kadına ve çocuğa uyguladığı aile içi şiddettir (Leslye ve Orloff, 2009; Yıldız, 2011). Kadına yönelik şiddet suçları korku, bilgisizlik ve toplumsal baskılar nedeniyle yeterince bildirilmediğinden, istatistiksel olarak belirtilenden çok daha büyük bir sorundur (Lowdermilk ve vd., 2010). Kadınlar ırk, etnik grup, eğitim, din, sosyoekonomik durum ayrımı olmaksızın şiddete maruz kalmaktadırlar. Kadına yönelik şiddet uzun yıllar mahrem ya da sadece aileyi ilgilendiren bir konu olarak değerlendirilmekle birlikte, günümüzde “temel insan hakları ihlali” olarak kabul edilmektedir. Yaygın olması, akut ve kronik etkileri ve kadın sağlığını olumsuz etkilemesinin yanı sıra, kadının ölümüne de neden olabilen olumsuz sonuçları nedeniyle, kadına yönelik şiddet önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Efe-Yaman ve Ayaz, 2010; Subaşı ve vd., 2012).

Dünyanın ekonomik ve kültürel bakımdan çok farklı yapıdaki toplumlarının her katmanında cinsiyet ayrımcılığına dayalı değerler, kadına yönelik şiddetin algılanma biçiminde ve şiddete yaklaşımda belirleyici olmaktadır. Sağlık çalışanlarının da aile içi kadına yönelik şiddet ile ilgili ön yargıları nedeniyle, bu konu ile çok fazla ilgilenmedikleri bildirilmektedir (Yıldız, 2011). Diğer yandan DSÖ, aile içi kadına yönelik şiddeti öncelikli sağlık sorunu olarak göstermekte ve şiddeti önlemenin toplum sağlığı için önemli olduğunu vurgulamaktadır (World Health Organization, 2014).

Şiddet yaşayan kadınların belirlenmesi ve desteklenmesi hem kadının, hem de toplumun sağlığının koruması ve geliştirilmesinde önemlidir. Ebe ve hemşirelerin aile içi kadına yönelik şiddetin belirlenmesi, sevk edilmesi, yüksek risk grubunda olan kadınların desteklenmesi ve bakımında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ebe ve hemşireler tarafından yapılan girişimler, şiddetin kadının ve ailesinin üzerindeki kısa ve uzun süreli etkilerini azaltabilir (World Health Organization, 2013 ve

2014; Yıldız, 2011).

Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde, sorunun boyutunun ne olduğunun, risk altındaki grupların ve kadınların şiddete ilişkin gösterdikleri tepkiler bilinmesi önemlidir (World Health Organization, 2014). Bu durumlar bireysel, kültürel ve bölgesel farklılıklara göre değişiklik gösterebilir. Bu nedenle bölgesel özellikleri tanıma sağlık hizmetinin planlanmasına, hizmetin sunumuna ve bölgesel kalkınmaya katkı sağlayabilir. Bu çalışmada, ülkemizin batısında yer alan Aydın İl merkezinin Koçarlı ilçesinde kadınlarda şiddet görülme yaygınlığı ve kadınların şiddete ilişkin tepkilerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Araştırmada yanıtlanması hedeflenen sorular şunlardır;S1: Kadınlarda şiddet görme yaygınlığı nedir?
S2: Kadınların şiddete ilişkin gösterdikleri tepkiler nelerdir?

Yöntem

Çalışma Tasarımı

Araştırma tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Örneklem Büyüklüğü

Araştırma evrenini, Aydın Koçarlı İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan 20-60 yaş aralığında olan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme Eylül 2015 ve Mart 2017 tarihleri arasında Koçarlı Toplum Sağlığı Merkezi'ne sağlık hizmeti alımı için başvuruda bulunan, 20-60 yaş aralığında ve en az ilkokul mezunu olan 350 kadının alınması planlanmıştır.

Araştırmada örneklem hacminin hesaplanması, 2005 yılında Aydın'da evli kadınların aile içi şiddet görmelerini etkileyen faktörlerin ve kadınların şiddete ilişkin bazı özelliklerinin belirlenmesi amacı ile yapılan bir çalışmaya dayalı olarak yapılmıştır (Karaçam ve vd., 2006). Bu araştırmanın verilerine dayalı olarak yapılan analizde, G*Power 3.1.9.2 ile power: 0,80, $\alpha=0,05$, örneklem hacmi; 291 ve df:1 alınarak yapılan hesaplamada effect size: 0,16 olarak bulunmuştur. Bu araştırmanın örnekleme alınması gereken en az birey sayısı G*Power 3.1.9.2 ile effect size:0,16, $\alpha=0,05$, power: 0,80 ve df:1 alınarak hesaplanmış ve 307 olarak bulunmuştur. Araştırmaya, olası vaka kayıpları da dikkate alınarak, olasılıksız örnekleme (gelişi güzel) yöntemi ile toplum sağlığı merkezi bölgesinde ikamet eden 350 kadın davet edilmiştir. Kadınların 11'i soru formunu tamamlamadıkları için araştırma dışı kalmış ve çalışma 339 kişi ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya 20-60 yaş aralığında ve en az ilkokul mezunu olan kadınlar dâhil edilmiştir. Ruhsal ve zihinsel sağlık problemi öyküsü olan ve veri toplama formlarının yaklaşık yarısını tamamlamadan araştırmadan ayrılmak isteyenler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında, anket formu kullanılmıştır. Anket formu, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır. Bu form, kadınların sosyo-demografik

özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, sağlık güvencesi, eş eğitim durumu, eş mesleği, alışkanlıkları), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, küretaj sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, ölü doğum sayısı), şiddet ve şiddete ilişkin tepkilerini sorgulayan 22 sorudan oluşmaktadır. Anket formunun kapsam geçerliğini sağlamak için bilimsel araştırmalar konusunda deneyimli uzmanların (5 öğretim üyesi) görüşleri alınmış ve yapılan öneriler doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Daha sonra bu formun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek için araştırma kapsamına alınmayan 10 kadın ile ön uygulama yapılmış ve formda değişiklik yapılmadığından ön uygulamada elde edilen veriler analize alınmıştır.

Çalışmaya dâhil edilen kadınlar ile bağlı buldukları aile hekimliğinde görüşülmüştür. Öncelikle aile hekimliğine hizmet almak için gelen kadınlar ile tanışılmış ve onlara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların yazılı onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu doldurulmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma protokolü ile ilgili Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Sayı: 2015/667) etik kurul oluru alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Aydın Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (sayı: 99314871/903.03.02.02/1128) izin alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya katılmaya davet edilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

İstatistiksel ve Analitik Yöntemler

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $36,89 \pm 1,12$ (aralık: 20-60) olarak bulunmuştur. Çalışmadaki kadınların %63,4'ünün ilkokul mezunu, %76,4'ünün ev hanımı ve %90'ının sağlık güvencesine sahip olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamındaki kadınların %83,2'sinin resmi nikâh ile evli olduğu belirlenmiştir. Kadınların %63,4'ünün ilçe merkezinde ve %20,1'inin geniş ailede yaşadığı, %49,6'sının gelir durumunu giderden az olarak bildirdiği belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %19,2'sinin sigara kullandığı ve %2,9'unun alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

(n=339)Özellikler		
Yaş±SS* (min-max)	36,89±1,12(20-60)	
	Sayı(n)	Yüzde(%)
Eğitim durumu		
İlkokul	215	63,4
Lise	70	20,6
Üniversite ve üstü	54	15,9
Mesleği		
Ev hanımı	259	76,4
Memur	28	8,3
Serbest meslek	20	5,9
İşçi	16	4,7
Öğrenci	13	3,8
Emekli	3	0,9
Medeni durum		
Evli	282	83,2
Hiç evlenmemiş	36	10,6
Eşi vefat etmiş	12	3,5
Eşinden ayrılmış	9	2,7
Sağlık güvencesi		
Var	305	90,0
Yok	34	10,0
İkamet yeri		
İl merkezi	22	6,5
İlçe merkezi	215	63,4
Kasaba	14	4,1
Köy	88	26,0
Algılanan gelir durumu		
Gelir giderden düşük	168	49,6
Gelir gidere denk	158	46,6
Gelir giderden fazla	13	3,8
Birlikte yaşanılan aile bireyleri		
Var	68	20,1
Yok	27	79,9
Sigara kullanımı		
Hayır	4	2,9
Evet	65	96,2
İçiyordum bıraktım		2,9
Alkol kullanımı		
Hayır, hiç kullanmadım	32	0,9
Evet, kullanıyorum	6	
İçiyordum bıraktım	10	
	3	

Eş eğitim durumu (n=298)

Okur-yazar değil	2	0,7
Okur-yazar	9	3,0
İlkokul	190	63,8
Lise	63	21,1
Üniversite ve üstü	34	11,4
Eş mesleği		
(n=298)Serbest meslek	128	43,0
İşçi	92	30,9
Emekli	34	11,4
Memur	33	11,1
İşsiz	11	3,7

*Standart sapma

Kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 2’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, kadınların gebelik sayısı ortalaması $2,66 \pm 1,87$ (aralık: 0-11), canlı doğum sayısı ortalaması $1,94 \pm 1,27$ (aralık: 0-7), yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,90 \pm 1,23$ (aralık: 0-5), isteyerek düşük sayısı ortalaması $0,35 \pm 0,80$ (aralık:0-7), kendiliğinden düşük sayısı ortalaması $0,28 \pm 0,64$ (aralık:0-4) ve ölü doğum sayısı ortalaması $0,04 \pm 0,31$ (aralık:0-4) olarak bulunmuştur. Çalışmada yer alan kadınların %23,0’ının isteyerek düşük yaptığı ve %19,8’inin kendiliğinden düşük yaptığı saptanmıştır.

Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özellikleri

=339)		
Gebelik sayısı	Medyan: 2,0	Ort.: 2,66 SS*: 1,87 Min.: 0 Max.: 11
Canlı doğum sayısı	Medyan: 2,0	Ort.: 1,94 SS*: 1,27 Min.: 0 Max.: 7
Yaşayan çocuk sayısı	Medyan: 2,0	Ort.: 1,90 SS*: 1,23 Min.: 0 Max.: 5
İsteyerek düşük sayısı	Medyan: 0,0	Ort.: 0,35 SS*: 0,80 Min.: 0 Max.: 7
İsteyerek düşük, n (%)		
Var	78	23,0
Yok	261	77,0
Kendiliğinden düşük sayısı	Medyan: 0,0	Ort.: 0,28 SS*: 0,64 Min.: 0 Max.: 4
Kendiliğinden düşük, n (%)		
Var	67	19,8
Yok	272	80,2

Ölü doğum sayısı Medyan: 0,0 Ort.: 0,04 SS*: 0,31 Min.: 0 Max.: 4

Ölü doğum, n (%)

Var	9	2,7
Yok	330	97,3

* SS: Standart

Sapma

Araştırmaya katılan kadınların yaşadıkları istismar öyküleri incelendiğinde, kadınların %26,8'i hayatlarında en az bir kez şiddet davranışına maruz kaldıklarını, şiddet gören kadınların %65,3'u şiddetin eşi tarafından uygulandığını bildirmişlerdir. Araştırmadaki kadınların %31,9'unun duygusal şiddete, %24,8'inin fiziksel şiddete, %15,0'inin tehdit edici davranışa ve %8,6'sının gebeliği sırasında şiddete maruz kaldığı ve %9,7'inin istemediği zamanda eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlandığı bulunmuştur. Yine kadınlara uygulanan şiddetin nedenleri %5,9 oranında ekonomik sıkıntılar, %5,0 oranında kıskançlık, %2,7 oranında aile içi anlaşmazlık ve eşin ailesi olarak saptanmıştır. Çalışmada kadınların şiddete verdiği tepkiler en çok bildirilme sırasına göre susmak (%11,8), karşılık vermek (%4,5), ağlamak ve alttan alarak hiçbir şey yapmamak (%3,0) olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların Yaşadıkları İstismar Öyküleri ve Özellikleri (n=339)

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Şiddet davranışı ile karşılaşma		
Evet	91	26,8
Hayır	248	73,2
Şiddet uygulayan kişi, (n=98)*		
Eş	64	65,3
Kayınvalide/kayınpeder	7	7,1
Kendi ailesi	18	18,4
Eski eş	4	4,1
Arkadaş	4	4,1
Yabancı	1	1,0
Bağırma/eve kitleme/para vermeme gibi davranışlara maruz kalma		
Evet	108	31,9
Hayır	231	68,1
Tehdit edici davranışlara maruz kalma		
Evet	51	15,0
Hayır	28	85,0
Fiziksel şiddet görme		
Evet	84	75,2
Hayır	25	24,8
Gebelikte fiziksel şiddet görme		
Evet	29	91,4
Hayır	31	9,7
Eş tarafından cinsel ilişkiye zorlanma		
Evet	33	0,6
Hayır	30	99,4
Başkası tarafından cinsel istismara uğrama		
Evet	2	33
Hayır	7	90,3
Şiddete verdiği tepki (n=86)		

Susmak	40	11,8
Karşılık verme	11	4,5
Ağlamak	10	3,0
Alttan alarak hiçbir şey yapmama	10	3,0
Sözel tepki gösterme	5	2,4
Boşanma	4	1,2
Şikâyetçi olarak	3	0,9
Evi terk etme	2	0,6
İntihar etmek	1	0,3
Şiddetin nedeni (n=86)		
Ekonomik sıkıntı	20	5,9
Kıskançlık	17	5,0
Aile içi anlaşmazlık	9	2,7
Eşinin aile üyeleri yüzünden	9	2,7
Sinirlilik	5	1,5
Sebepsiz	3	0,9
Alkol	3	0,9
Eş tarafından cinsel taciz	2	0,6
Dışarıya çıkmayı kısıtlama	2	0,6
Eşimin sözünü dinlemediğim için	2	0,6
Aldatma	2	0,6
Dedikodu	2	0,6
Komşu ile anlaşmazlık	2	0,6
Ev işlerini eksik yaptığı için	1	0,3
Eşinden ayrıldığı için	1	0,3
Ailenin istemediği şeyleri yaptığı için	1	0,3
Sabırsızlık	1	0,3
Karşılıklı konuşamadıkları için	1	0,3

*Kadınların bazıları şiddet uygulayan kişi için birden çok ifade belirtmişlerdir.

Tartışma

Bu çalışma kadınlarda şiddet görülme yaygınlığının ve kadınların şiddete ilişkin tepkilerinin incelenmesi amacıyla ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmada başlıca kadınların çoğunun hayatında en az bir kez şiddete maruz kaldığı, en çok duygusal şiddet gördükleri, şiddetin en çok eş tarafından uygulandığı ve kadınların şiddet karşısında daha çok sustukları sonuçları elde edilmiştir. Bu sonuçlar şiddet konusunda bölgesel özelliklerin tanınması için veri ortaya koyması bakımından önemlidir.

Araştırmada kadınların önemli bir kısmının (%26,8), yaşamı boyunca bir şiddet davranışı ile

karşılaştığı ve çoğuna şiddetin eşi tarafından uygulandığı belirlenmiştir. DSÖ'nün raporunda dünyadaki kadınların %30'unun yaşamları boyunca en az bir kez eşi/partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (World Health Organization, 2017). Bu çalışmada bildirilen şiddet ile karşılaşma oranı dünya genelinden (%30) daha az iken, Smith ve vd. (2017) (%21), Swahnberg ve vd. (2011) (%5,9)'nın çalışmasında bildirilenden daha fazladır. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet 2015 raporunda kadınların %36'sı yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete, %44'ü sözel şiddete, %12'si cinsel şiddete ve %30'unun ekonomik şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Yine aynı rapor, kadınların %38'inin iki şiddet biçiminden en az birine maruz kaldığı, çoğunlukla cinsel şiddetin fiziksel şiddet ile bir arada olduğunu göstermektedir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2015). Bu bulgular kadına yönelik şiddetin Dünyada ve Türkiye'de önemli bir kadın sağlığı sorunu olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Bu araştırmada kadınların (%31,9) duygusal şiddete maruz kalma oranının Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında bildirilen orandan (%44) ve Tiwari ve vd. (2018)'nin çalışmasındaki orandan (%38) daha az, Okafor ve vd. (2018)'nin çalışmasında bildirilen orandan (%25,7) daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre ülkemizde duygusal şiddetin yaygın olduğu söylenebilir. Bununla birlikte çalışmada kadınların yaşamları boyunca şiddet davranışı ile karşılaşma (%26,8) durumunu bildirme oranları duygusal şiddet varlığını bildirme oranlarından daha azdır. Bu durum duygusal şiddetin her kadın için bir şiddet türü olarak algılanmadığı sonucunu göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmada kadınların önemli bir bölümünün (%24,8) fiziksel olarak şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında (2015) da benzer sonuçlar (kadınların eşi veya birlikte olduğu partneri tarafından fiziksel şiddet görme oranı %36) bildirilmiştir. Aydın il merkezinde yapılan bir diğer çalışmada ise kadınların %7,8'inin fiziksel şiddet gördüğünü rapor etmişlerdir (Güneş ve Karaçam, 2017). Finlandiya (%21,6) (Pikarinen ve vd., 2007), İsveç (%14,6) (Swahnberg ve vd., 2011) ve Güney Afrika'da (%21,5) (Okafor ve vd., 2018) yapılan araştırmalarda bildirilen oranlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara dayalı olarak fiziksel şiddet yaygınlığının yaşanılan yere ve toplumun özelliklerine göre değişiklik gösterdiği söylenebilir. Bu nedenle sağlık hizmetinin planlanması ve sunumunda toplumun bu türdeki özelliklerinin tanınması ve hizmetin buna göre planlanması yararlı olabilir.

Araştırmada kadınların önemli bir bölümünün (%9,7) istemediği zamanda eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlandığı belirlenmiştir. Bu sonuç Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda Kanada (%8,0), İngiltere (%14,2), Finlandiya (%5,9), İsviçre (%11,6) ve Amerika Birleşik Devletleri (%7,7) ile ilişkili verilen bilgilere benzerlik göstermektedir. (World Health Organization, 2014). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında (2015) bildirilen kadınların eşi veya birlikte olduğu partneri tarafından cinsel istismara maruz kalma oranının (%12,0) ise bu araştırmada bildirilenden daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Bu sonuçlardaki farklılığın nedeni istismarın yaşanılan toplumun özelliklerine göre değişebileceği gibi cinsel istismarı bildirim oranlarının düşük olmasından ve eş tarafından cinsel ilişkiye zorlanmanın cinsel istismar olarak

algılanmıyor olmasından da kaynaklanabilir.

Çalışmadaki kadınlar uygulanan şiddetin nedenlerini daha çok ekonomik sıkıntılar (%5,9), kıskançlık (%5,0), aile içi anlaşmazlık (%2,7) ve eşin ailesi (%2,7) olarak bildirmişlerdir. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında (2015) ise kadınların en sık olarak erkeğin ailesiyle yaşanan sorun (%33) nedeni ile şiddet gördüklerini bildirdikleri rapor edilmektedir. Bunu erkeğin kadını kıskanması, yetiştirilme tarzı, fiziksel ve ruhsal sorunları ve diğer eşi/ilk eşiyle sorunlarını kapsayan “erkeklerle ilgili nedenler” (%28) ile maddi sıkıntı, erkeğin iş sorunları ve işsiz olması kategorilerini içeren ekonomik sıkıntılar/zorluklar (%27) izlemektedir. Bu sonuçlara dayalı olarak çalışmanın yapıldığı kırsal yerleşim yerinde şiddet nedeni olarak ekonomik sıkıntıların ülke genelinden farklı daha yaygın belirtildiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre şiddet nedenlerinin yerleşim yeri, bölge ve kadınların temel özelliklerine göre değişiklik gösterebileceği söylenebilir.

Bu araştırmada kadınların şiddet karşısında en çok susma (%11,8), karşılık verme (%4,5), ağlama (%3,0) ve alttan almaya çalışma(%3,0) tepkilerinde buldukları görülmüştür. Türkiye’de eşinin veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmış kadınların %30’unun, fiziksel şiddete karşı kendilerini korumak amacıyla fiziksel olarak karşılık verdikleri bildirilmiştir (T.C. Başbakanlık Kadınların Statüsü Genel Müdürlüğü, 2015). Yine kadınların %13’ünün şiddet sonucu evlerini sadece bir kez terk ettikleri, %89’unun herhangi kurum/kuruluşlardan hiçbirine başvurmadıkları bildirilmiştir. Kadınların tepkilerinin saptanması ile olumlu davranış geliştirmelerine ve kendilerini korumalarına katkı sağlanabilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada kadınlara yönelik şiddetin yaygın olduğu, kadınlara uygulanan şiddetin nedenlerinin çeşitlilik gösterdiği ve kadınların şiddetle en sık susarak başa çıkmaya çalıştıkları sonucuna varılmıştır. Kadınların insan haklarını ihlal eden kadına yönelik şiddet konusunda ülkemizde zaman içinde bazı yasal düzenlemeler yapılsa da, sonuçlar şiddetle mücadele açısından daha fazla çaba harcanması gerektiğini göstermektedir. Yine kadına yönelik şiddet oranlarının ülkemizde ve dünyada benzerlik göstermesi ve yaygın olarak görülmesi, şiddetle mücadelenin bileşenlerinin ne kadar karmaşık ve değiştirilmesinin zor olduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlara dayalı olarak;

- Sağlık çalışanlarının şiddet konusunda hizmet verdikleri bölgenin özelliklerini tanıyabilmesi için sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlarda rutin olarak şiddeti taraması ve hizmet sunumu sırasında, dünyada ve ülkemizde kadına yönelik şiddetin yaygın olarak görüldüğünü göz önünde bulundurmaları,
- Örgün ebelik, hemşirelik, tıp eğitimlerinde ve hizmet içi eğitim programlarında kadınlarda şiddet öyküsünün nasıl sorgulanması gerektiği, mevcut sağlık ve hukuk sistemi içinde şiddet gören kadınların hakları, sağlık çalışanının yükümlülükleri ve kadınların başvurabilecekleri destek merkezleri konularına yer verilmesi,
- Hastane ve klinik yöneticilerin kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim planlama ve

yürütülmesini, şiddet öyküsü olan kadınlar için destek ve danışmanlık birimleri oluşturulmasını sağlamaları,

- Kadınların ve sağlık çalışanlarının şiddet ile mücadele konusunda kapsamlı ve güçlü düzeyde kanıt oluşturabilecek özel programların uygulandığı deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Efe, Ş., Ayaz, S. (2010). Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 23–29.
2. Güneş, G., & Karaçam, Z. (2017). The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2362-2371.
3. Karaçam, Z., Çalışır, H., Dündar, E., Altuntaş, F., & Avcı, H. C. (2006). Evli kadınların aile içi şiddet görmelerini etkileyen faktörler ve kadınların şiddete ilişkin bazı özellikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(2), 71–88.
4. Leslye, E., Orloff, J. D. (2009). Effective advocacy for domestic violence victims: role of the nurse-midwife. *Journal of Nurse-Midwifery*, 41(6), 473–494.
5. Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2010). *Maternity nursing*. Mosby, UK.
6. Okafor, C. N., Barnett, W., Zar, H. J., Nhapi, R., Koen, N., Shoptaw, S., & Stein, D. J. (2018). Associations of emotional, physical, or sexual intimate partner violence and depression symptoms among South African women in a prospective cohort study. *Journal of interpersonal violence*, 0886260518796522.
7. Pikarinen, U., Saisto, T., Schei, B., Swahnberg, K., & Halmesmäki, E. (2007). Experiences of physical and sexual abuse and their implications for current health. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 109, 1116–22.
8. Smith, S. G., Zhang, X., Basile, K. C., Gilbert, L. K., Merrick, M. T., Patel, N., Walling, M., & Jain, Anurag. (2017). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data Brief. Erişim Tarihi: 20 Ekim 2018, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NISVS-StateReportBook.pdf>.
9. Subaşı-Baybuğa, M., Irmak, Z., Talas, M. S., Savran, M. B. (2012). Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne başvuran fiziksel ve cinsel şiddet mağduru kadın olgularının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 173-175.
10. Swahnberg, K., Wijma, B., & Siwe, K. (2011). Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse. *European Journal Of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 157, 200–205.
11. T.C. Başbakanlık Kadınların Statüsü Genel Müdürlüğü. (2015). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Erişim Tarihi: 17 Ekim 2018, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>.
12. Tiwari, S., Gray, R., Jenkinson, C., & Carson, C. (2018). Association between spousal emotional

abuse and reproductive outcomes of women in India: findings from cross-sectional analysis of the 2005–2006 National Family Health Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5), 509-519.

13. World Health Organization (WHO). (2017). Violence Against Women. Erişim Tarihi: 17 Ekim 2018, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
14. World Health Organization(WHO). (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner. Erişim Tarihi: 17 Ekim 2018, sexual violence. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1.
15. World Health Organization(WHO). (2014). WHO Multicountry Study on Women’s Health and Domestic Violence Against Women. Erişim Tarihi: 17 Ekim 2018, http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/.
16. Yıldız, T. (2011). Kadına yönelik şiddet ve şiddeti tanılamada acil hemşiresinin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 59-60.

39 - EBELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN UYGULAMA ALANINDA YAPTIĞI HATALAR VE YAŞADIKLARI ANKSİYETELER

Gözde KÜĞCÜMEN, Büşra AKTAŞ Aysenur AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

AMAÇ. Klinik alanda öğrenciler hatalı uygulamalar yapabilmekte ve sonrasında stresi deneyimlemekte, kaygı düzeyleri artabilmektedir. Bu çalışmada öğrencilerin hata yapmasına neden olan faktörler ve klinik alanda yaşadıkları stres-kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi, stres-kaygı durumlarındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırmanın örneklemini İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümü 1.,2. Ve 3. sınıfta eğitim gören 100 öğrenci ebe oluşturmaktadır. Öğrencilere uygulama alanında yapılan hatalar ve yaşadıkları anksiyete düzeylerini ölçen envanter uygulanmıştır. Envanter toplam 27 sorudan oluşmakta ve 4 ayrı bölümü içermektedir. Demografik bilgi, klinik uygulamalar, klinikte yapılan hatalar, anksiyete düzeyleri ölçeklerini içeren anket formu öğrencilere uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS anket programı kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmada elde edilen bulgular incelendiğinde örnekleme katılan öğrencilerin %66'sı yoğunluğun fazla olduğu devlet hastanelerinde, %18'i özel hastane ve %16'sı üniversite hastanelerinde klinik uygulamasını gerçekleştirmektedir. Klinik alanlarda öğrencilerin %34'ünün heyecanlı olduğu tespit edilmiştir. Uygulama alanlarındaki stajyer öğrenci sayısının fazla olması, sağlık personellerinin davranış ve tutumları, öğrencilere teorik bilgisinin eksik olduğu konularda soru sorulması ve uyku sürelerinin stres yaratan durumlarda etkili olduğu tespit edilmiştir. Klinik alanda uygulama hatası yapan %36 ebe öğrenci bulunmaktadır. Yapılan hataların nedeninin dikkatsiz çalışma(%50) olduğu gözlenmiştir. Hata yapan öğrencilerin %41'inin uzun süreli anksiyete yaşadığını ve bu öğrencilerin %56'sının verimli çalışmaya devam edemedikleri saptanmıştır. Katılımcılara açık uçlu olarak sorulan sorular ile sık karşılaşılan uygulama hatalarının ise yanlış ilaç dozu kullanımı, ilaç-hasta uygulama karışıklığı, uygulamalarda yanlış tekniklerin kullanılmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Öğrencilerin yeterli uyku ihtiyaçlarını karşılamadıklarında, %82'sinin uykusuz olması durumunda stres yönünden olumsuz etkilendikleri belirlenmiştir. Uygulama anında sağlık personelinin bulunması öğrencilerde özgüven artışı sağladığı(%56) ve öğrencilerin pratik uygulama deneyimleri arttıkça uygulama yaparken yaşadıkları stres durumlarının azaldığı ve verimli çalışmaya devam edebildikleri belirlenmiştir.

SONUÇ: Katılımcılardan edinilen veri sonuçlarına göre hatalı uygulama sonrasında öğrencilerin uzun süreli anksiyete yaşadığı ve hatalı uygulamanın yetkili kişilere bildirilmesi gerektiğinin bilincinde olduğu tespit edilmiştir. Yetkili kişilere bildirilmesi yapılan hatanın daha hızlı telafi edilmesini sağlamaktadır. Anksiyete sonrasında öğrencilerin verimli çalışmaya devam edememesi yeni hatalara yol açabilmektedir. Öğrencilerin yaşadığı anksiyete-stresi en aza indirmek için öğrencilerin yeterli teorik bilgiye sahip olması gerekmektedir. Bunun yanı sıra pratik uygulama becerilerinin gelişmiş ve deneyimlerinin artmış olması öğrenci açısından büyük bir avantaj sağlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: anksiyete, hatalı uygulama, öğrenci, verimli çalışma, stres

Clinical Applications Errors And The Anxieties Of Midwifery Students İn TheClinic Area

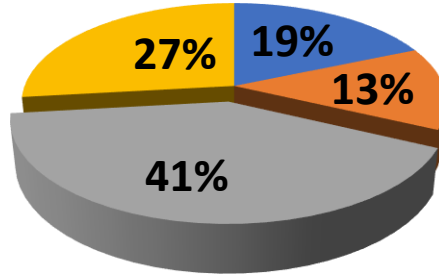
AİM: In the clinic, students can make mistakes and experience stress afterward, the level of anxiety can increase. In this study, it was aimed to investigate the factors that cause students to make mistakes, to determine the levels of stress-anxiety that they experience in the clinical field and the factors affecting them, and to examine and evaluate the knowledge levels in stress-anxiety situations.

METHODS: The research was made by 100 midwifery students who are studying from first, second, third year in Istanbul Medipol University, Faculty of Health Sciences. A questionnaire was applied to the students about the mistakes made in the application area and the level of anxiety they experienced. The survey consists of a total of 27 questions and includes 4 different sections. Demographic information, clinical practice, the mistakes made in the clinic, including the questionnaire was administered to students anxiety level scale. SPSS survey program was used to evaluate the data.

FİNDİNGS: When the findings obtained in the research are examined , %66 of the students who participated in the survey perform their clinical application in the busy stop hospitals, 18% in the private hospital and 16% in university hospitals. In clinical areas, 34% of students were found to be excited. Having a greater number of trainees in the field of application, behavior, and attitudes of health professionals, students in stressful situations to be asked questions on matters of theoretical knowledge is lacking and sleep duration has been found to be effective. There are 36% of midwifery students making clinical field practice mistakes. It was observed that the cause of the errors was careless (50%). It was determined that 41% of students who made mistakes had long-term anxiety and 56% of these students could not continue to work efficiently. Participants open-ended questions with a common application error are an incorrect dose of medication use, drug-patient confusion application is determined to be caused by the wrong technical applications. When they meet the needs of students get enough sleep, it was determined that a significant negative impact in case of sleepless stress of 82%. At the time of application, it was determined that the presence of health personnel increased self-confidence in the students (56%) and that as the practical experience of the students increased, the stressful situations they experienced while they were practicing decreased and they could continue to work efficiently.

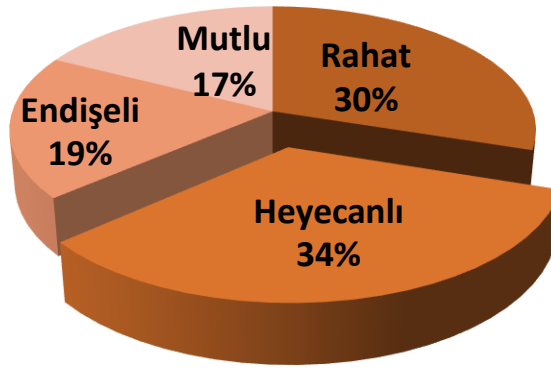
RESULTS: According to the data obtained from the participants, it was determined that students had long-term anxiety after faulty practice and that they knew that the faulty application had to be reported to the authorized persons. The mistakes made are to be reported to the competent person to quicker resution. Failure of students to work efficiently after anxiety can lead to new errors. In order to minimize the anxiety stress experienced by the students, the students must have sufficient theoretical knowledge. In addition, the increased development and practical experience of practical application skills provide students with a great advantage.

KEY WORDS: anxiety, faulty practice, student , efficiency, stress



- YANLIŞ İLAÇ DOZU KULLANIMI
- YANLIŞ HASTAYA UYGULAMA
- YANLIŞ TEKNİK KULLANMA
- HASTALARLA FAZLA YAKINLAŞMA

Klinik alanında kendinizi nasıl hissediyorsunuz?



Kaç yaşındasınız? * Günlük hayatınızda stresli biri misiniz? Crosstabulation

Count

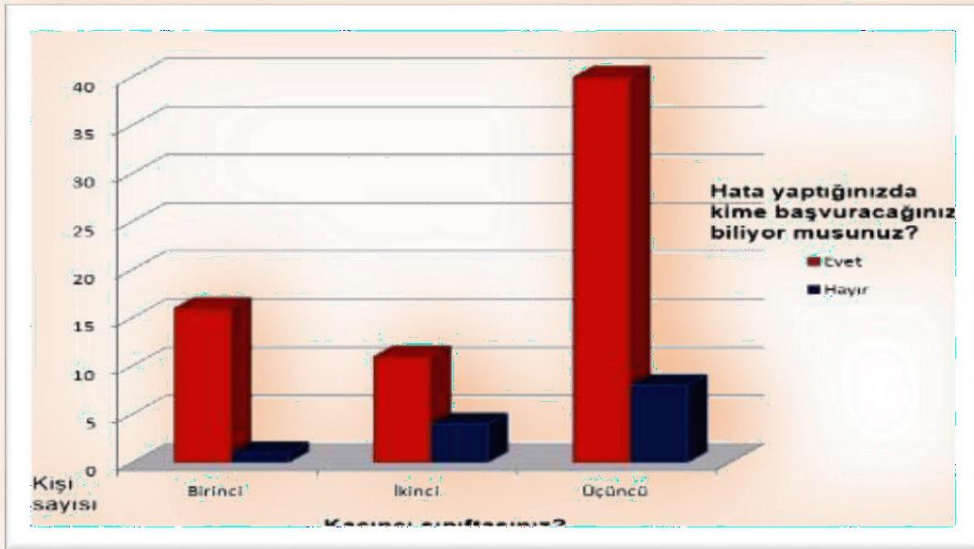
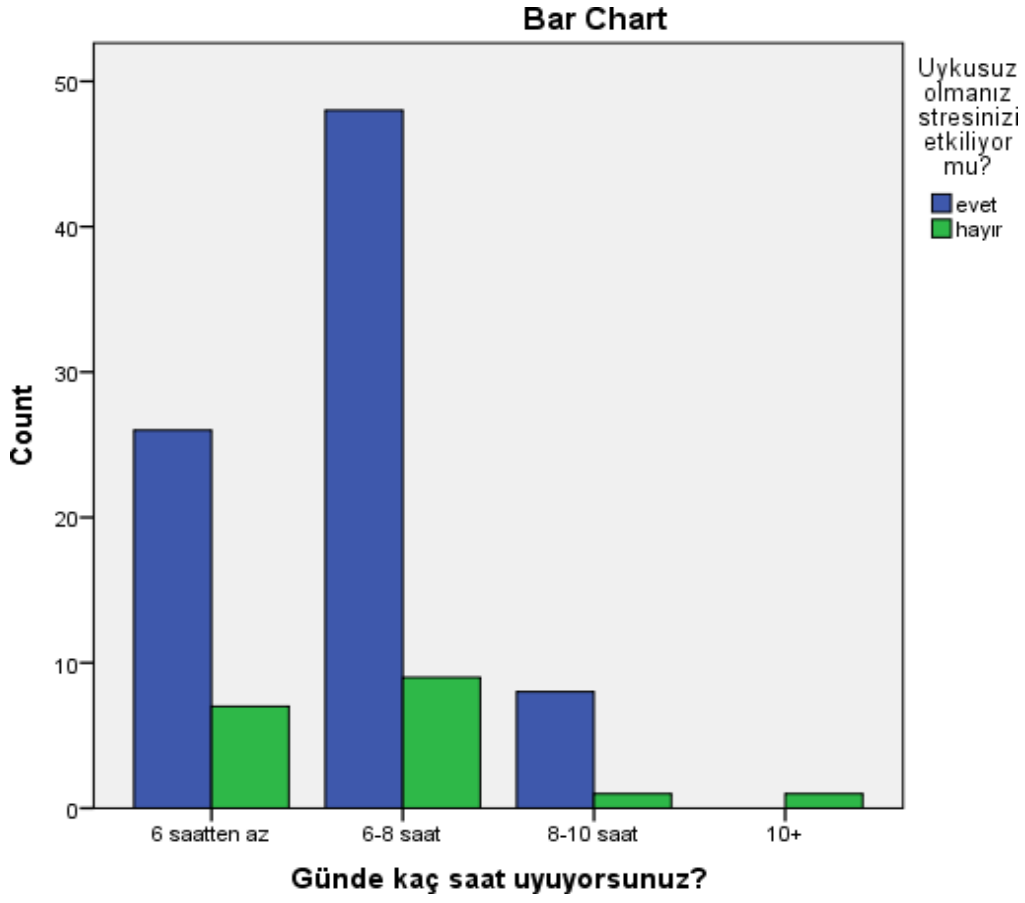
		Günlük hayatınızda stresli biri misiniz?			Total
		evet	hayır	tanımadıklarımın yanında evet	
Kaç yaşındasınız?	14-20	25	13	5	43
	21-25	26	22	9	57
Total		51	35	14	100

Günde kaç saat uyuyorsunuz? * Uykusuz olmanız stresinizi etkiliyor mu? Crosstabulation

Count

		Uykusuz olmanız stresinizi etkiliyor mu?		Total
		evet	hayır	
Günde kaç saat uyuyorsunuz?	6 saatten az	26	7	33
	6-8 saat	48	9	57
	8-10 saat	8	1	9
	10+	0	1	1
Total		82	18	100





40 - DOĞUMDA YOGA İLE BEDENSEL, ZİHİNSEL VE RUHSAL BÜTÜNLÜĞÜ

YAKALAMA

Tuğba YILMAZ ESENCAN¹;Gülay RATHFİSCH²

¹Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Emekli Öğretim Üyesi, Doç.Dr.

ÖZET

Doğum sürecinin başlamasıyla şekillenen doğum yolculuğu sırasında meydana gelen fizyolojik, ruhsal ve duygusal değişimlerle birlikte tüm hislerin yoğunlaştığı bir döneme geçiş başlar. Doğum eyleminin başladığı bazı belirtilerin gözlemlenmesi ile netleştirilebilir. Kadınlar çoğunlukla travayın başlangıcında bir gerginlik ve husursuzluk hissedebilirler. Bazen tarvayın başında diğer günlerden farklı bir enerji artışı hissedebilirler. Fiziksel olarak ise fetüsün pelvis içindeki yolculuğuna başlaması nedeniyle bel bölgesinde ağrı, pelvisde ağrı, servikal dilatasyonun ilerlemesi ile artan mide bulantısı, barsak hareketlerinde değişiklik, ishal, aralıklı/düzenli kasılmalar, servikal kanal tıkaç kaybı (nişane), berrak veya hafif kanlı servikal akıntı ve spontan membran rüptürü (SMR) gibi öncü işaretler eylemin başladığını gösteren belirtilerdir. Doğum eyleminin başlaması ile birlikte eşlik eden tüm belirtilere ek olarak uterus kasılmaları ile kadın daha fazla desteğe ihtiyaç duyar. İnnatal dönemde yoga ve meditasyon uygulamaları kadında dengeyi sağlamada ve sürece teslimiyette oldukça etkili olmaktadır. Doğum eyleminde uygulanan yoga asanaları doğumun akışına uygun ve kadının ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirilebilir. Bu özellikleri ile innatal yoga asanaları anne ve fetüsün fiziksel ve ruhsal olarak da desteklenmesini sağlar. Bu derleme doğumda yoga ile bedensel, zihinsel ve ruhsal bütünlüğü yakalamanın etkilerini irdelemek amacıyla planlanmıştır.

Doğumda yoga uygulamaları sırasında ortamın hazırlanması, ışığın ve müziğin uygunluğu uygulamanın etkinliğini arttıracaktır. Yoga asanaları uygulanırken mümkün olmadıkça konuşulmamalı ve içsel yolculuk engellenmemelidir. Kadının dış dünyadan uzaklaşması ve kendi dünyasına geçişi desteklenmelidir. Doğumda yoga asanaları oldukça yavaş ve sürece saygılı yürütülmelidir.

İnnatal yoga asanalarında uygulama nefes çalışması ile başlamalı ve süreç boyunca dikkatin nefese yoğunlaşması sağlanmalıdır. Yoga asanalarının uygulanması sırasında uygun bir alan oluşturularak dış seslerin ve engellerin ortadan kaldırılması ile içsel yolculuğun sekteye uğramaması sağlanır. Uygulamalar boyunca nefes çalışmalarına devam ederek arada derin gevşeme uygulanmalıdır. Yoga asanaları uygulamaları esnasında özellikle ayakta yapılan asanalar sırasında destek alınması, kadının bir yakınından, duvardan veya yataktan destek alması dengeyi sağlamak açısından ihmal edilmemelidir. Yerde ya da oturarak yapılan asanalarda ise yastıklar ve bolsterlar ile bacaklar, dirsekler ve diz desteklenmelidir.

Nefes farkındalığının ardından doğumda yoga uygulamalarına çoğunlukla kök çakrayı çalıştıran ve eylemin akışını destekleyecek asanalarla başlanmalıdır. Doğumda birinci çakra çalışması pelvisi ve uterusu etkileyerek doğumun daha hızlı ilerlemesini sağlayacaktır. Örneğin; malasana

(çelenk/çömelme) duruşu çoğunlukla kök çakrayı çalıştırmak için kullanılan bir asanadır. Bidalasana olarak adlandırılan dört ayak duruşu ve destekli çocuk duruşu asanaları innatal süreçte yoğunlaşan bel ağrısını ve perineal bölgede hissedilen basıncı

azaltarak fetüsün pelviste ilerlemesine yardımcı olmaktadır. Ayakta yapılan ve duvardan ya da yataktan destek alınarak devam eden gerdirme asanaları da fetüsün pelviste ilerlemesine ve yerçekimi etkisiyle eylemin ilerleyişini hızlandırmada etkili olmaktadır. Destekli ağaç duruşu ile yaşam enerjisi dengelenerek kadının içgüdüleri doğrultusunda yolculuğuna devam etmesi için rehberlik edilmiş olunur.

Literatür incelendiğinde innatal yoga ve bunun doğum süreciyle ilişkisini irdeleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Yapılan bir çalışmada, gebelik yogasına yönelik yoga uygulamalarını içeren çalışmaların sistematik bir şekilde gözden geçirilmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, 2008 ile 2013 yılları arasında yapılmış 15 çalışma incelenmiştir. Çalışmalarda gebelik süresince yoga yapılmış olup uygulamaların toplamı 4 ile 48 saat aralığında değişen ve birbirinden çok farklı içeriği olan dersler uygulanmıştır (Sharma ve Branscum 2015 ss.1-9). Yapılan 3 çalışma (Beddoe ve ark. 2009 ss.310–319; Satyapriya ve ark. 2009 ss.218–222; Deshpande ve ark. 2013 ss.341–344) yoganın gebelikte stres ve ruhsal durum üzerine etkisi, 5 çalışmada (Chuntharapat ve ark. 2008b ss.105–115; Beddoe ve ark. 2009 ss.310–319; Field ve ark. 2012 ss.204–209; Field ve ark. 2013a ss.6–10; Field ve ark. 2013b ss.397–403) yoganın gebelikte anksiyete üzerine etkisi, 4 çalışmada (Muzik ve ark. 2012 ss.235–240; Field ve ark. 2012 ss.204–209; Field ve ark. 2013a ss.6–10; Field ve ark. 2013b ss.397–403) yoganın gebelikte depresyonla olan ilişkisi, 2 çalışmada yoganın doğum süresine etkisi (Chuntharapat ve ark.2008b ss.105–115; Kim ve ark. 2008 ss.18–22) ve 4 çalışmada ise yenidoğan üzerine etkileri (Chuntharapat ve ark. 2008b ss.105–115; Kim ve ark. 2008 ss.18–22; Rakhshani ve ark. 2012 ss.333–340; Field ve ark. 2012 ss.204–209) incelenmiştir. Çalışma sonuçlarında yoganın doğum sırasında maternal ve fetus üzerine olumlu etkileri belirlenmiş ve bu çalışmaların gebelikte yoga uygulamalarının etkinliğini göstermek için bir model olabilecekleri bulunmuştur. Gelecekte yapılacak çalışmalar için yoganın gebelik ve doğum üzerindeki etkilerini belirlemek için daha büyük ölçekli ve uzun vadeli yoga uygulamaları yapılması gerektiği önerilmiştir (Sharma ve Branscum 2015 ss.1-9).

Anahtar kelimeler: Doğumda Yoga, Meditasyon, Nefes Farkındalığı, Doğum Dersteği, Ebe

41 - DOĞUM EYLEMİNİN BİRİNCİ DEVRESİNDE UYGULANAN LAVMANIN ANNE-BEBEK SAĞLIĞINA ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

Zekiye KARAÇAM*, Döndü ARSLAN KURNAZ**, Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK*

* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

**İstanbul Silivri Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Amaç: Bu araştırma doğum eyleminin birinci devresinde yapılan lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisini incelenmek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma randomize kontrollü deneysel olarak Aralık 2015 ve Ocak 2017 tarihleri arasında, Aydın Kadın, Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme randomizasyon ile lavman grubuna 107 ve kontrol grubuna 93 olmak üzere toplam 200 kadın alınmıştır. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Eylemi Gözlem Formu, Ağrı Skalası ve Postpartum İzlem Formu ile toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler ki-kare ve t-testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Lavman grubundaki gebelerin yaş ortalaması $26,38 \pm 4,99$ (aralık:16-38) ve kontrol grubundakilerin $26,36 \pm 6,07$ (aralık: 14-43)'dir. Araştırmada lavman grubundaki gebelerin, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde, doğum salonuna daha erken kabul edildiği (servikal açıklık: Lavman: $3,89 \pm 1,10$ ve Kontrol: $5,73 \pm 2,02$; $t = -6,735$; $p = 0,000$) ve doğum eyleminin birinci devresinin daha uzun (lavman: $6,60 \pm 3,75$ ve kontrol: $5,23 \pm 3,62$; $t = 2,572$; $p = 0,011$) olduğu saptanmıştır. Her iki gruptaki gebeler doğum eyleminin ikinci evresinin uzunluğu (Lavman: $0,15 \pm 0,24$ ve Kontrol: $0,17 \pm 0,36$; $t = -5,577$; $p = 0,565$), bebeğin birinci (Lavman: $8,54 \pm 0,65$ ve Kontrol: $8,65 \pm 0,65$; $t = -1,190$; $p = 0,235$) ve beşinci (Lavman: $9,67 \pm 0,53$ ve Kontrol: $9,71 \pm 0$; $t = -4,67$; $p = 0,641$) dakikadaki APGAR skoru ve doğum ağrısı (Lavman: $8,32 \pm 1,83$ ve Kontrol: $8,24 \pm 1,87$; $t = 0,299$; $p = 0,76505$) puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte oldukları saptanmıştır.

Gebeler, dışkı kaçıрма bakımında birinci devrede istatistiksel olarak benzer özellikte iken (Lavman: %6,5 ve Kontrol %7,5; $X^2 = 0,074$; $p = 0,785$), ikinci devrede kontrol grubundaki gebelerin daha fazla dışkı kaçırdığı (%13,1'e karşı %47,3; $X^2 = 28,310$; $p = 0,000$) belirlenmiştir. Araştırmada doğum sonrası anne (Lavman: %4,9; Kontrol: %3,0) ve bebeklerin (Lavman: %1,2; Kontrol: %4,5) enfeksiyon belirtileri görülme ve doktora başvurma durumları bakımından benzer özellikte oldukları görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışma, lavman uygulanmayan kadınların doğum eyleminin ikinci devresinde daha fazla dışkı kaçırdıklarını, ancak lavmanın doğumun ikinci devresinin uzunluğu, kadının ağrısı, APGAR skoru, doğum sonrası anne ve yenidoğan enfeksiyonları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığını sonuçların varılmıştır. Bu bulgular doğumda rutin lavman kullanımını desteklememektedir.

Anahtar Kelimeler: İntrapartum bakım, lavman, ebelik

Effect Of Enema Using In First Stage Of Labor On Mother-Infant Health: A Randomized Controlled Study

Aim: to examine the effect of enema using on maternal-infant health in the first stage of labor.

Method: This randomized controlled trial was conducted in an Aydın Women, Obstetrics and Pediatrics Hospital between December 2015 and January 2017. In the sample of the study, a total of 200 women were randomly assigned to the enema group (107) and the control group (93). The data were collected by the introductory information form, birth observation form, Pain Scale and postpartum inspection form. Data were analyzed by descriptive statistics, chi-square and t-test.

Results: The mean age of the pregnant women in the enema group was 26.38 ± 4.99 (range: 16-38) and 26.36 ± 6.07 (range: 14-43) in the control group. It was determined that the pregnancies in the enema group were statistically significant accepted earlier to the birth room (cervical dilatation: Enema: 3.89 ± 1.10 and Control: 5.73 ± 2.02 ; $t = -6.735$, $p = 0.000$) and the first stage of labor was longer (Enema: 6.60 ± 3.75 and Control: 5.23 ± 3.62 ; $t = 2.572$; $p = 0.011$). The length of the second stage of labor (Enema: 0.15 ± 0.24 and Control: 0.17 ± 0.36 ; $t = -0.577$, $p = 0.565$), means of APGAR score at first (Enema: 8.54 ± 0.65 and Control: 8.65 ± 0.65 ; $t = -1.190$, $p = 0.235$) and fifth (Enema: 9.67 ± 0.53 and Control: 9.71 ± 0 ; $t = -0.467$, $p = 0.641$) minute of baby and mean of pain score in labor (Enema: 8.32 ± 1.83 and Control: 8.24 ± 1.87 ; $t = 0.299$, $p = 0.765$) in both groups was statistically similar. The control group had more fecal incontinence in the second stage of birth (13.1% versus 47.3%, $X^2 = 28.310$, $p = 0.000$) while pregnancies are statistically similar in the first stage of birth (Enema: 6.5% and Control: 7.5%, $X^2 = 0.074$, $p = 0.785$). Mothers (Enema: 4.9%, Control: 3.0%) and infants (Enema: 1.2%, Control: 4.5%) in postpartum for both group are similar of infection signs and consult a doctor.

Conclusion: This study concluded that women not using enema had more fecal incontinence in the second stage of labor but did not have a significant difference on the length of the second stage of labor, birth pain, APGAR score, maternal and newborn infections. These findings do not support routine enema use at birth.

Key words: Intrapartum care, enema, midwifery

Giriş

Ülkemizde intrapartum lavman uygulaması puerperal ve neonatal enfeksiyon riskini azalttığı, doğum eyleminin süresini kısalttığı ve doğum alanının kirlenmesini önlediği gerekçeleri ile rutin olarak uygulanmaktadır (Lowdermilk ve vd., 2010; Rathfisch ve Aşçı, 2015). Ancak, güçlü kanıta dayalı bilimsel çalışmalar, doğum eyleminde lavman uygulamasının rutin olarak kullanımını desteklememektedir (Reveiz ve vd., 2013; World Health Organization, 2018). Bu nedenle ülkemizde intrapartum rutin lavman uygulamasının toplumsal ve kültürel boyutunun incelenmesi ve araştırmaya dayalı bilgilerin açığa çıkarılması önemli ve gereklidir.

İnapartum lavman kullanımı ülkelere göre değişiklik göstermektedir. İnapartum lavman uygulanma sıklığının Kanada'da %5,4 (Chalmers ve vd., 2009), İran'da %11,0 (Pazandeh ve vd., 2015) ve İsviçre'de %39 (Sandin-Bojö ve vd., 2006) olduğu bildirilmektedir. Aydın'da yapılan bir çalışmada ise vajinal doğum yapan kadınların %76,6'sına lavman uygulandığı bildirilmiştir (Karaçam ve vd., 2017). Oysa Türkiye'de, sağlık çalışanları tarafından, intrapartum lavman uygulamasının kanıta dayalı uygulamalar ve anne dostu uygulamaları kapsamında kesinlikle yapılmaması gereken uygulamalar içinde yer aldığı bilinmektedir. Diğer yandan, Muğla ve Aydın'da doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu uygulamalarına ilişkin görüşlerinin incelendiği bir araştırmada, katılımcıların %43,8'nin "doğumda tıbbi endikasyon olmadıkça lavman uygulanmamalıdır" ifadesine kesinlikle katılmadıklarını, %21,9'u kararsız olduklarını ve %34,3'ü ise katıldıklarını bildirmişlerdir (Olgaç ve Karaçam, 2017).

Literatürde intrapartum lavman uygulamasının nedenleri perinatal ve neonatal enfeksiyonların azaltılması, dışkı ile temasını azaltarak postpartum enfeksiyonları azaltması, dışkı ile kontaminasyonu azaltarak neonatal ve puerperal enfeksiyonları azalttığı, kadınların bağırsaklarının temizlenmesini iyi bir şey olarak görmeleri ve doğum sonrası epizyotomi ile birlikte dışkılama sırasında rahatsızlık hissini azaltması olarak gösterilmektedir (Reveiz ve vd., 2013). Uygulanmaması için gerekçeler ise etkinliğinin kanıtlanmadığı, sulu dışkının maternal ve neonatal enfeksiyon olasılığını artırabileceği, kadına rahatsızlık verdiği ve maliyeti artırdığı olarak gösterilmektedir (Cuervo, 2006; Yeat, 2011). Reveiz ve vd. (2013), dört randomize kontrollü araştırmanın ve 1917 kadının yer aldığı, bir The Cochrane Collaboration sistematik derlemede, perinatal ve neonatal enfeksiyon oranları ve kadının memnuniyeti üzerinde etkisinin olmadığı ve doğum eyleminde rutin olarak uygulanmaması gerektiği bildirilmiştir.

Bu sistematik derleme (Reveiz ve vd., 2013) güçlü kanıtları ortaya koymasına rağmen, ülkemizde halen intrapartum lavman uygulamasının yaygın kullanıldığı (Karaçam ve vd., 2017) ve doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin çoğunun da bu uygulamanın yapılması gerektiği görüşünde oldukları (Olgaç ve Karaçam, 2017) görülmektedir. Bu durum, ülkemize

intrapartum rutin lavman uygulamasının toplumsal ve kültürel boyutları ile anne ve bebek sağlığına etkisi, maliyeti, iş yükü, kadının memnuniyeti, kadın ve sağlık çalışanlarının görüşlerini ortaya koyabilecek bilimsel bilgiye gereksinim bulunduğunu göstermektedir. Bu nedenlerden dolayı bu araştırma doğum eyleminin birinci devresi süresince yapılan lavman uygulamasının anne bebek sağlığına etkisinin ve kadınların bu uygulama hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Bu araştırmanın hipotezleri şu şekildedir: (1) Lavman uygulanan ve uygulanmayan kadınlar arasında doğum eyleminin süresi bakımlarından fark yoktur. (2) Lavman uygulanan ve uygulanmayan kadınlar arasında maternal ve neonatal enfeksiyon bakımlarından fark yoktur. (3) Lavman grubundaki kadınların lavman ile ilgili görüşleri ve deneyimleri nelerdir? (4) Kadınların dışkı kaçırmaya ile ilgili görüş ve deneyimleri nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Araştırma, Aralık 2015 ve Ocak 2017 tarihleri arasında, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi doğum salonunda randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Örneklemi ve Randomizasyon

Araştırmanın örnekleme randomize olarak lavman grubuna 107 ve kontrol grubuna 93 olmak üzere toplam 200 kadın alınmıştır. Araştırmanın temel verileri ki-kare ve t testleri ile analiz edileceğinden araştırmanın örnekleme alınması gereken en az birey sayısı, G*Power 3.1.9.2 ile power: 0,95, $\alpha=0,05$ ve ile effect size: 0,5 alınarak t testi için 176, ve power: 0,95, $\alpha=0,05$ ve ile effect size: 0,3, df:1 alınarak ki-kare testi için 145 olarak bulunmuştur. Olası vaka kayıpları da dikkate alınarak araştırmaya toplam 220 (lavman grubu: 110, kontrol grubu: 110) kadın alınması planlanmıştır. Ancak araştırmanın yürütülmesi sırasında bazı vaka kayıpları olmuş ve çalışma 200 kadın (Lavman Grubu: 107 ve Kontrol Grubu: 93) ile tamamlanmıştır. Doğum sonrası altıncı haftada 147 kadına ulaşılabilmektedir (Lavman: 81 ve Kontrol: 66)

Araştırmada randomizasyon, sorumlu araştırmacı tarafından yapılmıştır. Kadınlar servise kabul sırasına göre 1'den 220'e kadar numaralandırılmış ve www.randomizer.org kullanılarak numaraların lavman ve kontrol gruplarına atanması gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya 18 yaş ve üstünde olan, gebeliği miadında olan (37-42 hafta), vajinal doğum yapması beklenen, Türkçe bilen ve en az ilköğretim mezunu (bazı verilerin öz bildirim ölçekleri ile toplanması nedeni ile) olan kadınlar dâhil edilmiştir. Genital enfeksiyon (Doğum sonrası anne ve bebekte enfeksiyon gelişme durumu izleneceği gerekçesi ile), erken membran rüptürü (anne ve

bebekte enfeksiyon riskini arttırdığı için), başka herhangi bir enfeksiyon öykü olan, ruhsal ve zihinsel sağlık problemi öyküsü olan, acil sezaryene alınan ve akut ya da kronik ishal ya da kabızlık problemi olan (var olan gastrointestinal sistem problemlerinin araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği gerekçesi ile) kadınlar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Eylemi Gözlem Formu, Numaralandırılmış Ağrı Skalası ve Postpartum İzlem Formu ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan bu formda kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini sorgulayan toplam 23 soru bulunmaktadır. Bu form araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur.

Doğum Eylemi İzlem Formu: Bu form kadınlara doğum eyleminde yapılan müdahaleler anne ve bebeğindurumunu, kadının lavman ve kontrolsüz dışkı kaçırma ile ilgili deneyimleri ve görüşlerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu formda 34 soru yer almaktadır. Bu form araştırmacı tarafından doğum eylemini süresince gözlem yapılarak, hasta dosyasından elde edilen veriler ve yüz yüze görüşme yöntemleri kullanılarak doldurulmuştur.

Postpartum İzlem Formu: Bu formda kadın ve bebeğinin doğum sonrası dönemde karşılaşılabilecekleri enfeksiyon, diğer hastalıklar ve antibiyotik kullanma durumlarını sorgulayan 12 soru yer almaktadır. Bu form araştırmacılar tarafından doğum sonrası altıncı haftada anneler ile telefon görüşmesi yapılarak doldurulmuştur.

Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğinin geliştirilmesi için 20 kişi ile ön uygulama yapılmış ve ancak anket formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama kapsamına alınan kadınlar araştırma örneğine dâhil edilmemiştir.

İşlem

Araştırma, bir akademisyen sorumlu araştırmacı, biri klinisyen ve diğeri de araştırma görevlisi olarak çalışan iki araştırmacı ebe tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya klinisyen ebenin mesai saatlerinde vajinal doğum yapması beklenen ve doğum salonuna yatışı yapılan kadınlar dâhil edilmiştir. Araştırma kriterlerine uygun olan kadınlar belirlendikten sonra, araştırma ile ilgili açıklama yapılarak yazılı veya sözel olurları almış, tanıtıcı bilgi formu doldurulmuş ve araştırmaya kabul sıra numarası verilmiştir. Ardından kadınların kabul sıra numarasına göre daha önce randomizasyonla belirlenen listeden, hangi grupta yer aldığı tespit edilmiş ve lavman ve kontrol gruplarına ataması yapılmıştır.

Lavman araştırmanın yapıldığı hastanede rutin olarak uygulanmaktadır. Lavman grubuna dâhil edilen kadınlara herhangi bir şey yapılmamış ve rutin girişimde var olan lavmanın yapılması sağlanmıştır. Kontrol grubuna atanan kadınlara lavman uygulaması yapılmamıştır. Bu hastanede lavman 177 ml'lik solüsyonda 28,5 g sodyum dihidrojen fosfat ve 10,5 g disodyum hidrojen fosfat içeren 210 ml B.T. ENEMA ile yapılmaktadır.

Kadınların doğum eylemi boyunca rutin bakım ve izlemleri klinik ebeleri tarafından yapılmış ve Doğum Eylemi İzlem Formu'nun doldurulması ise araştırmacı klinisyen ebe tarafından yapılmıştır. Yine araştırma görevlisi ebe araştırmacı tarafından doğum sonrası altıncı haftada kadınlar ile telefon görüşmesi yapılmış ve Postpartum İzlem Formu doldurulmuştur.

Etik İlkler

Araştırma protokolü Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Sayı: 2015/720). Araştırma verilerinin toplanabilmesi için T.C. Aydın İl Kamu Hastaneler Birliği'nden izin alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya katılmaya davet edilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences Version 18 (PASW Inc, Chicago, IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Lavman ve kontrol grupları tanıtıcı bilgilere ilave olarak, doğum eyleminin birinci ve ikinci devresinin uzunluğu, perineal travma ve/ya da epizyotomi alanında enfeksiyon gelişme, doğum sırasında yaşanan ağrı, doğum eyleminin birinci ve ikinci devresinde dışkı kaçırma durumu, endometritis ya da diğer enfeksiyonlar, kadının antibiyotik kullanımı, yenidoğanda umbilikal, solunum yolu ve cilt enfeksiyonları ya da diğer enfeksiyonlar, bebekte antibiyotik kullanımı ve kadınların lavman uygulanmasına ilişkin görüşleri bakımından karşılaştırılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare ve t-testleri kullanılmıştır. $P < 0.05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

Bulgular

Lavman ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan lavman ve kontrol gruplarındaki gebelerin; yaş ortalaması eğitim durumu, eş eğitim durumu, meslek, medeni durum ve gelir durumları bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu saptanmıştır. Ancak lavman gruplarındaki gebelerin (%84,1) sosyal güvence bulunma oranının kontrol grubuna (%72,0) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla

olduğu bulunmuştur ($X^2=4,294$; $p=0,038$; Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler	Lavman (n=107)	Kontrol (n=93)	t / X^2	p
Yaş \pm SS (min-max)	26,38 \pm 4,99 (16-38)	26,36 \pm 6,07 (14-43)	0,026	0,979*
Eğitim Durumu, n (%)				
İlkokul	78 (72,9)	72 (77,4)	2,389	
Lise	18 (16,8)	16 (17,2)		
Önlisans	2 (1,9)	2 (2,2)		
Üniversite ve Üzeri	9 (8,4)	3 (3,2)		
Eşin Eğitim Durumu, n (%)				
Okur-yazar değil	2 (1,9)	0 (0)	5,890	0,208
Okur-yazar	0 (0)	1 (1,1)		
İlkokul	69 (64,5)	69 (74,2)		
Lise	22 (20,6)	17 (18,3)		
Üniversite	14 (13,1)	6 (6,5)		
Meslek (Lavman n=105, Kontrol n=86), n (%)				
Ev hanımı	90 (85,7)	79 (91,9)	4,468	0,215
Serbest meslek	9 (8,6)	2 (2,3)		
İşçi	3 (2,9)	4 (4,7)		
Memur	3 (2,9)	1 (1,2)		
Sosyal Güvence, n (%)				
Var	90 (84,1)	67 (72,0)	4,294	0,038
Yok	17 (15,9)	26 (28,0)		
Algılanan Gelir Durumu, n (%)				

Gelir giderden düşük (17,2)	16 (15,0)	16	1,374	0,5
Gelir gidere denk (81,7)	91 (85,0)	76		
Gelir giderden fazla	0 (0)	1 (1,1)		

Medeni Durum, n (%)

Evli resmi nikâhı var (96,8)	100 (93,5)	90	3,468	0,177
Evli, resmi nikâhı yok	6 (5,6)	1 (1,1)		

Ayrı yaşıyor veya boşanmış	1(0,9)	2 (2,2)
----------------------------	--------	---------

SS: Standart sapma, *t testi

Lavman ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Gebeliklerine İlişkin Verileri

Çalışmaya katılan lavman ve kontrol gruplarındaki gebeler gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk, kendiliğinden ve isteyerek düşük sayısı ortalamaları bakımından benzer özellikte idiler. Yine lavman gurundaki gebelerin en son gebeliğini planlama, istememe ve gebelik sırasında herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumları bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte oldukları saptanmıştır (Tablo 2). Lavman ve kontrol gruplarındaki gebelerin gebelik ile ilgili diğer verileri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Kadınların Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Özellikleri

Özellikler	Lavma n (n=107)	Kontro l(n=93)	t/X ²	p
Gebelik sayısı, ortalama±SS (min-max)	2,38±1,28 (1-7)	2,68±1,23 (1-7)	-1,649	0,101**
Canlı doğum sayısı, ortalama±SS (min-max)	2,1±1,1 (1-6)	2,31±0,89 (1-5)	-1,552	0,122**
Yaşayan çocuk sayısı, ortalama±SS (min-max)	2,08±1,05 (1-6)	2,30±0,91 (1-5)	-1,555	0,122**
Ölü doğum sayısı, ortalama±SS (min-max)	0,0±0,0 (0-0)	0,05±0,27 (0-2)		
Kendiliğinden düşük sayısı, ortalama±SS (min-max)	0,21±0,45 (0-2)	0,20±0,46 (0-2)		
İsteyerek düşük sayısı, ortalama±SS (min-max)	0,07±0,30 (0-2)	0,10±0,44 (0-3)		
Gebelik takiplerine başlanan ay, ortalama±SS (min-max)	1,51±0,84 (1-6)	1,62±0,93 (1-5)	-	0,370**
	n (%)	n (%)		
Gebeliğini planlamama , (Lavman n=105, Kontrol n=91)	24 (22,4)	25 (27,5)	0,671	0,413
Gebeliğini istememe , (Lavman n=105, Kontrol n=91)	4 (3,7)	7 (7,7)	1,465	0,226

n=91)				
Gebelikte sağlık sorunu yaşama	10 (9,3)	16 (17,2)	2,717	0,099
Gebelikte yaşanan sağlık sorunları, (Lavman n=11, Kontrol n=15)				
Gestasyonel diyabetes mellitus	4 (3,7)	7 (7,5)		
Erken doğum tehdidi	2 (1,9)	1 (1,1)		
Gestasyonel hipertansiyon	1 (0,9)	1 (1,1)		
Abortus imminens	1 (0,9)	1 (1,1)		
Anemi	1 (0,9)	0 (0,0)		
Bartolin apsesi	1 (0,9)	0 (0,0)		
Varis	1 (0,9)	0 (0,0)		
Hiperemezis	0 (0,0)	2 (2,2)		
Hipertiroidi	0 (0,0)	1 (1,1)		
Psikolojik travma	0 (0,0)	1 (1,1)		
Bağırsak operasyonu	0 (0,0)	1 (1,1)		
Doğum öncesi eğitim sınıflarına katılma	2 (1,9)	1 (1,1)	0,212	1,000**
				*
Daha önce lavman deneyimine sahip olma	46 (43,0)	50 (53,8)	2,313	0,128
Daha önceki gebelik ve doğumlar ile ilgili sağlıksorunu yaşama (Lavman n=97, Kontrol n=86)	5 (5,2)	5 (5,8)	0,000	0,997
Yaşanan sağlık sorunları*				
Doğum sonrası depresyon	1 (0,9)	0 (0,0)		
Erken doğum tehdidi	1 (0,9)	0 (0,0)		
Erken doğum	1 (0,9)	0 (0,0)		
Gestasyonel hipertansiyon	1 (0,9)	0 (0,0)		
Hemoroid	1 (0,9)	0 (0,0)		
Uzamiş eylem	1 (0,9)	0 (0,0)		
İlerlemeyen travay	0 (0,0)	1 (0,9)		
Derin laserasyon	0 (0,0)	1 (0,9)		
Plasenta retansiyonu	0 (0,0)	2 (1,8)		

Vakumla doğum	0 (0,0)	1 (0,9)
---------------	---------	---------

SS: Standart sapma, *Birden fazla sağlık sorunu bildirilmiştir, **t testi, *** Fisher'in Kesin Testi

Lavman ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Gebelerin Doğum Eylemi İle İlgili Verileri

Lavman ve kontrol gruplarındaki gebelerin; gebelik haftası, doğum eyleminin ikinci evresinin uzunluğu, bebeğin 1. ve 5. dakikadaki APGAR skoru, bebeğin doğum kilosu, doğum sırasında kadının hissettiği ağrı puanı ve ebeğin yardım ettiği doğumdan memnuniyet durumu bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu belirlenmiştir. Yine lavman gurundaki gebelerin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında doğum eyleminin spontan başlaması, amniyotomi uygulanma, bebeğin doğumundan önce annede ve bebekte problem yaşanma durumu, epidural analjezi kullanımı, vakum kullanımı, epizyotomi uygulanma ve dikiş gerektiren spontan laserasyon varlığı durumları bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte oldukları saptanmıştır (Tablo 3).

Ancak lavman guruplarındaki gebelerin doğum salonuna kabul edildiği servikal açıklık ortalaması $3,89 \pm 1,10$ (aralık:2-9) iken, kontrol grubunda $5,73 \pm 2,02$ (aralık:3-10), doğum eyleminin birinci evresinin uzunluğu ortalaması $6,60 \pm 3,75$ (aralık:1,25-23) iken, kontrol grubunda $5,23 \pm 3,62$ (aralık:1-24,5) ve doğumda fundal basınç uygulanma oranı %41,1 iken, kontrol grubunda %26,9 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırası ile; $Z=-6,735$; $p=0,000$; $t=2,572$; $p=0,011$; $X^2= 4,4650$; $p=0,035$; Tablo 1).

Tablo 3. Kadınların Doğum Eylemi İle İlgili Verileri

Doğum eylemine ilişkin özellikler	Lavman (n=107)	Kontrol (n=93)	t/Z/X ²	p-değeri
Doğum salonuna kabul edildiğinde servikal dilatasyonu, ortalama±SS (min-max)	$3,89 \pm 1,10$ (2-9)	$5,73 \pm 2,02$ (3-10)	-6,735	0,000**
Gebelik haftası, ortalama±SS (min-max)	$39,57 \pm 1,20$ (36-42)	$39,40 \pm 1,63$ (32-42)	0,836	0,404*
Doğum eyleminin birinci evresinin uzunluğu (dakika), ortalama±SS (min-max)	$6,60 \pm 3,75$ (1,25-23)	$5,23 \pm 3,62$ (1-24,5)	2,572	0,011*
Doğum eyleminin ikinci evresinin uzunluğu (dakika), ortalama±SS (min-max)	$0,15 \pm 0,24$ (0,05-2,15)	$0,17 \pm 0,36$ (0,05-3,3)	-0,577	0,565*
Bebeğin doğum süresi (saat), ortalama±SS (min-max)	$8,54 \pm 0,65$ (6-10)	$8,65 \pm 0,65$ (7-10)	-1,190	0,235*
Bebeğin 5. dakikadaki APGAR skoru,	$9,67 \pm 0,53$ (8-10)	$9,71 \pm 0,48$ (8-10)	-0,467	0,641*

Bebeğin doğum kilosu, ortalama±SS (min- 3304,37±454,43 max)		3243,62±511,64		
	(2250-4510)	(1430-4300)	0,867	0,387*
Doğum sırasında kadının hissettiği ağrı puanı, ortalama±SS (min-max)	8,32±1,83 (4- 10)	8,24±1,87 (3- 10)	0,299	0,765*
Ebenin yardım ettiği doğumdan memnuniyet puanı, ortalama±SS (min- max)	8,50±2,12 (0-10)	8,75±1,75 (0- 10)	-1,000	0,319*
	n (%)	n (%)		
Doğum eyleminin spontan başlaması	106 (99,1)	87 (93,5)	4,484	0,051***
Prezentasyon bozukluğu (makat)	0 (0,0)	1 (1,1)		
Bebeğin pozisyonu				
Oksiput anterior	98 (91,6)	87 (93,5)	1,826	0,401
Oksiput posterior	9 (8,4) 0 (0,0)	5 (5,4) 1 (1,1)		
Sakrum anterior				
Doğum ünitesine kabulde angajman durumu	95 (88,8)	86 (92,5)	0,787	0,375
Fikse Mobi				
1	12 (11,2)	7 (7,5)		
Fetal kalp hızı özellikleri				
120-160 atım/dk arasında	76 (71,0)	76 (81,7)		
Fetal bradikardi	24 (22,4)	16 (17,2)	5,217	0,157
Fetal taşikardi	6 (5,6)	1 (1,1)		
Düşük varyabilite	1 (0,9)	0 (0,0)		

Amniyotomi uygulanma	59 (55,1)	59 (63,4)	1,275	0,312
Bebeğin doğumundan önce problem yaşanma durumu				
			0,431	0,687***
Evet	4 (3,7)	2 (2,2)		

Hayır	103 (96,2)	91 (97,8)		
Bebeğin doğumundan önce annede yaşanan problem				
			5,791	0,447
Ağrı şoku	1 (0,9)	0 (0,0)		
Bartolin apsesi rüptürü	1 (0,9)	0 (0,0)		
	1 (0,9)	0 (0,0)		
Gestasyonel hipertansiyon				
Vajinal kanama	1 (0,9)	0 (0,0)		
HIV	0 (0,0)	1 (1,1)		
Servikal kanser	0 (0,0)	1 (1,1)		
Bebeğin doğumundan önce bebekte yaşanan problem				
Evet	20 (18,7)	18	0,014	0,9
(19,4)				
Hayır	87 (81,3)	75 (80,6)		
Bebeğin doğumundan önce bebekte yaşanan problem				
Fetal bradikardi	17 (15,9)	8 (8,6)		
Erken doğum tehdidi	1 (0,9)	1 (1,1)		
Fetal taşikardi	1 (0,9)	0 (0,0)		
Mekonyumlu amniyotik mayi	1 (0,9)	7 (7,6)		
Ablasyo plasenta	0 (0,0)	1 (1,1)	10,773	0,149
Erken membran rüptürü	0 (0,0)	1 (1,1)		
Epidural analjezi kullanımı	3 (2,8)	0 (0,0)	2,647	0,250***
Vakum kullanımı	1 (0,9)	1 (1,1)	0,010	0,921
Doğumda fundal basınç uygulanma	44 (41,1)	25 (26,9)	4,465	0,035
Epizyotomi uygulanma	61 (57,0)	48 (51,6)	0,584	0,445
Dikiş gerektiren spontan laserasyon varlığı	30 (28,0)	27 (29,0)	0,024	0,876

SS: Standart sapma, *t testi, **Mann Whitney U testi *** Fisher'in Kesin Testi

Lavman grubundaki kadınların lavman ile ilgili görüşleri ve deneyimleri incelendiğinde kadınların %90,7'sinin doğumda lavmanın gerekli olduğunu bildirdikleri belirlenmiştir. Yine lavman uygulamasının neden gerekli olduğu sorulduğunda kadınların %43,8'i "doğumun temiz olması/doğumu kolaylaştırmak/doğum için gerekli", %16,9'u ise "gelmeden önce yemek yeme/bağırsakların dolu olması" nedeni ile lavmanı gerekli bulduklarını belirtmişlerdir. Lavman uygulamasını gerekli görmeyen kadınların %27,3'ünün bu uygulamayı "dışkı kaçırmamak için yemek yememe" nedeni ile gerekli bulmadıkları saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Lavman Grubundaki Kadınların Lavman ile İlgili Görüşleri ve Deneyimleri (n=107)

Görüş ve deneyimler	Sayı (%)
Lavmanın gerekli olduğunu düşünme, (n=107)	
Evet	97 (90,7)
Hayır	10 (9,3)
Lavman uygulamasının neden gerekli olduğu düşünme, (n= 89* / 107)	
Doğumun temiz olması / doğumu kolaylaştırmak / doğum için gerekli	39 (43,8)
Gelmeden önce yemek yeme / bağırsakların dolu olması	15 (16,9)
Dışkı kaçırmaktan korkma	11 (12,4)
Doğumda rahat ıkınma	9 (10,1)
Sağlık çalışanlarının gerekli görmesi	9 (10,1)
Ebe için temiz ortam sağlaması	3 (3,4)
Bebeği tuvalette doğurma korkusu	1 (1,1)
Çok sık tuvaletim geliyor	1 (1,1)
Dışkıyla birlikte sancılar artıyor	1 (1,1)
Lavman uygulamasının neden gereksiz olduğu düşünme, (n= 11* / 107)	
Dışkı kaçırmamak için yemek yememe	3 (27,3)
Dışkı kaçırmaktan rahatsız olmama	2 (18,2)
Doğuma gelmeden önce dışkılama	2 (18,2)

Mutlaka gerekli değil	2 (18,2)
İrite edici bir işlem	1 (9,1)
Tuvalete giderek de halledilebilir	1 (9,1)

Lavman ile ilgili olumlu deneyimler (n= 9* / 107)

Rahatlama	4 (44,4)
Serinlik hissi	5 (55,6)

Lavman ile ilgili olumsuz deneyimler (n= 29* / 107)

Karında burulma / basınç / ağrı / acı hisleri	17 (58,6)
Kötü hissetme / rahatsız olma	6 (20,7)
Utanma	5 (17,2)
Korku	1 (3,5)

Araştırmaya katılan gebelerin doğumda dışkı kaçırmaya ile ilgili görüşleri incelendiğinde her iki gruptaki gebeler dışkı kaçırmaya utanç verici olduğunu (lavman: %55,1, kontrol: %43) bildirmişlerdir. Yine doğumda dışkı kaçırmaya deneyimleri incelendiğinde iki grupta da gebeler sırası ile dışkı kaçırmadıklarını (lavman: %83,2, kontrol: %72,0) ve dışkı kaçırdıklarında utandıklarını (lavman:%9,3, kontrol:%12,9) bildirmişlerdir. Lavman grubundaki gebelerin (%13,1) doğumun ikinci evresinde dışkı kaçırmaya oranlarının kontrol grubuna (%47,3) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az olduğu bulunmuştur ($X^2=28,310$; $p=0,000$; Tablo 5).

Tablo 5. Kadınların Dışkı Kaçırmaya ile İlgili Görüş ve Deneyimleri

Görüş ve deneyimler	Lavman (n=107)	Kontrol (n=93)	X ²	p-değeri
Birinci evrede dışkı kaçırmaya	7 (6,5)	7 (7,5)	0,074	0,785
İkinci evrede dışkı kaçırmaya	14 (13,1)	44 (47,3)	28,310	0,000
Görüşler (Lavman: 104; kontrol: 83)				
Utanim / çekinirim / çok ayıp bir şey / ıkınmaktan çekinirim	63 (60,8)	40 (48,2)		
Kötü hissederim / rahatsız olurum	30 (28,9)	21 (25,3)		

	364	
Bebek için zararlı olabilir, korkarım	0 (0,0)	2 (2,4)
Bir şey hissetmem / normal bir olay	11 (10,3)	16 (19,3)
Rahatlarım	0 (0,0)	4 (4,8)

Deneyimler (Lavman: 107; kontrol:**93)**

Dışkı kaçırmadım	89 (83,2)	67 (72,0)
Utandım / kötü hissettim	12 (11,2)	15 (16,1)
Normal bir şey / bir şey hissetmedim	5 (4,7)	6 (6,5)
Korktum / ıkmaktan korktum	1 (0,9)	2 (2,2)
Rahatladım	0 (0,0)	2 (2,2)
Ebe için üzüldüm	0 (0,0)	1 (1,1)

Çalışmadaki ebeler, her iki gruptaki gebelerin doğumunu daha çok uyumlu (Lavman: %39,2, Kontrol: %23,8) ve güzel (Lavman:%15,3, Kontrol:%18,6) olduğu biçiminde değerlendirmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 6. Ebelerin Doğum Eylemine İlişkin Görüşleri

Görüşler	Lavman (n=105)	Kontrol (n= 90)
Olumlu görüşler		
Uyumlu bir gebeydi	42 (39,2)	22 (23,8)
Güzel bir doğum oldu	17 (15,3)	17 (18,6)
Gebe güzel ıkındı	7 (6,5)	7 (7,6)
Çok hızlı doğum oldu	5 (4,6)	20 (21,6)
Gebe çok gayretliydi	5 (4,6)	3 (3,3)
Anne ve bebek sağlıklıydı	2 (1,9)	0 (0,0)
Gebe güzel doğurdu	5 (4,6)	0 (0,0)
Hareket kısıtlaması yoktu	1 (0,9)	0 (0,0)
Gebe sözümü dinledi	3 (2,8)	0 (0,0)
Gebe çok bilinçliydi	0 (0,0)	3 (3,3)
Çok sessiz doğum yaptı	0 (0,0)	2 (2,2)
Olumsuz görüşler		
Uyumlu bir gebe değildi	4 (3,7)	3 (3,3)
Zor bir doğumdu	3 (2,8)	2 (2,2)
Komplikasyonlu bir doğum oldu	3 (2,8)	1 (1,1)
Gebe ıkınamadı	1 (0,9)	7 (7,7)
Bebek problemlili doğdu	2 (1,9)	0 (0,0)
Gebe çok bağırıldı	1 (0,9)	2 (2,2)
Doktor çok müdahale etti	1 (0,9)	0 (0,0)
Epizyotomisi çok zor dikildi	1 (0,9)	0 (0,0)
Gebe kendini tamamen kapattı	1 (0,9)	0 (0,0)
Müdahaleli bir doğum oldu	1 (0,9)	0 (0,0)
Gaita yaptı	0 (0,0)	1 (1,1)

Lavman ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Gebelerin Postpartum Dönem Özellikleri

Lavman ve kontrol grupları doğum sonrası annede problem yaşama, annenin doğum sonrası

1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

doktora başvurması, annenin doğum sonu kullandığı ilaçlar, doğum sonrası bebekte problem yaşama, bebek için doğum sonrası doktora başvurma durumu ve bebeğin doğum sonu kullandığı ilaçlar bakımından karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya konmuştur. Lavman ve kontrol gruplarındaki gebelerin postpartum dönem ile ilgili diğer verileri Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Lavman ve Kontrol Grubundaki Kadınlar ve Bebeklerinin Postpartum Döneme İlişkin Verileri

Postpartum dönemdeki veriler	(n=81) Lavma	Kontrol (n=66)	X ²	p
Annede sağlık problemi yaşama	7 (8,6)	5 (7,6)	0,055	0,814
Annede görülen sağlık problemleri				
Griple seyreden yüksek ateş	1	0		
Epizyotomi bölgesinde enfeksiyon	1	0		
Kötü kokulu vajinal akıntı ve kaşıntı	2	2		
Vajinal papüller	1	0		
Hemoroid	0	1		
İdrar yolu enfeksiyonu	1	0		
Amipli dizanteri nedeni ile ateş	1	0		
Karın ağrısı	0	1		
Mastit	0	1		
Annenin ilaç kullanımı (Lavman n=81, Kontrol n=66)	6 (7,4)	2 (3,1)		
Annenin kullandığı ilaç türleri				
Antibiyotik	3	1		
Antifungal	2	1		
Antipiretik	1	0		
Bebekte sağlık problemi bulunma	6 (7,4)	8 (12,1)	0,938	0,333
Bebekte görülen sağlık problemleri				
Göbekte enfeksiyon	1	3		
Göbekte kanama	1	0		
Akciğer enfeksiyonu	1	1		

Sarılık	2	0	
Solunum sıkıntısı	1	1	
Epilepsi	0	1	
Gelişimsel kalça displazisi	0	1	
Gribal enfeksiyon	0	1	
Bebekte ilaç kullanımı	2 (2,4)	3 (4,6)	
Bebekte kullanılan ilaçlar türleri			
Antibiyotik	2 (1,9)	2 (2,2)	
Anti epileptik	0 (0,0)	1 (1,1)	
Annede Enfeksiyon Varlığı	4 (4,9)	2 (3,0)	0,338 0,691*
Bebekte Enfeksiyon Varlığı	1 (1,2)	3 (4,5)	1,506 0,326*

* Fisher'in Kesin Testi

Tartışma

Bu çalışma doğum eyleminin birinci devresinde yapılan lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisini incelenmek amacı ile yapılmıştır. Çalışmada başlıca lavman uygulanmayan kadınların doğum eyleminin ikinci devresinde daha fazla dışkı kaçırdıkları, ancak lavmanın doğumun ikinci devresinin uzunluğu, kadının ağrı ve memnuniyeti, APGAR skoru, doğum sonrası anne ve yenidoğan enfeksiyonları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı sonuçları elde edilmiştir. Bu sonuçlar rutin lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisi ile ilgili veri ortaya koyması bakımından önemlidir.

Çalışmada lavman grubundaki gebelerin doğum eyleminin birinci devresinin daha uzun iken, ikinci evresinin uzunluğu bakımından her iki grubun benzer oldukları görülmüştür. Cuervo ve vd. (2006), Clarke (2007), Reveiz ve vd. (2013), Dünya Sağlık Örgütü (2014) tarafından yapılan çalışmalarda da lavman uygulamasının doğum süresi üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Kovavisarach ve Sringamvong (2005) ise lavman uygulanmayan gebelerin doğum süresinin anlamlı derecede olarak daha uzun olduğunu bildirmişlerdir (Lavman=409,4 dk.'ya karşı Kontrol=459,8 dk.). Bu sonuçlara göre lavman uygulamasının, doğumun birinci evresinde yapıldığı göz önüne alındığında, doğumun 1. ve 2. evresinin süresi üzerine etkisinin farklılık gösterdiği söylenebilir. Fakat bu çalışmada lavman grubunda doğum eyleminin birinci devresinin daha uzun olması, bu gruptaki gebelerin, tesadüfi bir sonuç olarak, doğum ünitesine daha erken kabul edilmeleri ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, lavman ve kontrol grubundaki kadınların bebekleri birinci ve beşinci dakikalardaki APGAR skorları ve neonatal enfeksiyon oranları bakımından istatistiksel olarak benzerdir. Benzer şekilde Reveiz ve vd. (2013) tarafından, ABD, Tayland, Kolombiya ve Birleşik Krallık’da yapılan dört randomize kontrollü araştırmanın yer aldığı bir sistematik derlemede, lavman uygulanan ve uygulanmayan annelerin bebeklerinin 5. dakika APGAR skorları ve neonatal enfeksiyon oranları arasında fark olmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar doğumda rutin lavman uygulamasının neonatal sonuçları iyileştirmediğini göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmadaki gebelerin, dışkı kaçırmada bakımında birinci devrede benzer özellikte oldukları, ikinci devrede ise kontrol grubundaki gebelerin daha fazla dışkı kaçırdığı (%13,1’e karşı %47,3) belirlenmiştir. Yine benzer olarak Reveiz ve vd. (2013) tarafından yapılan sistematik derlemede de lavman gurunun doğumda dışkı bulaşının daha az olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada doğum sonrası annelerin (Lavman: %1,2; Kontrol: %4,5) enfeksiyon belirtileri görülme ve doktora başvurma durumları bakımından benzer özellikte oldukları görülmüştür. Cuervo (2006) ve Drayton (1984) tarafından yapılan çalışmalarda da benzer olarak lavman uygulanan ve uygulanmayan kadınlarda puerperal enfeksiyon oranlarının benzer olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar lavman uygulamasının annede enfeksiyon gelişimi önlemede etkili olmadığını göstermektedir.

Çalışmada lavman grubundaki kadınların tamamına yakını doğumda lavmanın gerekli olduğunu bildirmişlerdir. Yine en çok lavmanın “doğumun temiz olması/doğumu kolaylaştırmak/doğum için gerekli” nedeni ile gerekli olduğu ve “dışkı kaçırmamak için yemek yememe” nedeni ile gerekli bulunmadığı belirlenmiştir. Bu konuda Conde-Agudelo ve vd. (2008) tarafından Kolombiya’da kanıt temelli intrapartum bakım hizmetlerini incelemek amacı ile niceliksel ve niteliksel olarak yapılan bir çalışmada, doktorların tümü kadınların dışkı kaçırdıklarında utandıklarını ve bu neden ile lavmanı genellikle talep ettiklerini bildirilmiştir. Bu sonuçlara dayalı olarak kadınların doğumda lavman uygulaması ile ilgili yeterli ve doğru bilgiye sahip olmadıkları ve ayrıca kadınlar için bu uygulamanın kültürel boyutlarının da bulunduğu söylenebilir.

Araştırmada her iki gruptaki gebeler dışkı kaçırmamanın utanç verici olduğunu düşünmektedirler. Yine heriki gruptaki gebelerin çoğunlukla dışkı kaçırdıklarını fark etmedikleri, dışkı kaçırdıklarını fark ettiklerinde ise en çok utandıkları belirlenmiştir. Conde-Agudelo ve vd. (2008) çalışmasında da benzer sonuçlar bildirmiştir. Yine Güneş Öztürk ve Karaçam (2018) tarafından yapılan niteliksel bir çalışmada ebelerin kadınların dışkı kaçırdıklarında utandıkları, ıkmayı bıraktıkları ve ebeden özür diledikleri belirtilmektedir. Bu sonuçlara dayalı olarak kadınların dışkı kaçırmaktan utanmaları doğum sürecini etkileyebilir. Bu nedenle kadınların da lavman uygulaması konusunda görüş ve isteklerinin alınması önemlidir.

Çalışmadaki ebeler, her iki grup için yardım ettiği doğum ile ilgili yüksek memnuniyet puanı

bildirmiş olup, gebelerin daha çok uyumlu olduğunu ve gebelerin doğumunu güzel olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Ancak Güneş Öztürk ve Karaçam (2018) tarafından yapılan nitel araştırmada ise ebelerin dışkı kaçırdığı durumda mide bulantısı yaşadıkları, kokudan rahatsız oldukları, motivasyonlarının azaldığı ve maske kullanmak zorunda kaldıkları bildirilmiştir. Bu sonuçlar doğumda dışkı kaçırlmasının ebelerin çalışma memnuniyetini etkilemediği söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada lavman uygulamasının doğumun ikinci devresinin uzunluğu, kadının ağrı ve memnuniyeti, APGAR skoru, doğum sonrası anne ve yenidoğan enfeksiyonları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı sonuçlarına varılmıştır. Bu sonuçlar, daha önce yapılan çalışma sonuçlarına benzer şekilde, maternal veya neonatal sonuçları iyileştirmediği için doğumda rutin lavman kullanımını desteklememektedir.

Bu sonuçlara dayalı olarak;

- İntrapartum bakım hizmetlerinde çalışan ebelerin lavman uygulaması konusunda kanıta dayalı uygulamalaragöre bilgi ve uygulamalarını güncellemeleri,
- Örgün ve hizmet içi eğitim programlarında, anne ve yenidoğan sağlığına katkısı bulunmadığından, intrapartum dönemde lavmanın rutin olarak uygulanmamasının öneminin vurgulanması,
- Hastane ve klinik yöneticilerinin intrapartum dönemde lavman uygulanmaması konusunda düzenlemeyapmaları ve bu konuda hizmet içi eğitim planlamaları ve yürütmeleri,
- Bu konudaki bilgi birikimini arttıracak daha kapsamlı kalitatif ve deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Chalmers, B., Kaczorowski, J., Levitt, C., Dzakpasu, S., Brien, B., & Lee, L. (2009). Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth: Findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*, 36(1), 13–25.
2. Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermudez, A., & Gülmezoglu, A. M. (2008). Evidence-based intrapartum care in Cali, Colombia: a quantitative and qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(12), 1547-1556.
3. Cuervo, L. G., Bernal, M. P., & Mendoza, N. (2006). Effects of High Volume Saline Enemas Vs. No Enema During Labour - the N-Ma Randomized Controlled Trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 6, 8.
4. Drayton, S., & Rees, C. (1984). They Know What They're Doing. Do Nurses Know Why They Give Pregnant Women Enemas?. *Nursing Mirror*, 159(5), 4–8.
5. Karaçam, Z., Kurnaz, D. A., & Güneş, G. (2017). Evaluating the Content and Quality of Intrapartum Care in Vaginal Births: An Example of a State Hospital. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 14(1), 10.

6. Kovavisarach, E., & Sringamvong, W. (2005). Enema Versus No-Enema in Pregnant Women on Admission in Labor: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(12), 1763-7.
7. Lederman RP, Weingarten CG, Lederman E. Postpartum self-evaluation questionnaire: measures of maternal adaptation. *Birth defects original article series* 1981; 17(6): 201-31.
8. Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2010). *Maternity nursing*. Mosby, UK
9. Olgac, Z., & Karacam, Z. (2017). Opinions of Nurses, Midwives, and Doctors Who Are Working in Gynecology and Obstetrics Toward Mother-Friendly Childbirth Practices. *Florence Nightingale Journal of Nursing-Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3), 153-165.
10. Öztürk Güneş, G., & Karaçam, Z. (2018). Ebelerin intrapartum lavman uygulaması hakkında görüş ve deneyimleri: nitel bir araştırma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(2), 1-14.
11. Pazandeh, F., Huss, R., Hirst, J., House, A., & Baghban, A. A. (2015). An Evaluation of The Quality of Care for Women with Low Risk Pregnancy: The Use of Evidence-Based Practice During Labour and Childbirth in Four Public Hospitals in Tehran. *Midwifery*, 31(11), 1045-1053.
12. Reveiz, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). Enemas during Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7) No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4.
13. Sandin-Bojö, A. K., Wilde Larsson, B., Axelsson, O., & Hall-Lord, M. L. (2006). Intrapartal Care Documented in A Swedish Maternity Unit and Considered in Relation to the World Health Organization Recommendations for Care in Normal Birth. *Midwifery*, 22: 207–217.
14. Taşçi, K. D., & Mete, S. (2007). Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10:2, 20-29.
15. Thomas, L. H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., & Boys, R. J. (1996). Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: A Instrument for Quality Assessments of Nursing Care. *Quality in Health Care*, 5, 67-72.
16. World Health Organization (WHO). (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=43EA34F408C80C8A7F14191D1C7AA021?sequence=1>, Son Erişim Tarihi: 05 Kasım 2018.
17. Yeat, S. K., Chen, S. C., & Lee, H. H. (2011). Enema Resulting in Rectal Prolapse and Colostomy in a Term Pregnant Woman. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2011, 50(3), 370–1.

42 - SAĞLIKLI BEBEGE UZANAN EL ;DOULA

Betül CELEBİ¹.

¹Fırat Üniversitesi,

Tarih boyunca hemen hemen tüm kültürlerde, gebe doğum sırasında diğer kadınlar tarafından destek ve bakım almıştır. Dünyada doğum ile ilgili eski resimlere bakıldığında genellikle doğum yapan kadını çevreleyen ve destekleyen en az iki kadın bulunmaktadır. Bu kadınlardan biri doğum süresince gebe ve bebeğin güvenliğinden sorumlu olan ebedir.Dünya Sağlık Örgütü (WHO)nin, 1999 yılında“Normal Doğumda Bakım Uygulamaları” rehberinde kanıta dayalı 6 uygulamadan birisi de şudur:“Doğum yapan kadınlara duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.”Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek, kadının kontrol duygusu ve doğum ağrısı ile baş etmesini artırarak olumsuz deneyim yaşamasını önleyebilir (1).Doğum koçu sağlık çalışanı, ebe veya hemşiredeğildir. Sağlık çalışanları da doğum koçu olabilmektedir ancak koçluk eğitimi almaları gerekmektedir. Bu amaçla,doğum koçu olmak isteyen bireylere ebe vehemşire yetiştiren okullar tarafından sertifikalı eğitim programları verilerek doğum koçu eğitimleri verilebilir. Doğum koçu doğum fizyolojisi hakkında bilgili, eğitim almış ve birçok doğuma katılmış kişi olmasına rağmen annenin sağlığından sorumlu değildir .Doğum koçu, doğumöncesi, sırası ve sonrasında tıbbi olmayan fiziksel ve duygusal destek sağlayan deneyimli kadın yardımcı için Yunanca’dan türetilmiş bir terimdir (3).

Doğum öncesi dönemde dogum koçluğu ; Gebelik boyunca bir doğum koçu bilgi, pratik tavsiye ve duygusal cesaretlendirme ile hamilelikle ilgili herhangi bir konuda size sürekli olarak destek sağlayacaktır.Yüksek özgüvene ek olarak ,doğum öncesinde nefes teknikleri, doğum pozisyonları hakkında anneyi bilgilendirir, sürekli destek ve rahatlama yönelik önlemler de doğal ağrı kesici görevini üstlenir doğum sırasında annenin kutsal alanını, mahremiyetini korur ve böylece doğumun doğal bir şekilde ilerlemesi daha olası bir hal alır.

Doğum Sırasında dogum koçluğu ;Doğum koçu doğum başladığı zaman gebenin sadece bir telefon uzağındadır. Çok yumuşak fakat etkili bir şekilde sizin için rahatlama yönelik önlemler (nefes alıp verme, masaj, hareket, uygun pozisyona sokma) alır; intrapartum desteğin kadınların anksiyete ve korku düzeylerini azaltarak ikinci evrenin müdahale olmadan, daha kısa sürede ve olumlu deneyimle yaşanmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir(4)sürekli doğum desteği sağlanmasını, gebenin stresinin azaltılmasını, kültürel ve manevi destek sağlanmasını, doğum yapan kadının eşine destek sağlanmasını, doğum sırasında daha az müdahale edilmesini, emzirmeyi başlatma sürecini hızlandırmayı kapsamaktadır (3)Doğum sonrası dönemde doğum koçluğu; depresyonun azalmasını, benlik saygısının artmasını, sadece anne sütü ile besleme ve bebeğin ihtiyaçlarınayönelik olarak

anneninin duyarlılığının artmasını sağlayabilir (3). Lohusalık dönemi doğum koçunun olması, annenin ilgilenmesi gereken diğer şeyler hakkında endişelenmeden kendine ve bebeğine zaman ayırmasını kolaylaştıracaktır.

Doğum desteği alan ve almayan gebeler karşılaştırıldığında; doğum desteği alan kadınların bebekleri, eşleri ve kendileri hakkında daha olumlu duygular hissettikleri bildirilmektedir (5). Doğum koçunun sürekli desteğini alan kadınların daha olumlu genel bir deneyim yaşadıkları görülmüştür. Kendiliğinden gerçekleşen normal doğumlar yapma ihtimalleri daha fazladır ve herhangi bir ağrı kesici, epidural, doğum hakkında olumsuz duygular, vakum ya da forseps destekli doğum ya da sezaryen olasılıkları ise daha düşüktür (6). Doğum sırasında annenin yanındadır. Yüksek özgüvene ek olarak, sürekli destek ve rahatlamaya yönelik önlemler de doğal ağrı kesici görevini üstlenir. Anneyi dinler, rahatlatır, annenin doğum tercihlerini hatırlatır. Doula, doğumun tıbbi kısmıyla ilgilenmez, anne ile ilgilenir. Kadınların olumlu ve memnun edici bir doğum deneyimi yaşayabilmeleri ve ebelerin işlerini daha etkin yapabilmeleri için doğum koçu desteği yararlı olabilir. Amerikalı Ebe Ina May Gaskin doğumda desteği çok net ve güzel şekilde şöyle tanımlar: “Eğer bir kadın doğum yaparken bir tanrıça gibi görünmüyorsa, etrafındakilerden yeterince destek görmüyor demektir.”

Kaynaklar

1. Tarkka and Paunonen 1996; Chen, Wang, Chang 2001; Adams and Bianchi 2008; Larkin, Begley, Devane 2009;
2. Karaçam ve Akyüz 2011)
3. Türker 2010)
4. Stein, Kennell, Fulcher 2004; Dundek 2006; Campbell, Scott, Klaus, Falk 2007; Stevens, Dahlen, Peters, Jackson 2011, Lundgren 2010)
5. Güngör, Gökyıldız ve Nahcivan 2004; Şahin, Dinç ve Dişsiz 2009; Karaçam ve Akyüz 2011) Scott, Klaus, Klaus 1999; Gilliland 2011
6. Campbell, Lake, Falk, Backstrand 2006; McGrath and Kennell 2008; Nommsen-Rivers, Mastergeorge, Hansen, Cullum and Dewey 2009; Türker 2010; Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala and Weston 2011; Coşar ve Demirci 2012; Kozhimannil, Hardeman, Attanasio, Blauer-Peterson and O'Brien 2013)

43 - AVRUPA BİRLİĞİNİN EBELİK LİSANS EĞİTİMİ İÇİN BELİRLEDİĞİ MEZUNİYET KRİTERLERİ YAZILIM PROGRAMININ GELİŞTİRİLMESİ

Semiha AYDIN ÖZKAN¹, Filiz POLAT¹, Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE¹, Tuba KOÇ ÖZKAN¹, Saadet BOYBAY KOYUNCU¹,

¹ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ,

AB'nin Ebelik Eğitimi için belirlediği kriterler ve Bologna Uyum Süreci doğrultusunda; ülkemiz ebelerinin de ICM yeterlilik alanlarına sahip olmaları gerekmektedir. Ebelik eğitiminin güncel koşullar ve teknolojiye uygun olarak gereksinimler doğrultusunda geliştirilebilmesi, ulusal çerçevede ebelik lisans eğitim programının minimum standartlarını belirleyerek ülke genelinde ebelik lisans eğitiminde standardizasyonun sağlanması hedeflenmiştir. Bu nedenle ebelik son sınıf öğrencilerinin bilindiği üzere mezuniyet öncesi en az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapması, en az 40 gebe kadına bakım vermesi ve izlemine yapması, en az 40 doğumun öğrenci tarafından yapılması; makat doğuma aktif katılması, epizyotomi uygulaması, gebelik veya doğum ya da doğum sonrası dönemde risk altında olan 40 kadına bakım vermesi, izlemesi, en az 100 lohusayı ve sağlıklı yeni doğan bebeği izlemesi ve bakımını vermesi, özel bakım gerektiren yeni doğan bebeğin gözlemi ve bakımını sağlama, Jinekolojik ve obstetrik patolojisi olan kadınların bakımı gibi teorik bilgi ve klinik uygulamaları tamamlaması gerekmektedir.

AB ve ICM'in hedeflediği kalitede ebe mezunlar verebilmek için bilgi toplumu olarak da adlandırılan bu yüzyılda, esnek öğrenme yolları ve hayat boyu öğrenme önemli hale gelmiştir. Bu gereklilikler doğrultusunda Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümü olarak mezuniyet kriterleri yazılım programının geliştirilmesi amaçlandı. İlk önce ülkemizde bu amaçla kullanılan yazılımların olup olmadığı değerlendirildi. Ebelik alanında uzman öğretim elemanlarından görüş alınarak, bu yazılım programının geliştirilmesinin öğrenci açısından zaman ve maliyet etkin bir proje olabileceği görüşüne varıldı. Programın geliştirilmesinde Adıyaman Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanlığı ile iletişime geçilerek üniversite bünyesinde çalışan program yazılımcıları ile görüşüldü. Programın "Gebe İzlem" ve "Riskli Gebe İzlem" sekmeleri tamamlandı ve diğer alanlar yapım aşamasındadır.

44 - BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERDE EBELİK VE EBELİK EĞİTİMİ

Serpil Gürol (Doktora öğrencisi)*, Esin Çeber Turfan (Öğretim üyesi, Profesör)**

*İzmir Torbalı Toplum Sağlığı Merkezi Torbalı/İZMİR-mail: serpilozkul83@hotmail.com

** Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı Bornova/İZMİR

E-mail: esin.ceber@ege.edu.tr

Giriş

Ebelik hem geleneksel, hem de her geçen gün bilimsel yükünün artmasıyla gelişen bir meslektir. Ebelik eğitiminde ve çalışma alanında ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir. Bazı ülkelerde ebelik eğitimi hala lise düzeyinde verilirken, birçok ülkede ise en az üniversite düzeyindedir. Dünyada ebelik eğitimi incelendiğinde ülkeler arasında pek çok farklılıklar görülmektedir. Ebelik eğitiminde Avrupa Birliğine (AB) üye ülkeler arasında eğitim için standartları sağlayan düzenlemeler yapılmıştır (Yörük, 2016). Günümüzde Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde Avrupa Birliği'nin direktifleri doğrultusunda “ebe” olabilmek için üç ayrı yol önerilmektedir:

1. En az 10 yıllık temel eğitim (lise eğitimi) üzerine teori ve uygulama dâhil en az 3 yıllık tam zamanlı ebeliköğretimi
2. AB direktifleri ile uyumlu hemşirelik eğitimi üzerine teori ve uygulama dahil en az iki yıllık ya da 3600 saatliktam zamanlı ebelik öğretimi
3. AB direktifleri ile uyumlu hemşirelik eğitimi ve konu alanı ile ilgili sertifikalı olarak bir yıllık mesleki uygulama üzerine teori ve uygulama dahil en az 18 aylık ya da 3000 saatlik tam zamanlı ebelik öğretimi (Yılmaz, 2017). AMAÇ: Bu derlemede Avrupa'daki farklı ülkelerde ebelik mesleği ve ebelik eğitimine ilişkin örnekleri paylaşmakve bu örneklerden yola çıkarak ülkemizde ebelik eğitimine katkısı olabilecek uygulamaları tanıtmaktır. Günümüzde ebeler, doğum hizmetlerinde birincil bakım sağlayan sağlık çalışanları olarak kabul edilmektedir. Avustralya, Yeni Zelanda, Hollanda, İngiltere ve İrlanda gibi ülkelerde gebelik, doğum ve doğum sonu hizmetler, ebeler liderliğinde kesintisiz olarak yürütülmektedir (Okumuş, 2016). Bakımın ebeler liderliğinde yürütüldüğü ülkelerde gebeliğin başlangıcından postnatal dönemin sonuna kadar anne ve yenidoğan bakım hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi ve sunulmasına ebeler liderlik etmektedir. Yapılan çalışmalarda, ebeler liderliğinde yürütülen anne bakım hizmetlerinde daha az ağrı kesici kullanıldığı, spontan doğum oranlarının arttığı, kadınların doğumda kontrol hissinin ve memnuniyetin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Lachlan, 2015).

Aşağıda ebelik mesleğinin görece olumlu koşullarda uygulandığı bazı gelişmiş ülkelerdeki ebelik uygulamaları veebelik eğitimine ilişkin örnekler yer almıştır.

ALMANYA

Almanya’da Ebelik Eğitimi:

Almanya’da 2008 yılına kadar tüm ebeler (genel eğitimini orta öğretim düzeyinde tamamladıktan sonra), hastaneye bağlı okullarda üç yıllık eğitim almıştır. Devlet tarafından yapılan sınavları geçtikten sonra ebeler diploması alma hakkı kazanmışlardır. Günümüzde Almanya’da ebeler eğitiminin, Avrupa Birliği mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ile ebeler eğitime giriş koşulları kapsamında 12 yıllık temel eğitimin olması ön görülmektedir (Lohman ve ark., 2018). Temel ebeler eğitimi, 50’den fazla kurumda sunulan mesleki üç yıllık doğrudan giriş programından oluşmaktadır. Ebeler için 2009’dan bu yana Alman parlamentosu tarafından, Uygulamalı Bilimler Üniversitesinde (UAS) dört yıllık lisans programı sunulmaktadır. UAS, 1970’lerin başlarında ortaya çıkan bir yükseköğrenim kurumudur ve geleneksel üniversitelerden farklı olarak, uygulama ve araştırma odaklıdır. Uygulamalı Bilimler Üniversitesinde (UAS) lisans eğitiminin yanı sıra yüksek lisans dereceleri verilmekte olup doktora dereceleri ise sadece geleneksel üniversitelerle ortaklıklar kurularak verilmektedir (Luyben ve ark., 2013).

Almanya’da Ebelik Mesleği:

Günümüzde Almanya’daki ebeler çalışmaları 1985’te kabul edilen Ebeler Yasası tarafından düzenlenmektedir ve bu yasa özellikle her doğumda annenin yanında bir ebe bulunmasının zorunlu olduğunu vurgulamaktadır (Luyben ve ark., 2013). Ebeler, gerekli eğitim ve niteliklere sahip olmaları koşuluyla, alternatif tedaviler (örneğin akupunktur, homeopati), bağlanma için özel duygusal destek ya da yas gibi konularda ücretsiz danışmanlık hizmet sunma hakkına sahiptir. Bu hizmetler, hem ücretli bir ebe (% 47.6) hem hastanede hem de bağımsız çalışan ebeler tarafından da (% 34,7) sunulmaktadır (Mattern ve ark., 2017). Almanya’da ebelerin çoğu kamuda, bir kısmı da özel hastanelerde çalışmakta olup evde doğum oranı % 1 civarındadır (Emons ve Luiten 2001). Tahmini 21.000 ebe yılda yaklaşık 700 bin bebek sahibi olan anneye bakım vermektedir (Mattern ve ark., 2017). Almanya’da kadınlar gebelik, doğum, doğum sonu dönemde özel sağlık sigorta şirketleri tarafından karşılanan ebeler bakımını konusunda yasal olarak hak sahibidirler (SGB, 2017). Bütün kadınlar kendi ebelerini seçmekte özgürdürler; ayrıca kadınlar ev ziyareti hizmetlerini sunabilecek bir ebe ile iletişime geçerek ebeler bakımını alabilmektedirler. Ebeler kanunu gereğince, anne adayları antenatal dönemde standart olarak 10-12 arasında doğum öncesi izlem alma hakkına sahiptir. Bununla birlikte, kadınlar gebe olduklarından şüphelendiklerinde doğum uzmanından randevu alarak en az üç ultrason taraması da dahil olmak üzere doğum öncesi (tıbbi) bakımdan yararlanmaktadırlar (Mattern ve ark., 2017).

Mezun olan ebeler devlet tarafından yapılan sınavları geçtikten sonra, sağlık sisteminin herhangi bir alanında ebe olarak çalışma izni almaktadır. Serbest çalışmak isteyen ebelerin (Caseload midwife) bölgedeki sağlık makamlarına çalışma isteklerini bildirmeleri gerekmektedir (Lohman ve ark., 2018). Almanya’da ister düşük riskli olsun ister yüksek riskli olsun her gebe serbest çalışan bir ebeye başvurabilmektedir. Caseload midwife olarak bilinen bu ebeler annelik bakımını konusunda sürekli bir bakım hizmeti sunarlar (Australian Institute of Health and Welfare, 2015). Belirli bir hastaneye sözleşmesi olan serbest çalışan ebeler ise, doğum yapan kadınlara, hastanede ve evde doğum sonrası 8

haftaya kadar bakım hizmeti verebilir (Mattern ve ark., 2017). Almanya'daki serbest çalışan ebeler, doğum uzmanlarından veya tıp doktorlarından bağımsız olarak çalışma hakkına sahiptir. Serbest çalışan ebeler genellikle doğum sonrası dönemde kendi evlerinde sağlıklı kadınlara bakım hizmeti vermektedirler (Lohman ve ark., 2018). Doğum sonrası hastaneden taburcu edildikten sonra doğum sonrası bakım için anneler en fazla 36 ev ziyaretine ve 12 haftaya kadar telefon görüşme hakkına sahiptirler. Preterm doğum ve / veya emzirme sorunları gibi durumlarda doğum uzmanları veya çocuk doktorları anne ve bebeğin daha fazla ebelik desteği almalarını önermektedir (Mattern ve ark., 2017).

AVUSTURYA

Avusturya'da Ebelik Eğitimi

Avusturya'da ebeler için eğitim Avrupa Birliği Direktifleri ile uyumludur. Ebelik eğitimine kabul edilmek için, öğrencilerin üniversite giriş yeterliliğine ihtiyaçları vardır. Ebelik eğitiminin süresi üç yıldır. Öğrencilerin 3250 saatlik uygulama eğitimi ve 1530 saat teorik ve teknik eğitimi tamamlamaları gerekmektedir (Emons ve Luiten 2001).

Avusturya'da Ebelik Mesleği

Ebelik Mesleği Ulusal Yasası (Bundesgesetz über den Hebammenberuf, 1994), Avusturya'da ebeler için uygulamalarının temelini oluşturmaktadır (Luyben ve ark., 2013). Avusturya'da yasa gereği ebelenin her zaman doğumda bulunması gerekmektedir. Kadının yanında ebesi olmadan doğum yapması yasalarca yasaklanmıştır. Avusturyalı kadınlar antenatal ve postnatal dönemde bakım veren sağlık profesyonellerini seçmekte özgür olmasına rağmen, Kadınların % 98'i Mutter-Kind-Pass tavsiyelerini içeren bir kitapçığı takip etmektedir. Bu kitapçık gebelik sırasında tüm muayenelerin bir doktor tarafından yapılmasını tavsiye eder. Bu nedenle çoğu kadın birincil bakım hizmeti sağlayan kişi olarak bir jinekolog tercih eder. Avusturya'da hemen hemen tüm doğumlar hastanede gerçekleşmektedir. Bu durum kadınların gebelik takibi ve doğumlarında jinekologu tercih etmelerinin bir sonucu olarak görülmektedir (Emons ve Luiten 2001). Avusturya'da tüm doğumların % 98.5'inden fazlası hastanelerde yapılmakta olup, ebelerin çoğu hastanelerde çalışmaktadır. Ebelerin ancak %15'i toplum ebesi olarak görev yapmaktadır. Ebelerin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde iş bölümü farklılıklar göstermektedir. Gebelikte ebelerin rolleri gebeliğin son haftalarında doğum eğitimi ve hastane bazlı antenatal bakım merkezlidir (Luyben ve ark., 2013; Aytaç ve ark., 2014).

Çalışan ebeler için maaşlar, işveren örgütleri ve sendikalar arasındaki sözleşmelerle belirlenmektedir. Ebeler maaş karşılığında ya da hizmet karşılığında ücret ödenmektedir. Bağımsız ebeler "umbrella organisation" denilen bir kuruluşla sözleşme yapabilmektedir. Bu durumda ebeler sosyal sigorta kuruluşları tarafından ya da sözleşmesi olmaması halinde ücretlerini kendileri belirleyebilmektedir. Ödenen ücretin % 80'ini sosyal sigorta kuruluşları hizmet alan kişilere geri ödemektedir (Emons ve Luiten 2001).

İSVİÇRE

İsviçre'de Ebelik Eğitimi

Ebelik eğitimi Avusturya’da olduğu gibi İsviçre’de de üç yıllık doğrudan bir giriş programı kapsamında yürütülmektedir. Ayrıca, iki yıllık hemşirelik eğitimi sonrası devam edilen ebelik programı seçeneği de sunulmaktadır (Luyben ve ark., 2013; Aytaç ve ark., 2014).

İsviçre’de Ebelik Mesleği

İsviçre’de ebeler kamu veya özel hastanelerde çalışmaktadır. Bazı ebeler “özel ebe” olarak çalışmakta olup hastanelerde doğum da dahil olmak üzere gebeliğin başlangıcından postnatal sürecin sonuna kadar annelere ebelik bakımını uygulamaktadır. İsviçre’de kadınlarının sadece %1’i evde doğum yapmakta ve %1.5’lik kısım (1200 kadın) ise ülkede bulunan 21 doğum merkezinden birinde doğum yapmaktadır (Aytaç ve ark., 2014).

HOLLANDA

Hollanda’da Ebelik Eğitimi

Ebelik için yükseköğrenim şartı bulunmaktadır. Ebelik eğitimine müracaat etmek için lisede fen branşında eğitim almış olmak şartı aranmaktadır. Ebelik bölümü için başvuran öğrenciler, en iyi adayların seçildiği geniş bir değerlendirmeden geçmektedir. Adaylar, yazılı müracaattan sonra kura çekilişi ve ardından mülakat için davet

edilmektedir. Mülakattan sonra başvuru yapan öğrencinin neden ebe olmak istediğine dair bir başvuru mektubu yazması istenmektedir. Başvuru mektubu yeterli bulunanlar ebelik bölümüne kabul edilmektedir (Okumuş,2016).Hollanda’da ebelik eğitimi doğrudan bir giriş programı içermektedir, bu program 1993 yılında üç yıllıktan dört yıllığa dönüştürülmüştür. Bu program lisans düzeyinde eğitim vermekte, ebeleri bağımsız uygulama yapabilecek düzeye getirmekte ve araştırma nitelikleri kazandırmaktadır (Aytaç ve ark., 2014). Toplamda iki yıl teorik eğitim verilmektedir. Öğrenci uygulamaları bir yıl birinci basamakta, bir yıl da ikinci ve üçüncü basamakta staj yapmak şeklindedir. Öğrencilerin staj yaptıkları yerlerde çalışan ebeler, öğrencilerin eğitiminden birebir sorumludur. Öğrenciler öncelikle birinci basamakta bağımsız ebe olmak üzere eğitilmektedir. Hollanda’da Amsterdam, Rotterdam ve Maastricht olmak üzere üç şehirde ebelik okulu bulunmaktadır (Knov 2015). Hollanda’da ebelik eğitimi dört yıllık yüksek okul düzeyindedir. Eğitimin üniversite düzeyine (Türkiye’ye göre fakülte düzeyi) yükseltilmesi için ebe akademisyenlerin ve ebelik örgütlerin ortak çalışmaları devam etmektedir. Ayrıca bu ülkelerde akademik alanda çalışan ebe akademisyenler, ebelerin çalışma alanları ile ilgili bilimsel araştırmalar yaparak ülkede ebelik bakımına katkı sağlamaktadır. Hollanda’da ebelik bölümü öğrencileri okulu tamamladıktan sonra hangi alanda çalışacaklarına kendileri karar vermektedir (Okumuş,2016).

Hollanda’da Ebelik Mesleği

Hollanda’daki ebelerin yetkinlikleri, 1865 yılında *Tıp Uygulamaları Kanunu* ve 1993 yılında çıkarılan *Bireysel Sağlık Hizmetleri Meslekler Yasası* tarafından düzenlenmiştir.

Hollanda diğer ülkelerden farklı olarak, oldukça gelişmiş birinci basamak sağlık hizmeti sunumuna sahiptir (Yılmaz ve Aksoy, 2017). Bir kadın gebe olduğunu öğrendiğinde, aile hekimine başvurmadan

kendisine en yakın ebe ofisine giderek gebelik kaydını yaptırabilmektedir. Hollanda kadınların evde doğum yapmak konusunda özgür oldukları tek Batı Avrupa ülkesidir. Hollanda'da birinci basamakta ebeler, bağımsız çalışan profesyonel bir meslek grubudur. Ebeler, sağlıklı gebeliği olan (düşük riskli) kadınlar için gebelik, doğum ve doğum sonrası sekiz hafta boyunca bakım sağlamaktadır. Ayrıca sağlıklı gebeliklerde ebeler eylem ve kararlarında özerktir (Okumuş, 2016). Çoğu ebe, kariyerine vekil ebe olarak başlamaktadır. Vekil ebelik, birinci basamakta topluma dayalı hizmet veren ebe ofisinde yapılmaktadır. Daha sonra ebeler klinik ebeliği için ikinci basamağa geçilebilmekte veya birinci basamakta çalışmaya devam edilebilmektedir. Ebelerin birinci basamakta çeşitli kariyer değişiklikleri yapması da mümkündür. Örneğin ebeler ultrason operatörü, prenatal tarama görevlisi veya prekonsepsiyonel danışman gibi görevlerde de çalışabilmektedirler (Warmelink ve ark., 2015). Hollanda'da ebelik, toplum ebeliği uygulamasına dayandırılmaktadır. Tüm gebelerin % 80'i, birinci basamakta doğum öncesi bakım almaya başlamaktadır. Ebelerin çoğu (% 77) bağımsız olarak çalışmakta ve evde doğum hizmeti sunmakta, % 23'ü de hastanelerde çalışmaktadır. Evdeki doğum oranları 1953 yılında % 78 iken, 2009 yılında % 25'e düşmüştür. Son on yıl boyunca Hollanda'daki ebe sayısı % 60 artmıştır. 2009 yılında, Hollanda'da çalışan kayıtlı ebe sayısı 2444'tür (Luyben ve ark., 2013; Knov, 2015). Ebelerin ücretleri yıllık olarak Hollanda sağlık bakım yetkilileri tarafından belirlenmektedir. Hollanda'da bağımsız çalışan bir ebenin mali mesuliyet sigortası yaptırması zorunludur; sigorta bedeli yılda 500 ile 2.500 euro arasındadır (Knov, 2015).

BELÇİKA

Belçika'da Ebelik Eğitimi

Belçika'da ebelik eğitimi liseden sonra lisans derecesinde üç yıllık eğitime doğrudan giriş şeklindedir (Beeckman and Reyns., 2016). Ülkede biri Flanders (Kuzey Hollanda Dili Konuşan Bölge) diğeri Wallonia'da bulunan (Güney Fransızca konuşan Bölge) kendi bölgelerindeki ebelik eğitiminden sorumlu olan iki Yüksek Öğretim Bakanı vardır. İki farklı yönetim nedeniyle, ebeler Flanders'da üç yıllık, Wallonia'da dört yıllık bir lisans eğitimi almaktadır. Belçika'da Flanders bölgesinde, dokuz enstitüde 12 ebelik okulu bulunmaktadır. Temel Ebelik Uygulaması için ebelik eğitimini çerçevesi Avrupa Direktifleri, Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM) ve Belçika mesleki mevzuatı ve yetkinlikleri doğrultusunda belirlenmiştir (Embo ve Valcke, 2016).

Belçika'da Ebelik Mesleği

Belçika'da ebeler tüm doğumların % 2-3'ünü yapmaktadır. Bağımsız çalışan ebeler ve pratisyen hekimler doğum yaptırmak için hastanelere sınırlı erişime sahiptir. Bağımsız çalışan ebelerin hastanelerde doğum yaptırması çok nadir görülmektedir. Bağımsız ebeler sadece birkaç hastanede doğumlara girebilmektedir. Belçika'da yaklaşık 10,000 ebe ve 99 doğum evi mevcuttur. Kadınların % 70'i epidural anestezi ile doğum yapmaktadır. Yılda sadece 600 doğum kadınların kendi evlerinde gerçekleşmektedir (% 1). Geri kalanlar hastanede gerçekleşmektedir (Emons ve Luiten 2001).

Belçika'da 2006'dan beri *Ebelik Kanunu* vardır ve ebeler sigortalıdırlar. Ayrıca, ebeler ultrason taraması, doğurganlık döneminde genetik ve onkolojik danışmanlık gibi uzmanlaşmış pozisyonlarda da görev almaktadır. Belçika'da 2008'den beri Flaman, Fransız ve Valon derneklerinin oluşturduğu Belçikalı EbelerDerneği (BMA) ebelik alanında bilimsel araştırmaları teşvik etmektedir. Ebelere 2014 yılından bu yana ilaç reçeteedebilme yetkisi de verilmiştir. Bunun yanında ebelerin bağımsız olmasına ve sosyal statülerinin gelişmesine katkıda bulunulmuş; ebelerin sağlık alanında konumunu ve toplumdaki rolü yükseltmiştir (Beeckman and Reysn.,2016).

NORVEÇ

Norveç'te Ebelik Eğitimi

Norveç'te 1952 yılında ebelik eğitimine kabul edilmek için hemşirelik mezunu olmak zorunluluk haline geldi (Jordmorutdanning, 2008). Hemşirelik eğitimi sonrası ebelik eğitiminin süresi 1.5 yıl iken 1969'da eğitime bir akademik dönem daha eklenerek eğitimin süresi 2 yıla uzatıldı. Ebelik eğitimi üniversitedeki ilk bir yıl, % 40 teori ve % 60 uygulama şeklinde, ikinci yıl ise % 100 uygulamadan oluşmaktadır. Ebelik eğitimi 2004 yılında hemşirelik eğitimi sonrası iki yıllık tam zamanlı eğitim olmuş ve zorunlu staj yılı mezuniyet kriterlerinden kaldırılmıştır.

O zamandan beri, ebe olarak mezun olmak, % 50 klinik uygulama ve % 50 teorik eğitimden oluşan iki yıllık tam zamanlı bir akademik eğitimin başarılı bir şekilde tamamlanmasına bağlıdır. 2004 yılında ebelik eğitiminin içeriğinden staj yılının çıkarılması ebelik eğitiminde teoriğe odaklanmanın artması, ebelerin (yetkinlik) yetkin ve emin uygulayıcılar olması konusunda endişe yaratmaktadır(Lukasse ve ark., 2017).

Avrupa'daki yükseköğretimin uyumlaştırılması Bologna süreci, aynı zamanda hemşirelikte ortak bir yapı ve yeterlilik çerçevesinin uygulanmasına da yol açmıştır. Ebelik zaten hemşirelik mezuniyeti sonrasında iki yıllık bir lisansüstü eğitimi olduğundan, ebelik okullarından biri, lisansüstü eğitimini ebelik alanında yüksek lisans derecesine dönüştürmeye başlamıştır (*Davies, 2008*). Norveç 'de toplam beş ebelik eğitimi programı vardır. 2012'den bu yana, bunlardan üçü ebelik eğitimini lisans düzeyinden yüksek lisans düzeyine yükseltmiştir. Lukasse ve ark., yaptıkları bir çalışmada hemşirelik sonrası ebelik eğitiminin (mevcut eğitim sisteminin), ebelik alanında oluşabilecek komplikasyonları ve acil durumları yönetmeye yetkin hissetmeyen ebeler ürettiğini göstermektedir. 3 yıllık hemşirelik eğitiminin, nitelikli ebe ihtiyacı olan ülkede gerekli beceri ve yetkinliklere asgari düzeyde katkı sağlayabildiği belirtilmiştir (Lukasse ve ark., 2017).

Norveç'te Ebelik Mesleği

Norveç'de Ebelik mesleği, özerk ve korumalı bir meslektir. Ülkede yaklaşık 2.700 ebe istihdam etmektedir. Norveç'de ebeler tüm doğumlara katılmaktadır. Yalnızca düşük risk grubundaki gebeler ebeler tarafından takip edilmektedir. Norveç aynı zamanda, doğum yapmak ve doğmak için iyi ve güvenli bir yerdir. Gebelik ve doğum sırasında ücretsiz sağlık bakımı vardır. Ülkemizde olduğu gibi tüm çocuklar için ücretsiz sağlık bakımı ve aşılama programları mevcuttur. Anne ve babalar

çocuklarına bakmak için annelik ve babalık izni alma hakkına sahiptir (Eri, 2016).

FİNLANDIYA

Finlandiya'da Ebelik eğitimi

Finlandiya'da ebelik eğitimi üç yıllık hemşirelik eğitimi sonrası 1,5 yıl süren bir eğitimdir. Hemşirelik eğitimine kabul edilebilmek için öğrenciler yeterlilik ve yetenek sınavından geçmeli ya da aynı alanda lise veya yüksekokul diplomasına sahip olmalıdırlar (Emons ve Luiten 2001).

Finlandiya'da Ebelik Mesleği

Birinci basamakta çalışan ebeler tarafından antenatal dönemde her gebe için 16,6 doğum öncesi izlem yapılmaktadır. Ayrıca Ebeler antenatal dönemde ultrason ile görüntüleme yapma yetkisine sahiptir. Finlandiya'da ebelerin narkotik olmayan ağrı kesici, epizyotomi ve sütür uygulamasına izin verilmektedir. Doğumlar yalnızca hastanede yapıldığı için birinci basamakta çalışan ebeler doğumlarda aktif rol almamaktadır. Doğum sonrası dönemde ebeler anne veya bebeğin bakımı için bir ya da iki ev ziyareti yapmaktadır (Yılmaz, 2017). Finlandiya'da çoğu ebe (%99,9) kamu sektöründe istihdam edilmektedir. Kamu sektörü, hastaneler ve toplum sağlığı merkezlerinde bulunan doğum kliniklerinden oluşmaktadır (Emons ve Luiten 2001).

İZLANDA

İzlanda'da Ebelik Eğitimi

Diğer batı ülkelerindeki ebelik eğitimi ile kıyaslandığında, hemşirelik alanında dört yıllık eğitime ek olarak ebelik bölümünde iki yıllık yüksek lisans düzeyinde eğitime sahiptir (Sveinsdóttir., 2016). Ebeler, ebelik alanında lisansüstü akademik eğitime devam etmektedir. Yeterli klinik deneyime sahip yüksek lisans mezunu ebe Türkiye'de olduğu gibi klinikte uzman ebe olarak belgelendirilmektedir (Yılmaz ve Aksoy, 2017).

İzlanda'da Ebelik Mesleği

Evde doğumların yaklaşık %70 olduğu (1950-1960 yılları arasında) yıllardan beri tıbbi tedavinin artmasına rağmen, evde doğumlarda sürekli artış göstermektedir. Buna rağmen doğumlar çoğunlukla hastanede gerçekleşmektedir. Evde doğumun serbest olduğu ülkede gebelerin evlerinin hastaneden 20 km uzaklıktan fazla olmaması ve doğumda mutlaka iki ebe bulunması durumunda doğumların hastaneye bildirilmesi gerekmektedir (Yılmaz ve Aksoy, 2017). İzlanda'nın maternal ve neonatal ölüm hızı dünyadaki en düşük oranlar arasında yer almaktadır (WHO, 2015).

İRLANDA

İrlanda'da Ebelik Eğitimi

İrlanda'da ebelik eğitimine kayıt olmak için öğrencinin hemşire olması, Finlandiya ve İzlanda'daki uygulamadan farklı olarak mezuniyet sonrası deneyim kazanmış olması gerekir. Ebelik eğitimi iki

yıldır. Ebelik eğitimi, Avrupa Birliği direktiflerine uygundur. Eğitimden hastane ve üniversite sorumludur (Emons ve Luiten 2001).

İrlanda'da Ebelik Mesleği

İrlanda'da tüm doğumların % 99,6'sı hastanede gerçekleşmektedir. Annelik bakımı, geliri ne olursa olsun tüm kadınlar için 6 haftaya kadar ücretsizdir (Emons ve Luiten 2001). Kadınların çoğu birinci basamak sağlık hizmeti almak için ebe yerine bir doğum uzmanını tercih etmektedir. Ebeler doğumlarında düşük riskli kadınlara hizmet verirler. Jinekologlar her doğumda bulunmaz ancak riskli durumlarda ebeler doktorla iletişim kurarak, doğuma yardım eder. İrlanda'da tüm doğumların % 99,6'sı hastanede gerçekleşmektedir. 1960'lı yıllardan beri, ebelik bakımı daha "tıbbi hale getirilmiştir." Bu nedenle ebeler, hastane-ebesi ve obstetri hemşiresi olarak görev yapmaktadırlar. Ayrıca, ebeler lisansüstü eğitim kursunun başarıyla tamamlanmasını takiben ilaç reçete edebilirler (Emons ve Luiten 2001; Yılmaz ve Aksoy, 2017).

BİRLEŞİK KRALLIK

Birleşik Krallık'ta Ebelik Eğitimi

Birleşik Krallık'ta ebelik öğrencisi olmak için en az 17,5 yaşında olmak ve İngilizce ve Galce dahil olmak üzere beklenen eğitim niteliklerine sahip olunması gerekmektedir. Tüm eğitimler üniversite tabanlıdır ve üniversite tarafından talep edilen eğitim gereksinimleri temel profesyonel eğitime giriş şartlarından daha yüksektir. Çoğu Avrupa ülkesinde olduğu gibi ebelik eğitimi en az üç yıldan oluşmaktadır (Yılmaz ve Aksoy, 2017).

Birleşik Krallık'ta Ebelik Mesleği

İngiltere'de, ebeler, normal gebeliği olan bir gebenin doğumunu yaptırabilmektedir. Buna ek olarak, riskli durumlarda bile ebe her zaman gebenin yanında olmalıdır. Ancak ebe riskli bir durumda bir doğum uzmanına (jinekolog) başvurmaktadır. Ebe ve hekimin sorumlulukları birbiriyle ilişkili ve tamamlayıcıdır. Her hekim kendi uygulamasından sorumludur. Bir kadın gebe olduğunu düşündüğünde, ilk önce ebe ya da pratisyen hekime başvurur. Önce pratisyen hekime başvurması durumunda, hekim onu ebeye veya bir jinekologa yönlendirir. Bu nedenle jinekolog sadece riskli durumlarda değil aynı zamanda ebelik bakımının birincil bakım sağlayıcısı konumundadır (Emons ve Luiten 2001).

İTALYA

İtalya'da Ebelik Eğitimi

İtalya'da ebelik eğitimine kabul edilebilmek için bir öğrencinin lise diplomasına sahip olması gerekir. Bu diploma üniversiteye kabul için gereklidir. İtalya'da ebelik eğitimi üç yıl sürmektedir, bu programda mezuniyet öncesi 1,600 saat teorik eğitim ve 3.800 saatlik uygulama eğitiminin tamamlanması gerekmektedir (Emons ve Luiten 2001).

İtalya'da Ebelik Mesleği

İtalya'da 2000 yılında yaklaşık 14.500 ebe kayıtlı bulunmakta olup ebelerin % 96.5'i kadındır. Ebelerin çoğu (% 80) Ulusal Sağlık Servisi'nde (NHS) yani devlet hastanelerinde, üniversite hastanelerinde ve / veya 'danışmanlık' alanında istihdam edilmektedir. Ebelerin % 10'u bağımsız olarak çalışmaktadır. Bağımsız ebelerin çalışma alanı çok yaygın değildir. Ebelerin bir kısmı ise özel sektör ve kliniklerde çalışmaktadır (Emons ve Luiten 2001).

KANADA

Kanada'da Ebelik Eğitimi

Kanada'da ilk ebelik eğitim programı 1993 yılında Ontario'da başlamış, daha sonra Quebec'te, sonrada British Columbia, Alberta ve Manitoba'da devam etmiştir. Bugüne kadar yedi ebelik eğitim programı kurulmuştur. Tüm ebelik eğitim programları, üniversite temelli, doğrudan girişli ve 4 yıl süren lisans eğitiminden oluşmaktadır. Eğitim süresince öğrenciler zamanlarının % 50'sini klinik uygulamayla geçirmektedirler. Klinik uygulamada he öğrenciye klinik öğretim, denetim ve öğrenci değerlendirilmesinden sorumlu olan bir hoca atanır. Ebelik eğitim programları, ilgili ilin hükümetleri tarafından finanse edilmektedir. Ülkede fakülte sayısının artırılmasıyla ebe sayısı artıyor olsa da, bu durum, talebi karşılamak için yeterli değildir ve ülkede ebe sıkıntısı devam etmektedir (Butler ve ark., 2016).

Kanada'da Ebelik Mesleği

Son 22 yılda ebelerin sayısı arttıkça, kamuoyunda farkındalık artmıştır ve ebelik bakımı almak isteyen kadınların sayısında artmaya başlamıştır. Ebelik hizmetinin artırılması, bu hizmeti veren aile hekimlerinin sayısının azalmaya devam etmesi ve Kanada'nın birçok bölgesinde artan ebelik bakımı ihtiyacı nedeniyle olası sorunları önlemede bir çözüm olarak görülmektedir (Butler ve ark., 2016).

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ (ABD)

Amerika Birleşik Devletleri'nde Eğitim

Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde, tıp veya hemşirelik okulları bulunan üniversitelerin yanı sıra ebelik eğitimi için de farklı eğitim seçenekleri bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde üç farklı eğitim seçeneği sunulmaktadır. Amerika'da Ulusal ebelik eğitimi programı Sertifikalı Ebe- hemşirelik (CNM) / Sertifikalı Ebe (CM) ve Sertifikalı profesyonel ebelerden (CPM) oluşmaktadır. Sertifikalı Ebe- hemşire olmak için öncelikle lisans mezunu bir hemşire olmak gerekmektedir (Marzalik ve ark., 2018). Ülkede bulunan her enstitünün müfredatı, ebelik eğitiminin kalitesini artırmak ve korumak amacıyla Amerikan Hemşirelik-Ebelik Koleji standartlarına göre değerlendirilir ve onaylanır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, hemşirelik lisansı olan bir hemşire, ebelik eğitimini iki yıl ya da master eğitimini de tamamladıktan ve ACNM (Amerika Ebe-Hemşireler Koleji) DOA (Akreditasyon bölümü) tarafından yürütülen lisans sınavını geçtikten sonra sertifikalı ebe-hemşire olabilir. Ebelik programları, tıp veya hemşirelik okulları bulunan okullarda mevcuttur ve

müfredat ve eğitim süreleri kurumlar arasında farklılık göstermektedir. Bu eğitim programı toplumun değişen taleplerine uyum sağlamak için her beş yılda bir revize edilir ve değiştirilir. Öğrenciler, tam ya da yarı-zamanlı öğrenci statülerine göre 2 yıl, 2 ya da 3 yıllık ya da 3 yıllık programları seçebilirler. Amerika Birleşik Devletleri'nin ebellek -hemşirelik müfredatı sertifikalı ebe-hemşire programıdır ve tez yazım zorunluluğu üniversitelere bağlı olarak değişir. Ancak doktora programına girmek için tez gereklidir (Lee, 2006).

AVUSTRALYA

Avustralya'da Ebellek Eğitimi

Avustralya'da hemşirelik kolejleri Türkiye'de olduğu gibi hemşirelik ve ebellek bölümü olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Her bölüm, lisans diploma programı, master programı ve doktora programı sunmaktadır. Sadece bir lisans derecesi veya eşdeğer eğitim düzeyinde bulunan ve bir yıldan fazla süren klinik deneyime sahip hemşireler ebellek programlarına girebilirler. Ebellek eğitimi dört eğitim öğretim döneminden oluşmaktadır. Ebellek eğitimi 15 ay tam zamanlı ve daha sonra 12 ay boyunca da yarı zamanlı bir eğitim programından oluşmaktadır. Yüksek lisans mezuniyeti için bir araştırma önerisi ve tez hazırlanması gerekmektedir (Lee, 2006).

Avustralya'da 2001'den bu yana ebellek eğitim programına zorunlu olarak ebellek bakımının Sürekliliği (Continuity of Care Experience -CCE) eklenmiştir. Ebellek bakımının sürekliliği ilk defa Avustralya'da ebellek eğitiminde bir

enellek olarak başlatılmıştır (Gray ve ark., 2012). Ebellek bakımı sürekliliği, kadının ve ailesinin, ebellek, hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemde ebe tarafından bakım hizmeti aldığı bir klinik uygulama modelidir. Ebellek bakım sürekliliğinin altını çizen felsefe, doğurganlık çağında kadınların ebe ile ilişki kurabilmeleri ve kendilerine olan güvenlerini arttırmaları açısından önemlidir. Mevcut standartlar, ebellek diploması alan her öğrencinin, ebellek eğitimi boyunca en az 10-30 kadın ve her kadın için ortalama 20 saat bakım vermek gerektiğini belirtmektedir. 2014 yılında Avustralya Hemşirelik ve Ebellek Akreditasyon Konseyi (ANMAC), en az dört antenatal ziyaret, iki postnatal ziyaret ve doğumların çoğunluğuna katılımı için CCE'nin katılım şartlarını değiştirmiştir (Tierney ve ark., 2017).

JAPONYA

Japonya'da Ebellek Eğitimi

Japonya'da ebellek eğitimi, hemşirelik yüksekokullarında sunulmakta olup 4 yıllık bir eğitim programından oluşmaktadır. Ebe olmak isteyen öğrenciler üçüncü yıllarında ebellek programını seçer ve uygulama yaparlar. Mezun olduktan sonra, öğrenciler ulusal sınav yoluyla hem hemşire lisansı hem de ebe-hemşire lisansı alabilirler. Japonya'nın ebellek müfredatının avantajı, tüm programların 4 yıllık lisans derecesi programları olmasıdır (Lee,2006).

Japonya'da Ebellek Mesleği

Araştırmacılar, ebe liderliğindeki (OB) bakımın, obstetriye yönelik (OB) bakımla karşılaştırıldığında, kadınların memnuniyetinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Ebellek bakımı alan kadınların

memnuniyet oranının OB hizmeti alan kadınlara göre aynı veya daha iyi olduğu belirtilmiştir Ebe liderliğinde bakım için hedef kitle düşük riskli gebelerden oluşmaktadır. Düşük riskli gebeliklerin takibinde Obstetrisyenin, en az üç kez DÖB sunması yeterlidir. Ebeler gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin bakımından ve bakımın devamlılığında sorumludurlar. Gebelerin antenatal dönemde Ebe liderliğinde yaklaşık 14 antenatal izlem alması önerilmektedir. Cochrane veritabanında Ebe liderliğinde süreklilik bakım modellerini diğer bakım modelleriyle karşılaştıran 13 çalışmada kadınlara ebe ile sürdürülen bakım sürekliliği sunulması gerektiği sonucuna varılmıştır. Japonya’da yasalara göre ebeler bağımsız olarak çalıştıklarında, sadece düşük riskli kadınları ve normal doğumları yönetebilirler (Lida ve ark., 2014).

İnceleme kapsamına alınan gelişmiş ülkelerde ebelik eğitiminin farklılıkları olsa da ülkelerin hemen hemen hepsinde lise sonrası yüksek eğitim ile ebelik mesleği için yetkin hale geldiği ve ebelerin ülke koşulları kapsamında istihdam edildiği görülmüştür. Örnek alınmış bazı gelişmiş ülkelerdeki ebelik eğitimi, ebelik hizmetlerini kapsayan antenatal, natal ve postnatal hizmetlerin uygulanma durumu ve ebelerin çalışma alanları ve yıllık gelirlerine ilişkin uygulamalar (Tablo 1) özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Türkiye’de ebelik eğitimi;

- ☒ Eğitimin 4 yıllık lisans düzeyinde olması,
- ☒ Avrupa direktiflerine uyumlu bir eğitim programı içermesi,
- ☒ Lisansüstü (Y.lisans ve Doktora) programlarının bulunması,
- ☒ Ebelik ve hemşirelik mesleklerinin birbirinden bağımsız profesyonel meslek grupları

Gelişmiş ülkelerdeki eğitim sistemine göre **daha yoğun**, daha **uzun** bir eğitim sürecini kapsamaktadır. Ancak mesleki uygulamalar, bağımsız çalışma, ebelerin belli alanlarda uzmanlaşması, çalışma alanları, yasal düzenlemeler gibi konularda ülkemize göre oldukça gelişmiş konumda oldukları görülmektedir.

SONUÇ OLARAK

Ebelik mesleği ve eğitimi ülkelerin eğitim sistemi, sağlık sistemi ve gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermekte olup ebeliğin güçlendirilmesi için ebelik eğitiminin nicel ve nitel olarak kalitesinin artırılması gerekmektedir.

ÖNERİLER

- ☒ Ebelerin toplumda bağımsız olarak çalışması,
- ☒ Doğumlara aktif katılımının sağlanması,
- ☒ Yetkilerinin yasal düzenlemelerle artırılması,
- ☒ Görev tanımlarının belirlenmesi,

- ☒ Klinikte uygulama alanlarının oluşturulması
- ☒ Ebelerin belli alanlarda uzmanlaşması
- ☒ Ebelik bölümü eğitim kadrolarının güçlendirilmesi
- ☒ Ebelerin birlik içinde mesleklerini geliştirmeleri için lobicilik çalışmalarının yapılması ve örgütlenmelerinin sağlanması ebelik mesleğinin gelişimi açısından önemlidir

KAYNAKLAR

1. Aytaç S, Kıvanç MM, Ay F. Dört Avrupa Ülkesinde Ebeliğin Güncel Durumu ve Ebelik Araştırmalarının Gelişimi. HSP 2014;1(1):77-90.doi: 10.17681/hsp.20958. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/97958>
2. Beeckman K., Reyns M, maternity care in different countries midwife's contribution.2016. Maternity care and midwifery in Belgium. https://www.researchgate.net/publication/301496735_Maternity_care_in_different_countries_Midwife's_contribution Erişim tarihi:06.09.2018
3. Broeck JV, Jong EF, Klomp T, Putman K, and Beeckman K. Antenatal care use in urban areas in two European countries: Predisposing, enabling and pregnancy-related determinants in Belgium and the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2016; 16: 337.Published online 2016 Aug 2. doi: [10.1186/s12913-016-1478-3]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4970209/>. Erişim tarihi: 10.09.2018.
4. Butler MM, Hutton EK.,McNiven PS., Midwifery education in Canada. Midwifery Volume 33, February 2016, Pages 28-30. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815003368>. Erişim tarihi: 29.10.2018
5. Embo M, Valcke M., Workplace learning in midwifery education in Flanders (Belgium). Midwifery Volume 33, February 2016, Pages 24-27. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815003381>. Erişim tarihi: 10.09.2018
6. Emons J, Luiten M. (2001) Midwifery in Europe. An inventory in fifteen EU-member States. Deloitte & Touche. The Netherlands.http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport.pdf
7. Eri. T. maternity care in different countries midwife's contribution.2016. Maternity care and midwifery in Norway. https://www.researchgate.net/publication/301496735_Maternity_care_in_different_countries_Midwife's_contribution Erişim tarihi:06.09.2018

8. European Observatory on Health Care Systems. 2000. Health Care Systems In Transition. www.observatory.dk
9. Gray JE, Leap N, Sheehy A, Homer CSE. The 'follow-through' experience in three-year Bachelor of Midwifery programs in Australia: a survey of students *Nurse Educ Pract*, 12 (5) (2012), pp. 258-263
10. Jordmorutdanning – den første formelle utdanning for kvinner i Norge" *Tidsskrift for jordmødre* nr. 6 2008. <https://www.jordmorforeningen.no/utdanning/jordmorutdanningen-i-et-historisk-perspektiv>. Erişim tarihi: 26.10.2018
11. Jouhki MR., Choosing homebirth – The women's perspective. *Women and Birth*, Volume 25, Issue 4, December 2012, Pages e56-e61. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519211002393>. Erişim tarihi: 29.10.2018
12. Knov (2015). The Royal Dutch Organisation of Midwives (KNOV) 2014“ Midwifery in the Netherlands. <http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/members-map/knov.pdf>. Erişim tarihi: 08.09.2018
13. Lee KH., Nurse-midwifery education through graduate programs to provide a sufficient number of high quality nurse-midwives. *J Educ Eval Health Prof* 2006, 3: 5 DOI 10.3352/jeehp. 2006. 3. 5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631185/> Erişim tarihi: 19.10.2018
14. Iida M, Horiuchi S, Nagamori K. A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low- risk women in Japan. *Women Birth*. 2014 Sep;27(3):202-7. doi: 10.1016/j.wombi.2014.05.001. Epub 2014 Jun 3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24906495>. Erişim tarihi: 20.10.2018
15. Lohmann S, Mattern E, Ayerle GM, Midwives' perceptions of women's preferences related to midwifery care in Germany: A focus group study. *Midwifery*. 2018 Jun;61:53-62. doi: 10.1016/j.midw.2018.02.005. Epub 2018 Feb 10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29529579>. Erişim tarihi: 09.09.2018
16. Lukasse M., Lilleengen AM, Fylkesnes AM. and Henriksen L. Norwegian midwives' opinion of their midwifery education – a mixed methods study. *BMC Medical Education* (2017) 17:80. <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-0917-0> Erişim tarihi: 19.10.2018
17. Luyben AG, Hennie A.A.Wijnen., Patricia Perrenoud, Mechthild M.Gross., The current state of midwifery and development of midwifery research in four European countries. *Midwifery* Volume 29, Issue 5, May 2013, Pages 417-424. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812002045>. Erişim tarihi: 29.10.2018
18. Marzalik PR, Feltham KJ, Jefferson K., Pekin K., Midwifery education in the U.S. - Certified Nurse- Midwife, Certified Midwife and Certified Professional Midwife. *Midwifery* 60 (2018)

- 9–12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818300251>
19. Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Nov 21;17(1):389. doi: 10.1186/s12884-017-1552-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29162039>. Erişim tarihi: 19.10.2018
20. Midwifery caseload. Australian Institute of Health and Welfare. 2015. <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/562448>. Erişim tarihi: 25.10.2018
21. Mizuno M., Abortion-care education in Japanese nurse practitioner and midwifery programs: A national survey. *Nurse Education Today*, Volume 34, Issue 1, January 2014, Pages 11-14 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026069171300141X>
22. Okumuş F. Ebeler Liderliğinde Doğum Bakım Modeli : Hollanda Örneği. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergi*. Doi: 10.17367/JACSD.2016721958 Received: 19.02.2016
23. Sveinsdóttir H. (2016) Planned Home Births in Iceland: Premise, Outcome, and Influential Factors. University of Iceland School of Health Sciences Faculty of Nursing. Doctoral thesis. Erişim tarihi: 10.09.2018
24. The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Education Today*. 2008;28(8):935–42. https://www.researchgate.net/publication/5232284_The_Bologna_Process_The_quiet_revolution_in_nursing_higher_education
25. Tierney O., Sweet L., Houston D., Ebert L., The Continuity of Care Experience in Australian midwifery education—What have we achieved? *Women and Birth*
26. Volume 30, Issue 3, June 2017, Pages 200-205. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216301792>. Erişim tarihi: 27.10.2018
27. Yılmaz SD. Aksoy YE. Dünyada ebelik mesleği ve eğitimi. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, Aralık-Ocak-Şubat 2017- 2018 tarihli 45. sayıda, sayfa 60-63'te yayımlanmıştır.
28. Yılmaz SD., 4. Uluslararası ve 8. Ebelik öğrenci kongresi .20-22 Nisan 2017. Ebelik Eğitiminde Standart ve Yetkinlikler.(ss.8). İstanbul: Biruni Üniversitesi. <http://eokist2017.org/uploads/konusma-ozet.pdf>. Erişim tarihi: 10.09.2018
29. Yörük S. Dünya'da Ebelik Eğitimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016; 6 (1): 46-50
30. Warmelink JC, Wiegers TA, Cock TP, Spelten ER, Hutton EK. Career plans of primary care midwives in the Netherlands and their intentions to leave the current job *Human Resources for Health* (2015) 13:29
31. World Health Organization. (2015). *Maternal Mortality: Data by Country*. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>. Erişim tarihi: 10.09.2018

	Eğitim Düzeyi	Eğitim süresi	Kabul edilme şartları	Antenatal izlemler	Natal izlemler	Postnatal izlemler	Ebelerin çalışma alanları	Yıllık gelirleri
Avusturya	Üniversite	3 yıl	Üniversite giriş yeterliliği	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog	Hastane (% 60) Hastane + serbest çalışan (% 30)	
Belçika	Üniversite	3 veya 4 yıl	Ortaöğretim diploması	Ebe	Ebe	Ebe	Devlet hastanesi	17.000 Euro
Finlandiya	Yüksekokul	1.5 yıl	Hemşire diploması +sağlıklı olma durumu + yetenek testi	Pratisyen Hekim/Jinekolog	Jinekolog	Pratisyen Hekim/Jinekolog	Devlet hastanesi +doğum kliniği	26.910 Euro
Almanya	Yüksekokul	3 yıl	Ortaöğretim diploması ve sağlıklı olma durumu	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog	Devlet hastanesi	26.610 Euro
İrlanda	Yüksekokul	2 yıl	Genel hemşire diploması +çalışma deneyimi	Ebe	Ebe	Ebe	Devlet hastanesi	
Hollanda	Yüksekokul	4 yıl	Biyoloji ve kimya ile lise diploması	Ebe	Ebe	Ebe	Bağımsız (% 69) Devlet hastanesi (% 16)	30.151 Euro
Birleşik	Yüksekokul	3 yıl	Yüksek eğitim düzeyi, fen veİngilizce + yaş 17	Ebe	Ebe	Ebe	Devlet hastanesi + doğum merkezleri	29.700 Euro

Krallık								
Norveç	Yüksekokul	2 yıl	Hemşirelik diploması					
İzlanda	Yüksekokul	2 yıl	Hemşirelik diploması					
İtalya	Üniversite	3 yıl	Lise diploması	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog/Pediatrist	Kamu hastanesi (% 80) Özel sektör (% 10) Bağımsız (% 10)	15.500 Euro
Japonya	Yüksekokul	1 yıl	3 yıl hemşirelik üzerine 1 yılebelik eğitimi					
Kanada	Üniversite	4 yıl	Doğrudan girişli					

45 - RUSYADA EBELİK EĞİTİMİ VE SAĞLIKTA SÜREKLİ EĞİTİM MODELİ

Lııasan Gılazova, Emine Koç

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

İnsanlık tarihindeki gelişime paralel olarak, ebelik eğitiminde sürekli değişmekte ve gelişim göstermektedir. Dünya’da ebelik eğitimi ve hizmetleri de benzer şekilde ülkelerin tarihi, kültürel, siyasi gelişiminden etkilenmektedir [1]. Ebelik mesleği için en uygun eğitim modeli ile ilgili bir fikir birliği olmadığı gibi tek tip eğitimsistemi de yoktur [2]. Farklı ülkelerdeki eğitim modellerini bilmenin ebeliğe katkı sağlayacağı düşünülmektedir [1]. Bu çalışmanın amacı Rusya’da ebelik eğitimini inceleyecek, Rusya’da eğitim konusunda ebeleri bilgilendirmek, yenilikçi yaklaşımları paylaşmaktır.

Rusya Federasyonu’nda ebelik eğitimi kolejler tarafından verilmektedir (Türkiye’de sağlık meslek yüksek okullara denk). Kolej mezunları orta düzey sağlık elemanı ünvanı almaktadır. Ebelik eğitim süresi ebelerin önceki eğitim seviyesine göre değişmektedir. Lise mezunları (11 senelik okul mezunu) için bu süre 2 sene 10 aydan oluşmakta, temel eğitim mezunları için (9 sene) bu süre 3 yıl 10 aydan oluşmaktadır (tablo1) [3].

Tablo 1 – Rusya’da ebelik eğitim süresi

Ön eğitim seviyesi	Eğitim sonrası verilecek ünvan	Eğitim süresi
Temel okul eğitimi (9 yıllık)	Ebe	3 yıl 10 ay
Tamamlanmış eğitim okul i (11 yıllık)	Ebe	2 yıl 10 ay

Ebelik bölümünü kazanmak için başvuranların Rus dili ve biyoloji sınavından başarılı olmaları gerekmektedir. Bununla birlikte kolej tarafından hazırlanmış sağlık alanında çalışmaya yönelik psikolojik testten geçmeleri gerekmektedir. Ebelik eğitimi %64,9 pratiğe yönelik olmaktadır (toplam 27 hafta staj). Teori içeriği Rusya’da ebelik bölümü için standart kabul edilmiş derslerden oluşmaktadır (tablo 2) [3].

Tablo 2 - Rusya & Türkiye ebelik bölümü ders müfredatları

Rusya'da uygulanan ders müfredatı [3]	Türkiye'de uygulanan ders müfredatı örneği [4]
Felsefe	Ebelik Esasları-I-
TemelleriTarih	IIAnatomi
Yabancı Dil	Biyokimya
Fiziksel Kültür (Beden dersi)Matematik	Fizyoloji
Mesleki Teknoloji Uygulama	Mikrobiyoloji-
Latinca'nın Temelleri ile Tıbbi terminolojiİnsan Anatomi ve Fizyolojisi	ParazitolojiPsikoloji
Patoloji temelleri	Histoloji-
Genetik	Embriyoloji Türk Dili I-II Yabancı Dil I-II
Hijyen ve Ekoloji	Kendini Tanıma ve İletişim YöntemleriGenel Beslenme
Mikrobiyoloji ve İmmunoloji	Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi
TemelleriFarmakoloji	I-IIHastalıklar Bilgisi
Psikoloji	Doğum Bilgisi I (Doğum Öncesi Dönem)
Mesleki Hak	Doğum Bilgisi-II (Riskli Doğum Öncesi Dönem)
GüvencesiToplumsal Sağlık Reabilitasyon İlkeleri Yaşam Güvencesi (?) Fiziki Ebelik	Doğum Bilgisi III (Normal Doğum ve Doğum Sonrası)
Gebelerin Fiziki Profilaktik Doğuma Hazırlama Sağlıklı Yenidoğan Bakımı	Doğum Bilgisi IV (Riskli Doğum Sonrası)Farmakoloji
Sistemik Hastalık, Zehirlenmeler ve GebelikEnfeksiyon Hastalıklar ve Gebelik	Patoloji
Cerrahi Hastalıklar ve GebelikPediatri	Sağlık
Jinekoloji	Sosyolojisi
Aile Planlaması ve Fertil Sağlığın KorunmasıPatolojik Ebelik	Genetik
Hasta Yenidoğan Bakımı	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile PlanlamasıBulaşıcı Hastalıklar ve Epidemiyoloji İlk Yardım Cinsel Sağlık Kadın Sağlığı ve Hastalıkları BilgisiEbelikte Öğretim Obstetrik ve Jinekolojik Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları BilgisiAraştırma Biyoistatistik

	Girişimcilik ve Yenilikçilik Toplumsal Cinsiyet Farkındalığı Yaz Stajı Ruh Sağlığı ve HastalıklarıEntegre Uygulamaları-I-II Ebelikte Yönetim Ebelik Tarihi ve DeontolojiTranskültürel Bakım Aile İçi Şiddet Sağlık Politikaları Doğumda Yenilikler ve Yöntemler
--	--

Eğitimin sonunda her bir öğrencinin bitirme tezini sunması gerekmektedir. Ebelik eğitimini aldıktan sonra isteğe bağlı ve kolej komisyonu önerisiyle ebe üst düzey ebelik eğitimi de medikal kolejler tarafından özel orta eğitim kapsamında devam edebilmektedir. Üst düzey ebelik eğitim kapsamında ebeler sağlık kurumlarında, ortaseviyede olan sağlık elemanları yönetimi ve hastane organizasyonuna dair dersler verilmektedir. Eğitimlerin sonucunda üst düzey ebelik eğitimini tamamlamış olan ebe hastanede başebe olarak çalışabilmektedir. Üst düzey ebelik eğitimi temel ebelik eğitiminden sonra 1 yılı kapsamaktadır. Mezun olan ebe orta seviye sağlık mensubu olup doğum uzmanı olarak da tanımlanmaktadır. Rusya’da ebe, Tablo 3’te verilen görevlerde yetkilidir.

Türkiye’deki ebelik görevleriyle kıyaslandığında Türkiye ve Rusya’daki ebelerin iş görevlerinin benzerliği ortaya çıkmaktadır (Tablo 3).

Rusya’da sağlık sektöründe hizmetin kalitesini arttırmak/belirli bir seviyede tutmak amacıyla görev gören tüm sağlık çalışanların 5 senede bir sınava girerek sertifikalarını yenilemeleri gerekmektedir [6]. Sağlık eğitiminde son girişimler sonucunda bu sertifika sınavı ‘sağlıkta sürekli eğitim’ sistemiyle gerçekleştirilmektedir. Ebeler de bu sınava tabi tutulmakta ve her 5 senede bir sertifika sınavına girmektedir.

Sağlıkta sürekli eğitim şu şartlarda uygulanmaktadır:

Tüm çalışanların sertifika sınavına girebilmeleri için 5 sene içinde 250 kredili dersleri tamamlamaları gerekmektedir (her bir senede 50 saatini tamamlama şartıyla; 1 kredi = 1 ders). Bu 50 saatlik eğitimin 36 saati yüzyüze, 14 saati ise uzaktan eğitimle seminer konferans vb. şekilde gerçekleştirilmektedir. Dersler akreditasyonu onaylanmış devlet/özel kurumlar çoğunlukla sağlık eğitimini veren üniversiteler tarafından verilebilmektedir [7].

Her sağlık çalışanı ilk önce ‘sağlıkta sürekli eğitim’ resmi portalinde kaydını yaptırması gerekmektedir. Kişiye zel şifreyle giriş yapılan bu portalde, hem örgün hem uzaktan verilecek dersler ve akademik takvim görülmekte ve ders seçimi yapılmaktadır. Ebeler derslerin bitiminde sağlık elemanı sertifika sınavına katılım hakkını kazanmaktadır [6], [7].

Sertifika sınavı 3 bölümden oluşmakta:

1. 100 soruluk test (en az %70 başarı olma şartı)
2. Pratik beceri kontrolü.
3. Mülakat.

Tablo 3 – Türkiye & Rusya ebelerin görev ve sorumlulukları

Türkiye&Rusya, Sağlık Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımları	
Türkiye’de Ebe [5]	Rusya’da Ebe [3]
a) Cinsel sağlı ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanması ve yürütülmesini sağlar. Doğurganlık sınırları içersindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemine yapar.	a) Hamilelere ve jinekolojik hastalara tedavi öncesi yardımı sağlar; gebelere, doğum yapan kadınlara, ginekolojik hastalara gerekli organizasyonu ve tedavilerini gerçekleştirir.
b) Gebelik tanısını koyar, normal gebe izlemine ve gerekli muayenelerini yapar, riskli durumları erken dönemde belirler, gerekli önlemleri alarak sevk eder.	b)Gebeliğin n tanısını koyar ve gestasyonel yaşıtespit eder.
c) Doğum sürecini yönetir; travay sırasında anne ve bebeğin sağlığını izler, normal doğumları ve tabibin olmadığı hallerde acil makat doğumları yaptırır, gerektiğinde epizyotomi uygular. Doğum sürecinde normalden sapmaları belirler, acil tedbirlerini alır ve tabibe haber verir, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalede bulunur.	c) Normal doğumları gerçekleştirir; Acil durumlarda doktor öncesi gerekli jinekolojikyardımı sağlar.
d) Doğum sonrası dönemde; yenidoğanın ilk bakım ve muayenesini yapar, gerektiğinde acil resüsitasyon gerçekleştirir, anneye emzirme eğitimi verir, annenin bakım ve izlemine yapar, normalden sapmaları tespit ederek sevk eder.	d) Acil durumlarda doktor öncesi yenidoğanınhayatını kurtarmak amaçlı müdahalede bulunur.
e) Acil obstetrik durumlarda Bakanlıkça düzenlenen protokoller doğrultusunda tanımlanan ilalarıuygular.	

f) Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti verir.	i) doğum sonrası emzirmenin hijyenik doğrultularının eğitimi aktarır.
g) Aile planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarında görev alır.	f) Kadın cinsel organlar hastalıkları önleyici tedbirleri alır; abortus, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında eğitim aktarır.
h) 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izler, özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programlarında ve bağışıklama hizmetlerinde görev alır.	g) 0-1 yaş arası çocuk gelişimini izler.
	h) Bazı jinekolojik operasyonlarda asistanlık eder.
	i) Aseptik, antiseptik ve sterilizasyon uygulamalarını kontrol eder ve bunun için gerekli işlemleri organizasyon eder.

Rusya’da ebelerin birleşip oluşturdukları ‘Profesyonel Ebeler Derneği’ tarafından ebelere mesleki bağımsızlık fırsatı sunulmaya çalışılmıştır. ‘Profesyonel Ebeler Derneği’, devlet tarafından onaylanmış teorik ve pratik bilgileri aktarmaktadır [8]. Ancak program sonunda verilen ‘Profesyonel Ebe’ sertifikası Devlet Kontrol tarafından onaylanmamıştır, dolayısıyla ebelere amaçlanan mesleki bağımsızlığı kazandırmamaktadır [9].

Ne yazık ki Rusya’da ebeler eğitimi lisans düzeyinde olmadığından, ebeler her hangi bir bilim dalında kendini geliştirme hakkına sahip değildir.

Rusya’da ebeler eğitimi incelendiğinde, Türkiyede ebeler eğitiminin çok daha ileri düzeyde olduğu görülmektedir. Ancak ebeler eğitime başlamadan gerçekleştirilen psikolojik testin anne ve bebek sağlığı açısından tez zamanda Türkiye’de de uygulanması önerilebilir. Ayrıca mezuniyet sonrası ebelerin ‘sağlıkta sürekli eğitim’ sistemiyle eğitimlerine sürekli devam etmesi de sağlık hizmet kalitesi açısından Türkiye’de ki ebeler için de önerilebilir.

Kaynaklar

1. Fealy GM, Carney M, Drennan J, Treacy M, Burke J, O’Connell D, et al. Models of initial training and pathways to registration: a selective review of policy in professional regulation. *Journal of Nursing Management*. 2009; 17(6): 730-8. doi: 10.1111/j.1365- 2834.2009.01031.x.
2. Yörük S. Dünyada Ebeler Eğitimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016;

- 6 (1): 46-50.
3. Rusya Federasyonu Eğitim Bakanlığı 969 sayılı kararı, Ebelik eğitim standartı, 11 ağustos 2014.
 4. Ondokuz Mayıs Üniversitesi 2017-2018 öğretim yılı ebek bölümünde uygulanan ders müfredatı.
 5. TC Sağlık Bakanlığı ‘Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik’, 22 Mayıs 2014, 29007 sayılı resmi gazete.
 6. ‘Rusya Federasyonunda insanların sağlık koruma temellerin’ Rusya Federasyonu 323-FZ sayılı yasa, 21 Kasım 2011; 26 Aralık 2015 383-FZ kabul edilen değişikliklerle.
 7. Rusya Sağlık Bakanlığı 25 Şubat 2016 127N sayılı ‘Sağlık çalışanların akredetasyon yönetmeliği’.
 8. Rusya Federasyonu ‘Profesyonel Ebeler Derneği’, www.rus-midwives.ru
 9. Rusya Federasyonu Sağlık Bakanlığı 23.07.2010 541N sayılı ‘Sağlık çalışanların kalifikasyon kriterleri’ kararı.

46 - GEBELİKTE AİLE İÇİ ŞİDDET VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Doç. Dr. Ayten Dinç, Öğrenci Bircan Özcan

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü

ÖZ

Amaç: Araştırma gebe kadınların aile içi şiddete uğrama durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın örneklemini Temmuz-Ağustos 2018 tarihleri arasında Çanakkale Devlet Hastanesi'ne antenatal kontroller için gelen 246 gebe oluşturdu. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumdan resmi izin ve katılımcıların sözlü onamları alındı. Verilerin analizinde frekans, ortalama, ki kare testi kullanıldı.

Bulgular: Gebelerin %55,3'ü ev hanımı, %41,5'ü üniversite mezunu olup, yaş ortalamaları $29,19 \pm 5,42$, evlilik yaşı ortalaması $23,55 \pm 4,45$ olarak saptandı. Gebelikte şiddet görenlerin oranı %6,9 iken (17 kişi) gebelikten önce şiddet gören kadınların oranı %4,5 idi (11 kişi). Gebelikte şiddet gören kadınların %94'ü duygusal şiddet, %47,5'i ekonomik, %17,64'ü fiziksel, %5,8'i cinsel şiddet yaşamıştı. Araştırma sonucunda parçalanmış ve geniş ailede yaşayanlarda ve psikolojik sorunları olan kadınlarda daha fazla şiddet görüldüğü saptandı ($p=0,000$). Ayrıca eşinin eğitimi ilkökul ve ortaokul mezunu olanların, eğitim seviyesi yüksek olanlara göre daha fazla eşlerine şiddet uyguladıkları bulundu ($p=0,012$). Araştırmada gebeler ekonomik sıkıntıyı aile içi şiddetin en büyük nedeni olarak ifade etmişlerdir.

Sonuç: Aile içi şiddet gebelikte de bir kadın sağlığı sorunu olarak devam etmektedir. Antenatal kontrollerde riskli grupların ortaya çıkarılması şiddetin önlenmesi ve anne çocuk sağlığının korunması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, şiddet, aile içi şiddet.

Affecting Factors And Domestic Violence During Pregnancy

ABSTRACT

Aim: The research has been planned to determine the factors affect the situation in which pregnant women are exposed to domestic violence.

Method: This descriptive study sampled by 246 women came for antenatal controls between July-August 2018 in Çanakkale Public Hospital. To collect the data, questionnaire form developed by researcher, face-to-face interview method have been used. To conduct the research official permission from relevant institutions and verbal consent from participants have been taken. Frequency, averaging and chi square tests have been used to analyze the data.

Results: This study, 55.3% of pregnant women is detected as housewife, 41.5% is collage graduate, average of age is $29,19 \pm 5,42$, average age of marriage is $23,55 \pm 4,45$. While the ratio of women who are exposed to violence during pregnancy is 6.9% (17), women who are exposed to violence before pregnancy is 4.5% (11). Pregnant women reported emotional violence most frequently (94%), economical violence 47.5%, physical violence 17.64%, sexual violence 5.8%.

At the end of the research it has been detected that people who live in fragmented and extended families and women who have psychological problems are exposing more violence ($p=0,000$). Furthermore, partners who are graduated from primary and secondary school are more prone to use violence against their wives compared to the partners who have higher level of education ($p=0,012$). During research pregnant women stated that the biggest cause of domestic violence is economic problems.

Conclusion: Domestic violence is a problem of women health during pregnancy, as well. During antenatal controls it is important to ascertain risky groups in order to prevent violence and protect the maternal and infant health.

Key Words: Pregnancy, violence, domestic violence

GİRİŞ

Kadına yönelik şiddet önemli bir halk sağlığı sorunudur ve kadınların insan haklarının ihlalidir. İnsanlığın yarısınoluşturan kadınlar, dünyanın her yerinde, gerek toplumsal alanda, gerekse aile içinde çeşitli biçimlerle şiddete maruz kalmaktadır. Toplumların temel birimi olan aile kurumu içerisinde ise yaşadığı şiddet ise kadınların maruz kaldığı şiddet türleri arasında önemli bir yer tutar (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Araştırmaları Enstitüsü raporu 2014).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan küresel tahminler, kadınların neredeyse üçte birinin (%30) yaşamları boyunca eşleri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir (DSÖ, 2014). Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması raporuna göre (2014) ülke genelinde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten evlenmiş kadınların oranı %36, cinsel şiddet oranı %5, duygusal şiddet/istismar %44, ekonomik şiddet/istismar %15 oranında olduğu bildirilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Araştırmaları Enstitüsü, 2014).

Dünya çapında yapılan çalışmalarda gebelik sırasında şiddetin sıklığı %0.9- % 49 arasında olduğu bildirilmektedir(Ezechi ve ark 2004, Güler 2010, Stöckl ve ark. 2012, Howard ve ark. 2013, Şahin ve ark 2017). Türkiye’de yapılan farklı çalışmalarda gebelikte fiziksel şiddet sıklığı %4,8-36,4, duygusal şiddet %26,7 -%99,1, cinsel şiddetsıklığı ise %4,4-%36 arasında değişmektedir (Ayrancı ve ark 2002, Karaoglu ve ark 2006, Yanikkerem 2006, Topbaş ve ark 2008, Güler 2010, Arslantas ve ark 2012, Göğüş & Yıldız 2013, Sağkal ve ark 2014, Bolu ve ark 2015).

Gebelikte yaşanan şiddet anne ve fetusun sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (Howard ve ark 2013). Gebelikte şiddete maruz kalma erken doğum, düşük, plasental yetmezlik, doğum öncesi kanama, erken membran rüptürü gibi pek çok soruna neden olur (Şahin ve ark 2017). Ayrıca şiddete maruz kalan kadınlardayetersiz kilo alma, istenmeyen gebelik öyküsü, ürogenital enfeksiyon gibi şikayetleri de fazladır. Aynı zamanda bu kadınların gebelikte ve doğum sonrasında da depresyon için yüksek risk grubunu oluştururlar (Malta ve ark 2012)

Kadınlara yönelik insan hakları ihlali ve kadınlara karşı ayrımcılık biçimlerinden biri olan aile içi şiddet, ülke genelinde mücadele edilmesi gereken öncelikli toplumsal sorumluluklar arasında yer almaktadır. Kadına karşı şiddet olgusu dünyada ve özellikle ülkemizde, uzun yıllar özel yaşam ve aile mahremiyeti içerisinde algılanmış ve bu nedenle de gerek uluslararası gerekse ulusal düzeyde, kadının insan hakları gündemine geç girmiştir. Ulusal ve uluslararası düzeyde 1980’li yıllarda görünüm kazanan bu olgu ancak 1990’lı yıllardan sonra toplumsal bir sorun ve insan hakkı meselesi olarak görülmeye ve gündeme gelmeye başlamıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Araştırmaları Enstitüsü raporu 2014).

Anne ve fetus sağlığı açısından antenatal kontrollerde gebelikte aile içi şiddete maruz kalmış riskli

grupların belirlenmesi büyük önem arz etmektedir. Doğum öncesi bakım aile içi şiddete uğramış kadınları belirleme ve yardım etme bakımından önemli bir fırsattır.

Bu araştırma gebe kadınların aile içi şiddete uğrama durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM:

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Temmuz-Ağustos 2018 tarihleri arasında Çanakkale Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirildi. Çalışma süresince hastanenin kadın doğum polikliniğine antenatal kontroller için gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 246 gebe örneklem grubunu oluşturdu. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, gebelere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Gebelik süresince aile içi şiddet türlerinden en az 1 tanesine ve en az 1 kez maruz kalanlar, gebelikte şiddet öyküsü var olarak kabuledildi.

Gebelerin diğer aile üyelerinden etkilenmesini önlemek amacıyla yalnızken anket soruları soruldu. Görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumdan resmi izin ve katılımcıların sözlü onamları alındı.

Literatür doğrultusunda hazırlanan anket formunda gebe kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin özellikleri (yaş, eğitim seviyesi, çalışma durumu, aile tipi, eşinin eğitimi), bazı evlilik ve fertilité ile ilgili özellikleri (evlilik yaşı, evlilik tipi, gebelik sayısı, trimestir, yaşayan çocuk sayısı, planlı gebelik olup olmadığı), bazı kişisel alışkanlıkları (sigara, alkol kullanma durumu, kullandığı ilaçlar vs), aile içi şiddet hakkında sorular (şiddet tipleri, nedenleri) soruldu.

Bu çalışmada **fiziksel şiddet** tanımlanmasında; eşi tarafından uygulanan itme, yumrukla vurma, tokat atma, tekmeleme, sert cisimle vurma ve bıçakla saldırma sorgulandı.

Duygusal şiddet; ağır sözler söyleme, lakap takma, tehdit etme, küçümseme, küfür etme, dayak ya da ölümle korkutma, sesini yükseltme, kıskançlık kavgası çıkarma, kadının yakınları ile görüşmesini engelleme ve başkalarının önünde aşağılama sorularını kapsadı.

Ekonomik şiddet; kadının parasını elinden alma, çalışmasını yasaklama, para vermeme ya da kısıtlama ve aile geliri konusunda bilgisiz bırakma sorularını kapsadı.

Cinsel şiddet, istemediği cinsel davranışa zorlama, zorla cinsel ilişkiye girme, aşırı kıskançlık olup olmadığı sorgulandı.

Verilerin analizi:

Verilerin analizinde SPSS 16. paket programı kullanıldı. Frekans, ortalama, Ki-kare testi kullanıldı.

İstatistiksel anlamlılık için $p \leq 0.05$ kabul edildi.

BULGULAR

Gebelerin %55,3'ü ev hanımı, %41,5'ü üniversite mezunu olup, yaş ortalamaları $29,19 \pm 5,42$, evlilik yaşı ortalaması $23,55 \pm 4,45$ olarak saptandı. Gebelerin eşlerinin %44,7'sinin serbest meslek sahibi olduğu, %42,3'ünün üniversite mezunu olduğu, yaş ortalamalarının ise $32,66 \pm 6,14$ olduğu saptandı. Gebelikte şiddet görenlerin oranı %6,9 iken (17 kişi) gebelikten önce şiddet gören kadınların oranı %4,5 idi (11 kişi). Gebelikte şiddet gören kadınların %94'ü duygusal şiddet, %47,5'i ekonomik, %17,64'ü fiziksel, %5,8'i cinsel şiddet yaşamıştı (**Tablo 1**).

Tablo 1. Gebelerin aile içi şiddet yaşama durumları ve şiddet tipleri

Gebelikte şiddet yaşama	n	%
Var	17	6,9
Yok	229	93,1
Gebelikten önce şiddet yaşama		
Var	11	4,5
Yok	235	95,5
Şiddet çeşitleri (n=17)		
Fiziksel şiddet	3	17,64
Duygusal şiddet	16	94
Ekonomik şiddet	8	47,5
Cinsel şiddet	1	5,8

Araştırma sonucunda parçalanmış ve geniş ailede yaşayanlarda ve psikolojik sorunları olan kadınlarda daha fazla şiddet görüldüğü saptandı ($p=0,000$). Ayrıca eşinin eğitimi ilkökul ve ortaokul mezunu olanların, eğitim seviyesi yüksek olanlara göre daha fazla eşlerine şiddet uyguladıkları bulundu ($p=0,012$).

Tablo 2. Gebelerin aile içi şiddet yaşama nedenleri hakkındaki düşünceleri

Aile içi şiddet nedenleri	n	%
Ekonomik sıkıntı	8	47,1
Eşin bir anlık öfkesi	5	29,4
Başkalarının etkisi	4	23,5
Toplam	17	100

Tablo 2'de gebelerin aile içi şiddeti yaşama nedenleri incelenmiştir. Gebelerin çoğunluğu ekonomik nedenlerden dolayı şiddete uğradıklarını belirtirken (%47,1), diğer nedenler sırasıyla eşin bir anlık öfkesi (%29,4) ve başkalarının etkisiyle (%23,5) olduğunu belirtmişlerdir.

Gebelerden bir kişi fiziksel şiddetten dolayı gebelikte kanama geçirdiğini, dört kişi ise gebelikte şiddete bağlı psikolojik problemler yaşadığını (depresyona girdiğini) ifade etmiştir.

TARTIŞMA

Dünya genelinde yapılan klinik çalışmalarda da en yüksek şiddet prevalansı bulunan ülkeler sırasıyla; Mısır (%32), Hindistan (%28), Suudi Arabistan (%21) ve Meksika (%11)'dir (Bozkurt&Daşikan 2016). Bizim çalışmamızda

her ne kadar gebelikte aile içi şiddet yaşama oranı düşük çıksa da (%6,9) hala çok ciddi bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada gebelikten önce şiddet gören kadınların oranı %4,5 idi. Taşpınar ve ark (2008)'nin Çanakkale'de daha önce yaptıkları çalışmada gebelikten önce şiddet yaşayanların oranı %18,5 iken, gebelikte aile içi şiddet sıklığı azalmış ve %10,3 oranında saptanmıştır. Bacchus ve ark. (2004) gebelik öncesi eşleri tarafından şiddet gören kadınların gebeliklerinde 10 kat daha fazla şiddetle karşılaştıklarını belirtmiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde bizim çalışmamız da gebelikten önce var olan aile içi şiddet olaylarının gebelikte de artarak devam ettiğini göstermektedir.

Çalışmamızda gebelikte şiddet gören kadınların %94'ü duygusal %47,5'i ekonomik, %17,64'ü fiziksel, %5,8'i cinsel şiddet yaşamıştı. İzmir'de yapılan bir çalışmada gebelerin %10,9'unun fiziksel, %52,6'sının duygusal,

%31,7'sinin ekonomik ve %8,3'ünün cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Sağkal ve ark 2014). Eskişehir'de yapılan bir çalışmada gebelikte şiddet sıklığı %71.4 olarak saptanmış ve bu kadınların %99.1'i sözel, %36.4'ü fiziksel, %5.4'ü cinsel şiddete maruz kalmışlardır. Sakarya'da yapılan bir çalışmada gebelerin en sık sözel şiddete (%32,1), en az fiziksel şiddete (%1,3) maruz kaldıkları saptanmıştır (Şahin ve ark. 2017). Duygusal şiddet, kadına uygulanan en sık şiddet türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Gebelikte yaşanan duygusal şiddet, gebelik ve doğum sonu dönemde gelişebilecek depresyon, anksiyete, intihar düşünceleri gibi ruh sağlığı problemleri açısından riskli bir durumu ortaya koymaktadır.

Araştırma sonucunda parçalanmış ve geniş ailede yaşayanlarda ve psikolojik sorunları olan kadınlarda daha fazla şiddet görüldüğü saptandı (p=0,000). Ayrıca eşinin eğitimi ilkökul ve ortaokul mezunu olanların, eğitim seviyesi yüksek olanlara göre daha fazla eşlerine şiddet uyguladıkları bulundu (p=0,012). Çalışmamız Taşpınar ve ark (2008), Karoğlu ve ark (2006) Şahin ve ark (2017)'nin çalışma sonuçları ile uyumludur. Ayrancı ve ark. (2002) yaş, yerleşim yeri, eğitim ve meslek ile şiddet arasında anlamlı ilişki bulmamıştır. Ayrıca Taşpınar ve ark (2008) bizim bulgularımızdan farklı olarak eğitim seviyesi, ekonomik durumu, evlilik süresi ve çocuk sayısının şiddeti artırdığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda aile içi şiddet nedeni sorgulandığında büyük çoğunluğu ekonomik sıkıntıdan

kaynaklandığını düşünmektedir. Literatürde ve yapılan birçok çalışmada aile içi şiddeti arttıran olayların başında ekonomik yetersizliklerin yer aldığı belirtilmiştir (Ayrancı ve ark 2002, Güler 2010, Sağkal ve ark 2014).

Gebelikte yaşanan şiddet anne ve fetusun sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Araştırmamızda gebelikte şiddet gören bir kadının kanaması olmuş, 4 kadın depresyona girdiğini ifade etmiştir. Yanıkkkerem ve ark (2006), şiddet gören gebe kadınlarda depresif, izole ve kendilerini güvensiz hissettiklerini bildirmiştir.

SONUÇ

Bu araştırmanın verilerine göre gebelerin eşi tarafından sırasıyla duygusal, ekonomik, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Gebelerin eşinin ilköğretim mezunu olması, geniş aile tipi ilişkili faktörler olarak bulunmuştur. Bu araştırmanın sonucunda; şiddet durumunun gebelik dönemi için önemli bir kadın sağlığı sorunu olduğu ve bu nedenle gebelerde şiddeti, risk faktörü olarak rutin taramasının yapılmasının son derece gerekli olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık kurumlarında gebelerde şiddeti önlemeye yönelik eğitimler verilmelidir. Sağlık personellerinden özellikle hemşire ve ebeler şiddet olguları ile sık karşılaşır. Hemşire ve ebeler şiddete yönelik risk gruplarını belirleme, önleme, kriz anında uygun bakım verme ve rehabilitasyon hizmetlerinde aktif rol almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Araştırmaları Enstitüsü, Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması raporu,2014.
2. WHO, World report on violence and health, 29 November 2017.<http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-women> erişim, 14 Eylül 2018.
3. Guler N. Physical, emotional, sexual, and economic violence by spouse during pregnancy and associated factors (Gebelikte eşi tarafından kadına uygulanan fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet ve ilişkili faktörler). DEUHYO. 2010; 3(2):72-77.
4. Ezechi OC, Kalu BK, Ezechi LO, Nwokoro CA, Ndububa VI, Okeke GC. Prevalence and pattern of domestic violence against pregnant Nigerian women. *Journal of Obstetrics and Gynecology*.2004; 24(6): 652–6. doi:10.1080/01443610400007901
5. Stöckl H, Filippi V, Watts C, Mbwambo JK. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 5(12):12. doi:10.1186/1471-2393-12-12.
6. Sahin S, İlçioğlu K, Unsal A. Domestic Violence, Depression and Anxiety During Pregnancy. *HEAD*. 2017; 14(3): 204-211. doi: 10.5222/HEAD.2017.204
7. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and metaanalysis. *PLoS Med*. 2013; 10(5): e1001452.

doi:10.1371/JOURNAL.PMED.1001452.

8. Malta LA, McDonald SW, Hegadoren KM, WellerCA, Tough SC. Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 15(12):153. doi: 10.1186/1471-2393-12-153.
9. Bozkurt ÖD, Daşkan Z. Gebelikte Eş Şiddeti: Risk Faktörleri, Sağlık Sonuçları ve Tarama Araçları. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2016;(2)2, 15-21.
10. Sağkal T, Kalkım A, Uğurlu E, Kırmızılar N. Gebelerin eşi tarafından şiddete maruz kalmadurumları ve şiddetle ilişkili faktörlerin incelenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2014;13(5):1
11. Göğüş T, Yıldız H. Trimestirlere göre gebelerde şiddet yaşama durumu, etkileyen faktörler ve perinatal sonuçlar. *TAF Prev Med Bull* 2013;12(6):657-64.
12. Bolu F, Senih Mayda A, Yılmaz M. Bir üniversite hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerde maruz kalınan şiddet sıklığı ve etkileyen faktörler. *Nobel Med* 2015;11(1):64-70.
13. Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu İ. Hamilelikte aile içi eş şiddeti: Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran kadınlar arasında bir araştırma. *Anatol J Psychiatry* 2002;3:75-87.
14. Karaoglu L, Celbis O, Ercan C, et al. Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *Eur J Public Health* 2006;16(2):149-56.
15. Yanikkerem E, Karadaş G, Adıgüzel B, Sevil Ü. Domestic violence during pregnancy in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. *Am J Perinatol* 2006;23(02): 93-104
16. Topbaş M, Ünsal M, Çan G, Bacak A, Özgün Ş. The effect of pregnancy on the physical and sexual abuse of women that presented to a state hospital in Trabzon, Turkey. *Turk J Med Sci* 2008;38(4):335-42
17. Güler N. Gebelikte eşi tarafından kadına uygulanan fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet ve ilişkili faktörler. *Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik C* 2010;3(2):72-7.
18. Arslantas H, Adana F, Ergin F, Gey N, Biçer NK. Domestic violence during pregnancy in an eastern city of Turkey: a field study. *J Interpers Violence* 2012;27(7):1293-313.
19. Bacchus L, Mezey G, Bewley S, Haword A. Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 111: 441-5.
20. Taşpınar A, Balsoy N, Kaya F, Şirin A, Şirin G. Çanakkale’de Gebelikte Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Etkileyen Faktörler. *Aile ve Toplum Yıl: 10 Cilt: 4 Sayı: 13 Ocak-Şubat-Mart 2008*.

47 - DOĞUM ACİLE BAŞVURAN GEBELERİN HASTANE MALİYETLERİNİN BELİRLENMESİ

Tuğba YILMAZ ESENCAN*, Ayça DEMİR YILDIRIM**, Ayşegül KÜREŞİR ÜNAL*

*Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Kadıköy Toplum Sağlığı Merkezi

ÖZET

Amaç: Bu çalışma doğum acile gelen gebelerin hastaneye maliyetlerini belirlemek ve inovasyon projeleri için uygulama alanlarına dikkat çekmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırma, İstanbul ilinde Anadolu yakasında bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin doğum acil polikliniğine Eylül 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran ve çalışmayı kabul kriterlerine uyan 511 gebe ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen 50 sorudan oluşan Anket Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23 paket program kullanılmıştır. Araştırmada sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogrow-Simirnov testi ile test edilmiştir. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında X2 testi uygulanmış ve beklenen

Bulgular Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $27\pm 6,356$ 'dır (minimum 16, maximum 50 yaş). İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak " $p<0.05$ " kabul edilmiştir.

Katılımcıların yarısından biraz fazlası (%56,4) ilköğretim mezunu iken, lisans üstü eğitimi olan %0,8'dir. Katılımcıların hemen hemen hepsi (%98,8) evli fakat resmi nikâhlı olan oranı %95,0 olup yalnızca %14,7'si çalışmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların %16,4'ü 1. trimester, %9,8'i 2. trimester ve %60,1'i 3. trimester'daiken doğum acile başvurmuş ve bunların yalnızca %4,9'u doğuma hazırlık eğitimi almıştır.

Sonuç: Doğum acile gelen ve acil olmayan başvuruların hastane maliyeti üzerine etkisi yüksektir. Artan maliyet artışı toplumsal açıdan da bir yük oluşturmaktadır. Acil olmayan başvuruların oluşturduğu maliyet yükünü azaltmaya yönelik çalışmalar ve yenilikçi uygulamalar üzerinde çalışılması gerekmektedir. Acil başvuruların ayırımına ya da triajla ilgili hem hizmet sunumunu kolaylaştıran hem de maliyet etkinliği sağlayan inovatif girişimlere ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Acil Başvuru, Doğum Acil, Ebe, Gebe, Hastane Maliyeti, İnovasyon

Determination Of Hospital Costs Of Pregnants Attending BirthEmergency

ABSTRACT

Aim: The study aims to determine the hospital costs of pregnant attending birth emergency and to take attention for the implementation areas for innovation projects.

Tool and Method: Descriptive research is prepared in an education and investigation hospital in the Asian side of İstanbul by the participation of 511 pregnant women applying emergency service between September 2017- January 2018 who satisfy the acceptance criteria of the study. Consistent with the literature a fifty – item questionnaire developed by the researcher is used to collect data. Data analysis is done in the SPSS.23 software. Continuous variables' normality is checked by Kolmogrow-Simirnov test. In the inter-group comparison of categorical data X2 is used and in the case of more than %20 of expected values being smaller than 5 the Fischer exact chi-square test is used. It is accepted that the level od statistical significance is “ $p<0.05$ ”.

Findings: The mean age of women participating in the research is $27\pm 6,356$ (min 16, max 50). More than a half of the participants (%56,4) have only a primary school degree and %0,8 of the participants are graduate. Almost all the participants are married (%98,8) with an official marriage level of %95,0 and only %14,7 of them are working. The trimester distribution of women applying birth emergency is as follows: %16,4 of the participants in the first trimester, %9,8 in the second trimester and %60,1 in the third trimester. Besides, only %4,9 of them have taken birth preparation training.

Conclusion: The effect of the applications to birth emergency but in fact not being urgent on the hospital costs is very high. Increasing costs are also a burden on the whole society. It is necessary to work to decrease the cost of non-urgent applications and on the innovative implementations as well. It is thought that innovative attempts that both simplify the services regarding triage or separation of emergency applications and support cost efficiency are needed.

Key words: Emergency application, Birth emergency, Midwife, Pregnant, Hospital Cost, Innovation.

48 - EBELİK BÖLÜMÜ 3. ve 4.SINIF ÖĞRENCİLERİNİN EBELİK PROGRAM YETERLİLİKLERİNE SAHİP OLMA ALGILARI

Aleyna YILDIZ¹, Melek Merve ŞEN¹, Şeyda Ferah ARSLAN¹¹

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin, ebelik program yeterliliklerine sahip olma düzeylerine ilişkin algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini 3.sınıfa devam etmekte olan 52 (%54,7), 4.sınıfa devam etmekte olan 43 (%45,2) öğrenci olmak üzere toplam 95 ebelik bölümü öğrencisi oluşturmaktadır. Veri toplamada yüksekokulun internet sitesinde yer alan program yeterliliklerinden oluşan bir form kullanılmıştır. Öğrenciler her bir yeterliliğe sahip olma derecelerini ‘1 hiç yeterli değilim, 5 çok yeterliyim şeklinde’ 1’den 5’e kadar puanlamışlardır. Her bir yeterlilik için ayrı ayrı ve toplam 19 yeterlilik için ortalama puan hesaplanmıştır. Anket sorularına verilen 3 puan orta, 4 ve üzerindeki puanların ise istenen düzeyde yeterlilik kazanımını temsil ettiği kabul edilmiştir. Gruplar arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için Mann Whitney U-testi kullanılmıştır. Veriler SPSS 21.0 programı ile analiz edilmiş olup, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: 3.sınıf öğrencilerinin yeterlilik algısı 5 puan üzerinden 3,16 ve 4.sınıf öğrencilerinin yeterlilik algısı 3,61’dir. 4.Sınıf öğrencilerinin yeterlilik algıları 3.sınıf öğrencilerinden anlamlı derecede yüksektir. Öğrencilerin kendilerini en olumlu değerlendirdikleri yeterlilik “Yaşam boyu eğitimin gerekliliğinin bilincinde olma”dır (3.sınıf ortalaması 4,23; 4.sınıf ortalaması 4,60 puan). Öğrencilerin kendilerini en olumsuz değerlendirdikleri yeterlilik ise “Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve bakımı tek başına yürütebilme”dir (3.sınıf ortalaması 2,17; 4.sınıf ortalaması 2,63 puan).

Sonuç: Ebelik 3. ve 4.sınıf öğrencilerinin genel yeterlilik algı ortalamaları ortanın üzerindedir. 4.Sınıf öğrencileri kazandıkları yeterlilikler bakımından kendilerini daha olumlu olarak değerlendirmektedirler. Ebenin en temel rol ve sorumluluklarından biri “Normal/Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve bakımı tek başına yürütebilme” olmasına rağmen, öğrenciler bu konuda kendilerini yetersiz hissetmektedir. Tüm yeterliliklerin öğrencilere istenilen düzeyde kazandırılmasına yönelik, eğitim programının tüm bileşenleri ile birlikte gözden geçirilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yeterliliğe Dayalı Eğitim, Ebelik Eğitimi, Öğrenci.

The Perceptions Of Third And Fourth Grade Midwifery Students About Program Competency

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the perceptions of third and fourth grade midwifery students of Çanakkale Onsekiz Mart University School of Health about having the midwifery department program competency.

Method: The sample of the study was 95 midwifery students; 52 (54.7%) were in the third grade and 43 (45.2%) were in the fourth grade. Data collection made by a form originated from program qualifications in website of the department. The students scored having each qualification from one to five. One point stands for "I 'am not competent at all" and five points stands for "I 'am totally competent". The average score for each qualification separately and a total score was calculated for 19 qualifications. It was accepted that 3 points given to the questionnaires were medium, and scores 4 and above were representative of proficiency acquisition at the desired level. The Mann-Whitney U-test was used to test the significance of the differences between the groups. The data were analyzed with SPSS 21.0 program and the significance level was accepted as $p < 0,05$.

Results: Third grade students' perception of competence is 3.16 out of 5 points, and 4th grade students is 3.61. Fourth grade students' proficiency perception is significantly higher than third grade students. The most positive assessment of the students is "to be aware of the necessity of life-long education" (3rd grade average 4,23, fourth grade average 4,60 points). The most negative evaluation of the students is "control, intervention and care of a risky birth" (3rd grade average 2,17; fourth grade average 2,63 points).

Conclusion: The general qualification perception averages of midwifery third and fourth grade students are above the median. The grade 4 students assess themselves more positively in terms of the qualifications they earn. Eventhough one of the main roles and responsibilities of midwife is "control, intervention and care on a vaginal/risky birth alone", the students feel insufficient in this regard. It would be beneficial to evaluate all the components of the training program, to ensure that all competencies are gained at the desired level to the students.

Key words: Competency-based Education, Midwifery Education, Student.

1. GİRİŞ

Ebelik; insanoğlunun var olduğu her dönemde doğuran kadına hizmet veren, kültürümüzde saygı ve itibar gören köklü bir meslek grubudur. Tarihi süreçte usta-çırak ilişkisi ile başlayan ve anneden kıza geçerek devam eden bu mesleğin eğitimi, ülkemizde Osmanlı Dönemi'nde Dr. Besim Ömer Akalın Paşa'nın önderliğinde kurs düzeyinde başlamış, Cumhuriyet'in ilanı ile köy ebe okullarında devam etmiştir. Sağlık meslek liseleri ve ön lisans programlarıyla gelişmiş, 1996 yılında 4 yıllık lisans eğitimine ulaşmış olup günümüzde yüksek lisans-doktora programları ile devam etmektedir (<http://turkebeledernegei.org/ebeligin-tarihcesi/>).

Ebelik programının amacı, bireye mesleki alanda sahip olması gereken yeterlilikleri kazandırmaktır.

Yeterlilik; bireyin işini etkin yapabilmesi için gerekli minimum iş standartlarını ortaya koymaktadır (Smith, 2012). Bireyin bir alanda yetkin olabilmesi için yeterli olması gerekmektedir.

Program yeterlilikleri; öğrencilerin programdan mezun oluncaya kadar kazanmaları gereken bilgi, beceri, tutum ve özellikleri tanımlayan ifadelerdir. Program yeterliliklerinin belirlenmesinde “Nasıl bir program, nasıl bir mezun istiyoruz?” sorularına yanıt aranmaktadır (Akçamete, 2012). Ebelik alanında bu yeterlilikler, mesleğin temel çalışma alanları göz önüne alınarak ve dünyadaki standart örnekleri incelenerek oluşturulmuştur. Eğitim programlarının bu yeterlilikler etrafında şekillenmesi amacıyla 2016 yılında “Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı” oluşturulmuş ve öğrencilere bu doğrultuda yeterliliklerin tam olarak kazandırılması amaçlanmıştır (EUÇEP, 2016).

Yeterliliğe dayalı eğitim; bilgi, beceri, değerler ve davranış biçimlerinde yetenekli ve yeterli olan meslek üyeleri yetiştirmeyi güvence altına alan bir eğitim yaklaşımıdır. Yapararak öğrenme ve tam öğrenme yaklaşımı benimsenmektedir (Bahar Özvarış ve Demirel, 2002). Yeterliliğe dayalı eğitim kapsamında her program kendine ait yeterlilikleri belirler. Böylece süreci tamamlayanların asgari donanımıyla mezun olması sağlanmaya çalışılır. Programın yapısı, içeriği, dersleri ve öğrenme kazanımları, program yeterlilikleri belirlendikten sonra oluşturulur (Akçamete, 2012).

Yapılan bir çalışmada yeterliliğe dayalı eğitim alan hemşirelik öğrencilerinin geleneksel eğitim alan öğrencilere göre akademik başarılarının daha yüksek olduğu; çekirdek yeterlilik ve üst bilişsel becerilerinin geleneksel eğitim alan öğrencilere göre daha fazla geliştiği belirlenmiştir (Fan ve ark., 2015).

Öğrenciler ve mezunlar program yeterliliklerinin belirlenmesinde en önemli paydaşlardır (Akçamete, 2012). Öğrencilerin kendilerini değerlendirmeleri öznel bir durum olsa da, bir ebenin çalışma ortamında kendini ne kadar donanımlı ve yeterli hissettiği, almış olduğu eğitiminin başarısının göstergelerinden birisidir. Bu nedenle objektif ölçme değerlendirme yaklaşımlarının yanı sıra, öğrencilerin kendi kendilerini nasıl değerlendirdikleri de sorgulanmalıdır.

Bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 3. ve 4.sınıf öğrencilerinin, ebelik program yeterliliklerine sahip olma konusunda kendilerini nasıl değerlendirdiklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte, kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırmanın verileri Mayıs 2018 tarihinde toplanmıştır. Çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan öğrenci sayısı 95'tir. 52 kişi 3.sınıf öğrencisi (%54,7) ve 43 kişi 4.sınıf öğrencisidir (%45,2). Öğrencilere çalışmanın amacı açıklanmış, çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket doldurtulmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında, yüksekokulun internet sitesinde yer alan 19 adet bölüm yeterliliğinden oluşan bir form kullanılmıştır. Anket formu sınıf ortamında, öğretim elemanı gözetiminde doldurtularak elden toplanmıştır. Öğrenciler her bir yeterliliğe sahip olma derecelerini '1 hiç yeterli değilim, 5 çok yeterliyim şeklinde' 1'den 5'e kadar puanlamışlardır. Her bir yeterlilik için ayrı ayrı ve toplam 19 yeterlilik için ortalama puan hesaplanmıştır. Anket sorularına verilen 3 puan orta, 4 ve üzerindeki puanların ise yeterliliğin istenen düzeyde kazanılmış olduğunu gösterdiği kabul edilmiştir. Sınıflar arasındaki fark Mann Whitney U-testi ile belirlenmiştir. Verilerin analizinde SPSS 21.0 programı kullanılmış olup, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Tablo 1: Öğrencilerin Yeterlilik Algısı

	3.Sınıf Ortalama±ss	4.Sınıf Ortalama±ss	U	p
Yeterlilik Algısı	3.16 ±0.68	3.61 ±0.57	559.00 0	0.000*

(*) $p<0,05$ düzeyinde anlamlı

Her iki gruptaki öğrencilerin yeterlilik algı ortalamaları ortanın üzerindedir. 4.sınıf öğrencilerinin yeterlilik algıları 3.sınıf öğrencilerinden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 2: Öğrencilerin Kendilerini En Olumlu Değerlendirdikleri İlk Üç Yeterlilik

3. Sınıf Öğrencilerinin Kendilerini En Olumlu Değerlendirdiği İlk Üç Yeterlilik		4. Sınıf Öğrencilerinin Kendilerini En Olumlu Değerlendirdiği İlk Üç Yeterlilik	
Yeterlilikler	Ortalama±ss	Yeterlilikler	Ortalama±ss
Yaşam boyu eğitimin gerekliliği bilincinde olma	4.23 ±0.90	Yaşam boyu eğitimin gerekliliği bilincinde olma	4.60 ±0.66
Kadın ve üreme sağlığına ilişkin temel kavramları açıklayabilme	3.69 ±0.72	Kadın ve üreme sağlığına ilişkin temel kavramları açıklayabilme	4.16 ±0.52
Toplum sağlığını ilgilendiren konularda gerekli eğitimi verebilme ve ilgili çalışmalarda yer alabilme	3.65 ±0.86	Gebeliğin oluşumundan doğuma kadar geçen dönemde normal/riskli gebe ve ailesinin gereksinimi olan nitelikli bakımı verebilme	4.00 ±0.74

Araştırmaya katılan 3.sınıf öğrencilerinin bölüm tarafından belirlenen yeterlilikler kapsamında kendilerini en olumlu değerlendirdikleri ilk üç yeterlilik sırasıyla; 4,23 ile “Yaşam boyu eğitimin gerekliliği bilincinde olma”, 3,69 ile “Kadın ve üreme sağlığına ilişkin temel kavramları açıklayabilme”, 3,65 ile “Toplum sağlığını ilgilendiren konularda gerekli eğitimi verebilme ve ilgili çalışmalarda yer alabilme” olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan 4.sınıf öğrencilerinin bölüm tarafından belirlenen yeterlilikler kapsamında kendilerini en olumlu değerlendirdikleri ilk üç yeterlilik sırasıyla; %92 ile “Yaşam boyu eğitimin gerekliliği bilincinde olma”,

%83,2 ile “Kadın ve üreme sağlığına ilişkin temel kavramları açıklayabilme” ve %80 ile “Gebeliğin oluşumundan doğuma kadar geçen dönemde normal/riskli gebe ve ailesinin gereksinimi olan nitelikli bakımı verebilme” olarak belirlenmiştir.

Tablo 3: Öğrencilerin Kendilerini En Olumsuz Değerlendirdikleri İlk Üç Yeterlilik

3. Sınıf Öğrencilerinin Kendilerini En Olumsuz Değerlendirdiği İlk Üç Yeterlilik	4. Sınıf Öğrencilerinin Kendilerini En Olumsuz Değerlendirdiği İlk Üç Yeterlilik
---	---

Yeterlilikler	Ortalama±s	Yeterlilikler	Ortalama±s
Riskli doğumla ilgili kontrol müdahale ve bakımı , tekyürütebilme başına	2.17 ±0.87	Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve bakımı tek başına yürütebilme	2.63 ±0.77
Normal doğumla ilgili kontrol müdahale ve bakımı , tek başına yürütebilme	2.35 ±0.92	Ulusal ve uluslararası düzeyde ebelikalanında kanun ve yasaları bilme	2.77 ±0.87
Ulusal ve uluslararası düzeyde ebelikalanında kanun ve yasaları bilme	2.38 ±0.93	Normal doğumla ilgili kontrol müdahale ve bakımı , tek başına yürütebilme	3.17 ±0.92

Öğrencilerin kendilerini en olumsuz değerlendirdikleri ilk üç yeterlilik ise sırasıyla; 2,17 puan ile “Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve bakımı tek başına yürütebilme”, 2,35 puan ile “Normal doğumla ilgili kontrol, müdahale ve bakımı tek başına yürütebilme”, 2,38 puan ile “Ulusal ve uluslararası düzeyde ebelik alanında kanun ve yasaları bilme” olarak belirlenmiştir.

4.

5. Sınıf öğrencilerin kendilerini en olumsuz değerlendirdikleri ilk üç yeterlilik sırasıyla; 2,63 puan ile “Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve bakımı tek başına yürütebilme”, 2,77 ile “Ulusal ve uluslararası düzeyde ebelik alanında kanun ve yasaları bilme” ve 3,17 ile “Normal doğum ile ilgili kontrol, müdahale ve bakımı tek başına yürütebilme” olarak belirlenmiştir.

Anket verilerine göre alınan puanlar ve yeterlilik sıralaması birbirinden farklı olsa da 3. ve 4.sınıf öğrencilerinin kendilerini en olumsuz değerlendirdikleri ilk üç yeterlilik aynıdır.

Tablo 4: Öğrencilerin En Önemli Olduğunu Düşündükleri İlk Üç Yeterlilik

Yeterlilikler	3. Sınıf Öğrencileri (n=52)		4. Sınıf Öğrencileri (n=43)	
	n	%	n	%
Normal doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme	19	36,5	13	30,2
Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme	14	26,9	9	20,9
Yaşam boyu eğitimin gerekliliğinin bilincinde olma	13	25	6	13,9

Araştırmaya katılan öğrencilerin en önemli olduğunu düşündükleri ilk üç yeterlilik Tablo 4’te verilmiştir. Öğrencilerin en önemli buldukları yetkinlikler ve sıralaması her iki grupta da aynıdır. 3.sınıf öğrencilerinin %36,5’i ve 4.sınıf öğrencilerinin %30,2’si “Normal doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme” yeterliliğini en önemli yeterlilik olarak kabul etmektedir. 3.sınıf öğrencilerinin %26,9’u ve 4.sınıf öğrencilerinin %20,9’u “Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme” yeterliliğini en önemli olarak değerlendirmektedir. 3.sınıf öğrencilerinin %25’i ve 4.sınıf öğrencilerinin %13,9’u “Yaşam boyu eğitimin gerekliliği bilincinde olma” yeterliliğini en önemli yeterlilik olarak kabul etmektedir. 3.Sınıf öğrencilerinin %11,6’sı ve 4.sınıf öğrencilerinin %35’i diğer yeterlilikleri daha önemli bulmaktadır.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada tüm öğrencilerin yeterlilik algı ortalaması ortanın üzerinde iken, 4.sınıf öğrencilerinin 3.sınıf öğrencilerinden anlamlı düzeyde daha olumlu bir algıya sahip oldukları saptanmıştır. Bu fark; 4.sınıf öğrencilerinin programdaki tüm dersleri teorik ve pratik olarak tamamlamış olmalarından, staj alanında 3.sınıf öğrencilerinden daha çok buldukları için çok vaka görüp, normal ve riskli doğumlara daha çok katılım sağlamış olmalarından kaynaklanmış olabilir. Erdem ve arkadaşlarının sağlık yüksekokulunun son sınıf ebelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada öğrencilerin % 88,4’ ü kendilerini çalışmaya hazır hissettiklerini belirtmişlerdir (Erdem ve ark.,2006).

Öğrencilerin bölüm tarafından belirlenen yeterliliklerden kendilerini en olumlu gördüğü yeterlilik “Yaşam boyu eğitimin gerekliliğinin bilincinde olma” olarak saptanmıştır. Öğrenciler bu yeterlilikte hem kendilerini çok olumlu değerlendirmekte, hem de bu yeterliliği en önemli yeterliliklerden biri olarak görmektedir. Günümüzde her alanayönelik bilgi ve teknoloji hızla değişmekte, gelişmektedir. Bu değişme ve gelişmenin en fazla yaşandığı alanlardan biri tıp alanıdır. Sürekli değişen ve gelişen tıp alanı içerisinde, yeni bilgi ve gelişmelerin takibi için, sürekli öğrenmenin gerekliliğine inanmak ve sürekli öğrenme çabasında bulunmak; nitelikli bir ebenin olmazsa olmaz özelliklerindedir. Bu sonuç ebelik öğrencilerinin örgün eğitim sürecinde edindikleri bilgi ve öğrenmelerle yetinmeyip, sürekli mesleki gelişime ve ilerlemeye açık olmalarının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

İkinci sırada kendilerini en olumlu değerlendirdikleri yeterlilik “Kadın ve üreme sağlığına ilişkin temel kavramları açıklayabilme”dir. Eğitim programı içerisinde yer alan derslerde temel kavramların ele alınması, pekiştirilerek farklı derslerde kullanılması, stajlarda temel kavramların önemini farkına varılmış olması nedeniyle bu konuya yönelik yeterlilik düzeyi yükselmiş olabilir.

Üçüncü sırada kendilerini en olumlu değerlendirdikleri yeterlilik ise 3. ve 4.sınıf öğrencileri arasında farklılık göstermektedir. 3.Sınıf öğrencileri “Toplum sağlığını ilgilendiren konularda gerekli eğitimi verebilme ve ilgili çalışmalarda yer alabilme” alanında kendilerini yeterli değerlendirmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan toplum sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla ebelere

eğitim açısından büyük görev düşmektedir. Ebelerin yeterli bilgi donanımına sahip olması ve eğiticilik rolü aracılığı ile bu bilgilerini aktarabilmeleri önemlidir (Avcı ve ark., 202). Özellikle annenin bilgi düzeyinin artırılması, aynı zamanda öz yeterliliğini de artıracak, sonuç olarak tüm ailenin genel sağlık durumunda iyileşme sağlanabilecektir.

4.sınıf öğrencilerinin kendilerini en olumlu gördüğü üçüncü yeterlilik ise “Gebeliğin oluşumundan doğuma kadar geçen sürede normal/riskli gebe ve ailesinin gereksinimi olan nitelikli bakımı verebilme”dir. Eğitim programlarında bakıma yönelik gerekli bilginin aktarımı ve staj ortamında gerekli gözlem, müdahale ve pratiğe olanak sağlanması öğrencilerin bu alanda yeterli düzeye ulaşmalarında en büyük etkidir.

3. ve 4.sınıf öğrencilerinin kendilerini en olumsuz değerlendirdikleri yeterlilik “Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme”dir. Ebeler sadece normal doğumun takibi ve bakımı ile ilgilideğil, riskli doğumla ilgili yeterli bilgi ve beceriyi de edinmiş olmalıdır (Amanak ve Balkaya, 2013). Bu konuda ebelik sürecini etkin kullanabilmeleri gerekli kontrol, müdahale ve bakımı tek başına yürütebilmelerini sağlayabilir. Ebelik süreci problem çözme yönteminin sistematik bir biçimde kullanılması olup, gerekli olan ebelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi aşamalarından oluşan sistemli bir yaklaşımdır (Yılmaz Esencan, 2011). Öğrencilere ebelik sürecinin doğru ve etkili kullanma becerisinin kazandırılması riskli doğumlarla ilgili olarak ebelik tanısı koyma, yapılması gerekenleri planlama, uygulama ve değerlendirme yapabilmelerini sağlar. Bu beceri riskli durumlarda gerekli bakımı tek başına yürütebilme yeterliliği kazanmalarında etkili olabilir. Teorik ve uygulamalı derslerde riskli gebe ve riskli doğuma yönelik konuların üzerinde biraz daha fazla durulması, öğrencilerin stajlar sırasında mümkün olduğu kadar riskli gebe takibi yapıp, riskli doğumlara katılmalarının sağlanması da etkili olacaktır.

3.sınıf öğrencilerinin ikinci sırada, 4.sınıf öğrencilerinin üçüncü sırada kendilerini en olumsuz değerlendirdikleri yeterlilik “Normal doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme” dir. Bu en temel ebelik görevi sayılabilir. Avrupa Birliği'nin 807155/EEC sayılı konsey direktiflerinde ebelerden beklenen görevler arasında normal gebelik izlemi, gebelikte risklerin erken tanısı için gerekli muayene ve yönlendirme, intrauterin fetal durum ve travayı uygun klinik ve teknik yöntemlerle izleme, acil makat doğumlar ve epizyotomi gerektiren doğumlar dahil normal doğumları yönetme, yenidoğanın ilk bakım ve muayenesi, gerekirse acil resusitasyon yer almaktadır. Sözü edilen görevlerin yerine getirilmesinde ebelerin karar verme ve problem çözme becerilerinin yüksek düzeyde olması bakımın kalitesinin artırılması, anne ile yenidoğan sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde önemlidir (WHO, 2013). Doğum süreci, kısa zamanda davranışsal uyum gerektiren fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle karakterize bir yaşam olayıdır. Fiziksel kontrol ve bakımın yanı sıra kadının duyusal ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmak ve bu paralelde gereksinimlerini karşılamak da nitelikli ebelik bakımın bir gereğidir (Karaçam ve Akyüz, 2011; Şahin ve Güler, 2014; Tokat, 2016). Bu veriye göre

öğrenciler kendilerini normal doğumda yetersiz hissetmektedir. Normal doğum oranının düşük olması, stajlarda gerekli sayıda normal doğum gözleyememe ve katılamama, normal doğuma yönelik teorik bilgilerin pratiğe dökülmesinde sorunlar yaşanması, öğrencinin ebe gözetimindeki doğuma gerekli müdahalesinin engellenmesi ve anne adaylarının ağrısız- sezaryen doğuma yönelmesi öğrencilerin mesleki alanda kendilerini geliştirememesi sebeplerinden bir kaçıdır.

4.sınıf öğrencileri normal doğum işlevleri ile ilgili olarak kendilerini orta düzeyde yeterli hissettiklerini belirtmişlerdir. 3.Sınıf öğrencilerine göre kendilerini daha yeterli değerlendirmişlerdir. Bunun nedeni; 4.sınıf öğrencilerinin normal doğuma yönelik uygulama becerilerinin ve staj sürelerinin 3.sınıf öğrencilerinden daha fazla olması olabilir.

3.sınıf öğrencilerinin üçüncü sırada, 4.sınıf öğrencilerinin ise ikinci sırada kendilerini olumsuz değerlendirdikleri yeterlilik “Ulusal ve uluslararası düzeyde ebelik alanında kanun ve yasaları bilme”dir. 2000 yılında yapılan bir çalışmada, ebelerin görevleri ile ilgili yasa ve yönetmeliklerden %76.4 oranında bilgilerinin olmadığı belirtilmiştir. Bu sonucun ülkemizde hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle ebelerin hemşire olarak görevlendirilmelerinden kaynaklanmış olabileceği ifade edilmiştir (Beydilli, 2000). Bununla birlikte yapılan araştırmalar görev yetki ve sorumlulukların tam olarak tanımlanmasının ve meslek üyelerinin bu konuyla ilgili yeterli, bilgi sahibi olmasının iş doyumunu arttırdığını; çalışma ortamında yaşanan rol çatışmasının, görev belirsizliğinin ise iş doyumunu azalttığını göstermektedir (Şimşek ve ark., 2009). Bu nedenle ebelik öğrencilerinin üyesi olacağı mesleğe ilişkin kanun ve yasalarla öğrenci iken tanışmaları sağlanmalıdır. Ebelerin devlet memuru genelinde veya ebe özelinde, hangi yasa ve yönetmeliklere uygun hareket etmeleri gerektiği, yasalar kapsamında ebelerin görevlerinin, hak ve sorumluluklarının neler olduğu gibi konular ders programına mutlaka dahil edilmelidir.

Öğrencilerin en önemli olduğunu düşündükleri ilk üç yeterlilik sıralaması 3. ve 4.sınıf öğrencilerinde aynıdır. Öğrencilerin en önemli gördükleri iki yeterlilik ile, kendilerini en olumsuz değerlendirdikleri iki yeterlilik aynıdır. Öğrenciler önemli gördükleri yeterliliklerde mesleki bilgi ve becerilerini yetersiz değerlendirmektedir. Bu yeterlilikler “Normal doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme” ve “Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme”dir. Yukarıda da değinildiği gibi, bu algı, öğrencilerin stajlarda yeterli gözlem yapamamalarının, teorik bilgilerini uygulamaya geçirememelerinin, yeterli sayıda ve çeşitlilikte pratik yapamamalarının bir sonucu olabilir.

Öğrenilenlerin beceri ya da davranış olarak yansıtılması yıllardır mesleki öğrenme sürecinin zorunlu bir parçası olmuştur. Bu nedenle teorik eğitim ile uygulama alanı arasında çok sıkı bir ilişki vardır. Öğrenilenlerin gözden geçirilmesi, analiz edilmesi ve değerlendirilmesi tam öğrenmenin gerçekleşmesi için önemlidir (Ay, 2007). Bu alanda yeterlilik kazanmak sahada daha çok uygulama yapmayı ve gözlemlemeyi gerektirmektedir. Normal ve riskli doğumlarda öğrencilere pratik yapma

imkanının çok fazla sunulmaması teorik bilginin pekiştirilmesini zorlaştırmaktadır. Okullardaki uygulama laboratuvarlarının varlığı, malzemelerin hem sayı hem de çeşitlilik açısından yeterli olması ve bu laboratuvarların etkin kullanılması öğrencilerin sahaya tam anlamıyla hazırlanmasında faydalı olacaktır.

Simülasyon, klinik deneyimlerinin tamamı veya bir kısmı ile ilgili risklere maruz bırakmadan öğrenmeyi sağlayan, etkileşimli bir eğitim tekniğidir. Simülasyon uygulamalarında gerçek yaşam benzeri maketler kullanılmaktadır. Bu eğitimler, öğrencilerin klinik becerilerini geliştirmesi için sürekli ve planlı uygulama yapabileceği güvenli bir ortam sağlar (Sayiner, 2011). Beceri eğitiminde simülasyon kullanımıyla, öğrencilerin gerçek yaşamda gebe, lohusa, yenidoğan birey ile karşılaşmadan önce defalarca pratik yapmasına fırsat verilmektedir (Fox-Young ve ark., 2012). Simülasyon, öğrencinin bireye zarar vermeden, tekrarlayarak, hata yapıp, hatalarından öğrenerek deneyim kazanmasına olanak sağlar. Böylece öğrenciye güven ve destek veren öğrenme ortamı sunar (Şendir, 2013). Simülasyon eğitimi ebelerin bilgi düzeylerini ve klinik beceri performanslarını yükselterek daha etkin bakım vermelerini sağlamaktadır (Birch ve ark., 2007).

Ülkemizde lisans eğitimi sürdürülen bazı Ebelik Bölümlerinde henüz yeterli sayıda akademisyen olmaması nedeniyle lisans eğitimi daha çok hemşirelik bilim dallarından öğretim elemanları tarafından yürütülmektedir (Kaya ve Yurdakul, 2007). Ebelik bölümlerinde yeterli sayıda akademisyen bulunsa bile bu akademisyenlerin çok büyük bir çoğunluğu ebe değildir. Bu nedenle de ebelik lisansüstü eğitim programları halen büyük ölçüde ihtiyaç duyulan bir konudur. Bu durum stajların verimliliğini de etkilemektedir. Stajlarda eğitici sayısının yetersiz olması, öğrenci sayısında bazı birimlerde yığılma olması, uygulamaya çıkılan hastanelerdeki doğuma yönelik vaka sayısının az olması öğrencilerin mesleki beceri gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 3. ve 4.sınıf öğrencilerinin bölüm tarafından belirlenmiş olan mesleki yeterliliklere göre kendilerini değerlendirdikleri bu çalışmanın sonuçları şöyledir:

3.sınıf öğrencilerinin yeterlilik algı ortalaması 3,16 ve 4.sınıf öğrencilerinin ortalaması 3,61'dir. "Yaşam boyu eğitimin gerekliliği bilincinde olma" hem 3. hem de 4.sınıf öğrencilerinin kendilerini en olumlu değerlendirdikleri yeterliliktir. "Kadın ve üreme sağlığına ilişkin temel kavramları açıklayabilme" hem 3. hem de 4.sınıf öğrencilerinin kendilerini en olumlu değerlendirdikleri ikinci yeterliliktir. "Toplum sağlığını ilgilendiren konularda gerekli eğitimi verebilme ve ilgili çalışmalarda yer alabilme", 3.sınıf öğrencilerinin kendilerini üçüncü sırada olumlu değerlendirdiği yeterliliktir. "Gebeliğin oluşumundan doğuma kadar geçen sürede normal/riskli gebe ve ailesinin gereksinimi olan nitelikli bakımı verebilme" ise 4.sınıf öğrencilerinin kendilerini üçüncü sırada olumlu değerlendirdiği

yeterliliktir.

3. ve 4.sınıf öğrencilerinin kendilerini en olumsuz değerlendirdiği yeterlilikler aynıdır. Bu yeterlilikler, “Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme”, “Normal doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme” “Ulusal ve uluslararası düzeyde ebelik alanında kanun ve yasaları bilme” dir.

3. ve 4.sınıf öğrencilerinin en önemli buldukları yeterlilikler ve sıralaması aynıdır. Öğrenciler büyük bir oranda “Normal doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme”, “Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme” ve “Yaşam boyu eğitimin gerekliliği bilincinde olma” yeterliliklerinin en önemli yeterlilikler olduğunu düşünmektedirler.

Araştırmaya katılan öğrenciler toplamda 19 yeterlilik içerisinde en önemli buldukları üç yeterlilik içinden sadece birisinde kendilerini en olumlu değerlendirirken, diğer iki yeterliliği ise en olumsuz değerlendirdikleri içerisinde saymışlardır. “Yaşam boyu eğitimin gerekliliği bilincinde olma” yeterliliğini önemli bularak kendilerini bu alandayeterli algılamaları beklenen ve memnuniyet verici bir bulgudur. Ebeliğin temel görev ve sorumlulukları içerisinde anahtar rol oynayan “Normal doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme” ve “Riskli doğumla ilgili kontrol, müdahale ve gerekli bakımı tek başına yürütebilme” ise öğrenciler tarafından hem en önemli buldukları, hem de en yetersiz olduklarını belirttikleri yeterliliklerdir. Bu bulgu önemli bir tezatı göstermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- ✓ Ebelerin görev, yetki ve sorumlulukları, hakları ile ilgili yasa ve yönetmelikler eğitim programında mutlaka yer almalıdır.
- ✓ Ebelik bölümü öğrencileri, dersler/stajlar sırasında öğrenci olarak kendilerinden beklenen görevler, sorumluluklar ve ulaşımları beklenen yeterlilikler konusunda bilinçlendirilmelidir.
- ✓ Eğitim kurumlarının ebelik öğrencilerine kazandırmayı hedefledikleri yeterlilikler gözden geçirilmeli ve öğrencilere hangi oranda kazandırıldığı değerlendirilmelidir. Objektif ölçme–değerlendirme yaklaşımlarının yanı sıra öğrenci algıları da değerlendirmeye alınmalıdır.
- ✓ Okullarda laboratuvar ve uygulama dersleri etkin planlanmalı ve gerçekleştirilmelidir.
- ✓ Uygulamalı eğitimde simülasyon kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.
- ✓ Ebelik öğrencilerine sahada mümkün olduğunca fazla gözlem ve pratik yapma imkanı tanınmalıdır.
- ✓

KAYNAKÇA

1. Akçamete,G., Bologna Süreci Yeterlilikler ve Öğrenme Kazanımları İlişkisi, VII. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, Özet Kitabı, 2012: 5-10.

2. Amanak K., Balkaya N. Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 2(2): 169-192.
3. Avcı İ.A., Altay B., Uğur H., Yılmaz A., Güzel N. Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebelerin İletişim Becerileri, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15(3): 161-166.
4. Ay, F. Hemşirelik Eğitiminde Yeterliliğin Sağlanması İçin Yeni Bir Yaklaşım: Rehber Hemşire (Koçluk) Sistemi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 2007; 2(5): 52-65.
5. Bahar Özvarış Ş., Demirel Ö. Öğrenen Merkezli Tıp Eğitimi. Eğitici Rehberi. Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 2002.
6. Beydilli, E. Ebelerin Görev, Yetki ve Sorumluluklarını Algılama Durumlarının Belirlenmesi ve Geliştirilen Ölçeğin Geçerlik ve Güvenilirlik İncelemesi. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2000, İzmir.
7. Birch, L., Jones, N., Doyle, P. M., Green, P., McLaughlin, A., Champney, C., Taylor, K. Obstetric Skills Drills: Evaluation of Teaching Methods. Nurse Education Today, 2007; 27(8): 915-922.
8. Dünya Sağlık Örgütü-Türkiye; Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-EUÇEP, 2016.
9. Erdem, Y., Yazıcı, G., Açıkgöz, İ., Küçük, S., Erdoğan, H. Sağlık Yüksekokulu Ebelik/Hemşirelik Programı Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Bilinç Durumlarının İncelenmesi. 5.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı, 2006: 22.
10. Fan JY, Wang YH, Chao LF, Hsu LL. Performance Evaluation of Nursing Students Following Competency-based Education. Nurse Educ Today. 2015; 35(1): 97-103.
11. Fox-Young, S., Brady, S., Brealey, W., Cooper, S., McKenna, L., Hall, H. The Perspectives of Australian Midwifery Academics on Barriers and Enablers for Simulation in Midwifery Education in Australia: A Focus Group Study. Midwifery, 2012; 28: 495-501.
12. Influential Factors. Rev. Eletr. Enf. 12(4):601-6. / WHO (2013) Interprofessional Collaborative Practice in Primary Health Care: Nursing and Midwifery Perspectives. http://www.who.int/hrh/resources/IPE_SixCaseStudies.pdf (Erişim Tarihi: Eylül 218)
13. Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe/Hemşirenin Rolü. İstanbul Üniversitesi FN. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2011; 19(1): 45-53.
14. Kaya, D. Yurdakul, M. Türkiye’ de ve Dünyada Ebelik Eğitimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 23(2): 233-241.
15. Sayner, F.D. Ebelikte Beceri Eğitimi: Sorunlar ve Çözümler. I.Uluslararası ve II. Ulusal Ebelik Kongresi, Kongre Kitabı, 2011: 35-37.
16. Smith SA. Nurse Competence: A Concept Analysis. Int J Nurs Knowl 2012; 23(3): 172-82.
17. Şahin AS, Güler H. Ağrı İlinde Çalışan Ebelerin Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumları ve Empatik Eğilimleri Üzerine Etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014; 13(2):141-50.

18. Şendir, M., Kadın Sağlığı Hemşireliği Eğitiminde Simülasyon Kullanımı. F.N. Hemşirelik Dergisi, 2013;21(3): 205-212.
19. Şimşek Ş, Akgemci, T, Çelik A. Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış (Geliştirilmiş 2.Baskı), Ankara: Nobel Yayınevi. 2009.
20. Tokat MA. Disfonksiyonel Doğum: Genel Bakış Açısı. Mete S (Ç.Edit). Doğum Süreci El Kitabı. 1.Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Yayınevi. 2016: 24-37.
21. Türk Ebeler Derneği - <http://turkebelerderneği.org/ebeligin-tarihcesi/> (Erişim: Eylül 2018)
22. Yılmaz Esencan T. Doğumhanede Ebelik Tanıları ve Girişimler. 1.Uluslararası 2.Ulusal Ebelik KongresiKitabı, 2011.

49 - GEBELİKTE ORAL GLİKOZ TOLERANS TESTİ: GÜNCEL YAKLAŞIMLAR VE KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK*, Zekiye KARAÇAM*

*Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) gebelik sırasında başlayan ve aşikâr diyabetli kadınları da kapsayan glikoz intoleransı olarak tanımlanır. Bu tanım tedavi için insülin kullanılmasına bakılmaksızın geçerlidir. Gebelik sırasında GDM görülme sıklığı %1 ile %28 arasında değişmektedir. GDM tanısının erken dönemde konması ve tedaviye başlanması, gelişebilecek maternal ve fetal komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Literatüre dayalı hazırlanan bu çalışmada gebelikte oral glikoz tolerans testi (OGTT) ile ilgili kanıta dayalı güncel yaklaşımların ve uygulamaların paylaşılması amaçlanmıştır.

Kırk yıldan daha uzun süredir devam eden araştırmalara karşın, GDM taranmasına yönelik görüş birliği yoktur. Günümüzde hala tüm gebelere mi, yoksa yüksek riskli gebelere mi tarama yapılması gerektiği ve gebelik diyabeti tanısında iki aşamalı test yerine, tek aşamalı tanı yaklaşımının kullanılması konusunda kesin kanıtlar bulunmamaktadır. ACOG ve Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü, iki aşamalı tanı yaklaşımını önermektedir. Amerikan Diyabet Birliği, 2015 yılı raporunda, GDM tanısında toplumun özelliklerine göre tek aşamalı ya da iki aşamalı tanı yaklaşımlarından birinin kullanılabilirliğini bildirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılında GDMtanısı için 75 g oral glikoz yüklemesinin kullanılmasını önermiştir. Yine İngiltere’de Ulusal Sağlık ve Mükemmeliyet Enstitüsü, 2015 yılındaki kılavuzunda uygun maliyetli olması nedeniyle yüksek risk grupları için seçici tarama yapılmasını tavsiye etmektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği ise iki aşamalı tanı yaklaşımının sürdürülmesini önermekle birlikte kolay uygulanması, standardizasyon getirmesi ve glikoz kesim noktalarının doğrudan fetusun komplikasyonlarına dayanarak belirlenmesi nedeniyle, 75 g OGTT’nin de GDM tanısında kullanılabilirliğini ve GDM taramasının her gebede rutin olarak uygulanması gerektiğini bildirmektedir. Yapılan çalışmalarda seçici taramanın, risk faktörü tanımlanmayan kadınlarda GDM’li gebelerin üçte birinin yakalanamamasına neden olduğunu bildirilmiştir. Bununla birlikte şu anda 50-100 gr glikozun anne ve bebeğe yaptığı olumsuz etki ile ilgili literatürde herhangi bir kaynağa rastlanmamıştır.

Bu sonuçlara dayalı olarak anne ve fetus-yenidoğanda oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde erken tanının yararı bilinmektedir. Ebelerin anne ve bebek sağlığını koruması ve kötü doğum sonuçlarını önlenmesi için GDM’nin tanı ve taraması konusunda kapsamlı bilgi birikimine gereksinimi bulunmaktadır. Son yıllarda, Türkiye’de OGTT ile ilgili yapılan tartışmalar ve olumsuz tutumlar GDM’nin erken tanısı için taramaların yapılma oranını düşürmüştür. Bu konuda ebeler kadınları ve ailelerini bilgilendirilmiş karar verme sürecinde desteklemelidir. Böylece gebelikte oluşan diyabetin anne ve yenidoğan sağlığına olan etkisi azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Oral Glikoz Tolerans Testi, Ebelik, Kanıta Dayalı Uygulama.

Glucose Tolerance Test During Pregnancy: Current Approaches And Practice Based On Evidence

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is defined as glucose intolerance starting during pregnancy and includes women with obvious diabetes. This definition obtains regardless of using insulin. The prevalence of GDM ranges from 1% to 28%. Early diagnosis of GDM and initiation of treatment is very important preventing of maternal and fetal complications. This study aim is to share current evidence-based approaches and practices related to oral glucose tolerance test (OGTT) in pregnancy.

Lasts longer than forty years, there is no consensus to GDM screening. There is still no definitive evidence on screening should be performed routinely or high-risk pregnancies and use of one-step method rather than two-step. ACOG and American National Institutes of Health recommend two-step method. In 2015, American Diabetes Association reports that one of one-step or two-step method can be used according to characteristics of population. World Health Organization recommended use of 75 g OGTT for GDM diagnosis in 2016. Also, National Institute for Health and Excellence recommends selective screening for high-risk groups because it is cost-effective. Turkey Endocrinology and Metabolism Association recommend that GDM screening should be applied to every pregnant woman and use two-step diagnostic approach and as alternative, 75 g Glucose OGTT can also be used because of ease of administration, standardization of diagnosis and determination of glucose cut points based directly on fetal complications. Studies reported that selective screening was not caught one third of women with unspecified GDM whose risk factor is not defined. However, there is no evidence in literature about the negative effect of 50-100 g glucose on the mother and the baby.

Based on these results, early diagnosis provides benefit in preventing complications in the mother and newborn. It is necessary for midwives to have comprehensive knowledge on diagnosis and screening of GDM in order to protect mother and baby health from bad consequences of birth. But in recent years, negative attitude and discussion about the OGTT in Turkey has reduced rate of screening for GDM. Midwives should support women and their families in informed decision-making process. Thus, they can reduce effect of gestational diabetes on maternal and newborn health.

Keywords: Pregnancy, Oral Glucose Tolerance Test, Midwifery, Evidence Based Practice.

Giriş

Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) gebelik sırasında başlayan ve aşikar diyabetli kadınları da kapsayan glikoz intoleransı olarak tanımlanır ve bu tanım tedavi için insülin kullanılmasına bakmaksızın geçerlidir (Beji ve Yılmaz, 2015; Greogory ve Todd, 2016; Cunningham ve vd., 2016). Gebelik sırasında GDM görülme sıklığı %1 ile %28 arasında değişmektedir (Akış ve vd., 2008; DeSisto ve vd., 2014; Greory ve Todd, 2016; Karaçam ve Çelik, 2018).

Gestasyonel diyabet tanısının erken dönemde konması ve tedaviye başlanması, gelişebilecek maternal vefetal komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Gebelik döneminde HPL, östrojen ve progesteronun etkisi ile insüline periferik cevap azalmakta ve bu durum gebeliğin diyabet üzerine etkisini arttırmakta olup diğer yandan diyabetin de maternal ve fetal sağlık üzerine birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. (Tonguç, 2015; Çoban 2016). En çok bilinen maternal ve fetal etkiler; maternal hiperglisemi, hipertansiyon, hidroamniyoz, ketoasidoz, fetal makrozomi, enfeksiyon, konjenital anomali, gebelik kayıpları, preterm doğum, ani fetal ölüm, hipoglisemi, respratuvar distres sendromu ve hipokalsemi olarak tanımlanmaktadır (Correa ve vd., 2008; Persson ve vd., 2009; Eidem ve vd., 2010; Bental ve vd., 2011; Yanit ve vd., 2012; Cunningham ve vd., 2016; Çoban ve vd., 2016).

Gebelikte anormal glikoz toleransı kriterleri 1964 yılında O'Sullivan ve Mahan tarafından tanımlanmış olup daha sonraki yıllarda birçok kuruluş ve araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Gestasyonel diyabetin taramasına yönelik önerilen taramalar iki aşamalı tanı testleri (50 g glikozlu ön tarama testi ve ardından 100 g glikozlu 3 st'lik oral glikoz toletans test [OGTT]) ya da tek aşamalı (75 g glikozlu OGTT) tanı testleri olarak karşımıza çıkmaktadır (O'Sullivan ve Mahan, 1964; American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2011). Kırk yıldan daha uzun süredir devam eden araştırmalara karşın, gestasyonel diabet taranmasına yönelik optimal yaklaşım açısından görüş birliği yoktur (Cunningham ve vd., 2016). Günümüzde hala evrensel mi, yoksa seçilmiş taramanın mı kullanılması gerektiği ve gebelik diyabeti tanısında iki aşamalı test yerine, tek aşamalı tanı yaklaşımının kullanılması konusunda tam bir görüş birliğine varılamamıştır. ACOG, iki aşamalı tanı yaklaşımını önermektedir (ACOG, 2011). Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health [NIH]) uzmanları ise 2013'te yayınladıkları bildiriye, Uluslararası Diyabet Birliği Gebelik Çalışma Grubu (IADPSG) kriterlerini kullanmak için elde yeterli kanıtlar olmadığını, bu sebeple şimdilik, iki aşamalı tanı testlerine devam edilmesini önermişlerdir (Vandorsten ve vd., 2013). Amerikan Diyabet Birliği, 2015 yılından beri 'Diyabette Tıbbi Bakım Standartları' raporlarında, GDM tanısında tek aşamalı ya da iki aşamalı tanı yaklaşımlarından birinin, seçilmiş toplumun özelliklerine göre kullanılabilceğini bildirmektedir (American Diabetes Association [ADA], 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılında yayınlanan WHO raporunda GDM tanısı için 75 g oral glikoz yüklemesinin kullanılmasını önermiştir (World Health Organization, 2016). Yine İngiltere'de Ulusal Sağlık ve Enstitüsü (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]), 2015 yılındaki kılavuzunda yüksek risk grupları için seçici tarama yapılmasını uygun maliyetli olması nedeniyle tavsiye etmektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu ise, özellikle jinekoloji camiası tarafından benimsenen iki aşamalı tanı yaklaşımının

sürdürülmesini önermekle birlikte kolay uygulanması, GDM tanısına standardizasyon getirmesi ve glikoz kesim noktalarının doğrudan fetusun komplikasyonlarına dayanarak belirlenmesi nedeniyle, alternatif olarak, 75 g glikozlu OGTT'nin de GDM tanısında kullanılabileceğini ve GDM taramasının her gebe rutin olarak uygulanması gerektiğini bildirmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMED], 2018).

Yapılan çalışmalarda seçici taramanın, risk faktörü tanımlanmayan kadınlarda GDM'li gebelerin üçte birinin yakalanamamasına neden olduğu bildirilmiştir (Ogonowski ve vd., 2007; Cossons ve vd., 2012). Bununla birlikte şu anda 50-100 gr glikozun anne ve bebeğe yaptığı olumsuz etki ile ilgili literatürde herhangi bir kaynağaraştırılmamıştır.

Bu sonuçlar anne ve fetus-yenidoğanda oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde erken tanının çok sayıda yararı olduğunu göstermektedir. Ebelerin normal gebe izlemine ve muayenelerini yapma, riskli durumları erken dönemde belirleme ve gerekli önlemleri alarak sevk etme sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle gestasyonel diyabetin erken tanı ve tedavisi ile ilgili anne ve bebek sağlığını korumak ve kötü perinatal sonuçlarını önlemek için ebelerin tanı ve tarama konusunda kapsamlı bilgi birikiminin olması gerekmektedir. Ancak Türkiye'de gebelikte uygulanan oral glikoz tolerans testi ile ilgili son yıllarda toplumda oluşan olumsuz tutumlar

GDM'nin erken tanısı konusunda taramaların yapılma oranlarını düşürmektedir. Bu konu ile ilgili ebeler kadınları ve ailelerini bilgilendirilmiş karar verme sürecinde desteklemelidirler. Bu gerekçelerden dolayı bu derleme, ebelik alanında oral glikoz tarama testleri ile ilgili kapsamlı bilgi birikimi sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Gestasyonel Diyabetes Mellitus

GDM gebelik sırasında başlayan glikoz intoleransı olarak tanımlanır ve ilk olarak gebelik sırasında tespit edilir (Beji ve Yılmaz, 2015; Greogory ve Todd, 2016). Bu tanım tedavi için insülin kullanılmasına bakmaksızın geçerlidir ve daha önceden tanı almayan aşikâr diyabetli kadınları da kapsamaktadır (Cunningham ve vd., 2016).

GDM, ilk kez 1979 yılında Ulusal Diyabet Veri Grubu tarafından, gebelikte başlayan veya tanı alan glikoz tolerans bozukluğu olarak tanımlanmıştır (National Diabetes Data Group [NDDG], 1979). Uluslararası 3. GDM konferansında (1991) bu tanım benimsenmiş (Metzger, 1991 ve 1997) ve Diyabetes Mellitus Tanı ve Sınıflama Uzman Komitesi tarafından bu tanım kabul edilmiştir (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1997). Ancak, 4. GDM konferansında gebelik sonrasında glikoz tolerans bozukluğu devam eden bireylerin aşikâr diyabetes mellitus (DM) olarak değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir (Metzger ve Coustan, 1998). ADA'nın 2010 raporunda ise ilk prenatal izlemde DM saptanan gebelerin GDM değil, aşikâr DM olduğu bildirilmiştir (ADA, 2010).

Gestasyonel diyabet için risk faktörlerinin bilinmesi hastalığın gelişimi için önlemlerin alınması, hastalığın tanısının erken dönemde konması ve tedaviye başlanması, gelişebilecek maternal ve fetal komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. En çok bilinen risk faktörleri ileri

anne yaşı, obezite ve artmış doğum sayısı, ailede tip 2 diyabet öyküsü, makrozomik bebek öyküsü olmasıdır. Bunun yanı sıra gebelikte alınan ve gebelik öncesi kilo, BMI ≥ 27 kg/m² olması, maternal doğum ağırlığı, kısa maternal boy, polikistik over sendromu, doymuş yağların fazla oranda alınması, GDM öyküsü, önceki gebeliklerde konjenital malformasyonlu bebek öyküsü, erken preterm doğum ve ölü doğum öyküsü, gebelik sırasında yüksek tansiyon, net olarak tanımlanmış patolojik ilişki olmaksızın α -talasemi taşıyıcılığı ve artmış demir depoları, çoğul gebelik, sigara ve alkol kullanımı da GDM için risk faktörü olarak gösterilmektedir (Teh ve vd., 2011; Ramos-Leví ve vd., 2012).

Glikoz metabolizması gebelik sırasında değişiklik göstermektedir. Artmış periferik kullanımdan dolayı anne açlık kan şekerleri daha düşüktür. Ayrıca periferik dokulardaki glikojen depoları artarken karaciğer glikoz üretimi azalır. Bu nedenle diyabetik gebelerde hipoglisemi açısından dikkatli olunmalıdır. Her 200 gebelikten birinde gebelik öncesi DM olduğu, ayrıca 200 gebe kadından beşinde gestasyonel DM geliştiği tahmin edilmektedir. Gebelik sırasında GDM görülme sıklığı %1 ile %28 arasında değişmektedir (Akış ve vd., 2008; DeSisto ve vd., 2014; Greory ve Todd, 2016; Karaçam ve Çelik, 2018).

Dünyada ve ülkemizde sıklığı artan gestasyonel diyetetin anne ve fetüs-yenidoğan üzerinde birçok olumsuz etkileri bulunmaktadır. Diyabetin gebelik üzerinde hipoglisemi, hiperglisemi, hipertansiyon, hidramniyoz veya amniyotik mayi miktarının artması, ketoasidoz, fetal makrozomi, enfeksiyon, fetopelvik uyumsuzluğa bağlı olarak zor doğum eylemi gibi birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır (Dashe ve vd., 2000; Yanıt ve vd., 2012; Cunningham ve vd., 2016; Çoban, 2016). Yine yapılan çalışmalar diyabetin fetüs-yenidoğan üzerinde gebelik kaybı, konjenital anomaliler, değişmiş fetal büyüme, preterm doğum, açıklanamayan fetal ölüm, hipoglisemi, hipokalsemi, respiratuar distress sendromu gibi etkilerinin bulunduğunu bildirmektedir (Rosenn, 1994; McFarland, 2000; Durnwald, 2004; Galindo, 2006; Correa ve vd., 2008; Persson, 2009; Eidem ve vd., 2011; Bental ve vd., 2011; Hay, 2012; Yanıt ve vd., 2012; Hammoud ve vd., 2013; Cunningham ve vd., 2016; Çoban, 2016).

Gestasyonel Diyabetes Mellitus Tarama ve Tanısı

Gebelikte anormal glikoz toleransı kriterleri O'Sullivan ve Mahan tarafından 1964 yılında 752 gebeye uygulanan OGTT sonuçlarına göre belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre OGTT sırasında ölçülen 4 plazma glikoz değeri arasından 2 veya daha fazla değer ortalamanın 2 standart sapmasına eşit ya da üzerinde olması ileriki hayatta DM gelişim riskini belirlediğinden gebelerde anormal glikoz toleransı olarak tanımlanmıştır (O'Sullivan ve Mahan, 1964). Ulusal Diyabet Veri Grubu 1979 yılında, O'Sullivan ve Mahan kriterlerini tam kan glikoz değerlerine dönüştürerek kabul etmiş ve ilk GDM tanımı yapılmıştır (NDDG, 1979). Ancak, 1982 yılında Carpenter ve Coustan NDDG tarafından plazma glikoz değerlerine uyarlanan bu değerlerin çok yüksek olduğunu önermiş ve plazma glikozu için yeni eşik değerler bildirmiştir. Çalışmalarında 25 yaş ve üzerinde olan 381 gebeye öncelikle 50 gr ile 1 saatlik glikoz tarama testi yapılmış ve plazma glikoz değerleri ≥ 130 mg/dl (119 mg/dl, tam kan) olan gebelere 100 gr 3 saat glikoz tolerans testi uygulanmıştır. Değerlendirmede, O'Sullivan tanı kriterleri kullanılmış ve 3 bölge belirlenmiştir. 135 mg/dl'nin altında kalan bölge için DM gelişim

olasılığı %1'in altında izlenmiş ve 182 mg/dl üzerinde kalan bölge için DM gelişimi %95'in üzerinde saptanmıştır. Aynı çalışmada, DM gelişim riski belirlenemeyen santral bölge izlenmiş ve bu bölgenin DM gelişim riskini belirlemek için ileri tetkikler önerilmiştir (Carpenter ve Coustan, 1982). Bu çalışmada ilk defa plazma glikoz eşik değeri için 143 mg/dl'nin yüksek olduğu ve 135 mg/dl eşik değerine indirilmesi gerektiği bildirilmiştir. İlerleyen dönemlerde 75 gr OGTT ile anormal glikoz toleransı değerleri bildirilmiş ve bu metot ile Carpenter/Coustan 100 gr OGTT sonuçlarına benzer plazma glikoz değerleri saptanmıştır (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003). ADA, 1997 yılında Carpenter/Coustan tanı kriterlerinin 100 gr OGTT sonuçlarının yorumlanmasında kullanılmasını önermiştir. Ayrıca, aynı konferansta 75 gr OGTT sonuçlarının 100 gr OGTT sonuçlarına alternatif olarak kullanılabilceği bildirildi (Metzger ve Coustan, 1998).

Daha sonraki yıllarda (2008) yayımlanan HAPO (The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes) çalışmasında maternal, fetal ve neonatal risklerin 24-28 haftadaki maternal gliseminin bir sonucu olarak artmış olduğu gösterilmiştir. Bu artış, maternal glisemi ile orantılı olarak devamlılık göstermektedir (Metzger ve vd., 2008). Uluslararası Diyabet Birliği Gebelik Çalışma Grubu 2008-2009 yıllarında GDM konferansında GDM tanı kriterlerini revize etmiş ve 2010 yılı raporunda bu konferansta belirlenen kriterleri yayımlamıştır (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups [IADPSG], 2010). Burada yapılan önerilerde daha önce belirlenen eşik değerlerin gebelik sonrasında DM gelişim riskine göre belirlendiği, perinatal risk artışını yansıtmadığı savunulmuş ve yeni eşik değerler belirlenmiştir. HAPO çalışmasında gebelere 75 gr glikoz tolerans testi uygulanmıştır. IADPSG'nin yayımladığı bu önerilere göre daha önce bilinen DM'si olmayan tüm gebelere 24-28. haftalarda 75 gr OGTT uygulanmalıdır. OGTT'deki eşik değerlerin üzerindeki hiperglisemilerde maternal ve fetal sonuçlar için (doğum ağırlığı, kord c peptid düzeyi ve vücut yağ yüzdesi) odds oranı en az 1,75 olarak belirtilmiştir (Metzger ve vd., 2008). Günümüz tanı ve tarama kriterleri bu temele dayanmaktadır. Ayrıca, IADPSG'nin yayımladığı bu raporda daha önce bilinen DM'si olmayan tüm gebelerin taranması gerektiğini bildirmiştir. Bu tanı kriterleri GDM prevalansını artırmaktadır, çünkü tek anormal değer tanı için yeterli bulunmaktadır. Bu tanı kriterleri değişiklikleri dünyada obezite ve DM'deki artış nedeni ile anne ve neonatal gebelik sonuçlarını optimize etmek amacıyla yapılmıştır.

Gestasyonel Diyabetis Mellitus Tanı ve Taramada Güncel Yaklaşımlar

Kırk yıldan daha uzun süredir devam eden araştırmalara karşın, gestasyonel diyabet taranmasına yönelik optimal yaklaşım açısından görüş birliği yoktur (Cunningham ve vd., 2016). Günümüzde hala evrensel mi, yoksa seçilmiş taramanın mı kullanılması gerektiği ve gebelik diyabeti tanısında iki aşamalı test yerine, tek aşamalı tanı yaklaşımının kullanılması konusunda tam bir görüş birliğine varılamamıştır.

ACOG, IADPSG kriterlerini kullanmanın anne ve bebek sonuçlarını düzeltereğine ilişkin yeterli kanıtların olmadığını, ayrıca GDM tanısı konulan gebe sayısı artacağı için sağlık harcamalarının da artacağını ileri sürerek tek aşamalı tanı yaklaşımına karşı çıkmaktadır. Bununla birlikte her gebenin

24-28. gebelik haftasında rutin olarak taranması gerektiğini bildirmişlerdir (ACOG, 2013).

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü uzmanları ise 2013'te yayınladıkları bildiriye, IADPSG kriterlerini kullanmak için elde yeterli kanıtlar olmadığını, Amerikan toplumuna özgü kriterlerin geliştirilmesi için kanıta dayalı yeni araştırmalara ihtiyaç olduğunu ve bu sebeple şimdilik, iki aşamalı tanı testlerine devam edilmesini önermişlerdir (Vandorsten ve ark, 2013).

ADA, yakın zamana kadar klasik iki aşamalı tarama testini benimsemiş iken, 2010 yılı itibariyle IADPSG kriterlerinin uygulanmasını savunmaya başlamıştır. Ancak konu üzerinde uzlaş sağlanamaması nedeniyle ADA 2015 yılından beri 'Diyabette Tıbbi Bakım Standartları' raporlarında, GDM tanısında tek aşamalı ya da iki aşamalı tanı yaklaşımlarından birinin, seçilmiş toplumun özelliklerine göre kullanılabileceğini bildirmektedir (ADA, 2017). ADA tarafından 2017 yılında yayınlanan raporda GDM için önerileri şu şekildedir;

- Risk faktörleri olan kadınlarda ilk teşhis öncesi prenatal değerlendirmede diyabet tanısı olup olmadığı standartları ölçütleri kullanarak test edilmelidir (Kanıt Düzeyi: B)
- Daha önce diyabetli olmadığı bilinen gebe kadınlar 24-28. gestasyonel haftalarda gebelik diyabeti açısından taranmalıdır (Kanıt Düzeyi: A).
- OGTT ve klinik olarak gebe olmayan kişiler için kullanılan tanı ölçütlerini kullanarak doğumdan 4-12 haftasonra kalıcı diyabet için GDM'li kadınlar taranmalıdır (Kanıt Düzeyi: E).
- GDM öyküsü olan kadınların en az her 3 yılda bir diyabet veya prediyabet gelişimi için hayat boyu sürecektaramaları olmalıdır (Kanıt Düzeyi: B).

Tablo 1. American Diyabet Birliği GDM Tarama ve Tanı Kriterleri

<p>Tek adımlı strateji Daha önce açık diyabet tanısı konmamış kadınlarda 24-28. gebelik haftasında kadının açlık plazma glikozunu ölçün ve 75 g OGTT gerçekleştirdikten sonra 1 ve 2 saatte glikoz değerlerini ölçün. OGTT, sabahları en az 8 saatlik açlığın ardından yapılmalıdır. GDM tanısı, aşağıdaki plazma glikoz değerlerinden herhangi biri karşılandığında veya aşıldığında yapılır: Açlık: 92 mg/dL (5,1 mmol/L) 1 saat: 180 mg/dL (10,0 mmol/L) 2 saat: 153 mg/dL (8,5 mmol/L)</p>
<p>İki adımlı strateji 1. Adım: Daha önce aşikâr diyabet tanısı olmayan gebelere 24-28. gebelik haftasında plazma glikozu ölçümüyle birlikte 1 saatte 50 g glikoz tolerans test uygulanır. Eğer yükmeden 1 saat sonra plazma glikoz seviyesi ≥ 130 mg/dL, 135 mg/dL veya 140 mg/dL * (7,2 mmol/L, 7,5 mmol/L veya 7,8 mmol/L) ise, 100 g OGTT'ye geçilir. 2. Adım: Gebe aç iken 100 g OGTT uygulanır.</p>

ADA yine aynı raporda GDM taraması ve tanısı için kullanılacak tanı ölçütlerini Tablo 1'de olduğu gibibildirmiştir (ADA 2017).

Tablo 2. American Diyabet Birliği GDM Tarama ve Tanı Kriterleri (Devam)

<p>GDM tanısı, aşağıdaki dört plazma glikoz düzeyinden en az ikisinin (OGTT'den sonra açlık ve 1 saat, 2 saat ve 3saat ölçülür) eşit veya fazla olması ile konulur:</p>	
<p>Carpenter/Coustan</p>	<p>NDDG</p>
<p>1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi</p>	

Açlık	95 mg/dL (5,3 mmol/L)	105 mg/dL (5,8 mmol/L)
1 Saat	180 mg/dL (10,0 mmol/L)	190 mg/dL (10,6 mmol/L)
2 Saat	155 mg/dL (8,6 mmol/L)	165 mg/dL (9,2 mmol/L)
3 Saat	140 mg/dL (7,8 mmol/L)	145 mg/dL (8,0 mmol/L)

NDDG, Ulusal Diyabet Veri Grubu.

* ACOG, 135 mg/dL (7,5 mmol/L) veya 140 mg/dL (7,8 mmol/L) önerir. Sistematik bir derleme, 130 mg/dL'lik bir kesimin (7,2 mmol/L) 140 mg/dL'ye (7,8 mmol/L) göre daha duyarlı, ancak daha az spesifik olduğunu belirledi (Donovan ve vd., 2013).

Kaynak: American Diabetes Association (ADA). (2017). Standards of medical care in diabetes 2017. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 40(1),19-20.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 yılında yayınladığı raporunda gestasyonel diyabetin her gebe için rutin taranması gerektiğini bildirmiştir. Gestasyonel diyabet tanı kriteri için önerilen değerler şöyledir (World Health Organization, 2016);

Aşağıdakilerden biri veya daha fazlası:

- Açlık plazma glikozu _____ 5,1-6,9 mmol/L (92-125 mg/dl)
- 1 saatlik plazma glikozu * _____ \geq 10,0 mmol/L (180 mg/dl)
- 2 saatlik plazma glikozu _____ 8,5-11,0 mmol/L (153-199 mg/dl)

*75 g oral glikoz yüklemesi bittikten 1 saat sonra venöz plazma glikozu

İngiltere'de NICE, 2015 yılındaki kılavuzunda yüksek risk grupları için uygun maliyetli olması nedeniyle seçici tarama yapılmasını önermektedir. Yüksek risk grubunda olan gebeler şunlardır (NICE, 2015):

- BKİ 30 kg/m² den fazla olanlar
- Birinci derece akrabalarda diyabet varlığı
- Daha önce makrozomik bebek doğurmuş olma (4,5 kilo ya da daha fazla)
- Daha önceki gebelikte GDM öyküsü
- Diyabet prevalansının yüksek olduğu ırklar (Güney Asyalı, Siyah Karayipler ve Orta Doğu)

NICE tarama için risk belirlenen gebelerde 2 saatte 75 gr oral glikoz tolerans testinin kullanılmasını önermiştir. Tanıda ise açlık plazma glikoz \geq 100 mg/dL veya OGTT 2.st plazma glikoz değeri \geq 140 mg/dl bulunmasını GDM tanısı için yeterli görmektedir. Bu rapora göre, ayrıca daha önceki gebeliklerde GDM varsa ilk veya 2. trimesterlerde OGTT ile tarama önerilmektedir (NICE, 2015). Yine gestasyonel diyabet hakkında yapılan 5 Uluslararası Çalıştay Konferansı sonucunda evrensel taramanın yerine tanımlanan kılavuzlar kullanılarak seçici taramanın yapılması önerilmiştir (Metzger ve vd., 2008);

Ülkemizde ise konu ile ilgili otoriteler, IADPSG kriterleri ile GDM tanısı koymak çok kolaylaşacağından, GDM tanısı alan gebe sayısının çok artacağına, bu durumun ekonomik ve

emosyonel sorunları beraberinde getireceğine işaret ederek iki aşamalı tanı yaklaşımına devam edilmesini benimsemektedirler. TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu, özellikle jinekoloji camiası tarafından benimsenen iki aşamalı tanı yaklaşımının sürdürülmesini önermekle birlikte kolay uygulanması, GDM tanısına standardizasyon getirmesi ve glikoz kesim noktalarının doğrudan fetusun komplikasyonlarına dayanarak belirlenmesi nedeniyle, alternatif olarak, 75 g glikozlu OGTT'nin de GDM tanısında kullanılabileceğini ve GDM taramasının her gebe için rutin olarak uygulanması gerektiğini önermektedir (TEMED, 2018).

Konu ile İlgili Yapılan Güncel Araştırmalar

Olumsuz perinatal sonuç riskini tahmin etmek için tek bir açlık glikozu ölçümünün yeterli olup olmadığı konusunda belirsizlik devam etmektedir. Shen ve vd. (2017) tarafından 12594 gebe ile yapılan bir kohort çalışmasında olumsuz gebelik sonuçlarını değerlendirebilmek için 75 g OGTT yapılan gebelerde açlık glikoz değeri ölçümlerini değerlendirilmiştir. Açlık glikoz ile ilişkili olarak, glikoz ölçüm sonuçları doğrusal olarak gestasyonel yaşa göre büyük bebek ile ilişkili bulunmuştur (odds oranı 1,37, %95 güven aralığı 1,30-1,45). Makrozomi riskinin, anormal açlık glikozu ($\geq 5,1$ (105) mmol/l) olan gebelerde arttığı bildirilmiştir.

HAPO Çalışma Grubu tarafından 2008 yılında 9 ülkedeki 15 merkezde 25 505 gebe ile yapılan araştırmada 75 gr OGTT yapılan maternal glikoz intoleransı dereceleri ile kötü (olumsuz) sonuç riski arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmada açlık glikoz düzeyinin 105 ve altı ve 2. saat glikoz düzeyinin 200 ve altı olan gebelerde makrozomi, primer sezeryan, neonatal hipoglisemi ve kord kan serum C-peptid düzeyinin 90 persentilin üstü olması anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Metzger ve vd., 2008).

IADPSG son zamanlarda gestasyonel GDM tanısı için yeni kriterler önermiştir. Werner ve vd. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, IADPSG kriterlerinin kabul edilip edilmeyeceği incelenmiştir. Çalışmada, gebelikte glikoz taramasına ilişkin IADPSG'in önerileri maliyetli olduğu ve modelin daha çok GDM tanısı alan gebelerde gelecekte diyabet hastası olma riskini tanımlamakta duyarlı olduğu sonuçlarına varılmıştır.

Cosson ve vd. (2012) tarafından yapılan seçici taramanın etkinliğini araştıran bir kohort çalışmada 2002- 2010 yılları arasında doğum yapan 18 775 gebe çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre son on yılda risk faktörlerinin (yaş>35, BMI>25 kg/m², GDM öyküsü, makrozomi öyküsü, ailede DM öyküsü) varlığında artış (%51,7'den %61,5'e) olduğu rapor edilmiştir. Bununla birlikte, seçici bir taramanın, risk faktörü tanımlanmayan GDM'li gebelerin üçte birinin yakalanamamasına neden olduğunu bildirmişlerdir.

Ogonowski ve vd. (2007) tarafından yapılan bir araştırmada GDM için risk faktörlerinin güçlü olarak GDM öyküsü (OR:4,35) ve ailede DM öyküsü (OR:3,03) olduğu, zayıf olarak ise yaş (OR:1,69), BMI (OR:1,50) ve makrozomik bebek öyküsü (OR:1,64) olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada GDM için geleneksel risk faktörlerine dayalı seçici taramanın, düşük hassasiyete sahip olduğu ve Kafkaslı gebelerin yalnızca %60'ına tanı koyabildiği belirtilmiştir.

Teh ve vd. (2011) tarafından yapılan bir çalışmada ise GDM için en güçlü risk faktörlerinin, geçmişte GDM öyküsü (OR=10,7; %95 GA:5,4-21,1), maternal yaş ≥ 40 (OR 7,0; %95 GA 2,9-17,2) ve BMI ≥ 35 kg/m (OR 6,1; %95 CI 3,0-12,1) olduğu rapor edilmiştir.

Tieu ve vd. (2014) tarafından yapılan bir Cochrane derlemesine de anne ve bebek sağlığının iyileştirilmesi için GDM'nin taranması ve yönetimini inceleyen 3972 kadını içeren dört çalışmaya dâhil edilmiştir. Randomize olmayan kontrollü çalışmada 50 gr oral glikoz testi ile rutin tarama ile risk faktörü taramasını karşılaştırılmıştır. Çalışmada rutin tarama grubundaki gebelerin daha fazla GDM tanısı aldığı bildirilmiştir. Bu çalışmada, doğum şekli, gestasyonel yaş ve makrozomi gibi diğer primer sonuçlarla ilgili bilgi rapor edilmemiştir. İkincil sonuçlar göz önüne alındığında, risk faktörü tarama grubundaki annelerin bebeklerinin, rutin tarama grubundaki annelerin bebeklerinden daha erken doğdukları bildirilmiştir. Diğer üç çalışmada, 50 g'lık OGTT için farklı yöntemler değerlendirilmiştir. Glikoz çözeltisi ile yiyeceklerin karşılaştırıldığı bu çalışmalarda GDM tanısında herhangi bir fark bulunmamıştır. Yazarların sonuçlarına göre gestasyonel diyabet taramasının veya hangi tarama türlerinin anne ve bebek sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğini belirleyen yeterli kanıt yoktur.

Bununla birlikte şu anda 50-100 gr glikozun anne ve bebeğe yaptığı olumsuz etki ile ilgili literatürde herhangi bir kaynağa rastlanmamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Gebelik sırasında GDM görülme sıklığı dünyada ve ülkemizde farklı oranlarda görülebilmektedir. Bununla birlikte GDM tanısının erken dönemde konması ve tedaviye başlanması, gelişebilecek maternal ve fetal komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Dünya genelinde GDM tanısı ile ilgili öneriler incelendiğinde, ACOG, ADA, WHO, Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü ve TEMD GDM taramasının her gebe için 24-28. hafta arasında rutin olarak uygulanmasını, eğer risk grubunda ise gebeliğin başında uygulaması gerektiğini bildirirken NICE ve 5. Uluslararası GDM Çalıştay sonuçları rutin taramanın yerine seçici taramanın kullanılması gerektiğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte ACOG ve Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü iki aşamalı tanı testlerinin, WHO ve NICE tek aşamalı tanı testinin, ADA ve TEMD ise tek ve iki aşamalı tanı testlerinden birinin toplumun özelliklerine göre kullanılmasını önermektedir.

Bu sonuçlara dayalı olarak;

- Ebe ve hemşirelerin GDM'nin tanı ve taraması konusunda kapsamlı bilgi birikimine sahip olması, sağlık hizmeti verdiği bölgenin GDM taraması hakkındaki tutumlarını bilmesi ve kadınları ve ailelerini bilgilendirilmiş karar verme sürecinde desteklemesi,
- Örgün ebelik ve hemşirelik eğitimlerinde ve hizmet içi eğitim programlarında GDM'nin anne ve fetus- yenidoğan sağlığına olan etkileri, tanı ve taraması konularına yer verilmesi,
- Hastane ve klinik yöneticilerin GDM, tanı ve tarama testleri konusundaki güncel yaklaşımlar ve kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili hizmet içi eğitim planlama ve yürütülmesini sağlamaları,

- GDM'nin tanı, tarama ve tanı testlerinin fetus-yenidoğan üzerine etkileri konusunda kapsamlı ve güçlü düzeyde kanıt oluşturabilecek deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Akış, N., Pala, K., & Seçkin, R. Ç. (2008). Gestasyonel diyabetes mellitus prevalansı ve ilişkili risketmenleri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 34(3), 93-96.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2013). Practice Bulletin No. 137: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics & Gynecology*, 122(2), 406-16.
3. American Diabetes Association (ADA). (1997). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 20(7), 1183-1197.
4. American Diabetes Association (ADA). (2010). Standards of medical care in diabetes-2010. *DiabetesCare*, 33(1) 11-61.
5. American Diabetes Association (ADA). (2013). Standards of medical care in diabetes--2013. *DiabetesCare*, 36(1), 11-66.
6. American Diabetes Association (ADA). (2017). Standards of medical care in diabetes 2017. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 40(1).
7. Beji-Kızılkaya, N., & Yılmaz, T. (2015). Kronik sağlık sorunları ve gebelik. *Kadın sağlığı ve hastalıklarım* (ss. 474-476). Nobel Tıp Kitapevi: İstanbul
8. Bental, Y., Reichman, B., Shiff, Y., Weisbrod, M., Boyko, V., Lerner-Geva, & L., Mimouni, F. B. (2011). Impact of maternal diabetes mellitus on mortality and morbidity of preterm infants (24-33 weeks gestation). *Pediatrics*, 128, 848.
9. Carpenter, M. W., & Coustan, D. R. (1982). Criteria for screening tests for gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 144, 768-73.
10. Correa, A., Gilboa, S. M., Besser, L. M., Botto, D. L., Moore, C. A., Hobbs, C. A., Cleves, M. A., Riehle-Colarusso, T. J., Waller, D. K., & Reece, E. A. (2008). Diabetes mellitus and birth defects. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199, 237.
11. Cosson, E., Benbara, A., Pharisien, I., Nguyen, M. T., Revaux, A., & Lormeau, B. (2012). Diagnostic and prognostic performances over 9 years of a selective screening strategy for gestational diabetes mellitus in a cohort of 18,775 subjects. *Epidemiology/Health Services Research*.
12. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2016). *Williams obstetri*. Nobel Tıp Kitapevi: İstanbul
13. Çoban, A. (2016). Riskli gebelikler. *Kadın sağlığı* (ss. 324-348). Nobel Tıp Kitapevi: İstanbul
14. Dashe, J. S., Nathan, L., McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2000). Correlation between amniotic fluid glucose concentration and amniotic fluid volume in pregnancy complicated by diabetes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 182, 901.
15. DeSisto, D. L., Kim, S. Y., & Sharma, A. J. (2014). Prevalence estimates of gestational diabetes mellitus in the United States, pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS), 2007-2010.

Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice and Policy, 11, 1-9.

17. Durnwald, C., Huston-Presley, L., & Amini, S. (2004). Evaluation of body composition of large-for-gestational-age infants of women with gestational diabetes mellitus compared with women with normal glucose levels. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 191, 804.
18. Duhon, B., Attridge, R. L., Franco-Martinez, A. C., Maxwell, P. R., Hughes, D. W. (2013). Intravenous sodium bicarbonate therapy in severely acidotic diabetic ketoacidosis. *Ann Pharmacother* 47, 970–975.
19. Eidem, I., Stene, L. C., Henriksen, T., Hanssen, K. F., Vangen, S., Vollset, S. E., & Joner, G. (2010). Congenital anomalies in newborns of women with type 1 diabetes: nationwide population-based study in Norway, 1999-2004. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(11), 1403.
20. Eidem, I., Vangen, S., Hanssen, K. F., Vollset, S. E., Henriksen, T., Joner, G., & Stene, L. C. (2011). Perinatal and infant mortality in term and preterm births among women with type 1 diabetes. *Diabetologia*, 54(11), 2771.
21. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (1997). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 20, 1183–97.
22. Galindo, A., Burguillo, A. G., Azriel, S., & Fuente-Pde, L. (2006). Outcome of fetuses in women with pregestational diabetes mellitus. *Journal of Perinatal Medicine*, 34(4), 323
23. Hammoud, N. M., Visser, G. H. A., Peterst, S. A. E., Graatsma, E. M., Pistorius, L., & de Valk, H. W. (2013). Fetal growth profiles of macrosomic and non-macrosomic infants of women with pregestational or gestational diabetes. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 41(4), 390.
24. Hay, W. W. (2012). Care of the infant of the diabetic mother. *Current Diabetes Reports*, 12, 4.
25. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG). (2010). International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*, 33, 676-82.
26. McFarland, M. B., Langer, O., & Fazoni, E. (2000). Anthropometric and body composition differences in large-for-gestational age, but not appropriate- for-gestational age infants of mothers with and without diabetes mellitus. *Journal of the Society for Gynecologic Investigation*, 7, 231.
27. Metzger, B. E. (1991). Summary and recommendations of The Third International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes*, 40(2), 197-201.
28. Metzger, B. E., & Coustan, D. R. (1998). Summary and recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 21(2) 161-167.
29. Metzger, B. E., Buchanan, T. A., Coustan, D. R., de Leiva, A., Dunger, D. B., Hadden, D. R., Hod, M., Kitzmiller, J. L., Kjos, S. L., Oats, J. N., Pettitt, D. J., Sacks, D. A., & Zoupas, C. (2007). Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 30(2), 251-260.
30. Metzger, B. E., Lowe, L. P., Dyer, A. R., Trimble, E. R., Chaovarindr, U., Coustan, D. R, Hadden, D. R.,

31. McCance, D. R., Hod, M., McIntyre, H. D., Oats, J. J., Persson, B., Rogers, M. S., & Sacks, D. A. (2008). Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 358, 1991-2002.
32. National Diabetes Data Group (NDDG). (1989). Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes*, 28, 1039-1057.
33. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2015). Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. Son Erişim: 27 Ekim 2018, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3/resources/diabetes-in-pregnancy-management-from-preconception-to-the-postnatal-period-pdf-51038446021>.
34. O'Sullivan, J. B., & Mahan, C. M. (1964). Criteria for the Oral Glucose Tolerance Test in Pregnancy. *Diabetes*, 13, 278-285.
35. Ogonowski, J. A. W., Miazgowski, T., Homa, K., Celewicz, Z., & Kuczyn'Ska, M. (2007). Low predictive value of traditional risk factors in identifying women at risk for gestational diabetes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 1165-1170.
36. Persson, M., Norman, M., & Hanson, U. (2009). Obstetric and perinatal outcomes in type I diabetic pregnancies. *Diabetes Care*, 32, 2003.
37. Rosenn, B., Miodovnik, M., Combs, C. A., Khoury, J., & Siddiqi, T. A. (1994). Glycemic thresholds for spontaneous abortion and congenital malformations in insulin dependent diabetes mellitus. *Obstetrics & Gynecology*, 84, 515.
38. Shen, S., Lu, J., Zhang, L., He, J., Li, W., Chen, N., Wen, X., Xiao, W., Yuana, M., Qiu, L., Keung Cheng, K., Xia, H., Mol, B. W. J., & Qiu, X. (2017). Single fasting plasma glucose versus 75-g oral glucose-tolerance test in prediction of adverse perinatal outcomes: A cohort study. *EBioMedicine*, 16, 284-291.
39. Teh, W. T., Teede, H. J., Paul, E., Harrison, C. L., Wallace, E. M., & Allan, C. (2011). Risk factors for gestational diabetes mellitus: Implications for the application of screening guidelines Australian and New Zealand. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51, 26-30.
40. Tieu, J., McPhee, A. J., Crowther, C. A., & Middleton, P. (2014). Screening and subsequent management for gestational diabetes for improving maternal and infant health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, DOI: 10.1002/14651858.CD007222.pub3.
41. Tonguç, M. (2015). Yeni ve eski kriterlere göre gestasyonel diyabetes mellitus prevalans çalışması ve ikisatlik glukoz tolerans testinin tekrarlanabilirliğinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri.
42. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). (2018). Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu-2018. Erişim Tarihi: 15 Ekim 2018, http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180517113926-2018-05-17tbl_gruplar113924.pdf.
43. Vandorsten, J. P., Dodson, W. C., Espeland, M. A., Grobman, W. A., Guise, J. M., Mercer, B. M.,

44. Minkoff, H. L., Poindexter, B., Prosser, L. A., Sawaya, G. F., Scott, J. R., Silver, R. M., Smith, L., Thomas, A., & Tita, A. T. (2013). NIH consensus development conference: diagnosing gestational diabetes mellitus. *NIH Consensus and State of The-Science Statements*, 29, 1–31.
45. Werner, E. F., Pettker, C. M., Zuckerwise, L., & Reel, M. (2012). Screening for gestational diabetes mellitus: Are the criteria proposed by the international association of the diabetes and pregnancy study groups cost-effective?. *Diabetes Care*, 35, 529–535.
46. World Health Organization (WHO). (2016). Global Report On Diabetes. WHO Press, World Health Organization, Geneva.
47. Yanit, K. E., Snowden, J. M., Cheng, Y. W., & Caughey, A. B. (2012). The impact of chronic hypertension and pregestational diabetes on pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 207, 333.

50 - PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN EBEVEYNLERİN DENEYİM VE GEREKSİNİMLERİ

Zeynep Balacan*, Zekiye Karaçam**, Gizem Güneş Öztürk**

* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

** Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Özet

Amaç: Araştırmanın amacı, prematüre bebeği olan ebeveynlerin deneyim ve gereksinimlerini belirlemektir. **Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı fenomenoloji deseni ile niteliksel olarak Kasım 2015 ve Kasım 2016 tarihleri arasında, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde prematüre bebeği yatan 13 ebeveyn ile yapılmıştır. Veriler, ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini sorgulayan yapılandırılmış, deneyim ve gereksinimlerini sorgulayan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile görüşme yapılarak ve ses kaydı alınarak toplanmıştır. Verilerin analizi içerik analiz yöntemi ile yapılmış, ebeveynlerin deneyimleri 5 tema ve 11 alt temada, gereksinimleri ise 1 tema ve 7 alt temada toplanmıştır.

Bulgular: Ebeveynlerin gebelik sırasında olumlu ebeveynlik (n=6), duygusal stres (n=7) ve fiziksel sağlık problemleri (n=4) deneyimleri, erken doğumu öğrendiklerinde ise olumsuz (n=11), karışık (n=2) ve olumlu (n=2) duygular yaşadıkları belirlenmiştir. Ebeveynlerin bebeklerini ilk kez gördüklerinde olumlu (n=5) ve karışık (n=8) duygular ile olumsuz deneyim (n=6) ve ebeveynlik davranışı (n=2); bebeklerini ilk kez kucaklarına aldıklarında da yine olumsuz (n=5), karışık (n=5) ve olumlu (n=10) duygular ile negatif (n=6) ve pozitif (n=2) ebeveynlik davranışlara sahip oldukları saptanmıştır. Ebeveynler gebelik sırasında emosyonel (n=2), sosyal (n=3) ve ekonomik (n=1) desteğe, erken doğum durumunu öğrendiklerinde de emosyonel (n=6), ekonomik (n=2), sosyal (n=7) ve fiziksel (n=2) desteğe gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Ebeveynler bebeklerini ilk gördüklerinde ve kucaklarına aldıklarında cesaretlendirilme (n=4) eş ve bebeğinin yanında olma (n=6) ve bilgilendirilmeye (n=4), yine prematüre bir bebeğin annesi / babası olarak da eş ve bebeğinin yanında olma (n=5) ve bilgilendirilmeye (n=5) ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir.

Sonuç: Bu araştırmada prematüre bebeği olan ebeveynlerin olumsuz, karışık ve olumlu duygular, duygusal stres ve fiziksel sağlık problemler ile negatif ve pozitif ebeveynlik davranışları deneyimledikleri; emosyonel, sosyal, ekonomik ve fiziksel desteğe, cesaretlendirilmeye, eş ve bebeğinin yanında olmaya ve bilgilendirilmeye gereksinim duydukları sonuçlarına ulaşılmıştır. Ebeveynlerin deneyimlerinin paylaşılması ve bildirdikleri gereksinimlerinin karşılanması ile anne-bebek ve aile sağlığının gelişimine katkı sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Ebeveyn, prematüre, doğum, gereksinim, deneyim, bakım

Parents' Experience And Needs Of Having Premature Baby

Abstract

Aim: to determine the experience and needs of parents of premature babies.

Method: This qualitative study was made phenomenology between November 2015 and November 2016 with 13 parents having premature infants at Adnan Menderes University Practice and Research Hospital Neonatal

Intensive Care Unit. Data have been collected by interviews with a structured interview form that representative of parents, a semi-structured interview form that questioning their experience and voice recording. The data was analyzed content analysis method; the parents' experiences were collected in 5 themes and 11 sub-themes, the requirements in 1 theme and 7 sub-themes.

Results: It was determined that parents experienced positive parenting (n=6), emotional stress (n=7) and physical health problems (n=4) during pregnancy and negative (n=11), mixed (n=2) and positive (n=2) emotions when learned that started preterm birth. They felt positive (n=5) and mixed (n=8) emotions, had negative experience (n=6) and parenting behavior (n=2) when saw their baby at the first time. They also felt negative (n=5), mixed (n=5) and positive (n=10) emotions and had negative (n=6) and positive (n=2) parental behaviors when took baby in their arms. Parents indicated that they needed emotional (n=2), social (n=3) and economic (n=1) support during pregnancy and emotional (n=6), economic (n=2), social (n=7) and physical (n=2) support when learned that started preterm birth. Parents reported that they needed encouragement (n=4) stand by partner and baby (n=6) and informed (n=4) when saw and took baby on their arms. And also they reported that they needed stand by partner and baby (n=5) and informed (n=5) as a mother/father of a premature baby.

Conclusion: In this study, we concluded that parents of premature babies experienced negative, mixed and positive emotions, emotional stress and physical health problems and negative and positive parenting behaviors, and needed to social, economic and physical support, encouraged, stand by partner and baby, and informed. Share of parents' experiences and fulfil their needs can contribute to the development of mother-infant and family health.

Key words: Parent, premature, birth, requirement, experience, care

Giriş

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre Ülkemizde halen bebek ölüm hızı 1,000 canlı doğumda 13 ve neonatal ölüm hızı 1,000 canlı doğumda 7'dir (Koç, Yüksel-Kaptanoğlu ve Eryurt, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (2014) verilerinde ise 2013 yılında 13 900 bebeğin yaşamını yitirdiği ve bebek ölüm hızının binde 10,8 olduğu bildirilmektedir. Bu oranlar halen gelişmiş ülkelerin ve Avrupa Birliği ortalamalarının üzerindedir (Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği Bakanlığı, 2011; Sidebotham, Frederick, Covington & Mitchell, 2014; Sidebotham, Fraser, Fleming, Ward-Platt & Hain, 2014). Bu oranların daha da azaltılabilmesi için bebek ölümlerinin izlenmesinin yanında, ölüm nedenlerinin de doğru olarak belirlenmesi ve bunlara yönelik koruyucu ve önleyici önlemlerin alınması gerekmektedir (Korkmaz ve ark. 2013). Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirildiği bir çalışmada başlıca bebek ölüm nedenlerinin prematürite ve respiratuar distres sendromunun olduğu, %14,5'inin önlenebilir nedenlerden oluştuğu bildirilmiştir (Korkmaz ve ark. 2013). Bir diğer çalışmada ise başlıca bebek ölüm nedenleri prematürite ilgili komplikasyonlar, neonatal enfeksiyonlar, konjenital anomaliler ve genetik bozukluklar olarak sıralanmıştır (Demirel ve ark. 2013).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012 'de yayınlanan ve 184 ülkenin yer aldığı "Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda" Dünya prematüre doğum oranının %5-18 arasında değişmekte olduğu ifade edilirken (World Health Organization [WHO], 2012), ülkemizin 2014 yılı canlı doğum sayısı 1.337.504 olarak belirtilmiştir (TÜİK, 2014). Hem ülkemizde hem de Dünyada, son yıllarda prematüre bakımında ciddi gelişmeler olmasına rağmen, prematüre doğumların azaltılması konusunda belirgin bir ilerleme kaydedilememiştir.

Ulusal ve uluslararası yasal düzenlemelere göre ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi için önemli sorumlulukları bulunmaktadır (International Confederation of Midwives [ICM] 2013; Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014). Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (2013), ebelerin temel sorumluluklarının birisinin sağlıklı yenidoğanın bakım ve izlenimini gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde gereken danışmanlık, bakım ve destek hizmetlerini kadınla işbirliği içinde sunmak olduğunu bildirmektedir. Ayrıca ebelerin yüksek riskli yenidoğanın bakım ve izlemi konusunda önemli sorumlulukları olduğunu da bildirmektedir. Bu bağlamda ebeler yüksek riskli bebeği olan ebeveynlerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinden sorumludurlar (ICM, 2013).

Ebe ve hemşireler prematüre bebeği olan aileler ile doğumhanede, hastanede ve yoğun bakım ortamlarında sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Bu ebeveynlerin çok sayıda fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve spiritüel gereksinimleri bulunmaktadır (Konukbay ve Arslan, 2011; Abdelmuktader ve Abdelhamed, 2012; Guillaume ve ark. 2013; Gund ve ark. 2013). Ülkemizde prematüre bebeği olan ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynler ile ilgili daha çok gözlemsel çalışmaların

yapıldığı ve annelerin duygusal problemlerine ve gereksinimlerine odaklandığı görülmektedir (Çalışır ve ark. 2008; Hotun Şahin ve Oskay, 2008; Sola ve Diken, 2008; Çırlak ve Erdemir, 2013; Türkoğlu ve ark. 2014;). Ancak prematüre bebeği olan ebeveynlerin gereksinimlerinin tüm boyutları ve deneyimleri konusunda daha kapsamlı verilerin elde edilmesini sağlayan niteliksel araştırmalara gereksinim bulunmaktadır. Bu kapsamda elde edilen bilgiler prematüre bebeği olan ebeveynlerin bakım, eğitim ve danışmanlık gereksinimlerinin karşılanmasında hizmetin planlanması ve sunumunayarımcı olabilir.

Araştırmanın amacı ve araştırma soruları

Araştırmanın amacı, prematüre bebeği olan ebeveynlerin deneyim ve gereksinimlerini belirlemektir. Araştırmada yanıtlanması hedeflenen sorular şunlardır; S1: Prematüre bebeği olan ebeveynlerin deneyimleri nelerdir? S2: Prematüre bebeği olan ebeveynlerin gereksinimleri nelerdir?

Gereç ve Yöntemler

Araştırma tanımlayıcı fenomenoloji deseni ile niteliksel olarak yapılmıştır (Erdoğan, 2014). Nitel araştırma insanların yaşadıkları dünyayı ve buradaki tecrübelerini nasıl uyguladıkları ve nasıl yorumladıklarını analiz etmek üzere geliştirilen araştırma yaklaşımlarını adlandırmak üzere kullanılan genel bir tanımdır. Nitel araştırma gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırmadır (Güler, Halıcıoğlu ve Taşkıgn, 2013). Tanımlayıcı fenomenoloji deseni ile bireylerin yaşam deneyimlerinin tarif edilmesi ve tanımlanması sağlanır (Güler ve ark. 2013; Erdoğan, 2014). Bu çalışmada bu desen içinde ebeveynlerin deneyim ve gereksinimlerine odaklanılmıştır.

Araştırmanın, Kasım 2015 ve Kasım 2016 tarihleri arasında, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde prematüre bebeği yatan ebeveynler ile yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme gelişigüzel (uygunluk) örnekleme yöntemi ile belirlenen 13 ebeveyn (9 anne ve 4 baba) alınmıştır. Literatürde, butür çalışmalar için örneklem hacminin araştırma sorularına verilen yanıtların doyum sağlaması, yani verilerin tekrarlama göstermesi durumuna göre belirlenebileceği (Aksayan ve Emiroğlu, 2002) ve genellikle 5-25 kişinin yeterli olduğu (Güler ve ark. 2013) bildirilmektedir. Çalışmaya alınma kriterleri, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeğinin olması ve her hangi bir ruhsal sağlık probleminin bulunmamasıdır. Araştırmaya davet edilen tüm ebeveynlerin tamamı katılım için gönüllü olmuşlardır ve ancak bir annenin (A4) verileri, acilen ayrılmak durumunda kaldığı için büyük oranda tamamlanamamış ve analize alınamamıştır.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanan yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır (Çalışır ve ark. 2008; Doğan, 2010; Konukbay ve Arslan, 2011; Çırlak ve Erdemir, 2013; Güleşen ve Yıldız, 2013; Türkoğlu ve ark. 2014). Görüşme formunda ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini sorgulayan 16 soru, deneyimlerini ve gereksinimlerini sorgulayan 17 soru bulunmaktadır. Görüşme formunun kapsam geçerliğini sağlamak için nitel araştırma konusunda deneyimli beş uzmanın görüşleri alınmış ve yapılan öneriler

doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Daha sonra bu formun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek ve görüşmenin standardizasyonunu sağlamak için beş ebeveyn ile ön uygulama yapılmış ve görüşme formuna son şekli verilmiştir. Ön uygulamada elde edilen veriler analize alınmamıştır.

Verilerin toplanması

Veriler toplanmasında öncelikle ebeveynler ile tanışılmış, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırma verileri, niteliksel araştırma deneyimi olan ikinci araştırmacının süpervizörlüğünde, ebelikte yüksek lisans tez aşamasında olan ve araştırma yöntemleri ve yayın etiği derslerini başarı ile tamamlayan birinci araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bu araştırmacı uzun süreli YYBÜ' de çalışma deneyimine sahiptir. Bu ebe ünitede çalışan ve ebeveynlerin bebeklerinin bakımında görev alan kadrolu personelidir. Bu durum görüşme sırasında ebeveynlerin güvenini sağlamada kolaylık oluşturmuştur. Görüşme sırasında ebeveynlerin mahremiyetleri dikkate alınmış, görüşmeler hastane içerisinde uygun ve boş olan bir odada, ebeveynlerin uygun olduğu zamanda yapılmıştır ve ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir.

Araştırmanın etik boyutu

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Anabilim Dalı Başkanlığından izin alınmıştır (Protokol No:2015/681). Araştırmaya dâhil edilen ebeveynlere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya katılmaya davet edilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırma verileri görüşme formu kullanılarak, yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile ve ses kayıt yapılarak toplanmıştır.

Verilerin analizi

Elde edilen verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Önce ebeveynlerin deneyim ve gereksinimlerinin görüşme sorularına verdikleri yanıtlar kelime kelime Microsoft Word belgesine yazılmış ve veri dökümü hazırlanmıştır. Daha sonra, bir ve ikinci yazarlar önce bağımsız olarak, ardından ortak bir oturumda tartışarak, ebeveynlerin sorulara verdiği yanıtları tek tek okumuşlar ve başlangıç kodlarını oluşturmuşlardır. Son olarak ortak yönleri olan başlangıç kodları, alt tema ve temalar biçiminde bir üst temada birleştirilmiştir. Elde edilen tema çeşitliliği ve yoğunluğu yorumlanarak örnekleri ile birlikte raporlanmıştır (Erdoğan, 2014).

Bulgular

Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; annelerin 19-36 ve babaların 24-42 yaş aralığında ve çoğunun ortaokul eğitim düzeyinde (anne: 5, baba: 2) oldukları saptanmıştır. Çalışmaya katılan 6 annenin ev hanımı ve bir babanın işsiz olduğu, bir annenin sağlık güvencesinin bulunmadığı, yine bir anne ve bir babanın gelir düzeylerini düşük olarak ifade ettikleri, dört annenin geniş ailede yaşadığı ve hepsinin resmi nikâhlarının bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmada, 4 babada eşleri ile birlikte katıldıklarından gebelik, doğum ve bebeğe ilişkin

bilgiler sadece annelerden alınmıştır. Araştırmada annelerin gebelik sayısının 1-4, doğum ve yaşayan çocuk sayılarının 1-3 arasında değiştiği, 5'inin sezaryen ile doğum yaptığı, 3'ünün gebelik öncesi ve 2'sinin de gebelik sırasında sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin bebeklerinin doğum ağırlığının 575-1900 aralığında ve tamamının istenen bebek olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Ebeveynlerin gebelik sırasında olumlu ebeveynlik (n=6), duygusal stres (n=7) ve fiziksel sağlık problemleri (n=4) deneyimleri belirlenmiştir (Tablo 2). Ebeveynlerin bu deneyimleri ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Çok heyecanım vardı bunu anlatmak benim için çok zor çünkü kendimde değildim heyecanda” (2B)

“İlk ayından beri düşük tehlikem vardı. Hafif kanamam olmuştu. Kistim vardı o kanama yaptı, sonra düzeldi. Sonzamanlarım daha iyiydi. Aniden olan bir doğum yapmam beni sarstı tabii ki” (5A)

“Çok stresli geçirdim. hep çok az bulantım oldu ama bel ağrım çok oluyordu, eğilemiyodum, hiç eğilemiyodum yatamıyodum yattığım yerden kalkamıyodum çok az haftamdı, ama 9.ayı hiç kalkamıyacak durumdaydım o derecekötü geçirmiştım. durmadı zaten çıktı” (9A)

Araştırmaya katılan ebeveynler erken doğumu öğrendiklerinde olumsuz (n=11), karışık (n=2) ve olumlu (n=2) duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Katılımcıların bu deneyimleri ile ilgili bazı ifadeleri aşağıda verilmiştir;

“Yaşadıklarım korkuyordum. Bir yandan sevinçli bir yandan erken doğacakları için tedirgindim” (2A)

“Erken doğacağını anladığımda 1300 gr dedi doktor, ben o zaman çok üzülümüştüm, yani bir balık gelmişti gözümün önüne sadece balık kadar falan demiştım. Yani nasıl yaşar diye düşündüm öyle yaşayacağını düşünmüyordum açıkçası. Yani doğunca yaşayacağını düşünmüyordum.” (6A)

“Aşlında bir yandan hani tam sevinemedik. Yine hem sevindik hem üzüldük diyebilirim. Bu konuda onun sağlıklı olması ve doğduğunda herhangi bir problem olması, olmaması daha doğrusu gayet sevindirirdi bizi” (4B)

Ebeveynler bebeklerini ilk kez görüldüklerinde olumlu (n=5) ve karışık (n=8) duygular ile olumsuz deneyim (n=6) ve ebeveynlik davranışı (n=2) deneyimlediklerini bildirmişlerdir (Tablo 2). Bazı ebeveynler bu deneyimlerini şöyle ifade etmişlerdir;

“Bebegimi ilk gördüğümde mutluydum. Çok mutluydum. Belki de o an için en şanslı kişi bendim” (2A)

“Korktum, çok küçük geldi. Korktum amaaa yani, en azından yaşıyo olduğuna sevindim. Yani sevinçle korku bir arada.” (1B)

“Çocuğumu vermediler bana ben orda hiç görmedim, sonra buraya geldim burada gördüm burada ilk gördüğümde de çok kötü oldum ağladım ama sonra böyle diğerlerini hep normal yaptım sağlıklı bu küçücük hani bişeye benzetemedim hani yani naptım, çok kötü oldum onu görünce anlatamıyorum o duyguyu bile ilk önce benimseyemedim ağlaya ağlaya çıktım gittim ondan sonra ertesi güne bi daha geldiğimde bi daha farklılaştık ondan sonra yavaş yavaş annelik duygusunu oturttum, 5 gün olmuştu çünkü görmeyeli 5 gün sonra gördüm” (9A)

“Ağladım bu benim olabilir mi diye düşündüm çünkü çok küçük uu yani hani beklediğim bebek gibi

değil normal doğan bebek gibi değildi benim değil dedim resmini görmek istemedim eşim resmini çekmişti. Bakmak istemedim o resme yani çok farklıydı. Ama şimdi öyle düşünmüyorum yani şimdi daha farklı”(10A)

Çalışmadaki ebeveynlerin bebeklerini ilk kez kucaklarına aldıklarında olumsuz (n=5), karışık (n=5) ve olumlu (n=10) duygular ile negatif (n=6) ve pozitif (n=2) ebeveynlik davranışları deneyimledikleri bulunmuştur(Tablo 2). Ebeveynlerin bu deneyimleri ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir; *“Daha kucağıma alamadım korkuyordum”(2B)*

“Yaşadıklarım mutluluktan ağladım. Korktuğum için önce elleyemedim ama sonra onlara doyamadım”(2A) *“Ağladım çünkü kucağıma alamayacağımı düşünüyordum.” (5A)*

“Ağladım yani kokusu falan çok böyle kalbi o kadar hızlı atmaya başladı ki yani sadece hayatta o var ve ben yanieş falan hiç bişi umrumda değil hani her şeyden önce o geliyor artık, önceliğim o buraya 5 dakika geç gelsem o beni bekliyor gitmem gerekiyor hemen dakika hesabı yapıyorum” (10A)

Araştırmaya katılan ebeveynler gebelik sırasında emosyonel (n=2), sosyal (n=3) ve ekonomik (n=1) desteğe ihtiyaçları olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 3). Bazı ebeveynler bu konudaki gereksinimlerini şu sözler ile dile getirmişlerdir;

“Yani sadece eşim yanımda olsun istedim onun dışında hiç bişey istemedim”(10A)

“Nasıl bakacağım diye düşündüm. Çok küçüktü çünkü. Maddi olarak normal bebeklere tabi ki artı bir özen gerektiriyor. Bez parası, kıyafetler daha pahalı. Maddi olarak tabi yıprandık”(5A)

“Ya insan hep bir dost istiyor yanında, dertleşecek. Ama kimseyle de dertleşemiyor. Yani ne bileyim hep herkese iyi dedim ben, iyi olsun diye. Hiç o çok kötü olduğu günlerde bile herkes soruyordu, hep iyi diyordum yani hiç kötüdemedim kimseye”(6A)

Araştırmada ebeveynlerin bebeklerinin erken doğum durumunu öğrendiklerinde emosyonel (n=6), ekonomik (n=2), sosyal (n=7) ve fiziksel (n=2) desteğe gereksinim duydukları bulunmuştur (Tablo 3). Ebeveynlerin bazıları bu gereksinimlerini şöyle ifade etmişlerdir;

“Maddi olarak değil de manevi destek yani psikoloji olarak çok kötüydüm yani 3-4 gün. inanamıyordum doğum yaptığıma” (8A)

“Maddi ve manevi sıkıntılarımız oldu. Bebeklerimin doğacağıın öğrendiğimde eşimle, ben ve annem vardı. Babamkayınvalidem ve kayınbabam bile yoktu yanımda”(2A)

“Nasıl bakacağım diye düşündüm. Çok küçüktü çünkü. Maddi olarak normal bebeklere tabi ki artı bir özen gerektiriyor. Bez parası, kıyafetler daha pahalı. Maddi olarak tabi yıprandık”(5A)

“Ya insan hep bir dost istiyor yanında, dertleşecek. Ama kimseyle de dertleşemiyor. Yani ne bileyim hep herkese iyi dedim ben, iyi olsun diye. Hiç o çok kötü olduğu günlerde bile herkes soruyordu, hep iyi diyordum yani hiç kötüdemedim kimseye”(6A)

Çalışmada ebeveynlerin bebeklerini ilk gördüklerinde ve kucaklarına aldıklarında cesaretlendirilmeye (n=4) eş ve bebeğinin yanında olmaya (n=6) ve bilgilendirilmeye (n=4) gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Bazı ebeveynler bu deneyimlerini şöyle dile

getirmişlerdir;

“Yardım istedim hemşirelerden bir yerlerine bişey olur zarar veririm diye korktum hala korkularım var.” (2A)

“Dokunduğumda zaten alıp gidesim geldi. Çok sevindim bilmiyom ya alışta insan nasıl anlatamıyorum yani çok güzel bi duygu hani bilmiyom insan dokunduğu zaman ayrılmak istemiyor hani eşimle birlikte geldiğim zaman hadi gidelim diyo ben orda kalıyom yani öyle bişey yani bilmiyom” (3A)

“Eşimin yanımda olmasını istedim”(3B)

“Tabi hep yanında olup görmek istiyorum. Hep merak ediyorum acaba verdiğim süt yeterlimi sonrası nolucak birsürü soru geliyor insanın aklına”(7A)

Ebeveynlere prematüre bir bebeğin annesi / babası olarak neye gereksinim duydukları sorulduğunda, eş ve bebeğinin yanında olmayı (n=5) ve bilgilendirilmeyi (n=5) istediklerini bildirmişlerdir (Tablo 3). Ebeveynlerinbu konudaki bazı ifadeleri şunlardır;

“Neye ihtiyacım olucak (düşünüyör) özellikle mikroplardan uzak durucak, kimseye elletmiycem işte, uzun bi süre elletmemeyi düşünüyodum zaten, Allah izin verirse, tek başıma bakıcam alışmam lazım, biraz daha büyüyecek herhalde, tecrübeli insanlarda var çevremde, eşimde Allah razı olsun çok bakıyo bakar yani, eminim bakarız diyedüşünüyorum”(3A)

“Eğitim almamız lazım yani öğrenmemiz lazım yani onu büyütmemiz için illaki beşiğe öyle söyylim”(3B)

Tartışma

Prematüre bebeği olan ebeveynlerin deneyim ve gereksinimlerinin incelenmesi amacı ile niteliksel olarak yapılan bu çalışmada 13 ebeveyn ile görüşülmüştür. Araştırmada ebeveynlerin deneyimleri ile ilgili elde edilen veriler *“olumlu ebeveynlik, duygusal stres, fiziksel sağlık problemi, emosyonel, bağlanma”* olmak üzere beş tema altında, ebeveynlerin gereksinimleri ile ilgili elde edilen veriler *“destek”* teması altında toplanmıştır. Elde edilen sonuçlar ebeveynlerin deneyimlerinin paylaşılması ve bildirdikleri gereksinimlerinin karşılanması ile anne-bebekve aile sağlığının gelişimine katkı sağlaması bakımından önemlidir.

Bu çalışmada ebeveynlerin gebelik sırasında, erken doğumu öğrendiklerinde, bebeklerini ilk kez görüldüklerinde ve kucaklarına aldıklarında olumlu, olumsuz ve karışık duygular, olumlu ve olumsuz ebeveynlik davranışları, duygusal stres ve fiziksel sağlık problemleri deneyimledikleri görülmüştür. Hotun Şahin ve Oskay (2008)'ın çalışmasında ise yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ailelerin bebeklerinin sağlığına ve hastanede uzun süre kalmaya ilişkin kaygı, birimler arasındaki koordinasyonsuzluk ve bürokratik işlemler konusunda güçlük, eş ve evdeki çocukların özlemi ve bakımına ilişkin sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Yine literatürde bu ebeveynlerin çaresizlik, kızgınlık, öfke veya tam tersine aşırı sessizlik ve hareketsizlik gibi farklı duygusal tepkiler gösterebileceği bildirilmektedir (Erdeve ve ark. 2008, Konukbay ve Arslan, 2011). Bu sonuçlara göre prematüre ya da yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan ebeveynlerin daha çok duygusal düzeyde olmak üzere farklı deneyimler yaşadığı söylenebilir.

Çalışmada ebeveynlerin gebelik sırasında, erken doğumu öğrendiklerinde, ilk kez

görüldüklerinde ve kucaklarına aldıklarında emosyonel, sosyal, fiziksel ve ekonomik desteğe, cesaretlendirilmeye, eş ve bebeğinin yanında olmaya ve bilgilendirilmeye gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır. Güleşen ve Yıldız (2013)'in çalışmalarında da hastanede uzun süreli bakım ve tedavi alan bebekler ve ebeveynlerinin birlikte olmaya gereksinimlerinin olduğu ve bu durumun bağlanmayı güçlendirebileceği vurgulanmaktadır. Ayvaz ve Açıkgöz (2018) ise ebeveynlerin hem maddi hem manevi desteği yakın arkadaşları ve akrabalarından aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca Hotun Şahin ve Oskay (2008) da bu ebeveynlerin bebek bakımı konusunda bilgi ve beceri edinmeye, evdeki çocuklarının bakımında yardıma ve ekonomik desteğe gereksinimleri olduğunu ve bu nedenle kaygı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışır ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin en çok istedikleri zaman bebeklerine bakım veren hemşire ile konuşmaya ve babaların ise istedikleri zaman bebeklerini ziyaret edebilmeye gereksinimleri olduğunu belirtilmiştir. Diğer çalışmalarda ise yenidoğan yoğun bakımda bebekleri olan ebeveynlerin bebeklerinin yanında, olma, görme ve bakımına katılmaya, bebeklerinin sağlık durumu, yapılan tedavi ve müdahaleler hakkında yeterli bilgi almaya, gereksinim duydukları rapor edilmiştir (Doğan, 2010; Konukbay ve Arslan, 2011; Çırlak ve Erdemir, 2013; Türkoğlu ve ark. 2014; Çakmak ve Karaçam, 2018). Bu sonuçlar prematüre ya da yenidoğan yoğun bakımda bebeği olan ebeveynlerin daha çok emosyonel ve sosyal olmak üzere farklı türlerde desteğe gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Bu alandaki bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumunda özellikle ebeveynler tarafından tanımlanma gereksinimlerin dikkate alınması gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada prematüre bebeği olan ebeveynlerin olumsuz, karışık ve olumlu duygular, duygusal stres ve fiziksel sağlık problemler ile negatif ve pozitif ebeveynlik davranışları deneyimledikleri; emosyonel, sosyal, ekonomik ve fiziksel desteğe, cesaretlendirilmeye, eş ve bebeğinin yanında olmaya ve bilgilendirilmeye gereksinim duydukları sonuçlarına ulaşılmıştır. Ebeveynlerin deneyimlerinin paylaşılması ve bildirdikleri gereksinimlerinin karşılanması ile anne-bebek ve aile sağlığının gelişimine katkı sağlanabilir.

Kaynaklar

1. Abdelmuktader, A. M., & AbdElhamed, K. A. (2012). Egyptian mothers' preferences regarding how physicians break bad news about their child's disability: A structured verbal questionnaire. *BMC Medical Ethics*, 13(14), 1-5.
2. Aksayan, S., & Emiroğlu, N. (2002). Araştırmanın tasarımı. Erefe İ (Ed.), *Hemşirelikte araştırma: İlke süreç ve yöntemleri* (ss. 65-124). İstanbul: Nobel tıp Kitabevi.
3. Ayvaz, E., & Açıkgöz, A. (2018). Nitel bir çalışma: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bebeklerin ailelerinin görüş ve beklentilerinin belirlenmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. Doi: 10.20515/otd.426794.
4. Çakmak, E., & Karaçam, Z. (2018). The correlation between mothers' participation in infant care in

- the NICU and their anxiety and problem-solving skill levels in caregiving. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(1), 21-31.
5. Çalışır, H., Şeker, S., Güler, F., Anaç Taşçıoğlu, G., & Türkmen, M. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 31-43.
 6. Çırlak, A., & Erdemir, F. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16(2), 73-81.
 7. Demirel, G., Tezel, B., Özbaş, S., Oğuz, S. S., Erdeve, Ö., Uras, N., & Dilmen, U. (2013). Rapid decrease of neonatal mortality in Turkey. *Matern Child Health Journal*, 17, 1215–1221.
 8. Doğan, B. (2010). Hastaneye yatan çocuğun bakımına ebeveynlerin katılımı konusunda, hemşirelerin, doktorların ve ebeveynlerin görüşleri ve beklentileri, (tez), Başkent Üniversitesi, Ankara.
 9. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2008; 51: 104-109.
 10. Erdoğan, S. (2014). Nitel araştırmalar. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N (Ed.), *Hemşirelikte araştırma* (ss. 133-164). Nobel Tıp Kitapevleri: İstanbul.
 11. Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., Bony, C., Danan, C., Baund, O., Jerreau, P. H., Zana-Taieb, E., & Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth*, 13(18), 1-9.
 12. Güler, A., Halıcıoğlu, M. B., & Taşkıgın, S. (2013). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara:Seçkin Yayınları.
 13. Güleşen, A., & Yıldız, D. (2013). Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2).
 14. Gund, A., Sjöqvist, A., Wigert, H., Hentz, E., Lindcrantz, K., & Bry, K. (2013). A randomized controlled study about the use of e-Health in the home health care of premature infants. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(22), 1-11.
 15. Hotun Şahin, N., & Oskay, Ü. (2008). Prematüre bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerde ortaya çıkan stresörler. *Çocuk Dergisi*, 8(2), 108-113.
 16. International Confederation of Midwives. (2013). Essential competencies for basic midwifery practice. Retrieved date: 22 June 2018, <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencie%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
 17. Koç, İ., Yüksel-Kaptanoğlu, İ., Eryurt M. A. (2014). Bebek ve çocuk ölümlülüğü. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Ed). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
 18. Konukbay, D., & Arslan, F. (2011). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan

ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 16-22.

19. Korkmaz, A., Aydın, Ş., Çamurdan, A. D., Okumuş, N., Onat, F. N., Özbaş, S., Polat, E., Şenel, S., Tezel, B., Tezer, H., & Köse, M. R. (2013). Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56(3), 105-121.
20. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik (2014). ResmîGazete, 22 Mayıs 2014 Perşembe, Sayı:29007. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/2014_0522-14.htm.
21. Sidebotham, P., Fraser, J., Fleming, P., Ward-Platt, M., & Hain, R. (2014). Child death in high-incomecountries 2: Patterns of child death in England and Wales. *Lancet*, 384, 904–14.
22. Sidebotham, P., Frederick, J., Covington, T., & Mitchell, E. A. (2014). Child death in high-income countries 1: Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand. *Lancet*, 384, 894–903.
23. Sola, C., & Diken, H. (2008). Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuğasahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Özel Eğitim Dergisi*; 9(2), 21-36.
24. Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği Bakanlığı (2011). Bir Bakışta Sağlık-Avrupa 2010, Ankara, <http://www.ab.gov.tr/index.php?p=46502&l=1> (31.05.2015).
25. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). (2014). Ölüm İstatistikleri. Erişim: 3 Mayıs 2018, [http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16050\(31.05.2015\)](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16050(31.05.2015)).
26. Türkoğlu, N., Yalçınöz Baysal, H., & Küçüköğlü, S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-8.
27. World Health Organization (WHO). (2012). The Global Action Report on Preterm Birth, Geneva, 2012. Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2018, http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf.

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=13).

Özellikler	Anne (n=9)	Baba (n=4)
Yaş	19, 22, 25, 25, 26, 30, 33, 36, 36	24, 26, 38, 42
Eğitim Durumu		
İlkokul	-	1
Ortaokul	5	2
Yüksekokul	4	1
Çalışma Durumu		
Ev hanımı / işsiz	6	1
Çalışan	3	3
Sağlık Güvencesi		
Var	8	4
Yok	1	-
Algılanan Gelir Düzeyi		
Gelir gidere göre düşük	1	1
Gelir gider birbirine eşit	8	3
Aile Tipi		
Çekirdek	6	4
Geniş	3	-
Resmi Nikâhlı Olma	9	4
Gebelik Sayısı	1, 1, 1, 1, 2, 3, 3, 3, 4	
Doğum Sayısı	1, 1, 1, 1, 2, 3, 3, 3	
Yaşayan Çocuk Sayısı	1, 1, 1, 1, 1, 2, 3, 3, 3	
Spontan Abortus	1	
Kürtaj Sayısı	2	
Bebeğin Doğum Haftası	24+4, 26, 27, 27, 27, 28, 28, 28, 32	
Doğum Şekli		
Vajinal	4	
Sezaryen	5	
Bebeğin Doğum Ağırlığı (gr)	575, 784, 990, 1150, 1200, 1235, 1250, 1440, 1800*, 1900*	
Gebeliğin Planlanma Durumu		
Evet	8	
Hayır	1	

İstenen Gebelik	9
------------------------	---

Gebelik Öncesi Yaşanan Sorunlar^u	
Sorun yok	6
Hipertansiyon	1
Migren	1
Boyun fıtığı	1
Aşırı stres	1

Gebelikte Yaşanan Sorunlar^u	
Sorun yok	7
Kanama / düşük tehdidi	2
Erken doğum eylemi riski	1

*Bu bebekler ikizdi. ^uİki kadın birden fazla sorun bildirmiştir.

Tablo2. Ebeveynlerin Gebelik, Erken Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerdeki Deneyimleri (n=14)

Temalar	Alt temalar	Başlangıç Kodları
Gebelik Sırasındaki Deneyimleri		
Olumlu ebeveynlik	Gebe olma	Heyecan (2B), mutluluk (2A, 8A), güzel bir duygu (1A,3A), tarif edilemez (3A)
	Baba olma	Tarif edilemez (3B), bir can dünyaya getirme (3B)
Duygusal stres	Olumsuz duygu	Kötü günlerdi (6A), kötüydü (6A), kayıp korkusu (3A, 6A), hüznün (6A), bebekle ilgili oluşan sorunlar güzel değildi (1A), sarsılma (5A), belirsizlik (10A), problemliler (7A)
	Süreç yönetimi zorluğu	Sürekli kontrole gitme zorunluluğu (7A), zorlu bir süreç (7A), stresli bir süreç (9A), evinden ayrılma (10A), ruhsal çöküntü (10A),yüksek riskli gebelik ve çalışma (7A), yüksek riskli gebelik ve başka çocuğa sahip olma (7A)
Fiziksel sağlık problemleri	Tıbbi tanı	Düşük tehdidi (5A, 6A, 10A), kist varlığı (5A), GDM (7A), tiroid problemleri (7A), plesentaprevia (10A), serviks yetmezliği (10A), servikalenfeksiyon (10A)
	Fiziksel belirti	Gebelikte kanama (5A, 10A), bel ağrısı (9A), canının yanması (10A), fiziksel çöküntü (10A)
	Tedavi	İlaç kullanımı (7A)
Erken Doğum Durumu Öğrenildiğindeki Deneyimler		
Emosyonel	Olumsuz duygu	Korku (1B, 2A, 3A, 3B, 5A), kayıp korkusu (5A, 6A, 9A) enfeksiyon gelişme korkusu (5A), üzüntü (1A, 6A, 8A, 10A), ağlama (1A, 10A), umutsuzluk (6A), kötü hissetme (9A, 10A), inanamama (2B), şok (3A, 7A), hazır olmama (2B), belirsizlik (3A), şaşkınlık (3A, 7A), tereddüt (3B), kötü doğum deneyimi (9A)
	Karışık duygular	Sevinç ve üzüntü (4B), sevinç ve tedirginlik (2A)
	Olumlu duygu	Sevinç (2A), heyecan (3B)
Bebek İlk Kez Görüldüğündeki Deneyimler		
Emosyonel	Olumlu duygu	Mutluluk (2A,7A), sevinç (4B), umut (7A), sesini duymaktan mutlu olma (7A), heyecan (4B), ağlama/sevinç gözyaşları (1A, 2B), kendini şanslı hissetme (2A)
	Karışık duygular	Çok küçük bulma (1B, 5A, 8A, 9A, 10A), şok (3B), sevinç ve korku (1B, 5A), sevinç ve üzüntü (3A), kötü şeyler düşünmek istememe (6A)
	Olumsuz deneyim	Canının acıması (6A), boşluk hissi (6A), kucağına alamama (4B, 9A), tıbbi malzemelerden (kabloların varlığı) korkma (5A), kötü olma (9A), ağlama/üzüntü (8A, 9A, 10A), kötü hissetme (9A)
Bağlanma	Negatif ebeveynlik davranışı	Annelik duygusunu hissedememe (9A) ve geç hissetme (9A, 10A), bebeği benimseyememe (9A, 10A), beklediği bebek olmaması (10A), bebeği ret etme (10A)

Bebek İlk Kez Kucağına Aldığınızdaki Deneyimler

Emosyon el	Olumsuz duygu	Korku (1B, 1A, 2B,2A), tedirginlik (1B), üzüntü (3B), bakım veremediği için üzülmeye
	Karışık duygu	Sevinç ve üzüntü (3B)
	Olumlu duygu	İyi hissetme (1A), yanında olmasını isteme (1A), kucağına almayı isteme (2A,3B, 8A), heyecan (3B, 10A), sevinç (3B), ağlama/sevinç gözyaşları (2A,5A, 6A, 8A, 10A), mutluluk (6A), çok güzel bir duygu, anlatılamaz (9A)
Bağlanma	Negatif ebeveynlik davranış	Kucağına almama (1B,2A 2B, 3A, 4B, 7A)
	Pozitif ebeveynlik davranış	Kucağına almayı başarma (5A), önceliğin bebek olması (10A)

Tablo 3. Ebeveynlerin Gebelik, Erken Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerdeki Gereksinimleri

Temalar	Alt temalar	Başlangıç Kodları
(n=14) Gebelik sırasındaki gereksinimler		
Destek	Emosyonel destek	Teselli, manevi destek ihtiyacı (3A, 10A)
	Sosyal destek	Eş desteğine ihtiyacı var (8A), bir insana (6A), var ama ihtiyacını tanımlayamıyor (3B)
	Ekonomik destek	Maddi sıkıntı (2A)
Destek	Emosyonel destek	Eşini sakinleştirmeye (1B), sakinleştirilmeye (3A), bebeğinin kurtarılmasını isteme (1A), manevi destek (2A), kendini daha iyi hissetmesine destek olunması (3B), psikolojik desteğe ihtiyaç var (8A)
	Ekonomik destek	Maddi gereksinim var (2A, 5A)
	Sosyal destek	Aile desteğine ihtiyaç var (2A), eşinin yanında olmasını/ olayı isteme (1B, 3B, 9A, 10A), dost ihtiyacı var (6A), birbirimizin yanında olma yeterli idi (4B)
	Fiziksel destek	Anne odasının süslenmesi (3B), bebek bakımı konusunda desteğe ihtiyacı var (5A)
Bebek ilk kez görüldüğünde ve kucağına aldığındaki gereksinimler		
Destek	Cesaretlendirilme	Zarar verme korkusu (2A), hemşirelerden yardım isteme (2A), korkudan hiçbir şey anlamadım (2B), tıbbi malzemelerden olumsuz etkilenme (10A)
	Eş ve bebeğin yanında olma	Hep bebeğin yanında olmayı isteme (3A, 4B, 6A, 7A, 9A), kucaklama/sevme/dokunma isteği (4B, 6A, 9A), emzirmek istedim (6A, 9A), eşinin yanında olmayı isteme (3B),
	Bilgilendirilme	Bebek bakımı konusunda desteğe ihtiyacı var (2A, 5A), mevcut bakımı konusunda endişeli, bilgiye ihtiyacı var (2A, 7A), bebeğin gelecek davranışlarına ilişkin endişe (5A), sağlıklı olmasını isteme (10A)
Prematüre bir bebeğin annesi / babası olarak ihtiyaç duyulan gereksinimler		
Destek	Bilgilendirilme	Sağlık çalışanlarından bilgi (1B), geleceğe güvenme gereksinimi (6A), erken doğuma ilişkin suçluluk hissi (8A), evde bakıma ilişkin endişe (1A, 3A)
	Eş ve bebeğin yanında olma	Bebeğe ilgi gösterme (2A), yanında olma isteği (4B, 7A), bebekten ayrılırken kendini kötü hissetme (8A), eş desteği (10A), manevi destek (10A)

51 - TÜRKİYE'DE EBELİK MESLEĞİNDE PROFESYONELLİKLE İLGİLİ ARAŞTIRMALARIN SİSTEMATİK İNCELENMESİ

Yonca ÇİÇEK OKUYAN¹, Hülya DEMİRCİ¹,

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü ,

Özet

Profesyonellik, meslek standartlarının oluşturulması ve kaliteli hizmet sunumu için gereklidir. Profesyonel meslek bilinci ebeler tarafından benimsenmeli ve verilen hizmete yansımalıdır. Ebelik mesleğinin tam anlamıyla profesyonelleşmesinin önündeki engellerin ortaya konulması, çözüm yollarının saptanabilmesi için gereklidir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de ebelik mesleğinde profesyonellikle ilgili yapılmış araştırmaları incelemektir.

Konuyla ilgili yayınlara ulaşmak için profesyonel (professional), profesyonellik ve ebelik (professionalism and midwifery), profesyonellik ve ebelik öğrencisi (professionalism and midwifery student) anahtar kelimeleriyle Ulusal Tez Merkezi, Web of Science, Google Akademik, Science Direct, Ebscohost, Ulakbim Tıp Veri tabanları ve ebelik öğrenci kongreleri bildirikitapları taranmış ve 15 yayına ulaşılmıştır.

İlk çalışmanın makale olarak 2009’da yapıldığı, en çok 2013 (%26.7) ve 2016 yıllarında (%26.7) yayınların olduğu görülmüştür. İncelenen çalışmaların %53.3’ü tanımlayıcı tiptedir. Türkiye’de ebelikte profesyonelliği araştıran çalışmalarda ilk üç sırada yer alan konular; ebelikte profesyonel tutum (%60.0), profesyonel ebe tanımı (%33.3) ve profesyonel değerler(%6.7)’dir.

Türkiye’de ebelik mesleğinde profesyonellikle ilgili çalışmaların sayısının az olduğu, genellikle bu çalışmaların ebelik öğrencileri ve ebelerde yapıldığı, yapılan bu yayınlarda profesyonel tutum, profesyonel ebe tanımı ve ebelik sorunları, profesyonel değerler ölçümü konularının incelendiği sonucuna varılmıştır. Bu sistematik derlemenin, konu ile ilgili yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Profesyonel, Ebe, Öğrenci, Araştırma, Türkiye

Systematic Investigation Of Professionalism In Midwifery Profession Related Research In Turkey

Abstract

Professionalism is essential for the creation of professional standards and the provision of quality services. Professional occupational awareness should be adopted by midwives and reflected to which was provided services. The obstacles in front of the professionalization of the midwifery profession need to be precisely revealed to be able to determined the solutions. The aim of this study is to be examined conducted research on professionalism in the profession of midwifery in Turkey.

To reach publications related to this subject, National Thesis Center, Web of Science, Google Academic, Science Direct, Ebscohost, Ulakbim Medical databases and midwifery student congresses books screened with “professional”, “professionalism and midwifery”, and “professionalism and midwifery student” key words and it was reached 15 publications.

It was seen that first work as a article, done in 2009 and the highest number of publications were found in 2013 (26.7%) and in 2016 (26.7%). 53.3% of the examined studies are descriptive. In the studies investigating the professionalism in midwifery in Turkey, the topics in the first three ranks are; professional attitude (60.0%), professional midwife definition (33.3%) and professional values (6.7%).

It was resulted that the number of studies is less about professionalism, in Turkey, in the midwifery profession, it is often the case that these studies were conducted on midwifery students and students that in these publications which is done, subject

of professional attitude, professional midwife definition and midwifery problems, professional values measurements, were examined. This systematic review was thought to be able to contribute to the work to be done related this subject.

Keywords: Professional, Midwife, Student, Research, Turkey

1. Giriş

Ebelik mesleği tarih boyunca önemli ve ihtiyaç duyulan bir meslek olmuştur. Günümüzde ise DSÖ ve UNİCEF, Ana- Çocuk Sağlığı ve Temel Sağlık Hizmetlerinin başarı ile yürütülmesinde “ebelik mesleğinin güçlendirilmesi” üzerinde ısrarla durmaktadır. “21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri”nden “Yaşama Sağlıklı Başlanması” hedefinin gerçekleştirilmesinde ebelik mesleğinin önemine dikkat çekilmektedir (Güner 2012).

Sağlık alanındaki gelişmelerle beraber özellikle profesyonelleşmesi gereken mesleklerden birisi de ebelik mesleğidir. Gerçek bir profesyonellik için ön koşul; profesyonel ebenin kendini, hem kişisel hem de mesleki açıdan sürekli geliştirmesidir (Pınar 2013, Meydan 2016,Geçim 2013). Ebelik mesleğinde profesyonellik yolunda atılacak ilk adım bireyin kendisini profesyonel olarak düşünüp buna yönelik davranış sergilemesidir. Ebelerin profesyonelliğin ölçütlerini bilerek uygun davranışları hayata geçirmeleri, mesleğin profesyonelleşmesinde önemli rol oynamaktadır (Güner 2012, Güçlü 2013, Geçim 2013).

Profesyonellik, bir alanda gösterilen uzmanlık, bilgi, beceri ve davranış biçimi olup dinamik ve çaba harcamayı gerektiren bir süreçtir (Uygun 2016, Pınar 2013). Profesyonel birey işini iyi bilen, mesleki bilgisini sürekli güncelleyen, kendi kariyerini ve geleceğini belirleyen, yaptığı işten heyecan duyan, meslektaşlarını destekleyen, meslek ahlak kurallarına uyan, mesleğini gerektiği gibi yapan kişidir (Saydam 2015, Meydan 2016, Geçim 2013). Profesyonel olmak, tüm meslek üyelerinden istenen ve beklenen bir özelliktir (Okuyan 2018).

Profesyonel bir ebe; entelektüel bilgi, beceri ve tutum birikiminin doğrultusunda kuramsal olan bilgisini uygulamayla bütünleştirebilen, koruyucu ve tedavi edici sağlık alanlarındaki çalışmalarında bu bilgisinden yararlanabilen; sorunların temeline inme, yargılama, karar verme ve sorun çözüme yeteneği olan, uygun bakım verebilme yeteneğine sahip, eğitici ve yönetici özelliği olan kişidir (Uygun 2016). Povalko (1971), bir işi meslek (profession) yapan sekiz kriter belirlemiştir. Bunlar; bilgi yükü, yapılan işin temel sosyal değerlere uygunluğu, eğitim süresi, motivasyon, otonomi, mesleğe bağlılık bilinci, birlik bilinci ve meslek ahlakı yasadır (Erbil 2009, Saydam 2015). Bu bağlamda, mesleki eğitimini tamamlamış profesyonel ebenin görevlerinin ya da ebelik uygulamalarının, yasal düzenlemeler ile belirlenmiş olması gerekmektedir (Karaçam 2016).

Ebelik mesleğinde profesyonelliğin; verimliliği, etkinliği, ebelerin iş doyumunu, memnuniyeti arttırdığı, ebelerin işlerini severek yapmalarını ve çalıştıkları kurumu olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Ebelerin, ebelik öğrencilerinin ve ebe akademisyenlerin profesyonelliklerini etkileyen faktörlerin belirlenmesine ve bu doğrultuda mesleki profesyonelliği geliştirebilecek iyileştirmelerin yapılmasına gereksinim vardır (Erol 2018, Pınar 2013, Toker 2016, Koç 2012). Ülkemizde ebelik mesleğinde profesyonellikle ilgili çalışmalara yönelik sistematik bir derleme bulunmamaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada Türkiye’de ebelik mesleğinde profesyonellikle ilgili yapılmış araştırmaların incelenmesi ve ebelik mesleğinde profesyonelleşmeye yönelik durumun tanımlanması amaçlanmıştır.

2. Materyal ve metod

2.1. Araştırmanın tipi

1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

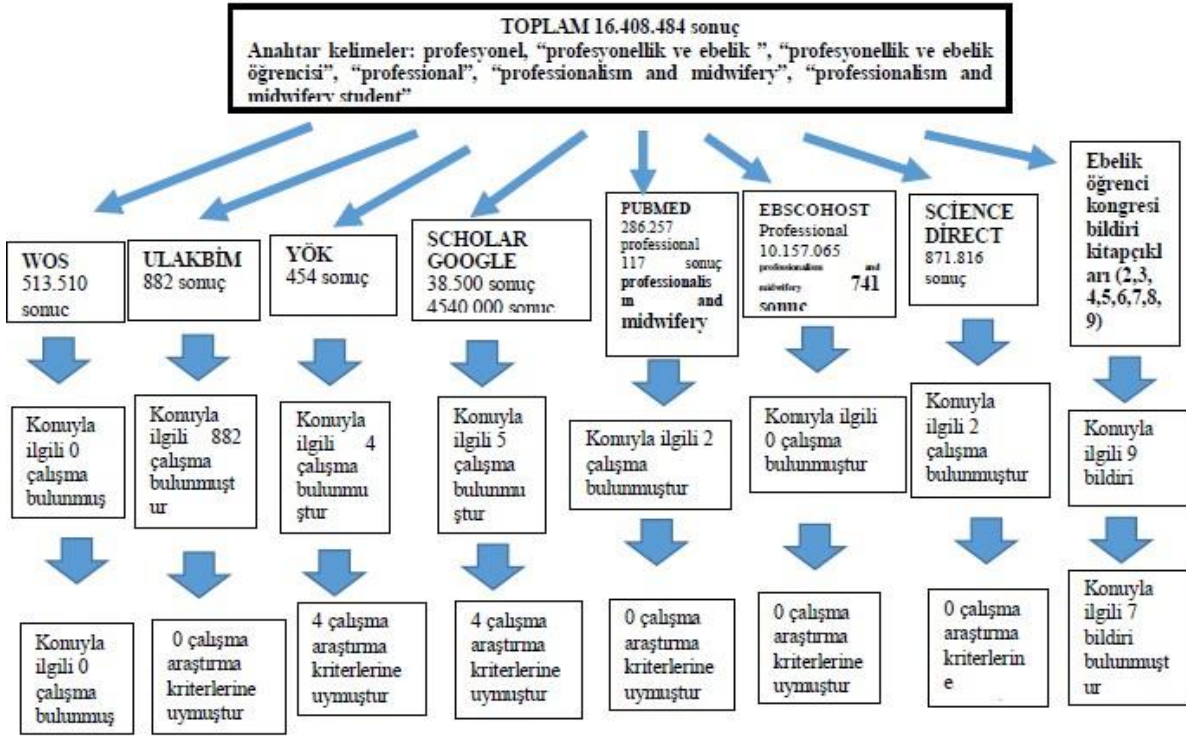
Retrospektif olarak planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın evreni/ örnekleme

Web of Science (SCI-Expanded, SSCI, AHCI) ve Yök tez merkezi, Google akademik, Science Direct, Ulakbim Tıp Veri tabanı, Pubmed, Ebscohost kapsamındaki dergilerde çıkmış Türkiye adresli yayınlar ve ulaşılan ulusal ebek kongre (2,3,4,5,6,7,8,9) bildirimleri çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Örnekleme seçimine gidilmemiş, ulaşılabilen 15 araştırma (tez, makale, bildiri) örnekleme dahil edilmiştir. Üç araştırma hem bildiri hem tam metin yayımlandığı için, sadece tam metin yayın (tez, makale) örnekleme katılmıştır. Tarama 01.08.2018 ile 01.09.2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu veri tabanlarında, profesyonel (professional), profesyonellik ve ebeklik (professionalism and midwifery), profesyonellik ve ebeklik öğrencisi (professionalism and midwifery student) anahtar kelimeleri ile tarama yapılmıştır. Örnekleme dahil edilecek yayınların seçim kriterleri; araştırmanın Türkiye’de ve ebeklikte profesyonellik ile ilgili olması, İngilizce ya da Türkçe olmasıdır. Dışlama kriterleri, ebeklikte profesyonellikle ilgili olan fakat Türkiye adresli olmayan yayınlar sistematik derlemeye dahil edilmemiştir. Literatür taraması sonucu 15 yayına ulaşılmıştır. Bu yayınlardan 4’ü tez, 4’ü makale, 7’si bildiridir.

2.3. Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 istatistik programında sayı, yüzde ve ortalama değerleri kullanılmıştır. Bu çalışma sonuçları, yalnızca Manisa Celal Bayar Üniversitesi kütüphanesindeki veri tabanlarından ulaşılabilen yayınlar ile sınırlı kalmıştır. Araştırmada diğer veri tabanlarındaki makalelere ulaşma olanağının olmaması, araştırmanın sınırlılığı olarak belirtilebilir.



Toplamda 15 yayın araştırmaya dahil edilmiştir.

Şekil 1: Sistematik derleme için akış şeması

3. Bulgular ve Tartışma

Tablo 1. Türkiye’de Ebelikte Profesyonellik İle İlgili Araştırmaların Özelliklerine Göre Dağılımı (n=15)

Yayın Türü	Sayı	Yüzde
Yayın şekli*		
Tez	4	26.7
Makale	4	26.7
Bildiri	7	46.6
Metin şekli		
Özet metin	6	46.7
Tam metin	8	53.3
İlk yazarın mesleği		
Ebe	3	20.0
Ebe akademisyen	7	46.7
Hemşire	2	13.3
Hemşire akademisyen	3	20.0
Araştırma tipi		
Tanımlayıcı	8	53.3
Nitel	1	6.7
Ölçek geçerlik ve güvenilirlik	2	13.3
Derleme	4	26.7
Uygulanan örneklem (n=11)**		
Ebe öğrenci	3	27.3
Ebe Öğretim üyesi	1	9.1
Ebe	4	36.4
Ebe ve hemşire	3	27.3
Konu alanı		
Profesyonel tutum ölçümü	9	60.0
Profesyonel ebe tanımı ve sorunları	5	33.3
Profesyonel değerler ölçümü	1	6.7
Kullanılan ölçekler ve özel anket (n=11)		
Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri	8	72.7
Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği	1	9.1
Öğrenci Hemşirelere Yönelik Profesyonellik Tutum Ölçeği	1	9.1
10 Açık Uçlu Soru Görüşme Rehberi	1	9.1
Yayın yılı		

2009	1	6.7
2012	2	13.3
2013	4	26.7
2014	1	6.7
2015	1	6.7
2016	4	26.7
2018	2	13.3
Yayın yılı grubu (2009-2018)		
2015 yılı ve öncesi	9	60.0
2015 yılı sonrası	6	40.0
Toplam	15	100.0

* Aynı çalışmanın makalesi veya bildirisi örnekleme dahil edilmemiştir.

** **Derlemeler alınmamıştır.**

İncelenen çalışmaların %46.6'sının bildiri, %53.3'ünün tam metin, %46.7'sinin ilk yazarı ebelik bölümünde çalışan akademisyen, %53.3'ünün tanımlayıcı tipte, %36.4'ünün örnekleminin ebelerden oluştuğu, %60.0'ının konusunun profesyonel tutum ölçümü, derleme olmayan makalelerin %72.7'sinde Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri'nin kullanıldığı, %26.7'sinin 2013 ve %26.7'sinin 2016 yıllarında yapıldığı ve %60.0'ının 2015 yılı öncesinde yapılmış olduğubelirlenmiştir (Tablo 1).

Ülkemizde ebelikte profesyonellik çalışmalarının yarısına yakınının bildiri olarak yayımlandığı, daha sonra makale olarak paylaşımına sunulmadığı, yarısından fazlasının konusunun profesyonel tutum olduğu ve ebelerde profesyonel tutumun ölçüldüğü, ebelik akademisyenlerinde profesyonel tutumun ölçülmediği, ülkemizde ebelikte profesyonel tutuma yönelik ilk çalışmanın 2009 yılında yapıldığı, bu çalışmanın "Meslekte profesyonel tutum envanteri" geçerlik ve güvenirliği olduğu(Erbil 2009), çalışmaların yarısına yakınının son 3 yılda yapıldığı söylenebilir.

Ebelikte profesyonellik konu alanlarının profesyonel tutum, profesyonel ebe tanımı ve sorunları, profesyonel değerler ölçümü olduğu belirlenmiştir.

Ebelik öğrencilerinde; 3. ve 4. sınıfta olan ebelik öğrencilerinde mesleği sevme durumları ve okudukları sınıfların meslekte profesyonel tutumu etkilediği (Koç 2012), mesleği tekrar seçeceğini söyleyen, mesleği kendi isteğiyle seçen, mesleğin kendine uygun olduğunu düşünen, 3. sınıfta olan, 19-22 yaş grubunda, gelir düzeyini iyi olarak algılayan, il merkezinde yaşayan ebelik öğrencilerinin profesyonel tutumun yüksek olduğu (Pınar 2013), öğrencilerin sınıf düzeyi, mezun oldukları lise, anne ve baba eğitim durumu, ebelik bölümü öğrencisi olmaktan memnun olma ile akademik kariyer yapmayı düşünme durumunun meslekte profesyonel tutumu etkilediği (Erol 2018) ebelerde ise; aile sağlığı merkezlerinde çalışan, sürekli gündüz çalışan, profesyonellikle ilgili eğitim alan ebelerde profesyonel tutumun yüksek olduğu (Toker 2016), hastanede çalışan ebeler arasında ise; evli olan, lisans ve lisansüstü eğitim alan, meslekte çalışma süresi fazla olan ebelerde mesleki profesyonel tutum puanının daha yüksek olduğu (Güçlü 2013), yüksek lisans mezunu, uzun yıllar kadın doğum alanında çalışan, mesleğini seven ve çalıştığı serviste yatak sayısı yeterli olan ebe/hemşirelerin

mesleki profesyonel tutumlarının daha yüksek bulunduğu (Baltacı 2014), hastanede ebelerin çalışma alanı dışındaki kliniklerde çalışan ebelerin (cerrahi, dahiliye vb.) profesyonel tutumlarının daha düşük olduğu (Okuyan 2018), meslekte profesyonel tutumda artışın etik ikilemleri azalttığı ve doğru tutum sergilenmesini arttırdığı belirlenmiştir (Esen 2013).

Ebelik mesleğinde profesyonelliğin gelişebilmesi için mesleğe aidiyet duygusunun gelişmesi gerekmektedir (Güner 2012). Oysa ülkemizde ebeler hemşirelerin yerine de çalışmaktadır. Ülkemizde çalışan ebelerin hemşirenin yerine çalışması bazen kendi, bazen kurumun isteğiyledir (Karaçam 2016). Hastanede çalışan ebelerde, kendi alanında çalışmayanların profesyonel tutumlarının olumsuz etkilendiği görülmektedir. Ebelerin kendi çalışma alanları dışında çalışmasıyla öğrencilik döneminde oluşturmaya başladıkları mesleki kimliklerinin sekteye uğradığı ve bunun ebelikte profesyonelliği olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Türkiye’de ebelik akademisyenlerinde profesyonel tutumun ölçülmediği görülmüştür.

Profesyonel ebeğin tanımına bakıldığında; profesyonel bir ebeğin teorik bilgiyi alana uygulayan, problem çözme ve iyi bakım verme yeteneği olan, eğitici ve yönetici özelliği olan ebe olarak tanımlandığı (Uygun 2016), ebelikte profesyonellik için güçlü ve sürekli eğitim, örgütlenmenin ve araştırmanın gerekli olduğu (Geçim 2013), günümüzde Türkiye’de ebelerin örgütlenme ve güç oluşturmaya ihtiyaçlarının olduğu (Saydam 2015), dernek çalışmalarının desteklenmediği (Karaçam 2016) belirlenmiştir.

Profesyonelleşme sürecinde ebelik mesleğinin sorunları incelendiğinde; ebelik yasının ve otonominin olmadığı, mevcut uygulamalarda sorunlar olduğu, ebelik eğitiminde doktora programı sayısının az, ebelik alanında bilimsel çalışmaların yetersiz, örgütlenmenin istenen düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Güner 2013, Karaçam 2016).

Türkiye’de ebelikte profesyonellik kriterleri Miler’in Ebelikte Profesyonellik Modeli’ne (Geçim 2013) ve Povalko’nun Profesyonel Meslek Modeli’ne göre incelenmiştir (Saydam 2015).

Profesyonel değerler ölçümü konusunda ebelikte 4 etik koda göre geliştirilen “Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği” geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Kaya 2014, Meydan 2016, Meydan 2018).

4.Sonuç

Türkiye’de profesyonellelikle ilgili araştırmaların ebe, ebelik öğrencisi ve ebe akademisyenlere uygulandığı, derleme olarak yapılan çalışmaların profesyonel ebe tanımı ve ebelik mesleğinin sorunlarına yer verdiği sonucuna varılmıştır. Profesyonel tutumun incelendiği çalışmalarda; ebelik öğrencilerinde; öğrencilerin yaş grubuna, kaçınıcı sınıfta olduğuna, gelir durumuna, mesleği tercih etme sebebine, mesleği tekrar seçmeyi isteyip istememe, mesleği sevmeye durumuna, mesleğin kendisine uygun olup olmadığını düşünme durumlarından etkilendiği, ebelerde ise; çalışma pozisyonları, çalışma şekilleri,

çalıştıkları birim ve profesyonellelikle ilgili eğitim alma durumları, hastanede çalışan ebeler arasında ise; öğrenim, kadro, mesleğini sevmeye, çalıştığı serviste yatak sayısı, kendi iletişimlerini değerlendirme ve mesleğini tam olarak yapabilme durumunun, kadın doğum alanında çalışma yılının, aylık nöbet sayısının profesyonel durumu etkilediği, ebelerin çalışma alanı olan veya olmayan kliniklerde çalışmasının profesyonel tutumu etkilediği belirlenmiştir. Ebelik bölümünde çalışan akademisyenlerde profesyonel tutumun ölçülmediği belirlenmiştir.

Profesyonel ebe tanımında; entelektüel bilgi, beceri ve tutum birikimi doğrultusunda kuramsal bilgisini

uygulamayla bütünleştirebilen, koruyucu ve tedavi edici sağlık alanlarındaki çalışmalarında bu bilgisinden yararlanabilen; sorunların temeline inme, yargılama, karar verme ve sorun çözme yeteneğine sahip olan ebe olduğu belirlenmiş ve ebelerin sorunlarının ebelik yasasının olmaması, örgütlenme düzeyinde yetersizlik, otonominin olmaması, yapılan çalışmaların yetersizliği olduğu belirtilmiştir. Türkiye’de ebelik mesleğinde profesyonelleşme sürecindeki sorunlar ve çözüm önerileri. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin:

Profesyonellik için önemli olan mesleki kimliğin oluşturulması için ebelere öğrencilik yıllarından başlayarak profesyonellik için farkındalık yaratılması, mesleki kimlik oluşturulması, ebelik öğrencilerinin mezun olmadan önce ebeler derneğine kayıt edilmesi önerilebilir. Bu sistematik derlemenin, profesyonelleşme ile ilgili yapılacak araştırmalara katkısı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Esen, B. (2013). *Yenidoğan yoğun bakım ebe ve hemşirelerinin etik ikilemleri ve mesleki profesyonellik düzeyleri ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
2. Güner, S. (2012). *Ebelik bölümü öğretim üyelerinin bakış açısından Türkiye’de ebelik mesleğinin profesyonelleşme sürecindeki sorunlar ve çözüm önerileri*. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin:
3. Meydan, Ş.D. (2016). *Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Geliştirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul
4. Toker, S. (2016). *Sivas il merkezinde çalışan ebelerin meslekte profesyonel tutumlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
5. Saydam, B.K. (2015). Profesyonel bir meslek olarak Türkiye’de ebelik. *Sağlık ve Toplum*, 25(1): 3-9. doi:
6. Karaçam, Z. (2016). Türkiye’de profesyonel bir disiplin olarak ebelik mesleğinin durumu: yasal düzenlemeler. *Eğitim ve Araştırma*, 6 (3):128-136. doi:
7. Meydan, Ş.D., Kaya, N.(2018). Ebelerin profesyonel değerleri ölçeğinin geliştirilmesi, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5 (2): 129-138. doi:10.17681/hsp.350549
8. Erbil, N., Bakır, A. (2009). Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6 (1) :298-302. ISSN:1303-5134
9. Pınar, Ş.E., Cesur, B., Duran, Ö., Güler, E., Üstün, Z., Abak, G. (2013). Ebelik öğrencilerinin meslek profesyonellikleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 8 (23): 19-37.
10. Güçlü, S., Elem, E., Unutkan, A., Altınmakas, S., Dirik, B.(2013). Mesleki profesyonelliğe bakış: Ebelik Mesleği, Poster Bildiri, 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 2-4 Mayıs 2013.
11. Geçim, S., Güler, H., Duran, Ö.(2013). Ebelik ve profesyonellik, Poster Bildiri, 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 2-4 Mayıs 2013.
12. Kaya, N., Nuraliyeva, Z.(2014). Ebelerin profesyonel değerleri ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği, Sözel Bildiri, I. Uluslararası- 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 24-26 Nisan 2014.
13. Baltacı, N., Altay, B., Odabaşoğlu, E., Gedik, H., Çebitürk, N. (2014). Kadın doğum kliniklerinde

- çalışan ebe ve hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi, Sözel Bildiri, I. Uluslararası-5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 24-26 Nisan 2014.
14. Uygun, H., Bekar, M. (2016). Ebelikte profesyonellik, Poster Bildiri, 3. Uluslararası- 7. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 26-29 Nisan 2016.
 15. Okuyan, Y.Ç., Bolsoy,N., Damar E., Özel, D., Levent M.N., Yavaş, E.,Yıldırım P.,Sincar, M., Kocatürk Z.A.(2018). Ebelerin meslekte profesyonel tutumlarının incelenmesi, Sözel Bildiri, 5. Uluslararası-9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 03-05 Mayıs 2018.
 16. Erol, F., Gündoğdu, H., Cebeci, N., Dikmen, Y. (2018). Ebelik öğrencilerin mesleki profesyonel tutumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, Sözel Bildiri, 5. Uluslararası- 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 03-05 Mayıs2018.
 17. Koç Z., Ay, A., Sağlam, Z., Topatan, S. (2012). Ebelik öğrencilerinin profesyonel tutumlarının belirlenmesi, Sözel Bildiri, 3. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 11-13 Mayıs 2012.

52 - EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN DOĞUM BECERİLERİNİ OLUŞTURMAYA, GELİŞTİRMEYE VE BU BECERİLERİN ENGELLENMESİNE YÖNELİK DENEYİMLERİ

Burcu AKBAŞ¹ Ayden ÇOBAN²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı; Prof. Dr., Aydın

ÖZ: Bu araştırmanın amacı ebelik öğrencilerinin doğum becerilerini oluşturmaya, geliştirmeye ve engellenmeye yönelik deneyimlerinin belirlenmesidir. Bu çalışmada nitel araştırma desenlerinden fenomenoloji, örnekleme yöntemi olarak amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu 2015-2016 öğretim yılı güz döneminde Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümünün son sınıfında öğrenim gören 15 öğrenci oluşturmuştur. Araştırma öncesi pilot uygulama yapılarak görüşme rehberi revize edilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak veriler elde edilmiş, elde edilen veriler içerik analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bulgularda öğrencilerin teorik eğitimleri ile ilgili oluşturma ve geliştirmeye yönelik deneyimleri daha çoktur. Öğrenciler teorik eğitimin yeterli olduğu, iş garantilerinin olması, öğretim elamanlarının iyi kaliteli ve güncel eğitim vermeleri olumlu deneyimler olarak ifade etmişlerdir. Laboratuvar uygulamaları ile ilgili engellenmeye yönelik deneyimler ise; saatlerinin az olması, öğretim üyesi eksikliği, maketlerin yetersiz ve bozuk olması öğrenciler tarafından ifade edilmiştir. Doğum derslerinin uygulama eğitimleri sırasında engellenmeye yönelik deneyimlerinin daha çok olduğu görülmüştür. Öğrenim gördükleri üniversitenin doğum kliniğinde hastane politikası gereği hiç doğum yaptırılmamaları öğrencileri teorikle uygulama arasına sıkışmalarına neden olmuştur. Öğrenciler teorik olarak öğrendiklerini uygulamada yapma fırsatı bulamamaktadırlar. Yaz stajlarında doğum becerilerini kliniklerdeki ebelerden öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Sonuç olarak ebelik öğrencilerinin doğum becerilerini geliştirmeye ihtiyaç duydukları, özellikle laboratuvar ve uygulama eğitimlerinin gözden geçirilerek her bir öğrenciye daha fazla uygulama düşecek şekilde planlama yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik Öğrencisi, Doğum Becerisi, Deneyimler

Experiences Of Midwifery Students With Forming And Developing Delivery Skills And Hindrances To These Skills.

ABSTRACT: This study purpose, by using prepared interview guide, answers to what the experiences of students with forming and developing delivery skills as well as the hindrances to these skills are were sought from final year midwifery students. In this study, phenomenology from qualitative research patterns and purposeful sampling method as sampling method were used. The study group for the research consisted of 15 final year students of Adnan Menderes University Aydin Health College Department of Midwifery in the Fall semester of 2015-2016 academic year. The interview guide was revised by piloting before the research. Data were obtained using a semi-structured interview technique and the obtained data were evaluated using content analysis. According to the findings, the students' experiences with formation and development related to theoretical education were more. The students expressed positive experiences with sufficient theoretical education, guaranteed jobs, quality academic personnel and current education. It was however expressed by the students that hindering experiences related to laboratory practices were due to lack of time, lack of teaching staff, and inadequate and damaged models. It was also seen that there were more hindering experiences during the practical training of delivery courses. The fact that the hospital policy of the obstetric clinic of the university where they were studying at did not allow students to deliver caused the students to be stuck between theory and practice. The students did not have the opportunity to practice what they had learned theoretically. They also stated that they learned the delivery skills from the midwives at the clinics during summer internships. As a result, midwifery students need delivery skills and planning should be done in such a way that each student will have more practice especially by looking over laboratory and practical training.

Keywords: Midwifery Students, Delivery Skills, Experiences

GİRİŞ

Tüm dünyada ve ülkemizde doğumun gittikçe medikalize olması artan sezaryen oranlarını kaçınılmaz hale getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü hem bu oranların düşürülmesi, hem de anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için ülkelere ebelik mesleğini güçlendirmeleri için önerilerde bulunmaktadır. Ebenin görevlerinden beklide en önemlisi doğum yapan kadının yanında olması, doğumu yönetmesi ve riskli durumları fark ederek sevk edebilmesidir. Ebelerin bu becerileri kazanmaları için ebelik öğrencilerine doğumla ilgili teorik ve uygulama eğitimleri verilmektedir (1,2,3,4). Bu eğitimler sırasında öğrencilerin yaşadıkları deneyimler bu çalışma ile ortaya konmaya çalışmıştır. Bu amaçla, ebelik son sınıf öğrencileriyle, hazırlanan görüşme rehberi kullanılarak öğrencilerin doğum becerilerini oluşturmaya, geliştirmeye veya engellemeye yönelik deneyimlerinin neler olduğu sorusuna cevap aranmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma ebelik öğrencilerinin doğum becerilerini oluşturmaya, geliştirmeye ve bu becerilerin engellenmesine yönelik deneyimlerini ortaya koymak için nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik (5,6) bir çalışmadır. Araştırmanın çalışma grubunu 2014-2015 öğretim yılı bahar döneminde Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümünün son sınıfında öğrenim gören 15 öğrencilerden oluşmuştur. Bu araştırmanın verileri, Görüşme Rehberi kullanılarak yarı-yapılandırılmış görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmacının yaptığı görüşmelerde katılımcıların verdiği sözlü cevaplar önceden izin alınarak ses kayıt cihazına kayıt edilmiştir. Elde edilen veriler içerik analizi yöntemiyle analiz edilmiştir (7).

Ayrıca araştırma protokolü ile ilgili Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan olur ve kurum izni alınmıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Çalışmada, ebelik öğrencilerinin doğum becerilerini oluşturma, geliştirme ve engellenmeye yönelik aldıkları teorik eğitimlerle ilgili sorular sorulmuş ve verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Öğrencilerin teorik eğitimleri ile ilgili doğum becerilerini oluşturma ve geliştirmeye yönelik deneyimlerinin daha çok olduğu görülmüştür. Oluşturmaya yönelik deneyimleri mesleğin özelliği, iş garantisinin olması, çalışma alanının geniş olması, sağlık sektöründe çalışan yakınların oluşu, çevre desteği, kişisel faktörler, teorik eğitimi beğenmeleri, yeterli bulmaları, öğretim elamanlarının iyi, kaliteli olmalarıdır. Geliştirmeye yönelik deneyimleri; Meslekle ilgili şu anki olumlu düşünceleri, doğuma yönelik aldıkları teorik eğitimi kapsamlı, güncel, çok yönlü bulmalarıdır. Engellenmeye yönelik deneyimleri; bölümü rastgele yazmaları, bölümü bilmemesi, puanının bu bölüme yetmesi, bölüme korkarak gelmesi, doğuma yönelik aldıkları teorik eğitimlerle ilgili eğitimi yıpratıcı, zorlayıcı, ezberci, hızlı, az görmeleri, sınıfın kalabalık dar olması, öğretim elemanlarının sınavla korkutmaları olarak ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin laboratuvar eğitimleri ile ilgili doğum becerilerini engellenmeye yönelik deneyimlerinin daha çok olduğu görülmüştür. Laboratuvar eğitimiyle ilgili engellenmeye yönelik deneyimleri; laboratuvar eğitimini çok iyi bulmamaları, geçmek için yapmaları, eğitici bulmamaları, tekrar fırsatının olmaması, sıra

beklemeleri, zamanının az olması, kalıcı olmaması, anlamadıklarını ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin uygulama eğitimleri sırasında doğum becerilerini engellenmeye yönelik deneyimlerinin daha çok olduğu görülmüştür. Bunlar; öğretim üyelerinin baskı yapmaları, öğretim üyelerinin yanlış yaptıklarında kızmaları, doğum masasını ilk gördüklerinde korkmaları, doğum aletlerini ilk gördüklerinde korkmaları, doğum anında bebek düşecek korkusu, doğum olayıyla ilk karşılaştıklarında; tiksinnmeleri, ürkütücü bulmaları, okulu bırakmayı düşünmeleri, panikledikleri, fenalaşır gibi olmaları, kadının acı çekmesi, epizyoyu ilk kez görme, kadının doğum anında yalnız olması, annenin telaşlı olması olarak ifade etmişlerdir. Öğrencilerin doğum becerilerini daha çok yaz stajlarında sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde deneyimlediklerini, teorikle uygulama arasında farklılıklar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Örneğin; sürekli monitorizasyon uygulaması, fundal bası, erken kordon kesimi, rutin epizyotomi uygulamaları, sık vajinal tuşe vb yanlış olduğunu öğrendikleri uygulamaları yaz stajlarında hastanelerde ebelerin öyle yapmaları nedeniyle yaptıklarını ifade etmişlerdir.

SONUÇ

- Ebelik mesleği ile ilgili öğrencilerin olumsuz algılarının daha çok olduğu görülmüştür.
- Bu olumsuz algıların öğrencilerin doğum becerilerini edinmeleri ile olumlu yönde değiştiği görülmüştür.
- Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının fazla olduğu öğrenciler tarafından ifade edilmiştir.
- Öğrencilerin laboratuvar eğitimlerinin fiziki koşullarının yetersiz olduğu görülmüştür.
- Öğrenciler eğitimleri sırasında anne ve bebeğe zarar verme, bilinmezlik, ilk kez yaptırma korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- 1) Taşçı, K.D. (2006) Hemşirelik öğrencilerinin doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği dersi klinik uygulamasına yönelik değerlendirmeleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(3):52-61.
- 2) Ahmadi, G. ve ark. (2018) Fear, an unpleasant experience among undergraduate midwifery students: Aqualitative study, Nurse Educ Pract. 29:110-115.
- 3) Gemma, K.S. ve ark. (2011) The Use of Simulation to Teach Clinical Skills in Obstetrics Elsevier Inc. SeminPerinatol 35:68-73
- 4) Dahlen, H.G.(2014) Caplice What do midwives fear? Women and Birth 27: 266–270.
- 5) Baş, T. ve Akturan, U. (2013) Nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin yayıncılık. s21-22.
- 6) Patton, M.Q. (2014). Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri. (Bütün, M. ve ark. Çev.) 1. Baskı, Pegem akademi: Ankara.s.104.
- 7) Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013) Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. 9. Baskı, Seçkin Yayıncılık: Ankara. s53,140, 259-272.

53 - EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖĞRENMEYE İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Keziban AMANAK¹, Esra ESEN¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Özet

Giriş: Araştırma ebelik öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin tutumlarının belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmanın evrenini, bir üniversitenin ebelik bölümünde öğrenim gören 221 ebelik öğrencisi oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 198 ebelik öğrencisi araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırmada öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan öğrenci bilgi formu ve Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verileri kendini bildirim tekniği ile doldurulmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 18 (PASW Inc., Chicago. IL. USA) paket programı ile analiz edilmiştir. Araştırma verileri sayı-yüzde oranları ve aritmetik ortalama ile değerlendirilmiş olup, istatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.52 ± 1.58 'dir. Öğrencilerin %81.3'ünün geliri giderine denk, %79.6'sı yurttan kalmakta, %77.3'ü çekirdek aile yapısına sahip ve %69.5'i ebelik bölümüne isteyerek gelmiştir. Öğrencilerin öğrenmeye ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalaması 3.68 ± 0.65 , alt ölçek puan ortalamaları ise; öğrenmenin doğası (3.51 ± 0.55), öğrenmeden beklenti (3.71 ± 0.62), öğrenmeye açıklık (3.59 ± 0.91), öğrenmeye ilişkin kaygı (3.01 ± 0.54) olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Ebelik öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin tutumlarının belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada ebelik öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin olumlu tutuma sahip, öğrenmeye açık ve öğrenmeden beklentilerinin yüksek olduğu, aynı zamanda öğrenmeye ilişkin kaygı yaşadıkları sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Ebelik, öğrenci, öğrenmeye ilişkin tutum.

Determination Of Attitudes Toward The Learning Of Midwifery Students

Abstract

Introduction: The study was conducted to determine the attitudes of midwifery students to learning.

Material and Method: The universe of this type of research was created by 221 midwifery students studying in the midwifery department of a university. 198 midwifery students who voluntarily accepted to participate in the study were not selected in the study and the sample of the research was formed. In order to determine the socio-demographic characteristics of the students in the survey, student information form prepared by the researchers and the Scales of Attitudes towards Learning were used. The research data were filled with self-report technique. Data from the study were analyzed by SPSS 18 (PASW Inc., Chicago, IL, USA) packet program. Research data were evaluated by number- percentage ratios and arithmetic mean, and $p < 0.05$ was accepted for statistical significance.

Results: The average age of the students participating in the survey was 20.52 ± 1.58 . 81.3% of the students are equivalent to the income expense, 79.6% remain in the country, 77.3% have the core family structure and 69.5% have come to the midwifery section voluntarily. The mean score of the students' attitude scale related to learning was 3.68 ± 0.65 , the meanscores of the subscales were; (3.51 \pm 0.55), expectancy without learning (3.71 \pm 0.62), openness to learning (3.59 \pm 0.91), and learning anxiety (3.01 \pm 0.54).

Conclusion: In this study, which aimed to determine the attitudes of midwifery students to learning, it was concluded that midwifery students had a positive attitude toward learning, open learning, and an expectation of learning had high and at the same time worries about learning.

Key words: Midwifery, student, attitude towards learning.

Giriş

Bilimsel bilgi sürekli bir değişim içindedir. Bilgiye ulaşma yollarını edinmiş bir öğrencinin başarısız olma şansı yoktur. Bu yüzden eğitim sistemi içinde öğrencilerin sürekli alıcı pozisyonda tutulmaması ve bilgiye ulaşma yollarını öğrenmesi desteklenmelidir.

Eğitimin temel amacı bireyde bilgi birikimi sağlayarak, bireye bu bilgiyi nasıl ve hangi biçimde kullanacağını göstermektir (Gerçek vd., 2006: 1-3). Eğitim ve öğretim durağanlıktan çıkmış sürekli değişen ve kendini yenilemesi gereken bir sisteme dönüşmüştür. Bu nedenle insanlar sürekli öğrenmeye açık olmalı, öğrenmeye ilişkin olumlu tutumlar içerisinde olup, öğrenmeden olumlu beklentiler besleyip, karşılaştıkları durumları çözebilmek için öğrenmeye ilişkin bir kaygı durumu yaşamaktan da uzak olmalıdır. Çünkü insanların bir konuyu öğrenmeye ilişkin yaklaşımları öğrenme ürünlerini de etkilemektedir (Kara vd., 2016: 56-57).

İnsanların, olumlu tutum içerisinde olduklarında, öğrenme konusunda daha iyi bir performans sergiledikleri görülmüştür (Kara vd., 2010: 49-50). Bu noktada öğrencilerin öğrenmeye ilişkin tutumlarının önemi gündeme gelmektedir.

Ebelik eğitimi, öğrencilerin yaratıcılığını eleştirel düşünme becerisini ve benlik gelişiminin devamını sağlamaktır. Bu eğitimsel süreç sonunda bireylerden, bilgi, tutum ve becerilerini bilimsel problem çözme yöntemini kullanarak, hastanın sağlık problemlerini çözmeleri beklenmektedir (Ekinci vd., 2013:67-68).

Ebelik eğitiminde öğrencilere bilgiye ulaşma yollarının öğretilmesi ve öğrenmeye karşı olumlu tutum içinde olmaları sağlanarak öğrenci başarısının artırılabilirliği düşünülmektedir. Dolayısıyla bu çalışma ebelik öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin tutumlarının belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma sorusu: Öğrencilerin öğrenmeye ilişkin tutumları nasıldır?

Materyal ve Metod

Araştırmanın tipi ve yapıldığı yer:

Araştırma bir devlet üniversitesinin ebelik bölümünde yürütülmüştür. Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın evren ve örnekleme:

Araştırmanın evrenini, bir üniversitenin ebelik bölümünde öğrenim gören 221 ebelik öğrencisi oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş ve tüm evren araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya davet edilen bu öğrencilerden, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 198 ebelik öğrencisi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın veri toplama araçları:

Araştırmada öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan öğrenci bilgi formu (yaş, gelir durumu, nerede yaşadığı, aile tipi, bölüme isteyerek gelme durumunu içeren toplam 5 sorudan oluşmaktadır) ve Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verileri kendini bildirim tekniği ile doldurulmuştur.

Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği ; Kara (2010) tarafından geliştirilmiş 40 maddeden oluşmakta olup,

bireyin öğrenmeye ilişkin tutumlarını belirlemeye yöneliktir. Likert tipi bir ölçek özelliği taşımakta ve öğrenmenin doğasına ilişkin tutumlar, öğrenmeden beklentiler, öğrenmeye açıklık ve öğrenmeye ilişkin kaygılar olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte beşli derecelendirme ölçeği; tamamen katılıyorum: 5, çoğunlukla katılıyorum: 4; kararsızım: 3; kısmen katılmıyorum: 2; hiç katılmıyorum: 1 şeklinde kullanılmıştır. Ölçekte yer alan 11 olumsuz ifade tersinde kodlanmıştır.

Araştırmanın etik yönü ve istatistiksel prosedürler:

Araştırmanın yapılabilmesi için öğrencilerden sözel olur alınmıştır. Araştırmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu istedikleri zaman araştırmadan ayrılacaklarına dair bilgi verilmiştir.

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 18 (PASW Inc., Chicago. IL. USA) paket programı ile analiz edilmiştir. Araştırma verileri sayı-yüzde oranları ve aritmetik ortalama ile değerlendirilmiş olup, istatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Bulgular ve Tartışma

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.52 ± 1.58 'dir. Öğrencilerin %81.3'ünün geliri giderine denk, %79.6'sı yurttta kalmakta, %77.3'ü çekirdek aile yapısına sahip ve %69.5'i ebelik bölümüne isteyerek gelmiştir. Öğrencilerin öğrenmeye ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalaması 3.68 ± 0.65 , alt ölçek puan ortalamaları ise; öğrenmenin doğası (3.51 ± 0.55), öğrenmeden beklenti (3.71 ± 0.62), öğrenmeye açıklık (3.59 ± 0.91), öğrenmeye ilişkin kaygı (3.01 ± 0.54) olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar ebelik öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin olumlu tutuma sahip, öğrenmeye açık ve öğrenmeden beklentilerinin yüksek olduğu, aynı zamanda öğrenmeye ilişkin kaygı yaşadıklarını göstermesi bakımından önemlidir. Bu sonuçlara göre öğrencilerin kaygı düzeylerini azaltmaya yönelik çalışmaların yapılması ve bu sonuçlara dayalı olarak gerekli girişimlerde bulunulması ile daha olumlu bir öğrenme sağlanabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öğrenci bilgi formu ve Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği öğrenciler tarafından öz bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Bu ölçekler aracılığı ile elde edilen veriler uzman kişiler tarafından gözlemlenen durumdan farklı olabilir. Ayrıca çalışma tek merkezde yapıldığı için araştırma sonuçları genellenemez, sadece araştırmanın yapıldığı evreni yansıtmaktadır.

Sonuç

Ebelik öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin tutumlarının belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada ebelik öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin olumlu tutuma sahip, öğrenmeye açık ve öğrenmeden beklentilerinin yüksek olduğu, aynı zamanda öğrenmeye ilişkin kaygı yaşadıkları sonuçlarına ulaşılmıştır. Ebelik öğrencilerinin eğitimlerinde yaşadıkları kaygıyı azaltmaya yönelik girişimlerin belirlenmesi ve bu konuda çalışmalar yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Ekinci, M., Altun, Ö.Ş., & Can, G. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve atılabilirlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2):67-74.

2. Gerçek, C., Köseoğlu, P., Yılmaz, M., & Soran, H. (2006). Öğretmen adaylarının bilgisayar kullanımına yönelik tutumlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Hacettepe Üniv. Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30.
3. Kara, A., Tekin, H., Ünişen, A., & İzci, E. (2016). Ortaokul öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin tutumlarının bilgisayar kullanma alışkanlıkları bakımından izlenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(2): 56-65.
4. Kara, A., (2010). Öğrenmeye ilişkin tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Bahar2010, 9(32), 49-6

54 - EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN İLK KLİNİK DENEYİM BAŞLANGICI VE SONUNDA ÖZ ETKİLİLİK YETERLİLİK VE KLİNİK STRES DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Keziban AMANAK¹, Esra ESEN²,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ²Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Özet

Amaç: Bu çalışma ebelik birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonunda öz etkililik yeterlilik ve klinik stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmanın evrenini, 2017-2018 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelikte Temel İlke ve Uygulamalar II dersine kayıtlı 86 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 81 öğrenci araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırma verileri Tanıtıcı Özellikler Formu, Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği ve Klinik Stres Anketi ile kendini bildirim yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada gruplar arası karşılaştırmalar Mann Whitney U Testi , Kruskal Wallis Testi ve Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 18.53 ± 0.65 'dir. Öğrencilerin %79.8'inin geliri giderine denk, %80.2'si yurttan kalmakta, %45.4'ü en uzun süre ilçede yaşamış, %78.6'sı çekirdek aile yapısına sahip ve %72.1'i ebelik bölümüne isteyerek gelmiştir. Öğrencilerin ilk klinik uygulama başlangıcında öz etkililik yeterlilik toplam ölçek puan ortalamaları (92.45 ± 14.89), klinik uygulama sonrasında (84.45 ± 11.56) göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Öğrencilerin ilk klinik uygulama başlangıcında yaşadıkları stres düzeyleri (32.51 ± 4.65), klinik uygulama sonrasında (25.31 ± 7.45) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada öğrencilerin ilk klinik uygulama sonrasındaki öz etkililik yeterlilik düzeylerinin klinik uygulama öncesine göre daha yüksek olduğu, klinik stres düzeylerinin ise klinik uygulama sonrasında, öncesine göre daha düşük olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ebe, klinik stres, klinik uygulama, öz etkililik yeterlilik.

The Determination Of Self-Efficacy And Clinical Stress Levels Of Midwifery Students Beginning The First Clinical Experience And Post-Experience Period

Abstract

Introduction: This study was conducted to determine the level of self-efficacy and clinical stress levels of first year midwifery students beginning the first clinical experience and post-experience period.

Material and Method: The study of descriptive type was conducted by 86 students enrolled in Adnan Menderes University Department of Health Sciences Basic Principles and Applications II of Ebelik during the spring semester of 2017-2018 academic year. 81 students who voluntarily accepted to participate in the study were not selected in the study and the sample of the research was created. The data were collected by using descriptive characteristics form, self efficacy scale and clinical stress questionnaire. Comparisons between groups were made using Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test and Wilcoxon Signed Ranks Test.

Results: The average age of the students participating in the study was 18.53 ± 0.65 . 79.8% of the students were living with the income, 80.2% were living in the country, 45.4% had lived in the province for the longest time, 78.6% had a core family structure and 72.1% had wanted to have midwifery. At the beginning of the first clinical practice, the students' self-efficacy competence was found to be significantly lower than the average of the total scale scores (92.45 ± 14.89) and after the clinical application (84.45 ± 11.56). Stress levels (32.51 ± 4.65) experienced by students at the beginning of the first clinical application were significantly higher than those after clinical application (25.31 ± 7.45).

Conclusion: In this study, students' self-efficacy levels after first clinical application were higher than those before clinical application, and clinical stress levels were found to be lower after clinical application than before.

Keywords: Midwife, clinical stress, clinical practice, self efficacy competence.

Giriş

Ebelik eğitiminde amaç öğrenciye bilişsel duyuşsal ve psikomotor bilgi beceri tutum ve gelişim kazandırmaktır. Ebelik eğitimi teorik ve klinik olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Klinik eğitim öğrencinin teorik bilgilerini gerçek ortamda uygulayarak öğrenmesine olanak sağlarken öğrencinin psikomotor gelişim ve mesleki kimliğinin gelişimine destek olmaktadır. Klinik deneyim süresince yeni bir ortama giren öğrenciler anksiyete ve stres yaratan birçok durumla karşılaşmakta ve baş etmeye çalışmaktadırlar. Anksiyete ve stres öğrencinin eğitim süresinde başarısını ve klinik uyumunu etkileyen önemli bir faktördür. Düşük düzeyde stres ve kaygı öğrencilerin gelişim ve yaratıcılığına katkı sağlarken, stres ve kaygı yoğun olunca öğrenme güçlüğü, dikkatde azalma, sosyal ilişkilerde bozulma ve iş veriminde azalmaya neden olabilmektedir. Klinikteki stres ve anksiyete; klinik uygulamalarda güçlük, sağlık personeli ile iletişim bozukluğu, hata ve yanlış uygulama yapma endişesi, mesleki yetersizliğe neden olmaktadır. Özellikle ilk klinik deneyimler öngörülmezlikler ve zorlayıcılık açısından stres ve anksiyete düzeylerini etkilemektedir. Öğrencilerin klinik öğrenme deneyimlerinin her aşamasında stres ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, öğretim üyelerinin öğrencilerin stresinde baş etmede strateji geliştirmelerine katkı sağlayacaktır (Kartal ve Yazıcı, 2017:190-192, Şendir ve Acaroğlu, 2008: 737-739 , Jimenez vd., 2010: 442-445, Lee ve Graham, 2001: 652-655).

Öz etkililik; bireyin, yaşamıyla ilgili olaylar üzerinde etkili olabilmesi için, gerekli olan etkinlikleri başlatabileceğine ve sonuç alabileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (Dikmen vd., 2016:206-208). Güçlü bir öz etkililik inancı, başarı ve iyilik durumunu artırır. Bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma durumu üzerinde öz etkililik yeterlilik düzeylerinin etkili olduğu düşünülmektedir (Keskin vd., 2006: 92-95).

Dolayısıyla bu çalışma ebelik birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonunda öz etkililik yeterlilik ve klinik stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları:

- (1) Öğrencilerin ilk klinik deneyim öncesi stres düzeyleri nasıldır?
- (2) Öğrencilerin ilk klinik deneyim sonrası stres düzeyleri nasıldır?
- (3) Öğrencilerin ilk klinik deneyim öncesi ve sonrası stres düzeyleri arasında fark var mıdır?
- (4) Öğrencilerin ilk klinik deneyim öncesi öz etkililik yeterlilik düzeyleri nasıldır?
- (5) Öğrencilerin ilk klinik deneyim sonrası öz etkililik yeterlilik düzeyleri nasıldır?
- (6) Öğrencilerin ilk klinik deneyim öncesi ve sonrası öz etkililik yeterlilik düzeyleri arasında fark var mıdır?

Materyal ve Metod Araştırmanın tipi ve yeri:

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme:

Araştırmanın evrenini, 2017-2018 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelikte Temel İlke ve Uygulamalar II dersine kayıtlı 86 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmada örneklem

seçimine gidilmemiş ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 81 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın veri toplama araçları:

Araştırma verileri Tanıtıcı Özellikler Formu, Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği ve Klinik Stres Anketi ile kendini bildirim yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma verilerinin doldurulması yaklaşık olarak 5-10 dk sürmektedir.

Araştırmanın etik yönü ve istatistiksel prosedürler:

Araştırmanın yapılabilmesi için öğrencilerden sözel olur alınmıştır. Araştırmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacaklarına dair öğrencilere bilgi verilmiştir.

Verilerin analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada gruplar arası karşılaştırmalar Mann Whitney U Testi , Kruskal Wallis Testi ve Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 18.53 ± 0.65 'dir. Öğrencilerin %79.8'inin geliri giderine denk, %80.2'si yurttta kalmakta, %45.4'ü en uzun süre ilçede yaşamış, %78.6'sı çekirdek aile yapısına sahip ve %72.1'i ebelikbölümüne isteyerek gelmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin ilk klinik uygulama öncesi ve sonrası öz etkililik yeterlilik toplam ölçek puan ortalamalarının dağılımı

Öz etkililik yeterlilik ölçeği	İlk klinik uygulama öncesi	İlk klinik uygulama sonrası	X ² or t or Z/P
	92.45±14.89	84.45±11.56	7.051/0.000

Öğrencilerin ilk klinik uygulama başlangıcında öz etkililik yeterlilik toplam ölçek puan ortalamaları (92.45 ± 14.89), klinik uygulama sonrasına (84.45 ± 11.56) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 1) ($p=0.000$). Güçlü bir öz etkililik inancının, başarı ve iyilik durumunu artırdığı (Keskin vd., 2006: 95-99) göz önüne alındığında, klinik uygulamalarının saatlerinin artırılması ile öğrenci başarısının artırılacağı düşünülmektedir.

Tablo 2. Öğrencilerin ilk klinik uygulama öncesi ve sonrası klinik stres anketi toplam ölçek puan ortalamalarında dağılımı

Öz etkililik yeterlilik ölçeği	İlk klinik uygulama öncesi	İlk klinik uygulama sonrası	X ² or t or Z/P

32.51±4.65

25.31 ±7.45

6.213/0.000

Öğrencilerin ilk klinik uygulama başlangıcında yaşadıkları stres düzeyleri (32.51±4.65), klinik uygulama sonrasına (25.31 ±7.45) göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 2) (p=0.000). Kartal ve Yazıcı (2017) ebelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin klinik uygulamaya yönelik yaşadıkları stres düzeylerini, bu çalışmanın sonuçları ile benzer şekilde bulmuşlardır. Benzer şekilde Mankan ve ark. (2016)'ı da klinik uygulama başlangıcında öğrencilerin daha fazla stresli olduklarını belirlemişlerdir. Ayrıca Taşdelen ve Zeybek (2013)'in çalışma sonuçları da benzer şekildedir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Tanıtıcı özellikler formu, Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği ve Klinik Stres Anketi öğrenciler tarafından öz bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Bu ölçekler aracılığı ile elde edilen veriler uzman kişiler tarafından gözlemlenen durumdan farklı olabilir. Ayrıca çalışma tek merkezde yapıldığı için araştırma sonuçları genellenemez, sadece araştırmanın yapıldığı evreni yansıtmaktadır.

Sonuç

Bu çalışmada öğrencilerin ilk klinik uygulama sonrasındaki öz etkililik yeterlilik düzeylerinin klinik uygulama öncesine göre daha yüksek olduğu, klinik stres düzeylerinin ise klinik uygulama sonrasında, öncesine göre daha düşük olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Kaynaklar

1. Jimenez, C., Navia-Osorio, P., & Vacas Diaz, C. (2010). Stress and Health in Novice and Experienced Nursing Students. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (2): 442-455.
2. Mankan, T., Polat, H., Cengiz, H., & Sevindik, F.(2010). Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (1): 10-15
3. Kartal, Y.A., & Yazıcı, S. (2017). Ebelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonunda anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *HSP*, 4(3):190-195.
4. Keskin, Ü.G., & Orgun, F (2006). Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile basa çıkma stratejilerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2): 92-99.
5. Lee, J., & Graham, A.V. (2001). Student's perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. *Medical Education*, 35: 652-659.
6. Şendir, M., & Acaroğlu, R. (2008). Reliability and validity of turkish version of clinical stress questionnaire. *Nurs Educ Today*, 28(6): 737-43.
7. Taşdelen, S., & Zaybak, A. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Sırasındaki Stres Düzeylerinin İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2): 101-06.

55 - ASFİKSİLİ BEBEKLER VE ANNELERİNİN PERİNATAL ÖYKÜLERİ

Zeynep BALACAN¹, Zekiye KARAÇAM¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,

ÖZET

Amaç: Bu çalışma perinatal asfiksi nedeniyle tedavi alan bebekler ve annelerinin perinatal öykülerini incelemek ve perinatal asfiksi ile ilgili durumları saptamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma niteliksel tipte Nisan 2017 ve Nisan 2018 tarihleri arasında Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan perinatal asfiksili bebeklerin anneleri ile yapılmıştır. Araştırmaya maksimum çeşitlilik örnekleme örneklem yöntemi ile 6 anne alınmıştır. Verilerin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu ve perinatal öykü formu kullanılmıştır. Verilerin analizi içerik analiz yöntemi ile yapılmıştır.

Bulgular: Annelerin öykülerinden hastaneye gelmeden önce gebelik ve bebekle ilgili anormal durum teması altında “pelvis darlığı”, travay süresince anne ve bebekle ilgili fark edilen anormal durumlarda “bebeğe ilişkin ve doğum eylemine ilişkin” alt temalar saptanmıştır. Bebeğe yapılan ilk müdahaleler teması altında “yenidoğan canlandırması, fizik muayene ve bakım”, doğum sonrası erken dönemde bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar teması altında “yenidoğanda yaşam belirtisi, yenidoğana yapılan girişimler ve doğum ekibi” alt temaları belirlenmiştir. Annelerin perinatal öykülerinden çıkarılan bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri teması altında “izlem ve bakım yetersizliği, zor doğum eylemi ve bebeğin fizyolojik özelliği alt temaları yer almıştır.

Sonuç: Çalışmada annelerin doğum hikayelerinde perinatal asfiksinin erken sapmasına ve müdahalesine yönelik doğum distosisi ve fetal asfiksiye ilişkin önemli bilgilerin yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Prenatal izlem yapan ve doğuma yardım eden ebe ve diğer sağlık çalışanlarının oluşan problemleri erken tanınması ve müdahalesi ile perinatal asfiksi gelişmesi önlenabilir.

Anahtar Kelimeler: Asfiksi, Doğum, Yenidoğan, Ebelik, Canlandırma

Examination Of The Birth Story Of Asphyxiated Neonatal**ABSTRACT**

Aim: This study was conducted to examine the perinatal histories of infants treated for perinatal asphyxia and their mothers in order to determine their status as regards perinatal asphyxia.

Method: The study took place over the period April 2017 - April 2018 with infants suffering from perinatal asphyxia and their mothers at the Aydın Gynecology, Obstetrics and Pediatrics Hospital and the Neonatal Intensive Care Unit of AdnanMenderes University Research and Applications Hospital. The random sampling method was used in the study, into which 6 mothers were recruited. A descriptive questionnaire and a perinatal history form were used in the collection of data. The method of content analysis was used in the data analysis.

Results: An underlying theme of “pelvis contraction” was discovered in the mothers medical history prior to hospital admittance with respect to abnormalities in the pregnancy and the child, sub-themes of “infant-related” and “labor- related” abnormalities were determined with respect to the mother in labor and her child. Other sub-themes were categorized under initial interventions to the child as “reviving the newborn, physical examination and care,” and under abnormalities of the infant detected during the early postnatal period as “signs of life in the neonate, interventions to the newborn and the obstetric team.” Sub-themes determined with regard to mothers’ views about the reasons for the condition developing in the child, as taken from their perinatal histories, were “inadequate monitoring and care, difficult labor and birth, and physiological characteristics of the infant.”

Conclusion: It was concluded in the study that the mothers’ childbirth histories contained information that was significant in terms of the early diagnosis of perinatal asphyxia and the need for intervention, as well as about labor dystocia and fetal asphyxia. Midwives and other healthcare providers involved in prenatal monitoring and delivery can prevent the development of perinatal asphyxia through early diagnosis of issues and interventions.

Keywords: Asphyxia, Birth, Neonatal, Midwifery, Resuscitation

GİRİŞ

Gebelik ve doğum yaşam sürecinde normal bir evre olarak kabul edilir. Ancak bu durum gebe kadının sağlık bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez. Çünkü gebelik, biyolojik olarak normal bir süreç olmasına karşın kadın yaşamında çok sık yaşanan bir durum değildir. Gebenin kendi ve fetüsün sağlığını yükseltmek için bu yeni duruma özel adaptasyonu gerekir (Arslan, 2010). Yüksek riskli gebelik ise maternal veya fetal sağlığı tehdit eden, morbidite ve mortaliteyi arttıran, fizyolojik, sosyal ve duygusal boyutları da içeren bir durumdur. Yüksek riskli gebeye verilecek ebelikve hemşirelik bakımı daha çok ebe ve hemşirenin bağımsız ve işbirliği gerektiren rolleri ile ilgilidir (Taşkın, 2014). Dünya Sağlık Örgütü (2003) tarafından geliştirilen, anne ve çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendiren ve rehberlik yapan güvenli annelik paketinde doğum öncesi bakım, anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almaktadır.

Doğum sonrası tüm yenidoğanların yaklaşık %10'unda solunumun başlatılması için hafif destek, %1'inde ise daha ciddi resüsitasyon gerekir (Çoban ve İnce, 2012). Doğum salonunda doğuma hazırlık aşamasında, prenatal risk faktörlerinin olup olmadığı ile ilgili bilginin doğum öncesi anneden ya da kadın doğum hekiminden öğrenilmesi, doğum sırasında veya hemen sonrasında bebekte ortaya çıkabilecek ve acil müdahale gerektirecek problemleri belirleme açısından prenatal öykü alımı önemlidir (Oygür ve ark, 2016; Altun, 2016). Resüsitasyon gerektiren bebeklerin %70'i yüksek riskli doğumlarla doğan bebeklerdir ve bu bebeklerde perinatal asfiksi riskinin arttığı belirtilmektedir (Dağoğlu ve Samancı, 2008; Azzopardi, 2000). Yüksek riskli doğumlarda başarılı bir sonuca ulaşmak için kadın doğum ve yenidoğan hekimlerinin, ebe ve hemşirelerinin arasındaki ilişki çok önemlidir. Yüksek riskli durumlar ve uygulanacak girişimler mutlaka bilinmelidir (doğum ağırlığı, gestasyon haftası, ilaç dozlarının hesapları ve endotrakeal tüp numaraları, göbek katateri seçimi gibi) (Çoban ve İnce, 2012; Berkiten Ergin, 2016).

Sağlıklı neslin temeli bireylerin sağlıklı dünyaya gelmesi ve yaşamını sağlıklı sürdürmesi ile oluşabilir. Bireyin sağlıklı olmasının temel şartı antenatal, natal ve postnatal dönemlerde yenidoğanın zarar görmemesi ve hipoksiye maruz kalmaması ile ilişkilidir. Perinatal asfiksi, fetal veya neonatal dönemde prenatal, natal veya postnatal faktörlerin etkisiyle oluşan ve hipoksi, hiperkapni ve asidozun eşlik ettiği, önemli mortalite ve uzun vadeli morbiditeye yol açan ciddi bir durumdur (Kardeniz Bilgin ve ark, 2011; Can ve ark, 2011; Gane ve ark. 2013). Perinatal asfiksini en ağır sonucu ise hipoksik iskemik ensefalopatidir (Twari ve ark, 2014; Okumuş, 2015; Bozkurt, 2016).

Sağlık bakımı sistemi içerisinde önemli bir sağlık çalışanı olan ebenin, kadın ve yenidoğan sağlığını korumasında, doğum öncesi gebenin izleminde ve bakımında, doğum eyleminde ve sonrasında önemli sorumlulukları mevcuttur. Kadın ve çocuk sağlığı gelecek neslin sağlıklı olabilmesi için ülkemizde ve Dünya'da sağlık bakım kalitesi içerisinde önemli bir yeri bulunmaktadır. Perinatal asfiksi ile sonuçlanmış doğumların önlenmesi için erken tanılama, riskli gebelikler belirlenmeli ve sık izlem yapılmalıdır. Perinatal asfiksi, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde gerçekleşebilmektedir. Doğum eylemi sırasında olabilecek komplikasyonlar göz önüne alındığında neonatal canlandırmayı yapabilecek bir sağlık çalışanının doğum salonunda bulunması gerekmektedir. Perinatal asfiksi risklerini araştırmak için yapılan olgu kontrol

çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında doğum öncesi bakım, doğum eyleminin yönetimi, doğum sonu yenidoğana müdahale ve riskli gebeliklerin erken tanılanmasının önemi vurgulanmaktadır (Nayeri ve ark, 2012; Gane ve ark, 2013; Aslam ve ark, 2014). Bu da doğum öncesi izlem yapan ebelerin riskli gebelikleri tanılması ve doğum salonunda doğum eylemine yardımcı olan ebelerin neonatal canlandırma programında yer alan basamakları uygulayabilmeleri, yeterli donanımına sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Literatürde bu konuya yönelik yapılan kalitatif bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu gerekçelerden dolayı, araştırmada perinatal asfiksi tanısı almış bebeklerin anneleri ile görüşülerek perinatal dönemde bebek ve annelerine ilişkin öykülerin incelenmesi ve perinatal asfiksi ile ilgili durumların açığa çıkarılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın amacı ve soruları

Araştırmanın amacı, perinatal asfiksi nedeniyle tedavi alan bebekler ve annelerinin perinatal öykülerini incelemek ve perinatal asfiksi ile ilgili durumlarını saptamaktır. Bu doğrultuda şu soruları; perinatal asfiksi tanısı alan bebeklerin ve annelerinin asfiksi ile ilgili (1) antenatal, (2) intrapartum ve (3) postnatal öyküleri nasıldır?

YÖNTEM

Araştırmanın türü, yeri ve örnekleme

Araştırma Nisan 2017 ve Nisan 2018 tarihleri arasında tanımlayıcı fenomenoloji deseni ile niteliksel olarak Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ) yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme, perinatal asfiksi tanısı ile bebeği YYBÜ’de yatan 6 alınmıştır. Maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi ile verilerin doygunluk noktasına ulaşana kadar bireylerin alınmasına devam edilmiştir (Güler ve ark, 2013; Erdoğan, 2014). Verilerin toplanması aşamasında toplam 10 tane perinatal asfiksili bebeğin annesine ulaşılmış, ancak 2 annenin türkçe konuşmaması ve 2 annenin de çalışmaya katılmayı red etmesi nedenleri ile örnekleme dahil edilememişlerdir (Güler ve ark, 2013; Erdoğan, 2014).

Veri toplama araçları ve verilerinin toplanması

Araştırma verileri tanıtıcı bilgi ve yapılandırılmış perinatal öykü soru formları ile toplanmıştır. Araştırmacı tarafından literature dayalı olarak (Aktulay 2015; Altun Yılmaz 2016; Can ve ark. 2011; Duran ve ark. 2008; Gane ve ark. 2013) hazırlanan bu formlar, ailelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, sağlık güvencesi, eş eğitim durumu, eş mesleği, alışkanlıkları), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, küretaj sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, ölü doğum sayısı) 14 ve perinatal öyküyü sorgulayan yapılandırılmış görüşme formu 23 sorudan oluşmaktadır. Soru formlarının kapsam geçerliliği ve anlaşılabilirliğini sağlamak için kadın doğum hemşireliği alanında doktora eğitimini tamamlamış 5 öğretim üyesinden uzman görüşü alınmış ve yeniden düzenleme yapılarak son şekli verilmiştir.

Araştırma verileri, niteliksel araştırma deneyimi olan ikinci araştırmacının süpervizörlüğünde, ebelerde yüksek lisans eğitiminin tez aşaması dönemindeki birinci araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bu araştırmacı tezsiz yüksek lisans eğitiminde dönem projesini nitel bir araştırma ile yapmış ve yüksek lisans derslerini başarı ile tamamlamıştır.

Veriler yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yüz-yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Bu görüşmeler sırasında annelerin mahremiyetine özen gösterilmiştir. Görüşmeler hasta odasında, annelerin uygun olduğu zamanda ve yalnız kalmaları sağlanarak yapılmış ve ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Bu görüşmeler yaklaşık 10-20 dk sürede tamamlanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi içerik nitel analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Annelerin perinatal öyküleri görüşlerinin dökümleri sorulara göre hazırlanmıştır. Önce görüşme sorularına verilen yanıtlar kelime kelime Microsoft Word belgesine yazılmıştır. Annelerin sorulara verdiği yanıtlar tek tek okunarak başlangıç kodları oluşturulmuştur, alt temalar ve temalara ayrıştırılmıştır. Ortak yönleri olan başlangıç kodları alt tema ve temalar biçiminde bir üst temada birleştirilmiştir. Elde edilen tema çeşitliliği ve yoğunluğu yorumlanarak örneklerle birlikte raporlanmıştır (Erdoğan, 2014).

Etik varsayımlar

Araştırmanın yapılabilmesi için Aydın ilinde bulunan Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı, ve Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden resmi izin alınmıştır. Ayrıca araştırma protokolü ile ilgili Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonundan etik kurul oluru alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilecek annelere araştırma hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgi verilerek ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR

Annelerin sosyo-demografik özelliklerinin verilerinde 6 annenin 2'sinin 30 yaş üzeri, 2 tanesinin yüksekokul, 3 tanesinin ortaokul ve 1 tanesinin ilkokul mezunu, bir tanesinin geniş ailede yaşadığı saptanmıştır. Obstetrik verilerinde ise 3 tanesinin ilk gebeliğinin olduğu, 3 tanesinin 40 hafta ve üzerinde doğum yaptığı, 1 tanesinin sezeryan doğum yaptığı, bir bebeğin 4000 gr üzerinde doğduğu ve 5 tanesinin gebeliğinin planlı olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Gebelikte izlem ve bakım alma durumlarında 6 gebeden 1 tanesinin doğum öncesi eğitim sınıflarından yararlandığı, gebelik süresince bir tanesinin uçuk ve bir tanesinin de soğuk algınlığı geçirdiği, hiçbirinin hastaneye yatmadığı ve gebelikte riskli bir durumla karşılaşmadığı ve hepsinin doğum öncesinde ebe ve doktor tarafından izlendiği saptanmıştır (Tablo 1).

Travay, doğum ve doğum sonrası erken dönemde, 6 anneden 1'inin ağrıları başladıktan 3 gün sonra hastaneye başvurduğu, 2'sinin hiç ağrısının olmadığı, 1'sinin 2. devrede fetal kalp atımına bakılmadığı belirlenmiştir. Annelerin 5'sinin vaginal doğum yaptığı, 3'üne amniyotomi, 2'sine indüksiyon ve 3'üne epizyotomi uygulandığı saptanmıştır.

Annelerin doğum salonuna alındıktan sonra 1 tanesinin doğum masasında 1 saat ve 1 tanesinin de 2 saat geçirdiği, 2'sinin bebeğinin ağlama sesini duyduğu ve 1'inin erken anne-bebek temasının sağlandığı, 1'inin doğumunun ebe, diğerlerinin ebe ve doktor tarafından gerçekleştirildiği bulunmuştur (Tablo 2).

Annelerin perinatal öyküleri

Annelerin perinatal dönemlerinde fark ettiklerindeki anormal durumları "hastaneye gelmeden gebelik ve bebekle ilgili anormal durumlar, travayda anne ve bebek ile ilgili anormal durumlar, bebeğe yapılan ilk

müdahaleler, doğum sonu erken dönemde bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar ve bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri” olmak üzere beş tema altında toplanmıştır.

Annelerin öykülerinden hastaneye gelmeden gebelik ve bebekle ilgili anormal durum teması altında “*pelvis darlığı*”, travayda anne ve bebek ile ilgili anormal durumlarda “*bebeğe ilişkin ve doğum eylemine ilişkin*” alt temalar saptanmıştır (Tablo 3). Annelerin hastaneye gelmeden ve travay sırasında kendileri ve bebekle ilgili fark ettikleri anormal durum ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“*Ya çatalımın dar olduğunu söylemişlerdi hani benim kendi hissettiğim hani normal doğum olmadı ama normal doğum diye ısrar etti bebeğim belki o esnada zorlanmıştır hani çıkarken belki sezeryan olsaydı böyle bişey hiç yaşanmazdı çünkü bebeğimde kontrole götürdüm her testide yaptırdı hiç bi sorun çıkmadı hepsi normaldi kalp ritimleri hiçbi zaman bi aksaklık göstermedi yani hiç hamileliğimde hiçbişey yaşamadım çok rahat bi hamilelik geçirdim bilmiyorum sadece o bigünde çok kötü bi gündü yani o bigünde her şeyi yaşadım kendimde çocuğumda”(A6)*

“*Çok hareketliydi çok hareketliydi hareketleri çok aşırıydı o dikkatimi çekti doğum sırasında öbür gebeliklerimde öyle bişey yoktu hareketsizdi bu çok hareketliydi”(A2)*

“*Bebeğimle ilgili çok hissettim çünkü sancı vuruyordu bebeğin hazneye indiğini söylüyolardı ama açılma olmuyodu 3cm di birden 9 cm açılmam oldu(birden mi olduğu sorgulandı yeniden) hıhı 3 cm den birden 9 cm açılmam oldu ama baya geçtikten sonra oldu 9 cm açılmam sonra ebe muayene etti dedi bebeğin saçı elime geliyor ondan sonra 3 saat sonra beni doğuma aldılar ondan sonra zaten 9 cm açılmam oldu beni almadılar doğuma evet baya bekledim sancı odasında.ya bilmiyorum çok kötüydü.bebeğime bişey olucak diye korku vardı çünkü bilmiyorum içimde bişey var hani bana anlattıkları gibi diyolardı şey büyük hani büyük tuvaletini abdestin geliyomuş gibi olucak aynı o şekilde oluyodu canımdan can gidiyor sancım hiç durmuyodu ama doğuma almıyolardı”(A6)*

Bebeğe yapılan ilk müdahaleler teması altında “*yenidoğan canlandırması, fizik muayene ve bakım*”, doğum sonu erken dönem de bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar teması altında “*yenidoğanda yaşam belirtisi, yenidoğana yapılan girişimler ve doğum ekibi*” alt temaları saptanmıştır (Tablo 3). Annelerin temalar ile ilgili bazı ifadeleri şunlardır; “*Sezdim. Sezdim anormal bişey olduğunu sezdim çünkü ağlama sesi duymamıştım bide beni masadada o kadar süre bekletince bana müdahale edilmiyor herkes kendi arasında fısıldaşıyor bi panik var onuda görüyorum yani anormalbişey olduğunu fark ettim.*”(A3)

“*Ağlamadı ya sordumda bilmiyorum kaybettiğimi falan düşündüm o esnada bide biraz mor doğdu yani morumsuydu vücüdü. Sadece neden ağlamıyor diye sordum doktorda dediki hani şey dedi çok yorulmuş dedi içinde o yüzden böyle dedi bana sadece.*”(A6)

“*Hissettim. Ağlamadığı için hissettim. bilmiyorum o an her şey aklıma geldi yani acaba hayattamı değimli sessiz boğazına borular falan soktular afedersiniz pis su yutmuş pisliği yutmuş üzerinde pislik var her şey aklıma geldi. Acaba bişey olurmu kurtulurmu onlar müdahale ederken ben öyle onları seyrettim kalakaldım bişey yapadım.neler gördüğü sorgulandı: Kafasını salladıklarını gördüm ellerinde cansız gibi olduğunu gördüm rengi çok beyazdı” (A2)*

Annelerin perinatal öykülerinden çıkarılan bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri teması altında “*izlem ve bakım yetersizliği, zor doğum eylemi ve bebeğin fizyolojik özelliği*” alt temalarının yer

aldığı saptanmıştır(Tablo 3). Annelerin bu temalara ilişkin bazı ifaları şöyledir;

“Neyle ilişkili olmuş olabilir bende bilmiyorum artık kafam çok karıştı amaaa bilmiyorum yani gecici bişey olduğunu düşünüyorum yani daha çok beklide yani şöyle ona inanmak istiyorum uyum süreci sıkıntısı yaşıyor diye düşünüyorum ben.” (A1)

“Bana göre ilk gittiğim zamandan doğuma kadar ilgilenilmedi çocuk zorda kaldığı için bu duruma geldi bana göre. Doktor hiçbirşeyle ilgilenmedi suni sancı falan verilmedi sabaha kadar sabahın dokuzuna kadar öyle çektim ben kuru kuru suyum hiçbirşekilde patlatılmadı. Kendiliğinden olması beklenildi ben sezeryan talebindede bulundum bana 2 normal doğum yapmışsın bunu yapabilirsin dediler.sezeryan istedim ben istekte bulundum ama yapmadı.ben zor olduğunu biliyodum artık yapamıycamı gücüm yetmiyceni biliyodum istedim ben istemediler.”(A2)

“Orda yoğun bakıma almadılar benim yanıma odaya verdiler odanın içinde bir küvöz vardı küvöz çok derme çatma bir küvözdü ama yani kapakları bile kırıkta kafasına bir tas kapattılar adını unuttum hood kapattılar fakat biz sonradan fark ettik ki merkezi sistemden oksijen kapalıymış o hoodada ayrıca boğuldu çınaralp.”(A3)

“Ya çatalımın dar olduğunu söylemişlerdi hani benim kendi hissettiğim hani normal doğum olmadı ama normal doğum diye ısrar etti bebeğim belki o esnada zorlanmıştı hani çıkarken belki sezeryan olsaydı böyle bişey hiç yaşanmazdı çünkü bebeğimde kontrole götürdüm her testide yaptırdı hiç bi sorun çıkmadı hepsi normaldi kalp ritimleri hiçbir zaman bi aksaklık göstermedi yani hiç hamileliğimde hiçbirşey yaşamadım çok rahat bi hamilelik geçirdim bilmiyorum sadece obi günde çok kötü bi gündü yani o bigünde her şeyi yaşadım kendimde çocuğumda”(A6). Çalışmaya katılan annelerin biri bebeğinde gelişen sorunun nedeni olarak postmatüriteyi göstermiştir. Ancak bu annenin öyküsünde gebeliğinin 41 haftalık olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Asfiksili bebeği olan annelerin perinatal öykülerinin incelenmesi amacı ile niteliksel olarak yapılan bu çalışmada 6 anne ile görüşülmüştür. Araştırmada annelerin perinatal öykülerinden elde edilen veriler *“hastaneye gelmeden gebelik ve bebekle ilgili anormal durumlar, travayda anne ve bebek ile ilgili anormal durumlar, bebeğe yapılan ilk müdahaleler, doğum sonu erken dönemde bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar ve bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri”* olmak üzere beş tema altında toplanmıştır. Elde edilen sonuçlar bebeklerde asfiksi gelişmesi ve yapılan müdahalelere ilişkin kapsamlı bilgi ortaya koymasından önemlidir.

Bu çalışmada bir annenin öyküsünde ebenin fizik muayenesi sonucunda, hastaneye gelmeden önce *“pelvis darlığı”*nın tespit edilmiştir. Bu annenin doğumunun vajinal yol ile gerçekleştirmesi için zorlandığı ve doğumunu zor doğum eylemi olarak ifade edilmiştir. Bu sonuç dahilinde literatürde bulununan çalışmalara bakıldığında Katar ve arkadaşlarının (2007) HİE’li bebeklerle ilgili yaptıkları araştırma sonucunda bebeklerin %31.25’inde zor doğum, mekonyumlu doğum, müdahaleli doğumun asfiksiye neden olduğu bildirmişlerdir. Benzer şekilde Yörük ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada uzamış gebeliklerde sık karşılaşılan komplikasyonların doğum eyleminin uzaması, sefalopelvik uygunsuzluk ve nörolojik sekellerlere daha sık izlendiği saptanmıştır. Pelvik distosi ile ilgili fetüs başının doğum kanalında

aşırı baskı altında kalarak kırık, kanama, nörolojik problemlere bağlı asfiksi gelişebileceği bilinmektedir (Taşkın, 2014). Çalışmamızda da annelerin ifadeleri ve neonatal sonuçlara bakıldığında pelvik distosiye bağlı fetal asfiksi gelişebileceği ortaya çıkmaktadır.

Çalışmada, bazı annelerin travayda anne ve bebek ile ilgili anormal durumlarda “*bebeğe ilişkin*” alt temasında, “bebek hareketlerinde artış ve bebeğin sıkıntıda olduğunu” hissettiklerini ifade ettikleri bulunmuştur. Literatürlerde de fetüsün ani ve şiddetli hareketlerini takiben hareketlerin alınmaması, akut fetal distress için karakteristik bir belirtisi olduğu bilgisi yer almaktadır (Alp Dal ve Ertem, 2016; Özbaşaran, 2016). Literatürlerde aşırı fetal hareketin fetal asfiksiyle ilgili olduğuna dair bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Ancak Aktulay ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada fetal hareketlerde azalma şikayetiyle hastane veya sağlık kurumuna gelen annelerde fetal büyüme geriliği riski, ölü doğum, erken doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarıyla birlikte acil sezeryan riskinde de artış olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda anneler fetal hareketlerde artış olduğunu ifade edip, sonrasında bir hareketsizlik ifadesinde bulunmamışlardır. Bu nedenle aşırı fetal hareketin perinatal asfiksiyle ilişkili olup olmadığının belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmada annelerin “*doğum eylemine ilişkin*” alt teması altında yer alan “amniyotomi uygulanması, aşırı ağrı hissi, sürekli kontraksiyon, 2. evrenin uzaması ve uzun süre doğum masasında kalma ve epidural anestezi uygulaması” bilgilerine yer verdikleri saptanmıştır. Baylas Şahin ve Yapar Eyi'nin (2016) yaptıkları çalışmada amniyotomi uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında bebeğin doğum ağırlığı Apgar skoru, kordon kan gazı pH değeri ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamışlardır. Yıldızhan ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada doğumda epidural anestezi uygulanmasında anestezi utero plasental kan akımını etkileyerek asfiktik değişiklikler yoluyla neonatal depresyona neden olabileceğini ortaya koymuşlardır. Ancak literatürlerdeki bazı bilgilerde doğum ilerliyor ve herhangi fetal/maternal risk düşülmüyor ise ikinci evrede zaman kısıtlamalarına mesafeli yaklaşılmasını, evre süresi ile bebeğin sorunlu doğmasıyla arasında bir ilişki olmadığını ileri sürmektedirler (Walsh, 2000). Bir başka çalışmada ise epidural anestezi yapılan gebelerde ıkmının geciktirilmesi doğum ve komplikasyonlarından kaçınılmasını sağlayabilir (Simpson ve James, 2005). Çalışmamızda ise bir anneye epidural anestezi uygulandığı ve bu annenin doğumun ikinci evresinde uzama saptanması ve bebeğinin hareketsiz olması, Baylas Şahin ve Yapar Eyi ile Yıldızhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaları destekler niteliktedir. Yinede bu konunun perinatal asfiksiyle ilişkili olduğunu kesin olarak ifade edebilmek için daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim olduğu söylenebilir.

Annelerin öykülerinde belirttiği ifadelerinde bebeğe ilişkin fark edilen “*yenidoğan canlandırması*” alt temasında yer alan “ilk ağlamanın duyulmaması, göğüs masajı, aspirasyon sondası kullanımı,ambu kullanımı, bebeğin hareketsiz olması ve sağlık çalışanlarının bişeyler yapmış olduğu” bilgilerine yer verildiği ve annelerin doğum sonu erken dönemde bebeğe ilişkin fark edilen anormal durum teması altında “*yenidoğanda yaşam belirtisi*” alt temasında annelerin ifadelerinde yer alan “bebeğe müdahale/göğüs masajı, bebek ağlamaması, yorgun yenidoğan, cansız gibi olduğunu görme” bilgilerine, “*yenidoğana yapılan girişimler*” alt temasında “bebeğin sert uyarılması (sallanması), bebeğin küvöze alınması, mekonyumlu olması, çok beyaz cilt rengi, mor cilt” bilgilerine ulaşılmıştır. Annelerin “*doğum ekibi*” alt teması altında yer

alan “ortamda panik ve personel arasında fısıldaşma” ifadeleri belirtilmiştir. Bu alt temaların oluşturduğu bilgiler bizi yenidoğana doğum odasında yapılan ilk müdahalelerle ilgili verilere götürmektedir. Bu veriler ışığında literatürlere bakıldığında fetal hipoksi asfiktik bebekte mekonyum çıkışına neden olduğu bilinmektedir. Bu nedenle mekonyum varlığı, hipoksinin önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilirken, özellikle koyu mekonyumlu deprese term bebeklerde HİE gelişme riskinin arttığı bilinmektedir (Özdemir ve ark, 2011). Can ve arkadaşlarının (2011) HİE olgular ile yaptığı çalışmada izlenen yenidoğanların %21’i mekonyum ile boyalı olduğunu bildirmeleri bu bilgileri destekler niteliktedir. Yenidoğana müdahale eden ekip ile ilgili çalışmadan elde ettiğimiz bilgiler ışığında yapılan araştırmalar incelendiğinde Duran ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada NRP eğitimi almış personelin bulunduğu doğumlardaki bebeklerin daha yüksek Apgar skorunun olduğu ve NRP eğitimi öncesi doğan bebeklerde daha fazla sayıda HİE’li bebek olduğunu bildirdikleri ifade edilmektedir. Karadeniz Bilgin ve arkadaşları (2011) çalışmalarındaki düşük bulunan HİE oranını, Türkiye’de özellikle perinatal asfiksiyi azaltmak amacı ile 2000’li yıllardan sonra yaygın olarak verilen Neonatal Resüsitasyon Programı’nın başarısına bağlanmışlardır. Araştırmada “*fizik muayene ve bakım*” alt temasında bebeğin fiziki ölçümlerine ait baş ve boyun ölçülmesi ve umbilikal kordun kesilmesi bilgilerine yer verilmiştir. Asfiksi ile bu bilgiler arasında bir ilişki bulunmamaktadır ancak sağlık ekibinin fizik muayene bulgularını değerlendirebilmesi ve ilk müdahaleyi yapma konusunda deneyimli olmasının büyük önem taşıdığı çalışmalarda bildirilmiştir. Doğum ekibi içerisinde canlandırmayı yapma yeteneğine sahip olan kişi tarafından anormal durumlar erken saptanıp doğru müdahale ile yenidoğanda gelişebilecek asfiktik durumlar önlenmelidir.

Araştırmanın analizinde annelerin perinatal öykülerinden çıkarılan bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin teması altında “yetersiz izlem, geç müdahale, yanlış ve geç müdahale, müdahalede gecikme, gerekli müdahalenin yapılmaması, yeterli bakım alamama, gözlem hatası, ihmalkarlık ve gevşeklik, normal doğuma için bekletilme ve zorlanma, zor doğum eylemi, psikolojik olarak kötü hissetme, uygun müdahale koşullarının bulunmaması, tekrarlayan zor doğum eylemi, ıkınamama, kemik pelviste darlık” bilgilerine ulaşılmıştır. Bu bilgiler dahilinde doğum eylemini destekleyen ekibinin deneyim ve becerisi, anneye verilen destek, uygun olmayan koşullarda yenidoğanın izlenmesi öne çıkmaktadır. Perinatal asfiksisinin önlenmesinde öncelikle koruyucu önlemlerin alınması gerektiği bir çok araştırma sonucunda ortaya koyulmuştur (Katar ve ark, 2007; Karadeniz Bilgin ve ark, 2011). Bizim çalışmamızda da koruyucu önlemlerin alınması gerektiği elde edilen bilgiler sonucunda ortaya koyulmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Perinatal asfiksi tanısı alan bebeklerin ve annelerin perinatal öykülerini incelemek amacıyla niteliksel olarak yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Annelerin hastaneye gelmeden önceki öykülerinden gebelik ve bebekle ilgili anormal durum teması altında “*pelvis darlığı*”, travayda anne ve bebek ile ilgili anormal durumlarda “*bebeğe ilişkin ve doğum eylemine ilişkin*” alt temalarının çıkarıldığı,
- Bebeğe yapılan ilk müdahaleler teması altında “*yenidoğan canlandırması, fizik muayene ve bakım*”, doğum sonuerken dönem de bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar teması altında “*yenidoğanda yaşam*”

belirtisi, yenidoğana yapılan girişimler ve doğum ekibi” alt temalarının yer aldığı,

➤ Annelerin perinatal öykülerinden ise bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri teması altında “*izlem ve bakım yetersizliği, zor doğum eylemi ve bebeğin fizyolojik özelliği*” alt temalarının çıkarıldığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara dayalı olarak;

✓ Ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde annelerin bildirdiği ya da gözlemledikleri tüm olağan dışı durumları ciddiye alarak kapsamlı bir şekilde değerlendirmeleri, bu durumlara kuşku ile yaklaşmaları, yapılabilecek ya da alınabilecek önlemleri gözden geçirmeleri ve yapmaları,

✓ Örgün ve yaygın eğitim birimlerinde görevli ebelerin ve diğer çalışanların bu çalışma sonuçlarını dikkate alacak biçimde eğitim programlarını yenilemeleri ve bu konudaki farkındalıklarının artırılması,

✓ Sağlık yönetici ve politika geliştiricilerin perinatal asfiksünün önlenmesi, erken tespiti, bakım ve tedavisi ile ilgili kurumsal uygulamalarını kanıta dayalı uygulamaları da dahil ederek geliştirmeleri ve bu konuda bilimsel bilgi gelişimini destekleyecek düzenlemeler yapmaları ve

✓ Perinatal asfiksiye ilişkin daha kapsamlı verileri ortaya koyabilecek gözlemsel, riskli gebelerin ve yenidoğanların sağlık durumunu geliştirebilecek yöntemlerin test edildiği deneysel ve perinatal asfiksili bebeğe sahip olan annelerin deneyimlerini ortaya koyabilecek daha kapsamlı kalitatif araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aktulay A, Üstün YE, Haçerlioğulları N, Moraloğlu Ö, Demir B, Yörük Ö. Fetal hareketlerde azalma ön tanısıyla doğum ünitesine yatırılan gebelerin değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 2015, 5(1), 37-40.
2. Alp Dal N, Ertem G. Fetal sağlığın değerlendirilmesi ve tarama testleri, In: Sevil Ü, Ertem G (eds), *Perinatoloji ve Bakım*. Ankara Nobel Kitap Evleri, İzmir, 2016, s 373-408.
3. Altun Yılmaz E. Yüksek riskli yenidoğan, In: Ekti Genç R, Özkan H (eds), *Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları*. Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri, Elazığ, 2016, s 182-202.
4. Arslan V. Doğum öncesi dönem, In: Tankuter K (ed), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012, s 131-166.
5. Aslam HM, Saleem S, Afzal R, Iqbal U, Saleem SM, Shaikh MWA, Shahid N. Risk factors of birth asphyxia. *Italian Journal of Pediatrics* 2014, 1-9.
6. Azzopardi D, Robertson NJ, Cowan FM, Rutherford MA, Rampling M, Edwards AD. Pilot study of treatment with whole body hypothermia for neonatal encephalopathy. *Pediatrics* 2000, 106, 684-94.
7. Baylas Şahin A, Yapar Eyi E.G. Amniyotominin eylem süresi, sezaryen oranları, maternal ve fetal sonuçlar üzerine etkisi. *Perinatoloji Dergisi*, 2017, 25(1), 19–25.
8. Bradshaw LE, Pushpa-Rajah A, Dorling J, Mitchell EJ, Duley L. Cord pilot trial: update to randomised trial protocol. *Bradshaw et al. Trials*, 2015, 16, 407.
9. Beken S. Hipoksik iskemik ensefalopati, In: Okumuş N, Zenciroğlu A (eds), *Bir Bakışta Neonatoloji*. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 2013, s 42-64.

10. Berkiten Ergin A. Riskli doğumlar, In: Şirin A, Kavlak O (eds), Kadın Sağlığı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2016,s 433-459.
11. Bozkurt G. Yenidoğanda nörolojik sistem hastalıkları. In: Ekti Genç R, Özkan H (eds), Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığıve Hastalıkları. Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri, Elazığ, 2016, s 245-266.
12. Can E, Bülbül A, Nuhoglu A. Hipoksik İskemik Ensefalopati Tanılı Term Yenidoğanlarda Laboratuvar TestlerininMortalite İle İlişkinin Değerlendirilmesi. Balkan Medical Journal, 2011, 28, 256-260.
13. Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Güvenli Annelik. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması GenelMüdürlüğü. Ankara, 2009. ISBN 975-590-136-1.
14. Çoban A, İnce Z. Hastalıklar. In: Çoban A, İnce Z. (Eds). Gomella L,T. Neonatoloji. 6. baskı. İstanbul, Ege Basım,2012, s 624-644.
15. Dağoğlu T, Samancı N. Yenidoğanın Resüsitasyonu. İn: Dağoğlu T, Görak G. (Eds). Temel Neonatoloji veHemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008. s 153-166.
16. DSÖ: WHO, UNICEF. Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Oppurtunities.An Analyzes of Trend, Levels and Differentials, 1990-2001, Geneva, 2003.
17. Duran R, Aladağ N, Vatanserver U, Süt N, Acunaş B. The impact of Neonatal Resuscitation Program courses onmortality and morbidity of newborn infants with perinatal asphyxia. Brain Development- Journal, 2008, 30(1), 43-6.
18. Erdoğan S. Nitel araştırmalar, In: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N(eds), Hemşirelikte araştırma. Nobel Tıp Kitapevleri,İstanbul, 2014, s 133-164.
19. Gane B, Vishnu Bhat B, Rao R, Nandakumar S, Adhisivam B, Joy R, Prasad P, Shruti S. Antenatal and intrapartumrisk factors for perinatal asphyxia: a case control study. Curr Pediatr Research, 2013, 17 (2), 119-122.
20. Güler A, Halıcioğlu MB, Taşkıgın S. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayınları, Ankara, 2013,63-289.
21. Karadeniz Bilgin L, Aladağ N, Aygün C, Altay D. Hipoksik İskemik Ensefalopati: 63 Term YenidoğanınDeğerlendirilmesi. Cilt 5 Sayı 2 2011, 89-94
22. Katar S, Devocioğlu C, Ayrancı Sucaklı İ, Taşkesen M. Hipoksik İskemik Ensefalopatili 80 Term Yenidoğan Hastanın Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi, 2007, 34(1), 38-41.
23. Okumuş N. Hipotermi Tedavisinde Güncel Yaklaşım. 23. Ulusal Neonatoloji Kongresi Konuşma Özetleri ve BildiriKitabı, s 29-39, 19-22 Nisan 2015, Adana.
24. Oygür N, Önal E, Zenciroğlu A. Doğum salonu yönetimi rehberi 2016. Türk Neonatoloji Derneği, 2016, 5-39.
25. Özdemir R, Akçayı A, Alyamaç Dizdarı E, Oğuz ŞS, Yurtutani S, Yapar EG, Dilmen U. Mekonyum aspirasyonsendromu sıklığı ve prognostik faktörler: tek merkez deneyimi.
26. Özbaşaran F. Fetal sağlık, In: Şirin A, Kavlak O (eds), Kadın Sağlığı, Nobel Kitapevi, İstanbul, s 370-410.
27. Nayeri F, Shariat M, Dalili H, Adam LB, Mehrjerdi FZ, Shakeri A. Perinatal risk factors for neonatal asphyxia in Valie - Asr hospital. Iran Journal Reprod Medical, 2012, 10(2), 137-140.

28. Simpson KR, James DC. Effect of immediate vs delayed pushing during second stage on fetal well-being: arandomised controlled trial. *Nursing Research*, 2005, 54, 149-157.
29. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2014. 227-303.
30. Twari B, Tripathi VN, Kumar S. Perinatal asphyxia-clinical profile in MRA medical college ambedkar nagar utarpradesh. *JEMDS*, 2014, 52(3), 94-99.
31. Yıldızhan R, Yıldızhan B, Bozkurt Turan Y. Doğumda Epidural Analjezi. *Van Tıp Dergisi*, 2008, 15 (4), 116-119.
32. Yörük Ö, Öksüzoğlu A, Engin-Üstün Y, Aktulay A, Yapar Eyi E.G. Mollamahmutoğlu L. Uzamış gebeliklerde perinatal ve obstetrik sonuçlar term gebeliklerden farklı mı? . *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 2012, 9(35), 1446- 1450. <http://www.ilcor.org/home/> Ulaşım Tarihi: 09.05.2018
33. Walsh D. Evidence-based care. Part:6 limits on pushing and time in the second stage. *British Journal Of Midwifery*, 2000, 8(10), 604-608.

Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve doğum öncesi bakıma ilişkin verileri

Anne no	Anne 1	Anne 2	Anne 3	Anne 4	Anne 5	Anne 6
Anne yaşı	27	33	27	22	32	22
Eğitim durumu	Yüksekokul	İlkokul	Yüksekokul	Ortaokul	Ortaokul	Ortaokul
Çalışma durumu	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Sosyal güvence	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Algılanan gelir düzeyi	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta
Aile tipi	Çekirdek	Çekirdek	Çekirdek	Çekirdek	Çekirdek	Geniş
Gebelik sayısı	1	3	1	2	2	1
Bebeğin doğum haftası	38+1	41	37+5	39	40+2	40+2
Doğum şekli	Sezeryan	Vaginal	Vaginal	Vaginal	Vaginal	Vaginal
Bebeğin kilosu (gr)	3420 gr	4310 gr	3070 gr	2840 gr	3500 gr	3100 gr
Planlı gebelik	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet	evet
İstenilen gebelik	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	evet
Tedavi gebeliği	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	hayır
Gebe eğitim sınıflarına katılma	√	-	-	-	-	-
Doğum öncesi bakım alma	√	√	√	√	√	√
Doğum öncesi bakımını aldığı sağlık çalışanı	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor
Gebelikteki hastalık durumu	-	Soğuk algınlığı	Uçuk	-	-	-
Gebelikteki hastaneye yatma	-	-	-	-	-	-
Gebelikte riskli bir durumla karşılaşma	-	-	-	-	-	-

Tablo 2. Travay, doğum ve doğum sonrası erken dönemdeki uygulamalar ve mevcut durum

Anne no	A1	A2	A3	A4	A5	A6
Ağrılarının başlamasından sonra hastaneye başvurma süresi	3 gün	2-3 saat	Ağrı yok	Ağrı yok	12 saat	2 saat
Amniyotomi uygulanması	-	√	√	-	-	√
Doğum eyleminde yardım eden kişiler	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor	Ebe	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor
Doğum eylemine yardım eden kişi sayısı	7-8	4	5	2	4	5
Doğumun 1. ve 2. Evresinde FKA izlemi	√	√	√	1. devrede evet 2. devrede hayır	√	√
İndüksiyon uygulama	C/S	√	√	-	-	-
Epizyotomi	C/S	√	√	-	-	√
Doğumun 2. devresinin uzunluğu	17 dk	Hemen	2 saat	10-20 dk	1 saat	15-20 dk
Fundal basınç	√	√	√	√	√	√
Doğum sonrası anne ve bebeğin aynı odada olması	√	√	√	-	√	√
Bebeğin ağlama sesini duyma	√			-	√	-
Erken anne-bebek teması	√	-	-	-	-	-

Tablo 3. Hastaneye gelmeden önce, travay ve doğum sürecine ilişkin annenin fark ettiği ve bildirdiği durumlar

Temalar	Alt Temalar	Başlangıç kodlar
Hastaneye gelmeden önce ve travay süresinde anne ve bebeğe yapılan uygulamalar ve fark edilen anormal durumlar		
Hastaneye gelmeden önce	Pelvis darlığı	Sancı var (n=1), ebenin fizik muayenesi sonucu çatinin dar olduğu bildirilmiş (n=1)
Travay süresince	Bebeğe ilişkin	Anormal durum farketmedim (n=2), bebek hareketlerinde artış (n=2), bebeğin sıkıntıda olduğunu hissetme (n=1), sürekliEFM izlemi (n=1), amniyotomi uygulanması sonrası bebeğin büzüşmesi hissi (n=1)
	Doğum eyleminin ilişkili	Amniyotomi uygulanması (n=1), aşırı ağrı hissi (n=1), sürekli kontraksiyon (n=1), 2. evrenin uzaması (n=1), masada uzunsüre kalma (n=1), epidural anestezi uygulaması (n=1)
Bebeğe yapılan ilk müdahaleler ve anne tarafından fark edilen anormal durumlar		
Bebeğe yapılan ilk müdahaleler	Yenidoğanın canlandırması	İlk ağlama yok (n=2), göğüs masajı (n=1), aspirasyon sondası kullanımı (n=2), bişeyler yapıldı (n=1), ambu kullanımı (n=2), hareket etmiyor (n=1), sağlık çalışanları bişeyler yaptı (n=3)
	Fizik muayene ve bakım	Bebeğin boy, kilo, baş çevresi ölçümü hakkında konuşma (n=1), göbek kordonuna müdahale (n=1)
Anne tarafından fark edilen anormal durumlar	Yenidoğanda yaşam belirtisine ilişkin	Bebeğe müdahale/göğüs masajı (n=1), bebek ağlamaması (n=3), ağlama sesi var (n=2), yorgun yenidoğan (n=1), cansız gibi olduğunu görme (n=1)

	Yenidoğana yapılan girişimler	Bebeğin sert uyarılması (sallanması) (n=1), bebeğin küvöze alınması (n=2), mekonyumlu olması (n=2), çok beyaz cilt rengi (n=1), cilt mor (n=1)
	Doğum ekibine ilişkin	Ortamda panik var (n=1), personel arasında fısıldaşma (n=1)
Bebekte gelişen durumla ilgili anne görüşleri		
Bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri	İzlem ve bakımı yetersizliği	Yetersiz izlem (n=1), geç müdahale (n=1), yanlış ve geç müdahale (n=1), müdahalede gecikme (n=1), gerekli müdahalenin yapılmaması (n=1), yeterli bakım alamama (n=1), gözlem hatası (n=1), ihmalkarlık ve gevşeklik (n=1)
	Zor doğum eylemi	Normal doğuma için bekletilme ve zorlanma (n=1), zor doğum eylemi (n=4), psikolojik olarak kötü hissetme (n=1), uygun müdahale koşullarının bulunmaması (n=1), tekrarlayan zor doğum eylemi (n=1), ıkınamama (n=1), kemik pelviste darlık (n=1)
	Bebeğin fizyolojik özelliği	Uyum süreci olarak düşünülüyor (n=1)

56 - EBELİK ÖĞRENCİLERİNE DOĞUM UYGULAMASI ÖĞRETİMİNDE SİMÜLASYON KULLANIMI: SİSTEMATİK DERLEME

Keziban AMANAK¹, Büşra KARABULUT¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Amaç: Çalışmanın amacı; ebelik eğitiminde doğum uygulamalarına yönelik simülasyon kullanımının, öğrenci becerisi üzerine etkisini araştıran kanıta dayalı çalışmaları incelemektir.

Yöntem: Çalışmada ilk olarak anahtar kelimeler belirlenmiştir. Belirlenen anahtar kelimeler “midwifery, education, simulation, skills” ile akademik veri tabanlarından (Google Scholar, Cochrane, Science Direct, SCOPUS, Web of Science) ayrıntılı tarama yapılmıştır. Çalışmada güncel literatüre ulaşabilmek için son 10 yıl içinde yayınlanmış araştırma makaleleri alınmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri; 2008-2018 yılları arasında yapılmış, tam metin olarak ulaşılan, kanıta dayalı ve ingilizce olarak yazılmış olması olarak belirlenmiştir. Araştırma makalesi olmayan makaleler araştırmadan dışlanmıştır.

Bulgular: Araştırma kriterlerine uyan 7 kanıta dayalı çalışmaya ulaşılmıştır. Bu araştırmalar intrapartum ve postpartum beceri öğretimine yönelik çeşitli düzeylerde simülatör kullanımının öğrenci başarısı üzerine etkisini inceleyen çalışmalardır. Bu çalışmalarda orta ve ileri düzey simülatörlerin, düşük düzey simülatörlere göre öğrenci eğitiminde daha etkin olduğu yani simülatörlerin gerçeğe yakınlığı arttıkça öğrenci eğitiminde daha olumlu sonuçlar verdiği görülmüştür.

Sonuç: Elde edilen bulgular ebelik eğitiminde simülasyon kullanımının önemini ve yüksek düzey simülatörlerin öğrenmede daha etkili olduğunu göstermektedir. Ancak literatür taramasında 10 yıllık zaman zarfında 7 kanıta dayalı çalışmaya ulaşılmış olması bu konudaki literatür açığını göstermektedir. Bu sonuçlara dayalı olarak ebelik öğrencileri ile yapılmış intrapartum ve postpartum beceri öğretiminde simülasyon kullanımının etkinliğini araştıran çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum, ebelik, öğrenci, simülasyon.

Usinf Of Simulation In Midwifery Practice Teaching To Midwifery Students: Systematic Review

Introduction: The aim of the study; based studies that investigate the effects of the use of simulation for labor practices in midwifery education on student skill.

Material and Method: Key words were first identified in the study. Key words "midwifery, education, simulation, skills" and the academic databases (Google School, Cochrane, Science Direct, SCOPUS, Web of Science) have been thoroughly screened. In order to reach current literature in the study, published research articles have been taken over the last 10 years. Criteria for inclusion in research; 2008-2018, written in full text, based on blood and written in English. Non-research articles were excluded without investigation.

Results: 7 litareture-based studies that meet the research criteria have been reached. These studies are studies examining the effect of simulator usage at various levels on intrapartum and postpartum skills teaching on studentachievement. In these studies, intermediate and advanced simulators were found to be more effective in student education than low-level simulators, that is, the closer the simulators were to the truth, the more positive results were obtained in student education.

Conclusion: Findings show that the importance of using simulation in midwifery education and that high-level simulators are more effective than learning. However, the fact that 7 literature-based studies have been reached within the 10 years time period in the literature screening reveals the existence of the literature in this subject. Based on these results, it is suggested to carry out studies investigating the effectiveness of the simulation in teaching intrapartum and postpartum skills with midwifery students.

Keywords: Birth, midwifery, student, simulation.

Giriş

Sağlık eğitiminde simülasyon; öğrencinin, gerçek koşulları yansıtan bir durumda, bu gerçek durumun riskini almadan sanal ya da yapay olarak deneyim kazandığı bir eğitim yöntemidir (Sayiner, 2011:35, Dikmen 2017).

Sağlık bakım sisteminin karmaşık yapısı içinde, klinik uygulama alanlarının sınırlı olması, hastaların hastanede kalış sürelerinin kısalması, eğitim sisteminden kaynaklanan nedenlerle öğrencilerin klinikte daha az zaman geçirmeleri, ebelik öğrencilerinin uygun ve yeterli klinik deneyim kazanmalarına engel olmaktadır (Arabacı ve ark. 2015, Atay ve Yılmaz 2011, Dikmen ve ark. 2016, Kartal ve Yazıcı 2017). Bu yüzden öğrencilerin uygun ve yeterli klinik deneyimle mezun olabilmeleri için farklı eğitim teknikleri ile desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Simülasyon destekli eğitimin özelliklerine bakıldığında, öğrencilerin yetersiz kalan deneyimlerinin karşılanmasında etkili olabileceği görülmektedir (Şendir, 2013:207).

Simülasyon destekli eğitim, öğrencinin olabildiğince gerçeğe yakın birden fazla deneyim yaşamasına, sürekli ve planlı uygulama yapabileceği güvenli bir ortamda çalışmasına, hastayı yıpratmadan, zarar vermeden, sürekli tekrarlayarak, hata yaparak, hatalarından öğrenerek doğruyu bulmasına olanak sağlamaktadır (Sayiner, 2011:35, Weller, 2004:22, Ziv, 2005:211). Simülasyon kullanımı aynı zamanda temel ve ileri düzey beceri eğitimlerinin bilişsel bilgi düzeyi ile beraber ilerlemesini sağlayarak öğrenmeyi kolaylaştırmakta ve bilgiyi kalıcı hale getirmektedir (Cohen ve ark. 2012).

Eğitimciler tarafından hangi eğitim tekniğinde öğrencilerin kendini daha yeterli ve etkili hissettiği ya da kaygısının azaldığının bilinmesi önemlidir. Ebe ve hemşirelere yapılan simülasyon tabanlı eğitim sonrasında katılımcıların öz yeterliliklerinde belirgin yükselme saptamışlardır (Stitely ve ark. 2011). Ancak simülasyon kullanımının etkinliği kadar farklı simülasyon tekniklerinin karşılaştırılmasına da ihtiyaç vardır. Çünkü bu karşılaştırmalar eğitimcilerin yeni stratejiler geliştirmelerine yardım edecek ve bu sayede öğrencilerin optimal başarıya ulaşmalarına olanak sağlanmış olacaktır. Ancak yapılan literatür taramasında ebelik öğrencileri ile yapılmış farklı simülasyon tekniklerinin karşılaştırıldığı az sayıda kanıt temelli çalışmaya ulaşılmıştır (Brady ve ark. 2015, Bull ve Sweet 2015, Bogossian ve ark. 2012).

Dolayısıyla bu çalışma ebelik eğitiminde doğum uygulamalarına yönelik farklı simülasyon teknikleri ile yapılmış simülasyon kullanımının, öğrenci becerisi üzerine etkisini araştıran kanıta dayalı çalışmaları incelemek için yapılmıştır.

Materyal ve Metod

Çalışmada ilk olarak anahtar kelimeler belirlenmiştir. Belirlenen anahtar kelimeler “midwifery, education, simulation, skills” ile akademik veri tabanlarından (Google Scholar, Cochrane, Science Direct, SCOPUS, Web of Science) ayrıntılı tarama yapılmıştır.

Çalışmada güncel literatüre ulaşabilmek için son 10 yıl içinde yayınlanmış araştırma makaleleri alınmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri; 2008-2018 yılları arasında yapılmış, tam metin

olarak ulaşılan, kanıta dayalı ve ingilizce olarak yazılmış olması olarak belirlenmiştir. Araştırma makalesi olmayan makaleler araştırmadan dışlanmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Araştırma kriterlerine uyan 7 kanıta dayalı çalışmaya ulaşılmıştır (Tablo 1). Bu araştırmalar intrapartum ve postpartum beceri öğretimine yönelik çeşitli düzeylerde simülatör kullanımının ğrenci başarısı üzerine etkisini inceleyen çalışmalardır. Bu çalışmalarda orta ve ileri düzey simülatörlerin, düşük düzey simlatrlere göre ğrenci eğitiminde daha etkin olduğu yani simülatörlerin gerçeğe yakınlığı arttıka ğrenci eğitiminde daha olumlu sonuçlar verdiği görülmüştür.

Tablo 1. Ebelik ğrencilerine doğum uygulaması öğretiminde simülasyon kullanımına yönelik alışmalar

Yazar (yıl)	alışmanın adı
Andrighetti, T.P., Knestruck, J. M., Marowitz, A., Martin, C., Engstrom, J.L., (2012)	Shoulder Dystocia and Postpartum Hemorrhage Simulations: Student Confidence in Managing These Complications.
Brady, S., Bogossian, F., Gibbons, K., (2015)	The Effectiveness of Varied Levels of Simulation Fidelity on Integrated Performance of Technical Skills in Midwifery Students-A Randomized Intervention Trial.
Buckland, S.S., Homer, C.S.E., (2007)	Estimating Blood Loss After Birth: Using Simulated Clinical Examples.
Catling, C., Hogan, R., Fox, D., Cummins, A., Kelly, M., Sheehan, A., (2016)	Simulation Workshops with First Year Midwifery Students.
Cooper, S., Bulle, B., Biro, M.A., Jones, J., Miles, M., Gilmour, C., et al., (2012).	Managing women with acute physiological deterioration: student midwives performance in a simulated setting.
Scholes, J., Endacott, R., Biro, M.A., Bulle, B., Cooper, S., Miles, M. & et al., (2012).	Clinical Decision-Making: Midwifery Students' Recognition of, and Response to, Post partum Haemorrhage in the Simulation Environment.
Stitely, M.L., Cerbone, L., Nixon, A., Bringman, J.J., (2011).	Assessment of a Simulation Training Exercise to Teach Intrauterine Tamponade for the Treatment of Postpartum Hemorrhage.

Benzer şekilde Buckland ve Horner (2007) doğum sonu kan kaybı miktarının belirlenmesinde kullanılan simüle klinik örnek sonuçlarının yüksek oranda etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; simülasyonla yapılan uygulamalar laboratuvar ve sınıf ortamından gerçek durumlara geçişte öğrencileri cesaretlendirmekte, yapılan doğru uygulamalar ve tekrar hatırlama oranlarının yüksekliği ile öğrencilerin yeterliliklerini artırmaktadır (Abaan, 2005:62, Agrawal ve ark. 2016, Bremner vd., 2006:170, Buckland ve Horner 2007, Bull ve Sweet 2015, Catling ve ark. 2016, Scholes ve ark. 2012).

Ebe ve ebelik öğrencileri ile yapılan diğer bir çalışmada, simülasyonla yapılan doğum sonu kanamaya yönelik intrauterin tamponad uygulamasının öğrencilerin öz değerlendirme ve yetkinlik düzeylerini artırdığı belirtilmektedir (Stitely ve ark. 2011).

Andrighetti ve ark. (2012) ise omuz distozisi ve postpartum hemoraji yönetiminde yüksek kalite maket kullanımının öğrencilerin öz güvenlerinin önemli ölçüde arttığını belirtmektedir.

Sonuç

Elde edilen bulgular ebelik eğitiminde simülasyon kullanımının önemini ve yüksek düzey simülatörlerin öğrenmede daha etkili olduğunu göstermektedir. Ancak literatür taramasında 10 yıllık zaman zarfında 9 kanıta dayalı çalışmaya ulaşılmış olması bu konudaki literatür açığını göstermektedir. Bu sonuçlara dayalı olarak ebelik öğrencileri ile yapılmış intrapartum ve postpartum beceri öğretiminde simülasyon kullanımının etkinliğini araştıran çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Agrawal, N., Kumar, S., Balasubramaniam, S.M., Bhargava, S., Sinha, P., Bakshi, B., & et al. (2016). Effectiveness of Virtual Classroom Training in Improving The Knowledge and Key Maternal Neonatal Health Skills of General Nurse Midwifery Students in Bihar, India: A Pre- and Post-Intervention Study. *Nurse Education Today*, 36:293- 297.
2. Andrighetti, T.P., Knestrick, J. M., Marowitz, A., Martin, C., & Engstrom, J.L., (2012). Shoulder Dystocia and Postpartum Hemorrhage Simulations: Student Confidence in Managing These Complications. *J Midwifery Womens Health*, (57): 55-60.
3. Arabacı, L.B., Korhan, E.A., Tokem, Y., & Torun R. (2015). Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi-Sırası ve Sonrası Anksiyete ve Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler [Nursing Students' Anxiety And Stress Levels And Contributed Factors Before-During And After First Clinical Place-ment]. Hacettepe Üniversitesi *Hemşirelik Fakültesi Dergisi [Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal]*, 1-16.
5. Atay S, Yılmaz F. (2011). Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri [The First Stress Levels of The Students of Vocational Higher School of Health] *Anadolu Hemşirelik ve* 1. Uluslararası Ebelerik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

Sağlık Bilimleri Dergisi [Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences, 14 (4): 32-37.

6. Bogossian, F., Mckenna, L., Higgins, M., Benefer, C., Brady, S., Fox-Young, S., & et al., (2012). Simulation Based Learning in Australian Midwifery Curricula: Results of a National Electronic Survey. *Women and Birth, (25): 86-97.*
7. Brady, S., Bogossian, F., & Gibbons, K., (2015). The Effectiveness of Varied Levels of Simulation Fidelity on Integrated Performance of Technical Skills in Midwifery Students-A Randomized Intervention Trial. *Nurse Education Today, (35): 524-529.*
8. Buckland, S.S., & Homer, C.S.E. (2007). Estimating Blood Loss After Birth: Using Simulated Clinical Examples. *Women and Birth, (20): 85-88.*
9. Bull, A., & Sweet, L. (2015). Midwifery Students Receiving the Newborn at Birth: A Pilot Study of the Impact of Structured Training in Neonatal Resuscitation. *Nurse Education in Practice, 15:387-392.*
11. Catling, C., Hogan, R., Fox, D., Cummins, A., Kelly, M., & Sheehan, A., (2016). Simulation Workshops with First Year Midwifery Students. *Nurse Education in Practice, (17):109-115.*
12. Cohen, S.R., Cragin, L., Wong, B., & Walker, D.M., (2012). Self-efficacy Change with Lowtech, High-Fidelity Obstetric Simulation Training for Midwives and Nurses in Mexico. *Clinical Simulation in Nursing, 8(1):15-24.*
13. Cooper, S., Bulle, B., Biro, M.A., Jones, J., Miles, M., Gilmour, C., & et al., (2012). Managing women with acute physiological deterioration: student midwives performance in a simulated setting. *Women and Birth (25): 27-36.*
14. Dikmen, Y. (2017). Hemşirelik eğitiminde simülasyon: Sanal Gerçeklik ve Haptik Sistemler, *J hum rhythm*
15. ;3(4):172-176.
16. Dikmen, Y., Denat, Y., Başaran, H., & Filiz, N.Y. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinin Öz Etkililik-Yeterlik Düzeylerinin İncelenmesi). *Journal Of Contemporary Medicine, 6(3):206-213.*
17. Kartal, Y.A., & Yazıcı, S. (2017). Ebelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Başlangıcı ve Sonunda Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *HSP, 4(3):190-195.*
18. Sayıner, F.D. (2011). Ebelikte beceri eğitimi: sorunlar ve çözümler. I. Uluslararası ve II. *Ulusal Ebelik Kongresi, Kongre Kitabı, Safranbolu, 35-37.*
19. Scholes, J., Endacott, R., Biro, M.A., Bulle, B., Cooper, S., Miles, M. & et al., (2012). Clinical Decision-Making: Midwifery Students' Recognition of, and Response to, Post partum Haemorrhage in the Simulation Environment. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12(19):1-12.*
20. Şendir, M. (2013). Kadın sağlığı hemşireliği eğitiminde simülasyon kullanımı. *Flornance Nightingale Hemşirelik Dergisi, 21(3), 205-212.*
21. Stitely, M.L., Cerbone, L., Nixon, A., & Bringman, J.J. (2011). Assessment of a Simulation Training Exercise to Teach Intrauterine Tamponade for the Treatment of Postpartum Hemorrhage. *Journal of Midwifery & Women's Health, (5): 503-506.*

22. Weller, J.M.(2004). Simulation in undergraduate medical education: Bridging the gap between theory and practice.
23. *Med Educ*, 38, 22-38.
24. Ziv, A. (2005). Simulators and Simulation- Based Medical Education. In: Dent J, Harden RM, eds. *A Practical Guide for Medical Teacher*. London: Elsevier Limited, 211– 220.

57 - SOMUT OLMAYAN KÜLTÜREL MİRAS: KADINLAR ÜZERİNDEKİ PSİKOLOJİK, EKONOMİK VE SOSYAL ETKİLERİ

Keziban AMANAK¹, Büşra KARABULUT¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Somut olmayan kültürel mirasın önemi ve kadınlar üzerindeki psikolojik, ekonomik ve sosyal etkilerini tartışmaktadır.

Somut olmayan kültürel miras ve kadın'a ilişkin literatür taraması yapılmış ve bilgiler sistematik şekildedir.

Somut olmayan kültür miras, toplumların, grupların ve kimi durumlarda bireylerin, kültürel miraslarının bir parçası olarak tanımladıkları uygulamalar, temsiller, anlatımlar, bilgiler, beceriler ve bunlara ilişkin araç ve gereçler ile kültürel mekanlar anlamına gelmektedir. Son zamanlarda somut olmayan kültürel mirasın üretilmesinde, korunmasında ve gelecek nesillere aktarılmasında toplumların ana aktörlerinden kadının, rolü ve katkısına ilişkin uluslararası platformda önemli çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Özellikle, Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Teşkilatı'nın gündeminde, somut olmayan kültür miras ve kadının birlikte ele alındığı ve gerçekleştirilen toplantılarla bu alandaki gelişmelere yön verildiği bilinmektedir. Ülkemizde; hikâyeler, ninniler, halk oyunları, doğum, evlenme, ölüm, şenlik, bayram, halk mutfağı, halk mimarisi, halk hekimliği, el sanatları, halı dokumacılığı, tekstil, yaşam alanı oluşturulması, alet yapımı, bahçecilik, tarım ve balıkçılık gibi uygulamaların Anadolu'nun somut olmayan kültür mirasında özel bir yeri olduğu ve bu uygulamaların çoğunu kadınların yaptığı ve çoğunun bu yolla maddi kazanç sağladığı bilinmektedir. Bu noktada ekonomik ve teknolojik küreselleşme hızı ve etkilerinin somut olmayan kültür mirası olumsuz etkilediği ve yok olmayla karşı karşıya bıraktığı düşünülürse kadınlara bu mirasları gelecek kuşaklara aktarmada önemli görevler düşmektedir. Somut olmayan kültürel mirasın gelecek nesillere aktarılması hem kültürel varlığımızın korunması hem de ülke kalkınmasında önemli bir yere sahiptir. Çünkü kalkınma ifadesi ekonomik gelişmenin yanı sıra sosyal gelişmeyi de kapsamaktadır. Dünya Kültür ve Kalkınma Komisyonu Raporu (1995) kültürün ülke kalkınmasında önemli bir role sahip olduğu, insanın özgürlüğünü, onurunu sağlamak için yaratıcı ve temel rolü olduğunu vurgulamaktadır.

Kadınların, somut olmayan kültürel mirası esnek ve yenilikçi biçimde kullanması ve yeniden üretme yollarının önemsenmesi ile kadınlar sosyal ve ekonomik yönden güçleneceklerdir.

Anahtar kelimeler: Somut olmayan kültürel miras, kadın, kalkınma.

Intangible Cultural Heritage: Psychological, Economic And Social Effects On Women

It is to discuss the importance of intangible cultural heritage and its psychological, economic and social impacts on women.

The intact cultural heritage and literary survey of the woman were made and the information was compiled systematically.

Intangible cultural heritage means practices, representations, narratives, knowledge, skills, tools and materials and cultural spaces that communities, groups and in some cases individuals define as part of their cultural heritage. Lately, significant work has been taking place internationally on the role of women, their role and contribution from the main actors of the communities in the production, preservation and transfer of intangible cultural heritage to future generations. In particular, it is known that on the agenda of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, unfamiliar cultural heritage and women's conferences addressed and held together lead the developments in this area. In our country; Applications such as narratives, ninirs, folk dances, birth, marriage, death, festivity, festivals, folk cuisine, folk architecture, folk medicine, handicrafts, carpet weaving, textile, living space, tool making, horticulture, agriculture and fisheries, It is known that women are a special place in cultural heritage that is not tangible and most of these practices are done by women and that in most cases they provide financial gain. At this point, if the pace and impact of economic and technological globalization are thought to have negatively affected the non-tangible cultural heritage and faced with extinction, women have important tasks in transferring these heritages to future generations. The transfer of intangible cultural heritage to future generations has an important place both in the preservation of our cultural heritage and in the development of the country. Because the expression of development includes economic development as well as social development. The World Commission on Culture and Development Report (1995) emphasizes that culture has an important role to play in the development of the country, and that it has a creative and fundamental role in ensuring human freedom, honor.

Women will be empowered from the social and economic point of view by giving women a way to use and reproduce the intangible cultural heritage in a flexible and innovative way.

Key words: Intangible cultural heritage, women, development.

Giriş

Somut olmayan kültür miras (SOKÜM), toplumların, grupların ve kimi durumlarda bireylerin, kültürel miraslarının bir parçası olarak tanımladıkları uygulamalar, temsiller, anlatımlar, bilgiler, beceriler ve bunlara ilişkin araç ve gereçler ile kültürel mekanlar anlamına gelmektedir (Şimşek 2013).

Son yıllarda somut olmayan kültürel mirasın üretilmesinde, korunmasında ve gelecek nesillere aktarılmasında kadının, rolü ve katkısına ilişkin uluslararası çalışmalar gerçekleştirilmektedir.

Özellikle, Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Teşkilatı (UNESCO)' nun somut olmayan kültür miras ve kadının terimlerini birlikte ele aldığı bilinmektedir. Ülkemizde somut olmayan kültürel miraslar

- Hikâyeler
- Ninniler
- Halk oyunları
- Doğum
- Evlenme
- Ölüm
- Şenlik
- Halk mutfağı
- Halk mimarisi
- Halk hekimliği
- El sanatları
- Halı dokumacılığı
- Tekstil
- Yaşam alanı oluşturulması
- Alet yapımı
- Bahçecilik
- tarım
- balıkçılık (Şimşek 2013: 225-230, [http:// www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00125-en.pdf](http://www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00125-en.pdf)).

Yukarıda yer alan ülkemizde özgü somut olmayan kültürel miras örneklerinin çoğunu kadınların yaptığı bilinmektedir ve burum somut olmayan kültürel miras ile kadın kavramının ayrılmaz bir ikili olduğunu göstermektedir.

Somut Olmayan Kültürel Miras ve Kadın

Kadınlar, yemek yapma, müzik, halk hekimliği ve maddi kültürün üretilmesi gibi alanlarda bilgiye sahiptir ve somut olmayan kültürel mirasın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Ayrıca el sanatları, halı dokumacılığı, tekstil, yaşam alanı oluşturulması, alet yapımı, bahçecilik, tarım ve balıkçılık gibi birçok alanda çalışabilecek bilgi ve beceriye sahiptir.

Somut olmayan kültürel mirasın sürdürülmesi ile kadınlar ekonomik olarak yarar sağlamaktadırlar.

Toplumlarda kadının kendine özgü dine, töreye ilişkin bilgisi ve uygulamaları dini yaşamın en temel parçasıdır. Kadınların geleneksel dini bilgileri ve uygulamaları ahlaki değerlerle, davranış biçimleriyle, kadınlı ilişkili simgelerle ve yaşam evreleriyle bütünleşmiştir.

Ekonomik ve teknolojik küreselleşme hızı ve etkilerinin somut olmayan kültür mirası olumsuz etkilediği ve yok olmayla karşı karşıya bıraktığı düşünülürse kadınlara bu mirasları gelecek kuşaklara aktarmada önemli görevler düşmektedir.

Somut olmayan kültürel mirasın gelecek nesillere aktarılması hem kültürel varlığımızın korunması hem de ülke kalkınmasında önemli bir yere sahiptir. Çünkü kalkınma ifadesi ekonomik gelişmenin yanı sıra sosyal gelişmeyi de kapsamaktadır.

Dünya Kültür ve Kalkınma Komisyonu Raporu (1995) kültürün ülke kalkınmasında önemli bir role sahip olduğu, insanın özgürlüğünü, onurunu sağlamak için yaratıcı ve temel rolü olduğunu vurgulamaktadır.

Kadınların, somut olmayan kültürel mirası esnek ve yenilikçi biçimde kullanması ve yeniden üretme yollarının önemsenmesi ile kadınlar sosyal ve ekonomik yönden güçleneceklerdir (Şimşek 2013:225-235, [http:// www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00125-en.pdf](http://www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00125-en.pdf)).

Diğer bir deyişle kadınlar annelerinden, ninelerinden öğrendikleri birçok uygulamayı yaparak toplumda güçlenecek, hak ettikleri yeri alacak, hem de kültürel çeşitliliğin sürdürülerek gelecek nesillere aktarılmasında ve toplumsal kalkınmanın sağlanmasında eşsiz fırsatlar sağlayacaklardır.

1999'da on iki ülkenin temsilcilerinin katılımıyla birlikte ele alınan iki alan 'somut olmayan kültür miras' ve 'kadın'ın, bugün UNESCO tarafından küresel önceliklerden biri olarak tanımlanan 'cinsiyet eşitliği' kavramının gelişmesine ve kalkınmanın yeni boyut kazanmasına önemli katkıları olduğunu söylemek mümkündür.

Özellikle kadınların etkin role sahip olduğu alanlarda somut olmayan miras alanlarının korunması, yaşatılması ve gelecek nesillere aktarılmasında kadının taşıdığı rolün önemini tartışmasız kabul etmek gerekir.

İki alanın 'somut olmayan kültür miras' ve 'kadın'ın birlikteliğinin, hem toplumda kadınların güçlenmesine, hak ettikleri yeri almalarında, hem de kültürel çeşitliliğin sürdürülerek gelecek nesillere aktarılmasında ve toplumsal kalkınmanın sağlanmasında eşsiz fırsatlar sağladığı ortadadır

Bu bağlamda, somut olmayan kültür mirasının korunması için topluluklara özgü bilgi ve uygulamaları harekete geçirmek ve özellikle kadını bu alanda teşvik etmek elzemdir. Uluslararası ölçekte yapılan bu çalışmaların önümüzdeki yıllarda, somut olmayan kültür miras'ın gelecek nesillere aktarılmasına ve kadınların güçlenmesine, dolayısıyla da toplumların daha yüksek mutluluk ve refah seviyesine ulaşmasına büyük katkılar sağlayacağını ümit etmek mümkündür.

Ayrıca, somut olmayan kültür miras'ın korunmasında kadının rolü ve katkılarının önümüzdeki yıllarda da konuşulacağı öngörülebilir. Türkiye özelinde ise, somut olmayan kültür miras'ın sözlü anlatımlar, sözlü gelenekler, toplumsal uygulamalar, ritüeller ve el sanatları geleneği gibi çeşitli alanlarını düşündüğümüzde, kadınlara özgü bilgi ve uygulamaların Anadolu'nun somut olmayan kültür mirasında özel bir yeri olduğunu belirtmek mümkündür (Şimşek 2013: 225-235, [http://](http://www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00125-en.pdf)

www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00125-en.pdf).

Kadına özgü bu bilgi ve uygulamaların harekete geçirilmesi ve teşvik edilmesi sadece kadının güçlenmesine ve somut olmayan kültür miras'ın gelecek nesillere aktarılmasına katkı yapmakla sınırlı değildir. Bu çalışmaların, Anadolu'daki kültürel çeşitliliğin devamının sağlanmasına, hoşgörü ortamının pekişmesine, toplumsal mutluluğa olumlu etkiler sağlayacağı vurgulanmalıdır (Şimşek 2013: 225-235, [http:// www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00125-en.pdf](http://www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00125-en.pdf)).

Kaynaklar

1. Şimşek, G.(2013). Somut Olmayan Kültür Mirası (SOKÜM) ve Kadın. *Mediterranean Journal of Humanities*, III/1, 2013, 225-236. [http:// www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00125-en.pdf](http://www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00125-en.pdf). Erişim: 10.10.2018

58 - EBELİK BÖLÜMÜ MESLEKİ UYGULAMA EĞİTİMİNDE AKRAN EĞİTİMİNİN ETKİSİ: ODAK GRUP ÇALIŞMASI

Yasemin Erkal Aksoy*, Sema Dereli Yılmaz*

*Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Ana Bilim Dalı, Konya

ÖZET

Amaç: Araştırma, ebelik bölümü dördüncü sınıf öğrencilerinin mesleki uygulama eğitiminde birinci sınıf ebelik bölümü öğrencilerine yaptıkları akran eğitimi ile ilgili duygu ve düşüncelerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. **Yöntem:** Çalışma, bir devlet üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri ile yapılmaktadır. Kalitatif olarak yapılan bu çalışmada yarı yapılandırılmış odak grup görüşme tekniği kullanıldı. Birinci sınıfta öğrenim gören toplam 110 öğrenci mevcuttur. Araştırma kapsamında akran eğitimcisi olarak 10 gönüllü dördüncü sınıf öğrencisi seçildi. Dersin mesleki uygulamaları hakkında eğitici eğitimi verildi. Uygulama laboratuvarında birinci sınıf öğrencilerine mesleki uygulamalar ile ilgili akran eğitimi vermeleri sağlandı. Birinci sınıf öğrencileri klinik uygulamaya başlayana kadar mesleki uygulamalar akran eğitimi yoluyla devam etti. Akran eğitiminde eğitimci olan öğrenciler ile birinci sınıfta öğrenim gören 110 öğrenciden gönüllü olan 10 öğrenci olarak odak grup görüşmesi yapıldı. Veriler içerik analizi yapılarak ana temalara ayrıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortancası $20,50 \pm 1,50$ (min=18, max=22) ve tamamı kız öğrencilerdir. Öğrencilerin verdikleri cevaplar sekiz ana temaya ayrıldı. Birinci sınıf öğrenciler ile yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda; heyecan, örnek alma, uygulama tekrarı, öğretim elemanı/akran eğitimi tercihi, dördüncü sınıf öğrenciler ile yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda; gurur verici/tecrübe kazanma, heyecan/tedirginlik, empati, zorluklar ana temaları belirlenmiştir.

Sonuç: Türkiye’de ebelik bölümleri az sayıda öğretim elemanları ile çok sayıda öğrenci yetiştirme çabaları içerisinde bulunmaktadır. Öğretim elemanlarının birebir uygulama yaptırma imkanları öğrenci sayısına oranla azalmaktadır. Ayrıca ilk kez uygulamalı eğitim alan öğrencilerin akran eğitimi ile heyecan ve stres düzeylerinin azaldığı düşünülmektedir. Tüm bu nedenler göz önünde bulundurulduğunda akran eğitimi programlarının yapılandırılmış bir şekilde daha uzun vadede etkinliği değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, akran eğitimi, mesleki uygulama

The impact of peer education in occupational practice training in midwifery department: Focus group study

ABSTRACT

Objective: The study was planned to determine the feelings and thoughts of peer education that fourth grade students in the midwifery department performed on the first grade midwifery students in occupational practice training.

Methods: The study is conducted with the first and fourth grade students of the midwifery department of the Health Sciences Faculty of a state university. In this qualitative study, a semi-structured focus group interview technique will be used. There are 110 students in the first grade. The peer educator in study consists of 10 volunteers and fourth grade students. The course has been given trainings on occupational practice. Peer education about occupational practice was provided to the first grade students in the practice laboratory. Professional practices will continue through peer education until first grade students begin clinical practice. The focus group interview was planned by taking 10 students who were volunteers from 110 students who were studying in first grade with the views of students who are educators in peer education.

Results: The median age of the students participating in the study is 20.50 ± 1.50 (min=18, max=22) and all of them are female students. The answers given by the students are divided into eight main themes. As a result of focus group interviews with first grade students; excitement, sampling, practice repetition, teaching staff/peer education preference, focus group interviews with fourth grade students; pride/gaining experience, excitement/apprehension, empathy, difficulties have been determined.

Conclusion: Departments of midwifery in Turkey with few lecturers make effort educate in numerous students. Lecturers do not have the ability to practice one-to-one because there are so many students. In addition, peer education with practical training of students for the first time is considered to decrease the level of anxiety and stress. Considering all these factors, the peer education programs should be assessed in a structured manner with longer duration.

Keywords: Midwifery, peer education, occupational practice

Giriş

Klinik eğitim, ebelik eğitiminde çok önemli bir yere sahiptir. Ebelik eğitim müfredatında, klinik ve teorik eğitim entegre yürütülmektedir. Klinik eğitimin amacı ebelik öğrencilerinin profesyonel gelişimi için gerekli olan bilgi, beceri ve tutumun geliştirilmesini sağlayacak ortamın ve desteğin oluşturulmasıdır. Öğrencinin meslekte başarılı olabilmesi için klinik ortamda teorik bilgi ile uygulama becerisini birleştirmesi gerekmektedir (Andrew ve Robert, 2003; Bensfield ve ark, 2008). Bilginin klinik ortama aktarılması gerçek bir öğrenme ile mümkündür (Bensfield ve ark, 2008). Ebelik öğrencilerinin klinik uygulamaya başlamadan önce okul ortamında iyi bir uygulama eğitimi alması, klinik ortama uyumunu ve başarısını etkileyebilir. Öğrenci sayısına oranla öğretim elemanın az olması öğrencilerin birebir uygulama öncesi eğitim almalarını güçleştirmektedir. Yapılan çalışmalar öğrencilerin yetersiz danışmanlık aldıklarını ve değerlendirilme kaygısı, iletişim sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (Elçigil ve Yıldırım, 2007). Öğrencilerin uygulama becerilerinin geliştirilmesi için farklı eğitim yöntemlerine başvurulabilir. Akran eğitimi bu yöntemlerden biridir. Akran eğitimi; sosyal etkileşimi olan, birbirleriyle eşit statüde yer alan, benzer dil, tutum ve davranışa sahip olan gruplarda bilgi, davranış ve tutum değiştirmek amacıyla kullanılan planlı bir eğitim yöntemidir (Sadıkoğlu, 2002). Bu yöntemin eğitim alan için birçok avantajı bulunmaktadır. Ancak akran eğitimi verecek olan bireylerin gönüllü, iyi iletişim becerilerine sahip, liderlik özelliği olması gerekmektedir. Akran eğitimi öncesinde iyi bir ön hazırlık yapmak gerekir (Sadıkoğlu, 2002). Yapılan bir çalışmada akran eğitim alan öğrencilerin kendine güveni ve organizasyon yeteneğinin geliştiği belirlenmiştir (Ammon ve Schroll, 1988). Araştırma, ebelik bölümü dördüncü sınıf öğrencilerinin mesleki uygulama eğitiminde birinci sınıf ebelik bölümü öğrencilerine yaptıkları akran eğitimi ile ilgili duygu ve düşüncelerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem

Çalışma, bir devlet üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri ile yapılmaktadır. Kalitatif olarak yapılan bu çalışmada yarı yapılandırılmış odak grup görüşme tekniği kullanıldı. Birinci sınıfta öğrenim gören toplam 110 öğrenci mevcuttur. Araştırma kapsamında akran eğitimcisi olarak 10 gönüllü dördüncü sınıf öğrencisi seçildi. Dersin mesleki uygulamaları hakkında eğitici eğitimi verildi. Uygulama laboratuvarında birinci sınıf öğrencilerine mesleki uygulamalar ile ilgili akran eğitimi vermeleri sağlandı. Birinci sınıf öğrencileri klinik uygulamaya başlayana kadar mesleki uygulamalar akran eğitimi yoluyla devam etti. Akran eğitiminde eğitimci olan öğrenciler ile birinci sınıfta öğrenim gören 110 öğrenciden gönüllü olan 10 öğrenci alınarak odak grup görüşmesi yapıldı. Veriler içerik analizi yapılarak ana temalara ayrıldı.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortancası $20,50 \pm 1,50$ (min=18, max=22) ve tamamı kız

öğrencilerdir. Öğrencilerin verdikleri cevaplar sekiz ana temaya ayrıldı. Birinci sınıf öğrenciler ile yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda; heyecan, örnek alma, uygulama tekrarı, öğretim elemanı/akran eğitimi tercihi, dördüncü sınıf öğrenciler ile yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda; gurur verici/tecrübe kazanma, heyecan/tedirginlik, empati, zorluklar ana temaları belirlenmiştir. Öğrencilerin görüşleri ile oluşturulan ana temalar Tablo 1’de incelenmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin görüşleri ile oluşturulan ana temalar

Temalar	Veri Örnekleri
Birinci Sınıf Öğrencileri	
Heyecan	Öğrencilerin çoğu öğretim elemanı ile uygulama yaparken daha çok heyecanlı olduğunu, öğrenciler ile daha rahat hissettiklerini ifade etmişlerdir. “Onlarda öğrenci olduğu için kendimi daha rahat hissettim.” “...yaş farkının az olması daha iyi anlaşılıp onlara soru sorabilmem için avantajlı oldu.”
Örnek alma	“Onlar kadar bilgili olmak istedim. Bende dördüncü sınıfa geldiğimde bu kadar bilgili olacağım diye heyecanlandım.”
Uygulama tekrarı	“...defalarca uygulama yapmamıza yardımcı oldular. Sorularımıza hep cevap verdiler.” “...birinci uygulamada çok zorlanırsak bir daha gösterip tekrar denememiz sağlıyorlar bu sayede yaşadığımız güçlükler azalıyor.”
Öğretim elemanı/akran eğitimi tercihi	Öğrencilerin dördü öğretim elemanlarının, dördü ise dördüncü sınıf öğrencilerini tercih ettiler. İki öğrenci ise öğretim elemanlarının ve dördüncü sınıf öğrencilerinin birlikte uygulama yaptırılmalarını istediklerini ifade ettiler.
Dördüncü Sınıf Öğrencileri	
Gurur verici/tecrübe kazanma	“Dört yılda edindiğimiz bilgi ve tecrübeleri aktarmak çok eğlenceli ve gurur verici hissettirdi. Yaptığımız bu uygulamalar benim için güzel bir tecrübe oldu.” “Yüksek lisans yapmayı düşünüyorum. Benim için önden bir deneyim oldu. Akran eğitimi vermek bireysel anlamda beni geliştirdi, uygulamaları tekrar etmemi ve bilgilerimi tazelememi sağladı.” “Birinci sınıflara mesleki uygulama yaptırırken bildiklerini başkalarına aktarmanın ne denli zor olduğunu fark ettim. Bu uygulamalar sonrası öğretmenlik mesleğine olan saygım arttı.”

Heyecan/tedirginlik	“İlk başta aşırı heyecanlanmışım ancak anlatmaya ve uygulamaya başlayınca heyecan duygusu yerini mutluluk aldı. ... Bizimle daha rahat iletişime geçip daha rahat soru sordular.” “...öğretici olma konusunda kendime pek güvenmiyordum. Akranlarıma eğitici bilgileri aktaramama korkusu yaşıyordum. Birkaç uygulamadan sonra gayet başarılı olduğumu ve korktuğum güçlüklerle başa çıktığımı gördüm.”
Empati	“Aynı süreçten bizde geçtik. Onlara faydalı olabilmek için elimden geleniyapmaya çalıştım.”
Zorluklar	Öğrenci sayısının çok olması nedeniyle birebir uygulama yaptırmada, öğrencilerinin korkularını azaltmakta zorlandıklarını ifade ettiler.

Tartışma

Dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilere akran eğitimi yoluyla uygulama becerisi kazandırması her iki grup içinde farklı duygulara neden olmuştur. Uygulama becerisi geliştirmek için çok sayıda birebir uygulama yapılması ve akran bir grup ile uygulama yapıldığı için heyecan ve stresin daha az olması en önemli avantajlardan sayılabilir. Benzer bir çalışmada akran eğitiminin, derin öğrenme, problem çözme ve kritik düşünme, sistematik yaklaşım, işbirlikçi öğrenmeyi sağladığı belirlenmiştir (Scott, 2005).

Sonuç

Türkiye’de ebelik bölümleri az sayıda öğretim elemanları ile çok sayıda öğrenci yetiştirme çabaları içerisinde bulunmaktadır. Öğretim elemanlarının birebir uygulama yaptırmaya imkanları öğrenci sayısına oranla azalmaktadır. Ayrıca ilk kez uygulamalı eğitim alan öğrencilerin akran eğitimi ile heyecan ve stres düzeylerinin azaldığı düşünülmektedir. Tüm bu nedenler göz önünde bulundurulduğunda akran eğitimi programlarının yapılandırılmış bir şekilde daha uzun vadede etkinliği değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Andrew M, Robert D. (2003). Supporting Student nurses learning in and through clinical practice: the role of the clinical guide. *Nurse Educ Today* 23: 474-481.
2. Bensfield L, Solari-Twadell PA, Sommer S. (2008). The use of peer leadership to teach fundamental nursing skills. *Nurse Educ* 33(4): 155-158.
3. Elçigil A, Yıldırım Sarı H. (2007) Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. *Nurse Educ Today* 27: 491-498.
4. Sadıkoğlu G. (2002) Akran ilişkileri ve sorunları. *Aile psikolojisi ve eğitimi*. Dursun G, ed. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. s.58-63.
5. Ammon KJ, Schroll NM. (1988) The junior student as peer leader. *Nurs Outlook* 36(2): 85-86.
6. Scott ES. (2005). Peer-to-peer mentoring. *Nurse Educ* 30(2): 52-56.

59 - KANGURU BAKIM GÖMLEK MODELLERİ ÜZERİNE GİYİM DENEMELERİ

Nazan TUNA ORAN*, Mehmet YALAZ**, Emine UTKUN***, Emine Serap SARICAN*, Nalan BALTACI**

*Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı

*** Pamukkale Üniversitesi, Buldan Meslek Yüksekokulu

Özet

Kanguru bakımı, preterm ya da term bebeklere uygulanan, anne (ebeveyn) ile bebek arasında etkileşimi sağlayan ve sadece bezi bulunan bebeğin annenin göğsü üzerine yüzüstü, dik pozisyonda yerleştirilmesi ile ten tene temasın sağlanması yöntemidir. Bu çalışma ile kanguru bakım gömlek modelleri üzerine giyim denemelerinin gerçekleştirilmesi ve yenidoğan bebeklerin annelerine kanguru bakımı uygulamaya yönelik kanguru bakımı gömleğinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Yapılan analizler sonunda, gömlekler karşılaştırıldığında birinci gömlek modelinin puanının diğer gömlek modellerine göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p \leq 0.05$). Çalışma sonucunda annelerden alınan geri bildirimler doğrultusunda kanguru bakımı sırasında kanguru bakımı gömleğinin kullanılmasının daha yararlı ve konforlu olduğu görülmüştür ve geliştirilen üç farklı gömlek modelleri içerisinde ise birinci gömlek modelinin daha kullanışlı olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kanguru Bakımı, Prematüre, Gömlek, Gömlek Modeli, Giyim Denemesi

Clothing Experiments On Kangaroo Care Shirt Models

Abstract

Kangaroo care is applied to preterm and mid term babies, providing interaction between the mother and baby, and only the baby with the gland is in contact with the mother's face with the face and placing it in a vertical position. In this study, it was aimed to realize clothing experiments on kangaroo care shirt models and to develop kangaroo care shirt to apply kangaroo care to newborn babies' mothers. As a result of the analysis made, it was seen that the first shirt model had a statistically higher score than the other shirt models when the difference between the shirts was evaluated ($p \leq 0.05$). As a result of the study, feedback from the mothers was found to be more beneficial and comfortable to use the kangaroo care shirt during kangaroo care. and in the three different shirt models developed, the first shirt model was found to be more useful.

Key Words: Kangaroo care, Premature, Shirt, Clothing experiment

1. Giriş

Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğumlar, tüm dünyada büyük bir halk sağlığı problemidir, fakat ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde daha büyük bir sorundur. Kanguru bakımı; yenidoğanın yüzü anneye dönük bir şekilde, bebeğin sıcaklığını, anne sütü ile beslenmesini ve anne ve bebek bağlanmasını esas alan, anne ve bebek arasında ten temasının sağlandığı ve sürdürüldüğü bir yöntemdir (Pattinson, Berg, Malan ve Prinsloo, 2006). Kanguru bakımı gelişmekte olan ülkede bebek ölümlerine çare olarak ortaya çıkmıştır. Bakım kaynakları sınırlı olan ülkelerde düşük doğum ağırlıklı bebeklerin geleneksel bakımına ek olarak öne sürülen etkili ve güvenli alternatif bir yöntemdir (Rey ve Martinez, 1983; Conde-Agudelo ve ark., 2011; Manazir ve ark., 2009). Kanguru bakımında temel prensip, bebeğin teninin annenin tenine temasının tam sağlanmasıdır. Ten tene temasın sağlanmasında bebeğin ve annenin konforu birlikte düşünülmelidir. Bebek kanguru bakımı sırasında terlememeli, üşümemeli ve rahat olmalıdır. Annenin de üşümemesi, terlememesi, bebeğini güvenli bir şekilde tutabilmesi, bebeğine pozisyon verebilmesi ve mahremiyet yönünden rahatsızlık hissetmemesi gerekir. Gelişmiş ülkelerde kanguru bakımını annelerin/babaların rahat uygulayabilmesi için kanguru bakımı için tasarlanan, uygulama odaları, kanguru bakım ve emzirme sandalyeleri, kanguru gömleklere kullanılmaktadır. Kanguru bakım gömleği annelerin bebeklerine kanguru bakımı uygulamaları sırasında ten temasının tam olarak sağlanması için kullanılan, annenin kanguru bakımı uygulayabilmesi için giyeceği kıyafettir. Kanguru bakımının devamlılığını ve uygulama sırasında annenin ve bebeğin konforunun sağlanması açısından önemlidir. Kanguru bakımı gömleği, annelerin (ebeveynlerin) bebeklerine kanguru bakımı uygulamaları sırasında ten temasının tam olarak sağlanması için kullanılan, annenin kanguru bakımı uygulayabilmesi için giyeceği kıyafettir. Kanguru bakım gömleği, bu bakımın devamlılığı sağlanması ve uygulama sırasında annenin ve bebeğin konforunun üst düzeyde tutulması açısından önemlidir.

Giyim denemeleri uygulaması zor ve yüksek maliyetli olmasına rağmen bir kumaş veya giysinin konfor performansı konusundaki ölçümlerin gerçeği hangi oranda yansıttığının belirlenebilmesi için etkin bir yöntemdir (Kaplan, 2009; Ho ve ark., 2008). Literatürde kanguru bakımı gömleği giyim denemeleri ile ilgili herhangi bir çalışma bulunmamakla birlikte, farklı gruplarda giyim deneme çalışmaları yapılmıştır.

Choi and Ashdown (2002), çalışmalarında Kore'de bulunan Naju şehrindeki armut toplayan çiftçilere yönelik giysiler geliştirmişlerdir. Çalışmanın birinci aşamasında hem erkek hem kadın çiftçilerle ilgili alan araştırmaları ve röportajlar yapılmış, anketler uygulanmıştır. Anket çalışması 42'si kadın, 71'i erkek olmak üzere 113 kişiye uygulanmıştır. Anket sonunda çıkan sonuçlar doğrultusunda, kadınlara yönelik ceket ve pantolondan oluşan 4 prototip numune geliştirilmiştir. Numuneler geliştirilirken işçilerin çalışma performanslarının ve giyim konforlarının artırılması hedeflenmiştir. Çalışmanın sonunda, geliştirilen numuneler giyim denemelerine tabii tutularak, kadın işçiler ve uzmanlar tarafından, fitlik, fonksiyon ve estetik açılarından değerlendirilmiş ve ideal giysi ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır (Choi ve Ashdown, 2002). Bir başka çalışmada, 14 gebe üzerinde 8 adet spor giysisi denemesi gerçekleştirilmiştir. Çalışmaları kapsamında, giysilerin termofizyolojik, dokunsal ve vücut

hareketi konforlarını incelenmiştir. Giyim denemeleri sonunda, giysilerin çeşidinin ve model özelliklerinin vücuthareketi konforunu etkilediği belirtilmiştir (Kaplan, 2009)..

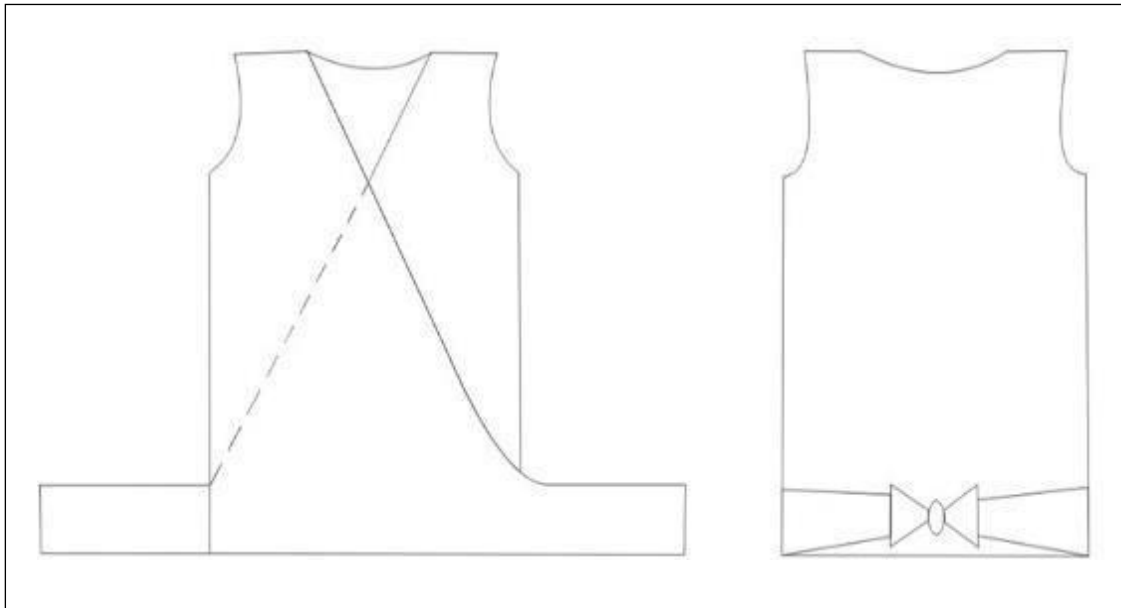
Komarkova ve Glombikova (2013), gebelik dönemindeki anatomik değişikliklerin gebe giysilerinin kalıp tasarımına etkilerini incelemiştir. Araştırmaya 30 gebe alınmış her kadının gebeliğinin başında ve üçüncü trimesterde (36-41. gebelik haftası) vücut ölçüleri belirlenmiş, sonrasında bir adet bluz, bir adet pantolon kalıbı geliştirmek üzere çalışmalar yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda gebelerin vücut şekillerine uygun kalıplar geliştirilmiştir (Komarkova ve Glombikova, 2013). Utkun'un (2013) çalışmasında 0-1 yaş aralığındaki bebeklerin giyim konforuna yönelik giysilerin geliştirilmesi, bebek giysilerinin ürün çeşidinin ve kalitesinin artırılması amaçlanmış, bebeklerin giyim denemeleri sırasındaki vücut sıcaklıkları, gece boyunca uyuma süreleri, tükürük numunelerinde bulunan kortizol ile melatonin hormonlarının değerleri saptanmış ve sonuçlar karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda ise birbirlerinden farklı kumaşların bebeklerin vücutları üzerinde farklı tepkiler oluşturdukları ve çalışma kapsamında geliştirilen çift katlıkumaş yapılarının bebeklerde olumlu yönde etkiler ortaya çıkardıkları tespit edilmiştir (Utkun,2013). Utkun'un 2014 yılında yayınlanan göbekli erkek bireylere yönelik olarak hazırlanan gömleklerin vücut hareketi konforunun giyim denemeleri ile değerlendirilmesi adlı çalışmasında da göbekli erkek bireylere yönelik olarak geliştirilmiş olan üç farklı klasik erkek gömleğinin vücut hareketi konfor performansları 10 kişilik bir grup üzerinde gerçekleştirilen giyim denemeleri ile değerlendirilmiş ve çalışma sonucunda göbekli bireyler için ele alınan klasik erkek gömleğinin vücuda uyumu incelendiği zaman, göbek ölçüsünün kolların hareketi ile öne ve yanlara doğru eğilme üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Utkun,2014).

Bu çalışmada kanguru bakımı sırasında annelerin giyebileceği farklı gömlek modellerinin tasarlanması, giyim denemelerinin yapılması ve hem anne hem de bebek için en konforlu olanının belirlenmesi amaçlanmıştır.

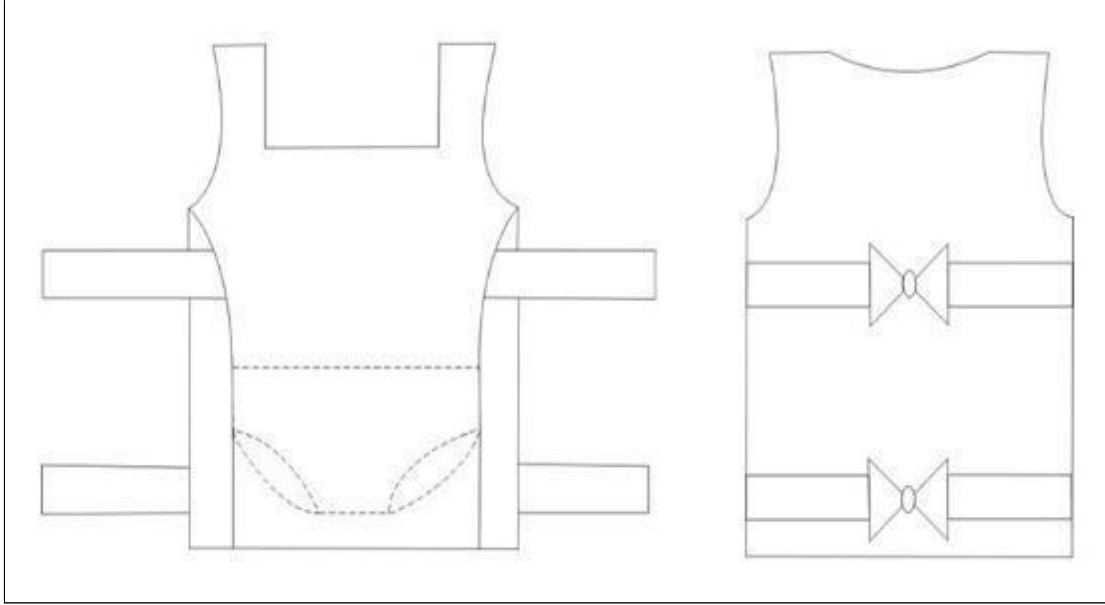
2. Yöntem

Çalışma yenidoğan bebeklerin annelerine kanguru bakımı uygulamaya yönelik kanguru bakımı gömleğinin geliştirilmesi amaçlayan deneysel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Mayıs-Aralık 2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yenidoğan Bilim Dalı Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan anneler ve bebekler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise Mayıs-Aralık 2016 tarihleri arasında aynı hastanede araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan anneler ve bebekleri oluşturmuştur (n:8). Araştırmaya doğum ağırlığı 2000 gr üzerinde, gestasyonel yaşı 30-36 hafta arasında ve majör bir anomalisi olmayan ve sadece non- invaziv entübasyona bağlı olan bebekler ile herhangi bir ruhsal rahatsızlığının olmayan ve kanguru bakımı uygulamayı kabul eden anneler dahil edilmiştir. Kanguru bakımı uygulamak istemeyen ve postpartum depresyon gibi bebeğe zarar verici rahatsızlığı olan, şehir dışında olan ve bebeğini ziyaret edemeyecek durumda olan anneler ile invaziv entübasyona bağlı olan bebekler çalışma dışında bırakılmıştır.

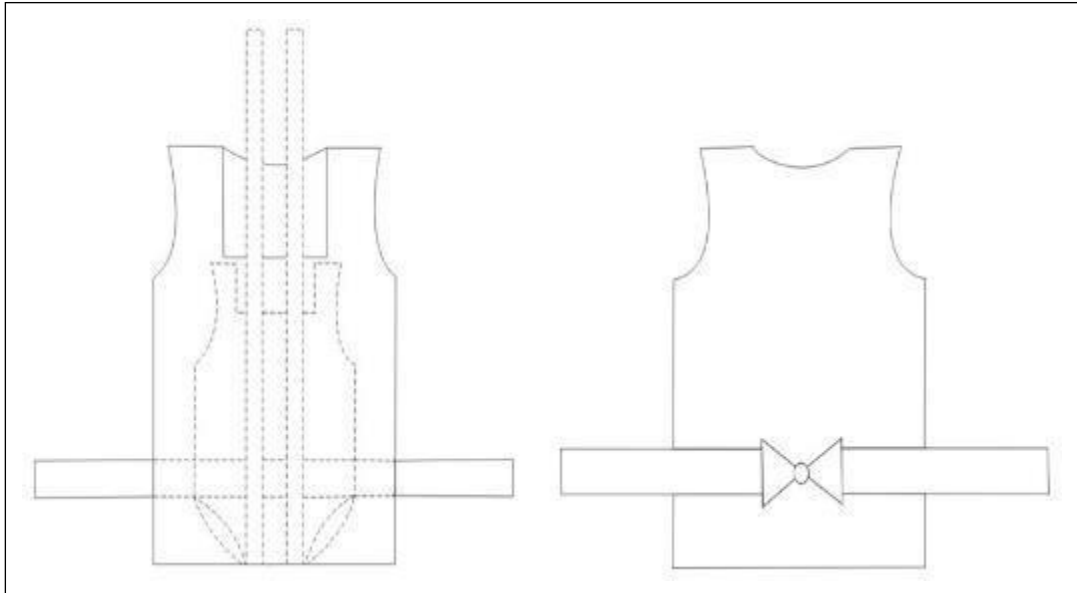
Araştırma verilerini toplamada anneler için giyim denemesi formu, kanguru bakımı hakkında bilgilendirmede kullanılmak üzere kanguru bakımı broşürü ve kanguru bakımı gömlekleri kullanılmıştır. Çalışma kapsamında kullanılan gömleklerin model özellikleri ise Şekil 1, 2 ve 3’de gösterilmiştir. Her gömlekten bir çift üretilmiştir. Annelerin giydikleri gömlekler her hafta yıkanmış ve ütülenmiştir. Bir annenin kullandığı gömlek, diğer anneye verilmeden önce mutlaka temizlenmiştir. Çalışmada kullanılan gömlek modellerinden birinci gömlek modeli yelek şeklinde tasarlanmıştır. Modelin bel kısımlarına bebeği sabitlemesi için bağlar yerleştirilmiştir (Şekil 1). İkinci gömlek model ise süveter şeklinde tasarlanmış ve içerisine kese yerleştirilmiştir. Birinci modelde olduğu gibi modelin bel kısımlarına bebeği sabitlemesi için bağlar yerleştirilmiştir (Şekil 2). Üçüncü gömlek modeli de ikinci model gibi süveter şeklinde tasarlanmış ve içerisine kese yerleştirilmiştir. Birinci modelde olduğu gibi modelin bel kısımlarına bebeği sabitlemesi için bağlar yerleştirilmiştir. İkinci modelden farklı olarak bebeğin başının sabitlenmesi için başlık kısmı eklenmiş ve annenin boynuna sabitlenmesi için bağlar yerleştirilmiştir (Şekil 3). Dördüncü gömlek modeli ise kliniklerde kullanılan ameliyat gömleğidir (Fotoğraf 1). Hastaların ameliyata giderken giydikleri bu gömlek, önden bağlamalı, uzun kollu, dize kadar bütün bir parçadan oluşmaktadır. Her anne salı ve perşembe günleri ziyaret saatlerinde farklı modelde kanguru gömleğini denemiştir. Her giyim denemesi sonunda anneler görüşlerini giyim denemesi soru formu üzerinde puanlamışlardır ve giyim denemeleri iki hafta ve iki hafta sonunda annelerin giyim denemeleri sona ermiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS) 16.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada geliştirilen gömleklerin değerleri Friedman testi ile karşılaştırılmıştır. Tüm durumlarda p değerinin <0.05 olması anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alınmıştır (Karar No: 13-12.1/7).



Şekil 1. Model 1’e ait ön ve arka bedenlerin teknik çizimleri



Şekil 2. Model 2'ye ait ön ve arka bedenlerin teknik çizimleri



Şekil 3. Model 3'e ait ön ve arka bedenlerin teknik çizimleri



Fotoğraf 1. Ameliyathane Gömleği

3. Bulgular

Çalışmada kullanılan gömlek modellerine araştırmaya katılan annelerin verdiği puan ortalamaları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Gömlek Modellerinin Puan Ortalamalarının İncelenmesi

	\bar{X}	SS	P
Birinci Model	72.00	8.76	0.004
İkinci Model	57.12	7.66	
Üçüncü Model	51.00	12.22	
Dördüncü Model	38.87	8.07	

Birinci modelin puan ortalaması 72.00 ± 8.76 (min:52, max:80), ikinci modelin puan ortalaması 57.12 ± 7.66 (min:41, max:67), üçüncü modelin puan ortalaması 51.00 ± 12.22 (min:37, max:77),

dördüncü model olan ameliyat gömleğinin puan ortalaması ise 38.87 ± 8.07 (min:28, max:54) olarak saptanmıştır. Yapılan friedman testi sonucunda gömlek denemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, hangi gömlekler arasında fark olduğu değerlendirildiğinde ise birinci gömlek modelinin diğer gömlek modellerine göre puanının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Çalışma sonucunda araştırmada kullanılan gömleklerin giyip çıkarma kolaylığı, bebeği kavrama, bebeğin pozisyonunu koruma, kolların hareketi, hareket kolaylığı, estetik görünüm, mahremiyet açısından değerlendirmeleri Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre birinci gömlek modelinin giyip çıkarma kolaylığı, bebeği kavrama, bebeğin pozisyonunu koruma, kolların hareketi, hareket kolaylığı, estetik görünüm açısından diğer modellere göre daha yüksek puan aldığı görülmüş ve yapılan friedman testi sonucunda istatistiksel olarak da birinci gömlek modelinin maddeler açısından anlamlı derecede yüksek puan aldığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Sadece mahremiyet açısından gömlek modelleri arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 2. Gömlek Modellerinin Maddelere Göre Dağılımı

	\bar{X}	SS	P
Giyip Çıkarma Kolaylığı (n:8)			
Birinci Gömlek	9.87	0.35	
İkinci Gömlek	6.75	0.70	
Üçüncü Gömlek	5.87	2.29	0.01
Dördüncü Gömlek	6.00	1.06	
Bebeği Kavrama (n:8)			
Birinci Gömlek	8.50	1.06	
İkinci Gömlek	6.87	0.83	
Üçüncü Gömlek	6.87	1.35	0.00
Dördüncü Gömlek	4.00	0.75	
Bebeğin Pozisyonunu Koruma (n:8)			
Birinci Gömlek	8.37	1.18	
İkinci Gömlek	7.25	0.70	
Üçüncü Gömlek	6.37	1.68	0.00
Dördüncü Gömlek	3.62	0.74	
Kolların Hareketi (n:8)			
Birinci Gömlek	9.62	0.51	
İkinci Gömlek	8.37	0.91	
Üçüncü Gömlek	7.50	1.19	0.00
Dördüncü Gömlek	5.50	1.92	

Hareket Kolaylığı (n:8)			
Birinci Gömlek	9.75	0.46	
İkinci Gömlek	8.00	0.75	0.00
Üçüncü Gömlek	7.25	1.28	
Dördüncü Gömlek	6.50	1.51	
Estetik Görünüm (n:8)			
Birinci Gömlek	8.25	2.65	
İkinci Gömlek	6.62	2.32	0.00
Üçüncü Gömlek	6.75	1.48	
Dördüncü Gömlek	3.25	1.28	
Mahremiyet			
Birinci Gömlek	9.00	2.82	
İkinci Gömlek	6.62	2.44	
Üçüncü Gömlek	5.00	2.82	0.02
Dördüncü Gömlek	5.37	2.06	

4. Tartışma

Çalışmaya katılan annelerden alınan geri bildirimler doğrultusunda kanguru bakımı sırasında ameliyat gömleği ya da kendi gömleklere dışında kanguru bakımı gömleğinin kullanılmasının daha yararlı ve konforlu olduğu görülmüştür. Geliştirilen üç farklı gömlek modelleri içerisinde hangisinin daha uygun ve kullanışlı olduğu değerlendirildiğinde ise birinci gömlek modeli olan yelek şeklinde giyilen ve pilot çalışma sonrasında içerisine kese yerleştirilen ve bağları kısaltılan gömlek modelinin diğer gömlek modelleri olan ikinci ve üçüncü gömlek modellerine göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüş ve birinci gömlek modelinin daha kullanışlı olduğu saptanmıştır. Kullanılan gömlek modellerinin annelerin rahatlığı ve konforuna göre düzenlenip geliştirilmesinin ve kullanımına başlamasının kanguru bakımı uygulama konusunda annelerin motivasyonunu arttıracakı düşünülmektedir.

Kanguru bakımının doğumhane sürecinde hemen başlayıp, taburculuk sonrası evde de devam etmesi gerektiği yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır. Kanguru bakımı gömleklerinin kullanılması sonucunda yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburculuk sonrası evde kanguru bakımı uygulamanın da devam etmesini sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca prematür bebeklerde hipotermi en önemli komplikasyonlardan biridir. Kullanılan kanguru bakımı gömleklerinin kumaş türleri bebeklerinin sıcaklığını koruyucu organik kumaştan üretilmiştir. Gömleklerin standart üretiminin yapılmasının bebeğin sıcaklığını ve konforunu da sağlayacağı düşünülmektedir.

Teşekkür

Bu araştırma Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiştir

(Proje No:16 ASYO 007). Araştırmaya desteklerinden dolayı Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü' ne teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Pattinson, R.C., Bergh, A.M., Malan, A.F. ve Prinsloo R. (2006). Does Kangaroo Mother Care Save Lives?. *Journal of Tropical Pediatrics*, Vol:52(6), pp.438-41.
2. Rey, E. ve Martinez, H. (1983). Rational Management of the Premature Infant [Manejo racional del niño prematuro]. I Curso de Medicina Fetal y Neonatal. Bogota, Colombia: Universidad, Nacional, pp.137-51.
3. Conde-Agudelo, A., Belizán, J.M. and Diaz-Rossello, J. (2011). Kangaroo Mother Care to Reduce Morbidity and Mortality in Low Birth Weight Infants. *Cochrane Database Syst Rev*, Vol:16(3): CD002771. doi: 10.1002/14651858.
4. Manazir, A.S., Sharma, J., Sharma, R. ve Alam, S. (2009). Kangaroo Mother Care as Compared to Conventional Care for Low Birth Weight Babies. *Dicle Med J*, Vol:36(3), pp:155-160.
5. Kaplan, S. (2009). Prediction of Clothing Comfort from Mechanical and Permeability Properties of Fabrics. PhD Thesis, Dokuz Eylül University, Turkey
6. Ho, S.S., Yu, W., Lao, T.T., Chow, D.H.K., Chung, J.W. ve Li, Y. (2008). Comfort Evaluation of Maternity Support Garments in a Wear Trial. *Ergonomics*, Vol:51(9), pp.1376-1393
7. Choi, M.S. ve Ashdown, S.P. (2002). The Design and Testing of Work Clothing for Female Pear Farmers. *Clothing and Textiles Research Journal*, Vol: 20(4), pp.253-263.
8. Komarkova, P. ve Glombikova, V. (2013). The Effect of Anatomical Changes in the Female Body During Pregnancy on Pattern Designs for Maternity Wear. *Journal of Textile and Apparel*, Vol:23(4), pp.409-415.
9. Utkun, E. (2013). 0-1 Yaş Aralığındaki (İnfant) Bebeklerin Giyim Konforuna Yönelik Giysilerin Geliştirilmesi. Ege Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Tekstil Mühendisliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi
10. Utkun, E. (2014). Body Movement Comfort Performances of Shirts Intended for Bellied Males. *Journal of Textiles and Engineer*, Vol: 21(96), pp.10-19.

60 - EBELİKTE EĞİTİM MODELLERİ: İNGİLTERE, HOLLANDA VE JAPONYA ÖRNEKLERİ

Erdal KARATEPE¹ Eda KOCA² Canan BARAN² Ayden ÇOBAN³

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bil. Fak. Ebelik 4. Sınıf öğrencisi, Aydın/Türkiye

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bil. Fak. Ebelik Bölümü Mezunu, Ebe, Aydın/Türkiye

³ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bil. Fak. Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi, Prof. Dr., Aydın/Türkiye

ÖZ: Bu derlemede ebelikte farklı üç ülkedeki eğitim modellerine yönelik literatür taraması yapılarak bu konudaki çalışmalara katkı sağlanması amaçlanmıştır. Ebelikte eğitim modelleri üzerine İngiltere, Hollanda ve Japonya'nın eğitim sistemlerini ele alan çalışmalar, web sayfaları, kitaplar, dergiler incelenerek benzerlik ve farklılıklar ortaya konmuştur. Ebelik eğitimi, ebelik mesleğinin gerekli nitelikleri ve yeterliliklerini yerine getirmek üzere bireyleri hazırlama sürecidir. DSÖ'nün ebelik eğitimi için; "profesyonel ebelik eğitiminde tüm eğitim programının teori ve uygulamalar ile bağlantılı, içerik, süreç ve sonuçlara uygun olması"nı ön görmektedir. ICM ebelik eğitimi için; eğitime başlama yaşının en az on sekiz, üniversite düzeyinde 3 ya da 4 yıl olması ya da hemşirelik eğitimi sonrasında az on sekiz ay eğitim verilmesi olarak belirtmiştir. Ebelik eğitiminde yeterli düzeyde mesleksi beceri düzeyinin kazandırılması gerekmektedir. Bu amaçla eğitimin en az %40 teori, %50 uygulama olması, kanıta dayalı yaklaşımların uygulanması, yetişkin öğrenme ilkelerine ve yeterliğe dayalı eğitim verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Japonya'da ebelik eğitim modeli hemşirelik eğitimi sonrası ebelik eğitimi şeklinde olup uygulamada bazı yeterliliklere (doğum becerisi vb.) sahip olunması beklenmektedir. İngiltere ve Hollanda'da ise ebelik eğitimi lisans düzeyinde olup dört yıllık eğitim modeli uygulanmaktadır. Ebelik eğitim modelleri ülkelerarası farklılıklar göstermekte ve ülkelerin gelişmişlik düzeyi bu durumu etkilemektedir. Ebelik eğitiminin güçlendirilmesi için, eğitimde ulusal ve uluslararası standartlar, toplumun sağlık hizmeti gereksinimi göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, eğitim modeli, ülkeler

Midwifery Training Models: Examples From The UK, The Netherlands And Japan

Abstract: In this compilation, it is aimed to make literature studies on education models in three different countries in midwifery and to contribute to the studies in this subject. The study, web pages, books and magazines on educational systems of England, Holland and Japan were examined and similarities and differences were revealed. Midwifery education is the process of preparing individuals to fulfill the necessary qualifications and competencies of the midwifery profession. For WHO's midwifery education; " In the training of professional midwifery, the whole education program is connected with the theory and applications, and it is suitable to the content, process and results'. ICM for midwifery education; at least eighteen years of age at the beginning of the education, three or four years at the university level, or at least eighteen months of training after the nursing education. Adequate level of occupational skills should be acquired in midwifery education. For this purpose, it is stated that education should be given at least 40% theory, 50% practice, practice of blood-based approaches, adult learning principles and adequate education. In Japan, the midwifery education model is a form of midwifery education after nursing education and it is expected to have some competences in practice (birth control, etc.). In England and Holland, midwifery education is undergraduate level and four year education model is applied. Midwifery education models show differences between countries and the level of development of countries affects this situation. For the strengthening of midwifery education, national and international standards in education should be taken into account for community health care needs.

Keywords: Midwifery, education model, countries

GİRİŞ:

İnsanlık tarihi kadar eski bir meslek olan ebelik mesleği, eğitim olarak sürekli değişim ve gelişim göstermiştir. Nitelikli ebelik hizmeti olan gelişmiş ülkelerde lisans düzeyinde ve yeterliliğe dayalı eğitim modeli uygulanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise yeterli ebelik hizmeti olmadığı gibi, ebeliğin güçlendirilmesi için ebelik eğitiminin kalitesinin artırılması gerekmektedir (1). Günümüzün ebelik bakım modeli üreme sağlığı alanında güvenli, etkili, uygun zamanda ve kadın merkezli hizmeti kapsamaktadır. Bu model hastalıktan koruma veya sağlığın sürdürülmesi, hastalık durumunda sağlığın yeniden kazanılması, hastalık ile uyumu sağlama ve yaşam kalitesini artırmayı içermektedir (2).

Profesyonel bir sağlık disiplini olarak ebelik mesleğinin amacı; savunucu, uygulayıcı, eğitici ve araştırmacı roller kapsamında, bireylerle sadece hastalık durumunda değil onlarla bilgi paylaşmak, bu bilgiler doğrultusunda kendis Sağlıklarının korunmasına ilişkin karar vermeleri, sağlıklarının korunması ve iyileştirilmesi ve kanıta dayalı nitelikli bakımın sağlanmasıdır (3,4).

Ebelik eğitiminde bilgi ve becerinin geliştirilmesi için uygulamalı öğretimin düzenlenmesi gerekmektedir. Ebelerin kendi ülkesinin gerçeklerine göre kazanması gereken becerileri, günlük çalışmalarındaki rollerine ve eğitim seviyesine bağlı olarak değişmektedir. Beceri geliştirilmesi için klinik eğitimin ve ekonomik desteğin sağlanması da önem taşımaktadır. Ayrıca, ebelikte eğitimin ilerlemesi ve devamının sağlanması, eğitim fırsatlarının tanınması için ebelikte yüksek lisans ve doktora programlarının geliştirilmesi gerekmektedir (3,1).

AMAÇ:

Bu derlemede ebelikte farklı üç ülkedeki eğitim modellerine yönelik literatür taraması yapılarak bu konudaki çalışmalara katkı sağlanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Ebelikte eğitim modelleri üzerine İngiltere, Hollanda ve Japonya'nın eğitim sistemlerini ele alan çalışmalar, websayfaları, kitaplar, dergiler incelenerek benzerlik ve farklılıklar ortaya konmuştur.

BULGULAR VE TARTIŞMA:

Ebelik eğitimi, ebelik mesleğinin gerekli nitelikleri ve yeterliliklerini yerine getirmek üzere bireyleri hazırlama sürecidir. DSÖ'nün ebelik eğitimi için; "profesyonel ebelik eğitiminde tüm eğitim programının teori ve uygulamalar ile bağlantılı, içerik, süreç ve sonuçlara uygun olması"ni ön görmektedir (1). International Confederation of Midwives (ICM) ebelik eğitimi için; eğitime başlama yaşının en az on sekiz, üniversite düzeyinde 3 ya da 4 yıl olması ya da hemşirelik eğitimi sonrası en az on sekiz ay eğitim verilmesi olarak belirtmiştir. Ebelik eğitiminde yeterli düzeyde mesleki beceri düzeyinin kazandırılması gerekmektedir. Bu amaçla eğitimin en az

%40 teori, %50 uygulama olması, kanıta dayalı yaklaşımların uygulanması, yetişkin öğrenme ilkelerine ve yeterliliğe dayalı eğitim verilmesi gerektiği belirtilmektedir (1,5).

Dünyada farklı ülkelerde farklı ebelik eğitim modelleri yürütülmektedir. Bu ülkelerden İngiltere'de 2008'den beri ebelik eğitimi en az lisans düzeyinde yürütülmektedir. Ebelik programı ve Ebelik-

Hemşirelik ortak program kullanılmaktadır. Ebelik eğitim programı üç yıldan az olmayacak şekilde (156 hafta tam zamanlı), her yıl toplam 45 hafta programlanmış olmalıdır. Yüksek Lisans'ta hemşireler için 90 haftalık kısaltılmış program mevcut. Ebelik içinse sağlık ve sosyal bakımda ileri düzey uygulamalar vardır. Sürekli Mesleki Gelişim Uygulaması adı altında da eğitim ve uygulamalar mevcuttur (6,7).

Hollanda'da ebelik eğitimi doğrudan bir giriş programı içermektedir, bu program 1993 yılında üç yıllıkten dört yıllığa dönüştürülmüştür. Bu program lisans bilim düzeyinde eğitim vermekte, ebeleri bağımsız uygulama yapabilecek düzeye getirmekte ve araştırma nitelikleri kazandırmaktadır. Hollanda'da 3 tane ebelik eğitimi veren akademi vardır. Bunlar Amsterdam (başkent), Rotterdam ve Maastricht'te. Ebelik eğitimi Lisans Diploması'na giden dört yıllık, tam zamanlı, doğrudan giriş eğitimidir. Toplam çalışma yükü 240 AKTS'dir ve 6800 saat eğitimidir. En az 100 AKTS'lik staj yapılır ve bu stajlar 4 eğitim yılına yayılmış durumdadır. Stajın yanı sıra teorik eğitim, beceri eğitimi ve lisans tezi eğitimleri alırlar. Öğrenciler öncelikle birincil ve ikincil bakımda bağımsız ebeler olmak üzere eğitilirler (8,9).

Japonya'da ebelik eğitiminde farklı seçenekler sunulmaktadır. Mezuniyet sonrası kurs düzeyinde, üç yıllık hemşirelik lisans programı, dört yıllık ebelik lisans programı, iki yıllık eğitim veren önlisans programları, profesyonel yüksek lisans programları sonrası Ulusal ebelik sınavında başarılı olanlar ebe unvanı almaktadır (1,10,11). Japonya'da ebelik eğitim modeli hemşirelik eğitimi sonrası ebelik eğitimi şeklinde olup uygulamada bazı yeterliliklere (doğum becerisi vb.) sahip olunması beklenmektedir (10,11).

SONUÇ VE ÖNERİLER:

Ebelik eğitim modelleri ülkelerarası farklılıklar göstermekte ve ülkelerin gelişmişlik düzeyi bu durumu etkilemektedir. Ebelik eğitiminin güçlendirilmesi için, eğitimde ulusal ve uluslararası standartlar, toplumun sağlık hizmeti gereksinimi göz önünde bulundurulmalıdır. Profesyonel ebeler, aldıkları eğitimle, bireylere verdikleri bakımın kalitesi ile kültürel ve mesleki toplumsallaşma süreciyle bütünleşmiş ayrıca çalıştığı kurumun değerleriyle gelişebilirler.

KAYNAKLAR:

- 1) Yörük S. (2016) Dünya'da Ebelik Eğitimi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,6(1):46-50.
- 2) Kaya D, Yurdakul M. (2007) Türkiye'de ve Dünya'da Ebelik Eğitimi, Ege Üniversitesi Hemşirelikyüksekokulu Dergisi, 23(2):233-241.
- 3) Yıldırım G, Koçkanat P, Duran Ö. (2014) Ulusal Ebelik Kodları ve Meslek Değerleri, STED, 23(4):148-154.
- 4) Foster LR, Lasser J. (2015) Ebelik Uygulamalarında Profesyonel Etik, Çevirmenler: Ersoy N, Özcan M, Ergin A. Nobel akademik yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Ş. Ankara. Ss: 4.
- 5) International Confederation of Midwives Global Standards for Midwifery Education (2010), 1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

- <https://www.k4health.org/sites/default/files/ICM%20ED%20Standards%20-%20web%20edition%202011%20rev.%2025-01-2011.pdf>, (Erişim Tarihi: 23.11.2018).
- 6) <https://www.kcl.ac.uk/study/assets/PDF/cma/undergraduate/Midwifery-with-registration-as-a-Midwife-BSc.pdf> (Erişim tarihi: 23.11.2018).
- 7) <https://www.city.ac.uk/courses/undergraduate/midwifery> (Erişim tarihi :23.11.2018).
- 8) Aytaç S, Madenoğlu Kıvanç M, Ay F. (2014) Dört Avrupa Ülkesinde Ebeliğin Güncel Durumu ve ebelik Araştırmalarının Gelişimi, HSP 1(1):77-90.
- 9) Midwifery in the Netherlands (2017) <http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/members-map/knov.pdf> (Erişim tarihi 23.11.2018).
- 10) <http://www.zenjomid.org/img/2015icm.pdf> (Erişim tarihi:23.11.2018).
- 11) Midwifery in Japan (2018) <https://www.nurse.or.jp/jna/english/midwifery/pdf/mij2018.pdf> (Erişimtarihi:23.11.2018).

61 - EBELİK ÖĞRENCİLERİN KLİNİK UYGULAMALARDA GÖZLEMLEDİĞİ YANLIŞ UYGULAMALAR: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA

Keziban AMANAK¹, Nazlı ÜNLÜ²,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ²Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Özet

Giriş: Ebelik birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalarda gözlemledikleri, sağlık profesyonelleri tarafından yapılan yanlış uygulamalar, öğrencilerin bu uygulamaları saptayabilme düzeylerini belirlemektir.

Materyal ve Metod: Çalışma bir devlet üniversitesinin Ebelikte Temel İlke ve Uygulamalar II dersini alan 13 ebelik birinci sınıf öğrencisi ile kalitatif olarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında derinlemesine görüşme tekniğiyle iki açık uçlu soru (Klinik uygulamalarınızda sağlık profesyonelleri tarafından yapılan yanlış uygulamalar nelerdir? Bu yanlış uygulamalara yönelik siz sağlık profesyoneli olsanız nasıl davranırdınız?) içeren yarı yapılandırılmış form kullanılmıştır. Çalışmanın veri toplama aşaması bireysel görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından önceden katılımcılarla belirlenen gün ve saatte fakültedeki boş bir oda ya da sınıfta gerçekleştirilmiştir. Konuşmalar görüşme sırasında ses kayıt cihazına kaydedilmiş, daha sonra da yazıya geçirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada her bir öğrenci sağlık profesyonelinin yapmış olduğu en az 3 tane yanlış uygulamayı saptayabilmiştir. Öğrencilerin saptamış oldukları uygulamaların %84.6'sı steril yapılması gereken uygulamalarda sterilitenin bozulması, %75.9'u hastaya yapılacak işlemler konusunda hastanın aydınlatılmaması ve onamının alınmaması, %61.5'i hastanın mahremiyetine dikkat edilmemesi, %53.8'i hastaya saygı gösterilmemesi (konuşurken ismiyle hitap etmeme, hastayı fiziksel özellikleri ile tarifleme vs.) ve %38.5'i hastalara eşit davranılmaması olarak belirtmişlerdir. Öğrenciler saptadıkları bu yanlış uygulamalara yönelik olarak sorulan "Siz sağlık profesyoneli olsanız nasıl davranırdınız?" sorusuna %93.4 oranında doğru cevap verirken, %6.6 oranında steril yapılması gereken uygulamalarda sterilitenin bozulması maddesinde eksik cevaplarlar vermişlerdir.

Sonuç: Ebelik birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalarda sağlık profesyonelleri tarafından yapılan yanlış uygulamaları büyük oranda saptayabildikleri ve bu uygulamaların doğru olarak nasıl yapılması gerektiği konusunda yetkin oldukları sonuçlarına ulaşmıştır.

Anahtar kelimeler: Aydınlatılmış onam, ebelik, klinik uygulama, mahremiyet.

Wrong Practices Of Midwifery Students Observed In Clinical Practice: A Qualitative Study

Abstract

Introduction: To determine the level of knowledge that first grade students of midwifery observe in clinical practice, misapplications made by health professionals, students to know these practices and know the right practices.

Material and Method: The study was carried out qualitatively with a 13-year-old first-year student who attended a public university's Basic Principles and Practices II course in Midwifery. A semi-structured form was used that included two open-ended questions (what are the wrong practices made by health professionals in your clinical practice, and how would you behave if you were a health professional for these wrong practices) with in-depth interviews in the collection of data. The data collection phase of the work was conducted in an empty room or classroom at the time of day and hour determined by the researchers in advance by the individual interview method. The conversations were recorded on the voice recorder during the conversation, then passed to the writer.

Results: In the study, each student was able to identify at least three misapplications that the healthcare professional had done. 84.6% of the applications that students have identified were sterilization impairments, 75.9% of the patients were not informed about the procedures to be performed, 61.5% were not paying attention to the patient's privacy, 53.8% were not respecting the patient , physical description of the patient, etc.) and 38.5% stated that the patients should not be treated equally. While 93.4% answered correct answers to the question "How are you acting as health professionals," which students asked for these wrong practices, 6.6% gave incomplete answers on sterilization deterioration in practices that should be sterilized.

Conclusion: It has been concluded that first-grade midwifery students are able to detect inadequate practices by health professionals in clinical practice and are competent in how these practices should be done correctly.

Key words: Informed consent, midwifery, clinical practice, privacy.

Giriş

Teorik ve uygulamadan oluşan ebelik eğitiminde temel ilke, öğrencilerin etkili ve uygun bakımı sağlamak üzere hazırlanmalarıdır. Ebelik eğitiminde klinik öğretim her zaman eğitim sürecinin ayrılmaz, bütünlüğü ve en önemli parçalarından biri olmuştur (Karadağ vd., 2013: 665-666, Bayar vd., 2009: 37-38, Konak vd., 2008: 1-2 Sharif ve Masoumi, 2005:1-6).

Klinik uygulama alanları öğrencilere meslektaşlarını gözleme, sorumluluk alarak tek başına uygulama yapabilme, hastanın klinik tablosuna göre davranma, karar verme ve bir ekip üyesi olarak çalışabilme olanağı sağlamaktadır. Öğrenciler burada okulda öğretilen teorik bilgi ve pratiği gerçek ortamda yaşayarak ve yaparak özümsemektedir (Karadağ vd., 2013: 665-666, Bayar vd., 2009: 37-38, Konak vd., 2008: 1-2 Sharif ve Masoumi, 2005:1-6).

Öğrencilerin okul ortamında teorik olarak aldıkları bilgileri, klinik uygulama alanlarında davranışa dönüştürme sürecinde oradaki uygulamaların öğrencinin bilgisiyle örtüşmesi, uygulama çeşitliliği ve uygulama yapma sıklığı çok önemlidir (Karadağ vd., 2013: 665-666, Bayar vd., 2009: 37-38, Sharif ve Masoumi, 2005:1-6).

Öğrenimin hedefleri doğrultusunda seçilen klinik ortamlar öğrencilerin gelişimine olumlu katkıda bulunmaktadır. Klinik eğitimin öğrenim hedefleri doğrultusunda yapılmadığı, öğretim kurallarının dikkate alınmadığı durumlarda öğrencilerin deneme, yanılma yoluyla veya karşılaştıkları örnekleri taklit etme yolu ile öğrendikleri belirtilmektedir. Bu yüzden kliniklerde öğrencilere rol model olan meslektaşlarının tüm uygulamalarda onlara doğru ve olumlu örnekler sunmaları çok önemlidir. Öğrencilerin klinik ortamda görmüş olduğu yanlış uygulamalar ve davranışlar, öğrenciler için yanlış rol model oluşmasına neden olabilecektir. Dolayısıyla klinik ortamda çalışan ebelerin, öğrenci eğitiminden de sorumlu oldukları göz önüne alındığında, yaptıkları uygulamaları doğru ve eksiksiz yapmaları hem hasta hem de öğrenci eğitimi için oldukça önemlidir (Karadağ vd., 2013: 665-666, Bayar vd., 2009: 37-38, Konak vd., 2008: 1-2).

Dolayısıyla bu çalışma ebelik birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalarda gözlemledikleri, sağlık profesyonelleri tarafından yapılan yanlış uygulamalar, öğrencilerin bu uygulamaları saptayabilme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları:

- (1) Öğrenciler kliniklerde ebelerin yapmış oldukları yanlış uygulamaları saptayabiliyorlar mı?
- (2) Öğrenciler kliniklerde ebelerin en çok yanlış yaptığı hangi uygulamaları gözlemlemişlerdir?
- (3) Öğrenciler ebelerin yanlış yaptığı uygulamaların doğru yapılış şekillerini biliyorlar mı?

Materyal ve Metod

Araştırmanın tipi ve yapıldığı yer:

Çalışma bir devlet üniversitesinin Ebelikte Temel İlke ve Uygulamalar II dersini alan 13
1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

ebelik birinci sınıf öğrencisi ile kalitatif olarak gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama araçları:

Verilerin toplanmasında derinlemesine görüşme tekniğiyle iki açık uçlu soru içeren yarı yapılandırılmış form kullanılmıştır. Formda yer alan sorular şu şekildedir:

- (1) Klinik uygulamalarınızda sağlık profesyonelleri tarafından yapılan yanlış uygulamalar nelerdir?
- (2) Bu yanlış uygulamalara yönelik siz sağlık profesyoneli olsanız nasıl davranırdınız?

Verilerin toplanması:

Çalışmanın verileri bireysel görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından önceden katılımcılarla belirlenen gün ve saatte fakültedeki boş bir oda ya da sınıfta gerçekleştirilmiştir. Konuşmalar görüşme sırasında ses kayıt cihazına kaydedilmiş, daha sonra da bu görüşmeler yazıya aktarılmıştır.

Bu uygulama aynı zamanda Ebelikte Temel İlke ve Uygulamalar II dersinin, ders başarısının değerlendirilmesinde rutin olarak kullanılan ve öğrencilerin teorik bilgilerini pratiğe aktarabilme becerilerini geliştirmede dersin ne kadar etkili olduğunun belirlenebilmesi için kullanılan bir yöntemdir.

Araştırmanın etik yönü ve istatistiksel prosedürler:

Araştırmanın yapılabilmesi için öğrencilerden sözel olur alınmıştır. Araştırmanın gönüllülük esasnadayalı olduğu, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacaklarına dair öğrencilere bilgi verilmiştir.

Verilerin analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel olarak verilerinsayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Çalışmada her bir öğrencinin klinikte görev yapan sağlık profesyonellerinin yapmış olduğu en az 3 taneyanlış uygulamayı saptayabildikleri belirlenmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin klinik uygulamalarda saptadıkları sağlık profesyonellerinin yapmış olduğu yanlış uygulamalar

Yanlış Uygulamalar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Steril yapılması gereken uygulamalarda sterilitenin bozulması	11	84.6
Hastaya yapılacak işlemler konusunda hastanın ve aydınlatılmaması onamının alınmaması	10	75.9
Hastanın mahremiyetine dikkat edilmemesi	8	61.5
Hastaya saygı gösterilmemesi (konuşurken ismiyle hitap etmeme, hastayı fiziksel özellikleri ile tarifleme vs.)	7	53.8

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin saptamış oldukları yanlış uygulamaların %84.6'sı steril yapılması gereken uygulamalarda sterilitenin bozulması, %75.9'u hastaya yapılacak işlemler konusunda hastanın aydınlatılmaması ve onamının alınmaması, %61.5'i hastanın mahremiyetine dikkat edilmemesi, %53.8'i hastaya saygı gösterilmemesi (konuşurken ismiyle hitap etmeme, hastayı fiziksel özellikleri ile tarifleme vs.) ve %38.5'i hastalara eşit davranılmaması şeklindedir (Tablo 1). Bu sonuçlar öğrencilerin teorik bilgilerini pratiğe aktarabilme konusunda oldukça başarılı olduklarını düşündürmektedir.

Öğrenciler saptadıkları bu yanlış uygulamalara yönelik olarak sorulan "Siz sağlık profesyoneli olsanız nasıl davranırdınız?" sorusuna %93.4 oranında doğru cevap verirken, %6.6 oranında steril yapılması gereken uygulamalarda sterilitenin bozulması maddesinde eksik cevaplarlar vermişlerdir. Bu sonuçlar öğrencilerin yapılan yanlış uygulamaların doğru yapılaş şekillerini bildiklerini ve mevcut bilgilerine dayalı olarak gözlem yaptıklarını düşündürmektedir. Dolayısıyla öğrencilerin öğrendikleri uygulamalara yönelik olarak gerek teorik gerekse pratikadan yetkin olduklarını göstermektedir.

Sonuç

Ebelik birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalarda sağlık profesyonelleri tarafından yapılan yanlış uygulamaları büyük oranda saptayabildikleri ve bu uygulamaların doğru olarak nasıl yapılması gerektiği konusunda yetkin oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır.

Ayrıca sağlık profesyonellerinin en sık olarak; sterilitenin korunması, aydınlatılmış onam, mahremiyetin korunmaması, hastaya saygı gösterilmemesi ve hastalara eşit davranılmaması konularında yanlış uygulamalar yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Kaynaklar

1. Bayar, K., Çadır, G., & Bayar, B. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya yönelik düşünce ve kaygı düzeylerinin Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 8(1):37-42.
2. Karadağ, G., Kılıç, S.P., Ovayolu, N., Ovayolu, Ö., & Kayaaslan, H. (2013). Öğrenci hemşirelerin klinik uygulamada karşılaştıkları güçlükler ve klinik hemşireler hakkındaki görüşleri. *TAF Prev Med Bull*, 12(6):665-672.
3. Konak, Ş.D., Dericioğulları, A., & Kılınç, G. (2008). Burdur Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin, öğrenci hemşirelerinin klinik uygulamalarına ve öğretim elemanlarıyla işbirliği yapmaya ilişkin görüşleri. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1): 1-5.
4. Sharif, F., & Masoumi, S. A. (2005). Qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing*, 4: 6.

62 - EBELİK ÖĞRENCİ EĞİTİMİNDE KULLANILAN İKİ FARKLI EĞİTİM TEKNİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Keziban AMANAK¹, Nazlı ÜNLÜ²,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ²Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Özet

Giriş: Bu çalışma ebelik öğrenci eğitiminde kullanılan iki farklı eğitim tekniğinin öğrencilerin dönem sonu başarı notlarına olan etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırmanın evrenini 2015-2018 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümüne kayıtlı olan 916 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, 2015-2016 eğitim öğretim yılı güz döneminde Jinekolojik ve Obstetrik Aciller dersine kayıtlı olan 51, 2017-2018 eğitim öğretim yılı güz döneminde aynı derse kayıtlı olan 57 olmak üzere toplam 108 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Ders 2015-2016 yılındaki öğrenci grubuna (düz anlatım grubu: 51 öğrenci) dersi veren öğretim elemanı tarafından düz anlatım (takrir) yöntemi ile, 2017-2018 eğitim öğretim yılındaki öğrenci grubuna (olgu senaryoları grubu: 57) ise her bir konuya özel olgu senaryoları ile anlatılmıştır. Düz anlatım yönteminde öğrencilere ders konuları power point sunusu olarak verilmiştir. Olgu senaryoları grubunda ise senaryolar üzerinde tartışılarak ders yürütülmüştür. Araştırma verileri, demografik bilgi formu ve öğrencilerin dönem sonu not çizelgeleri ile toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrenciler sosyo-demografik özellikler bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte idiler. Öğrencilerin yılsonu başarı notların ortalaması düz anlatım grubunda 84.63 ± 7.40 (min: 64.00-max:97.00) iken olgu senaryoları grubunda 68.91 ± 8.12 (min: 55.00-max: 85.00)'dir.

Sonuç: Bu çalışmada düz anlatım grubundaki öğrencilerin yılsonu başarı notların ortalaması olgu senaryoları grubunda yer alan öğrencilerin not ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç düz anlatım grubunda yer alan öğrencilerin kendilerine verilen power point sunularından çalışarak, ezberleme yoluyla sınavlarına hazırlandıklarını, olgu senaryoları grubundaki öğrencilerin ise daha çok analitik ve eleştirel düşünmeye yönlendirildiği ve öğrencilerin bu becerilerle ders konularını çalışmakta zorlandıklarını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Başarı notu, ebe, eğitim tekniği, öğrenci.

Comparison Of Two Different Educational Techniques Used In Midwifery Student Education

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the effect of two different educational techniques used in midwifery student education on the students final grades.

Material and Method: The population of the study consisted of 916 students enrolled in the Midwifery Department of Adnan Menderes University Faculty of Health Sciences between 2015-2018. The sample of the study consisted of 51 students enrolled in the Gynecology and Obstetrics Emergencies course in the 2015-2016 academic year fall and 57 students enrolled in the same course in the 2017-2018 academic year fall semester. The lecture was organized by the lecturer who gave the lecture to the student group in 2015-2016 (group of 51 students), by the lecturer (takrir) method, and to the student group in the 2017-2018 academic year (group of cases group: 57). is described. In the lecture, students are given a power point presentation. In case group, case studies were discussed and discussed. The survey data were collected with demographic information form and students' grade-grade charts.

Results: The students were statistically similar in terms of socio-demographic characteristics. The average of the students' grades at the end of the year was 84.63 ± 7.40 (min: 64.00-max: 97.00) in the lecture group and 68.91 ± 8.12 (min: 55.00-max: 85.00) in the case scenarios group.

Conclusion: In this study, the average of the year-end achievement grades of the students in the narrative group was found to be higher than that of the students in the phenomenon group. This result suggests that the students in the narration group are prepared for their exams by memorizing the power point presentations given to them, and that students in the case groups are directed to think more analytically and critically, and that students have difficulty in studying the subjects with these skills.

Key words: Success grade, midwife, education technique, student.

Giriş

Ebelik eğitiminde temel amaç, öğrenciye bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanda bilgi, beceri ve tutum

kazandırmaktır. Ebelik aynı zamanda kuramsal içeriğin, pratik beceri ile anlamlı bir biçimde birleşmesini gerektiren uygulamalı bir meslek dalıdır. Bu yüzden ebelik eğitimi öğrencilere belirtilen yeterlilikleri kazandırabilmek için teknik becerilerin yanı sıra; bütüncül ve empatik bakım verme, iletişim ve ekip işbirliği gibi becerilere de yer veren bir sistemde çalışmak zorundadır. Dolayısıyla günümüzde ebelik eğitiminde farklı öğretim teknolojileri ve teknikleri kullanılmakta ve öğrencilere faydalı olacak yeni tekniklerin arayışına devam edilmektedir (Arabacı vd., 2015: 1-3, Atay ve Yılmaz, 2011: 32-34, Dikmen vd., 2016:206-208 , Kartal ve Yazıcı,2017:190-192).

Öğrenci eğitiminde kullanılan teknikler arasında anlatım yöntemi, gösteri yöntemi, soru-cevap, tartışma, örnek olay, problem çözme, proje, beyin fırtınası, rol oynama/dramatizasyon, benzetim, bilgisayar destekli öğretim, bireyselleştirilmiş öğretim, gösterip yaptırma ve laboratuvar yöntemleri sayılabilir. Ancak bu yöntemlerin kullanılabilmesi için bazı noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir. Bunlar; belirlenen öğretimstratejisi, dersin hedefleri, dersin içeriği, öğrencilerin hazır bulunuluşlukları, öğretmenin ve öğretim ortamının özellikleridir (Sakarya Üniversitesi Yayınları, 2018:1-4).

Dolayısıyla öğrenci eğitiminde en çok verim alınabilecek yöntemin belirlenebilmesi için çeşitli eğitim tekniklerinin karşılaştırılmasına ihtiyaç vardır. Ancak yapılan literatür taramasında ülkemizde ebelik öğrencileri ile yapılmış, farklı eğitim tekniklerinin karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Dolayısıyla bu çalışma ebelik öğrenci eğitiminde kullanılan iki farklı eğitim tekniğinin öğrencilerin dönem sonu başarı notlarına olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları:

- (1) Düz anlatım ve olgu senaryoları gruplarının arasında dönem sonu not ortalamaları açısından fark var mıdır?
- (2) Dönem sonu not ortalamaları bakımından, düz anlatım ve olgu senaryoları gruplarının hangisi daha başarılıdır?

Materyal ve Metod

Araştırmanın tipi, yapıldığı yer, evren ve örneklem sayısı:

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2015-2018 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümüne kayıtlı kayıtlı olan 916 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, 2015- 2016 eğitim öğretim yılı güz döneminde Jinekolojik ve Obstetrik Aciller dersine kayıtlı olan 51, 2017-2018 eğitim öğretim yılı güz döneminde aynı derse kayıtlı olan 57 olmak üzere toplam 108 öğrenci araştırmanın örneklemine oluşturmuştur.

Girişim:

Ders 2015-2016 yılındaki öğrenci grubuna (düz anlatım grubu: 51 öğrenci) dersi veren öğretim elemanı tarafından düz anlatım (takrir) yöntemi ile, 2017-2018 eğitim öğretim yılındaki öğrenci

grubuna (olgu senoryaları grubu: 57) ise her bir konuya özel olgu senoryaları ile anlatılmıştır. Düz anlatım yönteminde öğrencilere ders konuları power point sunusu olarak verilmiştir. Olgu senoryaları grubunda ise senoryalar üzerinde tartışılarak ders yürütülmüştür.

Araştırmanın veri toplama araçları:

Araştırma verileri, demografik bilgi formu ve öğrencilerin dönem sonu not çizelgeleri ile toplanmıştır. Demografik bilgi formu; yaş, gelir durumu, şu an yaşanılan yer, en uzun süre yaşanılan yer, aile tipi, bölüme isteyerek gelme durumu olmak üzere toplam 6 sorudan oluşmaktadır (Kartal ve Yazıcı, 2017: 193-195, Şen vd., 2014: 98-101, Arabacı vd., 2015:10-16, Dikmen vd., 2016: 210-213). Öğrencilerin dönem sonu not çizelgelerine ise tüm sınav notlarının girildiği üniversiteye özel web sitesi üzerinden sistemin değişikliklere kapalı olduğu süreç içerisinde ulaşılmıştır.

Araştırmanın etik yönü ve istatistiksel prosedürler:

Araştırmanın yapılabilmesi için öğrencilerden sözel olur alınmıştır. Araştırmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu istedikleri zaman araştırmadan ayrılacaklarına dair bilgi verilmiştir.

Verilerin analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada grupların sosyo-demografik özellikler ve not ortalamaları açısından karşılaştırılması için ki-kare, t ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Çalışmaya katılan düz anlatım grubunda yer alan öğrencilerin yaş ortalaması 22.86 ± 1.81 'dir. Öğrencilerin %71.2'sinin geliri giderine denk, %81.3'ü yurttan kalmakta, %58.6'sı en uzun süre ilde yaşamış, %74.3'ü çekirdekaile yapısına sahip ve %70.3'ü ebellek bölümüne isteyerek gelmiştir. Olgu senoryaları grubunda yer alan öğrencilerin yaş ortalaması 22.47 ± 1.48 'dir. Öğrencilerin %72.0'ının geliri giderine denk, %80.7'si yurttan kalmakta, %56.1'i en uzun süre ilde yaşamış, %73.7'si çekirdek aile yapısına sahip ve %72.0'ı ebellek bölümüne isteyerek gelmiştir (Tablo 1). Düz anlatım ve olgu senoryaları gruplarındaki öğrenciler sosyo-demografik özellikler bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte idi. Bu sonuçlar girişim öncesinde her iki grubun homojen özellikte olduğunu ve gruplarının dönem sonu not ortalamaları bakımından karşılaştırılabilir özellikte olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Düz anlatım grubu (n=51)	Olgu senoryaları grubu (n=57)	X² or t or Z/P
Yaş, (mean±SD)	22.86±1.81	22.47±1.48	1.256/0.310
Gelir Durumu, n(%)			

Gelir giderden fazla	4(%7.8)	5(%8.8)	1.154/0.545
Gelir gidere denk	36 (%71.2)	41(%72.0)	
Gelir giderden az	11(%21.0)	11(%19.2)	
Yaşadıkları yer, n(%)			
Yurtta	42(%81.3)	46(%80.7)	2.956/0.351
Aile ile birlikte evde	3(%5.9)	3(%5.3)	
Arkadaşlar ile birlikte evde	4(%7.8)	4(%8.8)	
Yalnız evde	2(%5.0)	4(%8.8)	
En uzun süre yaşanan yer, n(%)			
Büyük şehir	3(%5.9)	4(%8.8)	0.658/0.526
İl	30(%58.6)	34(%56.1)	
İlçe	11(%26.0)	15(%26.3)	
Köy	7(%9.5)	4(%8.8)	
Aile tipi, n(%)			
Çekirdek	38(%74.3)	42(%73.7)	0.852/0.315
Geniş	13(%25.7)	15(%26.3)	
Bölüme isteyerek gelme durumu, n(%)			
Evet	36(%70.3)	41(%72.0)	1.745/0.412
Hayır	15(%29.7)	16(%28.0)	

Öğrencilerin dönem sonu başarı notların ortalaması düz anlatım grubunda 84.63 ± 7.40 (min: 64.00-max: 97.00) iken olgu senoryoları grubunda 68.91 ± 8.12 (min: 55.00-max: 85.00) olarak belirlenmiştir (Tablo 2). İki grubun dönem sonu başarı notlarını istatistiksel açıdan karşılaştırmak için yapılan Mann-Whitney U testinde başarı notları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.000$). Yapılan literatür taramasında ülkemizde ebelik öğrencileri ile yapılmış, farklı eğitim tekniklerinin karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu sonuç ebelik öğrencilerinde farklı eğitim tekniklerinin karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. Öğrencilerin dönem sonu başarı notu ortalamalarının dağılımı

Başarı notu	Düz anlatım grubu (n=51) X ± IR*	Olgu senoryoları grubu(n=57) X ± IR*	X ² or t or Z/P
Başarı notu ortalamaları	84.63 ± 7.40 (min:64.00-max: 97.00)	68.91 ± 8.12 (min: 55.00-max: 85.00)	-6.542/0.000*

* $p < 0.05$ /Interquartile Range

Sonuç

Bu çalışmada düz anlatım grubundaki öğrencilerin dönem sonu başarı notlarının ortalaması olgu senoryaları grubunda yer alan öğrencilerin not ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç düz anlatım grubunda yer alan öğrencilerin kendilerine verilen power point sunularından çalışarak, ezberleme yoluyla sınavlarına hazırlandıklarını, olgu senoryaları grubundaki öğrencilerin ise daha çok analitik ve eleştirel düşünmeye yönlendirildiği ve öğrencilerin bu becerilerle ders konularını çalışmakta zorlandıklarını düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. Arabacı, L.B., Korhan, E.A., Tokem, Y., & Torun, R. (2015). Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk klinik deneyim öncesi-sırası ve sonrası anksiyete ve stres düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1-16.
2. Atay, S., & Yılmaz, F. (2011). Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4): 32-37.
3. Dikmen, Y., Denat, Y., Başaran, H., & Filiz, N.Y. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik düzeylerinin incelenmesi. *Journal Of Contemporary Medicine*, 6(3): 206-213.
4. Kartal, Y.A., & Yazıcı, S. (2017). Ebelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonunda anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi, *HSP*, 4(3):190-195.
5. Sakarya Üniversitesi Yayınları. (2018). Temel öğretim ilkeleri öğretim yöntem ve teknikleri. 1-4. content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/77148/.../öğretim_yöntem_ve_teknikleri.pdf (Erişim: 04.09.2018).
6. Şen, E., Amanak, K., Akgün, E., & Karagöz, D. (2014). Ebelik öğrencilerinin kontrol odağı ve problemçözme beceri düzeyleri arasındaki ilişki. *Balıkesir Sağlık Bil Derg*, 3 (2): 94-101.

63 – EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN KÜLTÜRLERARASI YAKLAŞIMLARININ MERHAMET VE EMPATİ DÜZEYLERİNE ETKİSİ

GÜLBAHTİYAR DEMİREL¹, NURDAN KAYA¹, ADEM DOĞANER²,

¹SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ, ²KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ,

Özet

Amaç: Geleceğin ebeleri olacak ebelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılığa sahip olması, merhamet, empatik yaklaşım ve bakımının kalitesini etkileyebilmektedir. Bu araştırma, ebelik öğrencilerinin kültürlerarası yaklaşımlarının empati ve merhamet düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı araştırma özelliğindedir. Araştırmanın örneklemini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde 2017-2018 Eğitim-Öğretim dönemi bahar yarıyılında öğrenim gören, araştırmaya katılmaya gönüllü birinci ve dördüncü sınıf ebelik öğrencileri (147 kişi) oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Öğrenci Tanıtım Formu”, “Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği”, “Temel Empati Ölçeği” ve “Merhamet Ölçeği” ile toplanmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren öğrencilere formlar araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede (SPSS 23.0) ortalama, standart sapma, yüzdeler dağılım, Fisher Exact testi, Ki Kare testi, Mann-Whitney U testi ve Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen verilere göre, birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık, empati ve merhamet düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Birinci sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık, merhamet ve bilişsel empati düzeyleri dördüncü sınıf öğrencilerinden daha fazladır ($p<0.05$). Merhamet ölçeği alt boyutları açısından; birinci sınıf öğrencilerinin sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve ilişki kesme düzeyleri, dördüncü sınıf öğrencilerinin ise umursamazlık, bağlantısızlık ve bilinçli farkındalık düzeyleri daha yüksektir ($p<0.05$). Birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ile merhamet düzeyleri arasında pozitif yönde, dördüncü sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ile temel empati düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Elde edilen bulgular doğrultusunda; ebelik öğrencilerinin kültürlerarası yaklaşımlarının merhamet düzeyleri üzerine etkisi olduğu sonucuna varılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Empati, Merhamet, Kültürlerarası yaklaşım, Öğrenci.

Abstract

Objective: Having the intercultural sensitivity of midwifery students can affect compassion, empathic approach and the quality of care. This research was conducted to determine the effect of intercultural approaches of midwifery students on their empathy and compassion levels.

Methods: The research was descriptively carried out. The sample of the research composed of volunteer freshmen and senior midwifery students (147 people) who studied in the spring semester of the 2017-2018 education period at Cumhuriyet University Faculty of Health Sciences Department of Midwifery. The data of the research were collected by the "Student Description Form", "Intercultural Sensitivity Scale", "Basic Empathy Scale" and "Compassion Scale". Forms were applied by the researcher using a face-to-face interview technique to students who gave written consent that they voluntarily participated in the research. The mean, standard deviation, percentage distribution, Fisher Exact test, Chi square test, Mann-Whitney U test and Spearman correlation test were used for statistical evaluation (SPSS 23.0).

Results: There was a statistically significant difference between the levels of intercultural sensitivity, empathy and compassion of the freshmen and senior students ($p < 0.05$). The level of intercultural sensitivity, compassion and cognitive empathy of freshmen students was higher than that of senior students ($p < 0.05$). In terms of compassion scale sub-dimensions, freshmen students had higher levels of tenderness, consciousness of sharing and disengagement, and senior students had higher levels of indifference, disconnection and conscious awareness ($p < 0.05$). There was a significant positive correlation between the intercultural sensitivity and the compassion levels of the freshmen and senior students, and a negative correlation between the intercultural sensitivity and the basic empathy levels of the senior students ($p < 0.05$).

Conclusion: As a result of the findings, it can be concluded that the intercultural approaches of midwifery students have an effect on the levels of compassion.

Key Words: Midwifery, Empathy, Compassion, Intercultural approach, Student.

Giriş

İnsanların sağlıkla ilgili inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun kültürünün bir parçasıdır (Tortumluoğlu, 2004). Yapılan çalışmalar sağlık çalışan ve öğrencilerinin kültürel farkındalık ve duyarlılıklarının hastaya verilen hizmeti etkilediğini ortaya koymaktadır (Bulduk ve ark. 2017; Ceylantekin ve Öcalan, 2016; Aktaş ve ark. 2016; Valizadeh ve ark. 2017). Kültürlerarası duyarlılığın merkezi unsurlarından birisi empatidir (Chen ve Starosta, 2000). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin empati düzeylerinin artması ile kültürlerarası duyarlılıklarının arttığı saptanmıştır (Cetişli ve ark. 2016). Sağlık bakımı esnasında empati yoluyla gösterilen merhamet ise bakımı kolaylaştırmakta ve kalitesini artırmaktadır (Polat ve ark. 2017). Merhamet sağlık bakım hizmeti sunanlar için önemli bir değerdir (Dinç, 2010). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin, kültürlerarası duyarlılıkları ve merhamet düzeyleri arasında anlamlı derecede pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Arlı ve Bakan, 2010).

Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda önemli rol ve sorumluluğa sahip profesyonel mesleklerden birisi, ebektir. Ebek uygulamalarının odağında, kadın sağlığı, üreme sağlığı, perinatal sağlık, yenidoğan ve çocuk sağlığı, aile sağlığı ve toplum sağlığının geliştirilmesi, korunması ve sürdürülmesi yer almaktadır. Tüm bu alanlar kültürel özelliklerden yoğun olarak etkilenmektedir. Ebelerin, kültürlerarası duyarlılığa sahip olması, merhamet ve empatik yaklaşımları bakımının kalitesini etkileyebilmektedir (Ménage ve ark. 2017). Bu bakımdan geleceğin ebeleri olacak ebek öğrencilerinin, kültürlerarası yaklaşımlarının belirlenmesi önemlidir. Literatürde ebek öğrencilerinin kültürlerarası yaklaşımlarının empati ve merhamet üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma ebek öğrencilerinin kültürlerarası yaklaşımlarının belirlenmesi, kültürlerarası yaklaşımlarının empati ve merhamet düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod

Araştırmanın Tipi: Bu çalışma tanımlayıcı araştırma tipindedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer: Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebek Bölümünde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örnelemi: Araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim-öğretim dönemi bahar yarıyılında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebek Bölümünde okuyan birinci (85 kişi) ve dördüncü (73 kişi) sınıf ebek öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminde ise 2017-2018 eğitim-öğretim dönemi bahar yarıyılında öğrenim gören, araştırmaya katılmaya gönüllü birinci (78 kişi) ve dördüncü (69 kişi) sınıf ebek öğrencileri yer almıştır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan “Öğrenci Tanıtım Formu”, “Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği”, “Temel Empati Ölçeği” ve

“Merhamet Ölçeği” iletoplanmıştır.

Öğrenci Tanıtım Formu: Anket formunda öğrencinin yaş, cinsiyet, öğrenim bilgilerini, ebelik eğitimi ve kültürelişkin bilgilerini belirlemeye yönelik 10 soru yer almaktadır.

Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği: Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ) Chen ve Starosta (2000) tarafından geliştirilmiş olup ülkemiz için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bulduk ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplamda 24 madde ve beş boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin İletişimde Sorumluluk Boyutu yedi maddeden (1, 11, 13, 21, 22, 23 ve 24. madde), Kültürel Farklılıklara Saygı Boyutu altı maddeden (2, 7, 8, 16, 18

ve 20. madde), İletişimde Kendine Güvenme Boyutu beş maddeden (3, 4, 5, 6 ve 10. madde), İletişimden Hoşlanma Boyutu üç maddeden (9, 12 ve 15. Madde) ve İletişimde Dikkatli Olma Boyutu üç maddeden (14, 17 ve 19. Madde) oluşmaktadır. Ölçeğin 2, 4, 7, 9, 12, 15, 18, 20 ve 22. maddeleri ters olarak kodlanmaktadır. Ölçek

(1) kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) kararsızım, (4) katılıyorum ve (5) kesinlikle katılıyorum şeklinde 5’li likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 24, en yüksek toplam puan 120’dir. Ölçekten alınan toplam puanın artması kültürlerarası duyarlılık düzeyinin arttığını göstermektedir. Bulduk ve ark. (2011) tarafından Türkçe Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği’nin Cronbach Alpha katsayısı .72 (yeterli) olarak hesaplanmıştır.

Temel Empati Ölçeği (TEÖ): Temel Empati Ölçeği (TEÖ) Jolliffe ve Farrington (2006) tarafından geliştirilmiş olup, ülkemiz için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Topçu ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplamda 20 madde ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin bilişsel empati alt boyutu ölçen 9 maddesi (3, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 19 ve 20. Maddeler) ve duygusal empati alt boyutu ölçen 11 maddesi (1, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 13,15, 17,

18. maddeler) vardır. Ölçek 5’li likert tipi (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3=Ne Katılıyorum, NeKatılmıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum) derecelendirmeye sahiptir. Ölçekte ters puanlanmış madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla, ölçeğin toplam puanı için 20-100, bilişsel empati alt boyutu için 9-45 ve duygusal empati alt boyutu için 11-55’tir. Ölçekten alınacak yüksek puanlar empati düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise empati düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Topçu ve ark. (2010) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .76-.80 aralığında ve yeterli bulunmuştur.

Merhamet Ölçeği: Merhamet Ölçeği (MÖ) Pommier (2011) tarafından geliştirilmiş olup, ülkemiz için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdeniz ve Deniz (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplamda 24 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin sevecenlik, umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma, bağlantısızlık, bilinçli farkındalık ve ilişki kesme olmak üzere altı alt boyutu vardır. Sevecenlik alt boyutu 6, 8, 16 ve 24. madde, umursamazlık alt boyutu 2, 12, 14 ve 18 madde (Tersten Puanlama), paylaşımların bilincinde olma alt boyutu 11,15, 17 ve 20. madde, bağlantısızlık alt boyutu

3, 5, 10 ve 22. madde (Tersten Puanlama), bilinçli farkındalık alt boyutu 4, 9, 13 ve 21. madde, ilişki kesme alt boyutu 1, 7, 19 ve 23. madde (Tersten Puanlama) oluşturmaktadır. Toplam Merhamet puanı için tersten puanlama yapılan alt boyutları puanladıktan sonra tüm alt boyutların toplamı alınmaktadır. Alt boyutları ayrı ayrı puanlama gerektiği durumlarda tersten puanlama yapılmamaktadır. Ölçek 5'lik likert tipi (1= Hiçbir Zaman, 2= Nadiren, 3= Ara sıra, 4= Sık Sık, 5= Her Zaman) derecelendirmeye sahiptir. Akdeniz ve Deniz (2016) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .57 ile .77 arasında değişmektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi uygulandı. Değişkenler arasındaki korelasyon Spearman Korelasyon testi ile incelendi. Kategorik değişkenlerin incelenmesinde Ki-Kare testi ve Fisher exact testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmaya başlamadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden ve Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (2018-01/27) alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için yazılı onamları alınmıştır. Verilerin doğru olarak elde edilebilmesi için, onam formu hariç diğer veri toplama formunda isim belirtmenin zorunlu olmadığı, her türlü bilginin gizli kalacağı açıklanmıştır. Verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren öğrencilere formlar araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

Bulgular

Öğrencilerin; %98.6'sının cinsiyeti kız, %53.1'i birinci sınıfta, %51.7'si üniversiteye başlamadan önce il merkezi dışında yaşamakta, %83.7'si ebellek eğitimine başladıktan sonra mesleğe bakış açılarının olumlu yönde değiştiğini ifade etmektedir. Öğrencilerin %73.5'i ebellek bölümünü isteyerek seçmiş olup, %55.1'i iş bulma kolaylığı, ekonomik nedenler ve %32'si istenilen bir meslek olmasından dolayı tercih etmiştir. Öğrencilerin; %53.7'si mezun olduktan sonra yurt dışında çalışmak istemekte, %8.8'i konuşma ve anlama düzeyinde yabancı dil bilmekte ve %76.2'si başka kültürdeki insanlarla bir arada bulunmuştur. Öğrencilerin bildiği yabancı diller İngilizce (%76.9), Almanca (%15.4) ve Arapça'dır (%7.7).

Tablo 1 Öğrencilerin Kültürlerarası Duyarlılık, Temel Empati ve Merhamet Düzeylerinin Dağılımı (n=147), Sınıf

Ölçek Puan Ortalamaları	Birinci sınıf	Dördüncü sınıf	p
	Median(Min-Max)	Median (Min-Max)	
Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği			
Toplam	95,50(41,00-112,00)	85,00(65,00-111,00)	0,001*
İletişimde Sorumluluk Boyutu	29,00(7,00-35,00)	26,00(12,00-34,00)	0,001*
Kültürel Farklılıklara Saygı Boyutu	25,00(12,00-30,00)	22,00(11,00-30,00)	0,001*
İletişimde Kendine Güvenme Boyutu	19,00(7,00-25,00)	17,00(10,00-25,00)	0,023*
İletişimden Hoşlanma Boyutu	12,00(4,00-15,00)	11,00(3,00-15,00)	0,001*
İletişimde Dikkatli Olma Boyutu	12,00(4,00-15,00)	11,00(6,00-15,00)	0,001*
Temel Empati Ölçeği			
Toplam	62,50(51,00-72,00)	62,00(49,00-91,00)	0,598
Duygusal Empati Boyutu	32,00(21,00-39,00)	31,00(21,00-51,00)	0,485
Bilişsel Empati Boyutu	31,00(23,00-37,00)	30,00(24,00-40,00)	0,022*
Merhamet Ölçeği			
Toplam	83,00(71,00-92,00)	78,00(64,00-88,00)	0,001*
Sevecenlik Boyutu	19,00(10,00-20,00)	16,00(9,00-20,00)	0,005*
Umursamazlık Boyutu	6,00(4,00-13,00)	8,00(4,00-17,00)	0,004*
Paylaşımların Bilincinde Olma Boyutu	17,00(9,00-20,00)	14,00(10,00-20,00)	0,001*
Bağlantısızlık Boyutu	6,00(4,00-13,00)	9,00(4,00-18,00)	0,001*
Bilinçli Farkındalık Boyutu	6,00(4,00-16,00)	8,00(4,00-16,00)	0,004*
İlişki Kesme Boyutu	18,00(10,00-20,00)	16,00(6,00-20,00)	0,002*

Mann-Whitney U test; a:0,05; * Farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık, empati ve merhamet düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Birinci sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık, merhamet ve bilişsel empati düzeyleri dördüncü sınıf öğrencilerinden daha fazladır ($p<0.05$). Merhamet ölçeği alt boyutları açısından; birinci sınıf öğrencilerinin sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve ilişki kesme düzeyleri, dördüncü sınıf öğrencilerinin ise umursamazlık, bağlantısızlık ve bilinçli farkındalık düzeyleri daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 1).

Tablo 2 Öğrencilerin Kültürlerarası Duyarlılık (KDÖ), Temel Empati Ölçeği (TEÖ) ve Merhamet Ölçeği (MÖ) Düzeyleri Arasındaki ilişki (n=147).

Toplam KDÖ Toplam TEÖ Toplam MÖ

Sınıf		r	p	r	p	r	p
Birinci Sınıf	Toplam KDÖ						
	Toplam TEÖ	0,003	0,981			-0,059	0,606
	Toplam MÖ	0,262	0,021*				
Dördüncü Sınıf	Toplam KDÖ						
	Toplam TEÖ	-0,337	0,005*				
	Toplam MÖ	0,468	0,001*			-0,180	0,139

*Spearman Correlation test; a:0,05; *Farklılık istatistiksel olarak anlamlı*

. Birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ile merhamet düzeyleri arasında pozitif yönde, dördüncü sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ile temel empati düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 2).

Tartışma

Kültürlerarası farklılıkların fark edilmesi ve anlaşılması sağlık bakımının kalitesini artırmaktadır.

Sağlık bakım alanında kültürlerarası duyarlılığın lisans eğitimi boyunca kazanılması bu nedenle oldukça önemlidir (Valizadeh ve ark. 2017; Bulduk ve ark. 2011). Ülkemizde yapılan çalışmalarda KDÖ toplam puan ortalaması sağlık çalışanları ve sağlık alanındaki öğrenciler için 78.42 ± 8.82 91.28 ± 15.69 arasında değişmektedir (Bulduk ve ark. 2017; Cetişli ve ark. 2016; Arli ve Bakan, 2018; Gönenç ve ark. 2018; Yılmaz ve ark. 2017; Kılıç ve Sevinç, 2018). Bizim çalışmamızda birinci (95,50) ve dördüncü (85,00) sınıf öğrencilerin KDÖ toplam puan ortalamaları kıyaslandığında, birinci sınıf öğrencilerin puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş kültürel duyarlılıklarının orta ve yüksek düzeyde olduğunu östermektedir

Empati, kişilerarası iletişimin vazgeçilmez bir bileşenidir ve tüm sağlık personelinin dolayısıyla sağlık alanındaki öğrencilerin kazanması gereken bir beceridir (Aktaş ve ark. 2016; Chen ve Starosta, 2000). Sağlık alanındaki öğrencilerle yapılan çalışmalarda orta veya yüksek empati düzeyine sahip oldukları bulunmuştur (Çaka ve ark. 2018; Bekmezci ve ark. 2015). Çetişli ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada birinci (60.28 ± 6.25) ve dördüncü (58.98 ± 5.80) sınıf hemşirelik öğrencilerin TEÖ puan ortalamalarının orta düzeyde iken birinci sınıf öğrencilerinin duygusal empati alt boyutu dördüncü sınıftan yüksektir. Benzer şekilde çalışmamızda da birinci (62,50) ve dördüncü (62,00) sınıf ebeler öğrencilerinin TEÖ puan ortalamaları orta düzeyde olup birinci sınıfta okuyan öğrencilerin bilişsel empati alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yıllar geçtikçe 4. sınıf öğrencilerinin heyecan ve motivasyonun düşmesi ve farkındalığın azalması, duyarsızlaşma gibi durumlar 1. sınıflara göre TEÖ alt boyutundan alınan düşük puanları açıklayabilir.

Merhamet sağlık bakım sunucularında olması gereken önemli bir değer olup, merhamet duyularak bireylere sunulacak bakımın temeli lisans eğitimi sırasında kazanılmalıdır (Bray ve ark. 2014; Çingöl ve ark. 2018). Ebelerin bağımsız rollerinden biri olan destekleyici ebeler bakımının odağında merhamet oldukça önemlidir (Şimşek ve ark. 2018). Merhamete dayalı ebeler bakımını ile ana-çocuk sağlığı yükseltilir ve travmalara karşı koruyuculuk sağlanır (Knapp, 2015). Sağlık bakım uygulayıcılarının (personel, öğrenci) merhamet düzeylerini belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmış olup merhamet düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Arli ve Bakan, 2018; Çingöl ve ark. 2018; Shih ve ark. 2017). Çalışmamızda birinci sınıf öğrencilerinin merhamet düzeyleri dördüncü sınıf öğrencilerinkinden daha fazladır ($p<0.05$). Merhamet ölçeği alt boyutları açısından; birinci sınıf öğrencilerinin sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve ilişki kesme düzeyleri, dördüncü sınıf öğrencilerinin ise umursamazlık, bağlantısızlık ve bilinçli farkındalık düzeyleri daha

yüksektir ($p<0.05$). Sınıflar arasındaki bu farklılık eğitim sırasında merhamet eğitiminin olmamasından kaynaklanabilir. Tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, merhamet odaklı eğitimin, öğrencilerin merhametli bakım algılarını artırdığı rapor edilmiştir (Williams ve ark. 2014).

Kültürlerarası duyarlılığa sahip olunması merhamet ve empatik yaklaşımların yükselmesine, merhamet ve empatik yaklaşımlar kültürlerarası duyarlılığın artmasına neden olabilmektedir (Ménage ve ark. 2017). Çalışmaların birinde, hemşirelerin kültürlerarası duyarlılıkları ile merhamet düzeyleri arasında pozitif yönde ilişkiye rastlanmıştır (Arli ve Bakan, 2018). Bizim çalışmamızda birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ile merhamet düzeyleri arasında pozitif yönde, dördüncü sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ile temel empati düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Eczacılık birinci sınıf öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık ve empati eğitimlerine ihtiyaçları olduğu saptanmıştır (Ekong ve ark. 2017).

SONUÇ

Elde edilen bulgular doğrultusunda; ebelik öğrencilerinin kültürlerarası yaklaşımlarının merhamet düzeyleri üzerine etkisi olduğu sonucuna varılabilir.

KAYNAKLAR

1. Tortumluoğlu, G. 2004. Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 47-57.
2. Bulduk, S., Usta, E., Dinçer, Y. 2017. Kültürlerarası duyarlılık ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Bir sağıkhizmetleri meslek yüksekokulu örneği. *Düzce Üniversitesi Sağık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 73-77.
3. Ceylantekin, Y., Öcalan, D. 2016. Hemşirelik öğrencilerinin kültürel farkındalığı ve kültürlerarası hemşirelik dersine yönelik düşünceleri. *GÜSBĐ*, 5(4), 45-53.
4. Aktaş, YY., Uğur, HG., Orak, OS. 2016. Hemşirelerin kültürlerarası hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 8, 120-135.
5. Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Aghajari, P. 2017, The exploration of culturally sensitivenursing care in pediatric setting: A qualitative study. *Int J Pediatr*, 5, 4329-4341.
6. Chen, GM., Starosta, W. 2000. The development and validation of the Intercultural Sensitivity Scale. *Human Communication*, 3(1), 2-14.
7. Cetişli, NE., Işık, G., Öztornacı, BÖ., Ardahan, E., Uran, BNÖ., Top, ED., Avdal, EÜ. 2016. Hemşirelik öğrencilerinin empati düzeylerine göre kültürlerarası duyarlılıkları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 27-33.
8. Polat, FN., Erdem, R. 2017. Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26(1), 291-312.

9. Dinç, L. 2010. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 74-82.
10. Arlı, SK., Bakan, AB. 2018. An investigation of the relationship between intercultural sensitivity and compassion in nurses. *International Journal of Intercultural Relations*, 63, 38-42.
11. Ménage, D., Bailey, E., Lees, S., Coad, J. 2017. A concept analysis of compassionate midwifery. *J Adv Nurs*, 73(3), 558-573.
12. Bulduk, S., Tosun, A., Ardıç, E. 2011. Türkçe kültürlerarası duyarlılık ölçeğinin hemşirelik öğrencilerinde ölçümsel özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 19(1), 25-31.
13. Jolliffe, D., Farrington, DP. 2006. Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29, 589-611.
14. Topçu, Ç., Baker, EÖ., Aydın, ÇY. 2010. Temel empati ölçeği türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(34), 174-182.
15. Pommier, EA. 2011. The Compassion scale. *Humanities and Social Sciences*, 72, 1174.
16. Akdeniz, S., Deniz, ME. 2016. Merhamet Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1), 50-61.
17. Gönenç, İM., Göktaş, M., Dursun Altın, R., Çökelek, F., Ercan, N., Şahin, D. 2018. Opinions and cultural sensitivities of midwives and nurses about providing health care to women seeking asylum. *Journal of Human Sciences*, 15(2), 683-696.
18. Yılmaz, M., Toksoy, S., Direk, ZD., Bezirgan, S., Boylu, M. 2017. Cultural sensitivity among clinical nurses: A descriptive study. *J Nurs Scholarsh*, 49(2), 153-161. doi:10.1111/jnu.12276
19. Kılıç, SP., Sevinç, S. 2018. The relationship between cultural sensitivity and assertiveness in nursing students from Turkey. *J Transcult Nurs*, 29(4), 379-386. doi: 10.1177/1043659617716518.
20. Çaka, SY., Topal, S., Nemut, T., Çınar, N. 2018. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde aleksitimi ile empati arasındaki ilişki. *Journal of Human Sciences*, 15(2), 996-1005.
21. Bekmezci, H., Yurttaş, ÇB., Özkan, H. 2015. Ebelik bölümü öğrencilerinin empatik eğilim düzeylerinin belirlenmesi. *HSP*, 2(1), 46-54.
22. Bray, L., O'Brien, MR., Kirton, J., Zubairu, K., Christiansen, A. 2014. The role of professional education in developing compassionate practitioners: A mixed methods study exploring the perceptions of health professionals and pre-registration students. *Nurse Education Today*, 34, 480-486. doi:10.1016/j.nedt.2013.06.017.
23. Çingöl, N., Çelebi, E., Zengin, S., Karakaş, M. 2018. Bir sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin merhamet düzeylerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 21, 61-67.
24. Şimşek, HN., Demirci, H., Bolsoy, N. 2018. Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 97-103.
25. Knapp, R. 2015. Where there was love ... Compassionate midwifery as protection against trauma. *Pract Midwife*, 18(3), 17-19.
26. Shih, CY., Hu, WY., Lee, LT., Yao, CA., Chen, CY., Chiu, TY. 2017. Effect of a compassion-focused

training program in palliative care education for medical students. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30(2), 114-120. doi:10.1177/1049909112445463

27. Williams, B., Brown, T., Boyle, M., McKenna, L., Palermo, C., Etherington, J. 2014. Levels of empathy in undergraduate emergency health, nursing, and midwifery students: A longitudinal study. *Advances in Medical Education and Practice*, 5, 299-306. <http://doi.org/10.2147/AMEP.S66681>
28. Ekong, G., Kavookjian, J., Hutchison, A. 2017. Predisposition for empathy, intercultural sensitivity, and intentions for using motivational interviewing in first year pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(8), 5989. <http://doi.org/10.5688/ajpe5989>

64 - EBELİK EĞİTİMİNDE SİMÜLASYON KULLANIMININ ÖNEMİ

Arş. Gör. Funda ÇİTİL CANBAY* Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER* Keziban AMANAK* Öğr. Esra ESEN*

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Aydın/ Turkey

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, ebelik eğitiminde simülasyon kullanımının önemi konusunu literatür bilgileri doğrultusunda tartışmaktır.

YÖNTEM: Bu derlemenin kuramsal ve ampirik altyapısını oluştururken; konuyla ilgili Türkçe ve İngilizce olarak yayınlanan çalışmalar, sistematik araştırmalar ve doğum ve kadın sağlığı kitapları incelendi.

BULGULAR: Teknolojinin gelişmesi ile ebelik öğrencilerinin klinik uygulamalara hazırlaması için, simülasyon eğitiminin ebelik öğrencilerin ana-çocuk sağlığı konularında yeterli uygulama becerisi kazandıkları saptanmıştır. Bu bulguyla orantılı olarak, eğitimlerde simülasyon kullanımının ebelik öğrencilerinin ebelik alanıyla ilgili bilgi, beceri, öz güven ve eğitimden algılanan memnuniyet düzeylerinin arttırdığı görülmektedir. Buna rağmen ülkemizde ve dünyada simülasyon kullanımının ebelik eğitimini geliştirdiği gözlenirse de, simülasyon laboratuvarlarının ve ebelik eğitimcilerinin sayılarının yetersiz olması nedeniyle uygulama konusunda aksaklıkları yaşanmaktadır.

SONUÇ: Ebelik eğitiminde simülasyon kullanımı etkisiyle ebelik öğrencilerinin uygulama becerilerini oldukça iyi düzeyde kazandıkları gözlemlendi. Bu nedenle özellikle ebe akademisyenlerin ebelik eğitimini üstlenmesi ve simülasyon laboratuvarlarının iyileştirilmesi ile ebelik eğitiminin kalitesi artacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, eğitim, simülasyon, uygulama becerileri.

Importance Of Using Simulation In Midwifery Education

Abstract

Aim: The purpose of this study is to discuss the importance of using simulations in the light of literature informations.

Methods: While creating the theoretical and empirical infrastructure of this compilation; compilations published in Turkish and English related to the subject, systematic researches and books on maternity and women health.

Results: It has been determined that for the preparation of clinical applications for midwifery students with the development of technology, the training of the students is sufficient for the midwifery students to have adequate application skills in mother and child health issues. In proportion to this finding, it is seen that the use of simulation in trainings increases the perceived satisfaction levels of knowledge, skill, self-confidence and education of midwifery students about midwifery. Despite the fact that the use of simulation in our country and in the world has improved the education of midwifery, there are problems in implementation due to the inadequacy of the numbers of simulation laboratories and midwifery trainers.

Conslicions: It was observed that midwifery students had a good level of application skills due to the use of simulation in midwifery education. For this reason, the quality of midwifery education will be improved especially by midwifery academicians undertaking midwifery education and improvement of simulation laboratories.

Key Words: Application skills, education, midwifery, simülations.

Giriş

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu ebelik eğitim ile ilgili uluslararası standartları belirlemiştir. Ebelik eğitiminin uygulamalı bir meslek grubu olması nedeniyle öğrencilerin asgari mesleki beceri düzeyinde profesyonel davranışların kazandırılması gerekmektedir. Bu nedenle eğitimin kanıta dayalı teorik ve uygulamalı olması, etik kuralların benimsendiği yetişkin öğrenme ilkelerine göre düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir (ICM, 2013). Ebeliğin uygulamalı bir meslek olması nedeniyle ebelik eğitimi esnasında bilginin beceriye dönüştürülmesini gerektirir. Bu bağlamda ebe eğitimi öğrencilere ebelik becerileri kazandırmak için alternatif eğitim programlarını deneyebilirler (Lathrop ve ark, 2007). Bu programlar arasında web tabanlı simülasyon, yazılım ya da teknolojik özellikleri taşımayan maketler, sağlıklı bireyin rol play yapması ve robotik simülatörler kullanılabilir (Kononowicz et al. 2014). Bu tür programların amacı, öğrenciyi gerçeğe yakın klinik senaryolara dahil etmek ve performans hakkında anında geri bildirim almayı sağlamaktır (Durmaz ve ark, 2012 ; Cant ve Cooper, 2015).

Nitekim sağlık eğitiminde simülasyon tekniği son zamanlarda artış göstermektedir. Bu artışın nedeni simülasyon öğrencilere teorik bilgi ve uygulama becerileri kazandırırken, aynı zamanda özgüven ve eleştirel düşünmeyi de geliştirir (Livesay et al., 2015). Sağlık bakımında simülasyon; klinik bir durumu mümkün olduğu kadar gerçeğine yakın bir şekilde klinik uygulamada bu durum ile gerçekten karşılaşıldığında onun daha kolay anlaşılmasını sağlayan bir yöntemdir (Nehring ve Lashley 2009). Simülasyon öğrenciyi gerçek yaşam koşullarını yaşatan aktiviteye adapte eden ve yapay bir deneyim oluşturan öğretme ve öğrenme sürecidir (Cass, 2011). Bu esnada öğrencinin uygulama öncesi stresini azalır ve özgüveni artar (Tiffen ve ark., 2009). Hasta güvenliği ve hasta haklarının önem kazanması, öğrencilerin yeterliliklerini artırma çabaları, sağlık profesyonellerinin eğitiminde simülasyon kullanımının giderek artmasına olanak sağlamıştır (Gardner, 2007; Zapko et al., 2018; Kelly et al., 2016).

Sezaryen doğumların artışı, doğum servislerinin fiziksel yetersizliği, öğrenci kontejanlarının kalabalıklaşması ve klinisyenlerin ağır iş yükü nedeniyle ebelik teorisi uygulama becerisine dönüşmesi zorlaşmaktadır (Wilford ve Doyle, 2006). Bu bağlamda eğitim becerilerinin laboratuvar ortamında gerçek klinik durumlara aktarılması ile öğrencilerin özgüven ve yeterliliğini arttıracaktır (Şendir, 2012). Böylece ebelik eğitim programının ve mezunlarının nitelik artışından da söz edilebileceği düşünülebilir.

Simülasyon yöntemini kullanan kurum, sağlıklı/hasta bireyin otonomisine saygı duyan ve önemseyen, etik uygulamaları dikkate alan ve eğitim felsefesine bunu yansıtan kurumsal bir yapı olarak görülecektir (Mıdık ve Kartal, 2010). Hasta güvenliği ve hasta haklarının yükselen değerler içinde yer alması ve öğrencilerin yetkinliğini artırma çabaları sağlık profesyonellerinin eğitiminde simülasyon kullanımını zorunlu konuma getirmiştir (Gardner, 2007). Bu nedenle simülasyon uygulamada hastaya zarar vermemek adına etik bir zorunluluk olduğu düşünülebilir (Cass, 2011). Bu bağlamda bu derleme, ebelik eğitiminde simülasyon kullanımının önemini literatür bilgileri doğrultusunda paylaşmak ve vurgulamak amacıyla hazırlanmıştır.

Simülasyon kullanımının avantajları

Sağlık alanında simülasyon kullanımının avantajları ile ilgili literatürde karşılaşılan çalışmalar simülasyon kullanımının önemini vurgular niteliktedir (Ziv 2005; Gardner, 2007; Çitil Canbay ve Çitil, 2016; Cass, 2011; [Sundler et al., 2015](#) ; [Zapko et al., 2018](#)).

Tablo 1. Simülasyon kullanımının avantajları ile ilgili örnek çalışmalardan çıkan sonuçlar

Ebelik öğrencileri açısından avantajlar	<ul style="list-style-type: none"> • Temel bilgi ve becerilerin kazanılmasının kolaylaşması, • Özgüven kazanımı, hastaya zarar verilebileceğine yönelik endişelerin azalması, • Uygun eğitim ve öğretim ortamının azalması, eleştirel düşünmenin gelişmesidir.
Eğitimciler açısından	<ul style="list-style-type: none"> • Eğitimcinin daha az stres yaşaması • Öğrenci ile arasındaki iletişimin gelişmesi
Sağlık Kurumları açısından	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık bakımının kalitesi artar. • Böylece malpraktis davalarında azalma olacağı söylenebilir. • İş sağlığı, hasta güvenliği ve etik kurallara uyulmuş olur.
Hastalar açısından	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta memnuniyeti artar. • Bakımın kalitesi artacağından hasta bakımvericiye karşı güvencüdür.

Sonuç

Ebelik eğitiminde simülasyon kullanımı etkisiyle ebelik öğrencilerinin uygulama becerilerini oldukça iyi düzeyde kazandıkları gözlemlendi. Bu nedenle özellikle ebe akademisyenlerin ebelik eğitimini üstlenmesi ve simülasyon laboratuvarlarının iyileştirilmesi ile ebelik eğitiminin kalitesi artacaktır. Bu nedenle simülasyon kullanımına yönelik önerilerimiz;

- Anne ve çocuk sağlığından sorumlu ebeler, ebelik uygulamalarında güncel yaklaşımları takip etmeli ve karşılaşılabilecekleri acil durumda hazırlıklı olmalıdırlar. Yapılacak hizmet için eğitimi, bilimsel kongre ve interaktif eğitimlere katılma konusunda istekli olmalıdırlar. Ayrıca, elde ettikleri bilgi ve becerileri uygulama alanındaki ebe adaylarına aktarmalıdırlar.
- Ebelik eğitiminden sorumlu akademisyenler Uluslararası Ebeler Konfederasyonu yeterlilik standartlarını benimsemelidir. Ayrıca ebelik eğitiminin etkinliğini geliştirecek simülasyonla ilgili interaktif ve inovatif araştırmalar yapma konusunda multidisipliner meslek gruplarıyla işbirliği yapmalıdırlar.
- Ebelik eğitimi veren kurumlar uygulama laboratuvar alanlarının aksaklıkları saptamalı, iyileştirmeli ve simülasyon projeleri yapacak eğitimcileri finansal konularda desteklemelidir.

- Sağlık politikacıları anne, çocuk ve toplum sağlığı konusunda hayati görevleri olan ebelerin mezuniyet öncesi ve sonrası mesleğe kazandırma, yeterlilik kazandırma konusunda akademisyenlerle iş birliği yapmalıdırlar.
- Yurtdışında etkili olduğu görülen simülatif ebelik eğitim programlarından örnek alınarak ülkemize uygun yeni bir program oluşturulması hasta güvenliği açısından birçok anne-bebeğin sakatlık ve ölümünü önleyip sağlığa katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Cant RP.,& Cooper SJ. **Simulation in the internet age: the place of web-based simulation in nursing education. An integrative review**, Nurse Education. Today, Doi:[10.1016/j.nedt.2014.08.00134](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.00134) (12) (2014), pp. 1435-1442.
2. Cass, G. Crofts, JF. Draycott, TJ. (2011). The Use of Simulation to Teach Clinical Skills in Obstetrics. *Seminars in Perinatology*, 68-73.
3. Durmaz A., Dicle A. , Cakan E., Cakir S. Effect of screen-based computer simulation on knowledge and skill in nursing students' learning of preoperative and postoperative care management: a randomized controlled study, *Comput. Inform. Nurs.*, 30 (4) (2012), pp. 196-203
4. Gardner, R., (2007). Simulation and Simulator Technology in Obstetrics: Past, Present and Future. *Expert Review in Obstetrics Gynecology*, 2(6), 775-790.
5. Kelly, M.A., Berragan, E., Husebø, S.E., Orr, F., 2016. Simulation in nursing education: international perspectives and contemporary scope of practice. *J. Nurs. Scholarsh.* 48 (3), 312–321. <https://doi.org/10.1111/jnu.12208>.
7. Kononowicz AA., Narracott AJ., Manini S. , Bayley MJ., Lawford PV., McCormack K., Zary N. A framework for different levels of integration of computational models into web-based virtual patients, *J. Med.* doi: 10.2196/jmir.2593. 2014;16 (1).23-24.
8. Lathrop, A. Winningham, B. Vande Vusse, L., (2007). Simulation-Based Learning for Midwives: Background and Pilot Implementation. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(5), 492-498.
9. Livesay, K., Lawrence, K., Miller, C., 2015. Making the most of simulated learning: understanding and managing perceptions. *Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh.* 12 (1), 17–26. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2013-0098>.
10. Mıdık, Ö., Kartal, M. (2010). Simülasyona dayalı tıp eğitimi. *Marmara Medical Journal*, 23(3): 389-399.
11. Nehring, WM. Lashley, FR. (2009). Nursing Simulation: A Review of The Past 40 Years. *Simulation & Gaming*, 40 (4), 528-552.
12. Şendir, M., (2012). Kadın Sağlığı Hemşireliği Eğitiminde Simülasyon Kullanımı, 10. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi Kongre CD' Antalya,
13. The International Confederation of Midwives. Available dated: 08.11.2018. [Internet] Available from: URL:<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/education-files/2018/04/icm-packet-2-appendix-d-sample-division-competency-1ksbs-final.pdf>.
14. Tiffen, J. Graf, N. Corbridge, S., (2009). Effectiveness of a Low-fidelity Simulation Experience in

- Building Confidence among Advanced Practice Nursing Graduate Students. *Clinical Simulation in Nursing*, 5(3), 113-11
15. Wilford, A. Doyle, TJ (2006). Integrating Simulation Training into the Nursing Curriculum. *British Journal of Nursing*, 15 (11), 604-607.
16. Zapko, K.A., Ferranto, M.L., Blasiman, R., Shelestak, D., 2018. Evaluating best educational practices, student satisfaction, and self-confidence in simulation: a descriptive study. *Nurse Educ. Today* <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.09.006>. 2018; 60, 28–34.
17. Sundler AJ. , Pettersson A., Berglund M. **Undergraduate nursing students' experiences when examining nursing skills in clinical simulation laboratories with high-fidelity patient simulators: a phenomenological research study**, *Nurse Educ. Today*, [Doi:10.1016/j.nedt.2015.04.008](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.04.008) , 2015; 35 (12), 1257-1261.
18. Çitil Canbay F. and Çitil ET. What are the Prospective Midwives views on Teaching Normal Birth and Midwifery Skills through Simulation A case Study in Aydın Turkey, ISSN: 2146-7358, International Conference On New Horizons In Education, 2016; (5), 484-490.

65 - EBELİKTE E-ÖĞRENME

Gülsüm GÜNDOĞDU¹, Hava ÖZKAN², Melek GÜLAKAR³

1 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzincan e-mail: glsm_gndg_24@hotmail.com

2 Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum e-mail: havaorhan67@hotmail.com

3 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi e-mail: yaşamumudu2@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Bu derleme, ebelikte e-öğrenmenin önemini ve gerekliliğini belirlemeyi amaçlamaktadır. E-öğrenme, çevrimiçi öğrenme, sanal öğrenme, uzaktan eğitim / uzaktan öğrenme, internet tabanlı öğrenme ve webtabanlı öğrenme kavramları hızla yükseköğretimde yaygınlaşmaktadır. E-öğrenmedeki “e” elektronik terimi ifade ettiğinden, e-öğrenme, ağ bağlantılı veya bağımsız bilgisayarlar ve diğer sistemler aracılığıyla çevrimiçi veya çevrimdışı, senkronize veya senkronize olmayan şekilde çalışan bireyler veya gruplar tarafından yürütülen tüm eğitim faaliyetlerini kapsar.

Ebeler, sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemi kolaylaştırmak için kadınlar ve aileleri ile birlikte çalışan özerk sağlık profesyonelleridir. Kanıta dayalı bir bakım sağlamak için, ebelerin yaşam boyu öğrenenler haline gelmesi ve sürekli eğitim ve mesleki faaliyetlerde bulunması önemlidir. Diğer sağlık profesyonelleri gibi, coğrafi uzaklık, iş taahhütleri, zaman eksikliği ve mali kısıtlamalar gibi yüz yüze faaliyetlere katılımlarını engelleyen nedenlerin olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle e-öğrenme ve bilgisayar destekli yöntemlerin kullanımı, ebe ve diğer sağlık profesyonelleri için erişilebilir, esnek ve uygun maliyetli mesleki eğitim olanakları sağlama ihtiyacına cevap olarak sağlık eğitiminde hızla artmaktadır.

E-öğrenme, karma bir öğrenmedir. E-öğrenmenin sorgulamaya dayalı öğrenmeyi desteklediği ve hemşirelik/ebelik öğrencilerinin çeşitli kaynaklardan bilgi toplamalarına ve daha sonra karar vermelerini eleştirel bir şekilde analiz etmelerine yardımcı olduğu bildirilmiştir. Bu öğrenme yaklaşımı, öğrencilerin öğrenme motivasyonunu artırır, çünkü kendi bilgilerinin yaratıcıları olduklarından öğrenirken bağımsızlık duygusu duyarlar. E-öğrenme sadece öğrencilerin nasıl öğrendikleri açısından değil, aynı zamanda ne zaman ve nerede öğrendikleri açısından da esneklik sağlayabilir. Buna ek olarak, öğrenme deneyimini öğrencinin ihtiyaçlarına göre kişiselleştirmenin bir yolunu sağlarken, aynı zamanda öğretim materyalinde bir tutarlılık sağlar. Öğretmen için e-öğrenmenin önemli bir faydası, öğretmenin her an, her yerde mümkün olmasıdır.

Sonuç olarak, hemşirelik / ebelik müfredatına bilişim yeterliliğini entegre etmek, çağdaş hemşirelik/ebelik öğrencilerinin kariyerleri boyunca başarıyı sağlamak için önemlidir.

Anahtar kelimeler: Ebelik, e-öğrenme, hemşirelik, öğrenme, uzaktan öğrenme.

1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

E-Learning In Midwifery

ABSTRACT

Aim: This review aims to determine the importance and necessity of e-learning in the midwifery. E-learning, online learning, virtual learning, remote education/remote learning, Internet-based learning and web-based learning concepts become widespread in higher education rapidly. Since the prefix 'e' in e-learning refers to the electronic term, e-learning covers all educational activities conducted by individuals or groups working online or offline, synchronized or non-synchronized manner through networked or independent computers and other systems.

Midwives are autonomous health professionals working together with women and their families to facilitate a healthy pregnancy, delivery and postpartum period. In order to provide an evidence-based care, it is of importance that midwives need to become lifelong learners and engage in continuing education and professional activities. Like other health professionals, it is stated that there are reasons that prevent their participation in face-to-face activities such as geographical distance, work commitments, lack of time and financial constraints. Therefore, the use of e-learning and computer-aided methods is rapidly increasing in health education in response to the need to provide accessible, flexible and cost-effective professional training opportunities for midwives and other health professionals.

E-learning is a blended learning. It has been reported that e-learning supports questioning-based learning and helps nursing/midwifery students to collect information from various sources and critically analyze them to make decisions later. This learning approach increases the learning motivation of students, because they feel a sense of independence while learning since they are the creators of their own knowledge. E-learning can provide a flexibility not only in terms how students learn, but also in terms of when and where they learn. In addition, it can provide a way to individualize the learning experience according to the needs of the student, while maintaining a consistency in teaching material. An important benefit of e-learning for the teacher is that teaching is possible in anytime, anywhere.

As a result, integrating informatics competence into the nursing/midwifery curriculum is important to ensure success throughout careers of contemporary nursing/midwifery students.

Keywords: Midwifery, e-learning, nursing, learning, distance learning.

Giriş

Teknoloji alanında yaşanan gelişmeler, eğitim ve öğretim alanında yeni araçların ve tekniklerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Başta internet olmak üzere bazı genel amaçlı teknolojilerin eğitim alanında kullanılmasıyla birlikte, E-öğrenme(elektronik öğrenme) adı verilen bir öğrenme yolu ortaya çıkmış ve hızlı bir gelişme göstermiştir. E-öğrenme 80'lerin sonlarında ve 90'larda ortaya çıktığı [1] ve “E-öğrenme” teriminin 1999 yılında kullanılmaya başlandığı söylene de E-öğrenmenin erken formlarının 19. yüzyıl kadar eskiden var olduğunu gösteren kanıtlar bildirilmektedir[2-6].

E-öğrenme terimi, bilgisayar tabanlı öğrenme, teknoloji tabanlı öğrenme, online öğrenme, web tabanlı öğrenme, sanal sınıflar, internet-tabanlı eğitimi, ileri dağıtılmış öğrenme, bireyselleştirilmiş öğrenme, dayanan elektronik aracılıklı öğrenme, kendi kendine hızlandırılmış açık/esnek öğrenme, çevrimiçi öğrenme veya çevrimdışı çalışan bireyler veya gruplar tarafından yürütülen tüm eğitim faaliyetlerini ve ağ bağlantılı veya bağımsız bilgisayarlar ve diğer sistemler aracılığıyla eşzamanlı veya eşzamansız olarak yapılan öğretme ve öğrenme terimleriyle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır[8-11].

E-öğrenme terimi için yaygın olarak kabul edilen bir tanım bulmak zordur ve hatta terim için ortak bir tanım bile yoktur. Avrupa Komisyonu'nun (2001) açıkladığı gibi, E-Öğrenim “tesislere ve hizmetlere erişimin yanısıra uzaktan mübadele ve işbirliğini kolaylaştırarak öğrenme kalitesini artırmak için yeni multimedya teknolojileri ve internetin kullanımı”dır. [13].

Galagher'in(2003) E-Öğrenme, öğrenci-merkezli yaklaşımlarla eğitim-öğretim süreçlerinin dönüşümü amacı ile bilişim teknolojilerinin kullanılması anlamına gelmektedir [14]. Ayrıca, bilgisayar ağ teknolojisinin, esas olarak internet üzerinden, bireylere bilgi ve talimat sağlamak amacıyla kullanılmasını ifade etmiştir. Öğrenilecek içeriğin internet, intranet/extranet (LAN/WAN), ses ve videokaset, uydu yayını, interaktif TV, CD-ROM ve dahafazlası aracılığıyla sunulması veya internette uzaktan eğitim veya öğretim” dir[14,15].

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)(2005), “E-öğrenimin, yükseköğretimde öğrenmeyi geliştirmek ve/veya desteklemek için bilgi ve iletişim teknolojisinin(BİT) kullanılmasını ifade ettiğini iddia etmektedir. Daha ileri düzeyde uygulamalara başkanlık ederken, e-öğrenme, hem çevrimiçi ortamda hem de BİT ile desteklenen bir şekilde uzaktan eğitim veya kampüs temelli ya da diğer uzaktan eğitim hizmetleri anlamına gelir [16-20].

E-öğrenimin tamamen çevrimiçi bir dersten, kalıcı bir zaman ve mekândan bağımsız olarak bir kursun tamamını veya bir kısmını teslim etmek için teknolojiyi kullanmaya dönüştürdüğünü belirtmiştir. Boyacı'nın belirttiği gibi Jennex (2005) ve Twigg(2002) gibi diğer araştırmacılar ayrıca, e-öğrenmeyi, değişimi dönüştürmek için gerekli bilgi ve becerilere sahip bir işgücünü mümkün kılmak için oldukça önemli bir yaklaşım olarak tanımladılar [21]. Maltz ve arkadaşlarına (2005) [21,22] göre, “E-öğrenme” terimi, karma öğrenme, çevrimiçi uzaktan eğitim ve karma öğrenme gibi farklı bakış açılarıyla uygulanmaktadır. Markus (2008) 'e [21-24] göre E- öğrenme, dijital olarak teslim edilen

içerik, ağ tabanlı hizmetler ve özel ders desteğiyle etkileşim sonucu ortaya çıkan bir öğrenme süreci olarak tanımlanabilir. Abbad ve ark. (2009), [25] E-öğrenimi elektronik olarak etkinleştirilen herhangi bir öğrenme anlamında tanımlamıştır. E-öğrenme, bir dizi uygulamayı, öğrenme yöntemlerini ve süreçlerini kapsar [17,18].

E-öğrenmenin tanımı çeşitli yazar ve kuruluşlara göre değişmektedir. Bu nedenle en genel anlamıyla E- öğrenme internet/intranet ya da bir bilgisayar ağı bulunan platform üzerinden sunulan öğrenme-öğretme faaliyetleri için kişisel bilgisayarlar(PC), cep bilgisayarları (PDA), cep telefonları, mp3 çalarlar, CD-DVDROM'lar, eğitsel yazılımlar, IP TV, 3D sanal dünyalar, eğitsel simülasyonlar, oyunlar, tartışma ve ilan panoları, video konferanslar, e-postalar, bloglar, wikiler, chat programları, konu haritaları, sanal sınıflar, ofis araçları, çokluortamlar, eğitsel animasyonlar, IP telefonlar (VOIP), e- portföyler, web siteleri, e-kitaplar, kavram haritaları, eğitsel oyunlar, canlı video dersleri, podcastlar ve uyumluluk ekleri gibi çeşitli depolama araçlarının kullanıldığı ve öğretim materyalinin ya da çoklu ortam ürünü eğitim kaynağının bu araçlar ile öğrenenlere sunulduğu internet- tabanlı bir öğretme ve öğrenme modelidir. En genel tanım olarak e-öğrenme, öğrenme-öğretme faaliyetlerini gerçekleştirmek için bilgisayar ve internet gibi teknolojik altyapıyı kullanan bir öğrenme modelidir. E-öğrenme süreci, bilginin iletilmesini sağlayan teknolojik alt yapı üzerinde işleyen; analiz, içerik tasarımı, geribildirim, etkileşim ve esneklik gibi öğeleri kapsayan çok boyutlu bir öğretim tasarımından oluşur. [26-30].

E-öğrenme ile geleneksel öğrenme arasında hem benzerlik hem de farklılık bulunmaktadır. E-öğrenme ve geleneksel öğrenme en temel farklılık, eğitimin aktarıldığı araçlardır. Geleneksel öğrenmede öğretene; öğrenme ortamını etkin bir şekilde kontrol edebilir, öğretene yeteneği, kişiliği, niteliği, ders materyalini kullanma şekli öğrenme-öğretme performansını etkiler. E-öğrenmede, öğretene ile öğrenen siber uzay tarafından ayrılır. E- öğrenmede öğretene öğrenme ortamına müdahale edememesi, öğretene çok öğretilen konunun içeriğini önemli hale getirir. Bu nedenle E-öğrenmede öğretme ve öğrenmedeki başarıyı belirleyen en temel unsur anlatılacak konunun içeriğidir [27-32].

E-Öğrenme Çeşitleri:

E-Öğrenme esas olarak çevrimiçi eşzamanlı E-öğrenme(sekron-öğrenme) ve çevrimiçi eş zamansız E-öğrenme (asenkon e-öğrenme) olmak üzere ikiye ayrılır. Genel kabul görmüş bu iki çeşidin birlikte kullanıldığı karma (melez) e-öğrenme uygulamaları da mevcuttur. Eşzamanlı E-öğrenmeyeçevrimiçi sohbet ve video konferans örnek verilebilir. Öğrencilerin hem birbirlerine hem de öğretmenlerine soru sorup anında cevap verebilmelerini sağlayan anlık mesajlaşma gibi, gerçek zamanlı olan herhangi bir öğrenme aracı senkronize edilir.Eşzamanlı öğrenmedeöğrenciler hem diğer öğrenciler hem de öğretmenleri ile ders sırasında çift yönlü etkileşim kurabilirler. Böylece öğrenenler senkon öğrenme süreci boyunca başkalarıyla iletişim içinde oldukları için tartışmalara katılabilir ve izole olma duygusu hissetmezler ancak; öğrenci canlı bir oturuma katılabilmesi için kurs veya oturum zamanında çevrimiçi olması gerekir. Bu nedenle eşzamanlı öğrenme zaman açısından esnek değildir.Bu nedenle yoğun çalışma yoğun programı olanlar için yararlı olmayabilir. [32-35].

Diğer taraftan asenkron öğrenmede, hem öğrenci hem de öğretmenin çevrimiçi olmasına gerek yoktur. Toplu olarak yayınlanan web, e-posta ve mesajlar aracılığıyla sunulan kurs ve iletişimler, asenkron E-öğrenmeye örnek verilebilir. Öğrenciler dersleri genellikle tek başına tamamlar ve interneti genelde öğrenme süresince daha çok destek aracı olarak kullanırlar. Öğrenci uygun olduğu zamanda istediği dersi istediği zamanda takip edebilir. Öğrenen kaynak ve materyallere istediği zaman erişerek bireysel öğrenimi gerçekleştirir. Öğrenme süresince bireysel çalışmayı tercih edenler ve bunun için gereken motivasyona sahip olanlar için daha uygun bir öğrenme şeklidir. Asenkron öğrenme, gerçek bir interaktif eğitim ortamı sahip olmadığı için öğrenenlerde, izolasyon duyguları oluşabilir. [32-35].

E-Öğrenmenin Avantajları:

Günümüzde, birçok üniversite, kolej, öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılamak için kendi eğitim programlarında E-öğrenme sistemini uygular. Dünyada E-öğrenme pazarının hacminin 2015 yılında 107 milyar dolara ulaşacağı; 2018 yılına kadar da 169 milyar dolara yükseleceği öngörülmektedir. 2019 yılına gelindiğinde ise tüm üniversite öğrencilerinin % 50'sinin online eğitim alması öngörülmektedir [36].

E-öğrenmenin temelinde, öğrenci ve eğitimciyi güçlendirmek vardır. E-öğrenme ortamı, dinamik bilginin paylaşımı ve uygulanması yoluyla dijital bilgilere herkesin her yerde erişebilmesini mümkün kılar. E- öğrenmenin yarattığı fırsatlar nedeniyle, öğretim ve öğrenim artık her an ve her yerde olabilir. Dezavantajlı, engelli, yetenekli ve özel müfredata ihtiyaç duyanlar da olmak üzere tüm öğrenciler için bireysel öğrenme, işbirlikli öğrenme, bir dizi çevrimiçi ortama erişim sağlayarak, diğer bireylerden veya öğrenci gruplarından öğrenmeyi mümkün kılarak, iletişim, işbirliğinin, bilişsel ve sosyal becerilerinin gelişmesine yol açar. Yeni teknolojiler öğrencilere basit bir şekilde ezberlemekten ve öğrenmekten ziyade, daha yüksek bir motivasyonla bir şeyler yapabilecekleri çok çeşitli seçenekler sunar. E-Öğrenim ayrıca aşağıdaki gibi başka avantajlara da sahiptir: “bilgiyi sindirme ve cevap verme zamanı, öğrenciler arasında gelişmiş iletişim, öğrenilenler arasında edinilen ve aktarılan bilgi, açık bir tartışma yapma yeteneği, her biri öğrencinin yüz yüze tartışma, bilgiye erişim ve tartışma kabiliyetinden daha eşit bir yer edinmesi, kısıtlamalar olmaksızın günün her saatinde cevaplar alınabilir[36]. Ayrıca, e-öğrenme sistemi, öğretmenler için zamandan tasarruf etmelerine ve ders içeriğine daha fazla dikkat edilmesini sağlamasına yardımcı olabilir. E-öğrenim sistemi ile öğrenciler sınıfta olmak durumunda değildirler. Öğrenci, öğrenme zamanını ve yerini kendi seçer. Tartışma oturumları öğrencilere diğer öğrencilerle iletişim kurmasına fırsat tanır. Bu sayede e-öğrenme, soru sormaktan çekinen öğrencilerin öğrenmesinde yardımcıdır. E-öğrenme, öğrenciler farklı bakış açıları da görür ve bunlara saygı gösterir. Web-tabanlı eğitimin faydası, içeriğe kolaylıkla ulaşılmasından ve herhangi bir fiziksel materyalin dağıtılmasına gerek duyulmamasından kaynaklanmaktadır[37,38]. E-öğrenme daha hızlı ve etkin öğrenmeyi sağlamaktadır. Hatırlama oranı kitap okumada %20 iken, bu oran çoklu etkileşimli öğrenmede %40'a kadar çıkabilmektedir [39,40]. E-öğrenme, anlatılacak konunun içeriğinin çeşitli resimler, sesler, yazı ile zenginleştirilmesi ve geri bildirimlerin hızlı olması nedeniyle bilgilerin öğrenilmesini ve hatırlanmasını kolaylaştırır. E-öğrenme daha fazla kaynağa daha

hızlı süredeulaşmayı sağlar. [27,36,41-43].

E-Öğrenmenin Dezavantajları:

E-öğrenmenin avantajları kadar dezavantajları da bulunmaktadır[40,44]. Cantoni ve arkadaşları (2004)

[40] E-öğrenmenin verimli olabilmesi için maliyet karşılanmalı eğitim verenler pedagojik beceriye sahip olmalı hem öğrenen hem de öğretenlerin öğrenme süreci için motivasyonu yüksek olmalıdır[40,44].

E-öğrenim sistemlerinde siber saldırılar, hackleme gibi güvenlik sorunlarını bulunmaktadır. E- öğrenmedeki başarıyı ölçmek için yapılan değerlendirmeler gerçekçi olmayabilir. Öğrenenler açısından geri bildirimler her zaman vaktinde olmayabilir [45].

Öğrenci bireysel öğrenme süresince kişisel ilişkilerden uzaklaşma ve zaman yönetiminde denge kuramama ihtimali de vardır. Yüz yüze öğrenme sırasında öğretenler açıklamalarını ve yorumlarını daha doğru bir şekilde öğrenene yansıtabilirler. Bazı öğretenler ve öğrenenler internet kullanımında yeterince etkin olmaması demografik özellikler, donanımın erişilebilirliği, eğitim teknolojisinin kullanım tecrübesi, kullanışlılık algısı ve dijital araçların kullanım kolaylığı gibi başarıyı olumsuz etkileyebilir. Yine akademisyenlerin bazen müfredat ve pedagojik yaklaşımları değiştirmeye olumlu bakmaması ve onlarımotive edecek bir ödül veya teşvik olmaması da başarısızlığı getirebilir. Ayrıca kurumların sosyal yönü olumsuz da etkilenebilir[46-48].

Ayrıca, her alana E-öğrenimle entegre edilmesi zordur daha çok sosyal bilimler ve beşeri bilimlerde, pratik becerilerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulan tıp bilimi ve eczacılık gibi alanlarda E-öğrenimle uygulanması daha uygun görülmektedir[8].

El çalışmaları ve laboratuvar uygulamalarının, sanal sınıflarda benzetiminin (simülasyon) yapılması oldukça güçtür. Bu durum özellikle fen bilimleri alanında E-öğrenme faaliyetine katılmak isteyenler açısından olumsuz bir durumdur. E-öğrenme sırasında kullanılan materyallerin üretimi geleneksel uygulamaya göre daha maliyetlidir. [27,40].

E-öğrenme ayrıca aynı anda yoğun kullanılma sonucu web sitelerinin hızının yavaşlamasına veya çökmesine de neden olabilir. Bu durum zaman ve maliyet açısından dezavantaj oluşturur. [27,40,48].

E-öğrenimle bu dezavantajlı yönlerini avantaja çevirebilmek için E-öğrenme, birçok kişi tarafından sınıf tabanlı öğrenmeyi tamamlayıcı bir şekilde kullanılmasını önermektedir. E-Öğrenim başarı için engel oluşturabilecek zihniyet değişimi de dahil olmak üzere teknolojik, sosyal ve pedagojik engellerin üstesinden gelinmelidir. [47-49].

Ebelikte E-Öğrenme:

Ebeler, sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemi kolaylaştırmak için kadınlar ve aileleriyle birlikte çalışan özerk sağlık profesyonelleridir. Sağlık hizmetlerinde hemşirelik ve ebeliğin rolü, sağlık sistemindeki değişim ve gelişmelere paralel olarak değişmekte ve kapsamı giderek genişlemektedir. Ebelerin ve hemşirelerin, çağdaş mesleki bilgileri ve uygulamalarıyla ilgili esasları

kavramaları, yaşam boyu öğrenim ilkelerini benimseyerek, bu ilkeler doğrultusunda sağlığı koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve rehabilite edici alanlarda görevüstlenmeleri zorunlu hâle gelmiştir[50-55].

Ebelik mesleğinin gelişebilmesi için de ebe profesyonellerin sürekli öğrenme ile bilgilerini güncellemeleri, araştırma yapması; yaptığı araştırmalar sonucunda elde etmiş olduğu bilgileri uygulamada kullanması ve kanıta dayalı bilgileri kullanarak bireylere güvenli, standart ve nitelikli bakım vermesi amaçlanmaktadır. Böylece ebeler tarafından verilecek sağlık hizmetlerinde güncel, kanıt temelli, çağdaş ve standart uygulamalar kullanmak, ebelik bakım kalitesinin arttırmak, toplumdaki ebelik imajının olumlu yönde geliştirmek, maliyet etkili bakım vermek, sağlık politikalarının oluşturulmasını, ebelerin mesleki otonomilerinin ve motivasyonlarının arttırılmasına olanak sağlanmış olacaktır [50-55].

Ayrıca E-öğrenme ile bilgiye ulaşmada engel oluşturan fiziksel ekonomik ve bireysel faktörlerin olumsuz etkilerini en aza indirerek için öğrenme ve öğretme süresinde çeşitli ve güncel teknolojileri kullanarak farklı sağlık ortamlarında iyi eğitilmiş, nitelikli hemşireler ve ebeler ile yetiştirmek ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek daha kolay olacaktır [56-59].

Sonuç olarak; E-öğrenmenin temelinde, öğrenci ve eğitimciyi güçlendirmek vardır. E-öğrenme ortamı, dinamik bilginin paylaşımı ve uygulanması yoluyla dijital bilgilere herkesin her yerde erişebilmesini mümkün kılar. E-öğrenme; pratik beceri, eğitim ve öğrenmeyi hem sağlıklı hem de hasta birey bakımında birleştiren karmabir öğrenme stratejisidir ve etkili bir eğitim yöntemidir.

Kaynaklar

1. RD, Balaji., Al-Mahri, FA., Balaji, M, (2016). A Perspective Study on Content Management in E Learning and M-Learning. <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1605/1605.02093.pdf>
2. <https://www.talentlms.com/elearning/history-of-elearning> Erişim tarihi: 24.11.2018.
3. <https://www.efrontlearning.com/blog/2013/08/a-brief-history-of-elearning-infographic.html> Erişim tarihi: 24.11.2018.
4. M, Hashemi., M. Azizinezhad., V. Najafi., and AJ, Nesari., (2011) What is mobile learning? Challenges and capabilities. Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volume: 30, pp: 2477-2481.
5. Miglani, A., Awadhiya, K. (2017) Mobile Learning: Readiness and Perceptions of Teachers of Open Universities of Commonwealth Asia. Journalis Of Learning For Development, Volume:4, Number:1, pp: 58-71.
6. Özkul, A. E. E-Öğrenme ve Mühendislik Eğitimi. http://www.emo.org.tr/ekler/f8d8c66b1212720_ek.pdf?dergi=4.
7. Najwa H. M. A., and Fan, I. S. (2010) "E-Learning and Information Security Management", International Journal of Digital Society, Volume: 1 Number: 2, pp: 148-156.
8. Aslan, Ö.(2006). Öğrenmenin Yeni Yolu: E-Öğrenme. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 16 Sayı2, ss:121-131.
9. Wentling, T. L., Waight C., Gallagher J., La Fleur J., Wang C., Kanfer A. (2000) E-learning - a
1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

review of literature. Knowledge and Learning Systems, Group, NCSA, 9, ss: 1–73.

10. Caporarello, L., Sarchioni G. (2014) E-Learning: The Recipe For Success. Journal of e-Learning and Knowledge Society, volume: 10 sayı: 1, ss: 117-128.
11. NCSA (2000), “e-Learning-A Review of Literature”, NCSA Knowledge and Learning System Group, <http://www.learning.ncsa.uiuc.edu/papers/elearnlit.pdf>.
12. E-learning Definition and Explanation (Elearning, Online Training, Online Learning) <http://www.derekstockley.com.au/elearning-definition.html> Erişim Tarihi: 24.11.2018
13. Boezerooij, P. (2006) E-Learning Strategies Of Higher Education Institutions An Exploratory Study Into The Influence Of Environmental Contingencies On Strategic Choices Of Higher Education Institutions With Respect To Integrating E-Learning In Their Education Delivery And Support Processes, <https://www.utwente.nl/en/bms/cheps/education/phd-page/cheps-alumni-and-their-theses/2006boezeroooydissertation.pdf>
14. Koleka, O. Gorishti, A. Karamani, B. Haveri, A. (2013.) İct In Teaching And Learning: Combining Theory With Experience In Albanian Universities. Život Ā Škola, Br. 29, God. 59., ss: 147 – 157.
15. Zemsky, R., Massy, W.F., (2004) Thwarted Innovation, What happened to e-learning and why, A final report for the Weather station Project of the Learning Alliance at the University of Pennsylvania in cooperation with the Thomson Corporation. https://www.immagic.com/eLibrary/ARCHIVES/GENERAL/UPENN_US/P040600Z.pdf
16. Herdianto, R. Bandung, Y. (2011) Development of Higher Education E-Learning Using E-Learning Maturity Model (eMM). International Conference on Rural Information and Communication Technology, ss: 26-30
17. E-Learning Ā Tertiary Education Organisation For Economic Co-Operation And Development <http://www.oecd.org/education/ceri/35991871.pdf>
18. E-Learning In Tertiary Education: Where Do We Stand? – Isbn 92-64-00920-5 © OECD 2005 <http://www.oecd.org/innovation/research/34899939.pdf>
19. <https://Er.Educause.Edu/~Media/Files/Article-Downloads/Erm05411.Pdf> Oblinger, D. G., Hawkins, B.L. (2005). The Myth About E-Learning. Educause Review. Volume: 40, No:4 pp: 14–15.
20. Arkorful V., Abaidoo, N. (2014) The role of e-learning, the advantages and disadvantages of its adoption in Higher Education. International Journal of Education and Research, Volume: 2 Number:12, pp: 397-410.
21. Boyacı A., Case Studies in Knowledge Management Edited by Murray Jennex Hersley: PA: Idea Group, 2005, pp. 372, ISBN 1-59140-352-9 Reviewed by Dr. Anadolu University Eskişehir-Turkey <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/156508>
22. Marc, J. R. (2002). Book review: e-learning strategies for delivering knowledge in the digital age. Internet and Higher Education, 5, 185-188.
23. M. Samir Abou El-Seoud 1, Islam A.T.F. Taj-Eddin 1 , Naglaa Seddiek 1, Mahmoud M. El-Khouly 2 , Ann Nosseir 1. E-Learning and Students’ Motivation: A Research Study on the Effect of E-Learning on

Higher Education. <http://dx.doi.org/10.3991/ijet.v9i4.3465>

24. Arkorful, V. Abaidoo, N. (2014). The role of e-learning, the advantages and disadvantages of its adoption in Higher Education. *International Journal of Education and Research* Volume: 2 Number: 12 .
25. Abbad, M. M., Morris, D., Nahlik, C. (2009). Looking under the Bonnet: Factors Affecting Student Adoption of E-Learning Systems in Jordan. *The International Review of Research in Open and Distance Learning*, Volume:10, Number: 2, ss:1-25 <http://www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/596/1218>.
26. Mihalca R, Uță A.A.A, Întorsureanu I. (2008) Knowledge Management În E Learning Systems. *Revista Nformatica Economic ă* Nr.2(46). <http://docplayer.net/36870445-Knowledge-management-in-e-learning-systems.html>
27. Aslan, Ö. (2006). Öğrenmenin Yeni Yolu: E-Öğrenme. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* Cilt: 16,Sayı: 2 ss: 121-131.
28. Solak E., Çakır R., 2014 Face To Face Or E-Learningın Turkish Efl Context. *Turkish Online Journal OfDistance Education-Tojde*, Volume: 15 Number: 3, ss:37-49.
29. Procter C. Proportion, Pedagogy And Processes: The Three P's Of E-Learningfile:///C:/Users/asus/Desktop/Proportion pedagogy and processes The three Ps of .pdf
30. Bencheva, N. (2010). Learning Styles and E-Learning Face-to-Face to the Traditional Learning. *Научни Трудове На Русенския Университе t* , 49 , 63-67. Retrieved from <http://conf.ru.acad.bg/bg/docs/cp10/3.2/3.2-11.pdf>.
31. Neera K.S. (2012) E-Learning and Semantic Web. *International Journal of e-Education, e-Business, e-Management and e-Learning*, Volume: 2, Number: 2 , ss: 113-116.
32. Deepali Pande, Dr. V. M. Wadhai, Dr. V. M. Thakare.(2016) E-Learning System and Higher Education *International Journal of Computer Science and Mobile Computing*, Volume: 5 Issue.2, pg: 274-280.
33. Chen N.-S., Kinshuk, Ko H.-C. and Lin T. (2004) “Synchronous Learning Model over the Internet”. In Kinshuk, Looi C.-K., Sutinen E., Sampson D., Aedo I., Uden L. and Kähkönen E. (Eds.), *Proceedings of the 4th IEEE International Conference on Advanced learning Technologies* August 30 - Sept 1, 2004, Joensuu, Finland, Los Alamitos, CA: IEEE Computer Society. pp. 66 IJEDICT 505-509.
34. Gökdaş, İ., Kayri M. (2005). E-Öğrenme ve Türkiye Açısından Sorunlar, Çözüm Önerileri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi* Cilt: II, Sayı:II, 50-62.
35. Hrastinski S. (2008) A Study Of Asynchronous And Synchronous E Learning **EDUCAUSE Quarterly**, volume:31, number: 4 <https://er.educause.edu/~media/files/article-downloads/eqm0848.pdf>
36. Korkmaz, M.(2014) Eğitimde Yeni Yaklaşım: E-Öğrenme Ar&Ge Bülten, Temmuz–Sektörelhttp://izto.org.tr/demo_betanix/uploads/cms/yonetim.ieu.edu.tr/6415_1479907852.pdf

37. Cheong, Seong Chew (2002), "E-learning-a Providers Prospective", *Internet and Higher Education*, 4, s.s:337-352.
38. Işık M., Yağcı M. (2011). E-Öğrenme Teknikleri İle Örgün Eğitimin Desteklenmesi. 5th International Computer & Instructional Technologies Symposium, 22-24 September, Fırat University, ELAZIĞ- TURKEY
39. Aytaç, Tufan., (2000). "Geleceğin Öğrenme Biçimi: E-Öğrenme", *Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi*, <http://www.yayim.meb.gov.tr/yayimlar/sayi35/aytac.htm>.
40. Cantoni, V., Cellario, M. and Porta, M. (2004). Perspectives and challenges in e-learning: towards natural interaction paradigms. *Journal of Visual Languages & Computing*, 15(5), pp.333-345.
41. Somayeh M, Dehghani M, Mozaffari F, h Ghasemnega S, M., Hakim H, Samaneh B. The effectiveness of E- learning in learning: A review of the literature . *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 2016, 5, 2:86-91 86.
42. Keşanlı, S. The Advantages And Limitations Of E-Learning <file:///C:/Users/asus/Desktop/10.1.1.740.5842.pdf>
43. Eklund, J., Kay, M. and Lynch, H. M. (2003), E- learning: emerging issues and key trends: A discussion paper, Australian National Training Authority, Australia.
44. Ramim, M., Levy, Y. (2006). Securing e-learning systems: A case of insider cyber attacks and novice IT management in a small university. *Journal of Cases on Information technology*, Volume:8, Number: 4, pp:24-34. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/155730>
45. Almosa, A, Almubarak, A. (2005). E -learning Foundations and Applications: Saudi Arabia: Riyad1 https://www.researchgate.net/publication/312174058_An_Assessment_of_the_Factors_Affecting_E-Learning_in_Jordan_Primary_Schools_A_Critical_Concept_of_Acceptability
46. Parlakkılıç A., (2014). Change Management In Transition To E-learning System. *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries (QQML)*, 3: 637 –651.
47. Thieman, G.Y. (2008). Using technology as a tool for learning and developing 21st century citizenship skills: An examination of the NETS and technology use by preservice teachers with their K-12 students. *Contemporary Issues in Technology and Teacher Education*, 8(4), 342-366.
48. Nawaz A., (2012). Investigating the change management For implementing e-learning projects in higher education. *Journal of Research in International Business Management (ISSN: 2251-0028)* Volume: 1, number: 9, pp: 1-11.
49. Sanderson P. E. (2002). E-Learning: strategies for delivering knowledge in the digital age. *Internet and Higher Education*, 5, 185–188.
50. Ebeler Derneği. Dünyada ve Türkiye’de Ebelik Tarihi <https://www.duzen.com.tr/artFiles/T%C3%9CRK%20EBELER%20DERNE%C4%9E%C4%B0%20-%20Ebeli%C4%9Fin%20Tarih%C3%A7esi.pdf> Erişim tarihi 24.11.2018.
51. Çakır Koçak Y., Öztürk Can H., Yücel U., Demirelöz Akyüz M., Çeber Turfan E. (2017) Türkiye’de Ebelik Bölümlerinin Akademik ve Fiziki Profili, *HSP*;4(2):88-97.

<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/311532>

52. Akça Ay F. (2012). Mesleki temel kavramlar [Occupational Basic Concepts]. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler [Basic concepts and skills in health applications]. 6.Baskı, İstanbul, İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, pp: 2- 29.
53. Karanisoğlu H. (1999). Ülkemizde ebelik eğitimindeki gelişmeler [Developments in midwifery education in our country]. Hemşirelik Formu Kadın Doğum Sayısı, Volume: 2, sayı: 3, ss: 85-88.
54. Karaçam Z.,(2016) Profesyonel Bir Disiplin Olarak Ebelik Mesleğinin Durumu: Yasal Düzenlemeler, Eğitim Ve Araştırma. Lokman Hekim Dergisi, 6(3), ss: 128-136.
55. Çankaya, S., Kaynar, B.N., Çöker, G., Alp, M., Döndünur Acar, E., Bayrambey, Z., Yiğit,H.,Akbaş F. (2018)Öğrenci Ebelerin Araştırma Yapma ve Araştırma Sonuçlarını Bakımda Kullanma ile İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. ACU Sağlık Bil Dergisi; 9(2):177-184.
56. Çapık A., Çapık C., Kırbaş, Y. (2018). Araştırma Ebelik Ve Hemşirelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin Bilgi Ve İletişim Teknolojilerine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(3): 163-170.
57. Yüksekdağ BB.(2015). Hemşirelik Eğitiminde Bilgisayar Teknolojisinin Kullanımı. Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi, 1(1): 103-118.
58. Irinoye O, Ayamolowo S, Tijnai OK. (2016). Part-Time Undergraduate Nursing Students' Perception and Attitude to ICT Supports for Distance Education in Nursing in Nigeria. Malaysian Online Journal of Educational Technology, 4(2): 1-21.
59. Umurerwa A. (2016). The State Of E-Learning In Rwanda October. <https://www.threemountains.academy/wp-content/uploads/2016/10/The-State-of-E-learning-in-Rwanda.pdf> Erişim tarihi 24.11.2018.

66 - OSTEOARTRİT TEDAVİSİNDE KULLANILAN TAMAMLAYICI ve BÜTÜNLEŞİK TIP YÖNTEMLERİ

Deniz Zeynep SÖNMEZ

Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Eldivan/Çankırı

Özet

Osteoartrit (OA) yaygın görülen yaşla birlikte görülme sıklığı artan ve kronik bir eklem hastalığıdır. Osteoartrite bağlı olarak ağrı ve fonksiyon kaybı görülmektedir. Tedavinin amacı ağrıyı ve fonksiyon kaybını azaltmaktır. Bu amaçla OA tedavi protokollerinde farmakolojik tedavi ile farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri bir arada kullanılmaktadır.

Osteoartritin kesin bir tedavisinin olmaması; ağrı ve fonksiyon kaybının tam anlamıyla ortadan kaldırılamaması nedeniyle tamamlayıcı ve bütünlük tedavi kullanımının yaygın olduğu görülmektedir. Halk arasında yaygın bir biçimde bu yöntemlerin kullanılıyor olması, günümüzde tamamlayıcı ve bütünlük tıp uygulamalarına ilişkin yapılan araştırmaların da artmasına neden olmaktadır. Literatür taraması yapıldığında OA tedavisinde; aromaterapi, hirudoterapi, bitkisel tedaviler, ayurveda, bazı besin takviyeleri, proloterapi, akupunktur, beden zihin temelli terapiler, mezoterapi, yoga gibi tamamlayıcı ve bütünlük tıp uygulamalarının yer aldığı araştırmaların mevcut olduğu görülmektedir.

Çalışmanın amacı literatür taraması yapılarak ulaşılan OA tedavisinde kullanılan tamamlayıcı ve bütünlük tıp uygulamaları ile ilgili araştırmaların yöntem ve sonuçlarını ortaya koymaktır. Hemşirelerin OA'ya bağlı ağrı ve fonksiyon kısıtlılığının azaltılmasında önemli rolü vardır. Bu rolünü yerine getirirken hastalığa ilişkin her türlü tedavi yöntemini yakından tanınması, etkinliği hakkında bilgi sahibi olması ve hastasını doğru yönlendirmesi gerekmektedir. Etkinliği kanıtlanmış olan tamamlayıcı ve bütünlük tıp uygulamalarının kullanımının yaygınlaşmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Osteoartrit, Hemşirelik, Tamamlayıcı Tıp, Bütünlük Tıp

Complementary And Integrated Medical Methods Used In Osteoarthritis Treatment

Abstract

Osteoarthritis (OA) is a common joint disease with increasing prevalence and chronic joint disease. Pain and function loss due to osteoarthritis is observed. The goal of treatment in osteoarthritis is to reduce pain and loss of function. For this purpose, pharmacological treatment and non-pharmacological treatment methods are used in OA treatment protocols.

The lack of definitive treatment of osteoarthritis; It is observed that the use of complementary and integrated treatment is widespread because of the fact that pain and function loss cannot be completely eliminated. The widespread use of these methods has led to an increase in research on complementary and integrated medical practices. In the literature review of OA; There are studies showing that complementary and integrated medicine applications such as aromatherapy, hirudotherapy, herbal treatments, ayurveda, some nutritional supplements, prolotherapy, acupuncture, body mind-based therapies, mesotherapy, yoga are available.

The aim of this study is to determine the method and results of researches about complementary and integrated medicine applications used in the treatment of OA. Nurses have an important role in decreasing the pain and function limitation due to OA. In performing this role, he / she should be familiar with all kinds of treatment methods related to the disease, have knowledge about his / her effectiveness and direct his / her patient correctly. It is thought that the use of complementary and integrated medical practices with proven efficacy may contribute to the widespread use.

Keywords: Osteoarthritis, Nursing, Complementary Medicine, Integrated Medicine

Giriş

Osteoartrit (OA), eklem kartilajının ilerleyici ve geri dönüşümsüz şekilde kaybının yol açtığı, eklem ağrısı ve disfonksiyonu ile karakterize dejeneratif eklem hastalığıdır (Bodur, 2011). Dünyada en yaygın görülen eklem hastalığı olup, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre erkeklerin % 9.6'sı ve 60 yaş üstü kadınların % 18.0'unda semptomatik OA bulunmaktadır. OA olan hastaların % 80'inin hareket kısıtlılığı vardır ve % 25'i günlük yaşamsal aktivitelerini gerçekleştirememektedir (WHO, 2016). OA'nın en önemli semptomu ağrı ve fonksiyon kaybıdır. Kronik kas iskelet sistemi ağrısının en önemli sebebi olan OA en sık kalça ve diz eklemlerinde görülmektedir (Atalay vd,2013).

Osteoartritte geleneksel medikal tedaviye yeterli yanıt alınmadığı için etkili ve güvenli tedavi yöntemleri arayışına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar OA tedavisinde tamamlayıcı ve bütünlük tıp uygulamaları yaygın olarak kullanıldığını göstermektedir (Durmaz, 2011; Dikici,2015). Tamamlayıcı ve Bütünlük Tıp; Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi tarafından 'henüz konvansiyonel tıbbın bir parçası sayılmayan ancak tıbbın çeşitli alanlarında ve sağlık bakım sisteminde yer alan sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamaları' olarak tanımlanmaktadır (Dikici, 2015).

Literatür incelendiğinde günümüzde OA tedavisinde tamamlayıcı ve bütünlük uygulamalar ile ilgili çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır.

Sorour et al (2014) tarafından yapılan çalışmada bir gruba isometrik egzersiz, diğerine akupresur uygulanmış; diğer gruba müdahalede bulunulmamıştır. Uygulama haftada üç kez üç ay boyunca yapılmıştır. İsoetrikegzersizin sertlik ve fonksiyon kaybına daha etkili olduğu, akupresin ağrıya etkili olduğu bulunmuştur. Benzer bir başka çalışma ise Görüş ve ark (2015) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada 15 hastaya ev egzersizi, 15 hastaya sıcak uygulama 15 hastaya sıcak uygulama sonrası egzersiz uygulaması, 17 hasta ise kontrol grubu olarak araştırmaya alınmıştır. Çalışmada müdahale gruplarının hepsinde kontrol grubuna göre ağrı ve WOMAC ölçek puanlarında azalma olduğu belirtilmiştir. Wang et al (2017) tarafından yapılan çalışmada 12 hafta haftada 2 kez Tai Chi uygulaması yapılmış; diğer gruba 12 hafta, 6 hafta fizik tedavi 6 hafta ev egzersizi programı uygulanmıştır. Hastalara WOMAC ölçeği uygulanmış ve iki grubun da ölçek puanlarının düştüğü gözlenmiştir. Cheung et al (2018) bir gruba yoga, diğer gruba aeorobik ve üçüncü gruba herhangi bir uygulama yapmamıştır. Yoga grubu ile aerobik grubunun WOMAC ölçek puanlarının tekrarlayan ölçümlerde düştüğü gözlenmiştir. Teixeria et al (2017) tarafından yapılan çalışmada ise OA tanısı olan iki hastaya 6 hafta akupunktur uygulaması yapılmış ve sonrasındabu uygulamaların iyileşme düzeyine katkısı olduğu sonucuna varılmıştır. Rakeshbhai et al (2018)'ın yapmış çalışmasında OA tanısı almış olan 58 hasta iki gruba ayrılmış, birinci gruba dört hafta yoga programı, diğer grubaise konvansiyonel fizik tedavi programı uygulanmıştır. Sonuçlar değerlendirildiğinde her iki grup arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı her iki grubun da ölçek puanlarının iyileştiği gözlenmiştir.

Nasiri ve Mahmodi (2017) tarafından yapılmış tek kör randomize bir çalışmada, hastalar üç gruba ayrılmış; bir gruba lavanta yağı ile aromaterapi masajı, diğer gruba badem yağı ile masaj, son gruba ise herhangi bir uygulama yapılmamıştır. WOMAC ölçeği ile birinci haftada hastaların başlangıç

ölçümlerine göre anlamlı bir değişiklik gözlenmiş ancak dördüncü hafta tekrar yapılan ölçümde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Arslan ve ark (2017)'nin yaptığı çalışmada toplam 95 hasta üç gruba ayrılmıştır. Birinci gruba aromaterapi masajı, ikinci gruba konvasiyonel masaj uygulaması, üçüncü grup ise herhangi bir uygulama yapılmayan kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada da aromaterapi masaj grubunun ölçek puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada diz OA hastalarının yorgunluk düzeylerine bakılmıştır. Hastalar üç gruba ayrılmıştır. Her bir grup 31 hastadan oluşmaktadır. Bir gruba lavanta yağı ile aromaterapi masajı, diğer gruba masaj uygulaması, üçüncü grup ise uygulama yapılmayan grup olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda aromaterapi grubunun kontrol grubuna göre yorgunluk skorunun düşük olduğu bulunmuştur (Kabiri et al, 2018).

Haroyan et al (2018)'in çalışmasında ise 201 hasta seçilmiş ve bu hastalara günde 3 kez 12 hafta boyunca bir gruba curcumin diğer gruba boswellic asit ile birlikte curcumin içeren preparatlar oral yolla verilmiştir. Her iki preparatın da etkili olduğu ancak boswellic asit ile curcumin birlikte daha etkin olduğu sonucuna varılmıştır. Wang et al (2018)'in 534 katılımcı ile yaptığı çalışmada Ginkgo Blobal kapsüllerinin OA'ya etkisi incelenmiştir. 272 hastaya 6 ay süresince Ginkgo Blobal kapsülleri verilmiş, 262 hasta ise kontrol grubu olarak seçilmiştir. Müdahale grubundan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve ginkgo blobalin diz ve el OA'sında ağrı ve fonksiyon kısıtlılığını azaltmada etkili olabileceği öne sürülmüştür. Breucker et al (2017)'nin yapmış olduğu çalışmada 31 hastaya curcuma longa ekstresi verilmiştir. Hastaların 0, 6 ve 12 haftalarda ağrı ve yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda hastaların ağrı ve yaşam kalitesi ile ilgili parametre değerlendirmelerinde iyileşme gözlemlendiği belirlenmiştir. Stebbings et al (2017) tarafından yapılmış olan bir başka çalışmada perna canaliculus ekstresinin OA'da etkinliği araştırılmıştır. Randomize kontrollü çift kör bu çalışmada 80 hasta iki gruba ayrılmış ve bir grup katılımcıya perna canaliculus ekstresi verilmiş, diğer gruba verilmemiştir. Uygulama sonunda ağrılardaki azalma açısından anlamlı fark olmamakla beraber, sertlik ve tutukluk açısından müdahale grubunda anlamlı bir iyileşme olduğu gözlenmiştir. Ayrıca uygulama sonrası takiplerde müdahale grubunun parasetamol kullanımında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir.

Sabancı ve ark (2015) tarafından 100 kişilik hasta grubuna, hastalar iki gruba ayrılarak intraartiküler ozon ve prp (platelet rich plasma) uygulaması yapılmış ve hastalarda ağrı ve hareket kısıtlılığında anlamlı iyileşme oranları ortaya koyulmuştur. Doğan ve ark (2016) tarafından 107 hastaya proloterapi uygulanmış, öncesinde ve sonrasında merdiven çıkma, gece ağrı ile uyanma, eklem açıklığının derecesi gibi parametreler değerlendirilmiştir ve bu parametrelerde anlamlı bir iyileşme olduğu belirtilmiştir.

Shakuri et al (2017) tarafından yapılan bir çalışmada ise sülük tükürük ekstresi, 30 gün boyunca hastalara uygulanmış; bir grup müdahale ve diğeri kontrol grubu olarak seçilmiştir. Hastaların ağrı ve fonksiyon kaybının azaldığına dair anlamlı bulgular elde edilmiştir. Bir çalışmada ise diklofenak sodyum ile benjakul ekstresinin etkinliği karşılaştırılmıştır. Çalışma çift kör randomize kontrollüdür. Benjakul ekstresi 38, diklofenak sodyum ise 39 kişilik bir gruba uygulanmıştır. Bu çalışmada semptomların şiddeti çeşitli ölçümlerle değerlendirilmiş ve her iki grubun da uygulamalardan sonra WOMAC skorları anlamlı şekilde düşüş göstermiştir (Rachavat et al, 2017). Kessler et al (2018) tarafından yapılan çalışmada diz OA sı olan hastalara 12 hafta boyunca hastaların yarısına Ayurveda tıbbi diğeri yarısına konvansiyonel tıp uygulanmıştır. Ayurveda tıbbının uygulandığı grupta WOMAC indexi değişiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Chen et al (2018) tarafından yapılan çalışmaya toplam 60 hasta dahil edilmiştir. Hastalar iki gruba ayrılmıştır. Bir gruba 3 ay boyunca oral NSAİ ilaçlar uygulanmış, diğeri gruba mezoterapi uygulanmıştır. Hastalar daha sonra 6 ay boyunca izlenmiştir. Mezoterapi uygulanan hastaların mide şikayetlerinin olmadığı, ayrıca tekrarlayan ağrı şikayetlerinin az olduğu belirtilmiştir. Her iki grubun da laboratuvar bulgularının ve WOMAC skorlarının anlamlı biçimde düzeldiği kaydedilmiştir. Bir çalışmada OA'sı olan iki grup hastadan birinci gruba 8 hafta boyunca günde iki kez mantra meditasyon müziği dinletilmiş diğeri gruba klasik müzik dinletilmiştir. Çalışmanın sonucunda olumlu bulgular elde edilmiştir ancak örneklem sayısının az olması nedeniyle daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (Innes et al, 2018)

Sonuç

Osteoartrit tedavisinde ozon tedavisi, prp, proloterapi, akupresur, mezoterapi, yoga, mantra meditasyonu, sıcak uygulama, aromaterapi, hirudoterapi, ayurveda tıbbı, tai chi, ginko bloba, curcuma longa, benjakul ekstresi, perna canalicus ekstresi gibi tamamlayıcı ve bütünleşik tıp uygulamaları kullanılmakta ve etkinliği araştırılmaktadır. Daha kesin sonuçlar alınabilmesi için ileri çalışmaların yapılması gerekmektedir. Hemşirelerin OA'ya bağlı ağrı ve fonksiyon kısıtlılığının azaltılmasında rolü vardır. Hemşirelerin OA hastasına bakım verirken bu uygulamalara ilişkin bilgi sahibi olmaları hastanın yararınadır. Hastalığa ilişkin her türlü tedavi yöntemini yakından tanınması, etkinliği hakkında bilgi sahibi olması ve hastasını doğru yönlendirmesi önemlidir. Böylece etkinliği kanıtlanmış olan tamamlayıcı ve bütünleşik tıp uygulamalarının doğru bir şekilde kullanımının yaygınlaşmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Arslan DE, Kutlutürkan S, Korkmaz M. (2017). The effect of aromatherapy massage on knee pain
1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

- and functional status in participants with osteoarthritis. *Pain Management Nursing*. 5:1-11.
2. Atalay SG, Alkan BM, AYTEKİN MN. (2013). Osteoartrite güncel yaklaşım. *Ankara Medical Journal*. 13(1): 26-32.
 3. Bodur H. (2011). Dünyada ve Türkiye’de osteoartrite güncel bakış: Epidemiyolojik ve sosyoekonomik boyut. *Turkish Journal of Geriatrics*. (1) :7-14.
 4. Breucker SD, Rouviere H, Melot C, Appelboom T. (2017). Flexofytol® (a belgian curcumin extract)
 5. for the treatment of aged patients with osteoarthritis and comorbidity. *Open Journal of Rheumatology and Autoimmune Diseases*. 7:167-177.
 6. Chen L, Li D, Zhong J, Qui B, Xianglei W. (2018). Therapeutic effectiveness and safety of mesotherapy in patients with osteoarthritis of the knee. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 1-6.
 7. Cheung C, Wyman JF, Bronas U, McCarthy T, Rudser K, Mathiason MA (2017). Managing knee osteoarthritis with yoga or aerobic/strengthening exercise programs in older adults: a pilot randomized controlled trial. *Rheumatol Int*. 37:389-398.
 8. Dikici A, Ulaşlı AM, Çevik H, Eroğlu S, Solak Ö. Dündar Ü. (2013). Dejeneratif osteoartrit tanılı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Euras J. Fam. Med*. 4(3):126-30.
 9. Doğan H, Karaağaç H, Sarpkaya Ü. (2016). Gonartroz vakalarında proloterapi etkin midir? *İntegratif Tıp Dergisi*. 4(1):17-31.
 10. Durmaz B. (2011). Osteoartrite tamamlayıcı tıp yaklaşımlarının yeri. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2011; (Özel Sayı): 83-88.
 11. Haroyan A, Mukuchyan V, Mkrtchyan N, Minasyan N, Gasparyan S, Sargsyan A, et al (2018). Efficacy and safety of curcumin and its combination with boswellic acid in osteoarthritis: a comparative, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 18:7.
 12. Innes KE, Selfe TK, Kandati S, Wen S, Huysmans Z. (2018). Effects of mantra meditation versus music listening on knee pain, function, and related outcomes in older adults with knee osteoarthritis: an exploratory randomized clinical trial (RCT). *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 1-19.
 13. Kabiri F, Hasanpour-Dehkordi A, Dris F (2018). Effects of massage therapy and aromatherapy on fatigue in patients with knee osteoarthritis. *J Herbmed Pharmacol*. 7(3): 141-147.
 14. Kessler CS, Dhiman KS, Kumar A, Ostermann T, Gupta S, Morandi A. (2018). Effectiveness of an Ayurveda treatment approach in knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Osteoarthritis and Cartilage* 26: 620- 630.
 15. Nasiri A, Mahmodi MA (2018). Aromatherapy massage with lavender essential oil and the prevention of disability in ADL in patients with osteoarthritis of the knee: A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 30:116-121.
 16. Rachavat P, Pinsornsak P, Kanokkangsadal P, Itrahat A. (2017). Clinical Efficacy and Safety of Benjakul Remedy Extract for Treating Primary Osteoarthritis of Knee Compared with Diclofenac:

- Double Blind, Randomized Controlled Trial. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 1-9.
17. Rakeshbhai PK, Dhruvaprasad BD, Alagappan TR, Shahanawaz SD. (2018). Effectiveness of yoga asanas over conventional physiotherapy treatment on functional outcomes in patients with knee osteoarthritis. *MOJ Yoga& Physical Therapy*.3(3): 54-57.
 18. Sabancı AÜ, Yıldız L, Akçalı DT, Karamercan A, Karamercan A, Dıraçoğlu D ve ark. (2015). Diz osteoartritli hastalarda intraartiküler ozon ve prp uygulamaları. *İntegratif Tıp Dergisi*. 3(2):31-34.
 19. Görüş S, Taşçı S, Doğan N, Demir H, Kılıç Z. (2015). Diz osteoartritli bireylere uygulanan sıcak uygulama ve ev egzersiz programının ağrı ve fonksiyon düzeyine etkisi. *İntegratif Tıp Dergisi*. 3(2). 72-73.
 20. Sakouri A, Adljouy N, Balkani S, Mohamadi M, Hamishehkar H, Abdolazizadeh J. et al (2017). Effectiveness of topical gel of medical leech (*Hirudo medicinalis*) saliva extract on patients with knee osteoarthritis: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*.1-8.
 21. Stebbing S, Gray A, Schneiders A, Sansom A (2017). A randomized double-blind placebo controlled trial to investigate the effectiveness and safety of a novel greenlipped mussel extract - BioLex® -for managing pain in moderate to severe osteoarthritis of the hip and knee *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 17:416.
 22. Sorour AS, Ayoub AS, Abd El Aziz EM. (2014). Effectiveness of acupressure versus isometric exercise on pain, stiffness, and physical function in knee osteoarthritis female patients. *Journal of Advanced Research*. 5:193-200. Teixeira J, Santos MJ, Matos LC, Machado PJ. (2018). Evaluation of the Effectiveness of Acupuncture in the Treatment of Knee Osteoarthritis: A Case Study. *Medicines* 5:18.
 23. Wang C, Schmid CH, Iversen MD, Harvey WH, Fielding RA, Driban JB at al (2016). Comparative effectiveness of tai chi versus physical therapy for knee osteoarthritis. *An Intern Med*.165(2):77-86.
 24. Wang F, Shi L, Zhang Y, Wang K, Pei F, Zhu H at al (2018). A traditional herbal formula xianlinggubao for pain control and function improvement in patients with knee and hand osteoarthritis: a multicenter, randomized, open-label, controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 1-10.
 25. WEB_1.(2018). World Health Organization. <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/> (20.11.2018)

67 - GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE İRAN'DA EBELİK EĞİTİMİ

Ahdiyeh SAADAT¹, Hafize ÖZTÜRK CAN²

¹Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi,

²Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Bornova/İzmir

Özet

Ebelik eğitimi gayri resmi olarak 1919 yılı İran'ın başkenti Tahran'da başlamıştır ve 1929 yılına kadar devam etmiştir. 1929 yılından beri ebelik okulu Tahran'daki faaliyetlerine resmen başladı. Beş yıllık ilk okulundan mezun olan kızlar ebelik okuluna katılma hakkını kazanıp ve üç yıllık eğitim almaya başlamışlardır. 1970 yılından beri ebelik eğitimi ön lisans düzeyinde Sağlık Bakanlığı ve Kızılay tarafından kurulmuştur. Kültür devriminden sonra 1982 yılından itibaren KONKUR adı verilen ilk katılım sınavından sonra ön lisans düzeyinde ebelik öğrencisi almaya başlamıştır. İlk bağımsız ebelik lisans (önlisans'tan lisans'a giriş hakkı) sınavı 1985 yılında yapılmıştır. Bazı Ebelik ve Hemşirelik Fakülteleri, ebelik eğitimi için dört yıllık lisans düzeyinde ebelik öğrencisi almaya 1987 yılında başlamıştır. İlk bağımsız yüksek lisans sınavı Tarbiyat Modarres Üniversitesinde 1985-1986 yılında yapılmıştır. Yüksek lisans düzeyindeki ebelik eğitimi iki Anabilim dalı, Anne Çocuk Sağlığı Anabilim dalı ve ebelik eğitimi Anabilim dalı olarak başlamıştır. Ebelik bölümünün ilk PhD sınavı Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yapıp ve öğrenci almaya başlamıştır.

Anahtar kelime: ebelik eğitimi, İran'da ebelik, tarihçe

MIDWIFERY EDUCATION IN IRAN FROM PAST TO PRESENT

Abstract

Midwifery education was unofficially started in 1919 in Tehran, Iran's capital and continued until 1929. Since 1929, the midwifery school officially started its activities in Tehran. Girls who graduated from a five-year primary school have the right to attend midwifery school and start to study for three years. Since 1970, midwifery education associate degree has been established by the Ministry of Health and Red Crescent as a associate degree. After the cultural revolution, since 1982, the first national entrance exam for college and universities (KONKOUR) for the course of midwifery as a associate degree. In 1985, the first continuation exam from associated degree to bachelor of science. Starting 1987 some of nursing and midwifery colleges and university had started enrollment student for four years course of independent bachelor in midwifery. In 1985-1986, the first independent master exam was held at the University of Modarres. The master level of midwifery education started in two branches, mother and child health and midwifery education. In 2006, the first PhD exam of the midwifery course was held by the Ministry of Health and started to enroll students.

Keywords: midwifery education, İran midwifery, history

Giriş

Ebelik, sağlık meslekleri içinde tarihi en eski ve işlev yönünden de en önemli olanıdır. Ebelik uygulamaları gebelik, doğum, doğum sonu dönem ve yenidoğan bakımı ile birlikte kadına tüm yaşamı boyunca bakım vermeyi kapsamaktadır (Kaya, 2007).

Ebelik bir meslek olarak doğrudan herhangi bir toplumun üremesinin nicelik ve niteliği üzerinde derin bir etkisi vardır. Ebelik mezunları, çeşitli becerileri, eğitim, danışmanlık ve destek rollerini yerine getirmek için edindikleri becerileri kullanırlar. Bu beceriler, hamile kadınlar, emziren anneler ve çocuklar gibi toplumda değerli gruplara hizmet etmeleri için eşsiz bir fırsat sunmaktadır. Aile, toplumun temel birimi ve insanların büyüme ve gelişiminin ana merkezi olduğundan, kadınlar ve anneler merkezde belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, bu grup için annelerin ve çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıklarına dikkat etmek ve sağlık hizmetleri sunmak, İran İslam Cumhuriyeti'nde yüksek önceliğe sahiptir (Yazdi, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre ebe; gebelik sırasında, doğumda ve doğum sonrası dönemlerde annelere gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak ve yeni doğan bakımını yapmak üzere eğitilmiş kişidir (Kaya, 2007).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'na (The International Confederation of Midwives-ICM) göre ebe; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan, gerekli tavsiyelerde bulunan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yenidoğanın bakımını sağlayan ve kadın ile işbirliği içinde çalışan, güvenilir ve sorumluluk sahibi bir profesyoneldir. ICM ebeyi, sağlık danışmanlığı ve eğitiminde, kadın için değil toplum ve aile için de önemli bir görev alan bir sağlık personeli olarak görür. Bu görev, antenatal eğitim ve ebeveynliğe hazırlanma, cinsellik ve üreme sağlığı ve çocuk bakımını içerir (<http://turkebelerdernegi.org/ebeligin-tarihcesi/>).

İran

"İran (İran İslam Cumhuriyeti)" ya da "Pers" Devleti aynı bölgeyi adlandırmak için kullanılan iki isimdir. İran toprak genişliği açısından, oldukça büyük bir ülkedir. Yüzölçümü, Bir Milyon 645 bin kilometre kareye varmaktadır. Ülkenin egemen dili, Farsi/Farsça'dır. Ancak, Türkçe (Azeri Türkçesi) de yaygın bir dildir. İran'da, İslamiyet'ten önce Zerdüşti dini hakimdi. Ancak bugün, nüfusun %90'ı Müslüman'dır ve Şii Mezhebine mensuptur. Ülkede Ermeni, Süryani, Museviler yaşamaktadır (Nadim, 1996). İran İstatistik Merkez verilerine göre 2018 yılında 81 milyon nüfusua sahip olduğu belirtilmiştir (www.amar.org.ir). İran, Ortadoğu'da yer alan ve dünyanın en eski kültürlerinden birine sahip olan bir ülkedir. Her ne kadar İran'ın adı bugünün dünyasında gelişmekte olan ülkeler arasında geçse de İran, geçmişte eserleri tüm dünyaya yüzyıllarca esin kaynağı olan İbn-i Sina gibi ünlü isimlerin yurdu, aklın ve bilimin merkeziydi (Rezai, 2005).

İran'da Eğitim

İran'da Eğitim Bakanlığı ilk kez 1855'te kuruldu. Fakat, şimdiki eğitim sisteminin esas yapısının temeli, 1897'de kurulan eğitim meclisinin organizasyonunda, Fransa Eğitim Sistemi, model

olarak almaya karar verilmiştir. Fakat Batı Eğitimi, Amerikan okulları aracılığı ile İran'a Fransa eğitiminden daha önce ulaşmıştır. İlk Amerikan Okulu 1836 yılında Rizaye (Urmiye)'de açılmıştır (Nadim, 1996).

Geçmişten Günümüze İran'da Ebelik

Dünyada ilk ebelik okulları 1673'te Fransa'da, 1701'de Almanya'da, 1725'te Londra'da açılmıştır. Osmanlı İmparatorluğunda ise ebelik eğitimi 1869 yılında başlamıştır (Kaya, 2007). Güneydoğu Asya ülkelerinde ebelik eğitiminin süresi ve kalitesi değişmektedir, ebelikle ilgili yasal düzenlemeler ve eğitimcileri yetersizdir. Asya'nın birçok ülkesinde ebelik, hemşirelik programına entegre edilmiş, çok az ülkede ayrı eğitim programları vardır. İran, Kamboçya, Endonezya, Malezya, Filipinler, Sri Lanka, Vietnam gibi Güney Doğu Asya ülkelerinde farklı eğitim süreleri ile birlikte hemşirelikten ayrı kadro ve programlar vardır (Yörük, 2016).

İran'daki ebelik eğitimi tarihinin araştırılmaması ve bilinmemesi, İran tıbbi tarihinin eksiklerinden biridir. Günümüzde ebelikte yüksek eğitim alma anlamını yüzyıl önce İran'da kadınların doğumu ve bebeklerin sağlığı, eğitimsiz Gabileler (ebeler) tarafından sadece tecrübe ve becerilerine dayanarak yaptırılıyordu. Bu durumda anne bebek ölümlerinin büyük bir kısmına sebep olmaktaydı (Karimian, 2017). Dr. Amir Khan Amir Aalam, 1916 yılında kadınlar için özel bir hastane tesis etme gereğini duydu. Doktorların kadınları muayene etme hakkı olmamasından dolayı Fransız Ebe (Madam Dormsen), tarafından bu görev kabul edildi ve bir- kaç yıl hastanenin yönetimi Fransız ebeye verildi. Bu hastanede ilk ebelik koleji açıldı. Hastanenin iki müstakil kısmından birinde anne ve çocuk tedavileri yapılıyordu. Diğer bölümden de kadınların tedavisi için yararlı olan kişiler eğitiliyordu (Malekzade, 2012). Hastane, 1918 yılının başında resmi olarak açıldı ve "Madam Fraskina" Fransız hekimi daha sonra Dr. Pen ve Dr. Serkisiyan gözetiminde hastanede 10 kişiden oluşan Gabilek/Ebelik'te bilimsel beceriye sahip olmak için eğitim alıp Tıp sınıfında oturma düzeyine gelmişlerdi. O dönemin Eğitim Bakanı, **Franko-Persan** kız okulunu **Darulmoallemat** okuluna dönüştürdü. Yani yabancı bir okulun kolej seviyesine yükseltilmesi ve daha sonra bu okulda ebeler eğitilip gereken yerlere gönderiliyordu. Eğitim alan bu 10 kişi, haftada üç gün hastanede Gabilelik eğitimini almaktaydı. Gabilelik okuluna katılma şartı altı yıllık ilk okul diplolması olması ve Fransız dilini bilmesi olarak kabul edildi. O dönemde eğitim alan Gabileler aileler ve toplum tarafından dışlanmaktaydı, ama öğrenciler eğitimlerine devam etmekteydiler. "Darulfunun Tıp" fakülte başkanı tarafından Tıp Sınıfına, Tıp Medrese adı verildi ve kaynakların sağlanması için bu Gabilelik dersini bu tıp okulu programına yerleştirildi bu ve bu şekilde ebeliğe bilimsel yer verildi. Bir yıl sonra (1919 yılında), bir kişi tarafından Gabilelik'te bir dergi tercüme ve telif edildi. Ebelerin Kadın Hastanesi ve Tıp Fakültesinde eğitilmesi için Eğitim Bakanlığı'nda bir komisyon tarafından bu Gabileleri gelenksel Gabilelerden farklı olup olmadığını öğrenmek için gözetim ve denetim altındalardı. Bu insanların çalışmalarını standart düzeyde görüldüğünde resmi Gabilelik sertifikası veriliyordu, bu şekilde ilk ebelerin çalışma rusat belgesi bu döneme aittir (Malekzade, 2012, karimian, 2017).

İran’da Ebelik Enstitüsü 1919 yılında ilk olarak Tahran Kadın Hastanesinde kuruldu. İlk olarak 1929 yılında Gabilelik eğitimi üç yıllık eğitim programı sistemi Tıp Fakültesi'nin şubelerinden biri olarak kuruldu. Gabilelik okuluna katılma şartları altı yıllık ilk-okul mezunu ve Fransızca bilmesiydi. Daha sonra 1930 yılında gabilelik okuluna beş yıllık lise diplomasına sahip olanlar katılabiliyorlardı. Tahran’da 1932 yılında, Gabilelik eğitimi okulundan Diploma almış 18 kişiden oluşan (kızlar ve kadınlar) grup, kadınların refahı ve sağlık hizmetlerini Tahran’da sunmaya başlamışlardı. Tahran Üniversitesi 1934 ve 1936 yıllarında tıp fakültesinin kurulmasından sonra, Kadın Hastanesi ebe enstitüsü ile birlikte Tahran Üniversitesi ile birleşmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Kızılay tarafından 1970 yılından beri ebelik eğitimi ön lisans düzeyinde kuruldu. Kültür Devrimi’nden sonra “KONKUR” adı verilen ilk katılım sınavı 1982 yılından itibaren ön lisans düzeyinde ebelik öğrencisi almaya başlamıştır. 1985 yılında ilk ön lisans’tan lisans’a giriş sınavı yapıldı (Malekzade, 2012) . İran sisteminde, ebelik eğitimi, daha önceki herhangi bir hemşirelik yeterliliği olmaksızın (doğrudan girişle) bir tıp üniversitesinde en az dört yıllık eğitim almaktadır. Son yıllarda, ebelik eğitimini geliştirmek için birçok çaba olmuştur (TorkZahrani, 2008). Lisans eğitimi alan ebelik öğrencileri eğitim dönemi toplam 135 kredi ders almakla yükümlüdür. Genel dersler; 20 kredi ve toplam 391 saat ders (teori ve uygulama), Ebelik lisans alanında temel dersler; 20 kredi ve toplam 398 saat ders (teori ve uygulama), Asıl dersler; 17 kredi ve 371 saat ders (teori ve uygulama), Ebelikte lisans alanında uzmanlık dersleri; 62 kredi ve 1780 saat ders (teori ve uygulama), Sahada stajyapma; 16 kredi ve 1632 saat ders (teori ve uygulama) almakla yükümlüdür (<http://ut.ac.ir/fa>). Lisans eğitimini tamlayan öğrenciler iki yıl mecburi hizmet yapmak zorundadır.

İRANDA EBELERİN ÇALIŞTIĞI ALANLAR

Ebeler hastanelerde (doğum kliniği, Yenidoğan yoğun bakım üniteleri) ve jinekolojik cerrahi servisinde çalışmaktadır. Bu arada ebeler sağlık ocaklarında aile hekimliği ekibinin bir üyesi olarak çalışabilirler. Bir sağlık merkezinde ebelerin temel görevi; Sağlık Bakanlığı Protokolu’na göre gebe kadınların bakımını yapmakta ve altı yaş altındaki çocukların bakımından sorumludur. Ebeler, yasal olarak özel muayenehanelerinde gebelik öncesi, gebelikte, gebelik sonrası dönemde kadınlara hizmet verebilmektedir (<https://nm.umsu.ac.ir>).

DOULA

Sağlık Bakanlığı yönergesine göre: 2007 yılında lisans düzeyindeki ebeler, 60 saat gebelerin, doğum ve ağrıyı azaltma yöntemleri ile ilgili eğitim almakla sorumludur. Bu alanda eğitim alan ebeler her gün ve 24 saat, doğumdan iki saat sonrasına kadar ulaşılabilir halde olması gerekmektedir. Doula, doğumda herhangi bir müdahale hakkı yoktur sadece fiziksel, ruhsal ve psikolojik açıdan anneye destek verebilmektedir. Doğum sonrası anneye, bebek bakımı ve emzirme ile ilgili destekte bulunabilmektedir (<http://behdasht.gov.ir>)

Ebelikte Yüksek lisans

İlk yüksek lisans sınavı 1985-1986 yıllarında “Tarbiyat Modarres Üniversitesi”nde yapıldı. Ebelik bölümünde yüksek lisans programı üç farklı bilim dallarında “danışmanlık, Adli tıp ve Yönetim” yapılmaktadır. Öğrencinin eğitim alma süreci en az 2 yıl ve en fazla 3 yıl özellikle tezli olarak programdan sorumludur. Yüksek lisans eğitimi alan ebelik öğrencileri eğitim dönemi toplam 52 kredi ders almaktadır. Genel dersler; 16 kredi ve toplam 289 saat ders (teori ve uygulama), Ebelik eğitimi alanında uzmanlık dersleri; 14 kredi ve toplam 493 saat ders (teori ve uygulama), Anne ve bebek sağlığı alanında uzmanlık dersleri; 14 kredi ve 422 saat ders (teori ve uygulama), Araştırma dersleri; 8 kredi ve 34 saat ders (teori ve uygulama) almaktadır (<http://ut.ac.ir/fa>).

Ebelikte Doktora Programı:

Ebelikte ilk doktora sınavı 2006 yılında “Üreme Sağlığı” branşında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmıştır ve İran’ın “Tahran Üniversitesi, Shahid Beheshti Üniversitesi ve İsfahan Üniversiteleri eğitim vermeye başlamıştır. Ders aşaması dört yarı yıldan oluşmaktadır, İkinci aşama, yeterlilik sınavıdır ve en son ise tez aşamasıdır. Öğrenci doktora döneminde en az üç adet uluslararası yayın çalışması yapmakla zorunludur (AbdiShahshahani, 2014). Üreme Sağlığı dalında Doktora programı dersleri toplam 50 krediden oluşmaktadır. Zorunlu dersler 20 kredi, seçmeli dersler 6 kredi ve tez çalışması 24 krediden ibarettir. Üreme Sağlığında Doktora döneminin Eksik yada Telafi dersleri;14 kredi ve 298 saat (teori ve uygulama), Zorunlu dersler; 20 kredi ve 356 saat (teori ve uygulama), Seçmeli dersler; 22 kredi ve 34 saat uygulanmaktadır (<http://ut.ac.ir/fa>).

Ebelikte Yüksek Lisans Derecesi ile Farklı Bilim Dallarında Doktora Programları

Ebelikte yüksek-lisans mezunları “Fizyoloji, Tıp Eğitimi, Üreme Sağlığı, Yaşlılık tanımı, Üreme Biyolojisi, Tıp Bilişimi (Medical Informatics), Epidemiyoloji, Konuşma terapi, Sağlık ve Toplum Refahı, Acil durumlarda ve Afetlerde Sağlık” bilim dallarında doktora yapabilmektedir(<https://midwifery.mums.ac.ir/index.php/fa/guideline>).

Ebelikte Doktora Programı Olan Üniversiteler

Ebelikte doktora programı, “Tahran, Tabriz, İsfahan, Shiraz, Mashhad, Ahvaz, Ghilan, Shahid Beheshti veKordestan” Üniversitelerinde yapılmaktadır (<http://nm.sbm.ac.ir>).

SONUÇ

Ebelik eğitimi ülkelerin eğitim sistemi, sağlık sistemi ve gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermektedir.Kaliteli ebelik hizmeti sunabilmek toplumsal bir görevdir. Kaliteli hizmetin sunulmasında temel ölçüt iyi yetişmiş insan gücüdür. Ebelik eğitimi, hedefleri ve sınırları ülkenin ihtiyacına göre düzenlenmiş eğitimprogramları ile nitelikli eğitimciler tarafından ve yeterli uygulama alanına sahip eğitim kurumlarında verilmelidir.İranda ebelik eğitiminde geline nokta, gelişimin devam

ettiği ve hergeçen gün daha da ilerleyeceği yönündedir.

KAYNAKLAR

1. AbdiShahshahani, M., Ehsanpour, S., Yamani, N., & Kohan, S. (2014). The evaluation of reproductive health PhDprogram in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(6), 620–628.
2. Karimian, B. (2017). Foundation of midwifery schools as the first step in the midwifery education in Iran (1916-1928). *Sarem Journal of Reproductive Medicine*, 2(3), 111-119
3. Kaya, D., & Yurdakul, M. (2007). Türkiye’de ve Dünyada Ebelik Eğitimi, Midwifery Education In Turkey AndIn The World. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 23(2), 233-241.
4. Nadim, P. (1996). İran eğitim sistemi. *Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, (8), 153 –165.Rezai, A., Beigi, B., Jamal, A. & Büyükkurt, S. (2005). İran’da doğum sonu kanama. (51), 416-419.
5. TorkZahrani, S. (2008). Childbirth education in ıran. *Journal of Perinatal Education*, 17(3), 51–54. doi: 10.1624/105812408X329601.
6. Yazdi, L., Ahmady, S., Hosseini, M.,& Mirmoghtadaie, Z. (2016). Explaining the challenges of midwifery profession from the perspective of Iran midwifery society: A qualitative study. *Journal of Advances in Medical Education (JAMED)*, 1(2),50-57.
7. Yörük, S. (2016). Dünya’da ebelik eğitimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 46-50
8. <http://turkebelerdernegi.org/ebeligin-tarihcesi/> Erişim tarihi:17.10.2018
9. www.amar.org.ir Erişim tarihi:17.10.2018
10. <http://ut.ac.ir/fa> Erişim tarihi:17.10.2018
11. <https://nm.umsu.ac.ir> Erişim tarihi:17.10.2018
12. <http://behdasht.gov.ir> Erişim tarihi:17.10.2018
13. <https://midwifery.mums.ac.ir/index.php/fa/guideline> Erişim tarihi:17.10.2018
14. <http://nm.sbm.ac.ir> Erişim tarihi:17.10.2018

68 - BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERDE EBELİK VE EBELİK EĞİTİMİ

Serpil Gürol (Doktora öğrencisi)*, Esin Çeber Turfan (Öğretim üyesi, Profesör)**

*İzmir Torbalı Toplum Sağlığı Merkezi

Torbalı/İZMİR-E-mail:

serpilozkul83@hotmail.com

** Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı Bornova/İZMİR E-mail:

esin.ceber@ege.edu.tr

ÖZET

Ebelik hem geleneksel hem de gelişen bir meslek olarak eğitimde ve çalışma alanında ülkeler arasında farklılıklar göstermekte olan en eski mesleklerden biridir. Bu makalede Avrupadaki farklı ülkelerde ebelik eğitimine ilişkin bilgiler yer almıştır. Amaç bu örneklerden yola çıkarak ülkemizde eğitime katkısı olabilecek uygulamaları tanımdır. Almanya'da ebelerin çoğunluğu hastanede çalışmaktadır. Evde doğum oranı % 1 civarındadır. Temel ebelik eğitimi üç yıllık doğrudan mesleki giriş programıdır. Yüksek lisans ve doktora eğitimi mevcuttur. Avusturya'da tüm doğumların %98.5'inden fazlası hastanelerde yapılmakta ve ebelerin yarısı hem hastanede hem de toplumda çalışmaktadır. Ebe yardımı olmadan doğum yapmak yasalar tarafından yasaklanmıştır. İsviçre'de çoğu ebe, kamu ve özel hastanelerde çalışmaktadır. Ebelik eğitimi Almanyada olduğu gibi geleneksel olarak üç yıllık doğrudan bir giriş programı ile yapılmaktadır. Hollanda'da çoğu ebe, kariyerine vekil ebe olarak başlamaktadır. Vekil ebelik, birinci basamakta topluma dayalı hizmet veren ebe ofisinde yapılır. Ebelerin %77'si, bağımsız ebe olarak çalışmakta, %23'ü hastanede çalışmaktadır. Hollanda'da ebelik eğitimi dört yıllık yüksekokul düzeyindedir. Norveç'de düşük risk grubundaki gebeler ebeler tarafından yüksek risk grubunda bulunan gebeler ise doktor ile birlikte takip edilmektedir. Yaklaşık 2.700 ebesi olan ülkede eğitim, master seviyesinde hemşirelik sonrası iki yıldır. Finlandiya'da doğumlar yalnızca hastanede yapıldığı için birinci basamakta çalışan ebeler doğumları yürütmemektedir. Kayıtlı ebelerin yaklaşık 25'i erkektir. Ebelik üç yıllık hemşirelik eğitiminden sonra 1,5 yıl süren bir eğitimidir. İzlanda'da doğumlar çoğunlukla hastanede gerçekleşmektedir. Evde doğumlarda hastaneden 20 km uzaklıktan fazla olmaması ve mutlaka doğumda iki ebe olması ve hastaneye bildirilmesi gerekmektedir. Hemşirelik alanında dört yıl, ek olarak ebelik bölümünde iki yıllık klinik yüksek lisans düzeyinde eğitime sahiptir. Amerika'da ebelik ve ebe-hemşirelik olarak 2 farklı uygulama vardır. Doğrudan giriş ile 3-4 yıllık ebelik lisans programından mezun olanlar ebe unvanı alırlar. Ebeler; hastane dışında, serbest ya da özel kliniklerde uzman olarak çalışmaktadırlar.

Sonuç olarak inceleme kapsamına alınan gelişmiş ülkelerde ebelik eğitiminin farklılıkları olsada ülkelerin hemen hemen hepsinde lise sonrası yüksek eğitim ile ebelik mesleği için yetkin hale geldiği ve ebelerin ülke koşulları kapsamında istihdam edildiği söylenebilir.

Midwifery And Midwifery Education In Some Developed Countries

Midwifery, as both a traditional and a developing profession, is one of the ancient occupations that differ between countries in the field of education and work. In this article data related to midwifery education in different European countries take place. Our aim is to recognize applications that may contribute to the education in our country. In Germany most of the midwives work in hospitals. Home delivery rate is about 1 %. The basic midwifery education is a three-year direct entrance program into occupation. Postgraduate and doctorate education is available. In Australia more than 98.5 % of all deliveries are performed in hospitals and half of midwives work both in hospitals and in community. To give birth to a child without a midwife's has been forbidden by laws. Majority of midwives in Switzerland works in public and private hospitals. Midwifery education, as it is in Germany, is traditionally carried out through a three-year direct entrance program. Most of midwives in Holland start their career as deputy (assistant) midwives. Deputy midwifery is carried out in midwifery offices in primary care that provide community-based services. 77 % of midwives are working independently and 23 % of them are working in hospitals.

Midwifery education in Holland is at the level of four-year undergraduate education. In Norway, pregnant women in low-risk group are followed by midwives and those in high-risk group are followed by doctors. In a country possessing about 2.700 midwives midwifery education is two years after master level of nursing. In Finland, since deliveries are made only in hospitals, midwives working in primary health services cannot perform childbirths. Approximately 25 % of registered midwives are males. Midwifery education takes 1.5 year after three-year nursing education. In Iceland, childbirths are generally carried out in hospitals. For home deliveries, the location of the house should not be away from hospital more than 20 km, two midwives must certainly be present at the childbirth and it should be reported to hospital.

In America there are two different applications as midwifery and midwifery-nursing. Those who complete 3-4 year undergraduate midwifery program with direct entrance get the title of midwife. Midwives are working out of hospital as specialists in private clinics or as freelance.

Midwifery occupation and education differ according to countries' education system, health system and level of development. Therefore, in order to improve midwifery the quality of midwifery education should be enhanced qualitatively and quantitatively.

Consequently, even though midwifery education demonstrates differences in developed countries included in the scope of study, it can be said that in almost all of the countries, midwifery occupation has become competent through post-high school higher education and the midwives are employed in the scope of domestic conditions.

Giriş

Ebelik hem geleneksel, hem de her geçen gün bilimsel yükünün artmasıyla gelişen bir meslektir. Ebelik eğitiminde ve çalışma alanında ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir. Bazı ülkelerde ebelik eğitimi hala lise düzeyinde verilirken, birçok ülkede ise en az üniversite düzeyindedir. Dünyada ebelik eğitimi incelendiğinde ülkeler arasında pek çok farklılıklar görülmektedir. Ebelik eğitiminde Avrupa Birliğine (AB) üye ülkeler arasında eğitim için standartları sağlayan düzenlemeler yapılmıştır (Yörük, 2016). Günümüzde Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde Avrupa Birliği'nin direktifleri doğrultusunda "ebe" olabilmek için üç ayrı yol önerilmektedir:

1. En az 10 yıllık temel eğitim (lise eğitimi) üzerine teori ve uygulama dâhil en az 3 yıllık tam zamanlı ebeliköğretimi
2. AB direktifleri ile uyumlu hemşirelik eğitimi üzerine teori ve uygulama dahil en az iki yıllık ya da 3600 saatliktam zamanlı ebelik öğretimi
3. AB direktifleri ile uyumlu hemşirelik eğitimi ve konu alanı ile ilgili sertifikalı olarak bir yıllık mesleki uygulama üzerine teori ve uygulama dahil en az 18 aylık ya da 3000 saatlik tam zamanlı ebelik öğretimi (Yılmaz, 2017).

AMAÇ: Bu derlemede Avrupa'daki farklı ülkelerde ebelik mesleği ve ebelik eğitimine ilişkin örnekleri paylaşmak ve bu örneklerden yola çıkarak ülkemizde ebelik eğitimine katkısı olabilecek uygulamaları tanıtmaktır.

Günümüzde ebeler, doğum hizmetlerinde birincil bakım sağlayan sağlık çalışanları olarak kabul edilmektedir. Avustralya, Yeni Zelanda, Hollanda, İngiltere ve İrlanda gibi ülkelerde gebelik, doğum ve doğum sonu hizmetler, ebeler liderliğinde kesintisiz olarak yürütülmektedir (Okumuş, 2016). Bakımın ebeler liderliğinde yürütüldüğü ülkelerde gebeliğin başlangıcından postnatal dönemin sonuna kadar anne ve yenidoğan bakım hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi ve sunulmasına ebeler liderlik etmektedir. Yapılan çalışmalarda, ebeler liderliğinde yürütülen anne bakım hizmetlerinde daha az ağrı kesici kullanıldığı, spontan doğum oranlarının arttığı, kadınların doğumda kontrol hissinin ve memnuniyetin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Lachlan, 2015).

Aşağıda ebelik mesleğinin görece olumlu koşullarda uygulandığı bazı gelişmiş ülkelerdeki ebelik uygulamaları ve ebelik eğitimine ilişkin örnekler yer almıştır.

ALMANYA

Almanya'da Ebelik Eğitimi:

Almanya'da 2008 yılına kadar tüm ebeler (genel eğitimini orta öğretim düzeyinde tamamladıktan

sonra), hastaneye bağı okullarda üç yıllık eğitim almıştır. Devlet tarafından yapılan sınavları geçtikten sonra ebelik diploması alma hakkı kazanmışlardır. Günümüzde Almanya'da ebelik eğitiminin, Avrupa birliği mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ile ebelik eğitime giriş koşulları kapsamında 12 yıllık temel eğitimin olması ön görülmektedir (Lohman ve ark., 2018). Temel ebelik eğitimi, 50'den fazla kurumda sunulan mesleki üç yıllık doğrudan giriş programından oluşmaktadır. Ebeler için 2009'dan bu yana Alman parlamentosu tarafından, Uygulamalı Bilimler Üniversitesinde (UAS) dört yıllık lisans programı sunulmaktadır. UAS, 1970'lerin başlarında ortaya çıkan bir yükseköğrenim kurumudur ve geleneksel üniversitelerden farklı olarak, uygulama ve araştırma odaklıdır. Uygulamalı Bilimler Üniversitesinde (UAS) lisans eğitiminin yanı sıra yüksek lisans dereceleri verilmekte olup doktora dereceleri ise sadece geleneksel üniversitelerle ortaklıklar kurularak verilmektedir (Luyben ve ark., 2013).

Almanya'da Ebelik Mesleği:

Günümüzde Almanya'daki ebelik çalışmaları 1985'te kabul edilen Ebelik Yasası tarafından düzenlenmektedir ve bu yasa özellikle her doğumda annenin yanında bir ebenin bulunmasının zorunlu olduğunu vurgulamaktadır (Luyben ve ark., 2013). Ebeler, gerekli eğitim ve niteliklere sahip olmaları koşuluyla, alternatif tedaviler (örneğin akupunktur, homeopati), bağlanma için özel duygusal destek ya da yas gibi konularda ücretsiz danışmanlık hizmeti sunma hakkına sahiptir. Bu hizmetler, hem ücretli bir ebe (% 47.6) hem hastanede hem de bağımsız çalışan ebeler tarafından da (% 34,7) sunulmaktadır (Mattern ve ark., 2017). Almanya'da ebelerin çoğu kamuda, bir kısmı da özel hastanelerde çalışmakta olup evde doğum oranı % 1 civarındadır (Emons ve Luiten 2001). Tahmini 21.000 ebe yılda yaklaşık 700 bin bebek sahibi olan anneye bakım vermektedir (Mattern ve ark., 2017). Almanya'da kadınlar gebelik, doğum, doğum sonu dönemde özel sağlık sigorta şirketleri tarafından karşılanan ebelik bakımı konusunda yasal olarak hak sahibidirler (SGB, 2017). Bütün kadınlar kendi ebelerini seçmekte özgürdürler; ayrıca kadınlar ev ziyareti hizmetlerini sunabilecek bir ebe ile iletişime geçerek ebelik bakımı alabilmektedirler. Ebelik kanunu gereğince, anne adayları antenatal dönemde standart olarak 10-12 arasında doğum öncesi izlem alma hakkına sahiptir. Bununla birlikte, kadınlar gebe olduklarından şüphelendiklerinde doğum uzmanından randevu alarak en az üç ultrason taraması da dahil olmak üzere doğum öncesi (tıbbi) bakımdan yararlanmaktadırlar (Mattern ve ark., 2017).

Mezun olan ebeler devlet tarafından yapılan sınavları geçtikten sonra, sağlık sisteminin herhangi bir alanında ebe olarak çalışma izni almaktadır. Serbest çalışmak isteyen ebelerin (Caseload midwife) bölgedeki sağlık makamlarına çalışma isteklerini bildirmeleri gerekmektedir (Lohman ve ark., 2018). Almanya'da ister düşük riskli olsun ister yüksek riskli olsun her gebe serbest çalışan bir ebeye başvurabilmektedir. Caseload midwife olarak bilinen bu ebeler annelik bakımı konusunda sürekli bir bakım hizmeti sunarlar (Australian Institute of Health and Welfare, 2015). Belirli bir hastaneyle sözleşmesi olan serbest çalışan ebeler ise, doğum yapan kadınlara, hastanede ve evde doğum sonrası 8 haftaya kadar bakım hizmeti verebilir (Mattern ve ark., 2017). Almanya'daki serbest çalışan ebeler,

doğum uzmanlarından veya tıp doktorlarından bağımsız olarak çalışma hakkına sahiptir. Serbest çalışan ebeler genellikle doğum sonrası dönemde kendi evlerinde sağlıklı kadınlara bakım hizmeti vermektedirler (Lohman ve ark., 2018). Doğum sonrası hastaneden taburcu edildikten sonra doğum sonrası bakım için anneler en fazla 36 ev ziyaretine ve 12 haftaya kadar telefon görüşme hakkına sahiptirler. Preterm doğum ve / veya emzirme sorunları gibi durumlarda doğum uzmanları veya çocuk doktorları anne ve bebeğin daha fazla ebelik desteği almalarını önermektedir (Mattern ve ark., 2017).

AVUSTURYA

Avusturya'da Ebelik Eğitimi

Avusturya'da ebelik eğitimi Avrupa Birliği Direktifleri ile uyumludur. Ebelik eğitimine kabul edilmek için, öğrencilerin üniversite giriş yeterliliğine ihtiyaçları vardır. Ebelik eğitiminin süresi üç yıldır. Öğrencilerin 3250 saatlik uygulama eğitimi ve 1530 saat teorik ve teknik eğitimi tamamlamaları gerekmektedir (Emons ve Luiten 2001).

Avusturya'da Ebelik Mesleği

Ebelik Mesleği Ulusal Yasası (Bundesgesetz über den Hebammenberuf, 1994), Avusturya'da ebelik uygulamalarının temelini oluşturmaktadır (Luyben ve ark., 2013). Avusturya'da yasa gereği ebenin her zaman doğumda bulunması gerekmektedir. Kadının yanında ebesi olmadan doğum yapması yasalarca yasaklanmıştır. Avusturyalı kadınlar antenatal ve postnatal dönemde bakım veren sağlık profesyonellerini seçmekte özgür olmasına rağmen, Kadınların % 98'i Mutter-Kind-Pass tavsiyelerini içeren bir kitapçığı takip etmektedir. Bu kitapçık gebelik sırasında tüm muayenelerin bir doktor tarafından yapılmasını tavsiye eder. Bu nedenle çoğu kadın birincil bakım hizmeti sağlayan kişi olarak bir jinekolog tercih eder. Avusturya'da hemen hemen tüm doğumlar hastanede gerçekleşmektedir. Bu durum kadınların gebelik takibi ve doğumlarında jinekoloğu tercih etmelerinin bir sonucu olarak görülmektedir (Emons ve Luiten 2001). Avusturya'da tüm doğumların % 98.5'inden fazlası hastanelerde yapılmakta olup, ebelerin çoğu hastanelerde çalışmaktadır. Ebelerin ancak %15'i toplum ebesi olarak görev yapmaktadır. Ebelerin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde iş bölümü farklılıklar göstermektedir. Gebelikte ebelerin rolleri gebeliğin son haftalarında doğum eğitimi ve hastane bazlı antenatal bakım merkezlidir (Luyben ve ark., 2013; Aytaç ve ark., 2014).

Çalışan ebeler için maaşlar, işveren örgütleri ve sendikalar arasındaki sözleşmelerle belirlenmektedir. Ebelere maaş karşılığında ya da hizmet karşılığında ücret ödenmektedir. Bağımsız ebeler "umbrella organisation" denilen bir kuruluşla sözleşme yapabilmektedir. Bu durumda ebeler sosyal sigorta kuruluşları tarafından ya da sözleşmesi olmaması halinde ücretlerini kendileri belirleyebilmektedir. Ödenen ücretin % 80'ini sosyal sigorta kuruluşları hizmet alan kişilere geri ödemektedir (Emons ve Luiten 2001).

İSVİÇRE

İsviçre’de Ebelik Eğitimi

Ebelik eğitimi Avusturya’da olduğu gibi İsviçre’de de üç yıllık doğrudan bir giriş programı kapsamında yürütülmektedir. Ayrıca, iki yıllık hemşirelik eğitimi sonrası devam edilen ebelik programı seçeneği de sunulmaktadır (Luyben ve ark., 2013; Aytaç ve ark., 2014).

İsviçre’de Ebelik Mesleği

İsviçre’de ebeler kamu veya özel hastanelerde çalışmaktadır. Bazı ebeler “özel ebe” olarak çalışmakta olup hastanelerde doğum da dahil olmak üzere gebeliğin başlangıcından postnatal sürecin sonuna kadar annelere ebelik bakımını uygulamaktadır. İsviçre’de kadınlarının sadece %1’i evde doğum yapmakta ve %1.5’lik kısım (1200 kadın) ise ülkede bulunan 21 doğum merkezinden birinde doğum yapmaktadır (Aytaç ve ark., 2014).

HOLLANDA

Hollanda’da Ebelik Eğitimi

Ebelik için yükseköğrenim şartı bulunmaktadır. Ebelik eğitimine müracaat etmek için lisede fen branşında eğitim almış olmak şartı aranmaktadır. Ebelik bölümü için başvuran öğrenciler, en iyi adayların seçildiği geniş bir değerlendirmeden geçmektedir. Adaylar, yazılı müracaattan sonra kura çekilişi ve ardından mülakat için davet edilmektedir. Mülakattan sonra başvuru yapan öğrencinin neden ebe olmak istediğine dair bir başvuru mektubu yazması istenmektedir. Başvuru mektubu yeterli bulunanlar ebelik bölümüne kabul edilmektedir (Okumuş,2016). Hollanda’da ebelik eğitimi doğrudan bir giriş programı içermektedir, bu program 1993 yılında üç yıllıktan dört yıllığa dönüştürülmüştür. Bu program lisans düzeyinde eğitim vermekte, ebeleri bağımsız uygulama yapabilecek düzeye getirmekte ve araştırma nitelikleri kazandırmaktadır (Aytaç ve ark., 2014). Toplamda iki yıl teorik eğitim verilmektedir. Öğrenci uygulamaları bir yıl birinci basamakta, bir yıl da ikinci ve üçüncü basamakta staj yapmak şeklindedir. Öğrencilerin staj yaptıkları yerlerde çalışan ebeler, öğrencilerin eğitiminden birebir sorumludur. Öğrenciler öncelikle birinci basamakta bağımsız ebe olmak üzere eğitilmektedir. Hollanda’da Amsterdam, Rotterdam ve Maastricht olmak üzere üç şehirde ebelik okulu bulunmaktadır (Knov 2015). Hollanda’da ebelik eğitimi dört yıllık yüksekokul düzeyindedir. Eğitimin üniversite düzeyine (Türkiye’ye göre fakülte düzeyi) yükseltilmesi için ebe akademisyenlerin ve ebelik örgütlerin ortak çalışmaları devam etmektedir. Ayrıca bu ülkelerde akademik alanda çalışan ebe akademisyenler, ebelerin çalışma alanları ile ilgili bilimsel araştırmalar yaparak ülkede ebelik bakımına katkı sağlamaktadır. Hollanda’da ebelik bölümü öğrencileri okulu tamamladıktan sonra hangi alanda çalışacaklarına kendileri karar vermektedir (Okumuş,2016).

Hollanda’da Ebelik Mesleği

Hollanda’daki ebelerin yetkinlikleri, 1865 yılında *Tıp Uygulamaları Kanunu* ve 1993 yılında çıkarılan *Bireysel Sağlık Hizmetleri Meslekler Yasası* tarafından düzenlenmiştir. Hollanda diğer ülkelerden farklı olarak, oldukça gelişmiş birinci basamak sağlık hizmeti sunumuna sahiptir (Yılmaz ve Aksoy,

2017). Bir kadın gebe olduğunu öğrendiğinde, aile hekimine başvurmadan kendisine en yakın ebe ofisine giderek gebelik kaydını yaptırabilmektedir. Hollanda kadınların evde doğum yapmak konusunda özgür oldukları tek Batı Avrupa ülkesidir. Hollanda'da birinci basamakta ebeler, bağımsız çalışan profesyonel bir meslek grubudur. Ebeler, sağlıklı gebeliği olan (düşük riskli) kadınlar için gebelik, doğum ve doğum sonrası sekiz hafta boyunca bakım sağlamaktadır. Ayrıca sağlıklı gebeliklerde ebeler eylem ve kararlarında özerktir (Okumuş, 2016). Çoğu ebe, kariyerine vekil ebe olarak başlamaktadır. Vekil ebelik, birinci basamakta topluma dayalı hizmet veren ebe ofisinde yapılmaktadır. Daha sonra ebeler klinik ebeliği için ikinci basamağa geçilebilmekte veya birinci basamakta çalışmaya devam edilebilmektedir. Ebelerin birinci basamakta çeşitli kariyer değişiklikleri yapması da mümkündür. Örneğin ebeler ultrason operatörü, prenatal tarama görevlisi veya prekonsepsiyonel danışman gibi görevlerde de çalışabilmektedirler (Warmelink ve ark., 2015). Hollanda'da ebelik, toplum ebeliği uygulamasına dayandırılmaktadır. Tüm gebelerin % 80'i, birinci basamakta doğum öncesi bakım almaya başlamaktadır. Ebelerin çoğu (% 77) bağımsız olarak çalışmakta ve evde doğum hizmeti sunmakta, % 23'ü de hastanelerde çalışmaktadır. Evdeki doğum oranları 1953 yılında % 78 iken, 2009 yılında % 25'e düşmüştür. Son on yıl boyunca Hollanda'daki ebe sayısı % 60 artmıştır. 2009 yılında, Hollanda'da çalışan kayıtlı ebe sayısı 2444'tür (Luyben ve ark., 2013; Knov, 2015). Ebelerin ücretleri yıllık olarak Hollanda sağlık bakım yetkilileri tarafından belirlenmektedir. Hollanda'da bağımsız çalışan bir ebenin mali mesuliyet sigortası yaptırması zorunludur; sigorta bedeli yılda 500 ile 2.500 euro arasındadır (Knov, 2015).

BELÇİKA

Belçika'da Ebelik Eğitimi

Belçika'da ebelik eğitimi liseden sonra lisans derecesinde üç yıllık eğitime doğrudan giriş şeklindedir (Beeckman and Reyns., 2016). Ülkede biri Flanders (Kuzey Hollanda Dili Konuşan Bölge) diğeri Wallonia'da bulunan (Güney Fransızca konuşan Bölge) kendi bölgelerindeki ebelik eğitiminden sorumlu olan iki Yüksek Öğretim Bakanı vardır. İki farklı yönetim nedeniyle, ebeler Flanders'da üç yıllık, Wallonia'da dört yıllık bir lisans eğitimi almaktadır. Belçika'da Flanders bölgesinde, dokuz enstitüde 12 ebelik okulu bulunmaktadır. Temel Ebelik Uygulaması için ebelik eğitimini çerçevesi Avrupa Direktifleri, Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM) ve Belçika mesleki mevzuatı ve yetkinlikleri doğrultusunda belirlenmiştir (Embo ve Valcke, 2016).

Belçika'da Ebelik Mesleği

Belçika'da ebeler tüm doğumların % 2-3'ünü yapmaktadır. Bağımsız çalışan ebeler ve pratisyen hekimler doğum yaptırmak için hastanelere sınırlı erişime sahiptir. Bağımsız çalışan ebelerin hastanelerde doğum yaptırmaları çok nadir görülmektedir. Bağımsız ebeler sadece birkaç hastanede doğumlara girebilmektedir. Belçika'da yaklaşık 10,000 ebe ve 99 doğum evi mevcuttur. Kadınların % 70'i epidural anestezi ile doğum yapmaktadır. Yılda sadece 600 doğum kadınların kendi evlerinde gerçekleşmektedir (% 1). Geri kalanlar hastanede gerçekleşmektedir (Emons ve Luiten 2001).

Belçika'da 2006'dan beri *Ebelik Kanunu* vardır ve ebeler sigortalıdırlar. Ayrıca, ebeler ultrason taraması, doğurganlık döneminde genetik ve onkolojik danışmanlık gibi uzmanlaşmış pozisyonlarda da görev almaktadır. Belçika'da 2008'den beri Flaman, Fransız ve Valon derneklerinin oluşturduğu Belçikalı Ebeler Derneği (BMA) ebelik alanında bilimsel araştırmaları teşvik etmektedir. Ebelere 2014 yılından bu yana ilaç reçete edebilme yetkisi de verilmiştir. Bunun yanında ebelerin bağımsız olmasına ve sosyal statülerinin gelişmesine katkıda bulunulmuş; ebelerin sağlık alanında konumunu ve toplumdaki rolü yükseltmiştir (Beeckman and Reys.,2016).

NORVEÇ

Norveç'te Ebelik Eğitimi

Norveç'te 1952 yılında ebelik eğitimine kabul edilmek için hemşirelik mezunu olmak zorunluluk haline geldi (Jordmorutdanning, 2008). Hemşirelik eğitimi sonrası ebelik eğitiminin süresi 1.5 yıl iken 1969'da eğitime bir akademik dönem daha eklenerek eğitimin süresi 2 yıla uzatıldı. Ebelik eğitimi üniversitedeki ilk bir yıl, % 40 teori ve % 60 uygulama şeklinde, ikinci yıl ise % 100 uygulamadan oluşmaktadır. Ebelik eğitimi 2004 yılında hemşirelik eğitimi sonrası iki yıllık tam zamanlı eğitim olmuş ve zorunlu staj yılı mezuniyet kriterlerinden kaldırılmıştır.

O zamandan beri, ebe olarak mezun olmak, % 50 klinik uygulama ve % 50 teorik eğitimden oluşan iki yıllık tam zamanlı bir akademik eğitimin başarılı bir şekilde tamamlanmasına bağlıdır. 2004 yılında ebelik eğitiminin içeriğinden staj yılının çıkarılması ebelik eğitiminde teoriğe odaklanmanın artması, ebelerin (yetkinlik) yetkin ve emin uygulayıcılar olması konusunda endişe yaratmaktadır (Lukasse ve ark., 2017). Avrupa'daki yükseköğretimin uyumlaştırılması Bologna süreci, aynı zamanda hemşirelikte ortak bir yapı ve yeterlilik çerçevesinin uygulanmasına da yol açmıştır. Ebelik zaten hemşirelik mezuniyeti sonrasında iki yıllık bir lisansüstü eğitimi olduğundan, ebelik okullarından biri, lisansüstü eğitimini ebelik alanında yüksek lisans derecesine dönüştürmeye başlamıştır (Davies, 2008). Norveç 'de toplam beş ebelik eğitimi programı vardır. 2012'den bu yana, bunlardan üçü ebelik eğitimini lisans düzeyinden yüksek lisans düzeyine yükseltmiştir. Lukasse ve ark., yaptıkları bir çalışmada hemşirelik sonrası ebelik eğitiminin (mevcut eğitim sisteminin), ebelik alanında oluşabilecek komplikasyonları ve acil durumları yönetmeye yetkin hissetmeyen ebeler ürettiğini göstermektedir. 3 yıllık hemşirelik eğitiminin, nitelikli ebe ihtiyacı olan ülkede gerekli beceri ve yetkinliklere asgari düzeyde katkı sağlayabildiği belirtilmiştir (Lukasse ve ark., 2017).

Norveç'te Ebelik Mesleği

Norveç'de Ebelik mesleği, özerk ve korumalı bir meslektir. Ülkede yaklaşık 2.700 ebe istihdam etmektedir. Norveç'de ebeler tüm doğumlara katılmaktadır. Yalnızca düşük risk grubundaki gebeler ebeler tarafından takip edilmektedir. Norveç aynı zamanda, doğum yapmak ve doğmak için iyi ve güvenli bir yerdir. Gebelik ve doğum sırasında ücretsiz sağlık bakımı vardır. Ülkemizde olduğu gibi tüm çocuklar için ücretsiz sağlık bakımı ve aşılama programları mevcuttur. Anne ve babalar çocuklarına bakmak için annelik ve b abalık izni alma hakkına sahiptir (Eri, 2016).

FİNLANDIYA

Finlandiya’da Ebelik eğitimi

Finlandiya’da ebelik eğitimi üç yıllık hemşirelik eğitimi sonrası 1,5 yıl süren bir eğitimidir Hemşirelik eğitimine kabul edilebilmek için öğrenciler yeterlilik ve yetenek sınavından geçmeli ya da aynı alanda lise veya yüksekokul diplomasına sahip olmalıdırlar (Emons ve Luiten 2001).

Finlandiya’da Ebelik Mesleği

Birinci basamakta çalışan ebeler tarafından antenatal dönemde her gebe için 16,6 doğum öncesi izlem yapılmaktadır. Ayrıca Ebeler antenatal dönemde ultrason ile görüntüleme yapma yetkisine sahiptir. Finlandiya’da ebelerin narkotik olmayan ağrı kesici, epizyotomi ve sütür uygulamasına izin verilmektedir. Doğumlar yalnızca hastanede yapıldığı için birinci basamakta çalışan ebeler doğumlarda aktif rol almamaktadır. Doğum sonrası dönemde ebeler anne veya bebeğin bakımı için bir ya da iki ev ziyareti yapmaktadır (Yılmaz, 2017). Finlandiya’da çoğu ebe (%99,9) kamu sektöründe istihdam edilmektedir. Kamu sektörü, hastaneler ve toplum sağlığı merkezlerinde bulunan doğum kliniklerinden oluşmaktadır (Emons ve Luiten 2001).

İZLANDA

İzlanda’da Ebelik Eğitimi

Diğer batı ülkelerindeki ebelik eğitimi ile kıyaslandığında, hemşirelik alanında dört yıllık eğitime ek olarak ebelik bölümünde iki yıllık yüksek lisans düzeyinde eğitime sahiptir (Sveinsdóttir., 2016). Ebeler, ebelik alanında lisansüstü akademik eğitime devam etmektedir. Yeterli klinik deneyime sahip yüksek lisans mezunu ebe Türkiye’de olduğu gibi klinikte uzman ebe olarak belgelendirilmektedir (Yılmaz ve Aksoy, 2017).

İzlanda’da Ebelik Mesleği

Evdedoğumların yaklaşık %70 olduğu (1950-1960 yılları arasında) yıllardan beri tıbbi tedavinin artmasına rağmen, evde doğumlarda sürekli artış göstermektedir. Buna rağmen doğumlar çoğunlukla hastanede gerçekleşmektedir. Evde doğumun serbest olduğu ülkede gebelerin evlerinin hastaneden 20 km uzaklıktan fazla olmaması ve doğumda mutlaka iki ebenin bulunması durumunda doğumların hastaneye bildirilmesi gerekmektedir (Yılmaz ve Aksoy, 2017). İzlanda’nın maternal ve neonatal ölüm hızı dünyadaki en düşük oranlar arasında yer almaktadır (WHO, 2015).

İRLANDA

İrlanda’da Ebelik Eğitimi

İrlanda’da ebelik eğitimine kayıt olmak için öğrencinin hemşire olması, Finlandiya ve İzlanda’daki uygulamadan farklı olarak mezuniyet sonrası deneyim kazanmış olması gerekir. Ebelik eğitimi iki yıldır. Ebelik eğitimi, Avrupa Birliği direktiflerine uygundur. Eğitimden hastane ve üniversite

sorumludur (Emons ve Luiten 2001).

İrlanda'da Ebelik Mesleği

İrlanda'da tüm doğumların % 99,6'sı hastanede gerçekleşmektedir. Annelik bakımı, geliri ne olursa olsun tüm kadınlar için 6 haftaya kadar ücretsizdir (Emons ve Luiten 2001). Kadınların çoğu birinci basamak sağlık hizmeti almak için ebe yerine bir doğum uzmanını tercih etmektedir. Ebeler doğumevlerinde düşük riskli kadınlara hizmet verirler. Jinekologlar her doğumda bulunmaz ancak riskli durumlarda ebeler doktorla iletişim kurarak, doğuma yardım eder. İrlanda'da tüm doğumların % 99,6'sı hastanede gerçekleşmektedir. 1960'lı yıllardan beri, ebelik bakımı daha "tıbbi hale getirilmiştir." Bu nedenle ebeler, hastane-ebesi ve obstetri hemşiresi olarak görev yapmaktadırlar. Ayrıca, ebeler lisansüstü eğitim kursunun başarıyla tamamlanmasını takiben ilaç reçete edebilirler (Emons ve Luiten 2001; Yılmaz ve Aksoy, 2017).

BİRLEŞİK KRALLIK

Birleşik Krallık'ta Ebelik Eğitimi

Birleşik Krallık'ta ebelik öğrencisi olmak için en az 17,5 yaşında olmak ve İngilizce ve Galce dahil olmak üzere beklenen eğitim niteliklerine sahip olunması gerekmektedir. Tüm eğitimler üniversite tabanlıdır ve üniversite tarafından talep edilen eğitim gereksinimleri temel profesyonel eğitime giriş şartlarından daha yüksektir. Çoğu Avrupa ülkesinde olduğu gibi ebelik eğitimi en az üç yıldan oluşmaktadır (Yılmaz ve Aksoy, 2017).

Birleşik Krallık'ta Ebelik Mesleği

İngiltere'de, ebeler, normal gebeliği olan bir gebenin doğumunu yaptırabilmektedir. Buna ek olarak, riskli durumlarda bile ebe her zaman gebenin yanında olmalıdır. Ancak ebe riskli bir durumda bir doğum uzmanına (jinekolog) başvurmaktadır. Ebe ve hekimin sorumlulukları birbiriyle ilişkili ve tamamlayıcıdır. Her hekim kendi uygulamasından sorumludur. Bir kadın gebe olduğunu düşündüğünde, ilk önce ebe ya da pratisyen hekime başvurur. Önce pratisyen hekime başvurması durumunda, hekim onu ebeye veya bir jinekologa yönlendirir. Bu nedenle jinekolog sadece riskli durumlarda değil aynı zamanda ebelik bakımının birincil bakım sağlayıcısı konumundadır (Emons ve Luiten 2001).

İTALYA

İtalya'da Ebelik Eğitimi

İtalya'da ebelik eğitimine kabul edilebilmek için bir öğrencinin lise diplomasına sahip olması gerekir. Bu diploma üniversiteye kabul için gereklidir. İtalya'da ebelik eğitimi üç yıl sürmektedir, bu programda mezuniyet öncesi 1,600 saat teorik eğitim ve 3.800 saatlik uygulama eğitiminin tamamlanması gerekmektedir (Emons ve Luiten 2001).

İtalya'da Ebelik Mesleği

İtalya'da 2000 yılında yaklaşık 14.500 ebe kayıtlı bulunmakta olup ebelerin % 96.5'i kadındır. Ebelerin çoğu (% 80) Ulusal Sağlık Servisi'nde (NHS) yani devlet hastanelerinde, üniversite hastanelerinde ve / veya 'danışmanlık' alanında istihdam edilmektedir. Ebelerin % 10'u bağımsız olarak çalışmaktadır. Bağımsız ebelerin çalışma alanı çok yaygın değildir. Ebelerin bir kısmı ise özel sektör ve kliniklerde çalışmaktadır (Emons ve Luiten 2001).

KANADA

Kanada'da Ebelik Eğitimi

Kanada'da ilk ebelik eğitim programı 1993 yılında Ontario'da başlamış, daha sonra Quebec'te, sonrada British Columbia, Alberta ve Manitoba'da devam etmiştir. Bugüne kadar yedi ebelik eğitim programı kurulmuştur. Tüm ebelik eğitim programları, üniversite temelli, doğrudan girişli ve 4 yıl süren lisans eğitiminden oluşmaktadır. Eğitim süresince öğrenciler zamanlarının % 50'sini klinik uygulamayla geçirmektedirler. Klinik uygulamada her öğrenciye klinik öğretim, denetim ve öğrenci değerlendirilmesinden sorumlu olan bir hoca atanır. Ebelik eğitim programları, ilgili ilin hükümetleri tarafından finanse edilmektedir. Ülkede fakülte sayısının artırılmasıyla ebe sayısı artıyor olsa da, bu durum, talebi karşılamak için yeterli değildir ve ülkede ebe sıkıntısı devam etmektedir (Butler ve ark., 2016).

Kanada'da Ebelik Mesleği

Son 22 yılda ebelerin sayısı arttıkça, kamuoyunda farkındalık artmıştır ve ebelik bakımı almak isteyen kadınların sayısında artmaya başlamıştır. Ebelik hizmetinin artırılması, bu hizmeti veren aile hekimlerinin sayısının azalmaya devam etmesi ve Kanada'nın birçok bölgesinde artan ebelik bakımı ihtiyacı nedeniyle olası sorunları önlemede bir çözüm olarak görülmektedir (Butler ve ark., 2016).

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ (ABD)

Amerika Birleşik Devletleri'nde Eğitim

Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde, tıp veya hemşirelik okulları bulunan üniversitelerin yanı sıra ebelik eğitimi için de farklı eğitim seçenekleri bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde üç farklı eğitim seçeneği sunulmaktadır. Amerika'da Ulusal ebelik eğitimi programı Sertifikalı Ebe- hemşirelik (CNM) / Sertifikalı Ebe (CM) ve Sertifikalı profesyonel ebelerden (CPM) oluşmaktadır. Sertifikalı Ebe- hemşire olmak için öncelikle lisans mezunu bir hemşire olmak gerekmektedir (Marzalik ve ark., 2018). Ülkede bulunan her enstitünün müfredatı, ebelik eğitiminin kalitesini artırmak ve korumak amacıyla Amerikan Hemşirelik-Ebelik Koleji standartlarına göre değerlendirilir ve onaylanır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, hemşirelik lisansı olan bir hemşire, ebelik eğitimini iki yıl ya da master eğitimini de tamamladıktan ve ACNM (Amerika Ebe-Hemşireler Koleji) DOA (Akreditasyon bölümü) tarafından yürütülen lisans sınavını geçtikten sonra sertifikalı ebe-hemşire olabilir. Ebelik programları, tıp veya hemşirelik okulları bulunan okullarda mevcuttur ve müfredat ve eğitim süreleri kurumlar arasında farklılık göstermektedir. Bu eğitim programı toplumun

değişen taleplerine uyum sağlamak için her beş yılda bir revize edilir ve değiştirilir. Öğrenciler, tam ya da yarı-zamanlı öğrenci statülerine göre 2 yıl, 2 ya da 3 yıllık ya da 3 yıllık programları seçebilirler. Amerika Birleşik Devletleri'nin ebeklik -hemşirelik müfredatı sertifikalı ebe-hemşire programıdır ve tez yazım zorunluluğu üniversitelere bağlı olarak değişir. Ancak doktora programına girmek için tez gereklidir (Lee, 2006).

AVUSTRALYA

Avustralya'da Ebeklik Eğitimi

Avustralya'da hemşirelik kolejleri Türkiye'de olduğu gibi hemşirelik ve ebeklik bölümü olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Her bölüm, lisans diploma programı, master programı ve doktora programı sunmaktadır. Sadece bir lisans derecesi veya eşdeğer eğitim düzeyinde bulunan ve bir yıldan fazla süren klinik deneyime sahip hemşireler ebeklik programlarına girebilirler. Ebeklik eğitimi dört eğitim öğretim döneminden oluşmaktadır. Ebeklik eğitimi 15 ay tam zamanlı ve daha sonra 12 ay boyunca da yarı zamanlı bir eğitim programından oluşmaktadır. Yüksek lisans mezuniyeti için bir araştırma önerisi ve tez hazırlanması gerekmektedir (Lee, 2006).

Avustralya'da 2001'den bu yana ebeklik eğitim programına zorunlu olarak ebeklik bakımının Sürekliliği (Continuity of Care Experience -CCE) eklenmiştir. Ebeklik bakımının sürekliliği ilk defa Avustralya'da ebeklik eğitiminde bir yenilik olarak başlatılmıştır (Gray ve ark., 2012). Ebeklik bakımı sürekliliği, kadının ve ailesinin, ebeklik, hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemde ebe tarafından bakım hizmeti aldığı bir klinik uygulama modelidir. Ebeklik bakım sürekliliğinin altını çizen felsefe, doğurganlık çağında kadınların ebe ile ilişki kurabilmeleri ve kendilerine olan güvenlerini arttırmaları açısından önemlidir. Mevcut standartlar, ebeklik diploması alan her öğrencinin, ebeklik eğitimi boyunca en az 10-30 kadın ve her kadın için ortalama 20 saat bakım vermek gerektiğini belirtmektedir. 2014 yılında Avustralya Hemşirelik ve Ebeklik Akreditasyon Konseyi (ANMAC), en az dört antenatal ziyaret, iki postnatal ziyaret ve doğumların çoğunluğuna katılımı için CCE'nin katılım şartlarını değiştirmiştir (Tierney ve ark., 2017).

JAPONYA

Japonya'da Ebeklik Eğitimi

Japonya'da ebeklik eğitimi, hemşirelik yüksekokullarında sunulmakta olup 4 yıllık bir eğitim programından oluşmaktadır. Ebe olmak isteyen öğrenciler üçüncü yıllarında ebeklik programını seçer ve uygulama yaparlar. Mezun olduktan sonra, öğrenciler ulusal sınav yoluyla hem hemşire lisansı hem de ebe-hemşire lisansı alabilirler. Japonya'nın ebeklik müfredatının avantajı, tüm programların 4 yıllık lisans derecesi programları olmasıdır (Lee, 2006).

Japonya'da Ebeklik Mesleği

Araştırmacılar, ebe liderliğindeki (OB) bakımın, obstetriye yönelik (OB) bakımla karşılaştırıldığında,

kadınların memnuniyetinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Ebelik bakımı alan kadınların memnuniyet oranının OB hizmeti alan kadınlara göre aynı veya daha iyi olduğu belirtilmiştir Ebe liderliğinde bakım için hedef kitle düşük riskli gebelerden oluşmaktadır. Düşük riskli gebeliklerin takibinde Obstetrisyenin, en az üç kez DÖB sunması yeterlidir. Ebeler gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin bakımından ve bakımın devamlılığında sorumludurlar. Gebelerin antenatal dönemde Ebe liderliğinde yaklaşık 14 antenatal izlem alması önerilmektedir. Cochrane veritabanında Ebe liderliğinde süreklilik bakım modellerini diğer bakım modelleriyle karşılaştıran 13 çalışmada kadınlara ebe ile sürdürülen bakım sürekliliği sunulması gerektiği sonucuna varılmıştır. Japonya’da yasalara göre ebeler bağımsız olarak çalıştıklarında, sadece düşük riskli kadınları ve normal doğumları yönetebilirler (Lida ve ark., 2014).

İnceleme kapsamına alınan gelişmiş ülkelerde ebelik eğitiminin farklılıkları olsa da ülkelerin hemen hemen hepsinde lise sonrası yüksek eğitim ile ebelik mesleği için yetkin hale geldiği ve ebelerin ülke koşulları kapsamında istihdam edildiği görülmüştür. Örnek alınmış bazı gelişmiş ülkelerdeki ebelik eğitimi, ebelik hizmetlerini kapsayan antenatal, natal ve postnatal hizmetlerin uygulanma durumu ve ebelerin çalışma alanları ve yıllık gelirlerine ilişkin uygulamalar (Tablo 1) özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Türkiye’de ebelik eğitimi;

- ☒ Eğitimin 4 yıllık lisans düzeyinde olması,
- ☒ Avrupa direktiflerine uyumlu bir eğitim programı içermesi,
- ☒ Lisansüstü (Y.lisans ve Doktora) programlarının bulunması,
- ☒ Ebelik ve hemşirelik mesleklerinin birbirinden bağımsız profesyonel meslek grupları

Gelişmiş ülkelerdeki eğitim sistemine göre **daha yoğun**, daha **uzun** bir eğitim sürecini kapsamaktadır. Ancak mesleki uygulamalar, bağımsız çalışma, ebelerin belli alanlarda uzmanlaşması, çalışma alanları, yasal düzenlemeler gibi konularda ülkemize göre oldukça gelişmiş konumda oldukları görülmektedir.

SONUÇ OLARAK

Ebelik mesleği ve eğitimi ülkelerin eğitim sistemi, sağlık sistemi ve gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermekte olup ebeliğin güçlendirilmesi için ebelik eğitiminin nicel ve nitel olarak kalitesinin artırılması gerekmektedir.

ÖNERİLER

- ☒ Ebelerin toplumda bağımsız olarak çalışması,

- ☒ Doğumlara aktif katılımının sağlanması,
- ☒ Yetkilerinin yasal düzenlemelerle artırılması,
- ☒ Görev tanımlarının belirlenmesi,
- ☒ Klinikte uygulama alanlarının oluşturulması
- ☒ Ebelerin belli alanlarda uzmanlaşması
- ☒ Ebelik bölümü eğitim kadrolarının güçlendirilmesi
- ☒ Ebelerin birlik içinde mesleklerini geliştirmeleri için lobicilik çalışmalarının yapılması ve örgütlenmelerinin sağlanması ebelik mesleğinin gelişimi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Aytaç S, Kıvanç MM, Ay F. Dört Avrupa Ülkesinde Ebeliğin Güncel Durumu ve Ebelik Araştırmalarının Gelişimi. HSP 2014;1(1):77-90.doi: 10.17681/hsp.20958. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/97958>
2. Beeckman K., Reyns M, maternity care in different countries midwife's contribution.2016. Maternity care and midwifery in Belgium. https://www.researchgate.net/publication/301496735_Maternity_care_in_different_countries_Midwife's_contribution Erişim tarihi:06.09.2018
3. Broeck JV, Jong EF, Klomp T, Putman K, and Beeckman K. Antenatal care use in urban areas in two European countries: Predisposing, enabling and pregnancy-related determinants in Belgium and the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2016; 16: 337. Published online 2016 Aug 2. doi: [10.1186/s12913-016-1478-3]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4970209/>. Erişim tarihi: 10.09.2018.
4. Butler MM, Hutton EK., McNiven PS., Midwifery education in Canada. Midwifery
5. Volume 33, February 2016, Pages 28-30. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815003368>.
6. Erişim tarihi: 29.10.2018
7. Embo M, Valcke M., Workplace learning in midwifery education in Flanders (Belgium). Midwifery Volume 33, February 2016, Pages 24-27. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815003381>. Erişim tarihi: 10.09.2018
8. Emons J, Luiten M. (2001) Midwifery in Europe. An inventory in fifteen EU-member States. Deloitte & Touche. The Netherlands. [http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport](http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport.pdf)
9. .pdf
10. Eri. T. maternity care in different countries midwife's contribution.2016. Maternity care and midwifery in Norway. https://www.researchgate.net/publication/301496735_Maternity_care_in_different_countries_Midwife

's_contribution Erişim tarihi:06.09.2018

11. European Observatory on Health Care Systems. 2000. Health Care Systems In Transition. www.observatory.dk
12. Gray JE, Leap N, Sheehy A, Homer CSE. The 'follow-through' experience in three-year Bachelor of Midwifery programs in Australia: a survey of students. *Nurse Educ Pract*, 12 (5) (2012), pp. 258-263
13. Jordmorutdanning – den første formelle utdanning for kvinner i Norge" *Tidsskrift for Norge jordmødre* nr. 6 2008. <https://www.jordmorforeningen.no/utdanning/jordmorutdanningen-i-et-historisk-perspektiv>. Erişim tarihi: 26.10.2018
14. Jouhki MR., Choosing homebirth – The women's perspective. *Women and Birth*, Volume 25, Issue 4, December 2012, Pages e56-e61. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519211002393>. Erişim tarihi: 29.10.2018
15. Knov (2015). The Royal Dutch Organisation of Midwives (KNOV) 2014“ Midwifery in the Netherlands. <http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/members-map/knov.pdf>. Erişim tarihi: 08.09.2018.
16. Lee KH., Nurse-midwifery education through graduate programs to provide a sufficient number of high quality nurse-midwives. *J Educ Eval Health Prof* 2006, 3: 5 DOI 10.3352/jeehp. 2006. 3. 5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631185/> Erişim tarihi: 19.10.2018
17. Iida M, Horiuchi S, Nagamori K. A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low-risk women in Japan. *Women Birth*. 2014 Sep;27(3):202-7. doi: 10.1016/j.wombi.2014.05.001. Epub 2014 Jun 3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24906495>. Erişim tarihi: 20.10.2018
18. Lohmann S, Mattern E, Ayerle GM, Midwives' perceptions of women's preferences related to midwifery care in Germany: A focus group study. *Midwifery*. 2018 Jun;61:53-62. doi: 10.1016/j.midw.2018.02.005. Epub 2018 Feb. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29529579>. Erişim tarihi: 09.09.2018
19. Lukasse M., Lilleengen AM, Fylkesnes AM. and Henriksen L. Norwegian midwives' opinion of their midwifery education – a mixed methods study. *BMC Medical Education* (2017) 17:80. <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-0917-0> Erişim tarihi: 19.10.2018
20. Luyben AG, Hennie A.A., Wijnen., Patricia Perrenoud, Mechthild M. Gross., The current state of midwifery and development of midwifery research in four European countries. *Midwifery* Volume 29, Issue 5, May 2013, Pages 417-424. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812002045>. Erişim tarihi: 29.10.2018
21. Marzalik PR, Feltham KJ, Jefferson K., Pekin K., Midwifery education in the U.S. - Certified Nurse-Midwife, Certified Midwife and Certified Professional Midwife. *Midwifery* 60 (2018) 9–12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818300251>
22. Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017

Nov 21;17(1):389. doi:10.1186/s12884-017-1552-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29162039>.

Erişim tarihi: 19.10.2018

23. Midwifery caseload. Australian Institute of Health and Welfare. 2015.<http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/562448>. Erişim tarihi: 25.10.2018
24. Mizuno M., Abortion-care education in Japanese nurse practitioner and midwifery programs: A national survey. *Nurse Education Today*, Volume 34, Issue 1, January 2014, Pages 11-14.<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026069171300141X>
25. Okumuş F. Ebeler Liderliğinde Doğum Bakım Modeli : Hollanda Örneği. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergi*. Doi: 10.17367/JACSD.2016721958 Received: 19.02.2016
26. Sveinsdóttir H. (2016) Planned Home Births in Iceland: Premise, Outcome, and Influential Factors. University of Iceland School of Health Sciences Faculty of Nursing. Doctoral thesis. Erişim tarihi: 10.09.2018
27. The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Educ Today*. 2008;28(8):935–42.
https://www.researchgate.net/publication/5232284_The_Bologna_Process_The_quiet_revolution_in_nursing_higher_education
28. Tierney O., Sweet L., Houston D., Ebert L., The Continuity of Care Experience in Australian midwifery education—What have we achieved? *Women and Birth*. Volume 30, Issue 3, June 2017, Pages 200-205. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216301792>. Erişim tarihi: 27.10.2018
29. Yılmaz SD. Aksoy YE. Dünyada ebeler mesleği ve eğitimi. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, Aralık- Ocak-Şubat 2017- 2018 tarihli 45. sayıda, sayfa 60-63'te yayımlanmıştır.

30. Yılmaz SD., 4. Uluslararası ve 8. Ebelik öğrenci kongresi .20-22 Nisan 2017. Ebelik Eğitiminde Standart ve Yetkinlikler.(ss.8). İstanbul: Biruni Üniversitesi.
<http://eokist2017.org/uploads/konusma-ozet.pdf>.Erişim tarihi: 10.09.2018
31. Yörük S. Dünya’da Ebelik Eğitimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016; 6 (1): 46-50
32. Warmelink JC, Wiegers TA Cock TP, Spelten ER, Hutton EK. Career plans of primary care midwives in the Netherlands and their intentions to leave the current job. . Human Resources for Health (2015) 13:29
33. World HealthOrganization. (2015). MaternalMortality: Data by Country.
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>. Erişim tarihi: 10.09.2018

	Eğitim Düzeyi	Eğitim süresi	Kabul edilme şartları	Antenatal izlemler	Natal izlemler	Postnatal izlemler	Ebelerin çalışma alanları	Yıllık gelirleri
Avusturya	Üniversite	3 yıl	Üniversite giriş yeterliliği	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog	Hastane (% 60) Hastane + serbest çalışan (% 30)	
Belçika	Üniversite	3 veya 4 yıl	Ortaöğretim diploması	Ebe	Ebe	Ebe	Devlet hastanesi	17.000 Euro
Finlandiya	Yüksekokul	1.5 yıl	Hemşire diploması + sağlıklı olma durumu + yetenek testi	Pratisyen Hekim/Jinekolog	Jinekolog	Pratisyen Hekim/Jinekolog	Devlet hastanesi+ doğum kliniği	26.910 Euro
Almanya	Yüksekokul	3 yıl	Ortaöğretim diploması ve sağlıklı olma durumu	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog	Devlet hastanesi	26.610 Euro
İrlanda	Yüksekokul	2 yıl	Genel hemşire diploması + çalışma deneyimi	Ebe	Ebe	Ebe	Devlet hastanesi	
Hollanda	Yüksekokul	4 yıl	Biyoloji ve kimya ile lise diploması	Ebe	Ebe	Ebe	Bağımsız (% 69) Devlet hastanesi (% 16)	30.151 Euro
Birleşik Krallık	Yüksekokul	3 yıl	Yüksek eğitim düzeyi, fen ve İngilizce + yaş 17	Ebe	Ebe	Ebe	Devlet hastanesi + doğum merkezleri	29.700 Euro

Norveç	Yüksekokul	2 yıl	Hemşirelik diploması					
İzlanda	Yüksekokul	2 yıl	Hemşirelik diploması					
İtalya	Üniversite	3 yıl	Lise diploması	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog	Ebe/Jinekolog/Pediatrist	Kamu hastanesi (% 80)Özel sektör (% 10) Bağımsız (% 10)	15.500 Euro
Japonya	Yüksekokul	1 yıl	3 yıl hemşirelik üzerine 1 yıl ebelik eğitimi					
Kanada	Üniversite	4 yıl	Doğrudan girişli					

69 - OMUZ DİSTOSİSİ : EBELİK EĞİTİM VE UYGULAMALARINDAKİ YERİ

Ayşe Şenoğlu¹, Zekiye Karaçam²

¹Uzman Ebe, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Ebelik Bölümü Doktora Öğrencisi

²Prof.Dr, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Omuz distosisi sık görülmemekle birlikte, ciddi maternal ve neonatal komplikasyonlara neden olan öngörülemeyen ve önlenemeyen acil obstetrik bir durum olması nedeni ile ebelik eğitim ve uygulamalarında yer alan önemli konudur. Omuz distosisinin saptanması ve yönetimi, ileri düzey ebelik ve obstetri bilgi ve becerisi gerektirmektedir. Literatüre dayalı olarak hazırlanan bu çalışmanın amacı, omuz distosisi ile ilgili güncel bilgilerin paylaşılmasını sağlamaktır.

Omuz distosisi fetus başının doğumundan sonra, omuzların doğumunda başarısızlık olarak tanımlanmaktadır. Bu durum fetusun omuz boyutu ile pelvis girişi arasındaki uyumsuzluk sonucu ortaya çıkabilir, ön ya da arka omuzun takılması şeklinde gelişebileceği gibi her iki omuzda da görülebilir. Omuz distosisi, nedeni bilinmemekle birlikte tüm doğumların %0,6 ile %1,4'ünü komplike hale getirmektedir. Fetal makrozomi, omuz distosisinin en önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir. Diğer risk faktörleri arasında ise pregestasyonel ve gestasyonel diyabet, önceki doğumda omuz distosisi öyküsü ve operatif vajinal doğum bulunmaktadır.

Omuz distosisi, yeterli teknik bilgi ve beceriye sahip ebe ve doktorlar tarafından uygun yaklaşımların seçimi ve kullanılması ile yönetilebilir. Yönetimde amaç, asfiksi, brakial pleksus paralizisi ve fetal ölüm gibi fetal komplikasyonları ve annede gelişebilecek kanama, perineal laserasyon ve pelvis kırığı gibi ciddi hasarları önlemektir. Literatürde omuz distosisinin yönetiminde kullanılan manevraların birincil, ikincil ve üçüncül olarak tanımlandığı, en yaygın olarak McRoberts, Rubin, Wood ve Gaskin manevralarının kullanıldığı bildirilmektedir. Ancak etkinlik ve güvenlik bakımından hiçbir manevranın tek başına bir diğerine göre üstünlüğü bulunmamaktadır. Yapılan müdahalenin en az invazivden başlanarak daha invazive doğru olması gerekmektedir. Doğum yaptıran kişilerin tercihi ve tecrübesi de hangi müdahalenin seçileceği konusunda önemlidir.

Sonuç olarak, ebelere simülasyon eğitimi yolu ile omuz distosisinin yönetimi konusundaki beceri kazandırılması ya da mevcut bilgi ve becerilerinin iyileştirilmesi ve sürecin yönetimine ilişkin kanıta dayalı bir standardizasyonun oluşturulması ile daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar kelimeler: Omuz Distosisi, Ebelik, Eğitim, Bakım

Shoulder Dystocia: Place In Midwifery Education And Practice

Abstract

Although shoulder dystocia is not common, it is an unpredictable and unavoidable emergency obstetric condition that causes serious maternal and neonatal complications. It is an important issue in education and practice of midwifery. The detection and management of shoulder distosis requires knowledge and skill of advanced midwifery and obstetrics. The aim of this work, which is based on the literature, is to share current information about shoulder dystocia.

Shoulder dystocia is defined as the failure of the birth of the fetus after the birth of the head. This may result in an incongruity between the fetus's shoulder size and the pelvic girth, either as anterior or posterior shoulder attachment, or on both shoulders. Shoulder dystocia complicates 0.6% to 1.4% of all deliveries, although the cause is unknown. Fetal macrosomia is the most important risk factor for shoulder distosis. Other risk factors include pregestational and gestational diabetes, previous birth shoulder dystocia and operative vaginal delivery.

Shoulder dystocia can be managed by the choice and use of appropriate approaches by midwives and doctors with sufficient technical knowledge and skills. The aim of management is to prevent fetal complications such as asphyxia, brachial plexus paralysis and fetal death, and serious damages such as bleeding, perineal laceration and pelvic fracture that may develop in the mother. It has been reported in literature that maneuvers used in the management of shoulder distosis are primary, secondary and tertiary, most commonly using McRoberts, Rubin, Wood and Gaskin maneuvers. However, in terms of efficiency and security, no maneuver alone is superior to another. The intervention should be performed at least invasively and more invasively. The preference and experience of those who give birth are also important in choosing which intervention to take.

As a result, better results can be obtained by gaining skill in the management of shoulder dystocia by simulation training to the midwives, or by improving the existing knowledge and skills and establishing an evidence-based standardization of process management.

Key words: Shoulder Dystocia, Midwifery, Education, Care

1.GİRİŞ

Omuz distosisi sık görülmemekle birlikte, ciddi maternal ve neonatal komplikasyonlara neden olan öngörülemeyen ve önlenemeyen acil obstetrik bir durum olması nedeni ile ebelik eğitim ve uygulamalarında yer alan önemli konudur. Omuz distosisinin saptanması ve yönetimi, ileri düzey ebelik ve obstetri bilgi ve becerisi gerektirmektedir.

Omuz distosisinin en önemli nedeni olarak fetal makrozomi bildirilmektedir. Bunun dışında fetüsün aşırı kilo alınma nedeni olan pregestasyonel ve gestasyonel diyabet gibi durumlar, yine iri fetüs ile ilişki olabilecek önceki doğumda omuz distosisi ve operatif vajinal doğum, maternal obezite ve gebelikte aşırı anne kilo artışı da omuz distosisinin risk faktörleri olarak gösterilmektedir (Canela ve Hughes, 2017; Sentilhes ve ark., 2015).

Omuz distosisi ile ilgili kayıtlardaki yetersizliklere bağlı olarak görülme sıklığı kesin olarak bilinmemekle birlikte %0,15 ile %2,0 arasında değiştiği rapor edilmektedir (Deneux-Tharoux ve Delorme, 2015; Sentilhes ve ark., 2015; Hill ve Cohen, 2016; Canela ve Hughes, 2017). Vakaların neredeyse yarısı herhangi bir risk faktörü olmadan ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ebeler her doğumda omuz distosisi ile karşılaşacaklarını düşünerek tüm manevraları uygulayabilmelidir (Mehta ve Sokol 2014; Güngören, 2016; Tokmak ve ark., 2016). Omuz distosisi, önemli neonatal komplikasyonlara yol açabileceğinden, hızlı tanımlama ve koordineli bir yaklaşım gerektirir. (Gilstrap ve Hoffman, 2016; Smith, 2016). Tanı konulduktan sonra durumun aciliyetini kavramak ve ekibin diğer üyelerine bilgi vermek önemlidir. Omuz distosisinde omzu kurtarmak için birtakım manevralar kullanılır (Canela ve Hughes, 2017). Önerilen yaklaşım en az invazivden başlanarak daha invazive doğru gidilmesidir (Tokmak ve ark., 2016). Tedavideki amaç yenidoğandaki asfiksi, ölüm ya da periferik sinir hasarını, annedeki travma sonucu oluşan morbiditeyi engellemektir (Tokmak ve ark., 2016).

Omuz distosisi nadir görülen ancak ortaya çıktığında felakete sonuçlanabilen beklenmedik bir durumdur. Bu nedenle, bu durumu yönetebilmek için doğum ekibinin omuz distosisi ile ilgili iyi eğitilmiş olması son derece önemlidir. Omuz distosisi için sistematik bir şekilde hazırlanması, sürecin standartlaştırılması, takım eğitimi ve standart iletişiminin uygulanması, teknik becerilerle birlikte simülasyon eğitimlerinin verilmesi gerekmektedir (Moni ve ark., 2016; Gilstrap ve Hoffman, 2016; Hill ve Cohen, 2016).

Sonuç olarak maternal ve neonatal sağlığın geliştirilmesinde omuz distosisinin önlenmesi, erken tanısı ve yönetiminde sistematik yaklaşım oldukça önemlidir. Simülasyon eğitimi yolu ile omuz distosisinin yönetimi konusunda ebelere beceri kazandırılması ya da mevcut bilgi ve becerilerinin iyileştirilmesi ve sürecin yönetiminde kanıta dayalı bir standardizasyonun oluşturulması ve kullanılması ile daha iyi sonuçlar elde edilebilir. Bu derlemede, omuz distosisi ile ilgili güncel bilgilerin paylaşılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİ

2.1. Omuz Distosisi Etolojisi

Omuz distosisinin en önemli nedeni olarak fetal makrozomi bildirilmektedir. Bunun dışında fetüsün aşırı kilo alınma nedeni olan pregestasyonel ve gestasyonel diyabet gibi durumlar, yine iri fetüs ile ilişki olabilecek önceki doğumda omuz distosisi ve operatif vajinal doğum, maternal obezite ve

gebelikte aşırı anne kilo artışı da omuz distosisinin risk faktörleri olarak gösterilmektedir (Canela ve Hughes, 2017; Sentilhes ve ark., 2015). Zhang ve ark. (2018) tarafından yapılan kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında, araştırmaların yapıldığı bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte gebelik öncesi obezitenin omuz distosisi riskini artırdığını rapor edilmiştir. Gurewitsch Allen (2016) omuz distosisi olan kadınların %12-17'sinin daha önceki doğumunda da bu durumla karşılaşmış olduklarını belirtmiştir. Sentilhes ve ark. (2015) ve Deneux-Tharaux ve Delorme (2015) ise omuz distosisi olan vakaların %50 - 70'inde daha önceki doğumda omuz distosisi öyküsü ve bu bebeğinde de makrozomi bulunmadığını bildirmişlerdir.

2.2. Omuz Distosisi Risk Faktörleri

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG,2016) tarafından 4500 gram ve üzerindeki bebekler için makrozomi tanımı yapılmaktadır. Doğumların yaklaşık olarak %10'unda makrozomi görülmektedir (Ergen, 2018). Doğum ağırlığı 4000 gramın üzerinde olan fetüsler omuz distosisi yönünden riskli olarak değerlendirilmektedir (Arık ve ark., 2018). Doğum ağırlığı 4500 gr ve üzerinde olan fetüslerde ise mortalite ve morbidite belirgin oranda artmaktadır. Ayrıca maternal diyabetin hem fetal makrozomi hem de fetal gelişimdeki gövde ve baş arasındaki orantısızlık nedeniyle omuz distosisi açısından risk faktörleri arasında yer aldığı belirtilmektedir (Tokmak ve ark., 2016; Ergen, 2018).

İleri anne yaşı, maternal obezite ve gebelikte fazla kilo alımı omuz distosisinin diğer risk faktörleri arasında yer almaktadır (Tokmak ve ark., 2016; Ergen, 2018)

Omuz distosisi risk faktörleri arasında yer alan bir diğer faktör operatif vajinal doğumdur. Ancak operatif vajinal doğumun distosi nedeni tam olarak açıklanamamaktadır. Çünkü fetal iniş sırasında gelişen distosiden kaynaklanarak mı operatif vajinal doğumun gerçekleştiği yoksa operatif vajinal doğumun kendisinden mi distosi geliştiği tam olarak bilinmemektedir (Tokmak ve ark., 2016).

Doğum eyleminin ikinci evresininin uzaması omuz distosisinin öngörülebilmesi açısından önemlidir. Herne kadar ikinci evrenin uzaması bir çok risk faktörü ile ilişkilendirilse de sonuç olarak iri fetüs nedeniyle ikinci evrenin uzaması ve ikinci evre uzadığı için operatif vajinal doğumun gerçekleştirilmesi omuz distosisi riskinin belirlenebilmesi açısından değerlendirilebilir (Tokmak ve ark., 2016).

Tokmak ve ark. (2016) yapılan çalışmalarda, önceki doğumunda omuz distosisi öyküsü olan kadınların %1-25'inin (Gurewitsch Allen 2016) tekrar distosisi ile karşılaşabileceklerinin yer aldığını belirtmektedir. Ancak önceki doğumunda omuz distosisi yaşayan kadınların çoğunluğu sonraki doğumunda sezaryen doğumu tercih ettiklerinden bu oranın aslında daha yüksek olabileceği tahmin edilmektedir (Tokmak ve ark., 2016). Bir önceki gebeliğine göre gebelik öncesi kilosu fazla olan, mevcut gebeliğinde daha fazla kilo alan, fetal doğum ağırlığı daha fazla olan ya da 4000 gr üzerinde olan ve doğumun ikinci evresi uzun olan gebelerde tekrarlayan omuz distosisi görülme oranı artmaktadır (Tokmak ve ark., 2016).

Posterm gebelikler de gebeliğin ilerlemesi nedeniyle artan fetal ağırlığa bağlı olarak omuz distosisi yönünden risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Tokmak ve ark., 2016). Ayrıca erkek cinsiyetli doğan bebeklerin, kız cinsiyetli bebeklere göre vücut gelişimindeki farklılıklardan dolayı omuz distosisi yönünden riskli olabileceği belirtilmektedir (Tokmak ve ark., 2016; Hill ve Cohen, 2016).

2.3. Omuz Distosisi Patofizyolojisi

Omuz distosisine fetüs ile pelvik kapasite arasındaki uyumsuzluk neden olmaktadır. Ön omuz pubise ve arka omuz da promontoryuma takılabilir. İniş sırasında omuzlar anterior-posterior pozisyonunda olursa ya da pelvik girime sırayla değil de aynı anda girerse ön omuz simfizis pubisin arkasında arka omuzda sakral promontoryumda sıkışır. Ön omuz distosisi arka omuz distosisine göre daha sık görülür (Tokmak ve ark., 2016).

Maternal diyabetin omuz distosisi açısından risk faktörü olmasının nedeni, makrozomiye ek olarak fetüsün vücut gelişimindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Özellikle maternal diyabette glisemik kontrol zayıfsa fetüsün gövdesi daha iri ve cilt altı yağlanmaya daha eğilimli olmaktadır. Bu orantısız büyüme doğum kilosunun fazla olmasından bağımsız olarak distosisye neden olmaktadır (Hill ve Cohen, 2016).

2.4. Omuz Distosisi Görülme sıklığı

Omuz distosisi ile ilgili kayıtlardaki yetersizliklere bağlı olarak görülme sıklığı kesin olarak bilinmemekle birlikte %0,15 ile %2,0 arasında değiştiği rapor edilmektedir (Deneux-Tharaux ve Delorme, 2015; Sentilhes ve ark., 2015; Hill ve Cohen, 2016; Canela ve Hughes, 2017).

2.5. Omuz Distosisinde Kullanılan Manevralar

Omuz distosisi vakalarının neredeyse yarısı herhangi bir risk faktörü olmadan ortaya çıkmaktadır, Bu nedenle ebeler her doğumda omuz distosisi ile karşılaşacaklarını düşünerek tüm manevraları uygulayabilmelidir (Mehta ve Sokol 2014; Güngören, 2016; Tokmak ve ark., 2016).

Omuz distosisi, önemli neonatal komplikasyonlara yol açabileceğinden, hızlı tanılama ve koordineli bir yaklaşım gerektirir. (Gilstrap ve Hoffman, 2016; Smith,2016). Tanı konulduktan sonra durumun aciliyetini kavramak ve ekibin diğer üyelerine bilgi vermek önemlidir. Omuz distosisinde omzu kurtarmak için birtakım manevralar kullanılır (Canela ve Hughes, 2017). Önerilen yaklaşım en az invazivden başlanarak daha invazive doğru gidilmesidir (Tokmak ve ark., 2016)

2.5.1. Birincil Manevralar

2.5.1.1. McRoberts Manevrası

En az invaziv olan ve başlangıçta yapılan manevradır. Yardımcı yardımıyla annenin bacakları ve kalçası fleksiyona ve abduksiyona getirilip abdomene olabildiğince yaklaştırılır. Bu manevrayla lumbosakral açı düzleştirilerek, sakral promontoryumun obstrükte edici etkisi kaldırılır. Maternal pelvisin gerçek boyutlarını değiştirmez. Maternal pelvisi annenin başına doğru çekerek rölatif olarak

ön-arka çapı arttırır, böylece ıkınmanın etkinliği arttırılmış olur. Omuz distozisi gelişmeden bunun uygulanması hiçbir avantaj sağlamamaktadır (Tokmakve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017)

2.5.1.2.Suprapubik Basınç

Elin yumruğu ile suprapubik bölgeye baskı uygulanması ile yapılır. İşlemi uygulayacak olan yardımcı fetal sırtın olduğu taraftan simfisiz pubise baskı yapar. Fetal biakromial çap azaltılır, Ön omuz arka tarafından fetal sternuma doğru itilerek adduksiyona getirilir ve böylece oblik plana doğru yer değiştirir. Sonrasında aksiyal traksiyon ile omuz simfisiz pubis altından kurtarılır. McRoberts manevrası ile birlikte uygulanması başarı şansını arttırır (%58). Yaklaşık 30 sn süresiyle yapılır. Aralıklı ya da devamlı basınç yapılması arasında etkinlik açısından fark yoktur.

Bu manevralarla başarı sağlanamadığında internal manevralara ya da diz dirsek manevrasına (Gaskin AllFours) geçilir. (Tokmak ve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017)

2.5.2. İkincil manevralar

2.5.2.1. İnternal Manevralar

İnternal manevraları uygularken omuza ve posterior kola ulaşabilmek için vajendeki rahat alan sakral bölgedir. Bu yüzden tüm el kullanılarak arka taraftan vajene girilmelidir. Sonrasında arka kol doğurtulabilir veya omuz oblik plana getirilerek ya da fetal gövde 180 derece döndürülerek doğum gerçekleştirilir. İnternal manevralar ile arka kolun doğurtulmasını karşılaştıran randomize kontrollü çalışmalar yoktur. Bazı yazarlar kilolu gebelerde arka kolun doğurtulmasını önerirken, bazıları ikisi arasında başarı oranlarında fark olmadığını ancak rotasyonel manevraların daha az brakial pleksus yaralanması ve humerus kırığına neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu yüzden doğumu gerçekleştiren sağlık personeli klinik tecrübesi ve eğitimine göre hangisini uygulayacağına karar vermelidir (Tokmak ve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017).

2.5.2.2. Arka Kolun Doğurtulması

Arka kolun doğurtulması neredeyse her zaman ön omuzu rahatlatır ve distosiyi çözer. Bu manevra en iyi uygun anestezi altında yapılır. Fetal abdomen annenin sağ tarafına bakıyorsa sol el, annenin sol tarafına bakıyorsa sağ el kullanılmalıdır. Arka kol dirsek hizasından tutulmalıdır. Dirsek fleksiyonda ise ön kol ya da el yakalanmalı, eğer ekstansiyonda ise antekubital fossaya baskı uygulanarak fleksiyona getirilir ve ön kol ya da el yakalanır. Sonrasında kol vajinadan dışarıya çıkartılır. Böylelikle biakromial çap yaklaşık olarak 2-3 cm azaltılarak omuz kurtarılır. Eğer bu manevradan sonra ön omuz kurtarılamayıp doğum gerçekleştirilemiyorsa fetüs döndürülerek ön omuz arkaya getirilerek bahsedilen manevralarla doğurtulur. Bu manevranın en büyük riski humerus kırığının olmasıdır ve vakaların %0-20'sinde bildirilmiştir. Bunu önlemek için fetal kol fleksiyonda iken ön kol, el veya dirsekten tutulmalıdır. Eğer arka koldan dirsek, ön kol ya da ele ulaşmak mümkün olmuyorsa kol doğurtulmadan önce arka omuz doğurtulmalıdır. Arka omuzun ön ve arka tarafından her iki elin orta parmağı aksillada birleştirilerek arka omuz nazikçe sakrum açısına uyararak aşağı doğru

çekilir (**Menticoglou manevrası**). Sonrasında kol doğurtulur. Bu manevrada humerus kırığı riski artmaktadır. Bunlar dışında arka omuzun doğurtulması için askı yöntemi kullanılmıştır (**Arka aksilla sling traksiyonu**). Aksillaya 12-14 F yumuşak kateter yerleştirilerek omuz doğurtulur. Ancak güvenilirliği ve etkinliğini belirlemek için daha çok klinik çalışmaya ihtiyaç vardır (Tokmak ve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017)

2.5.2.3. Rubin Manevrası

Fetal omuzun adduksiyona gelmesine neden olarak omuzun ön-arka çaptan kurtulmasını sağlar. Anestezi altında el arka omuzun arka tarafına yerleştirilerek öne doğru rotasyon yaptırılır. Eğer posterior omuza ulaşamazsa ön omuzun arkasına el yerleştirilerek rotasyon yaptırılır (Tokmak ve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017)

2.5.2.4. Woods Manevrası

El arka omuzun ön tarafına yerleştirilerek saat yönünün tersine doğru itilir. Fetal omuzlar oblik ya da 180 derece rotasyona alınarak doğurtulur (Tokmak ve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017)

2.5.2.5. Diz - Dirsek Manevrası (Gaskin All Fours)

Diğer manevralar uygulanmadan önce veya sonra yapılabilir. Zayıf, epidural anestezi uygulanmamış, mobil olan hastalara uygulanmalıdır. Anne elleri ve dizlerinin üzerine alınır. Sakro iliak eklemlerin manevrası pelvis çıkımının sagittal çapının 1-2 cm artmasını sağlar. Böylece omuzların serbestleşerek sakrum üzerinden kayması sağlanır. İlk önce sakrum tarafındaki arka omuz yukarı doğru nazik traksiyonla doğurtulduktan sonra ön omuz aşağıya doğru traksiyona getirilerek doğurtulur. Pelvis çapını arttırır, obstetrik konjugat 10 mm, pelvik çıkım 20 mm'ye kadar artar. Bu manevranın başarı oranının %83 olduğu belirtilmiştir (Tokmak ve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017)

Bu manevralar başarısız olduğu zaman persistansdan bahsedilir ve tüm manevralar tekrar denir. Başarılı olunmuyorsa üçüncü basamak manevralara geçilir. Maternal ve fetal morbidite ve mortalite oranı yüksektir. Bu manevraların yönetimi için belli bir zaman sınırlaması belirtilmemiştir (Tokmak ve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017).

2.5.3. Üçüncül manevralar

2.5.3.1. Kleidotomi

Klavikulanın biakromiyal çapı küçültmek için kırılmasıdır. Ön klavikula dışarı doğru parmak yardımıyla veya cerrahi olarak kırılır. Vasküler ve pulmoner yaralanma riski yüksektir (Tokmak ve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017).

2.5.3.2. Simfizyotomi

Simfisis pubis ekleminin kesilerek omuzların doğurtulması işlemidir. Simfizisin kırıldak

kısmına insizyon yapılarak ayrılması sağlanır. Yüksek maternal morbidite ve mortaliteye neden olur. Gelişmekte olan ülkelerde abdominal cerrahi imkanı yoksa kullanılabilir. Postpartum kanama, mesane, üretra veya vajinal laserasyonlara neden olabilir (Tokmak ve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017).

2.5.3.3. Zavanelli Manevrası

Fetal başın pelvise doğru itilerek sezaryen ile doğumla fetusun doğurtulmasıdır. Nadir görülen bilateral omuz distosisi varlığında uygulanır. Terbutalin veya nitrogliserin gibi uterus kasılmasını azaltmak için ilaç uygulanır, fetal baş oksiput anterior pozisyonuna getirilerek pelvise doğru itilir (Tokmak ve ark., 2016; Canela ve Hughes, 2017).

Herhangi bir manevranın bir diğerinden üstün olduğunu destekleyecek kanıt bulunmamaktadır. Önerilen manevraların çoğu klinik deneyime dayanmaktadır. Hangi manevralar kullanılırsa kullanılsın, acele etmemek, sakın kalmak, hastaya ve ekip üyelerine açık talimatlar vermek son derece önemlidir (Hill ve Cohen, 2016; Le Ray, 2015).

Omuz distosisinde McRoberts manevrasının, suprapubik basınçla birlikte veya olmadan, ilk sırada kullanılması önerilmektedir (RCOG,2012). İkinci sırada kullanılan bir manevranın diğerine göre üstünlüğü belirtilmemektedir (Le Ray, 2015). Başarısızlık durumunda, eğer posterior omuz takılmışsa, Wood'un manevrası tercihli olarak yapılmalıdır. Eğer posterior omuz takılmamışsa, posterior kolun doğurtulması önerilmektedir. McRoberts manevrasının başarısız olduğu omuz distosisi durumunda en az iki manevranın daha gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sentilhes ve ark., 2015). Bazı literatürlerde öncelikli olarak posterior kolun doğurtulmasının gerektiği önerilmektedir. Menticoglou manevrası, Gaskin'in manevrası ve arka aksilla sling traksiyon tekniği gibi birçok yeni teknik, geleneksel tekniklerin kullanımında başarısız olunduktan sonra kullanılması gereken obstetrik seçenekler olarak değerlendirilmelidir (Gilstrap ve Hoffman, 2016)

Yoğun fundal bası, uzun süre ve kuvvetli bir şekilde fetal başın aşağı doğru çekilmesi veya fetal başın ters rotasyonu (Sentilhes ve ark., 2015), tekrarlayan kuvvetli suprapubik basınçtan kaçınılmalıdır. Çünkü bu hareketler fetal yaralanmalara yol açabilir. Rutin epiyotomi önerilmemekle birlikte internal manevraların ve arka kolun rahatça kurtarılabilmesi için açılmasının uygun olacağı belirtilmektedir (Hill ve Cohen, 2016)

2.6. Omuz Distosisinde Tedavi ve Yönetim

Tedavideki amaç yenidoğandaki asfiksi, ölüm ya da periferik sinir hasarını, annedeki travma sonucu oluşan morbiditeyi engellemektir (Tokmak ve ark., 2016).

Yapılan çalışmalarda omuz distosisi risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasıyla (gestasyonel diyabet hariç) riskin azalabileceği kesin olarak kanıtlanamamıştır (Fuchs, 2015)

Omuz distosisi için birçok risk faktörleri tanımlansa da kesin olarak önlenemediği bilinmektedir. Ancak en önemli risk faktörü olan fetal makrozomi nedenleri ve önceki doğumunda distosi öyküsü bulunan kadınlarda fetal ve maternal hasarları azaltmayı önleyecek önlemler alınabilir. Maternal obezitenin gebelikten önce kontrol altına alınması en ideal yönetim şekli olarak

belirtilmektedir. Gebelik öncesi dönemde ve gebelik süresince fiziksel aktivite ve beslenmenin düzenlenmesi ile maternal kilo alımı kontrol altına alınabilmektedir. Ayrıca gestasyonel diyabetin de iyi yönetilmesi ile maternal kilo alımı kontrol altına alınabilmektedir (Gümüş ve ark.,2010; Sentilhes ve ark., 2015; Fuchs, 2015). Gebelikte annenin kilo kaybı fetal gelişimi olumsuz yönde etkileyebileceğinden önerilmemektedir (Hill ve Cohen, 2016). Hill ve Cohen (2016) gebelik süresince annenin kilo alımının kontrol altına alınması ile sınıf II ve III obezitesi olan kadınlarda makrozomi riskinin azaldığını belirtmektedir.

Antepartum ve intrapartum risk faktörleri, omuz distosisini belirlemede yetersiz olduğundan fetusun sonografik muayenesi umut vermektedir. Ancak fetal ağırlığın tahmin edilmesinde ultrasonografi kullanımının hatalı ölçümler nedeniyle sezaryen oranlarını arttırdığı da belirtilmektedir. Bu nedenle, fetüsün biyometrik ölçümleri, omuz distosisini önlemek amacıyla klinik yönetimi değiştirmek için kullanılmamalıdır (Gilstrap ve Hoffman, 2016; Hill ve Cohen, 2016).

Makrozomik fetüsler ciddi yenidoğan morbiditesine ve obstetrik komplikasyonlara neden olan omuz distosisine yol açmaktadır. Bu nedenle fetal makrozomiye yaklaşım önemlidir. Yönetiminde üç seçenek bulunmaktadır. Bunlardan biri elektif sezaryen doğumdur. Ancak elektif sezaryen, diyabetik kadınlarda tahmini fetal ağırlığın $4500 \text{ gr} \geq$ ve diyabetik olmayan kadınlarda fetal ağırlığın $5000 \text{ gr} \geq$ olduğu durumlarda önerilmektedir. Diğer bir yönetim şekli bekleme yaklaşımıdır. Ancak bekleme yaklaşımında doğum ağırlığı 4500

\geq olan bebeklerde perinatal mortalite, neonatal asfiksi ve travma riskinin anlamlı derecede artabileceği belirtilmektedir. Fetal makrozomi durumunda en iyi stratejinin $38 \geq$ gebelik haftasında gebeliğin indüklenmesi olduğu belirtilmektedir. Fetal büyümenin olasılığını azaltan doğum indüksiyonu, sefalopelvik oransızlık ve omuzdistosisi için sezaryen doğum riskini azaltırken spontan vajinal doğum olasılığını artırdığı belirtilmektedir (Rozenberg, 2016; Magro-Malosso ve ark.,2017). Doğumdan önce fetal ağırlığın $4500 \geq$ olduğunun tahmin edildiği durumda sezaryen doğum önerilmektedir. Doğum sırasında tespit edilen fetal makrozomi durumunda, fetal baş $+2$ seviyesinin üzerinde olduğunda ve doğumun ikinci evresinde ilerlememesi durumunda da sezaryen doğum önerilmektedir (Sentilhes ve ark., 2015; Schmitz, 2015)

Fetal makrozomi şüphesi varsa doğumun indüksiyonu, bazı diyabet hastaları dışında omuz distosisi insidansını azaltmamaktadır. Fiziksel gelişimindeki farklılıkları nedeniyle erkek cinsiyetli fetüste kız cinsiyetli fetüse göre omuz distosisi görülme olasılığının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ancak sadece erkek fetal cinsiyet, omuz distosisinin önlenmesi için sezaryenle doğumun tercih edilmesinde yeterince belirleyici kriter olarak görülmemektedir (Hill ve Cohen, 2016)

Omuz distosisi nadir görülen ancak ortaya çıktığında felaketle sonuçlanabilen beklenmedik bir durumdur. Bu nedenle, bu durumu yönetebilmek için doğum ekibinin omuz distosisi ile ilgili iyi eğitilmiş olması son derece önemlidir. Omuz distosisi için sistematik bir şekilde hazırlanılması, sürecin standartlaştırılması, takım eğitimi ve standart iletişiminin uygulanması, teknik becerilerle birlikte simülasyon eğitimlerinin verilmesi gerekmektedir. Ekip çalışması, iletişimin standardizasyonu ve klinik simülasyon, obstetride hasta güvenliği programlarının temel bileşenleridir. Sürekli iyileştirme

çalışmaları için simülasyon teknikleri ile hizmetiçi eğitimlerin düzenlenmesi omuz distosisi vakalarında iyileştirilmiş sonuçlar doğuracaktır. (Moni ve ark., 2016; Gilstrop ve Hoffman, 2016; Hill ve Cohen, 2016). Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda hem simülasyon eğitiminin hem de açık bir algoritmik yaklaşımın (Şekil 1. Omuz Distosisi Algoritması) omuz distosisinin yönetiminde neonatal ve maternal hasarları önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir (Gilstrop ve Hoffman, 2016; Sentilhes ve ark., 2015; Legendre ve ark., 2015). Adli sorunlara karşı kayıtların çok iyi tutulması gerekmektedir (Başbuğ, 2018).

Sağlık bakım süreçlerinin standardizasyonunun sağlanması, bakım ve sonuçların kalitesini artırdığı gösterilmiştir. ACOG (2002) tarafından standardizasyon sürecinin kolaylaştırılmasına için “Omuz Distosisi Kayıt Formu” geliştirilmiştir (Şekil 10. Omuz Distosisi Kayıt Formu). Bu formun, yayınlandığı tarihten itibaren ortaya çıkan klinik, bilimsel ve hasta güvenliği gelişmelerini yansıttığı ve gelişmeler doğrultusunda değiştirilebileceği belirtilmiştir. Formda yer alan bilgiler özel bir tedavi ya da prosedürün uygulanmasının zorunluluğu olarak algılanmamalıdır. Gelişmeler doğrultusunda form güncellenmelidir. Omuz distosisi vakalarında kullanılmak üzere hazırlanan bu form doğrudan kullanılabilir gibi kuruma özgü de hazırlanabilir. Ancak omuz distosisi vakalarında standart hale getirilmiş kontrol formlarının kullanılması kesinlikle önerilmektedir (ACOG, 2002)

2.7. Omuz Distosisinin Maternal ve Fetal Komplikasyonlar

Omuz distosisi sonrası görülen fetal komplikasyon brakial pleksus hasarı, klavikula ve humerus kırığı, perinatal asfiksi, hipoksik-iskemik ansefalopati ve perinatal mortalite riskleri artmaktadır. (Sentilhes ve ark., 2015; Lopez ve Saliba 2015; Hill ve Cohen, 2016). Omuz distosisi nedeniyle gelişen maternal komplikasyonlar ise kanama, atoni, laserasyon, uterin rüptür, pelvik taban hasarı olarak sıralanabilir (Anğin ve ark., 2014; Dahlke ve ark., 2017; O’Berry ve ark., 2017)

Ulusal ve uluslararası kurallara göre, doğum ekibinin omuz distosisi sonrası perinatal asfiksi durumunda yenidoğan resüsitasyonunu uygulayabilmelidir. Omuz distosisi sonrası yenidoğanda perinatal komplikasyon riski artar. Doğum ekibi bu komplikasyonları yönetebilmelidir. Yenidoğanın ilk klinik muayenesinde brakial pleksus hasarı veya klavikula kırığı gibi komplikasyonlar araştırılmalıdır. (Lopez ve Saliba 2015)

2.8. Omuz Distosisi Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar-RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2012)

1. Klinisyenler, doğum yapan kadınlarda mevcut risk faktörlerini bilmeli ve omuz distosisi olasılığına karşı daima uyanık olmalı D
2. Omuz distosisi için yapılan risk değerlendirmeleri, vakaların önlenmesinde yeterince öngörü sağlamamakta C
3. Doğumdan sorumlu personel rutin olarak omuz distosisi bulgularına dikkat etmeli ✓
4. Şüpheli makrozomik fetüsü olan ancak diabetik olmayan kadınlarda indüksiyon omuz distosisini önlemez D

5. GDM olan gebelerde termde indüksiyon omuz distosisi insidansını azaltabilir B
6. Fetal ağırlığın 4500 gr dan daha fazla olduğu tahmin edilen GDM'li veya öncesinde mevcut gebelik komplikasyonu bulunan kadınlarda morbidite riskini azaltılması için elektif sezaryen düşünülebilir D
7. Omuz distosisi sistematik olarak yönetilmeli ✓
8. Omuz distosisi tanısından hemen sonra ek yardım çağrılmalı
9. Fundal bası kullanılmamalı D
10. McRoberts manevrası basit, hızlı ve etkili bir müdahaledir ve ilk önce gerçekleştirilmeli D
11. McRoberts manevrasının etkinliğini artırmak için suprapubik basınç kullanılmalı D
12. Epizyotomi her zaman gerekli değil (internal manevralarda gerekli) D
13. McRoberts manevrası ve suprapubik basınç başarısız olduğunda iç manevralar kullanılmalı ✓
14. Omuz distosisili doğum yapanlarda doğum sonrası kanama ve şiddetli perineal laserasyon olasılığına karşı dikkatli olunması ✓
15. Bebek, doğum sonrası yaralanma riski açısından bir yenidoğan uzmanı tarafından muayene edilmeli ✓
16. Ebeveynlere doğumla ilgili bilgi verilmeli ✓
17. Ana-çocuk sağlığı hizmetlerde çalışan tüm personel, en az yılda bir kez omuz distosisi eğitimine katılmalı ✓(RCOG, 2012)

3. SONUÇ

Maternal ve neonatal sağlığın geliştirilmesinde omuz distosisinin önlenmesi, erken tanısı ve yönetiminde sistematik yaklaşım oldukça önemlidir. Simülasyon eğitimi yolu ile omuz distosisinin yönetimi konusunda ebelere beceri kazandırılması ya da mevcut bilgi ve becerilerinin iyileştirilmesi ve sürecin yönetiminde kanıta dayalı bir standardizasyonun oluşturulması ve kullanılması ile daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

Omuz Distosisi Kayıt Formu	
Hasta Ad-Soyad (hastaya ait barkod)	Tarih/Saat
Doğum tarihi:	
Doğumu yaptıran	Ebe : Doktor:.....
Gravida/Parite:.....	
Aktif evrenin başlama saati:.....	
İkinci evrenin başlama saati:.....	
Başın doğum saati:.....	
Omuz distosisi tanısının konulduğu ve yardım çağrıldığı saat:.....	
Posterior omzun doğum saati:.....	
Bebeğin doğum saati:.....	
Antepartum değerlendirme	
<input type="checkbox"/> Pelvis değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Önceki doğumun şekli <input type="checkbox"/> C/S <input type="checkbox"/> NVD <input type="checkbox"/> Önceki doğum sezaryen ise sezaryen endikasyonu: <input type="checkbox"/> Önceki doğumda omuz distosisi öyküsü var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Önceki doğumlarındaki bebeğin kilosu (en yüksek olan): <input type="checkbox"/> Gestasyonel diyabet var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Şuanki gebeliğinde tahmini fetal ağırlık: <input type="checkbox"/> Eğer tahmini fetal ağırlık 4,500 gr üzerindeyse (hastada GDM var ise) veya fetal ağırlık 5.000 gr'ın üzerindeyse (Hasta da GDM yoksa bile) sezaryen doğum önerilir.	
İnapartum değerlendirme	
Vertex doğumun şekli:	
<input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Müdahaleli (operatif)- İndiksiyon <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Forseps Anterior Omuz: <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol Başın çekilmesi(traksiyonu): <input type="checkbox"/> Hiçbiri <input type="checkbox"/> Standart Fundal basınç : <input type="checkbox"/> Uygulandı <input type="checkbox"/> Uygulanmadı Kullanılan Manevralar (uygulama sırasına göre belirtiniz) <input type="checkbox"/> Kalça fleksiyonu (McRoberts manevrası) <input type="checkbox"/> Arka kolun doğumu <input type="checkbox"/> Posterior skapula (Woods manevrası) <input type="checkbox"/> Suprapubik basınç <input type="checkbox"/> Dörtlü manevra (Gaskin manevrası) <input type="checkbox"/> Anterior skapula (Rubin manevrası) <input type="checkbox"/> Zavanelli manevrası	

Abdominal doğum

Epizyotomi: Uygulandı (epizyo şeklini belirtiniz.....)

Uygulanmadı *Epizyotominin genişlemesi:* Hiçbiri Üçüncü derece

Dördüncü derece *Laserasyon:* Hiçbiri

Üçüncü derece Dördüncü

derece *Kordon kan gazları laboratuvara gönderildi mi?*

Evet. Sonuç:.....

Hayır

Doğum odası veya ameliyathaneden ayrılmadan önce yeni doğanın durumu

Apgar skoru:.....

Doğum ağırlığı:.....

Yenidoğanda varsa hasar bulguları:.....

Mevcut personel:.....

Mevcut aile üyeleri:.....

Hasta ve aile danışmanlığı:.....

Doğum sonrası/ yenidoğan

Doğum aile ile tartışıldı

Perine değerlendirildi (Üçüncü veya dördüncü derece

laserasyon varlığı) Doğum sonu kanama açısından izlendi

Evet (Sonuç):.....

Hayır:

Yenidoğan doktoru ile iletişime geçildi (Eğer yenidoğanda asfiksi veya hasar varsa)

Doğum sonu anne-bebek takibi için

düzenleme Doğum sonu depresyon açısından

değerlendirme

Evet (sonuç):.....

Hayır:

Omuz distosisi için işlem basamakları

Omuz distosisini yönetirken aşağıdaki adımlar atılmalıdır:

1. Pediatri, anestezi ve yenidoğan yoğun bakım personeli personelinde yardım isteyin ve bir saatler kaydetmesi için bir personel görevlendirin
2. Manevrayı başlatın (örn. McRoberts manevrası)
3. Başarısızlık durumunda, diğer manevraları kullanmak veya manevraları tekrarlamak da dahil olmak üzere eylemlerin seyrini yeniden değerlendirin.
4. Abdominal doğumu düşünün
5. Kaydedin. (ACOG, 2002)

Şekil 2.Omuz Distosisi Kayıt Formu

Kaynak: Shoulder dystocia. ACOG Practice Bulletin No. 40. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2002;100:1045–50

4.KAYNAKLAR

1. Canela CD, Hughes J. (2017).Shoulder Dystocia. *StatPearls Publishing*
2. Sentilhes, L, Sénat, M. V., Boulogne A. I., Deneux-Tharaux C., Fuchs F., Legendre,G., Lejeune-Saada V. (2015). Shoulder dystocia: Guidelines for clinical practice, *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 44(10), 1303-1310.
3. Deneux-Tharaux C, Delorme P.(2015). Epidemiology of shoulder dystocia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*,44(10):1234-47
4. Hill MG, Cohen WR. (2016).Shoulder dystocia: prediction and management. *Women's Health*, 12(2): 251-261.
5. Mehta S. H, Sokol, R. J. (2014). Shoulder dystocia: risk factors, predictability, and preventability. *In Seminars inperinatology*, 38(4), 189-193.WB Saunders.
6. Güngören A,(2016). Omuz distosisi, *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 9(4):39-46
7. Tokmak A, Tekin Ö. M, Özcan KN, Erkaya S.(2016).Vajinal Doğumun Korkulan Komplikasyonu: Omuz Distosisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(4).
8. Gilstrap, M, Hoffman, M. K. (2016). An Update on the Acute Management of Shoulder Dystocia. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 59(4): 813-819.
9. Moni S., Lee C., Goffman, D. (2016). Shoulder Dystocia: Quality, Safety, and Risk Management Considerations.
 - a. *Clinical obstetrics and gynecology*, 59(4), 841-852.
10. Zhang C, Wu Y, Li S, Zhang D. (2018).Maternal prepregnancy obesity and the risk of shoulder dystocia: a meta- analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(4): 407-413.
11. Gurewitsch Allen ED. (2016). Recurrent Shoulder Dystocia: Risk Factors and Counseling. *Clinical Obstetrics AndGynecology*, 59(4): 803-812.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2016). Fetal Macrosomia, *Practice Bulletin Number*, 173
13. Ergen EB.(2018). 4500 Gram ve Üstü Fetusların Maternal ve Fetal Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1):21-23
14. Arık OH, Coşkun T, Leblebicioğlu GA.(2018). Obstetrik Brakiyal Pleksus Yaralanmaları. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*,11(1):71-5
15. Smith, S. (2016). Team training and institutional protocols to prevent shoulder dystocia complications. *Clinicalobstetrics and gynecology*, 59(4), 830-840.
16. Le Ray C, Oury JF. (2015). Management of shoulder dystocia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 44(10):1272-84Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2012). Shoulder Dystocia, 42, 2.
17. Fuchs F. (2015). Prevention of shoulder dystocia risk factors before delivery. *Journal de gynecologie, obstetriqueet biologie de la reproduction*, 44(10), 1248-1260.
18. Gümüş İİ, Karakurt F,Kargılı A,Turhan ÖN,Uyar EM. (2010). Gebelik öncesi vücut kitle indeksi ve
 1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

gebelikte kilo alımı ile perinatal sonuçlar arasındaki ilişki, *Turk J Med Sci*, 40 (3): 365-370

19. Rozenberg, P. (2016). In case of fetal macrosomia, the best strategy is the induction of labor at 38 weeks of gestation. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 45(9), 1037-1044.
20. Magro-Malosso, E. R., Saccone, G., Chen, M., Navathe, R., Di Tommaso, M., Berghella, V. (2017). Induction of labour for suspected macrosomia at term in non-diabetic women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(3), 414- 421.
21. Schmitz, T. (2015). Delivery management for the prevention of shoulder dystocia in case of identified risk factors.
 22. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 44(10), 1261-1271.
23. Legendre G., Bouet, P. E., Sentilhes L. (2015). Impact of simulation to reduce neonatal and maternal morbidity of shoulder dystocia. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 44(10), 1285-1293.,
 24. Başbuğ M. (2018). Omuz Distosisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 11(1):65-70
25. American College of Obstetricians and Gynecologists (2002). Shoulder dystocia. *ACOG Practice Bulletin* No. 40.
 - a. *Obstet Gynecol*, 100:1045–50
26. Lopez E, Saliba E. (2015). Neonatal complications related to shoulder dystocia. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 44(10), 1294-1302.
27. Anđın AD, Temizkan O, Karakuş R, Şanverdi İ, Polat M, Anđın P, Selçuk S. (2014). Doğum Sırasında Omuz Distosisi için Risk Faktörleri ve Perinatal Sonuçları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(2)
28. Dahlke JD, Bhalwal A, Chauhan SP. (2017). Obstetric emergencies: shoulder dystocia and postpartum hemorrhage. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 2017;44(2): 231-243.
29. O’Berry, P., Brown, M., Phillips, L., Evans, S. H. (2017). Obstetrical Brachial Plexus Palsy. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(7), 151-155.

70 - KANADA'DAKİ RYERSON ÜNİVERSİTESİ EBELİK BÖLÜMÜNDEN İZLENİMLER

¹Songül Aktaş,²Hafize Öztürk Can, ²Yeliz Çakır Koçak

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, Trabzon.

²Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İzmir.

ÖZET

Amaç: Kanada'da akademik amaçlı ziyaret edilen Ryerson Üniversitesi Ebelik Bölümüne yönelik elde edilen bilgi ve izlenimleri paylaşmaktır.

Yöntem: Derleme, bir dünya kongresi olan 31. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM) Ebelik Kongresi (The 31st Triennial Congress in Toronto/ Canada) kapsamında 15-22 Haziran 2017 tarihleri arasında Kanada'da yapılan akademik ziyaretler sonucu oluşturulmuştur. Bu kapsamda bir üniversitenin ebelik bölümü incelenebilmiştir. İzlenimler için kurumdan onay alınmıştır.

Bulgular: Ryerson Üniversitesi, Kanada'nın seçkin devlet üniversitelerden biridir. Bu üniversitenin ebelik bölümüne öğrenci aday olarak başvurabilmek için; lise akademik başarı notu, sabıka kaydı, ebelik mesleğine yönelik ilgi ve vizyonu ölçen sorulara yanıt mektubu gerekmektedir. Öğrenci seçme jürisi, yanıt mektubunu inceler ve uygun görürse adayı mülakata çağırır. Mülakatı kazanan aday ebelik bölümünde öğrenci olur. Mülakattaki jüri üyeleri; adayın başvurduğu üniversitenin öğretim elemanları ve klinikteki deneyimli ebelerden (senior) oluşmaktadır. Ryerson Üniversitesi'nde ebelik eğitimi dört yıldır. Güz, Kış ve Bahar olmak üzere üç eğitim- öğretim dönemi bulunmaktadır. Eğitimin üçüncü yılında yalnız Bahar Dönemi vardır. Eğitim Programı, klinik öncesi ve klinik olmak üzere iki kısımdan oluşur: Klinik öncesi ve Klinik Dönem. Klinik öncesi dönem, en az 1.5 yıl en fazla 2.5 yıl sürmektedir. Bu dönemi başarıyla tamamlayan öğrenciler, Klinik Dönem'e geçebilmektedir. Klinik Dönem 2.5 yıl sürmektedir. Bu dönemde, çok yönlü ebelik becerilerinin ve ebelik felsefesinin geliştirilmesinin amaçlandığı öğrenciden beklentiler yüksektir. Klinik uygulamalarda mentörler görevlendirilmektedir.

Sonuç: Ryerson Üniversitesi Ebelik Bölümü'nün eğitim içeriği; sağlık, sosyal ve biyolojik bilimlerin karışımından oluşmaktadır. Farklı bir kültür ve ülke olarak ülkemizdeki ebelik mesleğini güçlendirmek ve anne-yenidoğan sağlığını yükseltmek için bu izlenimler çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kanada, Ryerson Üniversitesi, Ebelik, Eğitim Programı.

Impressions From The Midwifery Department At Ryerson University In Canada

ABSTRACT

Aim:To share the information and impressions obtained for the Midwifery Department visited for academic purposes at Ryerson University in Canada.

Method: This observation was created at the 31st ICM (International Confederation of Midwives) Midwifery Congress which is a world congress in Canada (June 15-22, 2017). The congress secretaria organized a visit to midwifery department. In this way some participants were able to make academic visits to the midwifery department with in the congress. In this context, the midwifery department could be investigated. Approval was obtained from the institution for impression.

Results: Ryerson University is one of Canada's distinguished public universities. In order to apply to the midwifery department of this university as a student candidate; high school academic achievement grade, rap sheet, a letter of response to questions that measure the interest and vision to the midwifery profession is required. The student selection jury examines there sponse letters and, if appropriate, calls the candidates for an interview. The candidate who wins the interview becomes a student in midwifery department. Members of the jury in the interview consist of the instructors of the university and the experienced midwives (senior) in practice area. Midwifery training at Ryerson University is four years. There are three educational periods/semesters: Fall, Winter and Spring. Only the third year has a period: the Spring Semester. Education Programme consists of two parts as pre-clinical and clinical. Preclinical period lasts at least 1.5 years, maximum 2.5 years. Students who successfully complete the preclinical period can pass to clinical period. Clinical period lasts 2.5 years. In the clinical period, it is aimed to develop multi-dimensional midwifery skills and midwifery philosophy, and the expectations from the student are high in this period. Mentors are assigned in clinical practice.

Conclusion: The educational content of Ryerson University Midwifery Department; consists of a combined of health, social and biological sciences. These impressions are very important to strengthen the midwifery profession and to increase the health of mother-newborn as a different culture and country in our country.

Keywords: Canada, Ryerson University, Midwifery, Education program.

GİRİŞ VE AMAÇ

Ebelik mesleği, insanlığın varoluşundan bu yana nesilden nesile aktarılan bilgiler ile uygulanan dünyanın en eski mesleklerinden biridir. Başlangıçta geleneksel tıp ya da halk tababeti içinde konumlanan ebelik mesleği, tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak ilerlemiş, günümüzde eğitim ile kazanılan, bilim ile sanatı birleştiren, bilimsel ve etik değerler üzerine temellenmiş profesyonel bir disiplin olarak tıp meslekleri içinde yerini almıştır (Altay, 2017; Çakır Koçak ve ark., 2017).

Mesleğin profesyonellik gücünün artırılmasında ulusal ve uluslararası etik standartların belirlenmesine ayrıca, özelleştirilmiş profesyonel bilgi ve beceri kazandıran eğitim standartlarına gereksinim vardır. Bu gereksinimlerin karşılanabilmesinde ise nitelikli eğitim ve eğitim unsurları önemli yer tutmaktadır (Çakır Koçak ve ark., 2017). Kadın ve yenidoğan sağlığı özelinde aile ve toplum sağlığının gelişimi için ebelik mesleği kilit rol oynamaktadır. Ebelik mesleğini icra edecek öğrencilerin yüksek nitelikte eğitim alması ise meslek profesyonellerinin daha donanımlı olmasını sağlayacaktır. Bu doğrultuda, uluslararası alanda özellikle gelişmiş ülkelerdeki ebelik eğitiminin takibi ve gelişmekte olan ülkelere bu uygulamaların aktarılması ebelik mesleğinin gelişimi açısından önemlidir.

Gözlemsel derleme, bir dünya kongresi olan 31. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM) Ebelik Kongresi (ICM The 31st Triennial Congress in Toronto/ Canada) kapsamında 15-22 Haziran 2017 tarihleri arasında Kanada’da yapılan akademik ziyaretler sonucu oluşturulmuştur (Milliyet, 2017). Bu kapsamda bir üniversitenin ebelik bölümü incelenebilmiştir (Resim 1). İzlenimler için kurumdan onay alınmıştır. Derlemede amaç; Kanada’da akademik amaçlı ziyaret edilen Ryerson Üniversitesi Ebelik Bölümüne yönelik elde edilen bilgi ve izlenimleri paylaşmaktır.

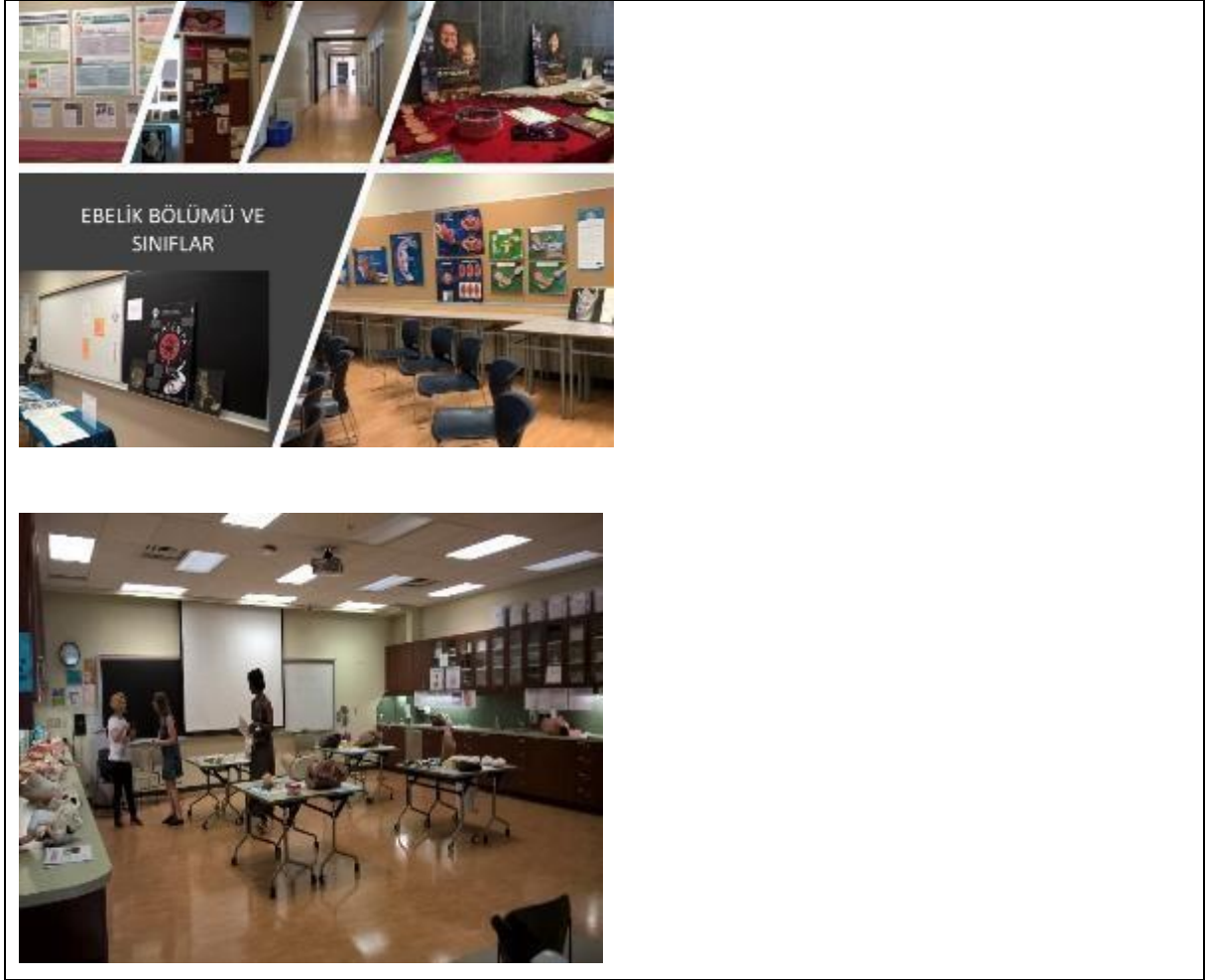
RYERSON ÜNİVERSİTESİ VE EBELİK BÖLÜMÜ

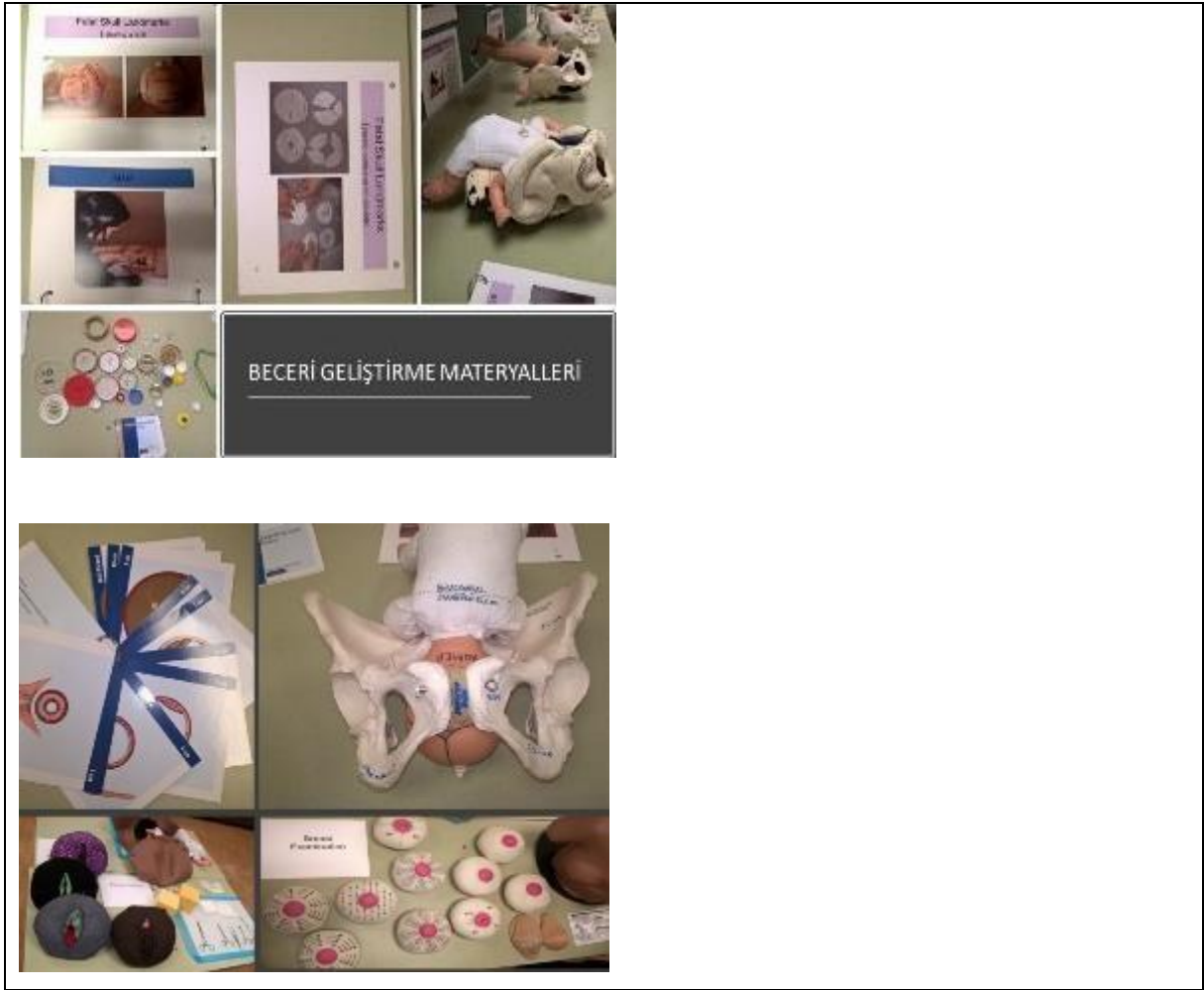
Ryerson Üniversitesi, Kanada’nın Ontario Eyaletinin Toronto Şehrinde yer alan seçkin devlet üniversitelerden biridir. Üniversite 1948 yılında kurulmuştur. Kariyer geliştirme ve girişimcilik odaklı bir üniversitedir. Bu üniversitede 62 lisans, 55 yüksek lisans ve doktora programı bulunmaktadır. Üniversite 2.300 yüksek lisans ve doktora öğrencisi, yaklaşık 2.700 öğretim üyesi ve personeli ve dünya çapında 140.000’den fazla mezun dahil olmak üzere 38.950 öğrenciye ev sahipliği yapmaktadır. Üniversitede 125’ten fazla araştırma birimi ve laboratuvarı bulunmaktadır. Üniversitede 70 tane öğrenci topluluğu bulunmaktadır. Kariyer geliştirme için, öğrencilere özel eğitim fırsatları sunulmaktadır.

İlgili üniversitenin ebelik bölümüne öğrenci adayı olarak başvurabilmek için öğrenci tarafından bazı soruların yanıtladığı mektubun üniversitenin ebelik bölümüne sunulması gerekir. Bunlar; lise akademik başarı notu, sabıka kaydı, öğrencinin ebelik mesleğine yönelik ilgisini ve vizyonunu ölçen sorulardır. Adayların yanıt mektubunda şu temel sorulara cevap vermeleri istenir: **“Niçin ebe olmak istiyorsun? Ebelik mesleğine ne gibi katkılar sağlayacaksın? İyi ebe olmak için, hangi deneyimlere sahipsin?”** Öğrenci seçme jürisi yanıt mektubunu inceler ve uygun görürse adayı

mülakata çağırır. Mülakatı kazanan aday ebelik bölümünde öğrenci olur. Mülakattaki jüri üyeleri; adayın başvurduğu üniversitenin öğretim elemanları ve klinikteki deneyimli ebelerden (senior) oluşmaktadır.

Resim 1: Ryerson Üniversitesi Ebelik Bölümü Fotoğrafları





Kaynak: Orijinal çekim

Ryerson Üniversitesi'nde ebelik eğitimi Türkiye'deki gibi dört yıldır. Güz, Kış ve Bahar olmak üzere üç eğitim-öğretim dönemi bulunmaktadır. Eğitimin üçüncü yılında yalnız bahar dönemi vardır. Ebelik Eğitim Programı (EEP) içeriği; sağlık, sosyal ve biyolojik bilimlerin karışımından oluşmaktadır. EEP; klinik öncesi ve klinik olmak üzere iki kısımdan oluşur. Klinik öncesi dönem, en az 1.5 yıl en fazla 2.5 yıl sürmektedir. Öğrenciler ilk 1,5 yıl kliniğe çıkmamakta, sadece teorik dersler almaktadır. Daha sonraki yıllarda öğrenciler, her sömestr kliniğe çıkmaktadır. Öğrencilerin ilk yılında Anatomi, Fizyoloji, Yaşam bilimleri (kimya, biyokimya mikrobiyoloji vb) gibi dersler bulunmaktadır (Tablo 1) (Ryerson University, 2018).

Tablo 1'de gösterilen Ryerson Üniversitesi EEP'deki bazı derslerin içeriğine kısaca değinmekte fayda vardır.

I. Klinik öncesi dönem (3 yarı dönem):

- **Ebelik: Kadın ile (Ebeliğe giriş);** Bu derste öğrencilerin ebelik mesleğini kavramaları, kadınların gebelik, doğum ve lohusalık deneyimlerini anlamaları amaçlanmaktadır.
- **Ebelikte Farklı Gruplarla Çalışmak;** Dersin içeriği, ebeğin ırk, sınıf, cinsellik gibi farklı sosyolojik ve antropolojik yapıdan gelen kadınlara / ailelere hizmet verirken transkültürel ebelik bakımının önemini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Ayrıca bu ders, engelli kadınların obstetrik hizmet gereksinimlerine de vurgu yapmaktadır.

- **Ebelik: Klinik Beceriler;** Bu derste öğrencilerin, prenatal, intrapartum, postpartum dönemde temel ebelik bakımını kapsayan beceriler kazanması hedeflenmektedir. Kliniğe hazırlık amaçlı bir derstir.
- **Yaşam Bilimleri;** Bu ders kimya, biyokimya, mikrobiyoloji ile ilgili konuları kapsamaktadır. Hastalıklarla ilişkili klinik biyokimyayı değerlendirebilme, örnek alma (akıntı örneği vb) dersin ana amaçlarındandır.
- **Üreme Fizyolojisi;** Bu dersin içeriği, insanın iç kontrol mekanizmasının ve dış etkenlerin üreme fizyolojisi üzerine etkisini ve üreme sürecinde normal fizyolojik mekanizmayı değiştiren tıbbi durumları ortaya koymayı amaçlamaktadır.
- **Aborjin Doğum;** Bu derste temel amaç, Kanada’da yaşayan ilk yerli insan topluluğu olarak da bilinen aborjinal kadınların kültürlerine saygı duyularak, nitelikli ebelik bakımı almalarını sağlamaktır. Ders aborjin (yerli) kadınların tıbbi, kültürel ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılayarak, geleneksel aborjin bilgi ve tıbbi ile çağdaş uygulamalar arasında köprü kurarak, geleneklere saygılı geleneksel tıbbi da önemseyen modern maternal ebelik bakımı sağlamayı amaçlamaktadır.
- **Seçmeli dersler;** Öğrenciler klinik öncesi dönemin ilk 1.5 yılında; kadın çalışmaları, mesleki ve sosyal bilimler olmak üzere 3 farklı alandan seçmeli ders almak zorundadır. Örneğin, doğumu anlamlandırmada “**Popüler Kültür ve Medya**” seçmeli derslerden bir tanesidir. Bu seçmeli dersler aşağıda detaylıca açıklanmıştır:

Tablo 1: Ryerson Üniversitesi Ebelik Bölümü Programının Eğitim-Öğretim Dönemlerine Göre Ders Dağılımı (Full Time Program)

	Güz	Kış	Bahar /Yaz
1.yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Ebeliğe Giriş • Anatomi & Fizyoloji • Ebelikte sosyal adalet • Araştırma literatürünün eleştirel değerlendirmesi • Mesleki Alan Seçmeli Dersleri • Kadın Sağlığı Alanı Seçmeli Dersleri 	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomi & Fizyoloji • Ebelikte sosyal adalet • Ebelik • Yaşam bilimleri • Aborjin doğumu • Kadın Sağlığı Alanı Dersleri 	Seçmeli

2.yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Ebelik: Klinik Beceriler • Üreme psikolojisi • Farmakoterapi • Sosyal Bilimler Alanı Seçmeli Dersleri • Sosyal Bilimler Alanı Seçmeli Dersleri 	<ul style="list-style-type: none"> • Ebelik: Normal Doğum 	
3.yıl	<ul style="list-style-type: none"> • İleri Klinik Beceriler-I • Meslekler arası ebelik bakımı • Meslekler arası çalışma/ Staj I 	<ul style="list-style-type: none"> • Ebelik Meseleleri / Yayınları • Meslekler arası çalışma/ Staj II 	<ul style="list-style-type: none"> • İleri Klinik Beceriler-II • Komplikasyonlar ve Konsültasyon
4.yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Anne ve yenidoğan patolojileri 	<ul style="list-style-type: none"> • Ebelik Bakımı İntörn Stajı 	

Birinci yılda seçmeli dersler: Hem kadın çalışmalarını hemde mesleki konuları kapsamaktadır. “**Kadın çalışmaları**” seçmeli ders başlığı altında yedi tane ders vardır. “**Mesleki Alan**” seçmeli ders başlığı altında 19 tane ders vardır. Birinci yılın ilk yarı döneminde öğrenciler iki seçmeli ders almak zorundadır. Bu seçmel derslerden biri kadın çalışmalarından, diğeri ise mesleki alandan olmak zorundadır. Birinci yılın ikinci yarı döneminde de öğrencilerin bir tane “kadın çalışmaları” alanından ders seçmeleri zorunludur.

İkinci yılın ilk yarı dönemi seçmeli dersler: Öğrencilerin ikinci yılın ilk yarı dönemi iki tane seçmeli ders seçmesi zorunludur. Bu seçmeli dersleri, sadece sosyal bilimlerden seçmesi gerekmektedir. Sosyal bilimlerden seçebileceği 21 tane seçmeli ders vardır. Bu derslerin bazıları şunlardır: Sağlık bakım sistemi, engellilik durumları, Aile ve şiddet, Etik ve sağlık bakımı, Sağlığı yükseltme ve toplumu geliştirme, Sağlık ve globalleşme, Doğum ve anlamı, Kanada'nın öyküsü: Aborjinal bakış, Toplumu anlamak, Toplum hizmetlerinde ekip çalışması, Stres yönetimi, Ölüm ve kayıp.

Ebelik Bölümü Programı'nın, klinik öncesi aşamasındaki sınıflarda öğrenci sayısı 15-35 arasında değişmektedir. Eğitimler, sınıf ortamında ve yüz yüze şeklindedir. **Klinik öncesi dersler;** gerek sosyal gerekse sağlık bilimleri yönüyle güçlü bir temel sağlamayı amaçlamaktadır. Ayrıca, bu dönemde öğrencilerin, klinikte yapılan araştırmalar ile tanışmaları ve bu araştırma sonuçlarının nasıl yorumlanacağına dair bir beceri geliştirmeleri amaçlanır. Gerek klinik öncesi gerekse klinik dönemdeki öğrencilerin her hafta dersi vardır. EEP; didaktik anlatım, simülasyon, laboratuvar çalışmaları vb. tekniklerle sunulmaktadır. Öğrencilerin ders başarı durumunun değerlendirilmesinde, sunumlar (ders kapsamındaki ilgili araştırma literatürünü inceleme gibi), grup tartışmaları, yazılı sınavlar (vize ve final sınavı), vaka sunumu gibi temel ölçütler değerlendirilir.

Ryerson Üniversitesi Ebelik bölümünde klinik öncesi dönemi başarıyla tamamlayan öğrenciler, klinik döneme geçebilmektedir. Klinik dönem 2.5 yıl sürmektedir. Bu dönem, çok yönlü ebelik becerilerinin ve ebelik felsefesinin geliştirilmesi amaçlanan, öğrenciden beklentilerinin yüksek

olduğu dönemdir. Klinik uygulamalarda mentörler görevlendirilmektedir.

II. Klinik dönem (5. yarı dönem):

- **Ebelik: Normal Doğum;** Ders ebe eğitmen eşliğinde, küçük gruplar halinde işlenir. Prenatal, travay, doğum, postpartum ve neonatal dönemde bakımın planlanması ve değerlendirilmesi amaçlanır. Değerlendirme ve primer bakım verme üzerine odaklanır.
- **Anne ve Yenidoğan Patolojileri;** Bu ders doğum eyleminin başından sonuna kadar primer ebelik bakımı sağlamak için klinik bilgi ve beceri sağlamayı hedefler. Ders ebe eğitmen rehberliğinde yürütülür. Komplike ve konsültasyon yapılacak durumları bilme, diğer bakım veren meslek üyeleri ile konsültasyon yapma ve bu doğrultuda karar verme becerisini geliştirme dersin ana amaçlarındandır.
- **İntörn Stajı (Clerkship);** Bu ders, klinik uygulamalarda klinik becerilerin geliştirilmesine ve karar vermeye odaklanır. Ebe eğitmen rehberliğinde verilen ders, primer bakım verici olarak ebeğin rolünü sağlamlaştırma amaçlıdır. Minimum düzeyde eğitmen ya da mentör desteği alınarak, ebelik öğrencisinin, kendisinin bağımsız karar vermesi amaçlanır. Bu ders (intörn stajı) kapsamında seminerler yapılır. Seminerlerde vaka değerlendirmelerine ve ebelik uygulamalarına odaklanılır.
- **İleri Klinik Beceriler;** Bu ders İleri Klinik Beceriler 1 ve 2 olmak üzere ikiye ayrılır.
- **Mesleklerarası Çalışma-Staj 1 (Inter professional placements I);** Klinik dönemdeki bu ders ebelik öğrencisinin travay odası, doğum birimi, neonatal bakım birimleri veya pediatrik alanlar, obstetrik alan, primermaternal bakım kuruluşları gibi birimlerde hem kendi meslektaşlarıyla hem de diğer meslek disiplinindeki bakımsağlayıcılarıyla hizmet vermede hem kendi mesleki rolünü hem de multidisipliner (disiplinlerarası) çalışma becerisini öğrenmesini amaçlar.
- **Mesleklerarası Çalışma-Staj II (Inter professional placements II);** Bu klinik dönemdeki ders tıpkı Staj I'de olduğu gibi öğrencinin maternal, fetal, yenidoğan ve pediatrik alanlar gibi farklı birimlerde çalışan ebelerin sorumluluklarını öğrenmesini ve bu birimde ebelik dışında bakım veren sağlık profesyonelleri ile multidisipliner çalışma becerisi kazanmasını amaçlar.
- **Ebelik meseleleri (Midwifery Issues);** Bu ders öğrencilere online olarak verilir. Ders; normal doğumuyiyeleştirme, anne ve çocuk sağlığı politikaları, risk yönetimi, etik ve uluslararası ebelik gibi mesleki konular üzerine odaklanır. Dersin temel hedeflerinden biri, öğrencinin ebelik ile ilgili okuduğu yayınlarla bir sentez oluşturabilmesidir. Bu ders ile öğrenciler, fakülte ile akranları ve meslektaşları vb. ile online olarak etkileşime girmiş olmaktadır.

Ryerson Üniversitesi EEP'de öğrencilerin klinik döneme tam zamanlı katılması zorunludur. Bu dönemde öğrencilerin iletişim, danışmanlık, bakım verme, konsültasyon, araştırma yapma gibi temel becerileri kazanmaları ve mesleki bir yetkinlik kazanarak mezun olmaları amaçlanır. Öğrenciler klinik uygulama amaçlı gittikleri ev veya hastaneye kendi maddi imkanları ile giderler. Her öğrencinin bir bilgisayarının olması zorunludur. Doğuma giderken kendilerinin araba kullanmaları gerekmektedir. Öğrencilerin çalışacağı klinik birimleri, kendi yaşadıkları coğrafi bölgelere göre seçebilme hakları vardır.

Öğrencilerin başlıca klinik alanları; ev, hastane, doğum merkezleri, maternal birimler'dir. Bu ülkede mezun olan ebelerin; meme apsesi ve genital enfeksiyonları önlemede bazı antibiyotikleri ve doğum sürecinde sentetik oksitosin türevi ilaçları reçete etme yetkileri bulunmaktadır. Ebelerin rahim içi araç uygulama yetkileri bulunmamaktadır.

MEZUNİYET İÇİN KLİNİK GEREKSİNİMLER

Ryerson Üniversitesi'nin ebelik bölümü mezuniyet kriteri, bağlı bulunduğu eyalette yer alan Ontario Ebeler Birliği'nin yeterli klinik deneyimini karşılamak için oluşturduğu kriterlere tabidir. Bu bağlamda Ryerson Üniversitesi Ebelik bölümünden mezun olabilmek için asgari düzeyde şu mezuniyet kriterlerinin karşılanması gerekmektedir:

- En az 60 doğuma katılma ve bu 60 doğumun 40'ında primer bakım sağlayan olma ve bakım sağlayıcı olarak alma,
- Beş tanesi primer bakım veren olmak üzere evde 10 doğumda bulunma,
- Hastanede 10 doğumda bulunma,
- Öğrenci 30 doğumda, gebelik, travay, doğum ve doğum sonrası (doğumdan sonraki ilk 6 haftayı kapsayacak şekilde) dönemini kapsayacak şekilde sürekli bakımını sağlamış olmalı.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ryerson Üniversitesi Ebelik Eğitim Programı (EEP), sağlık, sosyal ve biyolojik bilimlerin karışımını içermektedir. Bu program, *bireylerin kültürüne duyarlı ebelik bakımını esas alan teori ve becerilerden* oluşmaktadır. Derslerin hem multidisipliner hem de İnterdisipliner olarak yürütüldüğü görülmektedir. Bu üniversitede EEP, klinik öncesi dönemdeki akademik dersler ile klinik dönemdeki dersleri birleştirerek klinik öğrenme sağlamayı amaçlamaktadır. Derslerde, probleme dayalı bir öğrenme yaklaşımını esas alır.

Farklı ülkelerde ebelik eğitim sistemi, her toplumun kendi ihtiyaçlarına, sosyal yapısına ve politikalarına göre değişiklik gösterebilir. Eğitimde temel nokta; toplum sağlığının güçlendirilmesinde anne ve çocuk sağlığının güçlendirilmesi, anne ve yenidoğanın korunması üzerinedir. Tüm bunlar düşünüldüğünde; farklı bir kültür ve ülke olarak ülkemizdeki ebelik mesleğini güçlendirmek ve anne-yenidoğan sağlığını yükseltebilmek için bu izlenimler çok önemlidir. Dünyada sağlık ihtiyaçları benzer olmakla birlikte sağlık sisteminin iç içe geçtiği günümüzde en iyi olanı aramak, bulmak ve kendi eğitim sistemimize katkısını koymak önemli bir çabadır.

Teşekkür

Bizlerin bu birimleri ziyaret etmemize vesile olan dünya genelindeki bu ebelik kongresini düzenleyen ICM yetkililerine ve Kanada Ebeler Derneği'ne, doğum merkezlerini ziyarette bize eşlik eden birim yetkililerine, Kanada'da birlikte olduğumuz ve Türk ebeliğini en iyi şekilde temsil etmeye çalıştığımız meslektaşlarımız sayın Prof. Dr. Zekiye Karaçam'a, Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Burcu Yurtsal'a, Arş. Gör. Dr. Zehra Baykal Akmeşe'ye, Arş. Gör. Habibe Bay'a, Arş. Gör. Sevil Güner'e, maddi ve manevi

destek veren tüm üniversite yetkililerine, Ebelikte Eğitim Araştırma ve Geliştirme (EBEARGE) Derneği'ne ebelik bilimi adına sonsuz teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- 1.. Altay, S. (2017). Cumhuriyet'in İlk On Beş Yılında Ebelik Eğitime ve Mesleğin Dönüşümüne Dair Kısa Bir Bakış (1923-1938). Journal of Modern Turkish History Studies/Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi, 17(35).
- 2.. Çakır Koçak, Y., Öztürk Can, H., Yücel, U., Demirelöz Akyüz, M., & Çeber Turfan, E. (2017). Türkiye'de Ebelik Bölümlerinin Akademik ve Fiziki Profili. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4 (2), 88-97. DOI: 10.17681/hsp-dergisi.293047
- 3.. Milliyet, Türk Ebelerden Kanada Çıkarması, 20 Temmuz 2017. Erişim adresi: <http://www.milliyet.com.tr/turk-ebelerden-kanada-cikarmasi-izmir-yerelhaber-2175980/> Erişim tarihi: 18.11.2018
- 4.. Ryerson University Midwifery Education Program Erişim adresi: <https://www.ryerson.ca/midwifery/> Erişim tarihi: 20.10.2018

71 - OBSTETRİK SİMÜLASYONLARIN EBELİK EĞİTİMİNDE KULLANIMI Akgül KURU OKTAY¹, Nazan TUNA ORAN²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Özet

Amaç: Ebelik eğitimi, profesyonel olarak sağlık hizmetlerinde görev alacak meslek adaylarının yeterli bilgi ve beceri düzeyine sahip olarak mezun olmasını amaçlamaktadır. Bu amaca yönelik olarak istenilen niteliklere sahip yetkin bir profesyonel ebe yetiştirmek ancak yeterli teorik bilgi ve uygulama becerisi ile mümkündür. Eğitimde teorik bilgi ile uygulamanın bütünleşmesini sağlamak, öğrencilere mesleğin gerektirdiği becerileri gerçek ortamda uygulama ve yaşayarak öğrenme fırsatı vermektedir. Ancak gerçek hasta üzerinde uygulama yapmadan önce, simülasyon tekniği kullanılarak öğrencilerin beceri düzeyleri geliştirilmektedir. Böylece klinik ortamda öğrencilerin gerçek hasta üzerinde uygulamaları daha kolay ve güvenli yapmaları sağlanarak beceri eğitimi desteklenmektedir. Bu bildirinin amacı, obstetrik simülasyonların ebelik eğitiminde kullanımını incelemektir.

Bulgular: Simülasyon teorik bilgi ve uygulama alanları arasında geçiş süreci olup, öğretilmek istenen bir uygulama/girişim/süreç/klinik durum/davranışın gerçeğine mümkün olduğu kadar yakın koşullar altında öğrenilmesini sağlayan bir yöntemdir. Simülasyon tekniğinde, mesleki uygulamalar anatomik modeller üzerinde gerçek aletler ve diğer eğitim materyalleri kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Ebelik eğitiminde obstetrik simülasyonların kullanımı 16-17. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Bu alanda en eski simülasyon araçları phantom olarak bilinen maketlerdir. Bunlar ebelerin beceri düzeyini arttırmak, anne ve bebek ölümlerini azaltmak amacı ile kullanılmıştır. Fransa Kralı'nın ebesi Madame Du Coudray, tüm Fransa'yı dolaşarak ebelerin bilgi ve beceri düzeyini geliştirmek için eğitimlerinde simülasyondan yararlanmıştı. Ebelik eğitiminde daha sonraları torsoslar, pelvis, yenidoğan modelleri yanında amniosentez, epizyotomi tamiri, forseps kullanımı gibi uygulamaları öğretmek amacıyla birçok simülasyon aracı tasarlanmıştır. 20. yüzyılın sonlarında ise motorlu cihazlara sahip gerçek insan boyutundaki mankenler geliştirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda simülasyon kullanımının en önemli interaktif yöntemlerden biri olduğu belirtilirken gerçekçi bir ortam sağladığı, mesleki becerilerin geliştirilmesinde klinik ortamlar kadar yararlı olduğu ifade edilmektedir. Obstetri alanında mezuniyet sonrası eğitimlerde de son yıllarda kullanımı artan simülasyona dayalı eğitimlerin ebelere klinik karar verme becerilerinin öğretilmesinde etkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Obstetrik simülasyonlar ile gerçekleştirilen beceri eğitimleri, gerek öğrencilerin ve gerekse de meslek mensuplarının profesyonel ebelik kimliğine uygun olarak yetkinlik kazanmaları açısından önem taşımaktadır. Günümüzde obstetrik simülasyonların ebelik eğitiminde kullanımı artmış ve simülasyon araçları gerçeğe daha yakın hale gelmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik eğitimi, simülasyona dayalı eğitim, beceri eğitimi.

Use Of Obstetric Simulations In Midwifery Education

Abstract

Aim: Midwifery education aims to graduate the vocational candidates who will take part in health care professionally with sufficient knowledge and skill level. For this purpose, a qualified professional midwife with the required qualifications is only possible with sufficient theoretical knowledge and application skills. To provide the integration of theoretical knowledge and practice in education gives the students the opportunity to learn and apply the skills required by the profession in the real environment. However, before applying on the real patient, students' skill levels are developed using the simulation technique. In this way, skills training is supported by providing the students to make the applications easier and safer on the real patient. The purpose of this paper is to examine the use of obstetric simulations in midwifery education.

Findings: Simulation is a transition process between theoretical knowledge and application areas and it is a method that enables the learning of a desired application/intervention/process/clinical situation/behavior to be taught under the conditions as close as possible. In the simulation technique, professional practices are carried out using real tools and other training materials on anatomical models. The use of obstetric simulations in midwifery education dates back to 16th and 17th centuries. The oldest simulation tools in this area are known as phantom. These are used to increase the skill level of the midwives and to reduce the mortality of the mother and infant. Madame Du Coudray, the King of France, took advantage of the simulation in the training of midwives to improve their knowledge and skills all around France. In the midwifery education, many simulation tools were designed to teach applications such as torsos, pelvis, neonatal models, amniocentesis, episiotomy repair, forceps use. At the end of the 20th century, mannequins of real human size with motorized devices were developed. It is stated that the use of simulation is one of the most important interactive methods in the studies and provides a realistic environment and is useful in the development of professional skills as well as clinical environments. In the field of obstetrics, it has been determined that education based on simulating increased use in post-graduation education in recent years has been effective in teaching midwives' clinical decision making skills.

Conclusion: The skills training performed with birth simulations are important in terms of gaining competence in accordance with the professional midwifery identity of both students and professionals. Nowadays, the use of birth simulation in midwifery education has increased and the simulation tools have become closer to reality.

Keywords: Midwifery education, simulation-based education, skill training.

Giriş

Teknolojinin hızla değiştiği ve yenilediği günümüzde, sağlık ve eğitim ortamları da bu gelişmelerden etkilenerek daha yapılandırılmış bir şekle dönüşmüş, eğitim ve öğretim sürecinin her aşamasının etkili ve nitelikli olabilmesi için, farklı yöntem ve teknikler geliştirilerek kullanılır olmuştur. Bu eğitim/öğretim yöntem ve tekniklerinden ebelik eğitiminde de yararlanılmaktadır (1). Uygulamaya dayalı tüm disiplinlerde olduğu gibi ebelik alanında da temel amaç, teorik bilgi ile uygulamayı birleştirerek profesyonel ebe kimliği için gerekli olan mesleki becerilerin ve yetkinliğin kazandırılmasıdır. Bu amaca ulaşmak için, öğrencinin öğrenme sürecine aktif katılımı sağlanarak gerçekleştirilen “interaktif yöntemler” den yararlanılmaktadır (2,3). İnteraktif yöntemlerden biri olan simülasyon, sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin ve sağlık profesyonellerinin mesleki eğitiminde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ebelik eğitiminin farklı düzeylerindeki mesleki becerileri öğretmek, öğrenmek ve değerlendirmek için mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve yaşam boyu eğitimde kullanılan çok önemli bir eğitim stratejisidir (4,5).

Literatür, ebelik eğitiminde simülasyonun hem öğrenciler hem de hastalar için yararlı olduğu, sağlık profesyonellerini uluslararası önerilere uygun olarak/doğrultusunda daha güvenli ve zamanında müdahaleler konusunda eğitmek için kullanılabileceği, bu yöntemle öğrencilerin klinik uygulamalara karşı sorumluluğunu artırdığını ve genel bakımın niteliğini geliştirdiğini göstermektedir.

Simülasyon Kavramına ve Tarihine Kısa Bir Bakış

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre “benzetim, öğreence, taklit etme, benzerini yapma, öğrenmek amacıyla benzerini yapma” (6) gibi anlamlar barındıran simülasyon, “*bir araç/makine/sistem ya da bir olguya özel mekanizmayı veya işleyiş şeklini incelemek, göstermek ya da açıklamak, gerçekte var olan görev/ilişki/olay/donanım/davranışların veya bilişsel etkinliklerin bir maket/manken/bilgisayar programı kullanılarak bazen de bir insan aracılığı ile yapay bir ortamda taklit yoluyla öğretme/öğrenmeyi sağlayan bir yöntemdir*” (7-11).

Simülasyonun geçmişi 5000 yıl öncesine dayanmaktadır ve ilk simülasyonlar WEICH olarak bilinen Çin savaş oyunları için tasarlanmıştır. 1800’lerden itibaren de orduların planlanmasında yararlanılmıştır (10). 1929’da geliştirilen uçak simülatörü askeri ve havacılık alanında 1970’lere kadar eğitim ve değerlendirme amacıyla kullanılmıştır. Günümüzde savunma ve havacılığın yanı sıra otomobil, inşaat, moleküler biyoloji, sağlık gibi çeşitli alanlarda simülasyon kullanımı genişlemiştir (10-12). Görüldüğü gibi simülasyonun ilk kullanımı havacılık ve askeri eğitim gibi risk düzeyi yüksek alanlardır. Bu yöntemle kişilere, risk açısından güvenli bir ortamda kapsamlı bir eğitim olanağı sağlanmıştır (13).

Sağlık alanında kullanılan simülasyon eğitimlerinin tarihi geçmişi çok eskilere dayanmaktadır. Bu eğitimlerde kullanılan simülasyon araçları/simülatörler basit anatomik modeller olarak adlandırılırken, tarihte modern plastik ve bilgisayarların keşfinden çok önce yer almışlardır (10,14). Sağlık hizmetlerinde ilk simülasyon uygulamaları ebelik alanına ait olup, 16-17. yüzyılda “phantom” olarak adlandırılan maketler anne ve bebek ölümlerini azaltmak amacıyla mesleki becerilerin

geliştirilmesinde kullanılmıştır (7,10,15,16). Özellikle 20. yüzyılla birlikte klinik eğitim ortamlarında mesleki becerileri öğrenmeyi zorlaştıran veya engelleyen faktörlerin çoğalması ve teknolojik ilerlemelerin etkisiyle gün geçtikçe artmaktadır (11,12).

Gerçekliğe yakınlığı düşük “low fidelity” simülatörler 1960 yılından itibaren kullanılmaya başlanmış, o yıllarda üretilen “Resusci-Annie” ile resusitasyon ve acil bakım eğitimi diğer maket ve modellere örnek alınmıştır. Daha sonra ilk insan simülatörü olarak piyasaya sürülen “Sim One” adlı simülatörün kalp atışları, karotis nabzı olmasının yanı sıra insan hareketlerini taklit edebilme, ağzını açıp kapama, göz kırpmaya, intravenöz ilaç uygulamalarına cevap verme, kan basıncı ölçülebilme gibi özelliklerinden bahsedilmektedir. 1990’larda simülasyonun sağlık alanında kullanımı tüm dünyada tanınmış; mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim yaklaşımlarından biri olarak gün geçtikçe yaygınlaşmıştır (10,12). Son yıllarda gerçekliğe yakınlığı yüksek “high fidelity” simülasyon araçları, eleştirel düşünme ve klinik karar verme gibi becerilerin öğrenilme/öğrettilmesinde etkin bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu simülatörler, öğrencilerin ve hastaların sağlık ve güvenliğini tehlikeye atmadan mesleki uygulamaları gerçekleştirmelerine fırsat vermektedir (7,10,17).

Sağlık hizmet sunumunda öne çıkan konulardan belki de en önemlisi “hasta güvenliği” konusudur. ABD’nde “To Err is Human” adıyla yayınlanan rapor, yıllık 44-98 bin kişinin tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirdiğini bildirirken bu oranın bir yılda gerçekleşen trafik kazasına bağlı ölümlerden fazla olduğundan söz edilmektedir. İngiltere’de hastaneye yatan hastalardan %10’undan Avustralya’da %16’sından fazlası istenmeyen durumlarla karşılaştığı belirtilmektedir (18,19).

Simülasyon, bireylerin eğitim aldıkları konuyu öğrenme, tekrarlayarak becerilerini geliştirme ve gerçek uygulama öncesinde gerekli yeterlilik düzeyini kazanma olanağı vermektedir. Böylece etik ve hukuki açıdan hasta ve sağlık çalışanını koruduğu gibi, aynı zamanda hasta/çalışan sağlığı ve güvenliğini riske atmaksızın mesleki bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesinde oldukça etkili olduğu belirtilmektedir (13,20,21).

Obstetrik Simülasyonların Geçmişine Kısa bir Yolculuk

Obstetrik simülasyonların genel amacı, kadın, gebe ve yenidoğan için bakımın niteliğini ve güvenliğini arttırmaktır. Kadın doğum alanında simülasyon ve simülatör kullanımı çok eskilere dayanmasına rağmen, ilk obstetrik simülatörün kim tarafından icat edildiği bilinmemektedir. Ancak 9. yüzyılda doğum/gebelik süreçlerini betimlemek için küçük balmumu veya ahşaptan yapılmış gebe kadın figürleri kullanılmıştır (22). Obstetrik simülasyonlar olarak en eski simülasyon araçları 1600’lerden sonra geliştirilen phantomlar olup ebelere komplike doğum yönetimini öğretmek ve mesleki becerilerini geliştirmek amacıyla kullanılmıştır (7,15,16). 1700’lerde Paris’teki Hotel-Dieu Hastanesinde baba ve oğul cerrahlar Gregoire, ebeleri eğitmek için ölmüş bir çocukla birlikte pelvisin kullanıldığı hasırdan yapılmış bir obstetrik simülatör geliştirmiştir. Benzer modeller daha sonra Londra’da ebelik eğitimi verirken William Smellie tarafından kullanılmıştır. Sir William Smellie, insan kemiklerini deri ile kaplayarak bir pelvis, uzuvları kauçuk ile birleştirilmiş ahşap bir fetüs ve deriden yapılmış bir plasenta geliştirmiştir (16,22). Sir Richard Manningham’ın, Londra’da doğum

manevralarını göstermek için bir cam makinesi kullandığı bilinmektedir. “Olabilecek her olayın gösterebileceği ve gerektiği kadar tekrarlanabileceğini yerde, el becerilerinizi geliştirmek için en iyi fırsatlara sahip olacaksınız” ifadesiyle becerileri göstererek ve tekrarlatarak yapmanın önemini vurgulamıştır (22). 1756’da, Fransa Kralının ebesi olan Madame Du Coudray, ebeleri eğitmek için "The Machine" adlı gerçek insan boyutunda anatomik bir model olarak fantomu kullanmıştır. Simüle anne ten rengi kumaş ve deri kullanılarak içine hasır, sünger gibi malzemeler doldurulmasıyla bir pelvis oluşturmuş ve böylece ilk gerçekçi, anatomik model ortaya çıkmıştır. Bunun yanında kumaş bezlerden bebek maketleri geliştirmiştir. Fransa kırsalında dolaşarak komplike doğumların yönetiminde ebeleri eğitmiştir. Ürettiği yüzlerce doğum maketinden birkaç tanesi korunarak Fransa (Rouen) Flaubert Müzesinde sergilenmektedir. Bunların iyi parça görev öğreticileri (part-task trainers) olarak sınıflandırılmaktadır. Ayrıca gerçek insan/bebek bedeni kullanılmadığı için çok saygı duyulmuştur. Gerçekçi, insan boyutunda interaktif doğum simülatörleri, Madame Du Coudray’ın maketlerinden 200 yıl sonra piyasaya sürülmüştür (15,16,22,23). Ebelerin eğitiminde bu tür simülasyon araçlarının kullanımı, 1800’lü yıllara kadar devam etmiş, ancak pelvimetrenin icadıyla değişmeye başlamıştır. Uzun yıllar abdominal ve pelvik muayene, doğum ve resüsitasyon becerilerinin geliştirilmesinde abdomen, pelvis ve yenidoğan modelleri kullanılmıştır (15,16,23). Bu modeller kısmi eğitim modelleri olarak bilinmektedir (13).

Son 40 yılda, dijital muayene, amniosentez, epizyotomi tamiri, forseps kullanımı gibi uygulamaları öğretmek amacıyla birçok eğitim aracı tasarlanmıştır. 1970’lerde, gerçek insan boyutundaki mankenler, fetüsü itmek amacı ile içinde sıvı basıncı kullanılan cihazlar geliştirilmiştir. 1990’larda doğum eyleminin simülasyonunda motorize sistem geliştirilerek aslına uygun ebatlarda sesli ve fetal kalp atımları olan fetüs ve insan boyutunda mankenler üretilmiştir (13,15,24). Noelle olarak bilinen bu simülatöre, hasta bakımının öğretildiği bilgisayar destekli eğitimsistemi olarak patent alınmıştır (13).

Günümüzde en yaygın olarak kullanılan modeller arasında, Noelle Simülatörü, Prompt Doğum Simülatörü ve SIMone™ Doğum Sistemi Simülatörü yer almaktadır. Noelle farklı modeller halindeki bilgisayarlı, yüksek nitelikte, tam gövdeli bir simülatördür. Vajinal yolla baş ve makat geliş doğumlar, postpartum veya intrapartum kanama, omuz distosisi, doğum öncesi, doğum sırasında ve sonrasında annenin bakımı, yenidoğan bakım ve resüsitasyonu gösterilerek öğretilir (16,24,25). Prompt simülasyon aracı, omuz takılması, makat geliş ya da normal doğum eylemini göstermek amacıyla standart bir gebeyle beraber kullanılabilen abdomen ile pelvisten oluşmaktadır. Omuz distosisi yönetiminde uygulanan kuvvet endeksini ölçmek için kullanılan yazılım ile birlikte verilmektedir. SIMone™, bir pelvis ve video monitörden oluşmaktadır. Vakum veya forseps kullanımı gibi

müdahaleli doğum becerilerinin öğrenilmesini kolaylaştırır. Forseps/vakum ekstraksiyon ile doğum esnasında fetalbaşın pozisyonu ve rotasyonunun görüntüsü monitörden izlenebilir. Doğum senaryoları ile, simülâtörün kullanıcı doğumun seyrini değerlendirebilir ve forseps kullanımı için doğru zamanı tanımlayarak gerekli önlemleri alabilir(15,26).

2004'e kadar obstetrik simülasyonlar, doğumda karşılaştığımız sorun/olay/durumların (örneğin servikal açıklığın değerlendirilmesi, amniosentez, makat doğum, omuz distosileri gibi) tek başlık altında öğretilmesi amaçlanarak eğitim süreçleri de buna göre şekillenmiştir. 2004 sonrasında ise, obstetrik simülasyonda, ekip çalışması/işbirliği önem kazanmış; ekip çalışmasıyla klinik hataların saptanarak risklerin en aza indirilmesi ve böylece maternal ve fetal sağlığın iyileştirilmesi veya geliştirilmesine yoğunlaşmıştır (13,22).

Artık Ebelik Eğitiminde Simulasyonlar Kullanılıyor (7,10,15).

1. Düşük Teknolojik Özelliklere Sahip simülasyon araçları (Low-tech simulations)

- Anatomik Modeller (manken veya maketler)
- Beceri Eğitimi Modelleri

2. İleri Teknolojik Özelliklere Sahip Simülasyon Araçları (High-tech simulations)

- Görüntülü simülâtörler (screen-based simulations)
- Gerçekçiliği yüksek girişimsel simülâtörler (Realistic, high-fidelity procedural simulators)
- Gerçekçi, yüksek teknoloji interaktif hasta simülâtörü (Realistic high-tech interactive human simulator)
- Sanal gerçekliği olan dokunmatik sistemler (Virtual reality and haptic systems)

Sağlık alanında kullanılan simülasyon araçları, gelişen teknoloji ile birlikte basit nesne/alet/maket gibi kısmi eğitim modellerinden hasta/çalışma ortamını taklit edebilen bilgisayar temelli programların kullanıldığı sanal dokunmatik sistemlere kadar uzanmaktadır (22). Eğitim etkinliklerinde kullandığımız simülasyonun gerçeklik düzeyi, öğrenilenleri meslek hayatına aktarabilmeyi sağlayan en önemli etkenlerden biridir. Bu nedenle simülasyonda “fidelity (gerçeklik)” olarak bilinen “gerçeğe yakınlık/benzerlik, aslına uygunluk” özelliği bulunmalıdır. Öğrenilenlerin gerçek hayata aktarılması, simülasyon araçlarının özellikleri/kapasitesine göre değişmekte olup, özelliklerin fazla olması öğrenilenlerin gerçek durumla karşılaştığında uygulanmasını da arttırmaktadır (7,11). Bu araçlarda teknoloji kullanımı ile yapılan simülasyon eğitiminin gerçeğe yakınlığı arasında pozitif bir ilişki olup, teknoloji kullanımı ne kadar artarsa simülasyon eğitiminin gerçeğe yakınlığı ve inandırıcılığı da o oranda artmaktadır. Ancak bu durumda maliyetin de arttığı unutulmaması gereken bir gerçektir (13,22).

Simülasyona dayalı eğitimin öğrencilerin kendilerine olan güvenlerini arttırdığı, bilgi ve beceri düzeylerini geliştirmesi yanında iletişim, eleştirel düşünmelerine katkı sağladığı belirtilmektedir (7,10,26,27). Ebelik eğitim programını düşündüğümüzde eğitimin başlangıcında, gerçeklik düzeyi düşük modellerden yararlanılırken ilerleyen yıllarda eğitim programı süresince kademeli olarak kullanılan simülasyonların da gerçeklik düzeyi artmaktadır.

Çalışmalar, Ebelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımını Destekliyor

Ebelik eğitiminde simülasyon kullanımının amacı; bilginin aktarılması, basit ve karmaşık teknik beceriler ile iletişim becerilerinin geliştirilmesi, acil durumlarda müdahale, ekip çalışması ve klinik karar verme sürecinin öğretilmesidir (7,22,29).

Literatüre baktığımızda ebelik alanında simülasyon eğitiminin çok önemli olduğunu, obstetrik simülatörlerin ebelerin doğum becerilerinin geliştirilmesinde kullanıldığı görülmektedir. Doğum sürecinin yönetimi esas olarak vajinal muayene ile yapılan değerlendirmeye dayanır. Yapılan bir çalışmada, doğum eylemi takibinde katılanların

%67'si fetal başın değerlendirilmesinde hata yaptığı belirtilmiştir. Simülasyon eğitimi ile ebe ve kadın doğum asistanlarının obstetrik acillerdeki ekip performanslarının değerlendirildiği bir çalışmada, en sık hataların kanamatedavisinde kullanılan ilaçlara alışıkmama ve resüsitasyonda yetersizlik nedeniyle gerçekleştiğinden söz edilmiştir (30,31). 2005'den beri kadın hastalıkları ve doğum alanında, simülasyon eğitimleri ile klinik hataların belirlenmesi, risklerin en aza indirilmesi, bu alanda verilen hizmetlerin niteliğinin yükseltilmesi adına çalışmalar yapılmaktadır. Ebelere klinik karar verme becerilerini öğretmek amacıyla olgu simülasyonlarının kullanıldığı bir araştırmada, eğitimi pozitif yönde etkiledikleri bildirilmiştir (32). Diğer bir çalışmada simülasyon eğitimi öncesinde %80'i doğum konusunda yetersiz olan katılımcıların bir yıllık eğitim sonrasında ustalık durumuna geldiği bildirilmiştir (33). Simülasyon eğitimi alanların doğum sürecinin yönetilmesindeki performanslarının değerlendirildiği başka bir çalışmada, eğitim öncesi döneme göre, "neonatal hipoksik iskemik ensefalopati" oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (34).

Kumar ve arkadaşları, ebelere yönelik, evde doğum sırasında acil müdahale gerektiren bir duruma hazırlanmak için simülasyona dayalı evde doğum programı geliştirmiştir. Programa katılan ebelerin evde yapılan doğumlarda annede ve bebekte acil bir durum geliştiğinde daha hızlı müdahale ettiklerini tespit etmiştir (35). Yapılan bir başka çalışmada, simülasyona dayalı beceri eğitimi sonrasında, omuz distosisinde doğru manevraların uygulanması önemli oranda artmış, bebekte meydana gelen yaralanma/hasar oranının %9.3'ten% 2.3'e düştüğü belirtilmiştir (36). Doğum sonu kanamaya müdahale için geliştirilen simülasyon programına katılan ebelerin kanamaya müdahale sürelerinin kısaldığı ve özgüvenlerinin arttığı belirlenmiştir (37). Başka bir çalışmada, postpartum hemorajinin yönetiminde klasik ders tabanlı eğitim ile simülasyona dayalı eğitim karşılaştırılmış ve eğitim sonrasında tüm katılımcıların, bilgi düzeylerinin arttığı ancak simülasyon eğitimi alanlarda, iletişim, kendine güven ve disiplinler arası ilişkiler gibi iyi bir ekip çalışması için gerekli becerilerinin daha fazla geliştiğini tespit etmiştir (38).

Simülasyon sadece öğrenme/öğretme amacıyla kullanılmamakta, olası bir komplikasyon durumunda olay/sürecin yönetiminde kullanılan tekniklerinin etkinliği de değerlendirilebilmektedir. Prompt (Practical Obstetric Multi- Professional Training) doğum simülatörünün hizmete sunulması sonrasında doğumda uygulanan traksiyon kuvveti ölçülerek 100 N üzerinde olmasının komplikasyon riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Crofts ve ark. araştırmasında, katılımcıların doğumda uyguladıkları traksiyon 2/3'ünde 100 N'nun üzerinde bulunmuştur (13,39).

Obstetrik simülasyonda en çok üzerinde durulan konulardan biri ekip çalışmasıdır. Çünkü obstetrik aciller kişisel becerinin yanı sıra ekip olarak müdahale edilmesi gereken durumlar olduğundan ekip işbirliği ile sürecin yönetilmesi gerekir. İngiltere, ABD ve Kanada gibi ülkelerde multidisipliner becerileri geliştirmeye yönelik eğitim programları düzenlenmektedir. İngiltere’de, Multidisipliner Obstetrik Acil Durumların Simülasyonu programının uygulanması sonrasında yargıya taşınan komplikasyonlarda ¼ oranında azalma beklenirken bu durumdaki süreçte en çok dava edilen kadın doğum alanı için ayrı bir önem taşımaktadır. Çünkü ABD ve İngiltere’de sağlık alanında açılan davaların %50’si doğum ve jinekolojiden kaynaklandığı, bu davaların %96’sının obstetrik nedeni olduğu, hekimler %70, ebeler %23, hemşireler ise %3 oranında suçlandığı belirtilmektedir. İngiltere’de Ulusal Sağlık Servisi’nin dava faturası 400 milyon sterlindir. Hasta güvenliğini geliştirmek için yayınlanan bir raporda; bu sorunun çözümünde gerçek hasta üzerinde uygulama yapmadan önce, öğrencilerin beceri kazanmaları için simülasyon eğitimi ve ekip çalışmasına önem verilmesi önerilmiş; acil obstetrik bakımın iyi bir el manipülasyonu, etkili iletişim, hızlı acil durum yönetimi ve klinik karar verme becerilerini gerektirdiği vurgulanmıştır (13,25,40,41).

Sonuç: Pahalı Bir Sistem, Ama Kullanımı Günümüzde Bir Zorunluluk

Son yıllarda anne ve bebek ölümlerini azaltmaya yönelik uygulanan politikalar nedeniyle daha çok obstetrik komplikasyonların önlenmesi, acil obstetrik bakım ve yönetimi, klinik karar verme, iletişim, ekip çalışması gibi konuların üzerinde durularak klinisyenlerin eğitiminde kullanımı artmaktadır. Bu alanda periyodik yapılan hizmet içi eğitim ve sertifikasyon programlarına zorunlu katılım sağlanmaktadır.

Simülasyona dayalı eğitim, obstetrik alanda kullanmaya çok uygun olup hasta sonuçlarını iyileştirmek/geliştirmek için büyük bir potansiyele sahiptir. Simülasyon eğitimi öğrencileri eğitmek, deneyimli klinisyenlerin becerilerini geliştirmek ya da acil durumlara hazırlanmak, multidisipliner ekipleri etkinleştirmek, simülasyonların güvenliğini artırmak ve kanıta dayalı uygulamalar için kullanılabilir. Kadınların çoğunun komplikasyonsuz doğum yapması ve sağlıklı çocuk sahibi olmasına rağmen, ani gelişen ve hayatı tehdit eden acil durumlar için hazırlıklı olunması gerekir. Çünkü komplikasyonlar genellikle tahmin edilemediğinden hızlı bir şekilde ortaya çıkmakta ve bu durumda her zaman ekip çalışmasını gerektirmektedir. Ayrıca, gebe/hastaların bu durumlar sırasında uyanık olup her şeyin farkındadır. Tüm yaşananlar o anda hassas olan kadınlar ve aileleri tarafından gözlemlenmektedir. Bu gerekçeler, diğer alanlara nazaran kadın doğum açısından iletişim, ekip çalışması, klinik karar vermeyi daha önemli hale getirmektedir. Bu nedenle ebelerin mesleki uygulamaları gerçekleştirmelerinde, alanlarıyla ilgili karar verme ve problem çözme becerilerini geliştirmelerinde, sundukları hizmet ve bakımın niteliğini arttırmalarında, etkin bir ekip çalışması/işbirliği sağlamalarında obstetrik simülasyonların kullanımı önemi artan bir konudur.

Kaynaklar:

1. Durmaz Edeer A, Dicle A. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı ve Simülasyon Tipleri. *HemşirelikteEğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015;12(2):121-125
2. Yörük S, Günay T. Balıkesir Sağlık Yüksekokulu ebelik bölümünde halk sağlığı eğitim programının öğrenci geri bildirimleri ile değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;1(2):49-53
3. Çiğçili S, Uzuner A, Ünalın P, Akman, M. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik beceri laboratuvarı uygulamaları. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2006;21(21):1-10
4. Park K, Ahn Y, Kang N, Sohn M. Development of a simulation-based assessment to evaluate the clinical competencies of Korean nursing students. *Nurse Educ Today*, 2016; 36:337–41.
5. WHO Regional Office for Europe. Simulation in nursing and midwifery education, 2018. Erişim <http://www.euro.who.int/pubrequest> (Erişim tarihi 25.10.2018).
6. Türk Dil Kurumu, Erişim http://www.tdk.gov.tr/?option=com_karsilik&view=karsilik&kategori1=abecesel&kelime2=S (ErişimTarihi: 27.10.2018)
7. Şendir M. Kadın sağlığı hemşireliği eğitiminde simülasyon kullanımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2013;21(3):205-212.
8. Sullivan R, Magarick R, Bergthold G, Blouse A, McIntosh N. Tıp Eğiticileri İçin Eğitim Becerileri Rehberi. Şahin N,Özvarış ŞB, editor. JHPIEGO-Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara:1999;106-119
9. Güzel M. Gerçeklik İlkesinin Yitimi: Baudrillard'ın Simülasyon Teorisinin Temel Kavramları. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*,2015; 19:65-84
10. Mıdık Ö, Kartal M. Simülasyona Dayalı Tıp Eğitimi. *Marmara Medical Journal*, 2010;23(3):389-399.
11. Sarmasoğlu Ş, Yücel Ç, Tunçbilek Z. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Education-Special Topics*, 2017; 2(2), 70-80.
12. Bradley P. The History of simulation in medical education and possible future directions. *Med Educ*2006;40:254-262
13. Göktolga Ü, Demir B. Kadın Doğum Kliniğinde Simülasyon. *Türkiye Klinikleri Journal Of MedicalSciences*, 2010;30(4):73-76.
14. Kunkler K. The role of medical simulation: An overview. *The International Journal of Medical Robotics andComputer Assisted Surgery*, 2006; 2: 203-210.
15. Ziv A, Ben-David S, Ziv M. Simulation based medical education: An opportunity to learn from errors. *MedTeach*, 2005;27(3):193-9.
16. Hanscom R. Medical simulation from an insurer's perspective. *Academic Emergency Medicine*, 2008;15(11):984-7.
17. Nehring WM, Lashley FR. Nursing simulation: A review of the past 40 years. *Simulation & Gaming*2009;40(4):528-552.

18. Institute of Medicine (1999). To err is human: Building a safer health system. Erişim <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf> (Erişim tarihi: 24.10.2018)
19. Türk Tabipleri Birliği (2010). Füsün Sayek TTB raporları/kitapları. Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Erişim https://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf (Erişim tarihi 24.10.2018)
20. Datta R, Upadhyay K.K, Jaideep C.N. Simulation and its role in medical education. Medical Journal of Armed Forces India, 2012; 68(2): 167-172.
21. Motola I, Devine L.A, Chung H.S, Sullivan J.E, Issenberg S.B. Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. Medical Teacher, 2013;35:1511-1530.
22. Gardner R, Raemer DB. Simulation in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008;35(1):97-127.
23. Al-Elq, AH. Simulation-based medical teaching and learning. Journal of Family and Community Medicine, 2010;17(1):35-40.
24. Grable IA, Ochoa P. Simulations in Obstetrics. Wang EE, Grable IA, Ochoa P, et al. Editors, Simulation in Healthcare, Part II: The Future of Medical Education and Training. Disease-a-Month, 2011;57(12):563-73.
25. Cass GKS, Crofts JF, Draycott TJ. The use of simulation to teach clinical skills in obstetrics. Seminars in Perinatology, 2011;35(2):68-73.
26. Harden RM, Collins JP. AMEE Medical Education Guide No. 13: Real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. Med Teach 2009;20(6):508-521
27. Alinier, G., Hunt, B., Gordon, R., Harwood, C. Effectiveness of intermediate-fidelity simulation training technology in undergraduate nursing education. Journal of Advanced Nursing, 2006;54(3):359-369.
28. Tosterud R, Hedelin B, Hall-Lord M.L. Nursing students' perceptions of high- and low-fidelity simulation used as learning methods. Nurse Education in Practice, 2013;13:262-270.
29. Johannsson H, Ayida, G, Sadler C. Faking it? Simulation in the training of obstetricians and gynaecologists. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 2005;17(6):557-561.
30. Dupuis O, Silveira R, Zentner A, Dittmar A, Gaucherand P, Cucherat M, Redarce T, Rudigoz RC. Birth simulator: reliability of transvaginal assessment of fetal head station as defined by the American College of Obstetricians and Gynecologists classification. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(3):868-74.
31. Maslovitz S, Barkai G, Lessing JB, Ziv A, Many A. Recurrent obstetric management mistakes identified by simulation. Obstet Gynecol 2007;109(6):1295-300.
32. Walker D, Cohen S, Fritz J, et al. Team training in obstetric and neonatal emergencies using highly realistic simulation in Mexico: Impact on process indicators. BMC Pregnancy and

- Childbirth, 2014;14(1):1.
33. Crofts JF, Ellis D, James M, Hunt LP, Fox R, Draycott TJ. Pattern and degree of forces applied during simulation of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(2):156.e1- 6.
 34. Draycott T, Sibanda T, Owen L, Akande V, Winter C, Reading S, Whitelaw A. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG.* 2006;113(2):177- 82.
 35. Kumar A, Nestel D, Stoyles S, et al. Simulation based training in a publicly funded home birth programme in Australia: A qualitative study. *Women and Birth,* 2016;29(1):47-53.
 36. Draycott TJ, Crofts JF, Ash JP, et al. Improving neonatal outcome through practical shoulder dystocia training. *Obstet Gynecol,* 2008;112(1):14-20
 37. Neilsen E, Ersdal H, Mdumo E, et al. Helping mothers survive bleeding after birth: retention of knowledge, skills, and confidence nine months after obstetric simulation based training. *BMC Pregnancy and Childbirth,*2015;15:190.
 38. Birch L, Jones N, Doyle PM, et al. Obstetric skills drills: Evaluation of teaching methods. *Nurse Education Today,* 2013;27(8):915-922.
 39. Crofts JF, Attilakos G, Read M, Sibanda T, Draycott TJ. Shoulder dystocia training using a new birth training mannequin. *BJOG.*2005; 112(7):997- 9.
 40. Freeth D, Ayida G, Berridge EJ, Sadler C, Strachan A. MOSES: Multidisciplinary Obstetric Simulated Emergency Scenarios. *J Interprof Care.* 2006; 20(5): 552- 4.
 41. İğde FAA, Gül R, Yalçın M ve ark. Anne ölümleri ve acil obstetrik bakım. *Genel Tıp Dergisi,* 2008;18(1):47-53

72 - YAŞAM BOYU ÖĞRENME

Akgül Kuru OKTAY, Zübeyde Denizci ZİREK, Feruze ALDEMİR

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğum Salonu

Özet:Yaşam boyu öğrenme; resmi ya da gayri resmi olsun bireysel, toplumsal açıdan bilgiyi üretme, geliştirme ve hayata geçirme amaçlı hayat boyu devam eden öğrenme süreci olarak tanımlanabilir. Okul öncesi dönemden başlar ve emeklilik sonuna kadar hatta daha sonrasında bile devam eder. Aile, okul, iş yaşamı, sosyal yaşam, gelişen teknoloji yaşam boyu öğrenmede etkindir. Bu makalede yaşam boyu öğrenme, insan yaşamına katkıları ve yaşam boyu öğrenme becerileri incelemek amaçlanmıştır.

20. Yüzyılın ikinci yarısından sonra yaşanan teknolojik ve bilimsel gelişmeler toplumsal yaşamı her yapısıyla etkilemiştir. Özellikle eğitim kurumlarının çağın gereksinim duyduğu bireyleri yetiştirmede sıkıntılar yaşaması gibi nedenlerden dolayı Avrupa Birliği ülkeleri ve aday ülkeler başta olmak üzere birçok ülke tarafından örgün eğitim kurumlarının yanı sıra yaşam boyu öğrenme ya da eğitim alanlarına büyük katkısı olan yaygın eğitim kurumlarına büyük önem verilmiştir. 1970'li yıllarda başlayan yaşam boyu öğrenme politikası 2000'li yıllarda Türkiye'de de sıkça konuşulmaya başlanmıştır.

En temel amacı öğrenmeyi öğretmek olan yaşam boyu öğrenmenin; bilmek için öğrenmek, yapmak için öğrenmek, olmak için öğrenmek, birlikte yaşamak için öğrenmek gibi amaçlarıdır.

Yaşam boyu öğrenmenin hedefleri; Okul öncesi dönemden emeklilik sonrası döneme kadar tüm yetenek, bilgi ve becerileri kazanmak ve yenilemesi,

Tüm bireylerin bilgi tabanlı topluma uyum sağlayabilecek bilgi ve yeterliliği geliştirmesi, sosyal ve ekonomik hayata aktif katılım sağlamasını teşvik ederek kendi geleceğini daha iyi kontrol edebilmesini olanaklı hale getirmesi,

Bireylerin bilgi toplumuna ayak uydurmaları ve bu toplumda yaşamlarının kontrolünü sağlayabilmeleri için ekonomik ve sosyal hayatın tüm evrelerine aktif bir şekilde katılımlarına fırsat yaratılmasıdır.

Günümüzde bireylerin genç yaşta öğrendikleri bilgiler yetersiz kalmaktadır. Gelişen ve değişen dünyaya ayak uydurabilmek için, gelişmişlik düzeyini yakalamak, beyin göçünü önlemek, ekonomik kalkınmayı arttırmak, demokrasi ve insan hakları için ülkemizin mevcut yaşam boyu öğrenme politikasının ileri düzeyde geliştirmesi ve güncel hayatta daha fazla kullanıma sunulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşam boyu öğrenme, eğitim, hayat boyu eğitim.

Life Long Learning

Abstract:

Lifelong learning; It can be defined as the life long learning process aimed at producing, developing and realizing the information on an individual and social level, whether official or in formal. It starts from the pre-school period and continues even after the end of the retirement. Family, school, work life, social life, developing technology are the factors affecting lifelong learning. In this article, we aimed to examine life long learning, contribution to human life and lifelong learning skills.

The technological and scientific developments experienced after the second half of the 20th century affected the social life with every structure. Especially due to the fact that educational institutions have difficulties in educating the individuals who need the age, great importance has been given to non-formal education institutions which have a great contribution to lifelong learning or education are as by many countries, especially European Union countries and candidate countries, as well as formal education institutions. Lifelong learning policy began in the 1970s in the 2000s began to be widely spoken in Turkey.

The main aim of life-long learning is to teach learning; To learn to know, to learn to make, to learn to live together, other purpose.

Destinations of lifelong learning;

To gain and renew skills, knowledge and skills from preschool to post retirement period,

Improving the knowledge and competence of all individuals to adapt to the knowledge-based society, enabling them to better control their own future by encouraging active participation in social and economic life,

It is an opportunity for individuals to actively participate in all stages of economic and social life in order to keep up with the information society and control their lives in this society.

Today, the information that individuals learn at a young age is insufficient. In order to keep up with the developing and changing world, it is necessary to improve the level of development, to prevent brain drain, to increase economic development, to improve the current lifelong learning policy of our country for democracy and human rights in an advanced level and to be used more in current life.

Keywords: Life long learning, education, life long education.

Giriş

Yaşam boyu öğrenme; resmi ya da gayri resmi olsun bireysel, toplumsal açıdan bilgiyi üretme, geliştirme ve hayata geçirme amaçlı hayat boyu devam eden öğrenme süreci olarak tanımlanabilir. Okul öncesi dönemden başlar ve emeklilik sonuna kadar hatta daha sonrasında bile devam eder. Aile, okul, iş yaşamı, sosyal yaşam, gelişen teknoloji yaşam boyu öğrenmede etkindir (Aksoy, 2013).

20. Yüzyılın ikinci yarısından sonra yaşanan teknolojik ve bilimsel gelişmeler toplumsal yaşamı her yapısıyla etkilemiştir. Özellikle eğitim kurumlarının çağın gereksinim duyduğu bireyleri yetiştirmede sıkıntılar yaşaması gibi nedenlerden dolayı Avrupa Birliği ülkeleri ve aday ülkeler başta olmak üzere birçok ülke tarafından örgün eğitim kurumlarının yanı sıra yaşam boyu öğrenme ya da eğitim alanlarına büyük katkısı olan yaygın eğitim kurumlarına büyük önem verilmiştir. 1970’li yıllarda başlayan yaşam boyu öğrenme politikası 2000’li yıllarda Türkiye’de de sıkça konuşulmaya başlanmıştır (Aksoy, 2013; Toprak ve Erdoğan, 2012).

Bilgili ve nitelikli olma, kariyer yapmak, varolan bilgiyi geliştirmek ihtiyacı sonrası ortaya çıkmıştır yaşam boyu öğrenme. Bireyler hızla gelişen teknolojiye ayak uydurmak ve çağın gerisinde kalmamak için kendilerini sürekli yenilemeli ve öğrenme sürecinde olmalılar. Toplum içerisinde hayatın her alanında sürdürülen yaşam boyu öğrenmeyi eğitim, mekan, statü, yaş ve daha bir çok özellik ile sınırlamak mümkün değildir. Sürekli bir etkinlik olup hem bireylerin hem de toplumun başarı ve gelişmişliğini artırmaktadır (Samancı ve Ocakcı, 2017).

Yaşam boyu öğrenmeyi önemli kılan bir diğer etmen de bireylerin yetişkinlik sürecinde karşılaştığı sorunları çözme de etkin olmasıdır. Okul eğitimleri bireylerin çocukluk ve gençlik yıllarında olması, değişen ve gelişen eğitim sürecinin yetişkin için geride kalması, bilginin eskimesi ve belirli sınırlamalar içermesinden dolayı yetişkinlikte karşılaşılan sorunların çözümünde yetersiz kalmaktadır. İnsanı değerli ve özel kılan yeteneklerden birisi olan öğrenme sürekli olarak her alanda gelişmelerin olduğu bir dönemde daha fazla etkili olmaktadır (Samancı ve Ocakcı, 2017).

1990’lı yılların ortalarında ortaya çıkan yaşam boyu öğrenme kavramı birçok ülkede yakın tarihte yasalara ve raporlara girmiştir. Ülkelerin eğitim sistemlerinde düzenlemeler yapmalarıyla yaşam boyu öğrenme kavramı ortaya çıkmış ve gelişen ve değişen dünyanın gerisinde kalmamak amaçlanmıştır. Türkiye’de ise 1923 yılından buyana eğitim ve öğrenme için yapılan çalışmalar ve sekiz yıllık eğitimin zorunlu olmasına ve 2000 yılında hazırlanan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da yaşam boyu öğrenme hedefi konmasına rağmen günümüzde hiç okuryazarlığı olmayan gençlere rastlamak mümkün olmaktadır (Samancı ve Ocakcı, 2017).

Kavramsal olarak yaşam boyu öğrenme

Yaşam boyu öğrenmenin temelini oluşturan öğrenme literatürde farklı ifadelerle tanımlanmaya çalışılan önemli bir kavramdır. Geniş anlamda tanımlamak gerekirse öğrenme; birey tarafından bir kaynaktan algılanan bilginin hafızaya kaydedilmesi, davranışsal ya da düşünsel olarak değişiklik meydana getirmesidir (Aksoy, 2013). Eğitime bireylerin kendilerinden önceki kuşaktan etkilenmeleri ve kültürlerini almaları olarak tanımlanabilir. Eğitim olgusuna önce din daha sonra sanayi devrimi etki etmiştir. 1900'lü yıllarda da yaşam boyu öğrenme kavramı ortaya çıkmış ve birçok ülke eğitim sistemini bunun üzerine yapılandırarak yasal düzenlemelere bile gitmiştir (Aksoy, 2013).

Yaşam boyu öğrenme; resmi ya da gayri resmi olsun bireysel, toplumsal açıdan bilgiyi üretme, geliştirme ve hayata geçirme amaçlı hayat boyu devam eden öğrenme süreci olarak tanımlanabilir. Yani bireylerin bilgi, beceri ve yeterliliklerini sürekli olarak yenilemeleri ve hayata geçirmeleridir. En temel amacı öğrenmeyi öğretmek olan yaşam boyu öğrenmenin; bilmek için öğrenmek, yapmak için öğrenmek, olmak için öğrenmek, birlikte yaşamak için öğrenmek diğer amaçlarıdır (Aksoy, 2013; Toprak ve Erdoğan, 2012).

Yaşam boyu öğrenmenin hedefleri;

- ✚ Okul öncesi dönemden emeklilik sonrası döneme kadar tüm yetenek, bilgi ve becerileri kazanmak ve yenilemesi,
- ✚ Tüm bireylerin bilgi tabanlı topluma uyum sağlayabilecek bilgi ve yeterliliği geliştirmesi, sosyal ve ekonomik hayata aktif katılım sağlamasını teşvik ederek kendi geleceğini daha iyi kontrol edebilmesini olanaklı hale getirmesi,
- ✚ Bireylerin bilgi toplumuna ayak uydurmaları ve bu toplumda yaşamlarının kontrolünü sağlayabilmeleri için ekonomik ve sosyal hayatın tüm evrelerine aktif bir şekilde katılımlarına fırsat yaratılmasıdır.

Yaşam boyu öğrenmeyi zorunlu hale getiren pek çok neden vardır. Bunlar; hızlı gelişen teknoloji, nüfusun yaşlanması, rekabet ve istihdam edilebilirlik, serbest piyasa ve iş gücü verimliliği, küreselleşme ve daha birçok neden.

Nordstrom (2008) 50 yaş üzerinde yaşam boyu öğrenmenin 10 önemli faydasını vurgulamaktadır. Doğal yeteneklerimizin hepsini geliştirmeye yardımcı olur, zihni açar, sürekli öğrenmeye açık bir zihin yaratır, bilgeliği arttırır, dünyayı daha iyi ve yaşamaya değer bir yer haline getirir, değişime ayak uydurmaya ve adaptasyona yardımcı olur, yaşamda anlam bulmaya yardımcı olur, sosyal hayata ve topluma katkı sağlamaya teşvik eder, yeni arkadaşlıklar ve dostluklar kurmayı sağlar, kendimizi gerçekleştirmemizi ve hayatımızı zengin kılmamızı sağlar (Nordstrom, 2008).

Tarihsel süreçte yaşam boyu öğrenme

1970'li yıllara kadar uluslar arası düzeyde gündeme gelmeyen yaşma boyu öğrenmeden ilk olarak

1920'li yıllarda John Dewey, Eduard Lindeman ve Basil Yeaxle tarafından kullanılmıştır. 1972 yılında UNESCO tarafından hazırlanan raporda sürekli öğrenme ve öğrenen toplum şeklinde iki kavram yer almıştır. 1973 yılında OECD tarafından "Hayat Boyu Öğrenme İçin" adlı rapor düzenlenmiş, yaşam boyu öğrenmenin yollarını, küresel ekonomi ve rekabet ortamında gerekliliğini vurgulamıştır (Aksoy, 2013; Toprak ve Erdoğan, 2012). OECD 1999 yılında düzenlediği raporunda yaşam boyu öğrenmenin sadece kamuya bırakılmayacak kadar önemli ve karmaşık olduğunu gelişen ve değişen iş dünyasında işverenlerin ve bireylerin sorumlu olduklarından bahsetmektedir (Toprak ve Erdoğan, 2012).

1990'ların ortalarından itibaren çeşitli Avrupa ülkeleri tarafından hazırlanan birçok yasa, yönetmelik, rapor ya da doküman yaşam boyu öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır. Japonya'da 1990'da "Yaşam Boyu Öğrenmenin Desteklenmesi Yasası" çıkarılmış ve "Yaşam Boyu Öğrenme Ulusal Konseyi" kurulmuştur. İngiltere'de ise 1995'te Eğitim ve İstihdam Bakanlığı "Yaşam Süresinde Öğrenme (Lifetime Learning)" adıyla belge yayınlamıştır. 1997 yılında da İskoçya "Yaşam Boyu Öğrenme: İlerlenmesi Gereken Yol (Lifelong Learning: The Way Forward)" adlı belgeyi yayınlamıştır. 1996 yılı Avrupa Birliği tarafından "Boyu Öğrenme Yılı" olarak kabul edilmiştir. Bazı ülkelerde yasal olarak kaynaklara geçmesinin tarihi yeni olan yaşam boyu öğrenme 2001 yılında Prag Bakanlar Toplantısından sonra Avrupa Yükseköğretim Alanının temel unsuru olarak kabul edilmiştir (Aksoy, 2013; Samancı ve Ocakçı, 2017).

Türkiye'de 2000 yılında hazırlanan ve 2001-2005 yıllarını kapsayan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında yaşam boyu öğrenme hedefi konmuş ve "Milli eğitim, herkes için hayat boyu öğrenme yaklaşımıyla bilgiye ulaşma yol ve yöntemlerini öğreten, etkin bir rehberlik hizmetini içeren, eğitimin tüm evrelerinde yatay ve dikey geçişlere imkan veren, piyasa meslek standartlarına uygun, üretime dönük eğitime ağırlık veren, yetki devrini esas alan, istisnasız tüm öğrenciler için fırsat eşitliğini gözetilen bir sistem birliği içerisinde yeniden düzenlenecektir" denilmiştir (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001-2005).

Yaşam boyu öğrenme hedefi de: "Toplumda hayat boyu öğrenme anlayışının benimsenmesini esas alan her türlü yaygın eğitim imkânı geliştirilecek; özellikle üniversiteye giremeyen gençlere kısa yoldan beceri kazandırma ve meslek edindirme faaliyetleri artırılabilecek, mahalli idarelerin, gönüllü kuruluşların ve özel sektörün bu konudaki faaliyetleri özendirilecektir" şeklinde ifade edilmiştir (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001-2005).

Dokuzuncu Beş Yıllık kalkınma Planında değişen iş gücü piyasasında yaşam boyu öğrenme stratejilerinin geliştirilmesinden söz etmektedir (Dokuzuncu Beş Yıllık kalkınma Planı, 2007-2013). 2011 yılında Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü kuruldu ve çıkarılan kanun hükmünde kararname ile görev

tanımları yapıldı. Milli Eğitim Bakanlığı 2014 yılında 2014-2018 yılları için Türkiye Hayat Boyu

Öğrenme Strateji Belgesi hazırlamış ve hayata geçirmiştir (Hayat Boyu Öğrenme Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2014-2018).

Ebelik eğitimi, hizmetleri ve yaşam boyu öğrenme

Ebelik mesleği usta çırak ilişkisi öğrenilen ve kuşaktan kuşağa aktarılan bir iş iken günümüzde iyi bir eğitim ile elde edilen profesyonel bir meslek olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde 1996 yılından sonra lisans düzeyinde eğitim zorunluluğu gerektiren ebelik eğitiminin tarihine baktığımızda ilkökul ile başlamış, sağlık okulları, lise ve ön lisans eğitimi ile devam etmiştir (Koçak, Can, Yücel, Akyüz ve Turfan, 2017). Yaşam boyu öğrenmenin hayata geçirilmesine iyi bir örnek olan ebelik eğitimi gelişim sürecinde kendini göstermektedir. Sağlık okulu mezunu ebelerin dışardan sınav yoluyla lise diploması almaları, lise mezunu ebelerin açık öğretim ile ön lisans eğitimi almaları, ön lisans mezunu ebelerin uzaktan eğitim ile lisans tamamlamaları, lisans mezunu ebelerin de örgün, uzaktan ve ikinci öğretim yoluyla yüksek lisans eğitimi almaları en güzel örneklerdir.

Ebelik eğitimi gelişim sürecinde en büyük adımlar; eğitimin lisans düzeyine çıkması (1996), yüksek lisans eğitimin başlaması (2003) ve doktora eğitiminin başlamasıdır (2013) (Koçak ve diğerleri, 2017). Ayrıca ebelik lisans mezunu bireyler mesleklerine katkı sağlayacak birçok farklı alanlarda yüksek lisans ve doktora eğitimi alabilmektedir. Halk Sağlığı Hemşireliği, Okul Sağlığı Hemşireliği, Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği, Çocuk Hastalıkları Hemşireliği, Sosyal Bilimlerin birçok alanı, Aile Danışmanlığı, Alkol ve Madde Bağımlılığı, Kadın Sağlığı ve daha farklı birçok alan mevcuttur. İnsanın var olduğu andan bu yana var olduğu bilinen ebeliğin sürekli değişim ve gelişim sürecinde olması ana çocuk sağlığı, kadın sağlığı ve halk sağlığı alanlarında daha kaliteli ve nitelikli sağlık hizmet sunumuna katkı sağlamaktadır. Günümüzde kısıtlı da olsa ebelerin sertifikasyon programları da uygulanmaktadır. Noenatal Rüşitasyon, Rahim İçi Araç, Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Programları ve hemşire yetkisi olan ebeler için de hemşirelerin katılabileceği tüm sertifika programları katılma hakkı mevcuttur.

Ebelik hizmetlerinde yaşam boyu öğrenme kavramının kullanımına baktığımızda ebelerin görev yetki ve sorumluluklarını bilmek ne kadar gerekli olduğunu anlamamızı sağlamaktadır. Meslek adaylarına ve mensuplarına yönelik eğitimleri, topluma, aileye ve bireyleri verilen eğitimler ve danışmanlık görevleri bulunan ebeler birer yaşam boyu öğrenme kaynaklarıdır.

Sonuç ve öneriler

Hızlı gelişen teknoloji, nüfusun yaşlanması, rekabet ve istihdam edilebilirlik, serbest piyasa ve iş gücü verimliliği, küreselleşme ve daha birçok neden yaşam boyu öğrenmeyi zorunlu hale getirmektedir. Günümüzde bireylerin genç yaşta öğrendikleri bilgiler yetersiz kalmaktadır. Gelişen ve değişen dünyaya ayak uydurabilmek için, gelişmişlik düzeyini yakalamak, beyin göçünü önlemek, ekonomik kalkınmayı arttırmak, demokrasi ve insan hakları için ülkemizin mevcut yaşam boyu öğrenme

politikasınınileri düzeyde geliştirmesi ve güncel hayatta daha fazla kullanıma sunulması gerekmektedir.

Kadın, çocuk, ergen ve toplum sağlığı hizmetlerinin temel taşı olan ebelerin sağlık ihtiyaçlarına daha nitelikli cevap verebilmesi için yaşam boyu öğrenmeyi kendilerine misyon edinmeleri ve hem kendilerini hem de hizmet verdikleri grubu sürekli değişime ve gelişime açık tutmaları gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Aksoy, M. (2013). Kavram olarak hayat boyu öğrenme ve hayat boyu öğrenmeni Avrupa Birliği serüveni, *Bilig*, 64; 23-48.
2. Ersoy, A. Yılmaz, B. (2009). Yaşam boyu öğrenme ve Türkiye’de halk kütüphaneleri, *Türk Kütüphaneciliği*, 23(4); 803-834.
3. Önal, İ. Tarihsel değişim sürecinde yaşam boyu öğrenme ve okuryazarlık: Türkiye deneyimi, *Bilgi Dünyası*, 11(1); 101-121.
4. Koçak, YÇ., Can, HÖ., Yücel, U., Akyüz, MD., Turfan, EÇ. (2017). *Türkiye’de ebelik bölümlerinin akademikve fiziki profili*, *HSP*;4(2):88-97.
5. Laal, M. (2012). Benefits of lifelonglearning, *Procedia – Socialand Behavioral Sciences*, 46; 4268 – 4272.
6. Samancı, O., Ocakcı, E. (2017). Hayat boyu öğrenme, *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(24);711-722.
7. Toprak, M. Erdoğan, A. (2012). Yaşam boyu öğrenme:kavram, politika, araçlar ve uygulama, *Yükseköğretimve Bilim Dergisi/Journal of Higher Education and Science*, 2(2); 69-91.
8. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001-2005.
9. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2007-2013.
10. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Türkiye Hayat Boyu Öğrenme Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2014-2018.
11. Nordstrom, N. M. (2008). *Top 10 Benefits of Lifelong Learning*. Erişim: 06.11.2018. https://www.selfgrowth.com/articles/Top_10_Benefits_of_Lifelong_Learning.html.

73 - PROBLEME DAYALI ÖĞRENME

Akgül KURU OKTAY¹, Zübeyde DENİZCİ ZİREK¹, Nevin AÇIK¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

akgulkuru@gmail.com

Özet

Probleme dayalı öğrenme(PDÖ), karmaşık/gerçek hayat problemlerinin araştırılması ve çözümü için organize edilen, bireylerin aktif katılımını gerektiren, yapılandırmacı yaklaşıma dayalı bir öğrenme yöntemidir. Yapılandırmacı yaklaşıma göre öğrenme, öğrencilerin öğrenme sürecinde aktif olarak kendi bilgi ağlarını (şema)kurduğu ya da yeniden yapılandığı aktif bir süreçtir. Bu yaklaşım, bireyin neyi değil, nasıl öğrendiği temeline dayanmaktadır. Bu derlemenin amacı, probleme dayalı öğrenme yöntemini incelemektir.

PDÖ ilk defa 1950'li yıllarda ABD'de Case Western Üniversitesi Medical School'da uygulanmıştır. Ülkemizde bu konudaki çalışmalar 1997-1998 yıllarında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde başlamıştır. Bloom tarafından tanımlanan öğrenmenin üç alanını etkileyerek bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerileri geliştirdiği ve birleştirdiği belirtilmektedir. Eğitimin merkezinde senaryoların kullanıldığı, öğrenci merkezli bir eğitim modelidir. PDÖ'nün temel eğitim gereği, gerçek yaşamla uyumlu problemlerin yer aldığı senaryolardır. Senaryolar, belirlenen hedeflere ulaşmada yol gösterici ve yönlendirici araçlardır. Geleneksel öğretimde problemler, değerlendirme amacıyla kullanılırken, probleme dayalı öğrenmede öğrencilerin problem çözme becerilerini geliştirmek ve bilgi edinmelerini sağlamak için kullanılmaktadır.

PDÖ yönteminde öğrencilerin büyük çoğunluğu, bilgileri paylaşmaktan hoşlandıkları, karşılıklı konuşma ve tartışma, sorgulama, bireysel öğrenme becerilerinin ve çalışma yeteneklerinin geliştiği, kendilerine güvenin arttığı saptanmıştır. Öğrencilerin aktif olarak derse katılımı sağlandığında dersteki kavramları daha iyi öğrendikleri bildirilmiştir.

Probleme dayalı öğrenme, günümüzde yaygın olarak yüksek öğretimde kullanılan bir öğrenme yaklaşımıdır. Öğrenmeyi öğrenen, bilgisini sürekli güncelleyen ve kendi öğrenme sorumluluğunu üstlenmiş öğrenciler yetiştirmek için bu yöntem kullanılmakta, ülkemizde de 1997 yılından beri uygulanmaktadır. Probleme dayalı öğrenmeden verimli sonuçlar alınması için temel şartların yerine getirilmesi ve öğrencilerin bu yöntemle ders işleme yeterliliğine ulaştırılması gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Probleme dayalı öğrenme, yapılandırmacılık, öğrenme ve öğretme

Problem-Based Learning

Abstract

Problem-based learning (PBL) is a constructivist approach-based learning method that requires active participation of individuals, which is organized for the investigation and resolution of complex / real life problems. According to constructivist approach, learning is an active process in which students actively construct or restructure their own knowledge networks (schemes) during the learning process. This approach is based on how an individual learns and not what. The purpose of this review is to examine the problem-based learning method.

The PBL was first applied in the 1950's at the Case Western University Medical School in the USA. Studies on this subject in our country began in 1997-1998 at Dokuz Eylül University Faculty of Medicine. It is stated that PBL has developed and integrated cognitive, emotional and psychomotor skills by influencing three domains of learning identified by Bloom. It is a student-centered education model where scenarios are used in the centre of education. The basic training process of PBL is scenarios with problems that are compatible with real life. Scenarios are guiding and guiding means to reach the specified goals. Problems in traditional teaching are used for evaluation purposes, and problem-based learning is used to improve the problem-solving skills of students and provide information.

In the PBL method, it was found that the majority of students enjoyed sharing information, developed mutual conversation and discussion, questioning, individual learning skills and working skills, and increased self-confidence. It has been reported that students learned the concepts in the lesson more effectively when they are actively involved in the lesson.

Problem-based learning is a learning approach widely used today in university education. This method is used to train students who learn to learn, update their knowledge and take responsibility for their own learning, and has been applied in our country since 1997. In order to obtain efficient results from problem based learning, it is necessary to fulfill the basic conditions and to provide the students with the ability to process lessons with this method.

Keywords: Problem-based learning, constructivism, learning and teaching

Giriş:

Günümüzde yaşanan bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler küreselleşme ile tüm dünyayı etkileyerek sağlık ve eğitim alanında köklü değişikliklerin yaşanmasına neden olmaktadır. Bunların sonucunda eski eğitim anlayışlarından vazgeçilerek öğrenen merkezli yaparak/yaşayarak öğrenmeyi temel alan eğitime doğru bir geçiş söz konusudur. Ayrıca bilgiye ulaşmanın ve kullanmanın getirdiği kolaylıklar eğitime yansıtılarak hazır bilginin sunulduğu geleneksel eğitim yerine bilgiye kendisi ulaşan, araştıran, sorgulayan, analiz-sentez-değerlendirme yapabilen, eleştiren kısacası öğrenmeyi öğrenmiş nitelikli bireyler yetiştirmeye yönelik eğitim yaklaşımları tercih edilmektedir (1,2). Bu yaklaşımlardan biri olan probleme dayalı öğrenme, birey/öğrencilere öğrenmeyi öğrenme becerisi kazandırarak öğrenme kapasitelerinin geliştirilmesini hedeflemektedir. Bu hedef doğrultusunda birey/öğrencilerden kendi öğrenme sorumluluğunu alarak kendi kendine öğrenme ilkelerini uygulamaları beklenmektedir. Gerçek yaşamda karşılaştığımız sorunları çözmek için çabalayan birey/öğrenciler, aktif bir şekilde kendi yönlendirmelerini yaparak sekiz kişiden az küçük gruplarla çalışmaktadır (1,3,4). Probleme dayalı öğrenme (PDÖ) yaklaşımının en önemli özelliği birey/öğrencilerin ortak bir amaç etrafında küçük gruplar halinde çalışarak birbirlerinin öğrenmelerine yardımcı olmaları ve işbirliği içinde öğrenmeyi en üst seviyeye çıkarmalarıdır (1,3,4,5).

Merkezde eğiticinin yer aldığı geleneksel eğitim modellerinde konuya ilişkin yüklü ders içerikleri birbirinden bağımsız bir biçimde aktarılırken öğrenciler de pasif alıcı konumunda edindiği bilgileri genellikle ezberleyerek öğrenmektedir. Bu nedenle eğitim sürecinin ilk yıllarında öğrenilen bilgilerin anımsanmasının zorlaşması, genellikle ezbere dayalı bilgilerin çok çabuk unutulması, öğrenilen bilgilerin uygulamaya dönüştürülememesi ya da gerçek hayata geçirilememesi, eğitim alan/verenlerde istenilen motivasyonun sağlanamaması gibi sıkıntılar nedeniyle PDÖ, yürütülen tip eğitimi programlarına alternatif olarak ortaya çıkmıştır (6). Merkezinde öğrencinin yer aldığı interaktif bir eğitim yöntemi olan PDÖ için, “20. Yüzyılın ortalarında geleneksel eğitim modellerinin eksikliklerine ve sorunlarına karşı bir reaksiyon olarak ortaya çıkan eğitim yaklaşımıdır” diyebiliriz (7,8). O günden bugüne hukuk, ekonomi, işletme, sosyal bilimler gibi çok çeşitli disiplinlerde uygulanan bir eğitim modeli olagelmıştır (4,9,10).

Yapılan araştırmalar birey/öğrencilerin edindikleri bilgiyi kullanabilme, karşılarına çıkan problemleri çözebilme, eleştirel düşünebilme gibi bilginin yanı sıra beceriyi de gerekli kılan öğrenme modellerinin başarının artmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Probleme dayalı öğrenme yaklaşımı da bu modellerden biri olarak kabul edilmektedir (5,11,12,13).

Tanım ve tarihçe:

Probleme dayalı öğrenme (PDÖ), bir senaryoya dayanarak saptanmış olan sağlık problemlerinin araştırılması ve çözümü doğrultusunda organize edilen, bu süreçte birey/öğrencilerin önceki bilgilerini kullanarak ihtiyaçları olan öğrenme konularını tespit etmeleri, öğrenerek bilgileri işlemeleri, kendi aralarında tartışmaları ve araştırarak çözüm üretmeleri temelinde adım adım bilgiye ulaşmalarını sağlayan öğrenci merkezli interaktif eğitim yöntemlerinden biridir (6,9,14,15).

Dewey'in (1910) yaparak/yaşayarak öğrenme modelini temel alan probleme dayalı

öğrenmenin ilk uygulaması 1950'lilerde ABD- Case Western Üniversitesi Medical School'da gerçekleşmiş; Kanada- McMaster Üniversitesi'nde Howard Borrows 1960'ların sonlarında bu yaklaşıma dayalı tıp eğitimi alanında uygulamalar yapmıştır (5,11).

Bu köklü değişimin amacı Tıp eğitiminin geleneksel yöntemlerden gerçek hayat problemlerini temel alan bir öğrenim yaklaşımına geçmek olarak belirtilmiş; 1990'larda ABD ve Kanada'daki Tıp Fakültelerinin %80'inde PDÖ yaklaşımı uygulamaya konulmuştur (4). Öğretim programının en önemli özelliği, derslerin tartışma oturumları haline dönüşmesi ve her öğrenciyi aktif bir şekilde öğrenen haline getirmesi olduğu vurgulanmıştır (16). İzleyen yıllarda birçok ülkede tıp, fen bilimleri, mühendislik, hukuk gibi alanlarda kullanılmıştır. Ülkemizde 1996'da Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin eğitim programı probleme dayalı öğrenme modeline göre yapılandırılmış ve bu konudaki çalışmalara 1997-1998 yıllarında tıp fakültesinde başlanarak işletme ve mühendislik fakülteleri ile devam edilmiştir (17,18).

Probleme Dayalı Öğrenme ve Özellikleri

PDÖ, ortaya konan bir bulmaca/sorun/problem etrafında gerçekleşen öğrenme yaklaşımı olup öğrencilerin öğrenme sürecine aktif katılımlarıyla, ortaya konan problemin çözümünü şahsen araştırarak ve kendi aralarında tartışarak gerçekleştirmelerine olanak tanımaktadır. Bu modelde öğretim, problem çözme oturumları şeklinde yürütülürken küçük gruplara bölünen öğrencilere bir eğitim yönlendiricisi rehberlik etmektedir (4,11,19). Klasik eğitimin aksine bu modelde bilgiler birey/öğrencilere eğitici tarafından doğrudan verilmeyip öğretilecek kavramlara dair problemler oluşturularak öğrencilerin bu problemlere çözüm üretmeleri istenmekte ve bu süreçte hedeflenen bilgiye ulaşmaları beklenmektedir (20).

Tam ve yeterliliğe dayalı öğrenme yaklaşımına hizmet eden probleme dayalı öğrenme (PDÖ), birey/öğrencilerin problem çözme becerilerini ve öğrenmeye olan gereksinimlerini fark edip belirleyebilmelerine olanak tanıyarak öğrenmeyi öğrenebilmeleri ve bilgiyi işlevsel hale getirerek yapılandırmaları, ekip çalışmasını yürütebilmeleri, konuları birbirine entegre ederek bir bütün halinde ve derinlemesine anlayabilmelerini sağlayan öğrenme yaklaşımıdır (21,22). Günümüzde yapılan çalışmalar, eğitimde nitelikli bireyler yetiştirmek açısından öğrenme sürecine aktif olarak katılanların daha iyi öğrendiklerini göstermektedir (22,23,24).

Probleme dayalı öğrenme, öğrencilerin işbirlikçi ortamlarda günlük hayattan bir probleme ilişkin çözüm yolları geliştirdikleri yapılandırmacı yaklaşıma dayalı bir öğrenme yöntemidir. Bu kurama dayanmasının yanı sıra öğrenci merkezli öğrenme, aktif öğrenme, yaşam boyu öğrenme, bireysel öğrenme gibi kuramlarla da yakından ilişkilidir (22,25,26).

Yapılandırmacı yaklaşımı temel alan öğrenme süreçlerinde birey/öğrenciler aktif rol alırken eğiticiler yönlendirici konumdadır. Bu süreçte birey/öğrencilerin araştırma, sorgulama, eleştirel düşünme gibi üst düzey becerileri kullanarak gerekli bilgiye kendilerinin ulaşması etkin öğrenmenin gerçekleşmesi açısından önem taşımaktadır. Birey/öğrenciler, kendi bilgi ağlarını-(şema) oluşturarak veya yeniden yapılandırarak öğrenme sürecine aktif bir şekilde katılırken önceki bilgileriyle yeni

bilgilerini ilişkilendirmeleri sağlanarak anlamlı ve kalıcı öğrenmenin gerçekleşmesine yardımcı olmaktadır (26,27,28). PDÖ, Bloom tarafından tanımlanan öğrenmenin üç alanını; bilişsel (akıl/zihinsel beceriler), duyuşsal (duygular/tutumlar) ve psikomotor (motor/fiziksel) becerileri geliştirmesi yanında bütünleşmesini sağlamaktadır (29).

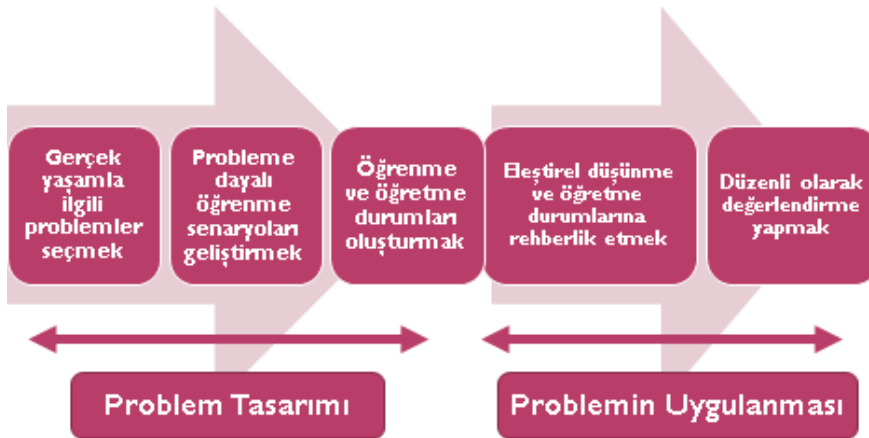
Probleme dayalı öğrenmenin amacı, birey/öğrencilerin eğitim sürecinde karşılaştıkları problemleri çözerken öğrendiklerini günlük sosyal hayatlarında karşılaştıkları problemleri çözerken kullanabilme becerisini sağlamaktır (25,26). (Kılınç,2007; Balım,2012)

Probleme Dayalı Öğrenme Sürecinin Basamakları

Dewey (1933) problem çözmenin adımlarını problemin belirlenmesi ve tanımlanması, ortaya konan problemin çözümüne yönelik hipotezlerin önerilmesi, uygun kanıt düzeyindeki bilgilerin toplanarak soruların yanıtlanması olarak belirtmiştir(9). Probleme dayalı öğrenmenin uygulanmasında izlenen adımlar şunlardır (5,9):

1. Problemin farkına varılarak tanımlanması
2. Problemin tam ve doğru olarak açıklanması
3. Problemin çözümünde gerekli olan bilgilerin tanımlanması
4. Bilgi toplanmasında gerekli olan kaynakların belirlenmesi
5. Olası çözüm önerilerinin geliştirilmesi
6. Çözümlerin incelenerek değerlendirilmesi
7. Çözümlerin sözel veya yazılı raporlanması

Probleme dayalı öğrenme tasarımı, uygulama adımlarına göre şu şekilde şematize edilmektedir (20);



Şekil 1: PDÖ Tasarım ve Uygulamasının Görünümü

PDÖ'de eğitim konuları modül olarak bölümlere ayrılarak her modül özelliklerine göre oturumlara bölünmektedir (22). Bu modelde öğrenmenin başlangıç noktasını oluşturan problemler, eğitimin içeriği ile ilgili mesleki kavram ve ilkeleri destekleyen, birey/öğrencilerin gelecekte günlük

hayatlarında karşılaşılabilecekleri durumlara uygun olarak seçilen, gerçek olaylardır(9). Genel olarak problemler öğretilmek istenen konuyla ilgili olayların anlatıldığı senaryolar şeklinde ortaya konulmaktadır (20). Probleme dayalı öğrenmenin kullanıldığı eğitimin merkezinde senaryolar olup, bunlar belirlenen hedeflere ulaşılmasında yol gösterici ve yönlendirici araçlardır. Kurgulanmış olgu olarak adlandırabileceğimiz senaryolar, gerçek hayatta ortaya çıkabilecek sorunlara göre yapılandırılırken bu yaklaşımın da temel eğitim aracını oluşturmaktadır. senaryoların gerçek hayattan alınması öğrenme sürecinde uyarıcı niteliği taşıyarak, birey/öğrencilerde merak uyandırabilecek çeşitli sorunların nedenlerini düşündürerek yeni ipuçları gösteren, öğrenme isteğini sürekli canlı tutan kurgular olarak belirtilmektedir (20,22).Bu modelde öğrenciler 5-8 kişilik küçük gruplar halinde, uyarıcı olarak görev yapan, gerçek yaşam sorunlarının kullanıldığı senaryolarda yer alan problemler üzerinde çalışmaktadır. Bu problemler, birey/öğrencilerin gerçek bir sorunla karşı karşıya olduğunu, gerekli bilgileri öğrenmeye ihtiyaç duymasını sağlayarak motive edilmelerinde ve öğrenme sürecine yönlendirilmelerinde etkilidir (22). Birey/öğrenciler önceki bilgi ve deneyimlerinden yararlanarak, yeni bilgiler edinerek senaryoda yer alan sorunlara yanıtlar oluşturmaktadır. Böylece birey/öğrencilere konunun öğrenilmesinin gerekli ve yararlı olduğu düşündürülerek, merak uyandırılarak araştırma, irdeleme ve öğrendiklerini uygulama motivasyonu kazandırılabilir (21,22,25).

Geleneksel eğitim yöntemlerinde sorun/problemler, değerlendirme amacıyla kullanılırken, probleme dayalı öğrenmede birey/öğrencilerin problem çözme becerilerini geliştirmek ve yeni kavramlar öğrenmelerini sağlamak için kullanılmaktadır (26,30). Öğrenciler yeni bilgiler edinmelerinin yanı sıra iletişim becerileri, ekip çalışması, problem çözme, öğrenme, bağımsız olarak sorumluluk alma, bilgi paylaşımı ve saygı gibi özelliklerde kazandırmaktadır (31).

Probleme Dayalı Öğrenme’ de kullanılan gerçek yaşamla ilgili problemlerin sadece etkili, sürekli ve derinlemesine öğrenmeyi sağlamadığı aynı zamanda edinilen bilgi ve kazanılan becerilerin öğrenme ortamından gerçek hayata aktarılmasını da kolaylaştırdığı belirtilmektedir (4). Bu modelin kullanıldığı eğitim ortamlarında birey/öğrencilerin kendi eğitimleri ile ilgili daha fazla sorumluluk aldığı ve bu aldıkları sorumluluğun adım adım sürekli arttığı gözlenmiş; ayrıca öğrenme konusunda zamanla eğitimcilerden bağımsız oldukları belirtilmiştir. Bu yöntemin kazandırdığı bağımsızlık, yaşam boyu öğrenmeyi sürdürebilmelerine de olanak tanımıştır (5).

Barrows (1985) bu süreçteki esas noktaları şu şekilde açıklamıştır; ilk olarak öğrenciler ortaya konan problemle tanışarak ön bilgileri doğrultusunda hipotezler öne sürerler. Sonrasında problemin çözümü için gerekli bilgi ve becerilerin nasıl elde edileceği belirlenerek öğrenciler gerekli araştırma ve sorgulamalarını gerçekleştirirler. Bu araştırma ve sorgulama sonucunda edindikleri bilgiler doğrultusunda öne sürdükleri hipotezleri kabul veya redderek bir çözüme ulaşırlar. Son olarak da öğrenciler edindikleri bilgi ve becerileri kendi aralarında nasıl kullanacaklarını tartışarak kendi öğrenmelerinin farkına varmaları sağlanmış olur (4).

Probleme Dayalı Öğrenmenin Yararları

- Birey/öğrencilerin kendi öğrenmelerinin sorumluluğunu üstlenmelerini sağlar

- Birey/öğrenciyi öğrenmeye daha çok motive eder
- Gerekli bilginin edinilmesini ve kalıcılığını arttırmasının yanı sıra derinlemesine öğrenmeyi de sağlar
- Problem çözüme ve eleştirel düşünme becerisini geliştirmektedir
- Öğrenme ortamını birey/öğrenci ve eğitici açısından daha zevkli hale getirmektedir.
- Yaşam boyu öğrenme becerisi kazanmayı sağlar
- Disiplinler arası çalışmayı ve işbirliğini sağlayarak grup çalışmalarını destekler
- Karar verme ve mantık yürütme becerileri kazandırarak bireysel gelişime katkı sağlar
- Öğretmen ve öğrencilerin etkileşim içerisinde oldukları bir eğitim ortamı meydana getirmektedir (4).

Literatürde “Probleme Dayalı Öğrenme” modelinin birey/öğrencilerin gerekli becerileri, istedik tutum ve davranışları kazandırmasıyla birey/öğrencilerde etkin iletişim, karar verme ve problem çözüme becerilerinin gelişimine büyük katkı sağladığı vurgulanmaktadır (32,33,34).

Duman & Akbaş'ın çalışmasında, öğrencilerin büyük çoğunluğu, probleme dayalı öğrenme yaklaşımında bilgilerini paylaşmaktan hoşlandıklarını, karşılıklı konuşma, tartışma, sorgulama, bireysel çalışma ve kendi öğrenme sorumluluğunu alma gibi becerilerinin geliştiğini, neyi/neden yaptıklarına dair farkındalıklarının ve kendilerine güvenlerinin arttığından söz etmişlerdir (32). Akpınar & Ergin'in araştırmasında ise, öğrenciler probleme dayalı öğrenme yönteminin kendilerini araştırmaya teşvik ettiğini, derse yönelik pozitif tutum geliştirmelerini sağladığını ve grup çalışmaları ile bilgi alışverişine fırsat tanıdığını, kendilerini sürekli düşünmeye sevk ederek aktif olmalarına yardımcı olduğunu ve bu yöntemin kullanılmasından duydukları memnuniyeti dile getirmişlerdir (18,20,32).

Diğer bir araştırmada ise, öğrenciler bu öğrenme modelinin ilgilerini canlı tuttuğunu belirtirken kavramları daha derinden anlamalarını sağladığını ifade etmişlerdir. Probleme dayalı öğrenmede öğrencilerin derse katılım düzeylerinin ölçüldüğü başka bir araştırmada, öğrencilerin aktif olarak derse katılmaları sağlandığında kavram/bilgileri daha iyi öğrendiklerinden söz edilmiştir (35).

Ebelikte probleme dayalı öğrenme

Literatürde ebelik eğitiminde kullanılan modern yöntemlerin, öğrenme sürecini daha etkili hale getirdiği ve öğrencilerin bilgi ve becerilerini geliştirdiği belirtilmektedir. Gerçek yaşam senaryoları, kullanılan maketler, simülasyon ortamı klinik uygulamadaki durumları güvenilir bir şekilde gösterebilir. Bu nedenle geleneksel eğitim yerine modern eğitim yaklaşımlarının tercih edilmesi önerilmektedir (36).

Ebelik alanında 1997'de Thames Valley Üniversitesi Wolfson Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Probleme dayalı öğrenme yaklaşımı temeline dayanan (Barrows 1986) yeni bir müfredat uygulanmıştır. Bu İngiltere'de probleme dayalı öğrenme yaklaşımı ile verilen ebelik alanındaki ilk eğitim olmuş, müfredatı özellikle Kuzey Amerika ve Avustralya'daki Tıp Fakültelerinden uyarlanmıştır (37).

PDÖ ile ilgili literatürün çoğunluğunda tıp eğitiminden yararlanıldığı bu nedenle kullanılan senaryoların öncelikle teşhis ve tedaviye yönelik problem çözümeyi araştırmak için tasarlandığı, ebelik

eğitiminin tıp eğitiminden farklı olduğu için ebelik programına uyarlanması gerektiği belirtilmektedir. Ebeliğin kendine özgü doğası, dayandığı etik ilkeler ve teoriler, mesleki özellikler, yerel ve kültürel bağlam da dikkate alınarak düzenlemeyapılmasını gerektirmektedir (38).

McCourt & Thomas araştırmasında, PDÖ modeli ile eğitim gören ebelik öğrencilerinin araştırma, bağımsız öğrenme, eleştirel düşünme ve sorgulama yeteneklerinin daha fazla geliştiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada, PDÖ modeli ile eğitim gören ebelik öğrencilerinin PDÖ modeline uyumda zorluklar ve bazı sıkıntılar yaşamalarına rağmen bu modele yönelik görüşleri olumlu bulunmuştur (3,37). Ebelik öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada PDÖ modeli ile eğitim gören ebelik öğrencilerinin bu eğitim yaklaşımı hakkındaki görüşleri odak grup görüşmesiyle değerlendirilmiş, öğrenciler bilgi edinme ve eleştirme becerisi kazanmalarına rağmen bazı uygulamalarda kendilerini hazır hissetmediklerini belirtmişlerdir. Özellikle programın başında öğrenciler kendi öğrenmeleri konusunda anksiyetelerinin yüksek olduğunu, olumlu deneyimlerin grup üyelerinin motivasyonu ve katılımına bağlı olduğunu belirtmişlerdir (4,38).

İran'da ebelik öğrencilerinde geleneksel eğitim ile PDÖ'nin karşılaştırıldığı çalışmada, PDÖ grubundaki öğrencilerin öğrenme düzeyi daha yüksek bulunmuş, ayrıca öğrendiklerini uygulamaya aktarma, öğrenme motivasyonu ve eğitsel aktiviteyi geliştirmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin %82'i PDÖ'yi daha uygun ve daha iyibir yöntem olarak belirtmiştir (39).

Bir meta-analiz çalışmasında, PDÖ müfredatı ile eğitimin genellikle öğrencilerle popüler olduğu ve iyi değerlendirildiği belirtilirken öğrencilerin klasik gerçek bilginin test edildiği sınavlarda düşük puanlar aldıkları, ancak sürecin değerlendirildiği sınavlarda ise daha iyi performans gösterdikleri saptanmıştır. Bu çalışmada PDÖ'nin geleneksel yaklaşımlardan üstün olduğu belirtilmiştir (40). İrlanda'da bir ebelik eğitim kurumu tarafından probleme dayalı öğrenmenin, uygulamayı destekleyen bir eğitim modeli olduğu; senaryolar kullanılmasının ebelerin yetkinlik kazanmasında etkili olduğu için desteklenmiştir (41).

Sonuç

Eğitim, bireyin/öğrencinin doğumundan başlayarak tüm yaşamı boyunca devam eden bir süreçtir. Probleme dayalı öğrenme yaklaşımında birey/öğrenciler zamanla daha fazla kendi eğitimlerinin sorumluluğunu almaları nedeniyle topluma bağımsız bir şekilde öğrenmeyi öğrenen bireyler kazandırılmaktadır. Bu şekilde yaşam boyu öğrenmeye devam ederek edindikleri bilgi ve becerilerini sürekli güncel tutmaları mümkün hale gelmektedir. Eğitim alanında da ortak hedef olarak, topluma kendi kendine öğrenmeyi bilen, bilgilerini devamlı yenileyen ve bu konuda öğrenme sorumluluğunu üstlenen bireyler kazandırmak ön sıralarda yer almaktadır. Bu nedenle ülkemizde de tercih edilen bir yöntem olan PDÖ kullanılmaktadır. Ebelik alanında da önemli olan problem çözme, kendi kendine öğrenme, etkili iletişim, eleştirel düşünme, kritik karar verme üst düzey becerileri geliştiren bu yöntem tercih edilebilir.

Kaynaklar

1. Yıldırım H. (2011). Probleme Dayalı Öğrenme Ve Proje Tabanlı Öğrenme Yöntemlerinin İlköğretim Öğrencilerinin Başarılarına Ve Tutumlarına Etkisi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya
2. Karadağ, M., Alparslan, Ö., İşeri, Ö. P. Ebelik Ve Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ve Öğrenme Stilleri. *Cukurova Med J* 2018;43(1):13-21
3. Duman Z.Ç, Akbaş H; Hemşirelik Öğrencilerinin Probleme Dayalı Öğrenmeye Yönelik Tutumları, *DEUHYO ED* 2010, 3(3), 146-152
4. Çelik P. (2013). Probleme Dayalı Öğrenmenin Öğretmen Adaylarının Fizik Dersi Başarısı, Öğrenme Yaklaşımları Ve Bilimsel Süreç Becerileri Üzerindeki Etkisi, Doktora Tezi, 2013, İzmir
5. Kaptan, F. ve Korkmaz, H. (2001). Fen Eğitiminde Probleme Dayalı Öğrenme Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 20, ss. 185-192.
6. Musal, B. (2016). Probleme Dayalı Öğrenim. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Education-Special Topics*, 1(1), 76-80.
7. Karadağ, A. (2010). Biyokimyada “Koenzim” Konusuna Probleme Dayalı Öğrenme Uygulamasının Öğrenci Başarısına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010
8. Barrows, H. (2002). Is it Truly Possible to Have Such a Thing as dPBL?. *Distance Education*, 23(1), 119-122.
9. Turan B.A. (2014). Probleme Dayalı Öğrenmenin Başarıya, Öz-Düzenleyici Öğrenme Becerilerine ve Akademik Özgüvene Etkisi, Doktora Tezi, Ankara
10. Loyens, S.M.M., Mgda, J. ve Rikers, R.M.J.P. (2008). Self-directed learning in problembased learning and its relationships with self-regulated learning. *Educational Psychology Review*. 20, 411-427
11. Yurdatapan, M. (2013). Probleme dayalı laboratuvar etkinliklerinin öğrencilerin bilimsel süreç becerilerine özgüvenine ve öz-yeterliliğine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Özel*, (1), 421- 435.421-435.
12. Aydoğdu, B. ve Ergin, Ö. (2008). Fen ve teknoloji dersinde kullanılan farklı deney tekniklerinin öğrencilerinbilimsel süreç becerilerine etkileri. *Ege Eğitim Dergisi* (9) 2, 15-36.
13. Bolat, M., Türk, C., Sözen, M. ve Turna, Ö. (2012). Basit araç ve gereçlerle yapılandırıcı yaklaşıma uygunbir laboratuvar etkinliği. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 1(3).
14. Eren C.D, Akınoğlu O. (2012). Fen Eğitiminde Probleme Dayalı Öğrenmenin Kavram Öğrenmeye Etkisi, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2012;1(3):19-32
15. Musal, B., Keskin, O., & Tuncel, P. (2016). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde e-PDÖ Uygulaması: İki Yıllık Deneyim. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Education-SpecialTopics*, 1(3), 17-24.
16. Parker, M. (1995). Autonomy, problem based learning and the teaching of medical ethics. *Journal of MedicalEthics*, 21, 305-310.

17. Odabaşı, O., Sayek, İ., & Kiper, N.(2011). Undergraduate medical education in Turkey–2010, Turk Arch Ped2011; 46: 322-7
18. Akpınar, E. ve Ergin, Ö. (2005). Probleme dayalı öğrenme yaklaşımına yönelik öğrenci görüşler. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 6(9), 3-14.
19. Savery, J. R. ve Duffy, T. M. (1995). Problem based learning: an instructional model and its constructivist framework. Educational Technology, 35, 135-150.
20. Biber, M., & Başer, N. E. (2012). Probleme Dayalı Öğrenme Sürecine Yönelik Nitel Bir Değerlendirme. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1), 12-33.
21. Günhan, B. C. (2006). *İlköğretim II kademedede matematik dersinde probleme dayalı öğrenmenin uygulanabilirliği üzerine bir araştırma, doktora tezi, İzmir*
22. Yıldırım, H. (2011). *Probleme dayalı öğrenme ve proje tabanlı öğrenme yöntemlerinin ilköğretim öğrencilerinin başarılarına ve tutumlarına etkisi*, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Konya
23. Harris, K., Marcus, R., McLaren, K. & Fey, J. (2001). Curriculum materials supporting problem-based teaching, School Science & Mathematics, 101(6), 310-318
24. Yaman, S. ve Yalçın, N. (2005). Fen Eğitiminde Probleme Dayalı Öğrenme Yaklaşımının Problem Çözme ve Öz-Yeterlilik İnanç Düzeylerinin Gelişimine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 29: 229-236
25. Kılınç, A. (2007). Probleme dayalı öğrenme. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(2), 561-578.
26. Balım A.G, Çeliker H.D, Kaçar S, Evrekli E, Türkoğuz S, İnel D, Özcan E, Ormanlı Ü. Fen Ve Teknoloji Öğretiminde Probleme Dayalı Öğrenme Yöntemi İçerisinde Kavram Karikatürleri: Bir Etkinlik Örneği "Isınan Taneciklerin Dansı", Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi (BAED),Cilt: 3, Sayı: 5, 2012, 68-87
27. Tarhan, L. ve Acar, B. (2007). Problem-based learning in an eleventh grade chemistry class: 'factors affecting cell potential'. Research in Science & Technological Education, 25(3), 351-369.
28. Dolmans, D. H. J. M., Grave, W. D., Wolfhagen, I. H. A. P. ve Vleuten, C. P. M. V. D. (2005). Problem-based learning: Future challenges for educational practice and research. Medical Education, 39(7), 732-741.
29. Özgen, K. ve Pesen, C. (2008). Probleme dayalı öğrenme yaklaşımına ilişkin öz-yeterlik ölçeğinin geliştirilmesi. *Journal of Qafqaz University*, 22, 155-163.
30. Neville, D. O. ve Britt, D. W. (2007). A Problem-based learning approach to integrating foreign language into engineering. Foreign Language Annals, 40(2), 226-246.
31. Wood, D. F. (2008). Problem based learning. *BMJ: British Medical Journal*, 336(7651), 971.
32. Duman, Z.Ç, Akbaş, H. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Probleme Dayalı Öğrenmeye Yönelik Tutumları. DEUHYO ED 2010, 3(3), 146-152
33. Barrow, J. E., Lyte, G., & Butterworth, T. (2002). An evaluation of problem-based learning in nursing theory and practice module. Nurse Education Practice, 2, 55-62.
34. Şenocak, E. (2009). Development of an instrument for assessing undergraduate science

- students' perceptions: the problembased learning environment inventory. *Journal of Science Education and Technology*, 18, 560- 569.
35. Eren, C. D., & Akinoğlu, O. (2012). Fen Eğitiminde Probleme Dayalı Öğrenmenin Kavram Öğrenmeye Etkisi. *Eğitim Ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, Cilt 1, Sayı 3, s:19-32
 36. Andrašćiková, ř., & Rybárová, L. Modern Trends of the N Education in Midwives New Methods in Practical Training in Midwifery. *J Clin Obstet Gynecol Infertil*. 2017; 1 (1), 1005.
 37. McCourt, C., & Thomas, B. G. (2001). Evaluation of a problembased curriculum in midwifery. *Midwifery*, 17, 323-331.
 38. Rowan, C. J., McCourt, C., & Beake, S. (2008). Problem based learning in midwifery– The students' perspective. *Nurse Education Today*, 28(1), 93-99).
 39. Sangestani, G., & Khatiban, M. (2013). Comparison of problem-based learning and lecture-based learning in midwifery. *Nurse education today*, 33(8), 791-795.
 40. Vernon, D.T.A., & Blake, R.L.(1993). Does problem-based learning work? A meta analysis of evaluativeresearch. *Academic Medicine*, 68, 550-563.
 41. Byrne, A., McNeill, J., Rogers, K., & Porter, S. (2018). Impact of Enquiry Based Learning (EBL) on studentmidwife praxis. *Midwifery*, 58, 83-85.

74 - EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN BİREYSEL YENİLİKÇİLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Seval Cambaz Ulaş¹, Seçil Köken Durgun¹

¹ Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü secil.koken@hotmail.com

Giriş ve Amaç: Yenilikçiliğin önemi ve farkındalığının artması, hem ülkemizde hem de dünyada sağlık hizmeti alanında inovatif gelişmelerin artmasına olanak tanımıştır. Bu gelişmelere bağlı olarak sağlık bakım uygulamaları, sağlık çalışanlarının kendilerini yenileme ve yeniliğe uyum sağlama gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Araştırmanın amacı ebelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik düzeylerini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2016-2017 eğitim öğretim yılı bahar dönemine kayıt yaptıran ebelik bölümü öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örnek seçim yöntemi kullanılmamıştır (n:291). Veriler araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan, 26 soru içeren anket formu ve 20 maddeden oluşan Bireysel Yenilikçilik Ölçeği kullanılarak, gözlem altında anket toplama tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.00 for Windows programı kullanılarak sayı, yüzde dağılımı, ortalama değer, en küçük ve en büyük değerler kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamalarının 20.68 ± 1.86 (min:17- max:32) olduğu,

%26.5'inin birinci sınıf olduğu bulunmuştur. %57.7'sinin anadolu lisesinden mezun olduğu belirlenmiştir. Ebelik Bölümü'nü isteyerek seçme oranı %66.7'dir. Öğrencilerin toplam ölçek puanları incelendiğinde 64.52 ± 9.32 (min:39, max:87) olduğu bulunmuştur. Toplam ölçek puanına göre yenilikçilik bağlamında kategorize edildiğinde

%2.7'sinin gelenekçi, %16.2'sinin kuşkucu, %47.4'ünün sorgulayıcı, %28.2'sinin öncü, %5.5'inin yenilikçi olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Yapılan araştırma sonucunda, öğrencilerin toplam ölçek puanı 64.52 ± 9.32 olup, yenilikçilikte orta düzeyde buldukları görülmüştür. Ayrıca yenilikleri takip etme konusunda değişime açık oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik öğrencileri, Yenilikçilik, Deneyime açıklık, Gelenekçi, Sorgulayıcı

Determination of Individual Innovation Levels of Midwifery Students

Introduction and Objective: Increasing the importance and awareness of innovation has made it possible to increase the innovative developments in the field of health care both in our country and in the world. Depending on these developments, health care practices reveal the need for health workers to renew themselves and adapt to newness. The aim of the research is to determine the level of individual innovation of midwifery students.

Methods: Research is descriptive. The students of the midwifery department that Manisa Celal Bayar University health sciences faculty 2016-2017 academic year spring semester made up the universe of the research. No sample selection method was used in the study (n:291). The data were collected by the researchers using the questionnaire with 26 questions and the Individual Innovation Questionnaire consisting of 20 items prepared by the researchers in accordance with the related literature. In the analysis of the data, number, percentage distribution, mean value, minimum and maximum values were used by using SPSS 15.00 for Windows program.

Results: It was found that the average age of the students was 20.68 ± 1.86 (min:17-max:32) and 26.5% was the first class. 57.7% of them graduated from Anatolian High School. The intentional selection rate for the Midwifery Department was 66.7%. When the total scale scores of the students were examined 64.52 ± 9.32 (min:39, max:87) was found. When categorized according to the total scale score, it was found that 2.7% was traditionalist, 16.2% was skeptical, 47.4% was questioning, 28.2% was pioneer and 5.5% was innovative.

Conclusions: As a result of the research, the total scale score of the students was 64.52 ± 9.32 and they were found to be moderately innovative. In addition, the change in tracking innovations has been achieved as a result.

Keywords: Midwifery students, Innovation, Experiential openness, Traditionalist, Inquisitive

1. Giriş

Yenilik kavramı, yaşanan çağın en belirgin özelliklerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle yeniliklerin yarattığı değer olan inovasyonun da küresel anlamdaki önemine sürekli dikkat çekilmekte ve teknolojiyle paralel olarak her açıdan gelişmenin anahtarı olarak görülmektedir (1). Kavramları incelediğimizde yenilik “yeni ve değerli olan bir düşünce ya da bilgiyi, doğru yer ve zamanda somutlaştırarak, topluma yararlı ürün ya da sürece dönüştürmek” olarak tanımlanırken, yenilikçiliğin benimseyicilerin özelliklerini ve yeniliklere karşı vermiş oldukları tepkileri içerdiği görülmektedir (2).

İçinde bulunduğumuz 3. Dalga Bilgi Toplumu, bilginin oluşmasının ve yayılmasının baş döndürücü hızda yaşanmasının sonucu olarak, bireyleri zamanın gereklerine göre değişmelerine zorlamaktadır (3). Yenilikçilik, içinde bulunduğumuz yüzyılda bireysel, kurumsal, toplumsal olarak tüm açılardan fark yaratmanın temel ögesi haline dönüşmüştür (4). Yüzyıllardır yenilik kavramı, işletmeden eğitime, pazarlamadan sosyolojiye kadar birçok alanın dikkatini çekmiş, üzerinde birçok araştırma yapılmıştır (1). Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da oldukça geniş yer bulmuştur. İnsan sağlığına verilen önemin gün geçtikçe artması ile birlikte, teşhis ve tedavisi güç hastalıkların sayısındaki artış ve ortalama insan ömrünün uzaması da yenilik için alan yaratmıştır (5). Ebelik/hemşirelik bakım hizmetinde gereksinimleri belirlemek ve bu gereksinimleri gidermek adına ebelerin/hemşirelerin yenilikçi düşünceye sahip bireyler olmaları, yeniliğe açık olmaları, yenilikçi yaklaşımlara karşı gelmemeleri, yenilikler düşünüp uygulamaları ve yenilikçi rolünü etkin bir şekilde kullanmaları gerekmektedir (6).

Profesyonel bir meslek içerisinde çalışanın, yenilikçilik göstermesinin temelinde birçok neden yanında, çalışanın bireysel yenilikçilik düzeyi de yatmaktadır. Bu nedenle yenilikçi ebelerin yetişmesinin, ebelik eğitiminin yenilikçilik anlayışı çerçevesinde yürütülmesi ile olası olacağı düşünülmektedir. Kanıta dayalı ebelik kavramının yaygınlaşması, akreditasyon, simülasyon maketlerinin kullanılması ve bakım hizmetinde standardizasyon sağlanmaya çalışılması gibi değişiklikler, ebelik alanında son yıllardaki yenilikçi uygulamalardır. Bu değişimlere ebelerin düşünme ve karar verme becerilerini arttırdığı ve buna bağlı olarak bakım hizmetlerindeki nitelikli insan gücü gereksinimini karşılamada etkili olduğu söylenebilmektedir (6).

Araştırmacılar bireylerin yenilikleri nasıl algıladığı, bir yeniliği başka bir yeniliğe göre neden daha erken benimsediği ve bireylerin yenilikleri ait oldukları toplumdaki diğer bireylere oranla daha erken veya daha geç benimsemesindeki nedenleri açıklamaya çalışmışlardır (1). Lebedeva ve Schmidt 2012 yılında Rus, Kanadalı ve Çinli üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışma sonucunda değişime açık oluşun yeniliklerin entegrasyonunu artırdığını bulmuşlardır. Bu artışın cinsiyet ve toplumların kültürel özelliklerine göre değiştiğini vurgulamışlardır(7).

Literatürde hekimler, öğretmenler, hemşireler ve farklı bölümlerden üniversite öğrencilerinin bireysel yenilikçilik profilleri ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Ancak ebelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik düzeylerini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı ebelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik düzeylerini belirlemektir.

2. Materyal ve Metod

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2016-2017 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Dönemi'ne kayıt yaptırmış olan, ebelik bölümü öğrencileri oluşturmuştur (N:328). Araştırmada herhangi bir örnek seçim yöntemi kullanılmamıştır (n:291). Veriler araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan, 26 soru içeren anket formu ve “Bireysel Yenilikçilik Ölçeği” kullanılarak, gözlem altında anket toplama tekniği ile toplanmıştır.

Bireylerin genel olarak sahip oldukları yenilikçilik düzeylerini ve ait oldukları yenilikçilik kategorisini belirlemek için oluşturulmuş olan “Bireysel Yenilikçilik Ölçeği”nin, geçerlik ve güvenilirliği Kılıçer ve Odabaşı tarafından 2010 yılında alınmıştır. Beşli likert tipindeki ölçek 20 ifadeden oluşmaktadır. 4 boyuttan oluşan ölçekten en düşük 14, en yüksek ise 94 puan alınabilmektedir (1). Orijinal ölçeğin ve Türkçeye uyarlanmış ölçeğin Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0.89 ve 0.82'dir. Çalışmamızdaki Cronbach alfa katsayısı ise 0.80 bulunmuştur.

Verilerin analizinde SPSS 15.00 for Windows programı kullanılarak sayı, yüzde dağılımı, ortalama değer, en küçük ve en büyük değerler kullanılmıştır.

3. Bulgular ve Tartışma

Tablo 1. Ebelik Öğrencilerinin Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Tanımlayıcı özellik		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş 20.68±1.86 (Ort±SS)	20 ve altı		
min:17-max:32	21 ve üstü		
Annenin eğitim durumu	Okuryazar	137	47.1
	değil İlkokul	154	52.9
Babanın eğitim durumu	Ortaokul ve lise	17	5.8
	Üniversite	75	25.8
Kardeş varlığı	Okuryazar	183	62.9
	değil İlkokul	16	5.5
En uzun yaşadığı yer	Ortaokul ve lise	3	1.0
	Üniversite	59	20.3
Gelir durumu	lise	197	67.7
	Üniversite	32	11.0
Toplam	Var	275	94.5
	Yo	16	5.5
	k	135	46.4
		103	35.4

Tablo 1’de araştırmaya katılan ebelik öğrencilerinin bazı sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması 20.68 ± 1.86 ’dır. Anne ve babalarının eğitim durumları incelendiğinde, sırası ile %62.9 ve %67.7 oranlarında ortaokul ve lise mezunu olduğu görölmektedir. Tamamına yakınının (%94.5) kardeşi olan katılımcıların, %46.4’ünün en uzun yaşadığı yer il’dir. Ayrıca %66.0’ının geliri giderine denktir.

Tablo 2. Ebelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi İle İlgili Özellikleri

Tanımlayıcı özellik		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sınıf	1.sınıf	77	26.5
	2.sınıf	69	23.7
	3.sınıf	75	25.8
	4.sınıf	70	24.1
Mezun olduğu lise	Anadolu ve Fen Lisesi	171	58.8
	Meslek Lisesi	56	19.2
	Düz Lise	64	22.0
Bölümde okumak isteme durumu		194	66.7
	Evet	97	33.3
	Hayır	291	100.0
Toplam			

Araştırmaya katılan ebelik öğrencilerinin %26.5’i 1. sınıf, %23.7’si 2. sınıf, %25.8’i 3. sınıf, %24.1’i son sınıf öğrencisidir. Anadolu ve fen lisesi mezunu oranı %58.8’inin olan katılımcıların, %66.7’si ebelik bölümünü isteyerek seçmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 3. Ebelik Öğrencilerinin Bazı Sosyal Yaşam Özellikleri

Tanımlayıcı özellik		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sosyal aktivite yapma	Evet	164	56.4
	Hayır	127	43.6
Yaptıkları sosyal aktiviteler	Kitap	4	2.4
	Müzik ve TV	30	18.3
	Gezinmek ve sinemaya gitmek	77	46.9
	Spor yapmak	53	32.4
Düzenli kitap okuma	Evet	151	51.9
	Hayır	140	48.1
İnternete düzenli kullanma	Evet	266	91.4
	Hayır	25	8.6
Toplam		291	100.0

Katılımcıların %56.4'ü sosyal aktivite yaptıklarını ve bunların %46.9'unun sosyal aktivite olarak gezinme ve sinemaya gittiğini belirtmiştir. Düzenli kitap okuma oranı %51.9 olarak belirlenmiştir. Düzenli internet kullanım oranı ise %91.4'tür (Tablo 3).

Tablo 4. Ebelik Öğrencilerinin Toplam Ölçek Puanı ve Alt Boyutlarına Göre Toplam Bireysel Yenilikçilik Puan Ortalamaları

Toplam ölçek alt boyutlar puanı ve	Soru sayısı	Min .	Max.	Ort±SS
Değişime direnç	8	9	10	22.59±5.09
Fikir önderliği	5	6	25	18.70±3.60
Deneyime açıklık	5	7	25	19.54±3.28
Risk alma	2	2	10	6.85±1.76
Toplam ölçek puanı	20	39	87	64.52±9.32

Tablo 4'e göre ebelik öğrencilerinin toplam ölçek puanı 64.52±9.32'dir. Ölçek alt boyutlarına göre toplam bireysel yenilikçilik puan ortalamaları incelendiğinde yenilikçiliğe karşı kaygıları yansıtan maddeleri içeren değişime direnç alt boyutu puan ortalaması 22.59±5.09'dur. Fikir önderliği alt boyut puan ortalaması 18.70±3.60, deneyime açıklık alt boyut puan ortalaması 19.54±3.28, risk alma alt boyut puan ortalaması 6.85±1.76'dır.

Tablo 5. Ebelik Öğrencilerinin Ölçek Puanı Kategorizasyonu

Ölçek puanına özgü kategoriler ve toplam puan	Ebelik bölümü Sınıflar								Genel	
	1.		2.		3.		4.			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gelenekçi (45 ve altı puan)	1	1.3	2	2.9	3	4.0	2	2.9	8	2.7
Kuşkucu (46-56 puan)	10	13.0	15	21.7	7	9.3	15	21.4	47	16.2
Sorgulayıcı (57-68 puan)	42	54.5	32	46.4	41	54.7	24	34.3	138	47.4
Öncü (69-80 puan)	20	26.0	17	24.6	21	28.0	23	32.9	82	28.2
Yenilikçi (81 puan ve üzeri)	4	5.2	3	4.3	3	4.0	6	8.6	16	5.5
Toplam	77	100.0	69	100.0	75	100.0	70	100.0	291	100.0

Tablo 5'te ebelik öğrencilerinin toplam ölçek puanına göre kategorizasyonu gösterilmektedir. Buna göre öğrencilerin %47.4'ü sorgulayıcı grupta olduğu bulunmuştur. Kategorilere sınıf bazında baktığımızda, 1. sınıfların %54.5'i, 2. sınıfların %46.4'ü, 3. sınıfların %54.7'si, son sınıfların ise %34.3'ü sorgulayıcı kategorisinde yer almaktadır.

Tablo 6. Ebelik Öğrencilerinin Ölçek Puanına Göre Bireylerin Yenilikçilik Düzeyleri

Ölçek puanına göre yenilikçi düzeyleri	Ebelik bölümü Sınıflar								Genel	
	1.		2.		3.		4.			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yüksek Düzeyde Yenilikçi (69 puan ve üzeri)	24	31.2	20	29.0	24	32.0	30	42.9	98	33.7
Orta Düzeyde Yenilikçi (64-68 puan)	41	53.2	44	63.8	33	44.0	32	45.7	150	51.5
Düşük Düzeyde Yenilikçi										

	15. 5	7.2 18	24. 8	11. 43	14.
	6		0	4	8
Toplam	100 69	100 75	10 70	100 291	100
	.0	.0	0.	.0	.0
			0		

Tablo 6’da ebelik öğrencilerinin toplam ölçek puanına göre bireylerin yenilikçilik düzeylerinin değerlendirilmesi gösterilmektedir. Buna göre 1. sınıf öğrencilerinin %53.2’si, 2. Sınıfların %63.8’i, 3.

Sınıfların %44.0’ı, son sınıfların ise 45.7’si orta düzeyde yenilikçi bulunmuştur. Araştırma grubu genel olarak ele alındığında %51.5’inin orta düzeyde yenilikçi olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada ebelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik düzeyleri araştırılmıştır. Öğrencilerin bireysel yenilikçilik ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 64.52 ± 9.32 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin bireysel yenilikçilik ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar soru sayısı baz alınarak değerlendirildiğinde en yüksek puanın (madde puan ortalaması:3.90) “deneyime açıklık”, en düşük puanın (madde puan ortalaması: 2.82)“değişime direnç” alt boyutlarından alındığı belirlenmiştir. Elde edilen bulgular literatürde var olan, benzer amaç ile yapılmış çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Bu çalışma dışında öğrenciler üzerinde yapılmış literatürde sadece bir tane çalışma mevcuttur. Ertuğ ve Kaya’nın (2017) hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında ölçek puan ortalaması 63.92 ± 10.061 , alt boyutlardan en yüksek puanın (3.85) “deneyime açıklık”, en düşük puanın (2.78) ise “değişime direnç” alt boyutlarından alındığı görülmektedir (6). Kösterelioğlu ve Demir’in (2014) öğretmenlerin bireysel yenilikçilik düzeylerinin belirlendiği çalışmasında en yüksek ortalamaya sahip oldukları boyut “deneyime açıklık” boyutu olarak bulunmuştur (4). Bu bulgu Çuhadar ve arkadaşları (8) ve Özgür’ün (9) çalışmaları ile de örtüşmektedir.

Çalışmaya katılan ebelik öğrencilerinin %47.4’ünün “sorgulayıcı” kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir. Sosyal sistemde fikir önderliği yapabilecek kişilerin oluşturduğu “öncü” grubu oranı ise %28.2’dir. Bu araştırma sonuçlarına paralel olarak, Öztürk ve Summak’ın (2014) ilköğretim okulu öğretmenlerinin bireysel yenilikçilik profillerinin incelendiği çalışmasında, katılımcıların en fazla buldukları kategori “sorgulayıcı”dır (%41,1) (3). Çalışmaların sonucunda genel profilin sorgulayıcı genel özellikleri olan ve yeni bir fikri benimsemeden önce büyük bir zamanı onun hakkında düşünmeyle geçirdiği söylenebilir (6). Öğrencilerin yenilikleri takip etme konusunda değişime açık ancak ihtiyatlı davrandığı ve değişimi gerçekleştirmek için risk almaktan çekindiği gerçeği de göz ardı edilmemelidir.

Yenilikçilik düzeyi açısından incelendiğinde ise; öğrenciler “orta düzeyde yenilikçi” olarak değerlendirilmiştir. Literatürde öğrencilerle yapılan yenilikçilik çalışmaları incelendiğinde öğrencilerin yenilikçilik düzeyinin “düşük düzeyde yenilikçi” ve “orta düzeyde yenilikçi” arasında değiştiği belirlenmiştir (3-6,8,9). Bu farklılıkların öğrencilerin bireysel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

4. Sonuç

Yapılan araştırma sonucunda, öğrencilerin toplam ölçek puanı 64.52 ± 9.32 olup, yenilikçilikte orta düzeyde buldukları görülmüştür. Öğrencilerin yarıya yakını (%47.4) sorgulayıcı kategorisinde yer almaktadır. Ayrıca yenilikleri takip etme konusunda değişime açık oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Not:Bu çalışma 1. Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi'nde sözel bildiriolarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Kılıçer K, Odabaşı HF. (2010). Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ): Türkçeye uyarlanma, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 38:150-164.
2. Gürkan GÇ, Demiralay T. (2017). Bireysel yenilikçiliğin çalışanın yenilikçi davranışı üzerindeki etkisinde içsel motivasyonun aracılık rolü: Türkiye'de cerrahlar örneği. *Girişimcilik ve İnovasyon Yönetimi Dergisi*, 6(1):65-90.
3. Öztürk ZY, Summak MS. (2014). İlköğretim okulu öğretmenlerinin bireysel yenilikçiliklerinin incelenmesi. *International Journal of Science Culture and Sport, Özel Sayı (1):844-853*. doi:10.14486/IJSCS158
4. Kösterelioğlu MA, Demir F. (2014). Öğretmenlerin bireysel yenilikçilik düzeyinin öğretmen liderliğine etkisi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 26:247-256. doi:10.9761/JASSS2271
5. Aksay K. (2011). *Yenilikçilik kültürünün örgütsel yenilikçilik üzerine etkisi: Konya ilinde faaliyet gösteren özel hastanelerde bir uygulama* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
6. Ertuğ N, Kaya H. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik profilleri ve yenilikçiliğinin önündeki engellerin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 14(3):192-197. doi:10.5222/HEAD.2017.192
7. Lebedeva N, Schmidt P. (2012). *Values and attitudes towards innovation among canadian, chinese and russian students*. National Research University Higher School of Economics. Erişim Tarihi: 20.11.2018, <https://www.researchgate.net/publication/228276362doi:10.2139/ssrn.2008139>
8. Çuhadar C, Bülbül T, Ilgaz G. (2013). Öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik özellikleri ile teknopedagojik eğitim yeterlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İlköğretim Online*. 12(3):797-807.
9. Özgür H. (2013). Bilişim teknolojileri öğretmen adaylarının eleştirel düşünme eğilimleri ile bireysel yenilikçilik özellikleri arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 9(2):409-420.

75 - TEKNOLOJİ DESTEKLİ SAĞLIK EĞİTİMİ

Figen DİĞİN, Yeliz MERCAN, Ayça ŞOLT KIRCA,

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, KIRKLARELİ

Özet

Günümüz çağının en belirgin özellikleri arasında bilim ve hızlı teknolojik değişimler yer almaktadır. Çağdaş toplumların gelişmişlik düzeyleri, genellikle ürettikleri bilim ve teknoloji ile ölçülmekte, bu da ancak eğitim yoluyla sağlanabilmektedir. Hızla değişen ve gelişen teknoloji aynı hızda eğitim ortamlarına da girmiştir. Geçmişte sadece yüz yüze eğitimle sınırlı olan sağlık eğitiminde teknolojinin yer almaya başlaması ile klasik iletişim ve öğretim yöntemlerinin yerini güncel bilgileri izleme, sosyal paylaşım, profesyonel iletişim ve uzaktan eğitim almaktadır. Teknolojideki bu gelişim nedeniyle geleneksel temelli eğitimin yerini teknoloji temelli eğitim almaktadır.

Sağlık eğitimi mesleki rolleri kazandıracak düzeyde bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Sağlık eğitiminin temel amacı, alınan teorik bilgilerle uygulamayı birleştirebilen, öğrenme sürecinde eleştirel düşünebilen ve etkin problem çözme becerisi kazanmış bireyler yetiştirmektir. Yaşam boyu öğrenmenin esas alındığı günümüzde sağlık eğitimi, sağlığı toplumsal bir değer hâline getirerek halka sağlık sorunlarını çözmek için kullanılabileceği bilgi ve becerileri kazandırır. Sağlık eğitimi planlanırken hedef toplumun teknoloji ile olan ilişki düzeyinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Ebe ve hemşirelerin mesleki rolleri arasında yer alan eğitici ve araştırmacı rolü bulunmaktadır. Topluma sağlık eğitimi vermekle yükümlü olan bu sağlık çalışanları bakım verdiği grubun sağlık davranışlarını etkileyen teknolojik uygulamaları ve yapacakları eğitimlerde bu uygulamalardan nasıl yararlanabileceklerinin farkında olmalıdırlar. Teknoloji sağlık çalışanı ile sağlık bakımı alan kişiyi birbirine yaklaştırmaya yönelik kullanılmalıdır. Literatürde teknolojik yöntemler kullanılarak yapılan sağlık eğitimlerinin olumlu etkilerinden bahsedilmektedir. Sağlık eğitiminde kullanılan teknolojik yöntemlerin yer ve zaman esnekliği, farklı yaş gruplarındaki geniş kitlelere ulaşması, fiziksel engelleri kaldırarak eğitimin ulaşılabilirliğini artırması, maliyeti azaltması, farklı duyuşlara hitap ederek eğitimin kalıcılığını artırması ve hızlı geri bildirim alınabilmesi gibi olumlu özellikleri bulunmaktadır. Bununla birlikte kişilerin teknolojiye ulaşma imkanlarındaki farklılıkların olumsuzluklara neden olabileceği de bilinmektedir.

Teknoloji destekli sağlık eğitimi, yüz yüze klasik sağlık eğitiminin farklı nedenlerle yetersiz kaldığı durumlarda eksikliği gidermek amacıyla ve yüz yüze klasik sağlık eğitimlerinin tamamlayıcısı olarak kullanılmaktadır. Teknoloji destekli sağlık eğitiminin farklı sağlık sorunlarının çözümünde ve her yaş grubunda etkin olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Teknoloji, Sağlık Eğitimi, Sağlık çalışanı, Ebe, Hemşire

Technology-Supported Health Education

Abstract

Science and rapid technological changes are among the most prominent features of today's era. The level of development of contemporary societies is generally measured by the science and technology they produce, which can only be achieved through education. Rapidly changing and developing technology has also entered education environments at the same speed. With the introduction of technology in health education, which is limited to face-to-face education in the past, classical communication and teaching methods are being replaced with current information, social sharing, professional communication and distance learning. Due to this development in technology, traditional based education is replaced by technology-based education.

Health education should be planned to cover areas of cognitive, sensory, and psychomotor learning at a level that will provide professional roles. The main objective of health education is to educate individuals who can combine theoretical knowledge with practice, think critically and gain effective problem solving skills. Today, which is based on lifelong learning, health education makes health a social value and brings knowledge and skills that can be used to solve public health problems. When planning health education, the relationship between the target society and technology should be taken into consideration.

Midwives and nurses have the role of educator and researcher in their professional roles. These health workers, who are obliged to provide health education to the community, should be aware of how they can benefit from these practices in the technological practices affecting the health behaviors of the care group. Technology should be used to put together health care workers with person receiving health care. In the literature, the positive effects of health education by using technological methods are mentioned. Technological methods used in health education have positive characteristics such as flexibility of place and time, reaching large masses in different age groups, increasing the accessibility of education by removing physical barriers, reducing cost, increasing persistence of education by addressing different senses and receiving rapid feedback. However, it is known that the people's differences in the possibilities of reaching the technology can cause negativity.

Technology-supported health education is used as a complement to face-to-face classical health education in order to overcome the lack of face-to-face classical health education for different reasons. It is thought that technology-supported health education can be used effectively in the solution of different health problems and in every age group.

Key Words: Technology, Health Education, Health worker, Midwife, Nurse.

1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

Giriş

Teknoloji ve bilimdeki hızlı değişim ve gelişim toplumu ve bireyleri de etkilemektedir. Bu değişim ve gelişim eğitim süreçlerini yaşam boyu yapılması gereken etkinliklere dönüştürmüştür. Toplumların değişen ve gelişen teknolojilere uyum sağlamaları için yaşam boyu bu etkinliklerle donatılmaları gerekmektedir (Bacak, Yabanova ve Yabanova, 2016). Çağdaş toplumların gelişmiş düzeylerinin belirlenmesinde ürettikleri bilim ve teknoloji en önemli unsur olarak kabul edilmektedir. Teknolojik değişiklikler eğitimi etkileyerek, eğitim ortamlarının da değişmesini ve gelişmesini sağlamaktadır. Eğitim ortamlarının değişmesi günümüz beklentilerine uygun eğitimlerin yapılmasına imkan sağlamaktadır. Teknolojinin getirdiği olanaklardan yararlanmadan yapılan eğitim beklentileri karşılamamaktadır (Karasar, 2004).

Gelişme

Geçmişte sadece yüz yüze eğitimle sınırlı olan sağlık eğitiminde teknolojinin yer almaya başlaması ile klasik iletişim ve öğretim yöntemlerinin yerini güncel bilgileri izleme, sosyal paylaşım, profesyonel iletişim ve uzaktan eğitim almaktadır (Demir ve Gözüm, 2011; Lupton, 2014). Teknolojideki bu gelişim nedeniyle geleneksel temelli eğitimin yerini teknoloji temelli eğitim almaktadır (Bacak, Yabanova ve Yabanova, 2016).

Mobil sağlık uygulamalarının kullanımının özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık alanlarındaki bilgi ve uygulamaları geliştirdiği bilinmektedir. Bununla birlikte mobil sağlık uygulamaları hastalık yönetimi, semptomların ve epidemilerin uzaktan izlenmesi için de kullanılmaktadır (Sahu, Grover ve Joshi 2014). Son zamanlarda, sağlık ve kalkınma kuruluşları, sağlık teknolojilerinin yaygınlaşması için birçok alanda mobilteknolojilerin kullanımını desteklemektedir.

Bu alanlar arasında;

- Eğitim bilinci
- Uzaktan veri toplama ve uzaktan izleme
- Sağlık çalışanlarının iletişim ve eğitimi
- Hastalık ve salgın salgın izleme
- Teşhis ve tedavi desteği yer almaktadır (Sahu, Grover ve Joshi 2014).

Teknolojik yöntemlerle yapılan eğitimlerin en yaygın kullanıldığı alanlardan bir tanesi de sağlık eğitimidir (Demir ve Gözüm; 2011). Sağlık eğitiminin temel amacı, alınan teorik bilgilerle uygulamayı birleştirebilen, öğrenme sürecinde eleştirel düşünebilen ve etkin problem çözme becerisi kazanmış bireyler yetiştirmektir (Akyüz, 2011). Yaşam boyu öğrenmenin esas alındığı günümüzde sağlık eğitimi, sağlığı toplumsal bir değer hâline getirerek halka sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerileri kazandırır (MEB,2013). Sağlık eğitimi planlanırken hedef toplumun teknoloji ile olan ilişki düzeyinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Sağlık eğitimi ile teknoloji arasındaki ilişki;

- Sağlık eğitiminin kalitesini
- Hasta bakımının kalitesini
- Hastanın güvenliğini
- Sağlık eğitiminin etkililiğini
- Sağlık personelinin ve hastanın memnuniyetini arttırmalıdır (İsabetli ve Şengöz, 2016).

Teknolojik yöntemlerin yaygınlaşması ile birlikte birçok insan ihtiyaç duyduğu sağlık bilgisine ulaşma imkanına erişmiştir. Etkin hasta eğitimleri için farklı teknolojik öğrenme seçenekleri kullanılabilir. Bireysel ve grup eğitiminde yüz yüze öğretimin yanı sıra televizyon ve radyo programları ve de internet üzerinden geniş kitlelere ulaşılabilir (Demir ve Gözüm, 2011). Yaygın internet erişimi, sağlık bilgilerini sunmanın uygun ve mantıklı yollarından bir tanesidir (Gitonga ve ark, 2011). İnternetin her geçen gün yaygınlaşması, televizyon ve radyolarda sağlık programlarının sayısının artması insanların sağlıkla ilgili konularda bilgiye ulaşmasını sağlamıştır. Sağlık eğitimlerinde teknolojik imkanların etkin ve yaygın kullanılmasında ulaşılabilir olması, tekrar ulaşılabilir olması, zaman ve maliyet açısından avantajlı olması önemli faktörlerdir (Köroğlu ve ark, 2018). Hastalar, sadece kendilerine sunulan bilgileri almak değil, gerektiğinde yeni bilgilere ulaşmak, bunları günlük yaşamlarında kullanmak ve kendi bakımlarına katılmak için de internetten yararlanmaktadır. Bu nedenle internet erişimi yaşam boyu öğrenme kavramının giderek güçlenmesini sağlamaktadır (Karasar, 2004). Bununla birlikte dünya genelinde yaygınlaşan tele sağlık uygulamaları ile teknolojik destekli sağlık eğitimi giderek yaygınlaşmaktadır. Tele sağlık, sağlık bakım uygulamaları, tanılama, danışmanlık, tedavi için interaktif görsel- işitsel araçlar kullanılarak sağlıkla ilgili bilgilerin paylaşılmasıdır (Opot, 2011). Tele sağlık ile sadece bilgi alışverişi değil, aynı zamanda hasta bakımı ve eğitimi de yürütülebilmektedir (Opot, 2011; Dixon, 2008). Tele sağlık uygulamalarından uzmanlara ulaşamayan, farklı kültürlerden gelen, düşük sosyoekonomik yapıda olan, evde bakım ihtiyacı olan hastalar ve yaşlılar yararlanmaktadır (Yellowlees ve ark,2008).

Sağlık eğitiminde kullanılan teknolojik yöntemlerin yer ve zaman esnekliği, farklı yaş gruplarındaki geniş kitlelere ulaşması, fiziksel engelleri kaldırarak eğitimin ulaşılabilirliğini artırması, maliyeti azaltması, farklı duylara hitap ederek eğitimin kalıcılığını artırması ve hızlı geri bildirim alınabilmesi gibi olumlu özellikleri bulunmaktadır (Demir ve Gözüm, 2011). Teknoloji destekli eğitsel materyaller, eğitim sürecinde eğitimciden kaynaklanan olumsuzlukları ortadan kaldıradığı gibi ortak öğrenim sonuçlarına ulaşma imkanı da sağlamıştır (Bacak, Yabanova ve Yabanova, 2016). Günümüz eğitiminde kullanılan teknolojik yöntemler ülkenin gelişmişlik düzeyinin ve sağlık hizmetlerinin kalıcılığının artmasını desteklemektedir. Buna bağlı olarak hasta memnuniyetleri de artış göstermektedir (Korkmaz ve ark, 2015). Bununla birlikte insanları ulaştığı kaynağın bilgilerinin doğruluğu ve kullanılabilirliği olumsuzluklara neden olurken (Köroğlu ve ark, 2018), teknolojiye ulaşma

imkanlarındaki farklılıkların da olumsuzluklara neden olabileceği bilinmektedir. İnternetin uluslar arası iletişim sağlaması, alanında uzman olmayan kişilerin web siteler hazırlaması ve bazı bilgilerin kaynağının bilinmemesi gibi nedenlerle internet sitelerinin güvenilirliği sorgulanmalıdır (Demir ve Gözüm, 2011). Yapılan çalışmalarda kadınların internet aracılığıyla ulaştığı sağlık bilgilerinin güvenilir ve yararlı olduğunu düşündüğü belirlenmiştir (Sayakhot ve ark. 2016; Köroğlu ve ark, 2018).

Ebe ve hemşirelerin mesleki rolleri arasında yer alan eğitici ve araştırmacı rolü bulunmaktadır (Akcan ve ark. 2006). Topluma sağlık eğitimi vermekle yükümlü olan bu sağlık çalışanları bakım verdiği grubun sağlıkdavranışlarını etkileyen teknolojik uygulamaları ve yapacakları eğitimlerde bu uygulamalardan nasıl yararlanabileceklerinin farkında olmalıdırlar (Demir ve Gözüm, 2011). Teknoloji sağlık çalışanı ile sağlık bakımı alan kişiyi birbirine yaklaştırmaya yönelik kullanılmalıdır (İsabetli ve Şengöz, 2016). Literatürde teknolojik yöntemler kullanılarak yapılan sağlık eğitimlerinin olumlu etkilerinden bahsedilmektedir (Heetebry ve ark. 2005;Edirippulige ve Armfield, 2016).

Sonuç

Bu bakımdan ebe ve hemşirelerin, hastaların bilgi gereksinimleri doğrultusunda çeşitli teknolojik eğitim yöntemleri kullanarak eğitimlerini planlanması ve bu eğitimlerin teknolojiye destekli olarak yapılabilmesi için bilgi teknolojilerini yakından izlemeleri ve öğrenmeleri gerekmektedir (Köroğlu ve ark, 2018). Farklı teknolojik eğitim yöntemleri kullanılarak yapılan sağlık eğitimleri ile toplumun sağlık bakım kalitesinin ve memnuniyet düzeyinin yükseleceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Akcan, F. Özsoy, S.A. Ergül, Ş. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Danışmanlık Becerilerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(4):10-21.
2. Akyüz, A. (2011). Hemşirelik Beceri Eğitiminde Yenilikçi Uygulamalar. Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri ve Eğitimleri Kongresi; Ankara Bildiriler Kitabı, ss:13.
3. Bacak, B. Yabanova, E.K. Yabanova, U. (2016). Hizmet İçi Eğitimde Teknoloji Uygulamaları Alanının Gelişimi.
4. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 14(27):557-581.
5. Demir, Y. Gözüm, S. (2011). Sağlık Eğitiminde Yeni Yönelimler; Web Destekli Sağlık Eğitimi. *DEUHYO ED*. 4(4): 196-203.
6. Dixon, B.E. Hook, J.M. McGowan, J.J. (2008). Using Telehealth to Improve Quality and Safety Findings from the AHRQ Health IT Portfolio. U.S. Department of Health and Human Services AHRQ Publication. [https://healthit.ahrq.gov/.../Telehealth Issue Paper Final 0](https://healthit.ahrq.gov/.../Telehealth_Issue_Paper_Final_0) Erişim tarihi:19.03.2018.
7. Edirippulige, S. Armfield, N.R. (2017). Education and training to support the use of clinical telehealth: A review of the literature. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 23(2):273-282. doi:

10.1177/1357633X16632968

8. Gitonga, C.W. Karanja, P.N. Kihara, J. Mwanje, M. Juma, E. Snow, R.W. Noor, A.M. Brooker, S. (2010). Implementing school malaria surveys in Kenya: towards a national surveillance system, *Malaria Journal*, 30(9):1-13.
9. Heetebry, I. Hathe, M. Tabriziani, H. (2005). Web Based Health Education, E-Learning, For Weight Management. *Obesity Journal Of Medical Systems*. 29(6):611-617.
10. İsaetli, S. Şengöz, B. (2016) Teknolojinin Hemşirelik Mesleği ve Hasta Bakımına Yansımaları. Acıbadem Sağlık Grubu. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/93/docs/ug1.pdf> Erişim tarihi: 06.11.2018.
11. Karasar, Ş. (2004). Eğitimde Yeni İletişim Teknolojileri İnternet Ve Sanal Yüksek Eğitim. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*. 3(4):117-125.
12. Lupton, D. (2014). Critical Perspectives on Digital Health Technologies. *Sociology Compass*. 12(8):1344–1359
13. Korkmaz, M. Küçüközkan, M. Ümran, S. Şahbudak, E. Germir, HN. Cengiz, E. Şen, E. Yücel, AS. (2015). Sağlık Çalışanlarında Teknoloji Kullanımı ve Kalite Yönetimi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Fırat Üniversitesi Kurumsal Açık Arşiv. <https://openaccess.firat.edu.tr/xmlui/handle/11508/8843>
14. Köroğlu, C.O. Vurgeç, B.A. Sürücü, Ş.G. Akbaş, M. (2018). Prenatal Dönemde Bilgi Edinme Konusunda Teknolojinin Kullanımı. *Kesit Akademi Dergisi*. 4(13):243-250.
15. Milli Eğitim Bakanlığı. (2013). Hemşirelik Sağlık Eğitimi Kavramı İlke, Faktörleri Ve Sınıflandırılması. Ankara.ss.16-23.
16. Opot, R. (2011). Application of telenursing in the rehabilitation of elderly hip fracture patients at home: A literature Review (thesis). Vantaa: Laurea University of Applied Sciences. <https://pdfs.semanticscholar.org/d39f/4911c3186a6ca960f41277b31288aa441967.pdf> Erişim tarihi:7.11.2018.
17. Sahu, M. Grover, A. Joshi, A. (2014). Role Of Mobile Phone Technology İn Health Education İn Asian And African Countries: A Systematic Review. *Int. J. Electronic Healthcare*, 7(4):268-286.
18. Sayakhot, P. Carolan-Olah, M. Steele, C. (2016). İnternet Use By Pregnant Women Seeking Pregnancy-Related İnförmatıon: A Systematic Review. *BMC Pregnancy And Childbirth*. 16:208. DOI 10.1186/s12884-016-0996-7
19. Yellowlees, P. Burke, M.M. Marks, S.L. Hilty, D.M. Shore, J.H. (2008). Emergency telepsychiatry. *J. Telemed. Telecare*. 14(6):277–281.

76 - 15-49 YAŞ KADINLARDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIM DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meral ÇETİNKAYA, Yeliz MERCAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, KIRKLARELİ

Özet

Aile planlaması (AP) hizmetlerindeki yetersizlik, toplumun sağlık düzeyini belirleyen önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Araştırmada 15-49 yaş kadınlarda istenmeyen gebeliklerin öncesinde, düşük öncesi/sonrasında ve araştırma sırasında kullanılan AP yöntem kullanım durumunu belirlemek ve gelecekte yöntem tercihlerini saptamak amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Kırklareli Pınarhisar'da Şubat-Aralık 2017 arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini 13.02.2017-29.12.2017 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne kayıtlı 1275 15-49 yaş kadın oluşturmuştur (n=326). Veriler ASM'ye başvuran kadınlardan, literatüre dayalı olarak hazırlanan Anket Formu yardımıyla, yüz yüze toplanmıştır. Araştırma için etik kurul ve resmi izinler alınmıştır.

Araştırma grubunun %46,3'ü 25-34 yaş grubunda, %45,0'ı üniversite mezunu, %73,6'sı evli, %85,5'i çekirdek aileye sahip, %53,4'ünün orta düzeyde gelire sahiptir. Grubun kadın başına düşen çocuk sayısı ve ideal çocuk sayısı ortalamaları sırasıyla $1,78 \pm 0,76$ ve $2,16 \pm 0,69$ 'dır. Kadınların %35,7'si istenmeyen gebelik, %25,4'ü düşük öncesi modern yöntem kullandığı, ilk sırada kondom yer aldığı belirlenmiştir. Düşük sonrası kadınların %40'ının yöntem kullanmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %52,7'si araştırma sırasında herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır(modern %41,5, geleneksel %11,3). Modern yöntemler arasında kondom (%15,8), geleneksel yöntemler arasında geri çekme (%10,9) ilk sıradadır. AP yöntem kullanmama nedeni olarak cinsel hayatın olmaması gösterilmiştir(%26,7). Kadınların %12,0'ının gelecekte AP yöntemi kullanmak istemediği saptanmıştır. Gelecekte yöntem kullanmayı düşünenler arasında kondom (%33,4) ve RİA (%24,7) ilk tercih edilen yöntemler olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %54,3'ünün acil kontrasepsiyonu bildiği saptanmıştır. Kadınların %81,4'ü iyi bir AP yönteminin gelecekte çocuk sahibi olmayı etkilememesini istemektedir.

Modern yöntem kullanım oranları düşük düzeydedir. Geleneksel yöntem kullananların veya yöntem kullanmayanların altında yatan nedenler belirlenmeli, nedene yönelik stratejiler geliştirilmelidir. AP eğitimleri erkeklerin katılımı sağlanarak, daha kapsayıcı ve daha etkili bir şekilde verilmesi gereklidir.

Anahtar kelimeler: Aile planlaması yöntem kullanımı, Modern yöntem, Geleneksel yöntem.

EVALUATE OF THE USAGE OF FAMILY PLANNING METHOD IN 15-49 AGE WOMEN**Abstract**

The inadequacy of family planning (FP) services is one of the important public health problems that determine the health level of the society. In this study, it was aimed to determine the use of FP method before and/or after of unintended pregnancies and the abortion, and to determine the method preferences during the research and in the future of the 15-49 age group.

The study being of descriptive type has been carried out between February-June 2017 in Pınarhisar. The population of the study consisted of 1275 15-49 years old women registered to the Family Health Center between 13.02.2017-29.12.2017 (n = 326). The data were collected face to face from the women who applied to the center by means of the Questionnaire Form prepared based on the literature. Ethical and official permits were obtained for the research.

46.3% of the research group was in the 25-34 age groups, 45.0% were university graduates, 73.6% were married, 85.5% had nuclear family, and 53.4% had middle level income. The mean number of children per woman and the optimum number of children were 1.78 ± 0.76 and 2.16 ± 0.69 , respectively. It was determined that 35.7% of the women used unintended pregnancy and 25.4% used modern methods before abortion that the condom was the first place. It was determined that 40% of the women did not use the method after abortion. 52.7% of the participants use any FP method during the research (modern 41.5%, traditional 11.3%). Among the modern methods, condoms (15.8%) and among the traditional methods, the withdrawals (10.9%) are the first. The lack of sexual life as the reason for not using FP method is shown (26.7%). It was determined that 12.0% of women did not want to use FP method in the future. In the future, condom (33.4%) and IUD (24.7%) were among the first choice methods. 54.3% of the participants knew about emergency contraception. 81.4% of women want a good FP method to not affect children in the future.

Modern method utilization rates are low. The reasons underlying the use of traditional methods or non- methods should be identified and strategies for cause should be developed. FP trainings should be provided in a more inclusive and more efficient way by ensuring the participation of men.

Key Words: Use of family planning method, Modern method, Traditional method.

Giriş

Aile planlaması (AP) çiftlere istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için sunulan yardım ve danışmanlık hizmetleridir (Eryılmaz, 2014; Bellizzi, Sobel, Obara & Temmerman, 2015). Dünyada 2017 yılında evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda kontraseptif prevalansının %36-%75 arasında değiştiği, modern yöntem kullanım oranlarının %70-%32, geleneksel yöntem kullanım oranlarının ise %3-%8 arasında olduğu bildirilmiştir (United Nation [UN], 2017). Türkiye’de 2013 yılında ulusal düzeyde yürütülen araştırmada evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanım oranı istenilen düzeyde olmadığı ve geleneksel yöntemler içerisinde en yaygın kullanılan yöntemin geri çekme olduğu belirlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [HÜNEE], 2013). Gelişmekte olan 35 düşük ve orta gelirli ülkede yürütülen bir araştırmada 214 milyon çiftin düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yöntemlere erişim güçlüğü gibi nedenlerle AP yöntemi kullanmadığı bildirilmiştir (Bellizzi vd., 2015). Ülkemizde yürütülen diğer çalışmalarda da kadınların da benzer nedenlerle modern yöntemleri kullanmadığı bildirilmiştir (Eryılmaz 2014; Varol, Çiçeklioğlu, Öcek & Demirelöz, 2015).

AP hizmetlerindeki yetersizliği de gösteren bu durum toplumun sağlık düzeyini belirleyen önemli halk sağlığı sorunları arasında önemini sürdürmektedir. Bu araştırmada 15-49 yaş kadınlarda AP yöntem kullanım durumunu belirlemek ve gelecekteki yöntem tercihlerini saptamak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Kırklareli Pınarhisar ilçesinde 13.02.2017- 29.12.2017 arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 13.02.2017-29.12.2017 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezi (ASM)’ne kayıtlı 1275 15-49 yaş kadın oluşturmuştur (n=326). Araştırmada oranlarda evreni bilinen örnek büyüklüğü formülü kullanılarak %95 güven aralığı, 0,05 hata payı %50 bilinmeyen prevalans ile hesaplanan örnek büyüklüğü 296 olarak belirlenmiştir. Olası veri kaybını önlemek için örnek büyüklüğü %10 arttırılarak 326 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada 311 kadına ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama

Veriler ASM’ye başvuran kadınlardan, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan AnketFormu yardımıyla, yüz yüze toplanmıştır. Anket formu açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sorular, ikinci bölümünde araştırma sırasında ve gelecekte aile planlaması yöntem kullanımı ile ilgili özellikler ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi sorgulanmıştır. Araştırmada anketlerin uygulanma öncesinde katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM-SPSS 22.0 paket programında tanımlayıcı testlerden sayı, yüzde ve

ortalamalardan yararlanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için katılımcılardan yazılı onam, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı ve Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden resmi izin alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Araştırma grubunun %46,3'ü 25-34 yaş grubunda, %45,0'ı üniversite mezunu, %73,6'sı evli, %85,5'i çekirdek aileye sahip, %53,4'ünün orta düzeyde gelire sahiptir. Grubun kadın başına düşen çocuk sayısı ve ideal çocuk sayısı ortalamaları sırasıyla $1,78 \pm 0,76$ ve $2,16 \pm 0,69$ 'dır (Tablo 1). Türkiye ortalamasının gerisinde olan Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2017) verilerine göre Edirne'de ortalama çocuk sayısı 1,46, Kırklareli'nde ise 1,53 tür. Çocuk sayısı açısından bizim sonucumuz Trakya'da kadın başına düşen çocuk sayısı ile uyumludur. İzmir'de 15-49 yaş grubu kadınlarda yürütülen çalışmada araştırma grubunun yarısından fazlasının ideal çocuk sayısının 2, üçte birinin ise 3 ve daha fazla çocuk olduğu belirtilmiştir (Yücel vd., 2014). TNSA 2013 ileri analiz raporunda 15-49 yaş grubunda ideal çocuk sayısı hedefine ulaşamamış kadınların çocuk isteme eğilimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Adalı, Çavlin, & Berktaş 2015. s.200). Sonuçlarımızda da kadınların henüz ideal çocuk sayısına ulaşmadığı gözlenmiştir.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri (n=311).

Değişkenler	n	%
Yaş		
≤24	30	9,6
25-44	261	83,9
≥45	20	6,4
Eğitim durumu		
Üniversite mezunu	140	45,0
Lise Mezunu	98	31,5
Ortaokul ve altı	73	23,5
Medeni durum		
Evli	229	73,6
Bekar	65	20,9
Boşanmış ve Eşi Ölmüş	17	5,4
Aile tipi		
Çekirdek	266	85,5
Parçalanmış ve Geniş	45	14,4
Algılanan gelir düzeyi		

İyi	132	42,4
Orta	166	53,4
Kötü	13	4,2
Yaşayan çocuk sayısı	Ort±ss: 1,78±0,76(Range: 1-5)	
İdeal çocuk sayısı	Ort±ss: 2,16±0,69(Range: 1-5)	

Kadınların %35,7'si istenmeyen gebelik öncesi, %25,4'ü düşük öncesi modern yöntem kullandığı, ilk sırada kondom yer aldığı belirlenmiştir. Düşük sonrası kadınların %40'ının yöntem kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Tohma, Özdeğirmenci, Coşkun, Dilbaz, ve Erkaya (2014) yapmış olduğu araştırmada çalışmamızla benzer şekilde istenmeyen gebelik yaşayan kadınların büyük kısmının istenmeyen gebeliğinin hemen öncesinde geleneksel yöntem kullandığı ya da yöntem kullanmadığı belirlenmiştir. Savaş vd. (2014) yapmış olduğu bir çalışmada aile hekimlerinden aile planlaması ile ilgili bilgi alan kadınların daha az oranda istenmeyen gebelik yaşadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar istenmeyen gebelik yaşayan kadınların gebelik istemediği halde modern yöntem kullanmadığını, modern yöntem kullananların ise kullanımı ile ilgili hata yaptığını göstermektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde hem kadınların hem de erkeklerin aile planlaması yöntem kullanımı ve istenmeyen gebeliklerin olası sonuçları hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğunu düşündürmüştür.

Tablo 2. Araştırma Grubunun Aile Planlaması Yöntem Kullanımı İle İlgili Özellikler (n=311).

	n*	%
İstenmeyen gebeliğin hemen öncesinde kullanılan yöntem		
Modern yöntemler	15	35,7
Geleneksel yöntemler	24	57,1
Yöntem kullanmayan	3	7,1
Düşük öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi		
Modern yöntemler	17	25,4
Geleneksel yöntemler	25	37,3
Yöntem kullanmayan	25	37,3
Düşük sonrası ilk kullanılan aile planlaması yöntemi		
Modern yöntemler	33	50,8
Geleneksel yöntemler	6	9,2
Yöntem kullanmayan	26	40,0
Araştırma sırasında aile planlaması yöntemi kullanımı		
Evet	164	52,7
Hayır	147	47,3
Araştırma sırasında kullanılan aile planlaması		

kulla	yöntemi	129	41,5
Modern yöntemler			
<i>Kondom</i>		49	15,8
<i>RİA</i>		30	9,6
<i>Tüp ligasyon</i>		27	8,7
<i>Hap</i>		14	4,5
<i>İğne</i>		7	2,3
<i>Acil korunma hapt</i>		2	0,6
Geleneksel yöntemler		35	11,3
<i>Geri çekme</i>		34	10,9
<i>Takvim yöntemi</i>		1	0,3
Yöntem kullanmayan		147	47,3

****Araştırma sırasında aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri**

Cinsel hayatım yok, eşim yanımda değil veya evliliğim sona erdi	83	26,7
Gebe kalmak istiyorum	29	9,3
Şu an gebeyim	18	5,8
Diğerleri	31	10,1

*Eksik verisi olanlar, yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir. **Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların %52,7'si araştırma sırasında herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır (modern %41,5, geleneksel %11,3). Modern yöntemler arasında kondom (%15,8), geleneksel yöntemler arasında geri çekme (%10,9) ilk sıradadır ve AP yöntem kullanmama nedeni olarak cinsel hayatın olmaması gösterilmiştir (%26,7) (Tablo 2). Dünyada 2017 yılında evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanımı %58, geleneksel yöntem kullanımı %5 olarak belirlenmiştir (UN, 2017). Ülkemizde 2013 yılında bu oranlar sırasıyla %47 ve %26 olarak belirlenmiş, en yaygın kullanılan modern yöntemler arasında RİA, kondom, geleneksel yöntemler arasında geri çekme bildirilmiştir (HÜNEE, 2013). Ülkemizde yerel düzeyde yapılan çalışmalarda modern yöntem kullanımında kondom ve geleneksel yöntem kullanımında ise geri çekme ilk sırada yer almaktadır (Varol vd., 2015; Yücel vd., 2014). Sonuçlarımızın ulusal ve yerel çalışmalar ile uyumlu olduğu, ideal çocuk sayısına ulaşmayan grubumuzda kondomun geri dönüşümü kolay bir yöntem olarak tercih edilmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Tablo 3. Araştırma Grubunun Aile Planlaması Yöntem Kullanımı İle İlgili Özellikler (n=311).

	n*	%
Gelecekte aile planlaması yöntem tercihi (n=287)		
Modern yöntemler	256	89,2
<i>Kondom</i>	96	33,4
<i>RİA</i>	71	24,7
<i>Hap</i>	44	15,3
<i>Tüp ligasyon</i>	35	12,2
<i>İğne</i>	8	2,8
<i>Vazektomi</i>	1	0,3
<i>Acil korunma hapi</i>	1	0,3
Geleneksel yöntemler	27	9,4
<i>Geri çekme</i>	23	8,0
<i>Takvim yöntemi</i>	4	1,4
Gelecekte aile planlaması yöntemlerini kullanma ile ilgili düşünce		
Zaten sürekli korunuyoruz	157	50,8
İstiyorum, ancak zamanı konusunda kararsızım	51	16,5
Kullanmak konusunda kararsızım	40	12,9
12 ay içinde kullanmayı istiyorum	18	5,8
Kullanmak istemiyorum	37	12,0
Diğer	6	1,9
Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceği yöntem bilgisi		
Evet	169	54,3
Hayır	142	45,7
**Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulanabilen gebeliği önleyici yöntemler		
Ertesi gün hapi	160	51,4
RİA	21	6,8
**İyi bir aile planlaması yönteminden beklenti		
Gelecekte çocuk sahibi olmayı etkilememeli	253	81,4
Her iki eşin kabul ettiği bir yöntem olmalı	246	79,1
Zararlı olmamalı veya yan etkileri olmamalı	238	76,5
Bilmiyorum/ Fikrim yok	6	1,9

*Eksik verisi olanlar, yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir. **Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmada kadınların %89,2'si gelecekte modern yöntem kullanmayı düşündükleri, %12,0'nın gelecekte AP yöntemi kullanmak istemediği saptanmıştır. Gelecekte yöntem kullanmayı düşünenler arasında kondom (%33,4) ve RİA (%24,7) ilk tercih edilen yöntemler olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Dünyada 2017 yılında evli yada partneriyle yaşayan kadınlarda %63 düzeyinde olan herhangi bir yöntem kullanımı 2030 yılında %2 oranında artacağı tahmin edilmiştir (UN, 2017). TNSA 2013'e göre evli kadınların %45'i gelecekte kontraseptif yöntem kullanmayı düşünmediği, %5'i ise yöntem kullanma veya zamanlama konusunda kararsız olduklarını ifade etmiştir. Araştırma tarihinde yöntem kullanmayı düşünenlerin ise %26'sı 12 ay içerisinde, %21'i ise gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanmayı düşündüklerini belirtmiştir. Gelecekte kullanılmayı düşünen yöntem ise ilk sırada RİA, ikinci sırada kondom gelmektedir (HÜNEE, 2013). Sonucumuzun literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Katılımcıların %54,3'ünün acil kontrasepsiyonu bildiği saptanmıştır. Kadınların %81,4'ü iyi bir AP yönteminin gelecekte çocuk sahibi olmayı etkilememesini istemektedir (Tablo 2). Toplumda kadınlara yönelik yürütülmüş çalışmalarda acil kontrasepsiyon bilgi düzeylerinin %3,7- %28,3 arasında değiştiği ve bu gruplarda istenmeyen gebelik prevalansının yüksek olduğu belirlenmiştir (Dasıkan, Taşçı, & Karaca, 2013; Omokhodion & Balogun, 2017). Ülkemizde ve dünyada yapılan farklı çalışmalarda katılımcıların acil kontrasepsiyon bilgi düzeyinin yetersiz ve/veya yanlış olduğu belirlenmiştir (Koçak vd., 2016; Joseph vd., 2016). Gurubumuzun bilgi düzeyi topluma yönelik yürütülen çalışmalar ile benzer ya da daha iyi durumda belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Modern yöntem kullanım oranları düşük düzeydedir. Kadınların geçmişte araştırma sırasında ve gelecekte tercih ettikleri yöntemler modern yöntemlerden kondom, geleneksel yöntemlerden geri çekmedir. Gelecekte her on kadından birinin AP yöntemi kullanmak istemediği belirlenmiştir. Geleneksel yöntem kullananların, yöntem kullanmayanların veya gelecekte yöntem kullanmak istemeyenlerin altında yatan nedenler belirlenmeli, nedene yönelik stratejiler geliştirilmelidir. AP eğitimleri erkeklerin katılımı sağlanarak, daha kapsayıcı ve daha etkili bir şekilde verilmesi gereklidir.

Kaynaklar

1. Adalı, T., Çavlin, A. ve Berkaş, E. (2015). *İsteyerek ve Kendiliğinden Düşüklerin Yaygınlığı ve Düşükleri Etkileyen Faktörler*. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 İleri Analiz çalışması içinden Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, ss. 139-223.
2. Bellizzi, S., Sobel, H.L., Obara, H. and Temmerman, M. (2015). Underuse of Modern Methods of Contraception: Underlying Causes and Consequent Undesired Pregnancies in 35 Low- and Middle-Income Countries. *Human Reproduction*, 30(4): 973–86.
3. Dasıkan, Z., Taşçı, N. ve Karaca, T. (2013). The Information and Applications of The Married Women Living in Odemis Relating to Medical and Traditional Emergency Contraception. *Journal of Turkish Society Obstetrics and Gynecology*, 10(2), 90-106.
4. Eryılmaz, N. (2014). *Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki*
1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

- Tutumları ve İlişkili Faktörler.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013.* Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
 6. Joseph, N., Shetty, B., Hasreen, F., Ishwarya, R., Baniya, M., Sachdeva, S. et al. (2016). Awareness and Attitudes Toward Emergency Contraceptives Among College Students in South India. *The Journal of Obstetric and Gynecology of India, 66(1)*, 363-9.
 7. Koçak, D.Y., Büyükkayacı Duman, N., Topuz, Ş., Yılmazel, G., Güngör, T. ve Başçı, A.B. (2016). Üreme Çağındaki Kadınların Acil Kontrasepsiyon ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 13(3)*, 112-6.
 8. Omokhodion, F.O. and Balogun, M.O. (2017). Contraceptive Use, Unwanted Pregnancies and Abortions among Hairdressers in Ibadan, Southwest Nigeria. *African Journal of Reproductive Health, 21(1)*, 114.
 9. Savaş, N., İnandı, T., Arslan, E., Peker, E., Durmaz, E., Erdem, M. ve ark. (2014). *Hatay'da Hastanelere Doğum ya da Düşük Nedeniyle Başvuran Kadınlarda İstenmeyen Gebelikler.* 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, ss.1095-96.
 10. Tohma, Y.A., Özdeğirmenci, Ö., Coşkun, B., Dilbaz, B. ve Erkaya, S. (2014). İstemli Gebelik Sonlandırılması, Bir Aile Planlaması Yöntemi midir?, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 11(4)*, 110-112.
 11. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2017). *Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. Doğum İstatistikleri.*
 12. Erişim: 20.05.2018, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060.
 13. United Nations (UN) (2017). *World Family Planning 2017 – Highlights.* United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York, 2017, pp.1-36.
 14. Varol, Z.S., Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z.A., Demirelöz, M. (2015). *Bir Mahallede Doğum Sonrası Dönemde AP Yöntem Kullanımı Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi.* 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Konya, ss.193-94.
 15. Yücel, U., Çakır Koçak, Y., Karaca Saydam, B., Alp Dal, N., Özdemir, R. ve Çeber Turfan E. (2014). *İzmir Bornova Belediyesinin Hizmet Verdiği Ebe Bölgelerinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Kürtaj Hakkındaki Görüşleri.* 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, ss.1031-32.

77 - TÜRK SAĞLIK MEVZUATINDA EBELİK

Yeliz MERCAN¹, Kevser TARI SELÇUK², Seval CAMBAZ ULAŞ³

¹Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü, KIRKLARELİ.

²Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, BALIKESİR

³Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,

Özet

Türkiye’de Cumhuriyetin ilanından sonra ebelik mesleğine ilk olarak 1928 tarihli 1219 Sayılı Tababet ve Şu’abatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’da yer verilmiş, ebelerin görev ve yetkileri belirlenmiştir. Herkese eşit ve etkin sağlık hizmeti sunmak için 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile hükümet tabipliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocaklarının kurulması öngörülmüş, bu kanunla ebeler koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli yer edinmiş, sağlık ocakları ve sağlık evlerinde görevlendirilmiştir. 1983 yılında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri belirlenmiş, yine aynı yılda yayımlanan Yataklı tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 133.Maddesinde ebelerin görev ve yetkileri tanımlanmıştır.

Sağlıkta dönüşümle birlikte 2004 yılında yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu ile beraber ebeler Aile Sağlığı Elemanı (ASE) olarak çalışabilecek kişiler arasında yer almış, 2010 yılında yayınlanan 27591 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde ASE’nin görevleri belirlenmiştir. Sağlıkta dönüşümün devam ettiği 2012 yılında ebelik diplomasına sahip olduğu halde en az üç yıl yataklı tedavi kurumları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde fiilen hemşirelik görevi yaptığını belgelendiren ve bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlara hemşirelik yetkisi verilmiştir. 2014 yılında Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte ise 1219 sayılı Kanunun ek 13.maddesinde tanımlanan diğer meslek mensuplarına ilaveten ebe yardımcısı kavramı geliştirilmiş ve görevleri tanımlanmıştır. Ayrıca 2015 tarih ve 6639 sayılı Kanun ile 1219 sayılı Kanunun 47. maddesine “Lisans mezunu ebeler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edildikten sonra **uzman ebe** olarak çalışırlar” fıkrası eklenmiştir.

Türkiye’de ebelik mesleğinin uygulanmasına ilişkin yasal düzenlemeler bulunmasına rağmen, mevcut uygulamalarda sorunlar olduğu bilinmektedir. Bu nedenle taslağı hazırlanan ebelik yasasının hızla hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık mevzuatı, Ebelik, Meslek.

Midwifery In Turkish Health Legislation

Abstract

After the proclamation of the republic, we come across the midwifery profession in Law #1219 on Modus Operandi of Medicine and Medical Sciences dated 1928 for the first time, in which the duties and authorities of midwives was regulated. According to Law #224 on Socialization of Health Services which was adopted in 1961 to provide equal and effective health services to everybody, community clinics based on the population were established instead of government doctors, midwives gained a prominent role in providing preventive health services and they were employed in community clinics and healthcare centers. In this process midwives continued carrying out their duties pursuant to Law #224 on Socialization of Health Services which came into force in 1963.133 of the Regulation on Management of Inpatient Treatment Institutions, which was adopted in the same year.

Together with the transformation in healthcare, midwives fell within the persons eligible to work as Family Healthcare Staff (FHS) pursuant to the Family Medicine Pilot Scheme Act published in 2004. The duties of FHS were defined in the Regulation #27591 on Implementation of Family Medicine published in 2010. With the proceeding transformation in healthcare, in 2012, persons holding a midwife degree and being able to provide evidence that they have actually worked as a nurse in an inpatient healthcare institution or a dental healthcare center for at least 3 years, were given the authorities of a nurse if they made a request within three months after the effective date of this article. In 2014 through the Regulation on the Work and Duty Definitions for Healthcare Staff and Other Professionals Working in Healthcare Services, the term “midwife helper” was established in addition to professions defined by law 13 of the Law #1219 and the duties of this profession were defined. In addition, the statement “After specialization on their profession by receiving post-graduate training and their diplomas were registered by the Ministry of Health those midwives work as specialists midwives” was added into Article 47 of the Law No. 6639 and Law No 1219 of 2015.

Although there are legal regulations in Turkey regarding the performance of the midwifery profession, it is well-known that there are some problems in the execution. Therefore, it is imperative that the Midwifery Act, for which a law draft has been prepared is materialized swiftly.

Key Words: Health legislation, Midwifery, Profession.

Giriş

Ülkenin en önemli sağlık kaynaklarından biri olan nitelikli sağlık insangücünün sahada belirli kurallar çerçevesinde ve uyum içinde çalışabilmesi için sağlık sisteminin işlerliğinin sağlanması gerekmektedir (1,2). Günümüzde ebeyi dünya sağlık örgütü gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yeni doğan bakımı ve aile planlaması danışmanlığını yapmak üzere eğitilmiş kişi olarak tanımlamıştır (3). Uluslararası Ebeler Federasyonu ebenin sağlık danışmanlığı ve eğitiminde yalnız kadın için değil antenatal eğitim, ebeveynliğe hazırlama, cinsellik/üremes Sağlığı ve çocuk bakımı gibi konularda toplum ve aile için de önemli bir görev aldığını bildirmiştir (4). Münih Deklarasyonunda ise halk sağlığı, sağlığın geliştirilmesi ve toplum kalkınması konularında hemşire ve ebelerin rollerini arttırmak, bu meslek gruplarını güçlendirmek hedeflenmiştir(5). Avrupa Birliği'nin 80/155/EEC sayılı Konsey Direktifi Ebelerin Asgari Görevleri belirlenmiş, ülkelerin gereksinimleri doğrultusunda düzenlemeleryapılabileceği belirtilmiştir (6).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından ebe "Ana çocuk sağlığı, doğum öncesi bakım ve doğum, doğum sonrası bakım hizmetlerini yapan, doğum yaptıran, 0-6 yaş grubu çocuk beslenmesi eğitimini veren, aşıları yapan, aile planlaması, kişisel temizlik kuralları, ilk yardım, bulaşıcı ve sosyal hastalılardan korunma ve savaşla ilgili konularda bireye, aileye, topluma sağlık eğitimi veren, doğum, ölüm istatistik verileri toplayan, değerlendiren, kamu kuruluşları ile gerekli işbirliğini sağlayan, insani ve ahlaki davranışları ile örnek, sağlık bakanlığınca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan meslek mensubudur." şeklinde tanımlanmıştır (7). Bu çalışmada cumhuriyet döneminden itibaren ebelik mesleğinin Türk sağlık mevzuatında zamana göre değişimi incelenmiştir.

Gelişme

Türkiye'de Cumhuriyetin ilanından sonra ebelik mesleğine ilk olarak 1928 tarihli 1219 Sayılı Tababet ve Şu'abatı San'atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun 3 faslında yer verilmiş, Madde 47 ve Madde 57 arası ebelik mesleğinin icrasına yönelik görev ve yetkileri belirlenmiştir. Madde 47 ve Madde 48 de kimlerin ebelik icra edebileceği açıkça belirtilmiştir (8).

Madde 47 - Türkiye dahilinde ebelik sanatını icra için Türk olmak ve Tıp Fakültesi Kabile Mektebinden veya Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti tarafından küşat ve idare edilen ebe mekteplerinden bir şahadetname sahibi bulunmak ve bu şahadetname mezkür Vekaletçe tasdik ve tescil edilmiş olmak lazımdır.

Madde 48 - Şahadetnameli ebe bulunmayan yerlerde ihtisas vesikasına malik fenni velade mütehasıslarının müstahdem bulunduğu bir hastanede üç ay müddetle ameliyat görerek ebelik vesikası alan ve bu vesikalarını Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletine tasdik ettiren ebelerin etibbayı resmîyenin nezaretleri altında icrayı sanat etmelerine müsaade olunur. Ameliyat gördükleri müddetçe bunların ibate ve iaşeleri hastaneidarelerince temin olunur.

12 Ocak 1961 yılında herkese eşit ve etkin sağlık hizmeti sunmak için kabul edilen 224 sayılı

1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’la hükümet tabipliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocaklarının kurulması öngörülmüştür. Kırsal alanda her 5-10 bin nüfusa (kentte 50 bin) bir sağlık ekibi kurulacağı ve bu ekibin içinde ebeler de yer alacağı belirtilmiştir. Ayrıca sağlık ocaklarına bağlı olarak, kırsal alanda 2000, kentsel alanda 2500 nüfus için sağlık evleri kurulması kararlaştırılmış, ve sağlık evlerinde yalnız ebeler hizmet götüreceği bildirilmiştir. Bu yasayla ebelere anne, bebek, doğum, gebe, lohusa, 15-49 yaş kadın izlem ve bakımları gibi koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük görevler yüklenmiş sağlık ve ocakları sağlık evlerinde görevlendirilmiştir (9,10).

1964 Yılında 154 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge ile de sağlık evlerinde verilecek hizmetler ve burada çalışan ebenin hizmeti nasıl yürüteceği açıklanmıştır. Halk sağlığı hemşiresinin direktiflerine göre ana çocuk sağlığı hizmetleri ve ev ziyaretleri yapar, doğum, ölüm ve yer değiştirmelerle ilgili istatistik bilgileri toplar şeklinde Köy ebelerinin görevleri tanımlanmıştır(11).

1983 yılında yayımlanan 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile sağlık kuruluşlarının tek elden planlanıp hizmet vermelerini sağlamak için teşkilat yapısı ve görevleri belirlenmiştir. Busüreçte ebeler 1961 de başlanıp 1963 te yürürlüğe konan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, sağlık ocağı ve sağlık evlerinde ebeler görevlerini devam ettirmiştir (12).

Aynı yılda 13 Ocak 1983 de RG yayımlanan 17927 sayılı yataklı tedavi kurumlarında madde 133 de ebelerin görev ve yetkileri ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Buna göre (13);

Madde 133 – Ebeler, sağlık meslek okulu mezunu, doğum ve doğum kontrolü ile ilgili kendisine düşen görevleri yapabilecek yeteneklere sahip, gerekli kursları görmüş yardımcı sağlık personelidir. Kurumun yatak adedi azaltılmamak kaydıyla isteyen ebeler gerek görüldüğü takdirde baştabib izniyle kendilerine ayrılan yerlerdetopluya kalabilirler.

Bu takdirde kahvaltı, öğle ve akşam yemekleri kurumca sağlanır. Baştabib tarafından doğum odalarındaki ebelerden bir tanesi doğum bölümünün sorumlu ebesi olarak görevlendirilir. Servis sorumlu hemşirelerinin görevve yetkilerini haizdir.

Kurumlarda doğum işleriyle vazifelendirilmiş ebeler, müracaat eden kadınların fenni olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dahilinde her türlü tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Meslek ve sanatlarının gerektirdiği şekilde ana ve çocuğu muayene ederler. Özellikle çocuk kalp seslerini yakından izler, müşahadelerineyazarlar. Gerekli gördükleri hallerde her türlü medikal muayeneleri de yaparlar, müşahadelerini bir not halinde de yazarak tespit ederler ve doğumun seyrini dikkatle ve sürekli bir şekilde izlerler.

Normal doğumları kendileri yaparlar.

Doğum güçlükleri veya arızaları mevcut olan veya durumunu kesin olarak tesbit edemedikleri vakaları uzman tabibe derhal haber verirler.

a) Doğan çocukların cinsiyetini, boy ölçüsünü, kafa çaplarını, göğüs çevresini, beden ağırlığını, yapısında mevcut bütün arızaları ve anormallikleri, kahtsal belirtileri, plasanta ve kordonun niteliklerini tespit ve kaydederler.

b) İkiz veya daha fazla sayıda doğan çocukların doğum sıralarını, ne kadar ara ile doğduklarını, ölü doğanların; doğumdan sonra bir müddet daha teneffüs edip etmediklerini dikkat ve titizlikle tetkik ve kaydederler.

c) Doğan çocukların birbirlerine karıştırılmamasına son derece dikkat ederler ve bu amaçla her doğan çocuğun bileğine anasının ad ve soyadını, cinsiyetini doğum tarih ve saatini belirten bir kart bağlamak zorundadırlar. Bu etiket çocuk hastaneden çıkıncaya kadar bileğinde bırakılır.

Ayrıca bu hususta kurum İdaresince konulmuş usuller varsa onları da uygularlar.

d) Doğan çocukların göbeğinin fenni usullere uygun olarak kesilip bağlanması ve sarılması, çocuklar içintedbirlerin alınması ebelerin görevidir.

e) Doğum odalarının doğum ve müdahaleler için gerekli alet ve malzemenin her zaman temiz ve kullanmaya elverişli bir şekilde bulundurulmasını sağlarlar.

f) Ebe ve ebe hemşireler, bu asli görevleri yanında hemşirelerin gördükleri hizmetleri de görmek ve kurumlarında onların uymak zorunda bulunduğu hükümlere uymakla yükümlüdürler.

g) Bu görevleri dışında aile planlaması kursu görmüşlerse ailelere doğum kontrolü ile ilgili her türlü bilgiyi vermekle yükümlüdürler.

Bu yönetmelikte 2005 yılında değişen hükümler olmakla birlikte madde 133 aynı kalmıştır.

10 Eylül 1983 Tarih ve 18161 Sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi, Görev, Yetki ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelikte ebeler eğitim yetkisine sahip personel arasında yer almıştır (14). 1997 yılında yayınlanan 22900 sayılı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği'nde ebelerin görev ve yetkileri tanımlanmıştır (15). Bu Yönetmelik; 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesine ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9 uncu maddesinin (c) bendine dayanılarak hazırlanmıştır. Bu yönetmelik 2 Mayıs 2015 tarihinde yürürlükten kaldırılmıştır.

09 Aralık 2004 yılında yayımlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu ile birlikte Aile Sağlığı Elemanı (ASE) kavramı gelmiş ve ebe hemşire ve sağlık memurları burada görevlendirilmek üzere genel bir görev ve yetkileri belirlenmiştir (16). Madde 2'de Aile sağlığı elemanı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır şeklinde tanımlanmıştır. 25 Mayıs 2010 tarih ve 27591 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde ASE'nin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. Buna göre (17):

MADDE 5 – (1) Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik

1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4 nc maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

(2) Aile sağlığı elemanı Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

a) Kişilerin yaşamsal bulgularını ölçer ve kaydeder,

b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygular,

c) Yara bakım hizmetlerini yürütür,

) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlar,

d) Poliklinik hizmetlerine yardımcı olur, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlar,

e) Gereken tetkikler için numune alır, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapar veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlar,

f) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana ocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olur,

g) Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılır,

đ) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirir,

h) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

Ayrıca 05.02.2015 tarih 29258 sayılı **Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'ne istinaden** belirtilen tarihte yürürlükten kaldırılmıştır. Bu yönetmelikte ebeler Aile sağlığı elemanı olarak tanımlanmış, madde 48'de ve madde 49 da Toplum Sağlığı Merkezlerinde ve sağlık evlerinde görev yapacak sağlık personelinin görevleri ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Buna göre (18);

MADDE 48 – (1) TSM'de görev yapan sağlık memuru (toplum sağlığı), hemşire ve ebenin görevleri şunlardır:

a) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,

b) Toplum sağlığı merkezindeki aşıların soğuk zincir kurallarına uygun olarak saklanmasını ve dağıtımını yürütmek,

c) Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek suretiyle sorunları ve öncelikleri saptamak, ) Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü çalışmalarına katılmak,

d) Okul sağlığı hizmetlerine katılmak,

e) Kayıt ve bilgi işlem çalışmalarında görev almak,

f) TSM başkanının direktifleri doğrultusunda bölgedeki sağlık çalışanlarının hizmetlerini izlemek ve değerlendirmek,

- g) Sağlıklı beslenme ve beslenme bozuklukları konusundaki programlara katılmak, obezite danışmanlığı hizmetlerikonusunda görev almak,
- ğ) Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde görev almak,
- h) İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görev almak,
- ı) Birey ve grup eğitimlerine katılmak, halkın sağlık eğitimi çalışmalarının planlanması ve uygulanmasında görev almak,
- i) Bağışıklama hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde görev almak,
- j) Hizmet içi eğitim hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında görev almak,
- k) Toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve teşviki hizmetlerinde görev almak,
- l) Üreme sağlığı hizmetlerinde görev almak,
- m) Görevi ile ilgili istatistik kayıtlarını ve formları düzenlemek,
- n) Görev alanlarında temizlik ve düzeni sağlamak; malzemelerin, kullandıktan sonra temiz ve her zaman kullanımahazır halde tutulmasını sağlamak,
- o) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Sağlık evi personelinin görevleri

MADDE 49 – (1) Sağlık evlerinde çalışmakta olan personel, hizmet yönünden o bölgenin bağlı olduğu ailehekimine; idari yönden ise toplum sağlığı merkezine bağlı olarak çalışırlar.

(2) Sağlık evi personelinin görevleri şunlardır:

- a) Sorumluluk alanında, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aile hekimine bağlı olarak yürütmek,
- b) Bağlı olduğu aile hekimini, gezici sağlık hizmeti çalışmalarında desteklemek,
- c) Sağlık evinde bulundurulacak malzemeleri ve cihazları hizmete hazır olarak bulundurmak,ç) Sorumluluk alanında sağlıkla ilgili kayıtları tutmak,
- d) Aylık çalışmalarını toplum sağlığı merkezine bildirmek,
- e) Yürüttüğü hizmetler açısından bağlı olduğu aile hekimini bilgilendirmek,
- f) Sorumluluk alanındaki nüfus hareketlerini (doğum, ölüm, göç, mevsimlik tarım işçileri gibi) bağlı olduğu toplumsağlığı merkezine ve aile hekimine bildirmek,
- g) Sorumluluk alanının sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak,
- ğ) Bölgesindeki riskli gebeleri tespit etmek ve misafir anne uygulaması kapsamına alınması için faaliyetlerde bulunmak,
- h) Sorumluluk alanında, evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyleri tespit ederek kayıtlı olduğu aile hekimine ve koordinasyon merkezine bildirmek; koordinasyon merkezi tarafından görevlendirildiği takdirde hastalara evdesağlık hizmeti vermek,
- ı) Evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinde görev almak,
- i) Çevre sağlığı konusunda bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak,gerektiğinde su sanitasyon hizmetlerinde görev almak,
- j) Bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak,
- k) Sorumluluk alanında bulunan veremli hastalara DGT uygulamak, bu hastaları düzenli olarak izlemek, ihtiyaçlarını bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek, bu konuda halka eğitim vermek,

- l) Sorumluluk alanında bulunan kronik hastaların izlemlerini yapmak,
 m) Sorumluluk alanında obezite danışmanlığı hizmetlerinde görev almak,
 n) Okul sağlığı hizmetlerinde görev almak,
 o) Gelişebilecek olası acil durumlar için gerekli malzeme ve ekipman bulundurulması şartı ile enjeksiyon hizmetini vermek, pansuman yapmak ve basit sütür atmak,
 ö) Sorumluluk alanında, bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak,
 p) TSM başkanının vereceği görevi ile ilgili diğer işleri yapmak.

12.07.2012 tarihli ve 28351 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6354 sayılı kanunun 23'üncü maddesiyle, 6283 sayılı hemşirelik kanununa eklenen geçici 2 ve 3'üncü madde "Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla, ebelik diplomasına sahip olduğu halde en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlar, hemşirelik yetkisiyle görevlerine devam eder." şeklinde düzenlenmiştir. (19)

22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'te 1219 sayılı Kanunun ek 13.maddesinde tanımlanan diğer meslek mensuplarına ilaveten "ebe yardımcısı" kavramı geliştirilmiş ve görevleri tanımlanmıştır(20).

Ayrıca 27 Mart 2015 tarih ve 6639 sayılı Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 47. maddesine "Lisans mezunu ebeler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edildikten sonra **uzman ebe** olarak çalışırlar" fıkrası eklenmiştir (21).

Sonuç

Türkiye'de ebelik mesleğinin uygulanmasına ilişkin yasal düzenlemeler bulunmasına rağmen, mevcut uygulamalarda sorunlar olduğu bilinmektedir. Bu nedenle taslağı hazırlanan ebelik yasaının hızla hayata geçirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Derya ÇAMUR, Zafer ÖZTEK Ebe Gereksinimi Hesap Yöntemi: Keçiören Örneği. Toplum Hekimliği Bülteni Cilt 25, Sayı 3, Eylül 2006
- 2- Yücel, U., Ekşioğlu, A., Demirelöz, M., Baykal Akmeşe, Z., Çakır Koçak, Y. ve Soğukpınar, N. (2013). Türkiye'de Ebelik. Lisansüstü Eğitim Profiline İncelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 10(1), 1342-1354.
- 3- http://www.turkebelendernegi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=182&Itemid=113 (E.T.

- 24.11.2013)
- 4- http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=182&Itemid=113 (E.T. 24.11.2013)
- 5- Nurses and Midwives: A Force for Health, WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives, 2003. EUR/03/5043918 http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/102238/E81549.pdf (E.T. 01.12.2013)
- 6- Karahan N., Türkiye’de Ebe Olmak, I.Uluslararası& II. Ulusal Ebelik Kongresi Kitabı, 13-16 Ekim 2011 Safranbolu.
- 7- Ebenin tanımı:
http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=182&Itemid=113 (E.T. 24.11.2013)
- 8- 1219 Sayılı Tababet ve Şu’abatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun: [http://personel.saglik.gov.tr/UserFiles/File/Mevzuat/Kanunlar/Tababet ve Suabati Sanatlarinin Tarz i icrasina Dair Kanun.pdf](http://personel.saglik.gov.tr/UserFiles/File/Mevzuat/Kanunlar/Tababet_ve_Suabati_Sanatlarinin_Tarz_i_icrasina_Dair_Kanun.pdf) (E.T. 24.11.2013)
- 9- Eren N., Öztekin Z., Sağlık Ocağı Yönetimi, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını No:22,Birinci Baskı, Sy: 18-19, 1982, Ankara.
- 10- 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> (E.T. 24.10.2018)
- 11- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:154, Sy: 77-83, Akın Matbaası, 1964, Ankara.
- 12- 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-442/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi-.html> (E.T. 24.11.2013)
- 13- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi-son-degisi-.html> (E.T. 24.11.2013)
- 14- Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi. Görev, Yetki ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelik: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-505/nufus-planlamasi-hizmetlerini-yurutecek-personelin-egit-.html> (E.T. 24.10.2018)
- 15- Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezleri Hakkında Yönetmelik: https://www.tb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=204:ana-cuk-sai-ae-planlamasi-merkezlerhakkinda-yetmeliccatid=2:ymelik&Itemid=33 (E.T. 24.10.2018)
- 16- 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html> (E.T. 24.10.2018)

- 17- Aile hekimliği uygulama yönetmeliği: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm> (E.T.24.10.2018)
- 18- **Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği:**
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1020:2015-02-05-07-58-50&catid=2:ymelik&Itemid=33&1534-D83A_1933715A=803f17bfb54f5ffb1efbf705c9cdb0776220e85c&1534-D83A_1933715A=5248c462895fa90c6aa97c94e95a82c7d96ee5d7 (E.T. 24.10.2018)
- 19- Ebelere Hemşirelik Yetkisi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6283.pdf> (E.T. 24.10.2018)
- 20- Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm> (E.T. 24.10.2018)
- 21- Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150415-1.htm> (E.T. 24.10.2018)

78 - GEBELERİN EBELER İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE BEKLENTİLERİ

Ayten TAŞPINAR

Rojda BAYAR

Hilal GENCER

Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

ÖZ

Amaç: Gebelerin ebeler ile ilgili görüş ve beklentilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında, bir kamu hastanesinin gebe polikliniğinde kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bu hastanenin obstetri polikliniklerine kontrol amacıyla başvuran gebeler, örneklemini ise 288 gebe oluşturmuştur. Veriler, veri toplama formu ile toplanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı, kurum izni ve gebelerin sözlü onamı alınmıştır. Verilerin sayısı, yüzde ve ortalama dağılımları verilmiştir.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması $28,1 \pm 6,3$, gebelik sayısı ortalaması $2,8 \pm 1,6$, gebelik haftası ortalaması $26,6 \pm 6,3$ olup %47,6'sı okuryazar/ilkokul/ortaokul mezunu, %89,2'si ev hanımıdır ve %75,5'i ebelik mesleğine erkeklerin alınmasını istememektedir. Ebe kimdir sorusuna gebelerin %73,6'sı "doğum yaptıran kişi/ çocuk doğurtan kişi/ ebelik okulunu bitirendir/ doğumu yaptıran hemşire" dedikleri, ebe ne iş yapar sorusuna %79,5'i "bebeği doğurtur/ doğum yaptırır/muayene eder, doğumun başlayıp başlamadığını söyler/gebelere bakar/aşılara çıkıp, aşı kayıtlarını tutar" dedikleri saptanmıştır. Gebelerin ebelerden sırasıyla (%40,6) "anlayışlı, hoşgörülü, güler yüzlü, yardımsever yumuşak yüzlü merhametli, ilgili, herkese eşit davranmalarını, halimizden anlamalarını, sorularımızı cevaplamalarını" ve (%40,6) "insanı dinlemelerini kızmamalarını, sert olmamalarını, insan yerine koymalarını, azarlamamalarını, sancı esnasında saygı göstermelerini ve bağırılmalarını, kadına ve bebeğe güç uyguluyorlar bu da anneye zarar veriyor, bunu yapmamalarını/ doğum esnasında çok sert davranmamalarını, ses tonlarını alçaltmalarını" beklediklerini belirtmişlerdir.

Sonuç: Gebelerin çoğunluğunun ebeyi ve ebenin görev tanımını doğru yaptığı, ebeden hizmet alma deneyimlerinin büyük çoğunlukla olumlu olduğu ve ebelerden beklentilerinin çoğunlukla profesyonel meslek tutum ve davranış özellikleri olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebe, görüş, beklenti, ebelik hizmeti.

Opinions And Expectations Of Pregnant Women About Midwives

ABSTRACT

Objective: In this study, opinions and expectations of pregnant women about midwives has been searched. **Methods:** The study was conducted cross-sectionally between February and June 2017 in a public hospital's pregnancy outpatient clinic. The universe of the study constituted the pregnant women who applied to this obstetric outpatient clinic for control purposes and 288 pregnant women were included in the sample. Data have been collected with question forms prepared by researchers. Ethical committee approval, institutional permission and verbal approval of the participants were taken for the research. The numbers, percentages and mean distributions of the data were given.

Results: The mean age of pregnancies was $28,1 \pm 6,3$, the mean number of pregnancies was $2,8 \pm 1,6$, the mean gestational week was $26,6 \pm 6,3$, 47,6% of them were literate/primary/junior high school graduates, 89,2% were housewives and 75.5% of the participants said that men shouldn't be taken in midwifery profession. The question of who is the midwife, 73.6% of them said "the person giving birth/the child giving birth /the nurse who finished the midwifery school. The question of what the midwife does 79.5% of them said that they gave birth to a baby/they examined pregnancy, they told them whether it started or not birth / make vaccinations and kept vaccination records. The expectations of the pregnant women from the midwives were (40.6%) "an understanding, tolerant, helpful compassionate, relevant, everyone behaving equally, understanding from ourselves, answering our questions"

Conclusion: It was determined that most of the experience of receiving services is positive and the expectation of them from midwives has mostly professional attitude and behavioral characteristics.

Keywords: Pregnancy, opinions, expectations, midwifery service.

GİRİŞ

Doğum ve gebelik süreci hem evrensel bir olgu, hem de her kadın için kaçınıcı gebeliği olursa olsun, her defasında ilk defa o yola çıkıyormuş gibi hissettiren özel bir yolculuktur. Bu yolculuk sürecinde de kadın, o yolda önüne çıkacak engelleri, zorlukları öngörebilecek, kendisine destek olabilecek, güvenebileceği, danışabileceği profesyonel bir refakatçiye ihtiyaç duyar. Bu profesyonel refakatçi de; kadına çıktığı bu yolda, yaşaması muhtemel olabilecek olumsuzlukları öngörüp bilgisiyle güven vererek destek olabilmelidir. Yaşanan ya da yaşanabilecek olumsuz deneyimler kadının, yoluna bir profesyonelle devam etmesini engelleyebilir, desteğe ihtiyaç duyduğunda destek sistemlerini yetersiz kullanmasına sebep olabilir. Bu bağlamda da kişilerarası etkileşimde güven önemli bir kilit noktasıdır.

Kişiler arasındaki güven, bilişsel ve duygusal olarak iki ayrı şekilde incelenmiştir. Bilişsel güven, bireyin güvenilirliğini, doğruluğu, dürüstlüğü ve bağlılığına ilişkin diğer bireylerin düşünsel modellerini gösterir. Duygusal güven ise, bireylere gösterilen itina ve ilgi sonucunda ortaya çıkan, duygusal bağın gösterdiği güçlü ve özel bir ilişkiyi anlatır (McAllister, 1995). Ebe ile gebe arasındaki etkileşim ve ortaya çıkan ilişki sırasında gösterilen itina ve ilgi duygusal güvenin güçlülüğü için önem arz etmektedir. Gebenin, ebesine güvenmesi, bakım verirken birincil kişi olması, ebenin sözlerine inanması, ona değer verip, meslek olarak görmesi, ebe bakım önerilerinde bulunurken de tereddüt etmeden ebesinin bilgilerine güvenip uygulaması, ebenin bireye bakım verirken tutunduğu tutum ve davranışlara bağlıdır. İletişim de tutum ve davranışlar arasında bir köprü görevi üstlenir. Prenatal, antenatal ve postnatal dönemlerde kadınlara yönelik verilen sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişimin çok önemli bir yeri vardır (Kırımlıoğlu ve Elçioğlu, 2005). Sağlıklı iletişimin yapı taşlarından olan, karşısındaki bireyin ifadelerini dinleme, onu anladığını ifade etme ve geri dönütte bulunma, sağlık profesyoneliyle ve birey arasındaki iletişimin en önemli özelliğidir. Bireylerin, duygularını daha kolay göstermesi ve bireyleri anlayıp bakımlarını sürdürebilmek için ebelerin empatik iletişim yeteneklerini geliştirmeleri gerekir (Alver, 2005). Gebelerin empatik iletişim beklentilerini araştıran bir çalışmada gebelerin %42.5'i "güvenirliliği" önemli ve %56.5'i çok önemli bir değer olarak gördüklerini belirttikleri bulunmuştur (Çankaya ve ark, 2014). Gebelerin, doğum öncesi bakım hizmetlerini sunan sağlık profesyonelleri hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin kendilerini aktif bir şekilde dinlediklerinde ve şüphelerini aydınlattıklarında, memnuniyetlerinin arttığı (%78) tespit edilmiştir (Cardelli ve ark, 2015).

Ülkemizde gebelerin ebelere ilişkin görüş ve beklentilerini araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunması nedeniyle bu araştırma planlanmıştır. Araştırmanın amacı, gebelerin ebeler ile ilgili görüş ve beklentilerini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma; Diyarbakır il merkezinde bulunan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin, gebe polikliniğine hizmet almak için gelmiş gebelerde yapılmıştır. Kesitsel olarak

planlanan araştırma 20 Şubat-31 Haziran 2017 tarihleri arasında, Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi gebe polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne poliklinik hizmeti için başvuran gebeler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem hesabı yapılmamış 20 Şubat-31 Haziran 2017 tarihleri arasında, belirtilen hastaneye kontrol için gelen 288 gebe, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile araştırmaya alınmıştır. Araştırmaya Kronik bir rahatsızlığı, çoğul gebeliği ve, fetal bir malfarmasyon riski olmayan gebeler dahil edilmiştir.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından literatür taranarak (Çankaya ve ark, 2014; Aktaş, 2014; Kırmınoğlu ve Elçioğlu, 2005) oluşturulan veri toplama formu ile toplanmıştır. Gebelerin ebelerle yönelik görüş ve beklentilerini içeren sorular açık uçlu sorulmuştur. Veriler, obstetri polikliniğinde muayene olmak için bekleyen gebelere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya gönüllü olan gebeler hastane yönetiminin uygun gördüğü bir odada toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Anket doldurma süresi her gebe için ortalama 15- 20 dakika sürmüştür.

Araştırmanın etik kurul onamı, kurum izni ve gebelerden sözlü onamları alınmıştır. Elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) 18.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma dağılımları ve ki-kare kullanılmıştır.

BULGULAR

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri

Yaş (n=288)	n	%
17-20	34	11,7
21-35	213	74,2
≥36	41	14,1
Eğitim durumu(n=286)		
Okuryazar değil	71	24,8
Okuryazar/ilkokul/ortaokul	136	47,6
Lise/üniversite	79	27,6
Sosyal Güvence (n=283)		
Var	168	59,3
Yok	115	40,7
Çalışma durumu (n=288)		
Ev hanımı	257	89,2
Çalışıyor	31	10,8
Evlilik yılı (n=288)		
1-5	151	52,4

6-15	110	38,2
≥16	27	9,4
Yaş ortalaması±SS* (min-max)	28,1±6,3	(17-48)
Gebelik sayısı ortalaması±SS* (min-max)	2,8±1,6	(1-10)
Yaşayan çocuk sayısı ortalaması±SS* (min-max)	1,6±1,5	(0-7)
Gebelik haftası ortalaması±SS* (min-max)	26,6±6,3	(3-42)

*Standart sapma

Çalışmaya katılan gebelerin %47,6'sının okuryazar/ilk/ortaokul mezunu, %59,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %89,2'sinin çalışmadığı ve %52,4'ünün 1-5 yıl arası evli olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaş ortalaması 28,1±6,3, gebelik sayısı ortalaması 2,8±1,6, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,6±1,5 ve gebelik haftası ortalaması 26,6±6,3'tür (Tablo 1).

Tablo 2. Gebelerin Ebelere İlişkin Görüşleri

Sizce Ebe Kimdir? (n=246)	n	%
Doğum yaptıran kişi/çocuk doğurtan kişi/NVD yaptıran kişi/ ebelik okulunu bitiren/ doğumu yaptıran hemşire	181	73,6
Doktora yardımcı olan/ doktorların emir kulu/doktorun sağ kolu	28	11,3
Hemşiredir/doktordur/bilmiyorum	19	7,8
İnsana yardımcı olan kişi/kadındır/ilgili ve güler yüzlü olup en ağır işlere verilen insan	14	5,7
Doğum yaptıran asık suratlı insanlar/ kendini beğenmiş asık suratlı bağırان hiç hastayı dinlemeyen kadın	4	1,6
Sizce Ebe Ne İş Yapar?(n=249)		
Bebeği doğurtur/ doğum yaptırır/ muayene eder, doğumun başlayıp başlamadığını söyler/ gebelere bakar/ aşılar çıkıp, aşı kayıtlarını tutar	198	79,5
Doğum esnasında doktora yardım eder/ her işe yardımcı olur/ doğumda hemşireye ve doktora yardımcı olur/ her işe yardımcı olur	31	12,4
Tansiyon, ateş, nabız ölçer/ USG ye bakar NST yapar iğne yapar	14	5,7
Hastalara moral verir, iyi davranır yardımcı olur/ hastanın muayenesini yapar/ hastalara hizmet verir	6	2,4

“Ebe kimdir” sorusuna gebelerin %73,6’ı “doğum yaptıran kişi/ çocuk doğurtan kişi/ebelik okulunu bitiren kişi/ doğumu yaptıran hemşire”, %11,3’ü “doktora yardımcı olan/doktorların emir kulu/ doktorun sağ kolu” olarak tanımlamıştır. Ebenin ne iş yaptığına ilişkin soruya ise %79,5’inin “bebeği doğurtur/ doğum yaptırır/ muayene eder, doğumun başlayıp başlamadığını söyler/ gebelere bakar/ aşılarla çıkıp, aşı kayıtlarını tutar cevabını vermiştir(Tablo 2).

Tablo 3. Gebelerin “Ebelik Mesleğine Erkeklerde Alınmalı Mıdır? Sorusuna Verdiği Yanıtlar

Ebelik mesleğine erkeklerde alınmalı mıdır? (n=281)	n	%
Evet	69	24,5
Hayır	212	75,5
Ebelik mesleğine erkeklerin de alınmasını isteme nedenleri (n=62)		
Meslekte cinsiyet ayrımı olmaz/tıpta ayıp olmaz	21	33,8
Erkek doktor oluyorsa erkek ebe neden olmasın	19	30,6
Ebelikte bir meslek erkeklerde ebe olabilir	9	14,5
Daha soğukkanlı ve merhametli oldukları için/kuvvetli oldukları için	9	14,5
Erkekler daha ilgili olabilir/erkekler daha iyi yapar/hastalarla daha iyi iletişim kuracağını düşünüyorum	3	4,8
Bazı erkekler kadınları anlamıyor bu mesleğe girerlerse belki anlarlar	1	1,8
Ebelik mesleğine erkeklerin alınmasını istememe nedenleri (n=156)		
Mahremiyet	70	44,8
Kadınlar kendini rahat hissetmez/utanır	67	42,9
Kadının dilinden ancak kadın anlar	6	3,9
Günah olduğu için	3	2,0
Bu meslek bayana özel bir meslek	3	2,0
Uygun olmaz/ ayıptır/ etik değil/ eşim istemez/ sosyokültürel yapıdan dolayı	7	4,4

Araştırmada gebelerin mesleğe erkeklerin alınma durumu hakkındaki görüşleri sorulduğunda %75,5’inin alınmamalı dedikleri, %24,5’inin alınabileceğini belirttikleri ve erkeklerin ebeliğe alınmasını istemeyenlerin

%44,8’inin “mahremiyet”, %42,9’unun “kadınların kendini rahat hissetmeyeceği/utanacağı” nedenleriyle alınmamalı dediği, alınabilir diyenlerinde %33,8’inin “meslekte cinsiyet ayrımı olmaz/tıpta ayıp olmaz” , % 30,6’sının “erkek doktor oluyorsa erkek ebe neden olmasın” dediği saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin ebelerden beklentileri

Beklentiler (n=288)	n	%
Anlayışlı, hoşgörülü, güler yüzlü, yardımsever, yumuşak yüzlü merhametli, ilgili, herkese eşit olup beni rahatlatmalarını, halden anlamaları.	117	40,
İnsanı dinleyip kızmamalılar sert olmamalılar, insan yerine koymalarını, azarlamamalarını, sancı esnasında merhametli olmalarını, kadına ve bebeğe güç uyguluyorlar bu da anneye zarar veriyor bunu uygulamamalılar.	117	40,6
Bilgilendirici, cesaretli, sabırlı, deneyimli, güven verici, adaletli olması, empati <u>kurabilip işine saygı duyması.</u>	54	18,8

SONUÇ

Gebelerin büyük çoğunluğunun ebeyi ve ebenin görev tanımını doğru yaptıkları, ebelerden beklentilerinin çoğunlukla profesyonel meslek tutum ve davranış özellikleri olduğu ve büyük çoğunluğunun mahremiyet nedeniyle erkeklerin mesleğe alınmalarını istemedikleri saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Aktaş, S., (2014). *Ebelere verilen empati eğitiminin doğumda anne memnuniyetine etkisi*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
2. Alver, B.,(2005). Psikolojik danışma ve rehberlik eğitimi alan öğrencilerin empatik beceri ve karar verme stratejilerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.14,19-34.
3. Cardelli, AAM, Marrero, TL, Ferrari, RAP, Martins, JT, Serafim, D. (2016). Expectations and satisfaction of pregnant women: revealing prenatal care in primary care. *Invest. Educ. Enferm*, 34(2),252-260.
4. Çankaya, S. ve ark. (2014). Doğum için başvuran gebelerin empatik iletişim beklentilerinin ebeler tarafından karşılanma durumu. *Genel Tıp Dergisi*, 24,7-14.
5. Kırımlıoğlu, N, Elçioğlu, Ö.,(2005). Gebelikte sözsüz iletişimin bize anlattıkları. *Türkiye Klinikleri J. Med. Ethics*,6-13.
6. McAllister, D.J. (1995). Affect and cognition based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. *Academy of Management Journal*, 38, 24-59.

79 - EBELERİN EMPATİK İLETİŞİM BECERİSİNİN, İNTRAPARTUM DÖNEMDEKİ OBSTETRİK SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ

Songül Aktaş

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, Kanuni Kampüsü, Farabi Caddesi, 61080, Trabzon.

Amaç: Bu derlemede amaç, ebelerin empatik iletişim becerisinin intrapartum dönemdeki obstetrik sonuçlara etkisini incelemektir.

Yöntem: Veriler; ULAKBİM, Cochrane Library, Pubmed ve Google Scholar gibi çevrimiçi veri tabanlarından elde edilmiştir.

İnapartum dönemde, anne adayları karşılaştığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle başa çıkabilmesi için; birinin desteğine ihtiyaç duyabilmektedir. Kadınların destek ihtiyaçlarının giderilebilmesi, ebenin empatik iletişim becerisiyle (EEİB) mümkündür. İnapartum dönemde annelerin ebelerden başlıca beklentisi; onlara saygılı, güleryüzlü, samimi, anlayışlı, açıklayıcı ve geri bildirimde bulunma gibi empatik iletişimdir. Ebenin empatik olmayan tutum ve davranışı; gebelerin doğumdan ve sağlık profesyonellerinden korkmalarına neden olmaktadır. Doğum eylemindeki gebenin yaşadığı korku, oksitosin, endorfin gibi hormonların fizyolojik işleyişini bozarak, kadının doğum ağrılarısıyla baş etme ve kontrol gücünü azaltmakta, analjezi ve sentetik oksitosin gibi tıbbi müdahaleleri artırmaktadır.

Ebenin doğumdaki temel sorumluluğu, kadın ve ailesine pozitif doğum deneyimi yaşatmaktır. EEİB'nin iyi düzeyde olması, intrapartum dönemdeki tıbbi müdahale oranını düşürür, doğumda anne memnuniyetini artırır. Sadler ve ark. (2001) çalışmasında, bire bir ebeler tarafından empatik yaklaşım annelerde doğum memnuniyeti yüksek bulunmuştur. Baldisserotto ve ark. (2016) yaklaşık 24 bin anne ile yaptıkları çalışmada; doğumda mahremiyete özen gösterildiğini ve sağlık çalışanlarından empatik destek aldığını belirten annelerin, bakım verenleri daha olumlu algıladıkları belirlenmiştir. EEİB aynı zamanda anne adayları duygusal destek sağlamaktadır. İravani ve ark. (2015) çalışmasında, doğum sürecinde duygusal destek beklentisi karşılanan annelerin; öz yeterliliklerinin arttığı, doğum ağrılarıyla daha iyi baş edebildiği belirlenmiştir.

Aktaş ve ark. (2017) ebe yardımıyla doğuran annelere yönelik yaptıkları çalışmada, ebelere verilen 32 saatlik empati eğitimi sonrası doğuran annelerde, ebelerin eğitimi öncesi doğuranlara göre doğumda anne memnuniyeti daha yüksek (mahremiyete saygı, rahatlatma vb), sentetik oksitosin, epizyotomi, analjezi kullanımıysa daha düşük saptanmıştır ($p < 0.05$). Vargens and Alexandra'nın çalışmasında (2013), emosyonel desteği içeren empatik iletişimin doğumda tıbbi müdahaleleri azalttığı ve doğum memnuniyetini artırdığı belirlenmiştir.

Sonuç: EEİB, intrapartum dönemde doğumdan memnuniyetin artmasına ve tıbbi müdahalelerin azalmasına pozitif katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ebe, empatik iletişim, vajinal doğum, intrapartum dönem, obstetrik sonuçlar

The Effect of Empathic Communicaiton Skills Of The Midwives At İntrapartum Period On Obstetric Outcome

Abstract

Aim: To examine the effect of empathic communicaiton skills of the midwives at intrapartum period on obstetric outcome.

Method: Data were collected from online data bases such as ULAKBIM, Cochrane Library, PubMed, Google Scholar.

The mother candidate may need the support of other people in order to be able to cope with the physiological and psychological changes at intrapartum period; It is possible to meet women's need for this support through empathic communication skills of the midwife (ECSM). During the intrapartum peirod, the main expectations of the mothers from midwives is to approach them with empathic communication by being respectful, friendly, sincere, understanding, explanatory and giving feedback. Giving service with non-empathic communication during delivery causes pregnant women to be afraid of the birth and the health professionals.

Depending on the negative effect; necessity for analgesia and synthetic oxytocin and initiatives such as episiotomy can increase. The fear of birth can lead to decrease of the mother control ability and to increase medical interventions such as analgesic and oxcitocin to reducing the hormnon level of cortisol and endorfine. The basic responsibility of the midwives is to provide postive birth experinece to thme mother and her family. A good communcation skills of the midwives incrases maternal satisfactiyon, and decrases the rate of medical interventions at intrapartum period.

In the study of Sadler et al., (2001) it was found out that childbirth satisfaction was high in mothers who received an individual midwife care and were empathically approached by midwives (such as informing, explaining, listening). In the study conducted by Balisserotto et al., (2016) with 24000 mothers, it was determined that mothers who stated that their privacy was respected and received emphatic support from the healthcare workers during the labor evaluated the caregivers more positive. ECSM provides emotional support to mother. Iravani et al, (2015) was found out that mothers' self-sufficiency increases, they feel better, they cope with birth pain better when their emotional support expectations were met during the birth process. In study, Aktaş et al. (2017) was determined that maternal satisfaction such as midwifery care, respect for privacy, relieving was higher at birth and the rates of medical interventions such as synthetic oxytocin, analgesia and episiotomy were lower at mothers who gave birth after the empathy training with 32 hours of the midwives compared to the mothers who gave birth before the midwives' empathy training ($p < 0.05$). Vargens and Alexandra (2013) determined that midwives' emotional support based on communication and affection for women at birth reduced the need for medical intervention in women and increased maternal satisfaction.

Conclusion: ECSM has a positive effect on increasing maternal satisfaction at intrapartum peirod and decreasing the rates of medical interventions.

Key words: midwife; empathic communication; vaginal birth; intrapartum period; obstetric outcomes.

Giriş ve Amaç

İntrapartum dönemde, anne adayları karşılaştığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle başa çıkabilmesi için; birinin desteğine ihtiyaç duyabilmektedir (Aktaş & Pasinlioğlu, 2017). Kadınların destek ihtiyaçlarının giderilebilmesi, ebeğin empatik iletişim becerisiyle (EİB) mümkündür. Doğum eyleminde annelerin ebelerden başlıca beklentisi; onlara saygılı, gülyüzlü, samimi, anlayışlı, açıklayıcı ve geri bildirimde bulunma gibi empatik iletişimdir (Aktaş & Pasinlioğlu, 2016). Ebelik mesleğinde; profesyonel bakım, kişilerarası iletişim becerileri, ebeğin yetkinliği ve bilgeliği, kişisel ve mesleki gelişimi en temel bileşenlerdir. Bu bileşenlerden herhangi biri eksikse, verilen hizmet yetersiz kalır. Ebeğin iyi iletişim becerisi; ebeğin kalbi olan bakım kalitesini ve dolayısıyla anne, yenidoğan ve aile sağlığı açısından çok önemli olan doğumda anne memnuniyetini yükseltmektedir (Halldorsdottir ve Karlsdottir, 2011).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) ebelik bakım modeli; merkezinde kadının olduğu, fizyoloji öncelikli, iletişim becerileriyle olumlu doğum deneyimi yaşatmayı hedefleyen yaklaşımdır (<http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/I>). Türkiye’de ve bazı ülkelerde yapılan bir çok çalışmada; ebelerin empatik iletişim becerileri yetersiz olduğu, annelerin doğum memnuniyeti düşük, kadınların ebelerden beklediği gülyüzlülük, dinleyici olma, bilgilendirme gibi beklentileri yeterince karşılanmadığı belirtilmektedir (Oweis, 2009; Aktaş & Pasinlioğlu, 2017). Ayrıca vajinal doğuma tıbbi müdahale, dramatik bir şekilde artış göstermektedir. Bu derlemede amaç, ebelerin empatik iletişim becerisinin intrapartum dönemdeki obstetrik sonuçlara etkisini incelemektir. Veriler; ULAKBİM, Cochrane Library, Pubmed ve Google Scholar gibi çevrimiçi veri tabanlarından elde edilmiştir.

Ebeğin Empatik İletişim Becerisi: Obstetrik Sonuçlar

Ebeğin empatik iletişimi; vajinal doğumdan memnuniyet, vajinal doğumu tercih etme ve önerme ve intrapartum dönemdeki tıbbi müdahaleler gibi obstetrik sonuçlar üzerine doğrudan etkisi vardır (Fair, CD & Morrison, 2012). Doğumundan memnun olmayan ve sağlık çalışanlarının iletişimini kötü bulan annelerin, gelecekte doğumlarında sezaryen ile doğumu tercih etme riski artmaktadır (Aktaş & Aydın, 2018).

Tıbbi endikasyon durumunda hayat kurtarıcı olan sezaryen; rutin olarak uygulandığında anne ve yenidoğan sağlığını tehdit edebilmektedir. Sezaryen doğum (C/S) oranı Türkiye’nin’ de içinde olduğu OECD ülkelerine göre incelendiğinde; Meksika’da %45.2, İtalya’da %36.1, Avustralya’da %32.1, Kanada’da %26.1’dir (World Health Statistics, 2014). Türkiye’de ise TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma)-2013 verilerine göre; nullipar kadınların %52’si, tüm doğumların ise %48’i sezaryendir (TNSA, 2013). Türkiye, sezaryenle doğum artış hızının en yüksek olduğu ülkelerdendir. Ebelerin empatik olmayan davranışları, kadınları sezaryen ile doğum tercihine yöneltmektedir. Bir nitel çalışmada anneler; doğumda ebelerin “ilgisizliği, bilgilendirici ve açıklayıcı olmayışı, şiddet uygulayışı (bağırarak konuşma, vajinal muayenede bacağına vurma gibi) gibi” nedenlerle vajinal

doğumdan korktuklarını ve sezaryen doğumu istediklerini ifade etmektedir (Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER2007). Benzer şekilde, bir deneysel çalışmada ebeğin iletişiminin memnun olan annelerin, olası bir sonraki doğumu yine ebe ile vajinal olarak yapmak istedikleri belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Aktaş & Pasinlioğlu, 2017).

ICM ebeklik bakım modeli; merkezinde kadının olduğu, fizyoloji öncelikli, iletişim becerileriyle olumlu doğum deneyimi yaşatmayı hedefleyen yaklaşımdır (www.internationalmidwives.org). Doğumda ebeğin empatik iletişimi; endorfin ve oksitosin salınımını artırıp, kortizol seviyesini düşürerek doğumun fizyolojisinin sürdürülmesine ve tıbbi müdahale gereksiniminin azalmasına katkı sağlamaktadır (Aktaş & Pasinlioğlu, 2017). Kişilerarası ilişkileri de içine alan nitelikli ebeklik bakımı; doğumda analjezik, indüksiyon ve epizyotomi gibi tıbbi girişim oranlarının azalmasına katkısı sağlamaktadır Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Doğuma yardım eden ebeden ile doğum memnuniyeti arasında pozitif ilişki vardır. Aktaş & Pasinlioğlu (2017) çalışmasında, doğumundan memnuniyetsiz olan kadınların büyük çoğunluğunun doğumdaki ebesininin iletişiminin de memnun olmadığı saptanmıştır. Kitapcıoğlu ve arkadaşlarının (2008) 203 gebeye yaptığı çalışmada; gebelerin doğum ve postpartum döneme ilişkin en yüksek endişe kaynağının sağlık personelinin davranışları olduğu saptanmıştır.

Ebeğin nitelikli iletişimi intrapartum dönemde obstetrik sonuçları pozitif etkilemektedir. O'Brien ve ark. (2011) çalışmasında doğum eyleminde bakımını ebeden alan annelerde, diğer sağlık çalışanlarından bakımı alanlara göre doğumda indüksiyon kullanımı daha az, nonfarmakolojik uygulamalarla ağrıyı yönetme daha fazla olduğu belirlenmiştir. Hatem ve ark. (2009) sistematik review çalışmasında, gebelik ve doğum boyunca nitelikli ebeklik bakımı alan kadınların doğum memnuniyetinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Yirmi dört bin anne ile yapılan çalışmada; doğumda mahremiyete özen gösterilen ve sağlık çalışanlarından empatik destek aldığını belirten annelerin, bakım verenleri daha olumlu değerlendirdikleri belirlenmiştir (Baldisserotto ve ark., 2016).

İran'da yapılan bir çalışmada, doğum sürecinde duygusal destek (dokunma, iyi iletişim, empati, dinleme gibi) beklentisi karşılanan annelerin; öz yeterliliklerinin (güçlü ve başarabilir hissi) arttığı, kendini iyi hissettiği, doğum ağrılarıyla daha iyi baş edebildiği belirlenmiştir (Iravani ve ark., 2015).

Brezilya'da yapılan bir çalışmada; ebelerin doğumdaki kadınlara iletişime ve şefkate dayalı emosyonel ve masaj, aktif doğum pozisyonları gibi fiziksel desteklerin kadınlarda tıbbi müdahale gereksinimini azalttığı, ebeden ve doğumdan memnuniyetini artırdığı belirtilmektedir (Vargens & Alexandra, 2013). O'Brien ve ark (2011)'in çalışmasında doğum eyleminde bakımını ebeden alan annelerde, diğer sağlık çalışanlarından bakımı alanlara göre doğumda indüksiyon kullanımı daha az saptanmıştır.

Ebeğin EİB; annenin doğum ekibinden memnuniyetini ve otonomisini direkt etkilemektedir. Bitev'in (2015) doğum memnuniyeti yüksek olan çalışmasında; annelerin sağlık profesyonellerinin ekip içi iletişimlerinden %98.2, kararlara katıcı %78.4 ve yardımseverlik davranışlarından %96

oranında memnun olduğu saptanmıştır. Nitelikli iletişim becerisinin esas alındığı ebe yönetiminde klinik doğumların obstetrik sonuçlarına yönelik meta analiz çalışmasında; bu annelerde doğum memnuniyetleri daha yüksek, anestezi / analjezi kullanımı, müdahaleli doğum, epizyotomi oranları düşük düzeydedir (Sadler ve ark., 2001).

Türkiye’de Aktaş ve ark. (2017) ebe yardımıyla doğuran 222 anneye yönelik yaptıkları çalışmada, ebelere verilen 32 saatlik empati eğitimi sonrası doğuran annelerde, ebelerin eğitimi öncesi doğuranlara göre doğumda anne memnuniyeti daha yüksek (mahremiyete saygı, rahatlatma, ebelik bakımı, postpartum bakım, anne-bebek etkileşimi, sağlık ekibini anlayış vb), sentetik oksitosin, epizyotomi, analjezi kullanımıysa daha düşük saptanmıştır ($p<0.05$). Vargens and Alexandra’nın çalışmasında (2013), emosyonel desteği içeren empatik iletişimin doğumda tıbbi müdahaleleri azalttığı ve doğum memnuniyetini artırdığı belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Ebenin EİB’nin intrapartum dönemde doğumda anne memnuniyeti, tıbbi müdahaleler, doğum şekli tercihi, ebeden memnuniyet gibi obstetrik sonuçlar üzerine olumlu etkisi vardır. Ebelerin bu becerileri; kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamaları ve ebelik bakımının kalitesini yükseltmek için; güncel ve çoklu tekniklerle geliştirilmelidir. Geliştirilen EİB; kadın / aileleri ebeye yaklaştırır ve maternal sağlığı iyileştirme konusunda ebeleri potansiyel güç konumuna getirir. Ancak davranış değişikliği gerektiren bu tür eğitimlerinin etkisi zamanla azalabileceğinden; bu eğitimler belirli aralıklarla tekrar edilmelidir. Ayrıca, empati eğitiminin uzun dönemde etkililiğini değerlendirebilmek için; izlem sayısının artırılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Aktaş, S., Pasinlioğlu, T. (2017). Ebelere verilen empati eğitiminin; erken postpartum dönemde anneleri empatik iletişim beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. *Jinekolojik Obstet Neonatolojik Tıp Dergisi*, 14 (2);60-65.
2. Aktaş, S., Pasinlioğlu, T. (2016). Ebenin empatik iletişim becerisinin doğum eylemine ve doğum sonrası döneme etkisi. *Anadolu Sağlık ve Hemşirelik Dergisi, Özel Sayı*, 19:38-45.
3. Aktaş, S., & Aydın, R. (2018). The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. *Journal of Reproductive And Infant Psychology*, 1-17.
4. Aktaş, S., Pasinlioğlu, T., Çalık, K.Y. (2017). The effect of empathy training given to the midwives upon medical interventions used labor during labor-2, 31 st ICM Triennial Congress, Kongre Kitabı, 18-22 June 2017, Toronto, Kanada.
5. Baldisserotto, M. L., Filha, M. M. T., & da Gama, S. G. N. (2016). Good practices according to WHO’s recommendation for normal labor and birth and women’s assessment of the care received: the “birth in Brazil” national research study, 2011/2012. *Reproductive health*, 13(3), 124.
6. Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER (2007). Sağlık Arama Davranışı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye 1. Uluslararası Ebeler Eğitimi Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi

Delegasyonu, Ankara.

7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2013, Ankara, Türkiye, 2014.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim: 12.11.2018.
8. Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806-817.
9. Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2009). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, 1-101.
<http://dx.doi.org/10.1155/2015/460767>
10. International Confederation of Midwives (ICM). International code of ethics for midwives, <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives%20jt%202011rev.pdf>. 2017 [Accessed 3.10.15].
11. Fair, CD., Morrison, TE. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28:39–44.
12. Kitapçioğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., & Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;9(1) : 47 - 54.
13. O'Brien, B, Chalmer D.S., Deshayne, F., Maureen, Heaman, R.N., Elizabeth, K.D., Pearl Herbert, B.N. (2011). "The Experience of Pregnancy and Birth with Midwives: Results from the Canadian Maternity Experiences Survey", *Birth*, 38(3), 207-15.
14. Oweis, A. (2009). Jordanian mother's report of their childbirth experience: findings from a questionnaire survey. *International journal of nursing practice*, 15(6), 525-533.
15. Sadler, L. C., Davison, T., & McCowan, L. M. (2001). Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial. *Birth*, 28(4), 225-235.
16. Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M., & Gates, S. (2010). Improving Quality and Safety in Maternity Care: The Contribution of Midwife-Led Care. *Journal of midwifery & women's health*, 55(3), 255-261.
17. Sawyer, A., Ayers, S., Abbott, J., Gyte, G., Rabe, H., & Duley, L. (2013). Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 108.
18. Vargens, O., Alexandra, A. (2013). "Non-Invasive Nursing Technologies For Pain Relief During Childbirth, The Brazilian Nurse Midwives' View". *Midwifery*, 29, 99-106.
19. Wiklund I, Wallin J, Vikstr M, Arvidson ABR (2012). Swedish midwives' rating of risks

during labour progress and their attitudes toward performing intrapartum interventions: a web-based survey. *Midwifery*, 2012, 28: 516–520.

20. World Health Statistics 2014. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf? Erişim: 14.10.2018

80 - FARKLI DÜZEY SİMÜLATÖRLERLE VERİLEN EĞİTİMİN OMUZ DİSTOSİSİ YÖNETİMİNE ETKİSİ

Emine ÖZTÜRK*, Selda İLDAN ÇALIM**

*Uzman Ebe, **Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı, farklı düzey simülatörlerle verilen eğitimin ebelik öğrencilerinin omuz distosisi yönetimine etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Eğitim müdahale tipinde olan bu araştırmanın örneklemini, daha önceden omuz distosisi eğitimi almış ebelik 4. sınıf öğrencileri oluşturmuştur (n=70). Eğitim öncesi; öğrencilerden “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”, sosyo-demografik bilgileri içeren “Tanıtım Formu”, “Omuz Distosisi ve Yönetimi Bilgi Formu”, “Omuz Distosisi Yönetimi Öz Değerlendirme Formu” verileri toplanmıştır. Öğrenciler düşük düzey simülatör (DDS) ve ileri düzey simülatör (İDS) üzerinde eğitim yapmak için iki gruba ayrılmıştır. Her bir eğitim altışar kişiden (max:yedişer kişi) oluşan gruplarla yapılmış ve sonrasında “Simülasyon Tasarım Ölçeği” ile “Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği” doldurulmuştur. Öğrencilerin omuz distosisi yönetimi eğitimden altı hafta sonra hasta aktör modeli (hibrit simülatör) üzerinde bire bir uygulama yaptırılarak değerlendirilmiştir; uygulama sonrası “Omuz Distosisi ve Yönetimi Bilgi Formu” ve “Omuz Distosisi Yönetimi Öz Değerlendirme Formu” verileri (post test) toplanmıştır. Tek kör araştırmacı tarafından öğrencilerin video kayıtları izlenmiş ve “Omuz Distosisi ve Yönetimi Becerileri Algoritma Kontrol Listesi”ne işaretlenmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması $21,5 \pm 0,7$ olup DDS ve İDS ile eğitim alan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri arasında fark bulunmamıştır. Grupların omuz distosisi yönetimi bireysel değerlendirmeleri, öğrenmede öğrenci memnuniyeti ve özgüven ölçeği puanları ve simülasyon tasarım ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Grupların kendi içinde ve gruplar arası omuz distosisi ve yönetimi bilgi puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Hibrit simülatör üzerinde değerlendirilen omuz distosisi yönetim becerilerinin gruplar arasında farklılığın olmadığı; fakat İDS üzerinde beceri eğitimi alan öğrencilerin omuz distosisi yönetim becerilerinin algoritmaya uygun yapma oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuçlar: Farklı düzey simülatörlerle yapılan eğitimler öğrencilerin omuz distosisi bilgilerini anlamlı derece arttırmıştır. DDS eğitimi ile yapılan eğitimin öğrencilerin bilgi düzeylerini daha fazla arttırdığı; İDS ile eğitim alan öğrencilerin ise hibrit simülatör üzerinde omuz distosisi yönetim becerilerini daha iyi kullandığı bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Simülasyon, Simülasyon Eğitimi, Omuz Distosisi, Hibrit Simülatör

The Effect Of Training With Different Level Simulators On The Management Of The Shoulder Dystocia

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to evaluate the effect of training with different level simulators on the management of the shoulder dystocia of midwifery students.

Material and Methods: This sample of the study intervention type consisted of 4th grade midwifery students who had previously received shoulder dystocia (n=70). Before the training; "Information Form", "Shoulder Dystocia and Management Information Form" and "Shoulder Disease Management Self Assessment Form" including socio-demographic information were collected from the students. Students are divided into two groups to train on low fidelity simulator (LFS) and high fidelity simulator (HFS). Each training was done with groups consisting of six people (maximum of seven people) and then "Simulation Design Scale" and "Student Learning Satisfaction and Self-Confidence Scale" were filled. Shoulder dystocia management of the students was evaluated after six weeks of training by making a single practice on the patient actor model (hybrid simulator); after education "shoulder dystocia and management information form" and "shoulder dystocia management self-evaluation form" data were collected. The video recordings of the students were followed by a single blind investigator and marked "Shoulder Dystocia and Management Skills Algorithm Checklist".

Findings: The average age of the students was $21,5 \pm 0,7$ and there was no difference between the socio-demographic characteristics of the students who were educated with LFS and HFS. No statistically significant difference was found between groups' shoulder dystocia management individual evaluations, student satisfaction on learning and self confidence scale scores and simulation design scale scores ($p > 0,05$). A significant difference was found between the shoulder dystocia and management knowledge scores of the groups themselves and between the groups ($p < 0,05$). There is no difference between the groups in shoulder dystocia management skills evaluated on the hybrid simulator; but it was found that the students who received skill training on HFS had a higher ratio of shoulder dystocia management skills to algorithms.

Conclusions: Trainings made with different level simulators significantly increased students' knowledge of shoulder dystocia. LFS education increased the knowledge level of students more; it was found that the students who were educated with advanced simulation model used shoulder dystocia management skills better on the hybrid simulator.

Key Words: Simulation, Simulation Training, Shoulder Dystocia, Hybrid Simulator

GİRİŞ

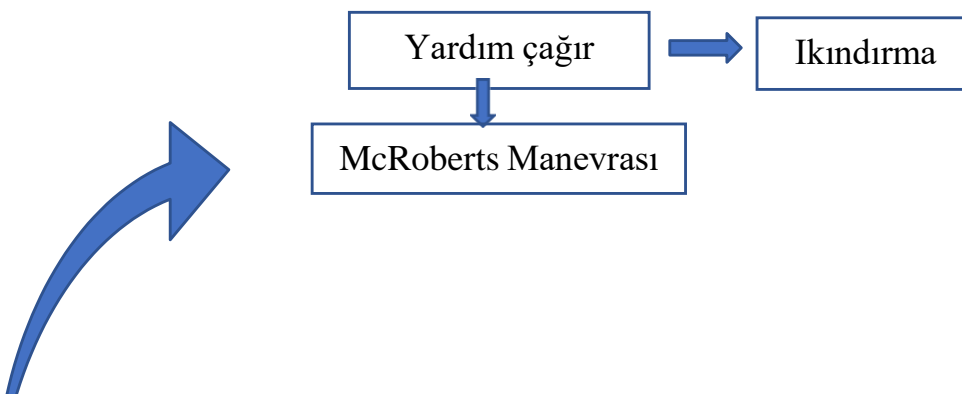
Omuz distosisi, fetüsün başı doğduktan sonra omuzlarından birinin annenin symphysis pubis kemiğine takılması ile doğumun gecikmesine neden olan, önlenemez ve öngörülemez obstetrik acil durumlardan biridir. Bazı kanıt temelli çalışmalara göre omuz distosisi vajinal doğumlarda %0,58-7,0 oranında görülebilmektedir (1). Omuz distosisi insidansı Anğın ve ark'nın (2014) çalışmasında %0,1, Demirgöz Bal'ın (2017) çalışmasında ise %0,2-3 olarak belirtilmiştir (2,3). Omuz distosisi, genellikle doğum sırasında beklenmedik bir şekilde görülebildiği gibi omuz distosisi öyküsü, diyabet, Beden Kitle İndeksi (BKİ)'nin 30 ve üzerinde olması, doğumun indüklenmesi ve enstrümantal doğum (vakum ve forseps) durumlarında ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca, iri bebek ya da pelvik darlık durumunda omuz distosisi riski oldukça yüksektir (1).

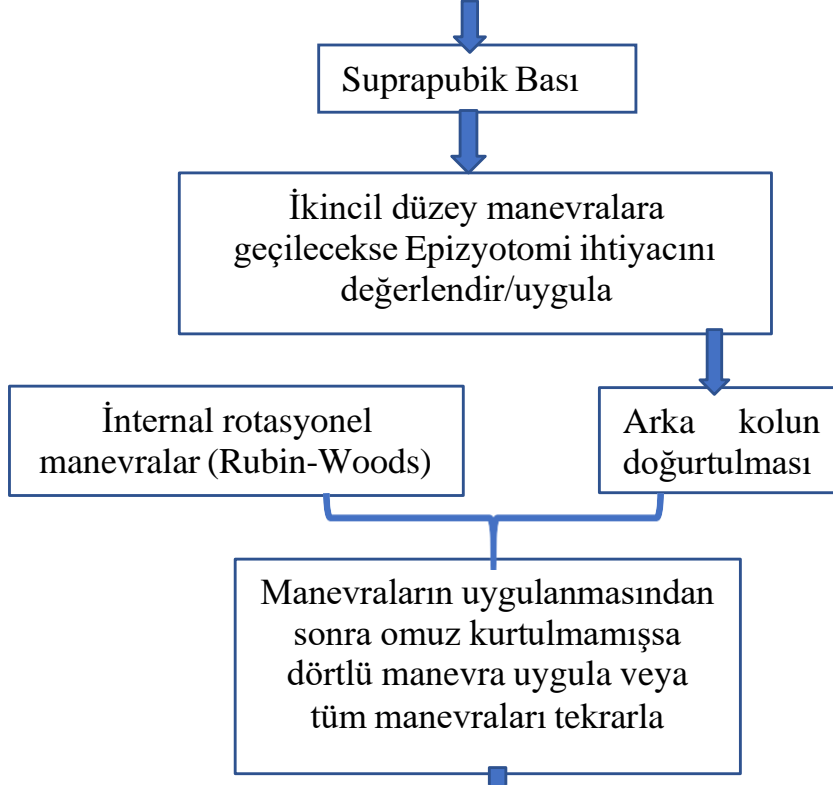
Ebeler, omuz distosisinin teşhis yöntemlerinin ve doğumun kolaylaştırılması için gerekli olan tekniklerin farkında olmalıdır. Aynı zamanda neden olabilecek risk faktörleri mutlaka daha önceden belirlenmelidir. Buna rağmen omuz distosisi, öngörülmesi oldukça zor olan acil obstetrik durumlardan biridir. Bu durumun yönetilmesi için obstetrik otoritelerin (1,4) rehberleri doğrultusunda hızlı karar vererek doğumun gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Uygulama sırasında en sağlıklı kararın verilebilmesi için omuz distosisi algoritmasına göre hareket etmek önemlidir. Algoritmanın (Şekil 1) kullanımı doğumu yöneten sağlık personelinin daha hızlı ve etkili karar vermesine yardımcı olabileceği gibi, destek veren diğer ekip üyelerinin de aktif katılımını sağlamaktadır. Omuz distosisi geliştiği durumda doğumun 5 dakika içerisinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu süre içerisinde tamamlanmayan doğumlarda fetüste ciddi zarar görme riski oluşmaktadır. Fetüste gelişebilecek hipoksik iskemik hasar durumunda tüm vücut fonksiyonları olumsuz etkilenecektir. Bu nedenle, hipoksik asidozu önlemek için problemi olabildiğince verimli bir şekilde yönetmek ve gereksiz travmadan kaçınmak için dikkatli davranmak önemlidir (1).

Doğumlarda simülasyon (benzetim) eğitimi, doğum sırasında kadınlar ve yenidoğanların güvenliğini artırmak için umut verici bir yöntemdir. Obstetrik acil durumlar yoğun stres oluşturur ve bu durumların uygun şekilde yönetilmesi disiplinli ve profesyonel bir ekibin koordine edilmesini gerektirir (5). Öğrencilerin klinik uygulama öncesinde defalarca uygulama yaparak iletişim becerilerinden durumun yönetimine kadar çok yönlü eğitim alması sağlanmalıdır (6). Simülasyon eğitimi aynı zamanda psikomotor beceri kazandıran eğitim yöntemidir (7).

Şekil 1. Omuz Distosisi Yönetimi Algoritması, (RCOG 2012).

RCOG (2012) TARAFINDAN YAYINLANAN REHBERDE VAR OLAN OMUZ DİSTOSİSİ ALGORİTMASI AŞAĞIDA YER ALMAKTADIR.





Eğitimler sırasında farklı eğitim modellerinin kullanımı, öğrencilerin memnuniyet, öz güven ve iletişim becerilerini artırırken, kaygı durumlarını da azaltmaktadır (6,8). Hasta-aktör modeli kullanılarak öğrencilerin tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bir çalışmada, takım çalışmasına yönelik beceri ve performanslarda olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir (9).

Araştırmanın amacı; farklı düzey simülasyonlarla verilen eğitimin ebelik beceri eğitimi içerisinde yer alan omuz distosisi yönetimi konusundaki etkinliklerinin değerlendirilmesidir. Bu bağlamda ebelik öğrencilerinin omuz distosisini tanıma ve yönetebilme becerisini kazanması hedeflenmiştir.

MATERYAL VE METOD

Bu araştırmanın, eğitim müdahale çalışması olup, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Bilgisayar Destekli Simülasyon ve Teknik Beceri Laboratuvarı'nda, Şubat 2017 ile Temmuz 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü 4.sınıf öğrencileri (N=85) oluşturmuştur. Teorik eğitimlere 76 öğrenci katılmıştır (2 öğrenci sağlık meslek lisesi mezunu olduğu için, 7 öğrenci teorik eğitime katılmadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir). Uygulamalı eğitimlere toplam 75 öğrenci katılım göstermiştir. DDS ile yapılan eğitime 38 öğrenci, İDS ile yapılan eğitime 37 öğrenci katılmıştır (bir öğrenci eğitime katılmamıştır). Çalışmanın değerlendirme aşamasında hibrit simülasyon üzerindeki uygulamaya DDS eğitim grubundan bir öğrenci gelmediği için 37 öğrenci İDS eğitim grubundan dört öğrenci gelmediği için 33 öğrenci katılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmanın tüm aşamalarını tamamlayan 70 öğrenci çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırma için hedeflenen evrenin %82'sine ulaşılmıştır.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Omuz distosisi yönetimi bilgi toplam puanı, omuz distosisi yönetimi bireysel değerlendirme, öğrenmede öğrenci memnuniyeti ve özgüven toplam ölçek puanı, simülasyon tasarımı ölçek puanı, omuz distosisi yönetimi becerisi, omuz distosisi yönetim algoritması araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

İleri düzey doğum simülatörü (İDS) (NOELLE-Düzy 4) ve düşük düzey simülatör (DDS) (pelvik maket- Düzy 1) üzerinde yapılan omuz distosisi yönetimi eğitimleridir.

ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bireysel Tanıtım Formu; öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini içeren bu form 8 sorudan oluşmaktadır.

Omuz Distosisi ve Yönetimi Bilgi Formu; RCOG tarafından omuz distosisi yönetimine yönelik geliştirilmiş olankılavuzda yer alan bilgiler doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen 45 soruda oluşan bir formudur. Eğitim öncesi ve sonrası uygulanacak olan bu form 45 sorudan oluşmaktadır. Anketteki sorulara verilen her doğrucevap için bir puan verilmiştir. Toplam alınabilecek maksimum puan 45'dir.

Omuz Distosisi Yönetimi Bireysel Değerlendirme Formu; öğrencilerin omuz distosisi bilgi ve uygulaması konusunda kendilerini değerlendirdiği, 7 sorudan oluşan anket formudur. Öğrencilerden sorulara evet veya hayır şeklinde cevap vermeleri beklenmiştir.

Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği; ölçeğin orijinali Jeffries ve Rizzolo (2006) tarafından 13 madde olarak geliştirilmiş (10), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ünver ve arkadaşları tarafından 2017 yılında Türkçeye uyarlanırken toplam madde sayısı 12'ye düşürülmüştür. Ölçek 5'li likert tipte olup, "Şimdiki Öğrenme ile İlgili Memnuniyet" ve "Öğrenmede Özgüven" alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin "Şimdiki Öğrenme ile İlgili Memnuniyet" için cronbach alpha değeri 0,85, "Öğrenmede Özgüven" için 0,77 iken total ölçeğin 0,89'dur. Ölçeğin alt boyutları toplamı, toplam puanını vermemektedir. Ölçek puanları; alt boyutların toplamının madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça öğrenmede öğrenci memnuniyeti ve özgüven de artmaktadır (11). Bizim çalışmamızda "memnuniyet" alt boyutunun cronbach alpha değeri 0,71, "özgüven" alt boyutunun 0,79 iken ölçeğin toplam cronbach alpha değeri 0,84 bulunmuştur.

Simülasyon Tasarım Ölçeği; Simülasyon Tasarım Ölçeği, Jeffries ve Rizzolo (2006) tarafından geliştirilmiş olup(10), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ünver ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır (11). Ölçek, 20 madde ve 5 alt başlıktan: "Hedefler ve Bilgi", "Destek", "Problem Çözme", "Geribildirim/Rehberli Yansıma" ve "Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)" oluşmaktadır. "Hedefler ve Bilgi" alt başlığı 5, "Destek" alt başlığı 4, "Problem Çözme" alt başlığı 5, "Geribildirim/Rehberli Yansıma" alt başlığı 4, "Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)" alt başlığı ise 2 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt başlıklarının cronbach alpha değerleri sırasıyla 0,77, 0,73, 0,76, 0,75 ve 0,86'dır. Ölçeğin total cronbach alpha değeri ise 0,90'dır. Ölçek 2 bölümde değerlendirilmektedir. Birinci bölümde; simülasyon uygulamasında en iyi simülasyon tasarım öğelerinin uygulanıp uygulanmadığı değerlendirilmektedir. İkinci bölümde; simülasyon tasarım öğelerinin öğrenciler için ne derecede önemli olduğu

değerlendirilmektedir (Ünver ve ark. 2017). Bizim çalışmamızda” hedefler ve bilgi” alt boyutu cronbach alpha değeri 0,72, “Destek” 0,63, “Problem Çözme” 0,62, “Geribildirim/Rehberli Yansıma” 0,70, “Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)” 0,65 ve toplam 0,88 bulunmuştur. Bu ölçeğin ikinci bölümü çalışmada kullanılmamıştır.

Omuz Distosisi Yönetimi Beceri Değerlendirme Formu; ACOG’un Uygulama Alanının Dizaynı ve Uygulama Adımları Bölümü ve Omuz Distosisi Yönetimi Kılavuzu’nda yer alan algoritma Türkçe diline çevrilerek oluşturulmuştur (4). Omuz distosisi yönetim becerileri 13 basamaktan oluşmakla birlikte, dokuzu uygulanması beklenen dördü ise uygulanmaması gereken eylem kategorisindedir.

Omuz Distosisi Yönetimi Algoritma Değerlendirme Formu; RCOG’un Omuz Distosisi Yönetimi Kılavuzu’nda yer alan algoritma Türkçe diline çevrilerek oluşturulmuştur. Bu form sayesinde öğrencilerin omuz distosisini hangisıraıyla yönettikleri değerlendirilmiştir (1) .

ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verileri üç aşamada toplanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma Dizaynı

Aşama	Verilerin Toplanması	İşlemler Hakkında Açıklama
Birinci aşama (Eğitim öncesi)	-BGOF -Bireysel Tanıtım Formu -Omuz Distosisi ve Yönetimi Bilgi Formu (Eğitim Öncesi) -Omuz Distosisi Yönetimi Bireysel Değerlendirme Formu (Eğitim Öncesi)	Bir önceki dönem omuz distosisi eğitimi almış ve çalışmaya katılmayı kabul eden Ebelik 4. Sınıf öğrencileri (85) araştırmaya alınmıştır.
	Araştırmacı tarafından teorik eğitim verildi.	Tüm öğrencilere (n=76) omuz distosisi ve yönetimi hakkında 40 dakika teorik eğitim yapılmıştır.
	Öğrenci gruplarının belirlenmesi (İDS ile eğitim-DDS ile eğitim)	Öğrenciler hastane uygulamalarındaki şubelerine göre gruplandırıldı (A şubesi DDS eğitim grubu-B şubesi İDS eğitim grubu).
İkinci	DDS (Pelvik maket üzerinde eğitim, teorik eğitimden bir hafta sonra grup eğitimi şeklinde gerçekleştirilmiştir). Eğitimden sonra öğrencilerin doldurduğu veritoplama araçları: -Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği -Simülasyon Tasarımı Ölçeği	Daha önce randevu verilen altı öğrenciden oluşan gruba, DDS üzerinde göster-yaptır yöntemiyle uygulamalı eğitim (90dk) verildi (n=38) (Toplam altı grup öğrenci) -6’şar öğrenciden oluşan dört grup -7’şer öğrenciden oluşan iki grup

	<p>İDS eğitimi (Pelvik maket eğitimleritamamlandıktan sonra başlandı).</p> <p>Eğitimden sonra öğrencilerin doldurduğu veritoplama araçları:</p> <p>-Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği</p> <p>-Simülasyon Tasarımı Ölçeğidoldurması</p>	<p>Daha önce randevu verilen altı öğrenciden oluşan gruba İDS üzerinde göster-yaptır yöntemiyle uygulamalı eğitim (90 dk) verildi (n=37)</p> <p>-6'şar öğrenciden oluşan beş grup</p> <p>-7 öğrenciden oluşan bir grup (Toplam altı grup öğrenci).</p>
<p>Üçüncü aşama (Hibrit simülator üzerinde omuz distosisi yönetimi)</p>	<p>Eğitimden altı hafta sonra her öğrenci birebir hibrit simülator üzerinde omuz distosisi gelişen doğum eylemini yönetmiştir (n=70).</p> <p>Öğrencilerin doldurduğu veri toplama araçları:</p> <p>-Omuz Distosisi ve Yönetimi Bilgi Formu (Uygulama Sonrası)</p> <p>-Omuz Distosisi Yönetimi Bireysel Değerlendirme Formu (Uygulama Sonrası)</p>	<p>Hibrit simülator ile geliştirilen omuz distosisi senaryosu eşliğinde, simülator üzerinde bağımsız omuz distosisini 5 dakika içinde yönetme becerisinin gerçekleştirilmesi (n=70).</p> <p>(DDS grubu=37, İDS grubu=33)</p> <p>(Öğrencilerin hangi grupta olduğuna bakılmaksızın kendilerinin ayarladığı uygun saatler için randevu verilmiştir)</p>
	<p>Hibrit simülator üzerinde omuz distosisi yönetiminden sonra tek kör araştırmacı tarafından video kayıtları incelenerek doldurulan veri toplama araçları:</p> <p>-Omuz Distosisi Yönetimi Beceri Değerlendirme Formu</p> <p>-Omuz Distosisi Yönetimi Algoritma Değerlendime</p>	<p>Uygulamadan sonra tek kör araştırmacı tarafından hibrit simülator üzerinde öğrencilerin doğum eylemini yönetimin video kayıtları incelenerek veri toplama araçları doldurulmuştur.</p>



Resim 1. Sol üstte DDS maket, Sağ üstte İDS, Alt ortada Hibrit Simülâtör

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 15.0 istatistik programı kullanılarak veriler analiz edilmiştir. Araştırma verilerinin Shapiro-wilk testi kullanılarak normal dağılıma uyup uymadığına bakıldığında (normal dağılıma uyduğu veya uymadığı) belirlenmiştir ($p < 0,05$ veya $p > 0,05$). Araştırmanın verileri; sayı, yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. İstatistiksel testlerden student t test, ki-kare testi, McNemar kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. **ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma üç aşamadan oluştuğundan her aşamada öğrenci katılımı azalmıştır. Araştırma eğitim dönemi içerisinde gerçekleştirildiğinden öğrencilerin ders ve uygulama gün ve saatlerine uygun olarak, boş zamanlarına göre, eğitim ve beceri uygulamalarının planlanması, hibrit simülâtörü canlandıran hasta- aktörün ebelik öğrencisi olması nedeniyle zamanla ilgili ortak planlama yapılmasında zorluklar yaşanmıştır. Araştırmanın her aşamasında teknik eleman eksikliği nedeniyle video kayıt sistemi kurulum, simülasyon ortamının hazırlanması vs. için araştırmacının zaman harcanması araştırmanın diğer sınırlılığıdır.

Araştırmanın kurum izni; Manisa Celal Bayar Üniversitesi (MCBÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan alınmıştır. Araştırmanın etik kurul izni; MCBÜ Tıp Fakültesi Sağlık

Bilimleri Etik Kurulu'ndan 10.05.2017 tarih ve 20.478486 karar numarası ile alınmıştır. Araştırmada kullanılan Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği ile Simülasyon Tasarım Ölçeği'nin ölçek kullanım izinleri Doç.Dr. Vesile ÜNVER'den alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Öğrencilerin yaş ortalaması $21,5 \pm 0,7$ olup, eğitim gruplarının sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 2). Uygulama deneyimleri sırasında omuz distosisi ile karşılaştığını belirten öğrencilerin oranı %21,4'tür. Bu esnada yapılan müdahalenin ne olduğuna verilen cevaplarda en fazla McRoberts manevrası ve McRoberts+Suprapubik basının aynı oranda kullanıldığı (%8,6) belirlenmiştir. Omuz Distosisi Yönetimi Bireysel Değerlendirme Formu ile Eğitim Gruplarının Karşılaştırıldığında (Pretest) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$). Öğrencilerin eğitim öncesi bilgi puan ortalaması; İDS grubu $34,3 \pm 2,9$ ve DDS grubu $34,8 \pm 2,8$ olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo 5).

Tablo 2. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Eğitim Gruplarının

Karşılaştırılması	Özellik	İDS		DDS		χ^2*	p
		n	%	n	%		
Yaş	21 yaş ve altı	14	42,4	64,	2,693	0,101	
	22 yaş ve üzeri	19	57,6	35,			
			13	1			
Yaş ortalaması		21,5±0,7 (min=20, max=24)					
Lise	Düz, Meslek lisesi	15	45,5	54,	0,229	0,632	
	Anadolu		20	1			
Not ortalaması	2,90 ve altı	18	54,5	45,	0,064	0,800	
	2,91 ve üzeri	18	54,5	48,			
			18	6			
		15	45,5	51,			
			19	4			
Not ortalaması		2,91±0,4 (min=1,93, max=3,89)					
Gelir durumu	Gelir giderden fazla			v	y	eşit	
	25			e	a		Gelir

	giderden az	8	75,8	91,	3,428	0,064
				3	9	
			4	8,1		
			24,2	3		
Mesleği	8 ve altı	21	63,6	56,	0,117	0,732
sevm	9 ve		21	8		
edurumu	üzeri	12	36,4	43,		
(VAS)			16	2		
VAS ortalaması	8,0±1,7 (min=1, max=10)					
Omuz distosisi	Evet	5	15,2	27,	0,841	0,359
ilekarşılaşma	Hayı		10	0		
durumu	r	28	84,8	73,		
			27	0		
Toplam	33	100,0	37	100,0		

* χ^2 =Ki-kare

Eğitimden sonra, Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği alt boyutlarının eğitim grupları ile karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 3). Simülasyon Tasarım Ölçeği alt boyutları ile eğitim gruplarının karşılaştırılmasında eğitim grupları ile alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4). Çalışmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda; yapılan diğer çalışmalardaki (12,13,14,15,16) Simülasyon Tasarım Ölçeği alt boyut ortalamalarından daha yüksek sonuçlar bulunmuştur. Düşük düzey ve ileri düzey simülasyon eğitimleri alan öğrenciler için aynı simüle ortamın kullanılması ve eğitimde aynı adımların uygulanması (Prebreifing, senaryo vb) nedeniyle grupların puan ortalamaların benzer olduğu düşünülmüştür.

Tablo 3. Eğitim Gruplarının Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Öz güven Ölçeği Alt Boyutları ile Karşılaştırılması

Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Öz güven Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Grubu		t*	p
	İDS (n=33)	DDS (n=37)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Memnuniyet	4,9±0,1	4,8±0,2	1,687	0,097
Öz güven	4,7±0,3	4,7±0,3	0,401	0,690

*t=bağımsız grupta t test

Tablo 4. Simülasyon Tasarım Ölçeği Alt Boyutları ile Eğitim Gruplarının Karşılaştırılması

Simülasyon Tasarım Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Grubu		t*	p
	İDS (n=33)	DDS (n=37)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Hedefler ve Bilgi	4,8±0,2	4,8±0,2	-0,378	0,707
Destek	4,8±0,2	4,9±0,2	-0,656	0,514
Problem Çözme	4,7±0,3	4,7±0,2	-0,139	0,890
Geri bildirim /Rehberli Yansıma	4,8±0,2	4,9±0,1	-1,133	0,262
Aslına uygunluk derecesi(Gerçekçilik)	4,7±0,4	4,7±0,4	0,135	0,893
Toplam Puan	4,8±0,2	4,8±0,1	-0,492	0,624

*t=bağımsız gruplarda t test

Öğrencilerin Omuz Distosisi ve Yönetimi Bilgi Formu'na verdikleri doğru yanıtların toplam puan ortalamalarının eğitim grupları ile grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasında; eğitimler sonrası omuz distosisi bilgi puan ortalamalarında anlamlı derecede yükselme belirlenmiştir (p=0,012). DDS grubunun posttest bilgi puan ortalamasının İDS grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,000) (Tablo 5). Bunun nedeninin, simüle ortam ve simülasyon maketlerinin özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. İleri düzey simülasyon eğitimlerinde doğum simülatörünün ses çıkarması, öğrencinin doğum simülatörünü anlamaya çalışması, iletişim için çaba sarf etmesi, doğum ortamının gerçeğe yakın olması gibi faktörlerin öğrencilerin temel beceri eğitimlerine odaklanmasını etkilediği düşünülmüştür. DDS ile gerçekleştirilen eğitimde dış uyaranların olmaması öğrencilerin sadece omuz distosisi yönetimi eğitimine odaklanmasını ve sonuç olarak bu durumun öğrenmeyi kolaylaştırmış olabileceği öngörülmüştür.

Tablo 5. Eğitim Öncesi ve Uygulama Sonrası Omuz Distosisi ve Yönetimi Bilgi Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Gruplar	Eğitim Öncesi Ort±SS	Uygulama Sonrası Ort±SS	t*	p
İDS (n=33)	34,3±2,9	36,6±2,4	-3,785	0,001
DDS (n=37)	34,8±2,8	38,0±2,7	-5,665	0,000
t**/p	t=- 0,683 p=0,49 7	t=-2,524 p=0,012		

*t=bağımlı gruplarda t-test (grup içi karşılaştırma), **t=bağımsız gruplarda t-test

Çalışmanın üçüncü aşaması tamamlandıktan sonra video kayıt verileri üzerinden yapılan değerlendirmede hibrit simülator üzerinde omuz distosisi yönetiminde; Öğrencilerin tamamı omuz distosisi geliştiğini anlamış ve sadece İDS grubunun %8,1'i hariç olmak üzere tüm öğrenciler 60 saniye içerisinde ek yardım çağrısı yapmışlardır. Birincil düzey manevralar (McRoberts ve Suprapubik bası) İDS grubu tarafından daha fazla uygulanmıştır. İkincil düzey manevralardan en az birini yapmış olması beklenen omuz distosisi yönetimi beceri eğitiminde en fazla kullanılan manevra her iki grupta da Rubin Manevrası olmuştur (İDS: %57,6, DDS: %62,2). Doğumu gerçekleştirmek üzere yapılan manevralarda her iki gruptan da ikişer öğrencinin (İDS: %6,1, DDS: %5,4) aşırı kuvvet uyguladığı gözlenmiştir. Eğitim grupları ile beklenen beceriler arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin hepsi birincil düzey manevraları uyguladıktan sonra ikincil düzey manevralara geçmiştir. İkincil düzey manevralardan en çok uygulanan manevra Rubin Manevrası olmakla birlikte (İDS: %62,2, DDS: %51,5), ardından Woods ve Arka kolun doğurtulması manevraları gelmektedir. İDS grubunun %69,7'si, DDS grubunun ise %59,5'inin omuz distosisini uygun sırada yönettiği gözlenmiştir. Gruplar arasında ise anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6).

Öğrencilerin Eğitim Sonrası Omuz Distosisi Yönetimi Konusunda Bireysel Değerlendirmelerinin ile ilgili yanıtlarda yükselme gözlenirken, gruplar arası anlamlılığa rastlanamamıştır ($p>0,05$). Paige ve ark (2014) yaptıkları çalışmada yüksek gerçeklik düzeyi olan simülatorlerle yapılan eğitimde öz yeterliliğin daha yüksek olduğunu bulmakla birlikte (17), Blum ve ark (2010) klinik yeterlilik ve özgüvende artış göstermediğini belirtmişlerdir (18). Çalışmamızda, öğrencilerin omuz distosisi yönetimine dair kendi yeterliliği ile ilgili düşüncelerinde eğitim sonrası pozitif yönde bir artış görülürken, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki grup eğitimi öğrencilerin omuz distosisi yönetimine dair öz yeterlilik düzeylerini arttırmıştır. Yapılan çalışmalarda, simülasyon temelli eğitimlerin, öğrencilerin eğitimlere aktif katılımın sağlandığı, güvenli bir öğrenme ortamı oluşturulduğu, zamanında geri bildirim sağlandığı, kendine güven ve eleştirel düşünme becerilerinin gelişimine katkı sağladığı yönünde avantajlarının olduğu bulunmuştur (19,20). Catling ve ark (2016) ebellek öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, simülasyon eğitiminden sonra öğrencilerin anlama, kendine güven ve kliniğe hazır oluşlukta artış olduğunu belirlemişlerdir (21).

Tablo 6. Eğitim Gruplarının Omuz Distosisi Yönetim Becerilerinin

	Karşılaştırılması				χ^2 **	p
	Eğitim Grubu					
	İDS (n=33)	DDS (n=37)				
Başlangıç Görevleri (Beklentiler)	Evet	%*	Evet	%*		
1 Omuz distosisinin sözel olarak teşhis edilmesi	33	100,0	37	100,0	-	-

2	Yardımcıdan doğum aralığına baş süresini	6,1	1	2,7	***	0,599
3	Distosi tanısından 60 saniye içinde ek yardım çağrısı yapılması (Hemşire veya Hekim)	30	90,9	37	100,0	-
4	Bebeğin canlandırılmasında yardımcı olmak için personel çağrısı yapılması (çocuk sağlığı, hemşirelik, diğer sağlayıcı olabilir)	2	6,1	-	-	-
5	Doğum girişiminde bulunmak için nazik bir çekiş uygulanmasının görülmesi	31	94,4	35	94,6	***
6	McRoberts manevrasını kullanılması	32	97,0	35	94,6	***
7	Suprapubik basıncın doğru yönde 32kullanılması		97,0	32	86,5	***
E Görevler						
k						
1	Epizyotomi ihtiyacının değerlendirilmesi	15,2	3	8,1	***	0,462
	5ve/veya uygulanması					
2	Doğumda fetüse ek manevra yapılması:					
	- Arka kolun doğurtulması	8	24,2	7	18,9	0,294
	- Oblik manevra Woodscrew	11	33,3	7	18,9	1,897
	- Oblik manevra Rubin	19	57,6	23	62,2	0,153
U gun Olmayan Eylemler						
y						
1	Fundal basıncın sorulması ve/veya uygulanması	-	-	-	-	-
2	Doğumu gerçekleştirmeye çalışırken aşırı kuvvet uygulamanın görülmesi	6,1	2	5,4	0,014	0,906
3	Fetüs başının doğumundan itibaren 3 dakika içinde omuz distosisi tanısının konulmaması	-	-	-	-	-
4	Diğer manevraları bitirmeden önce maruz kalınabilen manevraların (Zavenelli / Klavikula kırılması / simfizyotomi) denenmesi	-	-	-	-	-

*Sütun toplamı alınmıştır, ** χ^2 =Ki-kare, *** Fisher's Kesin Testi

SONUÇ

Her iki eğitim grubundaki (İDS ve DDS) öğrencilerin memnuniyet ve özgüven puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin Simülasyon Tasarım Ölçeği alt boyut ortalamaları ve toplam puan ortalamaları her iki eğitim grubunda yüksektir. Öğrencilerin omuz distosisi yönetimi konusunda kendilerini olumlu değerlendirdikleri gözlenmiştir. Omuz distosisi yönetimi aşamalarından birincil ve ikincil düzey manevraları her öğrenci uygulamıştır. Omuz distosisi yönetimini algoritmaya uygun sıralamada yapan öğrenci sayısı en fazla İDS grubundadır (%69,7). Omuz distosisi bilgisi eğitim sonrası en fazla DDS grubunda artmıştır.

Ebelik beceri eğitimlerinde temel düzeyde beceri kazandırmak üzere düşük düzey pelvik maketin kullanılabileceği; farklı simülasyon eğitim düzeyleri kullanılacaksa düşük düzeydeki maketlerle eğitimlere başlanabileceği; hastane uygulamalarına katılmadan önce tüm öğrencilere algoritmaya uygun omuz distosisi yönetimi pratiklerinin defalarca yaptırılması gerektiği; Omuz distosisi yönetimi için daha fazla sayıda ve örneklem grubundaki araştırmalara ihtiyaç duyulduğu ifade edilebilir.

KAYNAKLAR

1. RCOG. Shoulder dystocia. Green-top Guideline No. 42 Erişim Tarihi: 10.12.2016 www.rcog.org.uk/womens-health/patient-information/medical-terms-explained
2. Anğın AD, Temizkan O, Karakuş R, Şanverdi İ, Polat M, Anğın P, Selçuk S. Doğum sırasında omuz distosisi için risk faktörleri ve perinatal sonuçları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2014;48(2): 96-101.
3. Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S (Ed). (2017). Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. Demirgöz Bal M, Riskli Doğum Eylemi içinde (ss. 230-241). Ankara: Akademisyen Kitabevi
4. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology, The American College of Obstetrician and Gynecologists. ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician gynecologists. Number 40, November 2002. Obstet Gynecol. 100 (5 Pt 1): 1045-1050.
5. Monod C, Voekt CA, Gisin M, Gisin S, Hoesli IM. Optimization of competency in obstetrical emergencies: a role for simulation training. Arch Gynecol Obstet 2014;289: 733-738.
6. Mert M. (2015). Postpartum Kanamanın Yönetiminde Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi Ve Becerilerinin Geliştirilmesinde Farklı Simülasyon Yöntemlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Tez Danışmanı: Prof Dr. Füsün Terzioğlu, Ankara.
7. Mezuniyet Öncesi Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP) Kitabı 2016, İstanbul.
8. Terzioğlu, F., Yücel, Ç., Koç, G. I., Şimşek, Ş., Yaşar, B. N., Şahan, F. U., Akın, R., Öçal, S. E., Akdağ, C., Elçin, M., Mert, M., Yıldırım, S. (2014). Hemşirelikte Farklı Eğitim Ortamlarının Psikomotor Becerilerin Geliştirilmesine Etkisi, Yayınlanmamış proje, Ankara.
9. Wallin CJ, Meurling L, Hedman L, Hedegard J, Fellander-Tsai L. Target-focused medical emergency team training using a human patient simulator: effects on behaviour and attitude. Medical Education, 2007;41: 173-180.

10. Jeffries PR, Rizzolo MA. (2006). Designing and implementing models for the innovative use of using simulation to teach nursing care of ill adults and children: A national, multi-site, multi-method study. New York, NY: National League for Nursing.
11. Unver V, Basak T, Watts P, Gaioso V, Moss J, Tastan S, Iyigun E, Tosun N. The reliability and validity of three questionnaires: The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire, *Contemporary Nurse*, 2017;53(1): 60-74. DOI:10.1080/10376178.2017.1282319.
12. Smith SJ, Roehrs CJ. Factors correlated with nursing student satisfaction and self-confidence. *Nursing Education Perspectives*, 2009;30(2): 74-78.
13. Zulkosky KD. Simulation use in the classroom: Impact on knowledge acquisition, satisfaction, and self-confidence. *Clinical Simulation in Nursing*, 2012;8(1): 25-33. doi:10.1016/j.ecns.2010.06.003.
14. Liaw SY, Rethans JJ, Scherpbier A, Piyanee KY. Rescuing A Patient In Deteriorating Situations (RAPIDS): A simulation-based educational program on recognizing, responding and reporting of physiological signs of deterioration. *Resuscitation*, 2011;82: 1224-1230.
15. Wilson RD, Klein JD. Design, Implementation and Evaluation of a Nursing Simulation: A Design and Development Research Study. *The Journal of Applied Instructional Design*, 2012;2(1): 57-68
16. Andrighetti TP, Knestrick JM, Marowitz A, Martin C, Engstrom JL. Shoulder dystocia and postpartum hemorrhage simulations: student confidence in managing these complications. *J Midwifery Womens Health* 2012;57: 55-60.
17. Paige JT, Garbee DD, Kozmenko V, Yu Q, Kozmenko L, Yang T., ... Swartz W. Getting a head start: high-fidelity, simulation-based operating room team training of interprofessional students. *Journal of the American College of Surgeons*, 2014;218(1): 140-149.
18. Blum CA, Borglund S, Parcels D. High-fidelity nursing simulation: Impact on student selfconfidence and clinical competence. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2010;7(1). <https://www.degruyter.com/view/j/ijnes.2010.7.1/ijnes.2010.7.1.2035/ijnes.2010.7.1.2035.xml>
19. Brady D. Implementation of active learning pedagogy comparing low-fidelity simulation versus high-fidelity simulation in pediatric nursing education. *Clinical Simulation in Nursing*, 2009;5: 129-136.
20. İldan Çalım S, Öztürk E. Ebelik Beceri Eğitiminde Simülasyon Kullanımı: Sistematik Derleme. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2018;1(3): 143-168. DOI: 10.17367/JACSD.2018.1.3
21. Catling C, Hogan R, Fox D, Cummins A, Kelly M, Sheehan A. Simulation workshops with first year midwifery students. *Nurse Education in Practice* 17 2016;109-115.

81 - LİSANS TAMAMLAMA EĞİTİMİ ALAN ÖĞRENCİLERİN GÖZÜYLE UZAKTAN EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Rukuye Aylaz¹, Hafize Öztürk Can²

¹İnönü üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya ²Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, İzmir

ÖZET

Giriş ve Amaç: Uzaktan eğitim bireye kendi istediği zamanda, kendi hızında öğrenme olanağı sağlarken, geniş kitlelere de eğitim hizmetleri sunar. Uzaktan eğitim, fiziksel koşulların olumsuzluklarını ortadan kaldıracak bir eğitim sistemidir. Günümüzde dünyada uzaktan eğitim yoluyla öğretim yapan birçok üniversite bulunmaktadır. Ancak ülkemizde uzaktan eğitimin hemşirelik ve ebelik eğitiminde kullanılması oldukça sınırlıdır.. Bu çalışmada hemşirelik ve ebelik bölümü uzaktan eğitim yolu ile lisans tamamlama eğitimi alan öğrencilerin gözüyle eğitimin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırma Haziran 2017-Ekim 2017 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinin Uzaktan Eğitim Lisans Tamamlama öğrencilerinden toplam 187 hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri oluşturmuştur. Araştırma da herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak aktif olan 167

(tüm öğrencilerin %89.3 ulaşıldı) öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu kullanılmıştır. Soru Formu; öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini içeren; cinsiyet, eğitim medeni durum, çalışma koşulları ve uzaktan eğitim ile ilgili görüşlerini içeren toplam 20 sorudan oluşmuştur. Veriler öğrencilerin final sınavına geldikleri tarihlerde araştırmanın amacı ve eş zamanlı olarak dağıtılan veri toplama formları üzerinde nasıl doldurulacağı hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile yaklaşık 15-20 dakika süre verilerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdeler, ortalama ve Ki-kare analizi kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alınmıştır.

Bulgular: r. Öğrencilerin %88.6'sı uzaktan aldıkları eğitimin yeni nitelikler kazanmalarına katkı sağladığını ve çoğunluğu (%60) iş ve özel hayatlarını olumlu etkilediklerini belirtmişlerdir. Uzaktan eğitim sırasında eğitimci ile yüz yüze olmamanın %68.3'ün de herhangi bir sıkıntıya yol açmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu (%78) eğitimlerini iş ve ailelerinden uzaklaşmadan aldıkları için uzaktan eğitimin yararlı olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş, cinsiyet, gündüz çalışma ile uzaktan eğitimin yararlı olduğunu düşünme arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada uzaktan eğitimin öğrencilerin yeni nitelikler kazanmalarına katkı sağladığını iş ve özel hayatlarını olumlu etkiledikleri belirlenmiştir. Bu eğitim modeli her zaman, her yerde eğitimde fırsat eşitliğini arttırdığı için hemşirelik ve ebelik eğitiminin teorik kısmında etkili olacağı düşünülmekte bu nedenle yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar kelime: Hemşirelik ve ebelik, öğrenci, uzaktan eğitim.

Evaluation Of Distance Education Through The Eyes Of Students With Undergraduate Completion Education

Introduction and Aim: Distance education is an educational system in which learning and teaching activities are carried out independently of time and place. Distance education provides the individual with the opportunity to learn at his own time and at the same time provides education services to the masses. Distance education is an education system that will eliminate the negative conditions of physical conditions. Today, there are many universities in the world that teach by distance education. However, the use of distance education in nursing and midwifery education in our country is very limited. It is mostly used in undergraduate completion education. In this study, it was aimed to evaluate the education by the eyes of the students who have completed the postgraduate education of nursing and midwifery department.

Method: This cross-sectional study consisted of 187 nursing and midwifery students from Distance Education Undergraduate Program. The research was aimed at reaching the whole of the universe by not going to any sampling method, but 167 (%89.3) active students were included in the study. The questionnaire developed by the researchers was used to collect data. Question form; containing the characteristics of the students; The questionnaire consists of 20 questions, including views on gender, education, marital status, working conditions and distance education. The data were collected by the researcher about 15-20 minutes by face-to-face interview technique. In the evaluation of data; number, percentage, mean and chi-square analysis were used. In order to carry out the study, written consent was obtained from the Dean of the Faculty of Health Sciences and verbal consent was obtained from the students.

Results: It was found that 67.7% of the students had difficulty in understanding the statements given by the students who understood the education given by the students but the answer was 42.1%. 88.6% of the students stated that they contributed to the acquisition of new qualifications and that the majority (60%) affected their work and private lives positively. It was determined that 68.3% did not cause any problems during the distance education. The majority of the students (78%) stated that distance education was beneficial because they took their education without getting away from their work and their families. There was a statistically significant difference between age, gender, daytime study and distance education thinking that students were injured ($p < 0.05$).

Conclusion and Suggestions: In this research, it was determined that distance education contributed to students' gaining new qualifications and positively affected their work and private lives. This training model is always considered to be effective in the theoretical part of nursing and midwifery education as it increases the equality of opportunity in education everywhere, therefore it is recommended to be disseminated.

Keyword: Nursing and midwifery, student, distance education.

GİRİŞ

Eğitim sisteminde eskiden beri süregelen birtakım sorunlar bulunmaktadır. Eğitim sistemimizdeki başlıca sorunları; fırsat eşitsizliği, kaynakların verimli kullanılmaması, hizmette işlevselliğin, yaygınlığın ve niteliğin düşüklüğü şeklinde sıralayabiliriz (1). Bu sorunlar teknolojinin gelişerek zirveye ulaştığı bu çağda çeşitli öğretim ortamlarının ortaya çıkması ihtiyacını doğurmuştur. Bu ihtiyaç doğrultusunda geleneksel eğitim sisteminden uzak bir anlayış içeren uzaktan eğitimin gelişmesine sebep olmuştur (2).

Bilişim teknolojilerinin gelişmesi ile birlikte bilgisayar ve internetin eğitim ve öğretim alanında kullanılması yaygınlaşmıştır (3). Teknoloji alanında gerçekleşen hızlı gelişmeler, eğitim alanında da kendini göstermiş ve bireyin toplumsallaşma sürecinde etkili olan her faktörün dolayısıyla eğitimin de yeniden düzenlenmesini bir zorunluluk haline getirmiştir. Bu uygulamaların en önemlisi uzaktan eğitimidir (4). Uzaktan eğitim, iletişim teknolojisi ile eğitim teknolojisinin olanaklarını kullanarak kitlelere eğitim hizmeti götürmenin amaçlandığı çağdaş bir yaklaşımdır. Uzaktan eğitim bir sistem olarak, kendine özgü özellikleriyle, öğretimin, bireylerin kendi buldukları bir çevrede ve bireysel öğrenme yeterliklerine uygun biçimde oluşmasını sağlayan bir yapıya sahiptir (5). Uzaktan eğitim, eğiticinin ve öğrencinin aynı mekânlarda bulunmak zorunda olmadığı, zaman ve mekândan bağımsız, bilişim teknolojilerinden yararlanarak gerçekleştirilen ekonomik vemevcut bilgisayar teknolojileri vasıtasıyla tamamen sanal ortamda, canlı, görüntülü, sesli ve interaktif olarak derslerin işlendiği; katılımcının istediği zaman bunları tekrar tekrar izleyebileceği/görüntüleyebileceği, kaynak bilgilerine ulaşabileceği bir üniversite eğitiminin verildiği; günümüz şartlarında eğitim ve öğretimin hızla bilgisayar ortamına geçtiği akılcı, çağdaş, yenilikçi bir eğitim sistemidir (6,7,8).

Üniversiteler modern insanın kendini yenileme ihtiyacına cevap vermede uzaktan eğitim sistemini kullanmaya başlamışlardır (9). Uzaktan eğitim, doğru yöntem ve uygun teknoloji kullanıldığı, öğrenci ve öğretmen arasındaki iletişim gerektiği şekilde sağlandığı takdirde, internetle uzaktan eğitim uygulamalarının, örgün eğitim uygulamaları kadar başarılı olabileceği düşünülebilir (10). Bu eğitim sistemi öğrenci merkezli, teknolojinin sağladığı eğitimde fırsat eşitliğinin, fiziksel engelli öğrencilere eğitim olanağı, yaşam boyu sınırsız öğrenme ortamı ve çok geniş öğrenci kitlesine ulaşılması açısından faydalıdır.

Uzaktan öğretim ortamı ve içeriğe 7 gün 24 saat erişim olanağı verir, bir işte çalışmak zorunda olanların ailesine zaman ayırabilmelerini hem de öğrenimlerine devam edebilmelerini sağlar. Çeşitli nedenlerle eğitimine ara veren kişilere, kaldığı yerden devam etme şansı tanır, ayrı niteliklere sahip bireylerin farklı uygulamalarla eğitim hizmeti sunabilmektedir. Her bir öğrencinin kendi hızında öğrenmesine imkan sağlar. Yapılan tüm işlemler kayıt altında olması ve istenildiği zaman ulaşılabilir olması, bilgiye hızlı ve kolay bir şekilde erişme imkanı ve örgün eğitime katılamayan dezavantajlı kesimlere fırsat eşitliği sunar. Öğretim elemanlarıyla etkileşimli ve dinamik bir öğrenme süreci yaşatır; yüz yüze eğitimlerde, otorite korkusu ve

sosyal fobisi olduğu için görüş belirtmekten kaçınan bireylere, kendilerini ifade edebilecekleri çeşitli iletişim seçenekleri sunması açısından önemlidir (2, 10). Bu araştırmanın yapıldığı üniversitede 2015 yılından beri lisans tamamlama ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin teorik eğitimleri uzaktan eğitimle yapılmaktadır. Bu çalışmada hemşirelik ve ebelik bölümü lisans tamamlama eğitimi alan öğrencilerin gözüyle uzaktan eğitimin değerlendirilmesi amaçlanmıştır

MATERYAL METHOD:

Araştırma tipi: Kesitsel tipte olan bu araştırma Haziran 2017-Ekim 2017 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinin Uzaktan Eğitim Lisans Tamamlama öğrencilerinden toplam 187 hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri oluşturmuştur.

Örneklem: Araştırma da herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak aktif olan 167 (Katılım oranı %89.3) öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir.

Kullanılan Gereçler: Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu kullanılmıştır. Soru Formu; öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini içeren; cinsiyet, eğitim medeni durum, çalışma koşulları ve uzaktan eğitim ile ilgili görüşlerini içeren toplam 20 sorudan oluşmuştur. Veriler öğrencilerin final sınavına geldikleri tarihlerde araştırmanın amacı ve eş zamanlı olarak dağıtılan veri toplama formları üzerinde nasıl doldurulacağı hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile yaklaşık 15-20 dakika süre verilerek toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdelik, ortalama kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alınmıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Bu çalışmada, hemşirelik ve ebelik bölümü lisans tamamlama eğitimi alan öğrencilerin gözüyle uzaktan eğitimin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmada öğrencilerin ortalama yaşları 46.29 ± 5.37 (minimum 30, maksimum 60) olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri İle Uzaktan Eğitime İlişkin Bilgileri

Özellikleri	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	123	73.7
Erkek	44	26.3
Medeni Durum		
Evli	145	86.8

Bekar	22	13.2
Çalışma Şekilleri		
Gündüz	98	59.4
Gündüz ve Gece	59	35.8
Gece	8	4.8
Bilgisayarı Kullanma Düzeyi		
Çok İyi Kullanan	29	17.4
İyi Kullanan	64	38.3
Orta Düzeyde Kullanan	63	37.7
Çok Kötü Kullanan	11	6.6
Yardım Alma Durumu		
Yardım Alan	81	48.5
Yardım Almayan	86	51.5
Yardım Alınan Kişiler		
Eşinden	9	10.6
Çocuklarından	46	54.1
Arkadaşlarından	29	34.1
Yakınlarından	1	1.2
Eğitimi Anlama Durumu		
Anlayabilenler	113	67.7
Anlamayanlar	54	32.3
TOPLAM	167	100.0
Anlamayı Etkileyen Faktörler* (n=57)		
Anlatan Kişiden Kaynaklanması	27	47.4
Uygun Ortamın Olmaması Görme İle ilgili Sıkıntı	21	36.8
İşitme İle İlgili Sıkıntı	5	8.8

***Birden fazla seçenek belirtmişlerdir.**

Araştırmada öğrencilerin %73.7'si kadın, %86.8 evli ve %59.4'ünün gündüz çalıştıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin %38.3'ünün bilgisayar kullanımında iyi olduğu, %48.5'inin bilgisayar kullanımında yardım aldığı, en çokta (%54.1) çocuklarından yardım aldıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin %67.7'si uzaktan verilen eğitimi anladıkları; ancak cevabı hayır olanların %47.4'ü 'anlatan kişinin ifadelerini anlamakta' zorlandıkları saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Araştırmaya Katılanların Uzaktan Eğitime İlişkin Görüşleri

Uzaktan Eğitime İlişkin Görüşler	Sayı	Yüzde
Yeni Nitelikler Kazandırma Durumu		
Evet	148	88.6
Hayır	19	11.4
İş Hayatı Etkileme Durumu		
Olumlu	86	52.1
Olumsuz	18	10.9
Değişiklik Yok	61	37.0
Özel Hayatı Etkileme Durumu		
Olumlu	67	40.1
Olumsuz	49	29.3
Değişiklik Yok	51	30.5
Yüz yüze Olmamanın Sıkıntıya Yol Açması		
Evet	53	31.7
Hayır	114	68.3
Uzaktan Eğitimin Yararları		
Bilgi Düzeyinin Artması	37	29.8
İşten Uzaklaşmama	18	14.5
Aileden Uzaklaşmama	69	55.7

Tablo 2'de araştırmaya katılanların uzaktan eğitime ilişkin görüşleri verilmiştir. Buna göre, öğrencilerin %88.6'sı uzaktan aldıkları eğitimin yeni nitelikler kazanmalarına katkı sağladığını, %52.1'i iş ve %40.1'i özel hayatlarını olumlu etkilediklerini belirtmişlerdir. Uzaktan eğitim sırasında eğitimci ile yüz yüze olmamanın %68.3'ün de herhangi bir sıkıntıya yol açmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu (%70.2) eğitimlerini iş ve ailelerinden uzaklaşmadan aldıkları için uzaktan eğitimin yararlı olduğunu belirtmişlerdir.

Bilgisayar destekli eğitimde zaman sınırlaması olmadığından öğrenci motivasyonu yüksek tutar ve öğrencinin istediği yerden bilgiyi öğrenmesine olanak tanıdığı bildirilmiştir. Böylelikle öğrenmeye hazır oluşunu da artırmaktadır (11,12). Ancak, bilgisayar destekli eğitimin, en büyük sınırlılığı öğrenci-öğretmen ilişkisinin kurulamaması olmasından kaynaklandığı yönündedir. Bu eğitim sisteminde öğrenci ifadesiyle öğretmen-öğrenci göz temasının kurulamaması en büyük sınırlılıktır (11).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada uzaktan eğitimin öğrencilerin yeni nitelikler kazanmalarına katkı sağladığını iş ve özel hayatlarını olumlu etkiledikleri belirlenmiştir. Bu eğitim modeli her zaman, her yerde eğitimde fırsat eşitliğini arttırdığı için hemşirelik ve ebelik eğitiminin teorik kısmında etkili olacağı düşünülmekte bu nedenle yaygınlaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Turan, M. ve Barış, G. (1999), Uzaktan eğitim sistemi, Birinci Uzaktan Eğitim Sempozyumu, 15-16 Kasım 1999, Ankara: Kara Kuvvetleri Eğitim ve Doktrin Komutanlığı, s.153-158.
2. Eygü, H ve Karaman, S. (2013).,Uzaktan Eğitim Öğrencilerinin Memnuniyet Algıları Üzerine Bir Araştırma.Sosyal Bilimler, 3(1):36-59.
3. Akman, E. ve Güler, E.İ. (2008). Biyomedikal Mühendisliğinde Uzaktan Eğitim Çalışmaları. Gazi Üniversitesi, Türkiye Bilişim Teknolojileri Dergisi, Cilt: 1/2, Ankara.
4. Ekici, G. (2008). Uzaktan Eğitim Ortamlarının Seçiminde Öğrencilerin Öğrenme Stilllerinin Önemi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 24: 48-55.
5. Özer, B. (1990). Uzaktan Eğitim Sisteminin Evrensel Yapısı, Doğu Akdeniz Üniversitesi Kurgu
6. İşman, A. (2011). Uzaktan Eğitim. Pegem Akademi, 4. Baskı, ISBN 978-975-8792-82-2 Ankara.
7. Gökçe, T.A. (2008). Küreselleşme Sürecinde Uzaktan Eğitim, Dumlupınar Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 11; 1-12.
8. Türkoğlu, T. (2015). Meslek Yüksekokulunda Örgün Öğretim Programındaki Öğrencilerin
9. Yılmaz, K. ve Horzum, B.M. (2005). Küreselleşme, Bilgi Teknolojileri Ve Üniversite. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 6 (10): 103- 121.
10. AH, Karaman, A, Şaştım, YA. (2017). Öğrencilerin Uzaktan Eğitim Sistemine Bakış Açısı ve Uzaktan Eğitim İngilizce Dersinin Verimliliğinin Değerlendirilmesi. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(2):640-652.
11. Erturgut R. (2008). İnternet Temelli Uzaktan Eğitimin Örgütsel, Sosyal, Pedagojik ve Teknolojik Bileşenleri, Bilişim Teknolojileri Dergisi, 1(2), 79-85.
12. Çetintaş Öner, S., Çelik, G., Bay, H., Yeşil, Y. ve Çeber Turfan, E., (2018). Ebelik Bölümü Uzaktan Eğitim Öğrencilerinin E-Öğrenme İçin Hazırbulunululuk Durumlarının Değerlendirilmesi, Medical Sciences (NWSAMS), 13(1):10-18, DOI: 10.12739/NWSA.2018.13.1.1B0046.

