



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NULLİPAR GEBELERE VERİLEN DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN**  
**DOĞUM ÖZ YETERLİLİĞİNE ETKİSİ**

**Kübra Titrek**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi YASEMİN AYDIN KARTAL**

**Ebelik Ana Bilim Dalı**

**Ebelik Yüksek Lisans Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**OCAK / 2020**

### TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı  
Ebelik Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programında Kübra Titrek tarafından hazırlanan,  
Nullipar Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Öz Yeterliliğine Etkisi.  
Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından **OYBİRLİĞİLE** ~~ÖYÇOKLUGU~~ ile YÜKSEK  
LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Yasemin AYDIN KARTAL

Sağlık Bilimleri Üniversite, Ebelik Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum.~~

İMZA



Üye: Prof. Dr. Saadet YAZICI

Sağlık Bilimleri Üniversite, Ebelik Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum.~~

İMZA



Üye: Doç. Dr. Gülçin BOZKURT

İstanbul- Cerrahpaşa Üniversitesi, Ebelik Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum.~~

İMZA



Tez Savunma Sınavı Tarihi: 30/01/2020

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık  
Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile  
onaylanmıştır.

Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Prof. Dr. Şeniz KARACAÇAY  
Enstitü Müdürü  


## BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğuna,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğuma,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarına ihlal edici bir davranışımın olmadığına,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Kobra TITREK

Tez Savunma Sınavı Tarihi

30/01/2020

# NULLİPAR GEBELERE VERİLEN DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN DOĞUM ÖZ YETERLİLİĞİNE ETKİSİ

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma; nullipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin, gebelerin doğum öz yeterlilik algılarına olan etkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

**Gereç ve yöntem:** Ön test-son test tasarımı yarı deneysel olarak planlanan çalışma, bir kamu hastanesinin gebe izlem polikliniğine başvuran 64 nullipar gebe ile yürütüldü. Gebeler randomize olarak iki gruba ayrıldı. Deney grubu gebelere haftada 2 saat olmak üzere 4 hafta süren doğuma hazırlık eğitimi verildi, kontrol grubu gebelere herhangi bir uygulama yapılmadı. Değerlendirmeler iki aşamada (eğitim öncesi ve sonrası 2. ayda) yapıldı. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” ve “Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği” ve “Görsel Analog Skala” kullanıldı.

**Bulgular:** Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı saptandı. Deney ve kontrol grubu gebelerin ilk değerlendirmede doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmazken, son değerlendirmede deney grubu gebelerin ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Deney grubu gebelerin ilk değerlendirmede sezaryen doğum tercih etme yüzdesi %59,4 iken, eğitim sonrası %28,1'e düştüğü, kontrol grubunda ise, sezaryen doğum tercih etme oranı %34,6'dan %53.1'e anlamlı olarak yükseldiği belirlendi.

**Sonuç:** Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik algısını geliştirdiği ve sezaryen doğum tercihlerini azalttığı söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum, Gebe, Nullipar, Doğuma Hazırlık, Öz-Yeterlilik

# **THE EFFECT OF BIRTH PREPARATION TRAINING GIVEN TO NULLIPAR PREGNANT WOMEN ON BIRTH SELF EFFICACY**

## **ABSTRACT**

**Objective:** The aim of this study was to determine the effect of childbirth preparation training given to nulliparous pregnant women in birth self-efficacy perceptions.

**Materials and Methods:** The experimentally planned study with pre-test and post-test design was carried out with 64 nulliparous pregnant women who applied to the pregnant outpatient clinic of a public hospital. Pregnant women were randomly divided into two groups. Pregnant women in the experimental group were given birth preparation training for 4 weeks, 2 hours per week, and no application was made to the control group pregnant women. Evaluations were made in two stages (before and after 2 months of training). “Personal Information Form”, “Self-Efficacy Scale for Labor” and Visual Analogue Scale” were used to collect the data.

**Results:** There was no statistically significant difference between the socio-demographic characteristics of the pregnant women in the experimental and control groups. In the first evaluation of the experimental and control group pregnant women, no significant difference was found between the mean total score of self-efficacy scale in labor, while in the last evaluation it was determined that the scale mean scores of the experimental group pregnant women were significantly higher. In the first evaluation of the pregnant women in the experimental group, the rate of preferring cesarean delivery, after the training decreased from 59.1% to 28.1, in the control group, cesarean delivery preference rate increased from 34.6% to 53.1%.

**Conclusion:** It can be said that childbirth preparation training improves the perception of self-efficacy in labor and decreases cesarean delivery preferences.

**Keywords:** Birth, Pregnant, Nullipar, Birth Preparation, Self-Efficacy

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, ğrencisi olmaktan onur ve mutluluk duyduğum tez danıőmanım Dr. Öğr. Üyesi Yasemin AYDIN KARTAL'a ve yetiőmemde emeği geçen tüm hocalarıma,

Tez çalıőmamın uygulama aşamasında yardım ve destek sağlayan İstanbul Sultanbeyli Devlet Hastanesi gebe izlem polikliniği ve gebe okulu biriminde görev alan tüm ebelere ve çalıőmamın yürütülmesinde katılım sağlayan tüm gebelere,

Çalıőmama veri analizi aşamasında bilgi ve destek sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Osman TİTREK'e,

Hayatımın her aşamasında beni destekleyen, bana inanan ve hep yanımda olan başta canım annem olmak üzere tüm aileme ve sevgili eőime teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	v
TEŞEKKÜR .....	vi
ŞEKİL LİSTESİ .....	x
TABLO LİSTESİ .....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. PRENATAL DÖNEM.....	3
2.2. PRENATAL DÖNEMDE GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER .....	4
2.3. ANATOMİK VE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER .....	4
2.3.1. Genital Sistem Değişiklikleri .....	4
2.3.2. Üriner Sistem Değişiklikleri .....	5
2.3.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri .....	6
2.3.4. Solunum Sistemi Değişiklikleri .....	7
2.3.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri .....	7
2.3.6. Kas, İskelet Sistemi ve Yumuşak Doku Değişiklikleri.....	8
2.4. PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER .....	8
2.5. ÖZ YETERLİLİK.....	10
2.5.1. Öz Yeterliliğin Tanımı .....	10
2.5.2. Gebelikte Öz Yeterliliğin Gelişmesine Etki Eden Faktörler.....	13
2.5.3. Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik .....	14
2.5.4. Öz Yeterlilik Algısının Artmasında Ebenin Rolü.....	15
2.6. DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ .....	17
2.6.1. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Gelişim Süreci .....	17
2.6.2. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Etkinliği .....	19
2.6.3. Doğuma Hazırlık Eğitim Çeşitleri ve Yaklaşımları.....	20
2.6.4. Doğuma Hazırlık Eğitiminde Ebenin Rolü.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	28
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI .....	28
3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI.....	28
3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	28

3.3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	28
3.3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme .....	29
3.3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	29
3.3.4. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	29
3.3.5. Randomizasyon.....	30
3.4. VERİLERİN ELDE EDİLMESİ VE ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇLAR .....	30
3.4.1. Verilerin Değerlendirilmesi .....	35
3.4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	35
3.4.3. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	35
4. BULGULAR .....	36
4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	37
4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	40
4.3. Deney Grubundaki Gebelerin Doğuma Hazırlık Eğitimi Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulgular .....	42
4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Bulguları .....	42
4.5. Deney Grubundaki Gebelerin Doğuma Hazırlık Eğitimi Memnuniyeti İle Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular .....	45
5. TARTIŞMA.....	46
5.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	46
5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	48
5.3. Deney Grubundaki Gebelerin Doğuma Hazırlık Eğitimi Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	49
5.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Bulgularının Tartışılması .....	49
5.5. Deney Grubundaki Gebelerin Doğuma Hazırlık Eğitimi Memnuniyeti İle Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması .....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	52
6.1. SONUÇ.....	52
6.2. ÖNERİLER.....	53
KAYNAKÇA .....	54



EKLER .....	58
ÖZ GEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ .....	75



## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Bandura'nın Öz yeterlilik Modeli

Şekil 2.2. Dick-Read Yöntemi Korku- Gerginlik-Ağrı Döngüsü

Şekil 2.3. Lamaze Yönteminin 6 Temel Metodu

Şekil 2.4. Bradley Yönteminde Kadının 6 Temel Gereksinimi

Şekil 3.1. Çalışmanın Akış Şeması

Şekil 3.2. Çalışmanın Zaman Çizelgesi



## TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Kısa Formu'nun Ölçüm Zamanına Göre İç Tutarlık Katsayısı

Tablo 4.1. Grupların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 4.2. Grupların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 4.3. Grupların Doğum Şekli Tercihlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.4. Deney Grubundaki Gebelerin Doğuma Hazırlık Eğitimi Memnuniyeti Ölçümü

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Verileri

Tablo 4.6. Deney Grubundaki Gebelerin Doğuma Hazırlık Eğitimi Memnuniyeti ile Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACOG: American College Of Obstetricians And Gynecologists

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

OECD: Türkiye, İktisadi İş Birliği ve Gelişme Teşkilatı

VAS: Vizuel Analog Skala (Görsel Analog Skala)



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadının hayatında; gebeliğin tanınması, gebelik süreci ve doğum eylemi gibi evreler ebeveynlik rolüne geçişte önemli bir aşamadır. Gebelik süreci ve doğum eylemini, anne sağlığını fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden etkileyen hayati bir deneyim, uzun bir yolculuktur. Bu süreç ile gebe kadının bedeninde, duygusal durumunda ve aile yaşantısında değişiklikler belirmektedir. Yaşanan bu değişiklikler gebede strese neden olabilir (1).

Kadının gebelik döneminde yaşadığı stresi; cevabını alamadığı sorular, gebelik süreci ve doğum hakkında bilgisizlik gibi bir dizi sorun oluşturabilmektedir. Bu sorunlar kadının, korku duygusunu etkin kılarak, doğum eyleminde sergileyeceği tutumu ve doğum öz yeterlilik algısının olumsuz yönde etkileyebilmektedir (2-4).

Doğum korkusu, son yıllarda birçok kadının muzdarip olduğu ve eylemin normal seyrini bozan bir duygu durum sürecidir (5). Doğum korkusu nedeniyle salgılanan stres hormonlarının beden ve zihin üzerindeki etkileri sonucunda kadınlar; gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin birçok olumsuzluk yaşayabilmektedir (3).

Kadınların yaşadıkları bu deneyim sebebiyle doğum öz yeterlilik algıları olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu dönemde beliren sorunlara karşı hazır olmada doğum öncesi eğitim ve bakım sağlanması oldukça önemlidir. Ebe oluşabilecek bu olumsuz süreçler sırasında kadına destek sağlamalıdır (5, 6). Ebe, gebelik deneyimi ve doğum eylemi sürecini her kadın için bireysel olarak ele almalıdır. Kadının güven duygusu, benlik saygısı, öz-yeterlilik seviyesi, doğum ağrısını algılama ve ağrı ile baş etme gibi unsurların anne-bebek arasındaki iletişimi önemli şekilde etkilediği unutulmamalıdır. Doğum öncesi eğitim, gelecekteki annelere doğumdan önce ve doğum sırasında güvenli karar alma, kontraksiyonlar ile baş etme, doğum sonrası bakım, bebek bakımı, emzirme ve annelik içgüdülerini kullanma konusunda beceri kazandırmaya yardımcı olur (7, 8).

Düzenli doğum öncesi bakımın sağlandığı gelişmiş ülkelerde, ailelerin doğum öncesi dönemde bakım gereksinimleri tüm boyutlarıyla ele alınır. Böylece ailelerin sürece alışmasında doğuma hazırlık eğitim sınıfları etkin bir katkı sağlamaktadır. Doğuma hazırlık eğitim sınıfları, aile merkezli bakım sunumuyla kadın ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları ile ele alarak, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde oluşabilecek değişikliklere uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır (9).

Michel Odent kadınların öz-bilinçlerinde doğum eylemi ile baş etme kabiliyetlerinin mevcut olduğunu savunmaktadır. Kadının dış uyaranlarca eğitmesine ve yönlendirmelere gerek olmadığını belirtir (6). Ancak, değişen dünya ile birlikte gelişen teknoloji doğumu tehlikeli bir süreç olarak görülmeye itmiştir. Bu süreçte bakım olası en kötü halden korunma üzerine odaklanmıştır (10). Bu ortamdan etkilenen kadınlar doğum eyleminde bedenleri ve bebekleri ile ilgili söz haklarından vazgeçip kontrolü sağlık profesyonellerine bırakmakta ya da isteğe bağlı sezaryeni tercih etmektedirler (10). Bu nedenle günümüzde kadınların doğuma ilişkin farkındalıklarını artırmak ve doğuma bilinçli bir şekilde hazırlanmalarını sağlamak büyük önem kazanmıştır (6).

Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin, doğuma bilinçli olarak hazırlandıkları, doğum eylemine aktif katılım sağladıkları, doğum sonu depresyon insidansının az olduğu ve anne-bebek bağlanma sürecinin daha hızlı olduğu çalışmalarla saptanmıştır. Nitekim, gebelik ve doğum süreci ile ilgili bilgi almayan kadın, doğum sürecinde kendini yeterli göremeyecek ve doyuma ulaşmada zorluk yaşayacaktır. Ayrıca, literatürde ilk gebeliklerinde süreç ile ilgili bakım ve bilgi alamayan gebelerin doğum sürecinde öz yeterlilik algısının düşük olabileceği belirtilmiştir (6, 7, 10).

Doğum öncesi eğitimin doğum, doğum doyumunu, doğumla ilgili öz-yeterlilik ve doğumdaki kontrol duygusu hakkındaki maternal bilgiyi arttırdığı belirlenmiştir. Doğum öncesi eğitimin normal doğumun geliştirilmesinde büyük bir yeri olmasına rağmen, yapılan sistematik bir inceleme, doğum öncesi eğitim ve doğum hazırlığının etkilerinin hala büyük ölçüde bilinmediğini ve önemi konusunda tartışmaların olduğunu ortaya koymuştur (11-14).

Kadının gebelik ve doğuma yönelik bilgilendirilmesi ve danışmanlık hizmetleri antenatal bakım hizmetinin bileşenlerinden biridir. Bu çalışmada, kadını bütün olarak değerlendiren, sağlık profesyoneli olan ebeler tarafından uygulanabilir, sürdürülebilir, yapılandırılmış bir antenatal eğitim programının doğum öz yeterlilik algısına etkisini ortaya koymak hedeflenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. PRENATAL DÖNEM

Prenatal (doğum öncesi) dönem, gebeliğin oluşumundan doğuma kadar geçen süreci kapsamaktadır. Bu dönemde annelere verilen prenatal bakım hem fetüs hem de anne açısından hayati önem taşımaktadır. Doğum öncesi bakım maternal ve fetal sağlığın korunması ve geliştirmesi, gebelik süresince düzenli olarak muayenesinin yapılması, eğitilmiş ebeler ve yetkili diğer sağlık personeli tarafından izlenmesi ve gerekli danışmanlığın yapılması olarak tanımlanmaktadır.

Doğum öncesi bakımın amacı; gebelik öncesi olan ya da gebelik süresince meydana gelen sağlık sorunlarının erken dönemde tanı ve tedavisinin sağlanması ile maternal, fetal, neonatal mortalite ve morbiditenin artışının önüne geçmektir (15-18).

Maternal ve fetal, mortalite ve morbidite oranlarını azaltmak adına her ülke prenatal dönem izlem protokolleri oluşturmaktadır. Prenatal bakımına gebeliğin erken dönemlerinde başlanması, ihtiyacı karşılayacak sayı, sıklık ve kalitede olması perinatal süreçte maternal psikolojinin olumlu olarak etkilenmesini sağlayacaktır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gebelerin en az sekiz kez prenatal bakım almasını önermektedir (19, 20).

Her ülkenin kendi politikalarını gözeterek geliştirdiği izlem protokolü olmasına rağmen doğum öncesi bakım alma oranlarında ülkeler arası farklılıklar gözlemlenmektedir. Ülkeler arası bakım alma oranlarında ki bu farkların oluşmasında başlıca unsur ülkeler arası gelişmişlik düzeyi farkıdır.

Kadınların gebeliği süresince doğum öncesi bakımı en az bir kez alma oranı:

- Gelişmiş ülkelere; Avustralya'da %96, Fransa'da ve Kanada'da %100, İtalya'da ise %98'dir.
- Gelişmekte olan ülkelere bu oran Brezilya'da %96, Irak'ta %78, Hindistan'da %75'dir.
- Az gelişmiş ülkelere ise Malezya'da %92, Pakistan'da %73, Afganistan'da %46'dır.

Kadınların gebeliği süresince en az dört kez bakım alma oranları ise:

- Gelişmiş ülkelere Avustralya'da %90, Fransa ve Kanada'da %99, İtalya da ise %85'tir.
- Gelişmekte olan ülkelere bu oran Brezilya'da %89, Irak'ta %50, Hindistan'da %72'dir.
- Az gelişmiş ülkelere ise Pakistan'da %37, Afganistan'da %10'dur (21, 22).

Ülkemizde ise 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre doğum öncesi en az bir kez bakım alma oranı %96, dört ve daha fazla bakım alma oranı ise %90dır (23).

Gerçekleştirilen prenatal bakımların özündeki amaç sağlıklı bir yenidoğanın doğumu ve sağlıklı bir anne ile buluşma sürecidir. Bu sürecin anne ve yenidoğan için olumlu bir şekilde ilerlemesi verilen bakımların ve gebelik haftasının uyumu ile sağlanabilir. Her trimester gebelik için ayrı bir önem taşır. Gebelik döneminde kadının ve fetüsün anatomik ve fizyolojik değişimlerinin trimesterlar halinde incelenmesi ve bilinmesi gerçekleştirilen prenatal bakım ve prenatal dönem gebe eğitimlerinin daha etkin olmasını sağlayacaktır (24, 25).

## **2.2. PRENATAL DÖNEMDE GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER**

Gebelik ile beraber kadın bedeninde meydana gelen anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, kadının gebeliğe uyumu olarak adlandırılırken, değişimlerin oluşma sebebi; bebeğin sağlıklı gelişmesi ve metabolik ihtiyaçlarını karşılamak, doğum kanalı olarak adlandırılan kemik pelvisin doğum için gerekli değişimleri gerçekleştirmesi ve doğum sonrası dönemde bebeğin erken ve yeterli şekilde beslenmesini sağlamaktır (15, 16).

Gebeliğe, fetüse ve annelik rolüne uyum döllenenmeden itibaren doğum sonrası döneme kadar devam eden bir süreçtir. Gebelik süresince kadında meydana gelen değişimler doğum sonu 6-8 hafta sonra doğum öncesi işleyişine geri döner (26).

## **2.3. ANATOMİK VE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER**

### **2.3.1. Genital Sistem Değişiklikleri**

Gebelik öncesi uterus hacmi yaklaşık 50-70 gram ilken sürecin sonunda 800-1200 grama kadar yükselir (27). Uterus, östrojen ve progesteron hormonların etkisiyle hipertrofi ve hiperplaziye uğrar. Uterus fetusun büyümesi ile 12. haftadan itibaren simfizis pubis üzerinden palpe edilebilir. Gebeliğin başlangıcından itibaren 20. haftaya kadar myometriyum tabakası kalınlaşır. 20. haftadan sonra liflerdeki uzama artarak devam eder, uterus duvarı ise incelik. Uterus, fetusun yaşamına uygun bir şekil alarak solda bulunan rektosigmoid kolonun aksi yönünde sağa doğru rotasyon yapar (5,15,28,29).



Gebelikte uterusun kontraksiyon yapma eğilimi artarak devam eder. İlk trimesterde düzensiz ve ağrısız olan kontraksiyonlar ikinci ve üçüncü trimesterlar da palpasyon ile hissedilebilir (5).

Gebelik sürecinde kan akımındaki yoğunluk sebebi ile servikte bazı değişiklikler meydana gelir. Gebeliğin 6. ve 8. haftalarında serviks Chadwick's belirtisi olarak adlandırılan koyu mavi-mor siyanotik renk görünümünü alır ve Goodell's belirtisi olarak adlandırılan servikal yumuşama gözlemlenir. Gebelik süresince progesteronun etkisinde olan servikal kanal, servikal glandların salgıladığı mukoz bir salgı ile dolar. Doğumdan hemen önce bu tıkaç hafif kanlı mukoz yapıda atılır ve buna "Nişane" (Bloody Show) denir (15,28,29).

Over hormonlarının etkisi ile vajende vaskülarizasyon ve kanlanma da artış gözlemlenir. Buna bağlı olarak vajende ödem ve renk değişimi oluşur. Vajen mukozası artarak rugaeler belirgin bir görünüm alır, kas tabakası hipertrofiye uğrar, konnektif doku gevşeyerek vajen doğum eylemine hazırlanır.

Gebelik süresince vajinal akıntı koyu beyaz sarı renktedir. Vajen pH'sı doderlain basilerinin vajen epitel hücrelerinde ki glikojenden laktik asit üretmeleri sebebiyle düşer (pH 3-6) ve asidik bir ortam oluşur ve böylece infeksiyon gelişimi büyük ölçüde önlenir (27,31). Aynı zamanda glikojenden zengin bir ortam ise moniliazis için uygun bir çevre oluşturarak gebelikte sık görülen mantar infeksiyonlarına sebep olur. Vulva ve perinede vaskülarizasyon artması ve gelişen uterusun baskısı ile varislere eğilimi artırır. Pigmentasyonun artması sonucu perine daha koyu bir renk alır. Vulva ve perine kasları ve bağ dokusunda yumuşama olur (5,28,30)

Embriyonun hayati fonksiyonlarını yürüten plasenta gelişip hormon üretme görevini alana kadar overlerde ki korpus luteum gelişmeye devam eder, gebeliğin devamı ve sağlıklı yürütülmesi için östrojen ve progesteron hormonlarını üretmeyi sürdürür. Plasentanın gelişimi sonrasında korpus luteum gerileyip korpus albicans adını alır. Gebelik döneminde tuba uterinaların kas yapısı ise hipertrofiye, boyları uzar mukoza da kısmi düzleşme görülür (27).

### **2.3.2. Üriner Sistem Değişiklikleri**

Gebelik, üriner sistemde pek çok anatomik ve fizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Gebelikle beraber böbrekler de 1-1,5 cm uzama ve ağırlık artışı gözlenmektedir. Renal kan akımında %50-70 ve glomerüler filtrasyon hızında %30-50 artış olur. Glomerüler filtrasyon hızındaki artış tübüler reabsorbsiyona sebep olur, bu yetersizlikler sebebiyle glikozüri görülür.

Gebelikte 300mg/gün' ün altında görülen glikozüri normal sayılır, fakat glikozüri 300 mg/gün' ün üstünde ise gebe diyabet açısından değerlendirilmelidir (31-33).

Hormonel fonksiyonlarında artış ve salınan mineralokortikoidler nedeniyle vücutta tuz ve su tutulumu olur. Tüm bu sayılan nedenler dolayısıyla gebeler üriner enfeksiyonlar yatkın hale gelirler. En sık etken olan E. Coli, Klebsiella gibi ajanlar, gebelikte üriner enfeksiyonlardan sorumludur. İlk ve son trimesterde büyüyen uterusun mesaneye bası yapması sonucu sık ürinyasyon görülür. İkinci trimesterde abdomene doğru büyüyen uterusun mesane üzerine olan basısı azalır. Gebelik döneminde mesane kapasitesi 1500 ml'ye kadar yükselir (31-33).

### **2.3.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri**

Gebelik sırasında görülen kardiyovasküler değişikliklerin amacı, doğumdaki kan kaybını kompanse edebilmek ve fetüs için yeterli kan akımı sağlamak. Bu nedenle görülen değişiklikler gebeliğin ilk 5-8. haftasında başlar, ikinci trimester sonuna kadar artarak devam eder ve son trimesterde durağan şekilde sonlanır (34, 35).

Gebelikte miyokardın hipertrofiye uğraması sonucunda kalpte büyüme gözlenir. Gebeliğin ilerlemesi ile uterusun diyaframa yaptığı bası sonucunda kalp uzun eksenli boyunca yukarı ön sola doğru rotasyon yaparak yer değiştirir (31).Gebelikte kalbin kardiyak debisi; gebeliğin ilk haftasından itibaren kalp hızı artmaya başlar ve dinlenme pozisyonunda kalp hızı gebelik öncesine göre yaklaşık 10-20 atım/dk fazladır (34).Fetal dolaşıma yeterli kan akımını sağlamak için gebeliğin 8-10. haftalarından itibaren kalp debisi artmaya başlar. Bireysel değişiklikler görülmekle birlikte ikinci trimester sonunda kalp debisi en yüksek düzeyine ulaşır ve başlangıç düzeylerine göre yaklaşık %30-50 oranında artar. 38. gebelik haftasından itibaren azalma gösterir. (27, 31, 34, 35).

Gebelikte kan volümü; östrojen artışı renin anjiyotensin-aldosteronun sistemini uyarır bu sistemin etkisiyle su ve tuz tutulumu vücuttaki sıvı artışına neden olur. Kan volümünde 1500ml seviyesindeki artış anneyi doğum sırasında oluşabilecek kan kaybından korumaya yöneliktir. Ayrıca bu artış plasental perfüzyon için gereken kan akımını sağlar. Kalp yetersizliği bulunan gebelerde tespit edilen hemodinamik bozulmanın sebebi yine kan hacmindeki artıştır. Gebelikte alyuvar kütlesi, kan hacmiyle beraber artma eğilimindedir. Ancak plazma hacmindeki artış alyuvar sayısındaki artıştan daha fazla olduğu için gebelikte 'fizyolojik anemi'

görülür (34). Anemi sonucunda demir (Fe) ihtiyacı artar (günlük 1000mg), serum Fe düzeyi azalır, Fe bağlama kapasitesi artar.

Gebelikte kan basıncı ve periferik direnç: ilk ve ikinci trimester ile kan basıncında düşme gözlemlenir. İkinci ve üçüncü trimesterde sırt üstü yatış pozisyonunda büyüyen uterus vena cava inferiora ve descending aortaya mekanik baskısı sebebiyle kalbe dönen kan basıncında ani bir düşüş meydana gelir. Bu tabloya supine hipotansif sendrom adı verilir (27).

#### **2.3.4. Solunum Sistemi Değişiklikleri**

Büyüyen uterusun diyafram kasını 3-5cm yukarıya itmesi göğüs duvarının yanlara doğru genişlemesine yol açar. Meydana gelen bu değişim oksijen gereksiniminin artmasına neden olur. Gebelik döneminde gebe ve fetusun oksijen ihtiyacı %20-30 oranında artar. Gebelikte solunum hızında değişiklik olmaz, bu sebeple solunum alkolozuna yatkınlık artar. Gebelikte arteriyel oksijen seviyesi gebelik öncesi döneme oranla daha yüksek seviyeye ulaşır. Maternal plazmadaki karbondioksit seviyesi %15-20 oranında azalır (36).

#### **2.3.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri**

Gastrointestinal fizyolojik değişikliklerin birçoğu fetusun yaratmış olduğu mekanik sorunlar ya da kadının gebelik öncesinden gelen gastrointestinal sistem sorunlarının tekrarlaması ile ilişkilidir. Gastrointestinal sistem üzerine beta hCG, östrojen ve progesteron hormonları etki eder (31).

Değişen hormon düzeyi bulantı kusmalara, diş eti hassasiyetine, diş eti kanamalarına yol açar. Gebelik döneminde pityalizim olarak adlandırılan yutma güçlüğü sebebiyle ağızda biriken tükürük salgısındaki asitler diş çürüklerinin artışından sorumludur.

Progesteron hormonunun düz kas liflerine yapmış olduğu etki sonucunda midenin hareket yeteneği azalır. Uterusun baskısı ile midenin alt özofagial sfinkter basıncı azalır bunun sonucunda mide içeriğinin boşalması yavaşlar. Sonuç olarak kadında bulantı, kusma, pyrosis ve reflüye sebep olur.

Gebelikte bulantı kusma, sabah hastalığı (morning sickness), hiperemezis gravidarum gibi tanımlarla anılan şiddet ve sıklığı değişmekle beraber %50-70 oranda görülen yakınmalardır. Sık izlenmesine rağmen kesin tanı belli değildir. Ancak gebelik hormonları,

estradiol (E2), hipertroidi, immün sistem aksaklıkları, beslenme bozuklukları, psikolojik faktörlerin bulantı kusmaya yol açtığı ya da şiddetlendirdiği kabul edilir (31, 33, 35).

### **2.3.6. Kas, İskelet Sistemi ve Yumuşak Doku Değişiklikleri**

Gebelik döneminde ki kas-iskelet sistemi değişiklikleri hormonal ve anatomik kaynaklıdır. Değişiklikler vücudun yer çekimi merkezini değişmesi, büyüyen uterusun diyaframa yaptığı baskı sonucu göğüs kafesinin genişlemesi, vücut ağırlığının artması, progesteron hormonunun etkisiyle gevşeyen bağ dokusunun gevşemesi örnek gösterilebilir.

Gebeliğin ilerlemesi ile beraber vücudun yer çekimi merkezi değişir, gebenin postüründe lomber lordoz (düzleşme) görülür. Vücut değişimi kompanse etmek için dorsal kifozu artırır. Yuvarlak omuz ve ileri baş postürü gelişir. Kas-iskelet sistemindeki değişiklikler sebebiyle bel sırt omuz ağrıları ortaya çıkar.

Gebelik döneminde gelişen cilt değişiklikleri immünolojik, endokrinolojik, metabolik ve vasküler değişikliklere bağlı olarak görülür. Hiperpigmentasyon kadınların %90'ından fazlasında izlenir. Neden olan faktörlerin melanosit stimulan hormon, östrojen ve progesteron mekanizmasının melanini uyarması kabul edilir. Deri değişimlerinin genelinde vücutta koyulaşma eğilimi gözlenir. Koyulaşmanın yüksek olduğu alanlar areola, meme uçları, karın duvarı, vulvadır. Vücuttaki çillerin rengi koyulaşır. Karın duvarının ortasını boydan çizen linea nigra çizgisi oluşur.

Gebelikte en sık görülen pigment değişikliği kloazmadır (gebelik maskesi). Gebelerin %50-70'inde yüz çevresinde görülen sarı kahverengi öbeklerdir. Vücuttaki östrojen artışı, yoğun olarak vaskülerizasyona sebep olur. Gebeliğin 2.ve 5. aylarında oluşmaya başlayan ince, kırmızı, yüzeysel, damar uçlarına spideranjom (telenjektazis) adı verilir.

Stria gravidarum kadınlarda %90 oranında görülen bağ dokusu değişimidir. Etkin tedavisi olmamakla birlikte yumuşak yağlar ile yapılan masajların oluşumu engelleyeceği belirtilmektedir (27, 31).

## **2.4. PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER**

Gebelik ve doğum süreci, fizyolojik bir durum sayılmakla beraber gebe ve ailesi için ciddi biyo-psikososyal uyuma ihtiyaç duyulan bir süreçtir. Kadının sosyal yaşamında ki rol ve

sorumluluklarında derin ve sürekli değişiklikler ile sonuçlanan hayati bir olaydır. Bu süreç kadının pek çok psikiyatrik değişiklikler ve ileri bulgularda rahatsızlıklar geçirebilme riskinin yüksek olduğu dönemdir (37).

Kadınların annelik rolüne sağlıklı bir şekilde adapte olması ve doğum sonu dönemde yenidoğan ile anne arasındaki bağın ivedilikle hazırlanmasında gebelik sürecinde aldığı eğitimin önemli olduğu belirlenmiştir. Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik evresel aşamaların olduğu bilinmektedir (38).

İlk trimester yeni sürece ve gebelik gerçeğine uyum sağlama evresidir. Bu dönemde psikolojik olarak sağlıklı olan kadın “Ben gebeyim” cümlesini rahatlıkla ifade edebilmelidir. Kadın gebeliğinin ilk haftalarında belirsizlik duygusunu yaşar. Gebelik tanısının doğruluğunu teyit etmeye çabalar. Gebelik halini ailesiyle paylaşır. Belirsizlik duygusuna karşı tutum ve tepkisi değişkenlik gösterir. Kadın gebelik tanısını doğrulamak için istekli ya da bu olasılıktan dolayı endişelidir. Gebelik tanısı kesinleşen kadınlarda ambivalan (çelişkili) duygular görülme oranı yüksektir. Kadının dikkati kendi üzerine yoğunlaşır, fiziksel değişiklikler ve hormon düzeyindeki artış duygusal sıçramalara neden olabilir. Primer odak noktası olarak benlik duygusu hakimdir. Kadın, eşi ve ailesi bu değişimlere önceden hazırlanmalıdır. Kadının çevresinde bulunan, değer verdiği bireylere de gebelik haberini iletir. Verecekleri olumlu tepkilerden emin olmak ister. Bu durum gebenin desteğe olan ihtiyacını gösteren bir bulgudur. Gebenin özellikle eşi ile olan ilişkisi gebeliğin kabulünde önemli bir rol oynar. Eğer kadın, eşi ile olan ilişkisinde mutluysa ve yeterli sosyal desteğe sahipse gebeliği daha kolay kabullenir. Gebeliğini kabullenen ve güven duygusu içinde sürdüren kadının uyum sürecinin pozitif yönde arttığı belirtilmektedir (9, 30).

İkinci trimester, denge dönemi olarak bilinir. Gebelik benimsenmiş olsa da, duygu ve mizaç değişiklikleri, problem çözme becerilerinde yavaşlama ya da aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık, büyük mutluluk gibi duygu durum değişiklikleri görülebilir. Kadının, bir önceki trimesterde somut olmayan fetüsü ayrı bir varlık olarak algılayıp kabul etmesi ikinci trimesterde gerçekleşir. Fetüsün hareketlerini hissetmek gebe için önemli bir olaydır, uterus içinde bir yaşamın geliştiiği doğrulanmış olur. Gebe bu dönemde fetüse odaklanır ve primer odak noktası bebeğidir. Genellikle kendisini iyi hisseder ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirebilmek için yapması gerekenleri sorgular. Yaratıcı bir enerji ve memnuniyet duygusu vardır. Prenatal izlem ve ultrason izlemlerinde fetal hareketlilik ve büyümenin

izlenmesi kadın ve eşi için mutluluk vericidir. Ancak bazı kadınlarda bu dönem de yaşanan bedensel değişimler olumsuz bir “beden imgesi” yaratabilir (9, 30, 39, 40).

Üçüncü ve son trimesterde kadının annelik rolünü kuşanmaya başlamasıyla “anne olacağım” diyebilmesi beklenir. Annelik rolünü benimseme doğumdan sonra da devam eden bir süreçtir. Kadın bu dönemde gösterdiği duygusal ve davranışsal değişimlerle daha duyarlı bir hal alır. Bebeğine gerektiği şekilde bakım sağlayamayacağı, yetemeyeceği ve zarar vereceği gibi düşüncelere sahiptir. Gebeliğin son aylarında kadın fiziksel ve duygusal destek için bir başka bireye özellikle eşine bağımlı olmaya başlar. Gebe kadın eşine her an erişebileceğinden emin olmak isteyebilir. Kadınların çoğunun doğum anını belirleyememe, doğumhaneye geç yatış yapma ve doğum sürecinde karşılaşılabileceği durumlar ile ilgili doğum korkuları yaşamaktadır (9, 30, 39, 40).

## **2.5. ÖZ YETERLİLİK**

### **2.5.1. Öz Yeterliliğin Tanımı**

Öz yeterlilik kavramı ilk kez Albert Bandura tarafından geliştirilmiş, temelinde sosyal-bilişsel kuram yer alır. Bandura, öz yeterlilik (self-efficacy) eyleminden ilk kez 1977’de yayımladığı “Öz Yeterlilik: Davranışsal Değişimin Birleşik Kuramına Doğru” adlı çalışmasında yer vermiştir. Kuramda; çevrenin ve davranışın rolünü davranış kuramlarını vurgularken, bireyin karşılaştığı etkeni nasıl algılayacağını, tahlil edeceğini ve bilginin nasıl depolanacağı üzerinde durmaktadır (1).

Öz yeterliliğin en çok kabul gören tanımı, 1997 yılında yapılmıştır. Bu tanımda öz yeterlilik; “bireyin, olası durumları yönetmek amacıyla gerekli olan eylemleri belirlemesi ve yürütmesi için kendi kapasitesine olan inancıdır” (41).

Öz yeterlilik kavramı, içinde bulunulan durumun planlanması, gereken becerilerin bilincinde olunması ve sürecin planlı bir şekilde ilerleyişi, zorluklarla beraber ele alınacak olan kazanımların hesaplanması sonucunda elde edilen güdülenme düzeyi gibi öğeleri içerir. Güçlü bir öz yeterlilik, başarı ve iyilik halinin oluşmasını ve becerilerin çeşitlenmesini sağlar.

Bandura, (1977) öz yeterlilik algısını, yeterlilik ve sonuç beklentisi şeklinde iki başlıkta ele almış ve davranışı bunun üzerinden modellemiştir. Bu model Şekil 2.1.’de yer almaktadır.



Şekil 2.1. Bandura'nın Öz yeterlilik Modeli -Kartopu (42)'den

Modelde ki sonuç beklentisi, söz konusu olan eylemin belirli bir sonuca ulaşacağına dair bireyin tahminidir. Yeterlilik beklentisi ise kişinin söz konusu eylemin ortaya çıkması için gerekli davranışı başarmaya olan inancıdır (41).

Sonuç ve yeterlilik beklentileri birbirinden farklıdır. Çünkü kişi bir davranışın gerekli eylem sonucunda başarıya ulaşacağına inansa da gereken davranışı kendisinin sergileyeceğine inanmayabilirler. Bu sebeple, öz yeterlilik algısı, davranışın yapılandırılmasına gelecek yönelimli bir bakış açısı oluşturulmasına, eylemlerin amaçlı ve önceden planlanmış olmasına zemin hazırlamaktadır. Sonuç olarak öz yeterlilik algıları, performansın altında yatan ve onu geliştiren düşünce biçimlerini etkilemektedir (41)

Öz-yeterlilik (self efficacy), öz düzenleme kapasitesi (self regulatory capability), dolaylı öğrenme kapasitesi (vicarious capability), sembolleştirme kapasitesi (symbolizing capability), öngörü kapasitesi (forethought capability), karşılıklı belirleyicilik (reciprocal determinism), olmak üzere altı ilkeye dayanmaktadır. Bu ilkeler aşağıda açıklanmıştır:

**Öz-Yeterlilik (Self Efficacy):** Bireyin, içinde bulunduğu süreci planlı olarak yönetmek amacıyla gerçekleştireceği eylemleri belirleyip yürütebilmesi için göstereceği öz kapasitesine olan inancıdır. Kişi duyduğu inancın etkisiyle eylemlerini etkili bir şekilde yerine getirir. Öz yeterlilik algıları, eylemin altında yatan ve onu tetikleyen düşünceyi etkiler. Öz yeterlilik, bireyin becerilerinin bir yansıması olarak kabul edilemez. Bireyin, becerisini kullanarak oluşturabileceği yargılarının bir bütünüdür. Öz yeterlilik, bireyin farklı durumlarla baş etme, belli bir etkinliği başarma yeteneğine, kapasitesine ilişkin kendini algılayışıdır, bireysel yargısıdır (42).

**Öz Düzenleme Kapasitesi (Self Regulatory Capability):** Bireyin davranışlarını kontrol edebilme potansiyeline sahip olduğunu açıklamaktadır. Öz düzenleme yeteneğine sahip olan birey davranışını değiştirme mekanizmasına sahiptirler. Birey öz düzenleme yoluyla kendi eylemleri, seçimleri ve nitelikleri ile ilgili yargılara varır; kendini gözlemleyerek doğru ve tutarlı eylemler gösterir ve öz düzenleyici yöntemler yoluyla davranışlarına tutarlı tepkilerde bulunur (45).

***Dolaylı Öğrenme Kapasitesi (Vicarious Capability):*** Bireyin içinde yaşadığı toplumu bilişsel olarak incelemesiyle elde ettiği bilgidir. Bireyin kendi deneyimlerinin dışında diğer bireylerin davranışlarını gözlemleyerek de öğrenirler. Dolaylı öğrenmeler, insanlara deneme yanılmada bulunmaksızın yeni davranışları öğrenme fırsatı verir. Birçok süreçte kişileri hatalardan ve risklerden korur. Gözlem sembolik olarak kodlanır gelecekte ki eylemler için rehber olarak kullanılır. Gözlemleyerek öğrenme dikkat, hatırlama, üretkenlik ve motivasyon süreçleri ile sağlanır (45).

***Sembolleştirme Kapasitesi (Symbolizing Capability):*** Bireylerin, içinde yaşadığı toplumu yönetmeleri ve anlamaları için güçlü bir etkendir. Çoğu dışsal etki bilişsel süreçler yoluyla davranışı değiştirmektedir. Sembollere verilecek olan anlamın ne olduğu, onların kalıcı etkiler bırakıp bırakmayacağı, çevresel olaylar gözlemlenerek belirlenir. Semboller yoluyla insanlar sahip oldukları deneyimleri sürdürürler, şekillendirirler ve onlara anlam verirler. Sembolleştirme işlemleriyle bilgilerini genişletirler ve ilişkilerine anlam kazandırır (41). İnsanlar, sembolleştirme kapasitesi ile zaman ve mekân olarak uzakta bulunan diğerleri ile iletişim kurma, yargılayıcı düşünceler yolu ile yeni bilgiler kazanma, eylemin seyrini öngörebilme, bilişsel olarak problemleri çözme, kişinin eylemleri için rehberlikte bulunma ve çevrelerini anlamlandırmayı sağlarlar (45).

***Öngörü Kapasitesi (Forethought Capability):*** Bireyin sembolik kapasiteyi kullanarak gelecek için plan yapabilmesini açıklamaktadır. Davranıştan önce düşünme gelir; böylece birey gelecekte karşılaşacağı durumla ilgili ön görüde bulunur ve davranışlarını planlayabilir. Bireyler sadece sembolik yöntemlerle çevresine tepkide bulunmayacaklarını, aynı zamanda öngörü kapasitesi ile gelecekte davranışlarını düzenleyebileceklerini savunmuştur. Özellikle insanların kendileri için amaç belirleyip gelecekteki eylemlerinin gerçekleşebilecek sonuçlarını önceden tahmin ederek ve yakın gelecekteki hareketlerini planlayabileceklerini açıklamıştır (43, 44).

***Karşılıklı Belirleyicilik (Reciprocal Determinism):*** Bireysel davranışlar ve çevre kişinin eylemlerinde etkileşim içerisindedir. Çevre, bireysel davranışlar ile davranışlar ise çevre ile etkileşim halindedir. Bireyler çevrelerini belirli yollarla etkilemekte, değiştirmekte, çevre de insanların davranışlarını değiştirmektedir. Karşılıklı belirleyicilik süreci kendi sınırları içerisinde kişinin yaşamını şekillendirmesine fırsat sağlar (41). Karşılıklı belirleyicilik kavramının etkisi koşullara göre değişmektedir. Örneğin, bazı durumlarda düşük öz yeterliliğe



sahip olan insanların çevre üzerindeki kontrolleri öz yeterlilik seviyelerinin yüksek olduğu durumlara göre daha azdır (43, 44).

### **2.5.2. Gebelikte Öz Yeterliliğin Gelişmesine Etki Eden Faktörler**

Gebelik, tek hücre oluşumu ile başlayıp sürecin sonunda donanımlı bir organizmaya geçişin gözlemlendiği bir süreçtir. Kadının yaşamını baştan sona değiştirecek bir olayın ilk aşamasını oluşturan gebelik; sadece fizyolojik olarak değil ruhsal olarakta anne adayını etkilemektedir (46).

Gebeliğin tanınması ile birlikte kadının gebelik ile ilgili doğru bilgi alamadığı durumlar endişe ile sonuçlanabilir. Gebelik döneminde izlemler için sık hastaneye başvurulması, çevreden gelen olumsuz gebelik öyküleri, gebelik sürecinin uzun yıpratıcı ve bilinmez oluşu kadının gebeliğe olan tutumunu etkiler.

Gebelik sürecinde kadının yaşadığı korkular öz yeterlilik algısını etkileyebilmektedir. Korku düzeyi yüksek olan gebeler yüksek düzeyde çaresizlik, düşük kontrol etme algısı ve özsaygıya sahiptir. Ayrıca şiddetli doğum korkusu yaşayan gebelerin, doğum anında kontrolünü kaybettiği ve doğum ağrısını yüksek düzeyde hissettikleri belirlenmiştir (47- 49).

Doğum eyleminde öz-yeterlilik, doğum ağrısı ve stresle baş etme davranışlarının geliştirilmesini sağlamaktadır. Öz-yeterlilik yüksek olan bireylerde, doğum ağrısında analjezik almadan geçirilen zaman ve ilaç kullanımı arasında negatif ilişki olduğu belirlenmiştir. Yüksek öz-yeterliliği olan kadınlarda ağrı daha az algılanmaktadır (52).

Lederman gebeliği kabullenmede güçlük çeken kadınların, gebeliğe ve anneliğe uyumlarının daha zor olduğu ve doğuma ilişkin çok fazla korku yaşadığını belirtmektedir (50). Nitekim, doğru ve yeterli prenatal bakım alan kadınların, gebeliğe ve annelik rolüne daha kolay uyum sağladığı belirlenmiştir. Ayrıca, annelik rolüne uyum sağlama sürecinde özgüven ve prenatal dönemde başlayan sosyal destek arasında pozitif bir ilişki olduğu, eşi tarafından onaylanan ve sorunlarını eşiyle paylaşabilen kadınların daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir (7).

Anne adayının gebelik döneminde yaşayabileceği bu olumsuzluklar çevresinden alacağı yeterli ve tam destek ile çözümlenecektir. Fakat, düşük öz yeterlilik bilincine sahip bireyler olayların gerçekte yaşandığından daha da güç olduğuna inanırlar. Bu düşünce stresi ve kaygıyı artırırken, kişinin bir sorunla en iyi şekilde baş edebilmesi için gereken bakış açısını köreltir (49). Prenatal dönemde gebe eğitim sınıfları ile verilen bakımın bireylerin öz-yeterlilik algısını

yükselterek sağlıksız davranışı terk etme ve sağlıklı davranışı başlatarak sürdürme konusunda yardımcı olacaktır. Böylece, kadın ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel açıdan destekleyerek; gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme alışmayı kolaylaştıracaktır (47- 51).

### **2.5.3. Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik**

Kadının annelik rolüne geçiş aşamasında doğum süreci en özel deneyimi oluşturur. Kadının doğum süreciyle ilgili benliğinde geliştirdiği öz-yeterlilik seviyesi vajinal doğum eyleminde baş etme motivasyonunu etkiler. Vajinal doğum eyleminde kadının baş etmesi gereken ağrının olması, ağrı sırasında kontrolü sağlayamayacağına olan inanç, eylemde epizyotomi ihtiyacının doğması, bebeğinde gelişebilecek herhangi bir olumsuzluk, gebenin kontrolü etkileyen en önemli stres kaynaklarından.

Her kadının doğumdan bir ölçüde korkması doğal karşılanmalıdır. İlk gebeliğini yaşayan kadınlarda bilinmeyenle karşılaşma korkusu vardır. Gebe bir kadın doğum yapma konusunda kendisini yetersiz hissediyorsa korku ve anksiyete yaşar. Bu duygular sonucunda hiçbir tıbbi gereklilik olmaksızın sezaryen ile doğum yapmayı tercih edebilir (56). Stresli bir deneyim olan doğum eyleminde kadının stres duyduğu süreçlerde destek sistemlerinin aktif olması önemlidir. Öz-yeterlilik kadının baş etme yeteneğiyle ilişkilidir, gebeleri etkileyen en önemli faktör normal doğum eylemine motive olmaları ve doğum eyleminin getireceği sonuçlar ile ilgili doğru ve yeterli bilgiye sahip olmalarıdır. Doğum sürecinde öz-yeterliliği yüksek olan kadınlar farklı baş etme stratejileri kullanarak süreci etkin bir şekilde yönetebilmektelerdir.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda; stres, anksiyete ve korku öz-yeterliliği etkileyen temel faktörlerdir. Bu faktörlere bağlı olarak fizyolojik bir olay olan doğum, kadınlar tarafından bir tehdit olarak algılanmaktadır. Bu nedenle öz-yeterlilik algısını azaltan ve arttıran faktörlerin bilinmesi ve çalışmaların yürütülmesi kadın, yenidoğan ve ailesine hizmet veren tüm sağlık profesyonelleri için önem taşımaktadır (30, 52- 57).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; doğum korkusu, doğum ağrısı ve geçmiş doğum deneyimlerinin öz-yeterlilik algısı ile ilişkili olduğu ve bunlara bağlı olarak doğum şekli tercihinin etkilendiğinin saptanmıştır (57). 2015 yılında 1410 nullipar ve multipar gebe ile yürütülen tanımlayıcı bir çalışmada; doğumda öz-yeterliliği etkileyen faktörler incelenmiştir. Doğuma ilişkin bilgisi az olan kadınların doğumda öz-yeterlilik düzeylerin daha düşük oldu sonucuna varılmıştır. 2015 yılında gerçekleştirilen başka bir kesitsel, tanımlayıcı bir çalışmada; doğum korkusuna etki eden faktörler incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda

doğum korkusu yüksek olan kadınların öz-yeterlilik düzeyleri daha düşük olduğu saptanmıştır (59).

2016 yılında 63 nullipar gebe ile yürütülen yarı-deneysel bir çalışmada; antenatal eğitimin doğum korkusu, maternal öz-yeterlilik ve parental bağlanamaya olan etkisi incelenmiş ve çalışmanın sonucunda antenatal eğitimin doğum korkusunu azaltmakta ve annelerin öz-yeterliliğini arttırmada etkin olduğu belirlenmiştir (58).

Longitudinal yürütülen başka bir çalışmada, 235 primigravid gebede sosyal desteğin kadınların psikolojik semptomları ve öz-yeterliliklerine olan etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, düşük düzeyde ki öz-yeterliliğin depresyon ve anksiyeteyi arttırdığı sonucuna varılmıştır (56).

Sonuç olarak kadınlara doğum öncesi dönemden başlayarak bakım sunan başta ebeler olmak üzere diğer sağlık profesyonellerinin, gebelerde doğum öz-yeterlilik algısı ve düzeyi ile ilgili tanılama yapıp, öz-yeterliliği olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi olumlu sağlık sonuçları açısından büyük önem taşımaktadır.

#### **2.5.4. Öz Yeterlilik Algısının Artmasında Ebeğin Rolü**

Kadınlara doğum öncesi dönemden itibaren sağlık bakım hizmeti sunan ebeler doğumdaki öz-yeterliliği olumsuz yönde etkileyen faktörleri belirleme de birincil rol alan sağlık profesyonelleridir (57). “Ebe, gebelerin sosyal destek sistemlerini değerlendirerek, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde karşılaşılabilecek güçlüklerle baş etmesinde yardımcı olabilecek bireyleri sürece dahil etmelidir. Özellikle ilk bebeklerini bekleyen anne ve baba adayları özgüvenleri ve bebek bakımı konusundaki yetkinliklerinin artırılması amacıyla doğum öncesi hazırlık sınıflarına yönlendirilebilir” (38).

Kadının öz-yeterlilik algısının gelişmesinde ebeğin kuracağı etkin iletişimin gücü unutulmamalıdır. Etkin bir iletişimden söz edebilmek için ebeğin mesajını dikkatlice oluşturması, empati kurabilmesi, gebeyi aktif olarak dinlemesi, gebeye geri bildirim vermesi gibi önemli hususlara dikkat etmesi gerekir.

Kadınların doğum öz-yeterliliklerini geliştirmek için ebeler;

- Gebeyi selamlayarak nazik bir şekilde karşılamalı, gerekli mahremiyeti sağlamalıdır.
- İletişim için gerekli mesafe ayarlanmalı, ebe kendini tanıtmalı, ebeğin adını öğrenmeli adıyla hitap etmelidir.

- İletişim sırasında gebe ile yüz yüze olmaya, göz teması kurmaya dikkat edilmeli, ilgi alanında ki “tek bireyin o olduğu” hissi verilmeli, sakin ve güvenilir bir şekilde konuşulmalıdır.
- Sürece zarar vermeyecek herhangi bir kültürel veya dinsel inanışa karşı saygılı olunmalı ve düşüncelerine değer verilmelidir.
- Gebenin kendini ifade etmesine zaman tanınmalı, doğumla ilgi korkularını sorgulamalı, gebe ile ilgili gözlem yapmalı, sözlü ya da sözlü olmayan tepkilerini dikkate almalıdır. (panik olma, düzensiz solunum, çarpıntı, ağlama, gözleri kaçırma, susma, terleme, seste ve ellerde titreme, sıcak basması vb.)
- Gebenin stresli durumlarda baş etme yöntemlerini belirlemeli, yararlı bulunan baş etme yöntemlerini desteklemelidir.
- Doğum öncesi eğitim grupları oluşturmalı, gebelerin solunum ve gevşeme tekniklerine yönelik bilgi düzeyleri artırılmalıdır.
- Gebeye doğum ağrısı ve doğum sırasındaki yararlı davranışlar anlatılmalı, öğretmeli ve daha sonra iş birliği içinde öğretilen davranışları doğum sırasında kullanması sağlanmalı ve gebe bu konuda desteklemelidir.
- Eğitimler ve doğum eylemi sırasında sessiz, sakin, huzurlu bir ortam oluşturmalı, gebenin istediği yakınlarından birisinin destek vermesi sağlamalıdır.
- Gebenin kendini rahat hissetmesi için kişisel hijyenini sağlamalı, yatağın ve odanın temiz olmasına özen göstermelidir.
- Enfeksiyonun önlenmesi ve rahatlık açısından perinenin temiz ve kuru tutulması sağlanmalıdır.
- Vena cava inferior basısını azaltmak ve fetus-maternal kan dolaşımını arttırmak için gebeye sol lateral pozisyon verilmelidir.
- Kontrendikasyon yoksa gebe ayağa kaldırılmalı, istediği pozisyonu almasına fırsat tanınmalıdır.
- Fiziksel şartlar uygunsa gebenin ılık suyla duş alması sağlanmalıdır.
- Ebe doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin etkilerini, sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemlerin etkin bir şekilde uygulanmasında gebeye yardımcı olmalıdır

- Gebe 2-3 saatte bir mesanesini boşaltması için desteklenmelidir.
- Vücut ısısı korunmalı, ter ve amniyotik mayi sebebiyle kirlenen kıyafetler değiştirilmeli, ayakları üşüyorsa çorap giydirilerek ısınması ve konforu sağlanmalıdır (60).

Subjektif bir kavram olan öz-yeterlilik algısı etkilenebilir ve değiştirilebilir özelliği vardır. Ebeler yapacakları girişimlerle bireylerin öz-yeterlilik düzeylerini artırabilirler. Öz-yeterliliği yüksek olan annelerle daha rahat bir doğum süreci ve güvenli bir gelecek sağlanır (1).

## **2.6. DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ**

Doğuma hazırlık sınıfları aynı amaç için bir araya gelmiş çiftlerin doğuma ve ebeveynliğe hazırlanması için gerçekleştirilen, kapalı grup eğitim programlarıdır. Kadın ve ailesinin gebelik ve doğum sürecini sağlıklı geçirmesi ve pozitif karşılaması için eğitilmiş ve hazırlıklı olmaları önemlidir (61- 63).

Doğum öncesi eğitimde amaç; gebelik, doğum, doğum sırasında oluşan süreci, sağlık ekibinin uygulayacağı işlemleri anne adayının ve eşinin ekip ile planlı olarak etme, doğum pozisyonları, doğumda destek, olası girişimler, solunum, ıkınma ve gevşeme egzersizleri, rahatlama teknikleri gibi konuları öğretmek doğum eylemi için ruhsal ve fiziksel olarak hazırlamak ve doğumda öz-yeterlilik düzeyinin artmasını sağlamaktır (64- 66)

Kadının bilgi düzeyi arttıkça kendisini güçlü hisseder, öz güveni ve memnuniyeti artar. Ayrıca, doğum öncesi eğitim aracılığı ile kadının doğum eyleminde otonomisinin artması eyleme karşı olumlu tutum ve davranışta olması, bebeğini etkin bir şekilde emzirmesi ve postpartum dönemde iyileşme sürecinin hızlanması sağlanacaktır (63).

### **2.6.1. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Gelişim Süreci**

Doğum öncesi eğitimin önemini anlaşılmaması amacıyla dünyada ilk olarak 1909 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) "Doğum Öncesi Eğitim ve Bakım Örgütü" kuruldu. Doğum Öncesi Eğitim ve Bakım Örgütü tarafından 1913 yılında dünyada ki ilk formal doğuma hazırlık sınıfı açıldı (69).

20. yüzyılın başlarında kadın doğum uzmanı olan İngiliz Hekim Dick Read, birçok kadının doğum deneyimini gözlemlemiş ve “Eğitilmiş Doğum” kavramını ortaya atmıştır. Kadınların ilk prenatal ziyaretten doğuma kadar eğitilmesini desteklemiş ve doğuma hazırlık eğitimlerinin temellerini atmıştır (67- 69).

Dick Read; Doğal Doğum (1933), Doğumun Kutsal Kitabı (1942) ve şu an yürütülmekte olan doğuma hazırlık sınıflarının temelini oluşturan Korkusuz Doğum (1944) kitabını yayınlamıştır. Ardından tüm dünyada yıllar içerisinde farklı metot ve felsefelerle doğuma hazırlık eğitimlerine ilgi giderek artmıştır (69).

Doğuma hazırlık eğitimlerinin artmasında 1970’li yıllarda kadın hareketlerinin artışı ile anne adaylarının beklentilerinde değişiklikler meydana gelmiştir. Kadınlar özellikle kendi bedenleri hakkında farkındalık kazanmak, sürecin merkezinde ki birey olmak ve eşleriyle birlikte güzel bir deneyim kazanmaya odaklanmıştır.

Doğuma hazırlık eğitimlerinin popüler hale gelmesinde Lamaze ve Bradley’in çalışmaları etkili olmuştur (6). Fransız bir hekim olan Dr. Fernand Lamaze doğum eyleminde kadınları gözlemlemesi sonucunda Pavlov’un “Koşullu Refleks Teorisine” dayandığı yöntemini oluşturmuş, 1951 yılında Psikoprofilaktik Yöntem adıyla Fransa’da sunmuştur. Lamaze düşünce yolu ile doğum ağrısının duyumsanmayacağını öne sürmektedir.1970’li yıllarda Dr. Robert Bradley doğumda özellikle baba adaylarının bulunmasını ortaya atmış eylem süresince kadına sunulan kesintisiz eş desteğinin önemini vurgulamıştır.

Tarihi süreçte doğuma hazırlık sınıflarına sunulan bilgilere çeşitlilik kazandıracak gelişmeler yaşanmıştır, bir antropolog olan Janet Balaskas farklı kültürdeki kadınları gözlemleyerek doğumda hareketli olmanın önemini tespit etmiştir.1970’lerde İngiltere de kadınları sokağa çağırarak aktif doğum hareketinin öncüsü olmuştur. Balaskas kadınların doğuma olan algısının değişmesinde büyük katkı sağlamıştır.

Doğuma hazırlık eğitimi sürecinde bir başka temel basamağı oluşturan Dr. Michel Odent destekleyici çevrenin önemi ve suda doğumun konforundan bahsetmiştir. 1980 yılında başlattığı çalışmaları halen dünyanın pek çok ülkesinde uygulanan doğuma hazırlık eğitimi sınıfında doğal doğum ve suda doğum anlatılırken Odent’in felsefesine dayandırılır.

Mary Mongan 1989 yılında HypnoBirthing felsefesini oluşturmuştur. Mongan kullanılan doğum dilini pozitif yönde değiştirerek keşkesiz doğumlar yolunda kadınlara rehber olmuştur. Günümüzde otuzun üzerinde ülkede HypnoBirthing sertifikalı eğitmenler tarafından eğitimler sunulmaktadır.

Fransız Frederick Leboyer doğum odasının düzeni, uyarılardan arındırılması, anne ve yenidoğanın isteği ve ihtiyacına göre yapılandırılmasını savunmuştur. Yenidoğanı travmatize edecek girişimlerden kaçınılması gerektiğini vurgulamıştır.

Pam England tarafından 1999 yılından itibaren geliştirilen England Modelinde çiftlerin doğuma bakış açılarını ortaya çıkartacak içsel yolculuğun yansımalarıyla istek ve ihtiyaçlarını resim çizerek ve rol play yaparak anlatmalarını sağlamaktadır (6, 7, 62, 63, 65-69).

Türkiye’de ise doğuma hazırlık eğitimlerinin başlangıcı 1980’li yıllarda Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın ve Doğum Kliniği ile ABD İncirlik Hava Üssü Hastanesi’nde Oktay Kadayıfçı’nın önderliğinde Lamaze yöntemi benimsenerek yapılmıştır (6, 69). Eğitimlere katılımın az olması ile toplumun hazır olmayışı gerekçe gösterilerek sınıflar kapatılmıştır. Ardından yıllar içerisinde giderek yaygınlaşmış ve özellikle son on yılda büyük ilerleme kaydedilmiştir (63). Sağlık Bakanlığı, 2014 yılında “Gebe Bilgilendirme Sınıfları” genelgesini yayımlayarak her ilde devlet veya üniversite hastaneleri bünyesinde ücretsiz doğuma hazırlık sınıflarını hizmete sunmuştur. Son yıllarda bu eğitimlerin etkinliğini değerlendiren çalışmaların sayısı da giderek artmaktadır (60-63).

### **2.6.2. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Etkinliği**

Doğuma hazırlık sınıfları bireylere gebelik ve doğum sürecinde karar verme ve uygulama becerileri kazandırır. Fetüs dahil olmak üzere aile fertlerinin fiziksel ve psikolojik sağlığını yükselttiği için oldukça önemlidir. Her hazırlık sınıfının farklı felsefesi, programı ve ilkeleri olabilir. Bu yüzden amaç ve hedeflerde farklılıklar gözlenebilir. Bazı eğitimler sadece teorik bilgi aktarımından oluşurken, bazıları birçok doğuma hazırlık felsefesinin harmanlanmasından oluşan uygulamalar içermektedir (55, 57, 67).

Genel olarak doğuma hazırlık eğitimlerinin amaçları;

- Prekonsepsiyonel dönem, gebelik, doğum ve doğum sonrası süreç ile ilgili bilgi sağlanması.
- Bireylerin olumlu yönde ebeveynlik algılarının oluşturulması, olumlu sağlık alışkanlıklarının kazandırılması.
- Gebelik doğum ve sonraki süreçte bebek ile kaliteli vakit geçirmenin sağlanması.
- Çiftlerin değişen rollere hazırlanması, sürece dair korku ve kaygılarından arındırılması.
- Stres ile baş etme yöntemlerinin kazandırılması.
- Kadının bedenine yönelik farkındalığını artmasının sağlanması.

- Doğum kontraksiyonları sırasında kullanılacak rahatlatıcı yöntemler hakkında bilgi sağlanması ve uygulamalara destek olunması.
- Solunum egzersizlerinin öğretilip, eylemde uygulamalarının sağlanması.
- Postpartum dönemde fizyolojik değişiklikler konusunda farkındalık kazandırılması anormal durumlar konusunda gebe ve eşini bilgilendirmek.
- Emzirme öz-yeterliliğinin artırılması.
- Yenidoğan bakımının uygulamalı öğretilmesi.

Literatürde doğuma hazırlık sınıfları; ebeveynlerin bilgi düzeylerinde, olumlu doğum algısında, prenatal uyum ve doğuma olan uyumda, doğum memnuniyetinde, doğum öz-yeterliliğinde, gebelikte ki konfor düzeyinde, anne sütü ile beslenme oranında, erken emzirme, emzirme öz yeterliliği oranlarında, eşin sürece katılımı ve eş desteğinde artma olduğu belirtilmiştir. Gerçekleştirilen literatür araştırmasında; spontan ıkınma becerisinde, doğum korkusunda, doğum eyleminin müdahale ile başlamasında, epizyotomi oranlarında, doğumun ikinci evresindeki ağrı puanlamasında, postpartum meme ucu, perine komplikasyonlarında, bebeğe ait komplikasyonlarda, doğum ile ilişkili post-travmatik stres sendromlarında azalma sağlamaktadır (7, 57-59, 69).

Doğuma hazırlık sınıfları ile ilgili olarak iyi yapılandırılmış kanıt düzeyi yüksek çalışmaların etkilerine yönelik araştırmalara gereksinim duyulmaktadır (57-59).

### **2.6.3. Doğuma Hazırlık Eğitim Çeşitleri ve Yaklaşımları**

Sağlık Bakanlığı, 2014 yılında “Gebe Bilgilendirme Sınıfları” genelgesinde bilgilendirme ve danışmanlık hizmetinin bireysel ya da grup eğitimi olarak en az üç oturum olacak şekilde yapılmasını önermektedir. Eğitimciler farklı ihtiyaçlar doğrultusunda farklı çeşitlilikte sınıflar yürütebilmektedirler (60). Yürütülen bu sınıfların başlıcaları şunlardır;

***Prekonsepsiyonel Dönem Eğitim Sınıfları:*** bebek sahibi olmayı planlayan çiftlerin katıldığı sınıflardır. Katılım sağlayan bireylerin genel durumları değerlendirilir, gebeliğe sağlıklı hazırlanmaları desteklenir, risk yaratan durumlardan kaçınmalarına yardımcı olunur. Gebeliğe dair olumlu duygular desteklenir olumsuz duygular ile baş etmesi sağlanır. Gebelik öncesi uygulanması gereken sağlık kontrolleri, laboratuvar testleri, beslenme ve egzersiz alışkanlıklarının kazanılmasına yardımcı olunur. Gebeliğin oluşum fizyolojisi hakkında bilgilendirme sağlanır.



**Erken Dönem Gebelik Eğitim Sınıfları:** ilk iki trimesterde çiftlerin gebeliğe uyumlarını, sağlık ve konforlarını arttırmak için yürütülen sınıflardır. Eğitimde bireylere; gebeliğin fizyolojisi ve embriyonel dönem, süreçte yaşanabilecek olumsuzluklar, kanıt temelli baş etme yolları, gebelik izlemlerinin zamanı ve önemi, gebelikte dikkat edilmesi gereken teratojenler, tehlike belirtileri alınması gereken önlemler, eş desteği ve sosyal desteklerin verimli kullanılması, çiftlerin aile olma yolundaki rol ve beklentileri gibi durumlarda bilgilendirme ve destek sağlanır.

**Doğuma Hazırlık Sınıfları:** doğal doğum odaklı olan bu sınıflarda bireylerin gebelik, doğum ve doğum sonrası sürece uyumları desteklenir. Hazırlık sınıfında kullanılan felsefeye göre eğitimin süresi değişiklik gösterir. Sürdürülen eğitimler dinamik olması sebebiyle yoğun olarak kapalı guruplar halinde yürütülür. Planlanan eğitim içeriğine göre haftalara bölünerek, benzer gebelik haftasındaki bireylere sunulur. Uygulanacak olan eğitimde gebeliğin ilk trimester sonrasında başvurması önerilir. Bunun sebebi ilk trimester da yaşanan ambivalan duygularından arınması ve gebeliğini daha çok hissettiği bir döneme girmiş olması ve düşük riskinin azalmasıdır.

Genel olarak eğitim içeriğinde;

- Doğuma yönelik duyguların belirlenmesi, olumlu duyguların güçlendirilmesi, olumsuz düşüncelere yönelik baş etme stratejilerinin geliştirilmesi sağlanır.
- Doğumun fizyolojisi ile ilgili bilgilendirme yapılarak, doğuma yönelik planlamalar, tercihler ve bunlara yönelik doğum ile ilgili seçimlerin yapılması sağlanır.
- Doğumun başlama belirtileri, eylemde evde geçirilen zamanın kalitesini artırma, aktif doğum süresindeki hastane prosedürleri ile ilgili bilgilendirme sağlanır.
- Doğumda kullanılacak solunum ve gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi ve provalar ile uygulanabilir hale getirilmesi sağlanır.
- Doğuma yönelik kanıt temelli uygulamalardan olan loş, sessiz ve gereksiz temasın olmadığı bir ortam oluşturulması sağlanır.
- Kordonun geç klempenmesi, yenidoğanın ten tene temasının sağlanması ve doğum sonu dönem bakımı ile ilgili bilgilendirmeler yapılır.

**Sezaryen Sınıfları:** normal doğuma hazırlık sınıflarının içeriğinde plansız sezaryene yer verilir. Bu sınıflarda ise planlı sezaryen ile doğum odaklı eğitim verilmektedir.

Verilen eğitimlerde; sezaryen endikasyonları, sezaryene hazırlanma, doğal sezaryen ile ilgili bilgiler (doğum belirtileri başlayana kadar süreci bekleme, epidural anestezi işlemi, babanın doğuma katılması, umbilikal kordun geç klemplenmesi, erken dönemde tensel temas), doğum sonu erken dönemde annenin bebeğin bakımına katılmasını sağlama gibi konulara yer verilir.

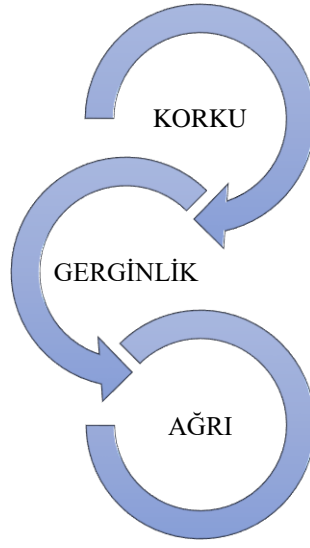
**Emzirme Sınıfları:** doğum sonu emzirmenin erken başlatılıp sürekliliğinin sağlanmasını hedefleyen eğitimlerden oluşur. Kadına verilen bu eğitimlerin sonucunda stres faktörlerinde azalma olur azalan stres, annenin emzirme öz yeterliliğinin güçlendirir ve emzirme başarısı artar.

Emzirme sınıflarında verilen eğitimlerde; memenin anatomik yapısı, laktasyon döneminde memede gerçekleşen değişimler, anne sütünün kıymeti, doğum sonu emzirmeye başlamanın önemi, emzirme için uygun pozisyonlar, emzirilen bebeğin izlemi, çalışma yaşamı ve emzirme ve emzirme döneminde babanın sürece dahil olması konularına yer verilir.

**Yenileme Sınıfları:** daha önce doğum yapmış ve bu sınıflara katılmış olan bireylerin güncel bilgilere ulaşma ve bilgi tazeleme amacıyla açılan sınıflardır (60, 64, 69, 71).

#### ***Dick-Read yöntemi:***

İngiliz asıllı kadın doğum uzmanı olan Grantly Dick Read 1910'lu yıllarda Londra'da staj yaptığı klinikte kloroform uygulanmadan doğum yapan kadınların doğum süreçlerini gözlemlemiştir. Korkudan arınmış gebelerin travay sürecini daha rahat geçirdiğini deneyimlemiş ve 1920'li yıllarda bugün tüm doğuma hazırlık felsefelerinin temelini atan korku-gerginlik-acı döngüsünü temel olarak tanımlamıştır. Dick Read kadının doğumdan korkmasına sebep olacak pek çok durumla karşılaştığını, korkunun kadının bedeninde gerginliğe yol açtığını bunun sonucunda gebenin ağrıyla duyumsadığını belirtmiştir (69, 71).



Şekil 2.2. Dick-Read Yöntemi Korku-Gerginlik-Ağrı Döngüsü -Çalık (69)'dan

Dick Read'ın tanımına göre batıl inançlar, içinde yaşanılan toplumun gelişmişlik seviyesi ve kültür, kadın üzerinde ağrıyı etkileyen faktörlerdendir. Bu faktörler doğumdaki anksiyete ve korkuların oluşmasına neden olur. Kadın eylemin başlamasından itibaren ağrı hissedeceğini düşünür ve bundan son derece korkar, bu durum bedende gerginliğin oluşmasına sebep olur. Korkunun gerginliğe, gerginliğin de ağrıya yol açtığını belirtmiştir. Doğum için olumsuzluk yaratan bu sürecin kadının doğum ile ilgili bilgisinin azlığından kaynaklandığını, ancak kadının bilgilendirilmesi ile süreçle daha rahat baş edebileceğini savunmuştur (64, 69-71).

### ***Lamaze yöntemi:***

Fransız asıllı obstetrisyen olan Fernand Lamaze, psikoprofilaksi olarak da bilinen en yaygın doğuma hazırlık metotlarından olan Lamaze Yöntemini, Pavlov'un şartlı öğrenme kuramı ile davranışsal psikoloji yaklaşımından etkilenerek geliştirmiştir.

İlk kez tanımlandığı 1950'li yıllarda doğum ağrısı ile baş etme de nefes ve gevşeme egzersizlerinin yer aldığı bir eğitim yöntemiymişken, günümüzde kapsam ve boyutu genişletilerek kadını doğuma ve anneliğe uyum içerisinde hazırlanmasını sağlayan bir felsefe olarak kabul edilmiştir.

1960 yılında Lamaze organizasyonu kurulmuştur. Kar kaygısı gütmeden eğitimcilerin yetiştirilmesi, çiftlere destek verilmesini amaçlayan gönüllü bir kuruluştur. Organizasyonun adı günümüzde “Lamaze International” olarak değiştirilmiştir. Fakat misyon aynı kalmıştır (64,69).

Lamaze; bilinçli şekilde eğitilen gebelerin doğum öncesi dönemde ağrı çekmeme, kontrollü kas gevşetmesi ve solunum egzersizlerine şartlanarak, her bir kontraksiyonun başlangıcında derin bir nefes alınıp, kontraksiyon süresince hızlı ve yüzeysel nefeslerle devam edilmesini vurgular. Düşüncelerini bir yere ya da objeye odaklayarak kaslarını gevşetmeye çalışır. Böylece doğum süreci daha kısa sürer ve ağrı ile baş etmeyi artırır (64, 69-72).

Lamaze felsefesiyle yürütülen doğuma hazırlık sınıflarında, eğitimcilerin Lamaze örgütüne sunulan sertifikası bulunur. Gebe, normal doğuma hazırlamaya odaklanılır. Gebelere eğitime üçüncü trimesterde katılır, eğitimler 12 saatlik bir program dahilinde yürütülür. Sınıfların üst seviyesinin 12 çifti aşmaması gerekir. Eğitim katılımcıların kültürel değer, inanç, özgürlük ve öğrenme düzeyleri dikkate alınarak yürütülür (64, 69-72).

Lamaze yönteminde doğal doğuma götüren 6 temel uygulama şöyledir;

- Doğum kendiliğinden başlamalıdır.
- Kadına doğum süreci boyunca hareket özgürlüğü tanınmalıdır.
- Kadına duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.
- Eylem boyunca rutin müdahalelerden kaçınılmalıdır.
- Doğal ve aktif ıkınma teknikleri tercih edilmelidir.
- Doğum sonu anne ve bebek bir arada olmalı, emzirme için süresiz imkan tanınmalıdır.

Şekil 2.3. Lamaze Yönteminin 6 Temel Metodu -Çalık (69)’dan

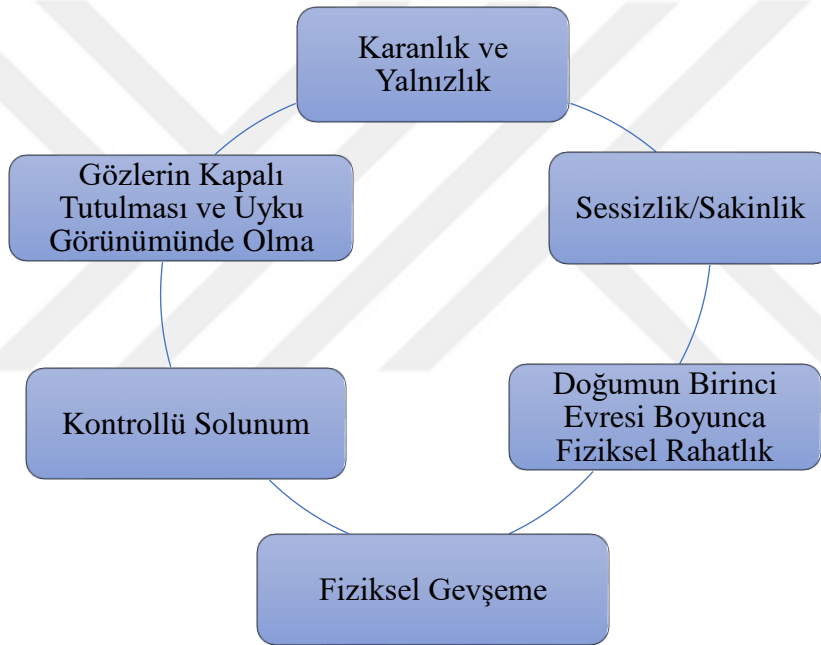
### ***Bradley yöntemi:***

Bradley yöntemi, obstetrisyen/jinekolog Robert A. Bradley tarafından geliştirilmiştir. Bradley yönteminde gebelik, doğum ve doğum sonrası sürecin keyifli ve verimli geçmesi için eşin önemi vurgulanır. İlk kez erkeğin eşinin doğum koçu olması gerektiğini tanımlamıştır.

Doğumu yalnızca kadının olmaktan çıkıp, eşler arasında ortak paylaşılan bir değer olması gerektiğini yönteminde belirtmiştir. Yöntemde, çiftin doğuma gereksiz müdahalelerden kaçınılması normal ve doğal yollardan hazırlanması hedeflenir.

Erkek tarafından kadının bu gereksinimlerinin karşılanması gerektiği vurgulanır. Bu yöntemin uygulandığı sınıflarda eşlerin eğitime birlikte katılması zorunludur. Çiftler 12 haftalık eğitim sürecine katılırlar. Sınıflarda, babanın doğum yapan eşine nasıl destek vereceği ve koçluk yapacağı, ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağı öğretilir. Doğum deneyimindeki sorumluluklar eşler arasında paylaşılır (69).

Bradley'in yönteminde, doğum yapan kadının 6 gereksinimini tanımlamıştır.



Şekil 2.4. Bradley Yönteminde Kadının 6 Temel Gereksinimi -Çalık (69)'dan

### ***Mongan yöntemi/ Hypno-Birthing:***

Marie F. Mongan tarafından 1990 yılında geliştirilen doğum tekniği ve felsefesidir. Mongan yöntemi, G. Dick-Read' in korku-gerginlik-ağrı döngüsüne dayandırılarak geliştirilmiştir. Mongan 1987 yılında hipnoterapi sertifikası aldıktan sonra hipnoz tekniğini kendi kızı olan ve ilk kez 1990 yılında HypnoBirthing metoduyla doğum yapmış bir anne olarak literatüre geçen Maura üzerinde uygulamıştır.

Hypno-Birthing doğumun normal, doğal ve sağlıklı olduğuna inanan bir felsefedir. Buna göre de kadının bedeni nasıl doğum yapacağını içgüdüsel olarak bilir. Gebelik ve doğum eylemiyle ilişkili teknik veya kadında kaygı uyandıran kelimeler yerine olumlu kelimeleri kullanmayı önerir. Örneğin, doğum sancısı/ağrısı yerine dalgalanma/artma/çalkalanma kelimelerini; “koç” kelimesi yerine doğum arkadaşı kelimesini, membranların “rüptürü” yerine açılması terimini kullanmayı önerir.

Hypno-Birthing ağrıyla baş etmeyi öğreten bir metot değildir. Hypno-Birthing derin gevşemeyi, hayalinde canlandırmayı, kendi kendini hipnotize etmeyi öğretir ve “doğumun mutlaka ağrılı olduğu” algısının gerçek dışılığını vurgular.

Hypno-Birthing felsefesi ile eğitim verilen gebe sınıflarında Marie Morgan tarafından geliştirilen ve ‘Cooked Book’ olarak adlandırdığı sıralı metinleri takip ederek ilerlenir. Eğitim süresi 4-6 hafta arasında değişiklik gösterebilir ve toplamda 12 saatlik bir programdır. Marie Morgan hipnoterapi çalışmalarına ağırlık vererek Hypno-Birthing Enstitüsü’nü kurmuş ve Morgan Metodu’nu geliştirmiştir. Halen ABD’de merkezi olan Hypno-Birthing Enstitüsü düzenli aralıklarla kurslar organize ederek, gebe eğitimi yapmak isteyen eğitimcileri yetiştirmektedir. Yöntemin uygulanabilirliği için mutlaka sertifika almak gerekir. Eğitim dört gün sürmektedir, ilk iki gün hipnoz sonra ki günlerde Hypno-Birthing eğitimi verilir. Eğitim sonunda uygulanan sınavda başarılı olan eğitimciler sertifika almaya hak kazanır (69, 73).

#### **2.6.4. Doğuma Hazırlık Eğitiminde Ebeğin Rolü**

Son yıllarda sezaryen doğum oranlarının düşürülmesi için yapılan politikalar doğrultusunda doğumun fizyolojik bir olay olarak görülmesi, normalleştirilmesi ve gebelerin doğal doğum yöntemlerine yönlendirilmesi yaygınlaşmaktadır.

Gebe eğitim ve desteğini sağlayacak sağlık profesyonellerinin başında ebeler gelmektedir. Doğuma hazırlık eğitimini veren ebeler iyi bir grup lideri olmalı ve her grup üyesinin etkinliklere katılmasını desteklemeli, kadının karar sürecini etkileyebilecek faktörlerin sağlıklı bir şekilde değerlendirip, gebelik ve doğum sürecinin olumlu geçmesini sağlamalıdır.

Günümüzde, ebelerin sağlık sistemi içerisinde birçok rolü mevcuttur. Doğuma hazırlık eğitimleri süresince ebeler bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, iletişim ve eşgüdüm sağlama gibi rolleri üstlenmektedir.

**Bakım verici rolü:** doğuma hazırlık eğitimini alan ebe eğitim sınıflarına başvuran gebelerin risk oluşturabilecek durumlarda erken teşhisi ve müdahalesinde etkin rol

oynamaktadır. Sınıflarda eğitim alan gebelerin doğum eylemine katılarak doğum eylemi ve erken lohusalık bakımında görev alır.

**Eğitici rolü:** bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumaya geliştirmeye yönelik sistemli eğitim sunmak ebe rollerindedir. Eğiticilik doğuma hazırlık sınıflarında ebe en çok kullandığı roldür. Deneyimli ve güncel bilgiyi analiz eden doğum eğitmeni ebe diğer meslektaşlarının bu konudaki gelişiminden sorumludur.

**Araştırmacı rolü:** ebelik mesleğine özgü bilimsel bilginin artması, literatürde doğuma hazırlık eğitimlerinin etkinliğini ölçen çalışmaların sayısını artırması ve mesleki gelişime katkı sağlaması gibi sorumluluklara sahiptir.

**Yönetici rolü:** ebe bakım verdiği her alanda işleyişi düzenli ve verimli olarak yönetmek, kurum ve bireyler ile koordinasyonu sağlama görevini üstlenir.

**İletişim ve eşgüdüm sağlayıcı rolü:** ebe, aile ve diğer ekip arkadaşları ile kurduğu etkin iletişimde, gebelik ve doğum sürecinde doğru karar alma, sürecin planlı yürütülmesinde koordinasyon sağlar.

**Danışmanlık rolü:** aileye süreçte yaşanabilecek durumlar konusunda farkındalık kazandırır. Seçenekler sunar ve ailenin tercihlerine saygı duyar, talep edilen sağlık hizmetine ulaşmada olanak sağlayıcı roldedir.

Ebenin sunduğu eğitim ve bakım hizmetlerinin genelinde rol ve sorumluluk becerilerini kazanmış olması ve hizmetlerin tarafsızca uygulanması sağlığın geliştirilmesi ve devamlılığı açısından oldukça önemlidir (69).

## **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma, nullipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin, gebelerin doğum öz yeterlilik algılarına olan etkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI**

HO: Nullipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin kadınların doğum öz yeterliliği üzerine etkisi yoktur.

H1: Nullipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin kadınların doğum öz yeterliliği üzerine etkisi vardır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ**

Bu çalışma 'Ön Test-Son Test Yarı Deneysel Çalışma' yöntemiyle yürütülmüştür.

#### **3.3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Çalışma, 6 Şubat- 16 Aralık tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı İstanbul Sultanbeyli Devlet Hastanesi Gebe İzlem Polikliniğine başvuran nullipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin, gebelerin doğum öz yeterlilik algılarına olan etkisini belirlemek amacıyla, Sultanbeyli Devlet Hastanesinin Gebe Okulu Biriminde yürütülmüştür. Gebe okulu; eğitim alanı ve uygulamalı egzersizlerin yürütüldüğü iki ayrı sınıftan oluşmaktadır (Ek:8). Gebe İzlem Polikliniğinde iki, gebe okulu biriminde bir ebe görev almaktadır. Eğitim almak için başvuruda bulunan gebeler, haftada 2 saat olmak üzere 4 hafta sürecek olan doğuma hazırlık eğitimini ebe yönetiminde almaktadırlar.

Gebe okulunda, gebeliğin oluşumu, gebelikte sık görülen rahatsızlıklar ve baş etme yöntemleri, Doğum süreci, doğumun başladığını gösteren belirtiler, doğum eyleminde rol oynayan faktörler, yalancı ve gerçek kasılmaları, sezaryen ameliyatı gerektiren tıbbi durumlar, normal doğumun anne ve bebek sağlığı için etkileri, doğum ağrıları ile ilaçsız baş etme yöntemleri, doğum sırasında nefes alma ve ıkınma teknikleri, lohusalık dönemi, etkin emzirme teknikleri, yenidoğanın bakımı ebelerin verdiği eğitim konularındandır.



### **3.3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Çalışmanın evrenini; Sağlık Bakanlığı İstanbul Sultanbeyli Devlet Hastanesi Gebe İzlem Polikliniğine başvuran, çalışmanın başında belirlenen kriterlere uyan ve 4 haftalık gebe okulu eğitimini almaya gönüllü olan tüm nullipar gebeler oluşturmaktadır (Kuruma bir yıl içerisinde başvuran nullipar gebe sayısı net olarak bilinmemekle birlikte ortalama 2500 civarındadır).

Örneklem sayısını belirlemek amacıyla G\*Power (v3.1.7) programı kullanılarak güç analizi yapıldı. İşbir ve ark. (2016) araştırmalardan elde edilen veriler dikkate alınarak power: 0.8,  $\alpha$ : 0.05 ve  $\beta$ : 0.19 olacak şekilde hesaplama yapıldı. Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği için her bir grupta 24 kişi toplamda 48 kişilik örneklem için etki büyüklüğünün 1.28, çalışmanın gücünün 0.96 olduğu bulundu. Ancak çalışma süresince yaşanacak veri kayıpları göz önünde bulundurularak (çalışma süresi içerisinde katılımcı gebenin risk tanısı almış olması veya gebeliğin erken sonlanması hali, gebelerin çalışmayı bırakmak istemesi), çalışmanın güvenilirliğini artırmak amacıyla her gruba 32 nullipar gebe alınması planlandı. Çalışma örneklemini toplam 64 nullipar gebe oluşturmaktadır.

### **3.3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- 18 yaş üzeri ve 35 yaş altı olmak,
- Sultanbeyli Devlet Hastanesi'nde gebe izlem polikliniğine başvurmuş olmak,
- 24.- 32. gebelik haftaları arasında olan nullipar gebeler, (doğum ve postpartum konularda edinilen bilgilerin unutulmaması için 24. gebelik haftası öncesinde olan ve prematüre doğum gibi durumlarla karşılaşılma ve eğitimin tamamlanamaması riskini azaltmak için 32. gebelik haftasından sonra olan gebeler alınmamıştır)
- Tek fetüsü olan, riskli gebeliği olmayan gebeler

### **3.3.4. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- Araştırmaya katılmak istemeyen gebeler,
- Okur yazar olmayan gebeler,
- Riskli gebelik tanısı alan gebeler

### 3.3.5. Randomizasyon

Çalışmada, poliklinikte rutin uygulanan doğuma hazırlık eğitimini tüm gebelerin alması gerektiği için deney ve kontrol grubunu belirlerken ayrı randomizasyon uygulanmıştır. Deney grubu gebeler için örneklem seçim kriterlerine uyan gebelerden hastane kayıt sırasına göre numaralandırılmıştır. Basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak belirlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 32 gebe deney grubuna atanmıştır.

Kontrol grubu için ise doğuma hazırlık eğitimine katılmak istemeyen, örneklem seçim kriterlerine uyan gebeler hastane kayıt sırasına göre numaralandırılmıştır. Basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak belirlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 32 gebe kontrol grubuna atanmıştır.

## 3.4. VERİLERİN ELDE EDİLMESİ VE ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇLAR

Çalışma eğitim uygulanan deney grubu ve kontrol grubu olmak üzere iki grup şeklinde yürütülmüştür. Deney grubuna haftada 2 saat olmak üzere 4 hafta süren doğuma hazırlık eğitimi uygulanmıştır, kontrol grubu gebelere herhangi bir uygulama yapılmamıştır.

**Kişisel Bilgi Formu:** Literatüre dayandırılarak geliştirilen formda, nullipar gebe kadınların sosyo-demografik bilgilerini ve obstetrik özelliklerini içeren 22 soru yer almıştır.

Formda, demografik özellikler ile ilgili olarak yaş, gebelik haftası, eğitim durumu, gelir durumuna, eş desteği, eşin ve kendisinin bebeği isteme durumu, doğum öncesi izlem sayısı, gebeliği planlama durumu, doğum öncesi eğitim ile bilgi alma durumu ve bilgiyi nereden alındığı, ilişkin sorulara yer verilmiştir (Ek-1), (1, 74).

**Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği:** Literatüre dayandırılarak geliştirilen Ölçek Lowe (1993) tarafından geliştirilmiştir (75). Kadınların gebelik ve doğum eyleminde kendine duyumsadığı güven yeteneğini ve baş etme yeteneğinin etkisini ölçtüğü, 62 sorudan oluşan likert tipinde bir ölçektir (2). Ip ve arkadaşları tarafından (2007), doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini ölçmek için ‘‘Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu’’ geliştirilmiştir. Ülkemizde ise Ersoy tarafından 2011 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. ‘‘Ölçek sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi olarak iki alt boyuta ayrılmıştır. Ölçeğin iki boyutunda da 16 soru yer almaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınacak olan en düşük puan 16, en yüksek puan ise 160’dır. Her bir alt boyuttan alınacak en yüksek

puan gebelerin doğum eylemine ilişkin yeterlilik ve sonuç beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği'nden alınabilecek toplam en düşük puan 32, en yüksek puan ise 320'dir. Bu ölçekten alınacak en yüksek puan, gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik seviyelerinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin sonuç beklentisi alt boyutu; 1 ve 10 puan aralığındadır. 1 puan hiç yararlı değil, 10 puan ise çok yararlı olacak şekilde değerlendirmeye alınmıştır. Yeterlilik beklentisi alt boyutunda ise; ilk 13 soru 1 puan tamamen eminim, 10 puan hiç emin değilim, 14-16 arasındaki sorular 1 puan hiç emin değilim, 10 puan ise tamamen eminim şeklinde değerlendirmeye alınmıştır". Ölçekteki yeterlilik beklentisi alt skalasındaki 1'den 13'e kadar olan sorular, tersine çevrilerek puanlanacaktır. Ölçekten alınabilecek toplam puanların en düşüğü 32, en yükseği 320'dir. Ölçekten alınacak yüksek puanlar gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir (Ek-2), (1, 74).

Bu çalışmada Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu'nun ölçüm zamanına göre iç tutarlılığının değerlendirilmesinde, Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Tablo 3.1.'de gösterilmiştir. Bu değerler ölçeğin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.1. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Kısa Formu'nun Ölçüm Zamanına Göre İç Tutarlık Katsayısı (Deney n=32), (Kontrol n=32)

### Doğum Eyleminde

Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu	Kontrol Grubu	Deney Grubu
EÖS*	,82	,82
EÖY**	,82	,76
ESS***	,76	,78
ESY****	,72	,82

\*Eğitim Öncesi Sonuç Beklentisi Alt Skalası, \*\* Eğitim Öncesi Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası, \* \* \* Eğitim Sonrası Sonuç Beklentisi Alt Skalası, \*\*\*\* Eğitim Sonrası Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası

**Görsel Analog Skala (Vizuel Analog Skala/VAS):** Deney grubunda yer alan gebelerin çalışma süresinde almış oldukları doğuma hazırlık eğitiminin etkinliğini ölçmek amacıyla

memnuniyet düzeyi 1'den 10'a kadar puanlandırılan Görsel Analog Skala kullanıldı. VAS, uzunluğu 10 cm olan yatay bir çizgi olup, "1" puan hiç yararlı değil, '10' çok yararlı olacak şekilde puanlanmaktadır. Gebelerden kendilerine uygun olan noktayı VAS üzerinde işaretlemeleri istenmiştir (Ek-1).

**Doğuma Hazırlık Eğitimi:** Eğitim konularının haftalık planlaması aşağıda belirtildiği gibidir.

### **1.Hafta: GEBELİĞİN OLUŞUMU VE GEBELİK SÜRECİ**

- Üreme organları ve gebeliğin oluşumu
- Gebelikte annede meydana gelen değişiklikler
- Gebelikte sık karşılaşılan sorunlar ve tehlike belirtileri

### **2.Hafta: DOĞUM SÜRECİ- DOĞUM AĞRISI İLE BAŞ ETME**

- Doğuma hazırlık- Doğum süreci ve başlangıç belirtileri
- Doğum ağrısıyla baş etme
- Doğum pozisyonları

### **3.Hafta: YENİDOĞAN BAKIMI**

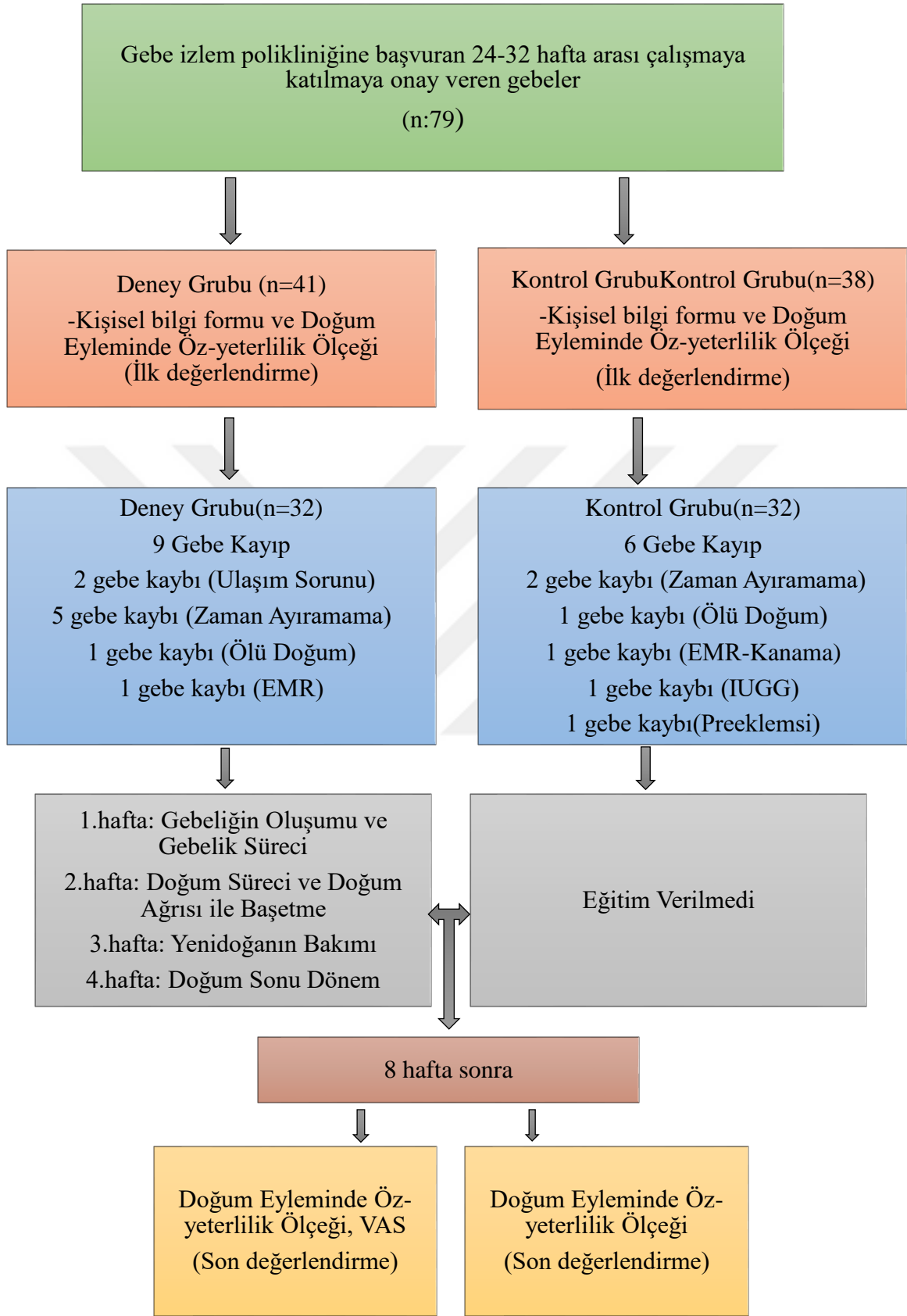
- Yenidoğanın bakımı ve kazalardan koruma
- Yenidoğan sağlık taramaları
- Anne sütünün faydaları ve emzirme eğitimi

### **4. Hafta: DOĞUM SONU DÖNEM**

- Doğum sonu dönem (lohusalık)
- Doğum sonrası gebelikten korunma
- Eğitimin değerlendirilmesi

Araştırma örnekleminin oluşturulması için ilgili hastanenin Kadın doğum poliklinikleri ve gebe izlem birimlerinde, gebe okulunda ücretsiz olarak verilecek olan doğuma hazırlık eğitimine ilişkin bilgileri içeren broşürler verilerek duyurular yapılmıştır.

Eğitim programı haftada 2 saat olmak üzere 4 hafta sürecek şekilde oluşturuldu. Her eğitim grubu en az 5 gebe veya en fazla 10 gebe katılımı ile gerçekleştirildi. (Ek:6).



Şekil 3.1. Çalışmanın Akış Şeması

ZAMAN ÇİZELGESİ	1.hf	2.hf	3.hf	4.hf	5.hf	6.hf	7.hf	8.hf	9.hf	10.hf	11.hf	12.hf
DENEY GRUBU	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-
KONTROL GRUBU	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-
EĞİTİM ÖNCESİ İLK DEĞERLENDİRME				EĞİTİM SÜRECİNİN TAMAMLANMASI								SON DEĞERLENDİRME

Şekil 3.2. Çalışmanın Zaman Çizelgesi

Eğitimler, konulara ilişkin maketler, eğitim videoları ve slaytlar kullanılarak yürütüldü. Eğitimler için, Sultanbeyli Devlet Hastanesi'nin doğuma hazırlık eğitimleri için ayrılan özel iki odadan oluşan alan kullanıldı. Eğitim; aydınlık, renkli perdeler, yastıklar ve egzersiz minderlerinin olduğu, katılımcıların kendilerini rahat hissedebilecekleri sıcak bir ortamda gerçekleştirildi (Ek:8).

### **3.4.1. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma min. ve max.) yanı sıra bağımsız ikili grupların karşılaştırmasında Bağımsız T-Test, bağımlı grupların eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırmalarında Eşlendirilmiş T-Testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Deney grubundaki gebelerin doğuma hazırlık eğitimi memnuniyeti ile Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki ise pearson korelasyon ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar, anlamlılık  $p<0,05$  ve  $p<0,01$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmaya sadece ve İstanbul Sultanbeyli Devlet Hastanesi gebe izlem polikliniği başvuran gebeler dahil edilmiştir. Çalışma sonuçları tüm gebelere genellenemez.

### **3.4.3. Araştırmanın Etik İlkeleri**

- Araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan gerekli izinler alınmış ve İstanbul Sultanbeyli Devlet Hastanesi gebe izlem polikliniği ve gebe okulu birimlerinde görev alan ebelerin desteği sağlanmıştır.

- Çalışmaya T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul onayı (Ek:3) alındıktan sonra başlanmıştır.

- Örneklem grubu seçim kriterlerine uyan hastalara, çalışmanın hangi amaçla yapıldığı ve içeriği konusunda bilgi verildi, "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" (Ek:6) ile onamları alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular 5 başlık altında toplandı.

4.1. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.2. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum şekli tercihlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.3. Deney grubundaki gebelerin doğuma hazırlık eğitimi memnuniyet düzeylerine ilişkin bulgular,

4.4. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeğine ilişkin bulgular,

4.5. Deney grubundaki gebelerin doğuma hazırlık eğitimi memnuniyeti ile Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular,



#### 4.1. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1. Grupların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

		KONTROL GRUBU (n:32)		DENEY GRUBU (n:32)		
		Ort±SS	Min-Median Maks	Ort±SS	Min-Median Maks	
YAŞ		23,4±3,09	23,5 18-32	25,03±3,25	24,5 19-32	
		n	%	n	%	
EĞİTİM	İlköğretim	11	34,4	9	28,1	
DURUMU	Lise	9	28,1	8	25,0	* $\chi^2$ :0,59
	Lisans-Lisansüstü	12	37,5	15	46,9	p: ,744
ÇALIŞMA DURUMU	Evet	11	34,4	7	21,9	* $\chi^2$ : 1,23
	Hayır	21	65,6	25	78,1	p: ,266
GELİR	Geliri giderinden az	7	21,9	6	18,8	
DÜZEYİ	Geliri giderine denk	18	56,3	21	65,6	* $\chi^2$ :0,64
	Gelirim giderimden fazla	7	21,9	5	15,6	p: ,726
SOSYAL	Var	23	71,9	24	75,0	* $\chi^2$ :0,08
GÜVENCE	Yok	9	28,1	8	25,0	p: ,777
AİLE	Çekirdek	20	62,5	20	62,5	* $\chi^2$ :0,000
TİPİ	Geniş	12	37,5	12	37,5	p: 1,000
EĞİTİM	İlköğretim	7	21,9	4	12,5	
DURUMU	Lise	13	40,6	13	40,6	* $\chi^2$ :1,15
	Lisans-Lisansüstü	12	37,5	15	46,9	p: ,562
MESLEK	Memur	5	15,6	8	25,0	
(EŞ)	İşçi	11	34,4	13	40,6	* $\chi^2$ :1,78
	Serbest Meslek	16	50	11	34,4	p: ,410

\*KikareTesti.

Bu bölümde, deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların demografik özellikleri ile ilgili olarak yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, aile tipi, eşin eğitim durumu, eşin mesleği gibi sorulara yer verildi. Obstetrik, jinekolojik özelliklerde, gebelik haftası, gebeliğinde izlem sayısı, gebeliğin planlanması, gebeliğin istenme durumu, eş desteği, doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili bilgi alma gibi sorular ele alındı.

Nullipar gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara Tablo 4.1.'de yer verildi. Buna göre deney grubunda yer alan kadınların yaş ortalaması  $25,03 \pm 3,25$  iken kontrol grubu kadınların yaş ortalamasının  $23,4 \pm 3,09$  olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan gebelerin %96,9'unun evli olduğu belirlendi. Deney grubu ve kontrol grubunda yer alan gebelerin medeni hali benzerlik göstermektedir her iki grupta da 31 gebe evli iken, 1 gebe bekadır. Deney grubu gebelerin eğitim durumu verileri incelendiğinde ilköğretim %28,1, lise %20, lisans ve üzeri %46,9 dur. Kontrol grubu gebelerin eğitim durumu verilerinin oranları ise ilköğretim %34,4, lise %28,1, lisans ve üzeri %37,5 olduğu belirlendi. Deney grubu gebelerin %21,9'u, kontrol grubu gebelerin ise %34,4'ü çalışmaktadır. Deney ve kontrol grubu kadınların, gelir düzeylerini algılama verilerinde çoğunlukla gelirlerinin giderlerine denk olduğu belirlendi (Deney G: %65,6, Kontrol G: %56,3). Deney ve kontrol grubunda ki gebelerin sosyal güvencelerin oranları benzer bulunmuştur (Deney G: %75, Kontrol G: %71,9). Deney ve kontrol grubunda ki gebelerin aile tipi oranları denktir.

Gruplara göre kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, parametrelerin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ).

Grupların obstetrik özelliklerine ilişkin verilere Tablo 4.2.'de yer verildi. Deney ve kontrol grubunun obstetrik özellikleri incelendiğinde; her iki grubun gebelik haftalarının ortalamasının 25 hafta olduğu ve bireylerin en az 24. ve en çok 29. gebelik haftalarında olduğu belirlendi. Her iki grubun gebelik dönemi izlem sayıları incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p = 0,578$ ), ( $p > 0,05$ ).

Tablo 4.2. Grupların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

	KONTROL GRUBU (n:32)			DENEY GRUBU (n:32)		
	Ort±SS	Median	Min- Maks	Ort±S S	Median	Min- Maks
<b>GEBELİK HAFTASI</b>	25,03±082	25,0	24-27	25,34±1,61	25,0	24-29
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>GEBELİK HAFTASI</b>	25 Hf ve Altı(24-25)	<b>23</b>	<b>71,9</b>	<b>19</b>	<b>59,4</b>	* $\chi^2$ :1,108
	26 Hf.ve Üstü (26-29)	<b>9</b>	<b>23,1</b>	<b>13</b>	<b>40,6</b>	p: ,292
<b>İZLEM SAYISI</b>	4 İzlem ve Altı	<b>10</b>	<b>31,3</b>	<b>8</b>	<b>25,0</b>	* $\chi^2$ : ,309
	5 İzlem ve Üstü	<b>22</b>	<b>68,8</b>	<b>24</b>	<b>75,0</b>	p: ,578
<b>PLANLI GEBELİK</b>	Evet	<b>16</b>	<b>50,0</b>	<b>19</b>	<b>59,4</b>	* $\chi^2$ : ,567
	Hayır	<b>16</b>	<b>50,0</b>	<b>13</b>	<b>46,6</b>	p: ,451
<b>GEBELİĞİ İSTEME</b>	Evet	<b>27</b>	<b>84,4</b>	<b>28</b>	<b>87,5</b>	* $\chi^2$ :129
	Hayır	<b>5</b>	<b>15,6</b>	<b>4</b>	<b>12,5</b>	p: ,719
<b>EŞ DESTEĞİ</b>	Evet	<b>24</b>	<b>75,0</b>	<b>26</b>	<b>81,3</b>	* $\chi^2$ : ,366
	Hayır	<b>8</b>	<b>25,0</b>	<b>6</b>	<b>18,8</b>	p: ,545
<b>DHE BİLGİ ALMA**</b>	Evet	<b>27</b>	<b>84,4</b>	<b>30</b>	<b>93,8</b>	* $\chi^2$ : 1,444
	Hayır	<b>5</b>	<b>15,6</b>	<b>2</b>	<b>6,3</b>	p: ,230
<b>***BİLGİ ALMA ARAÇLARI</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>SOSYAL MEDYA</b>	Evet	<b>6</b>	<b>18,8</b>	<b>8</b>	<b>25,0</b>	
	Hayır	<b>26</b>	<b>81,3</b>	<b>24</b>	<b>75,0</b>	
<b>TV-PROGRAM</b>	Evet	<b>4</b>	<b>12,5</b>	<b>2</b>	<b>6,3</b>	
	Hayır	<b>28</b>	<b>87,5</b>	<b>30</b>	<b>93,8</b>	
<b>SAĞLIK KURUMU</b>	Evet	<b>25</b>	<b>78,1</b>	<b>30</b>	<b>92,8</b>	
	Hayır	<b>7</b>	<b>21,9</b>	<b>2</b>	<b>6,3</b>	
<b>YAKIN ÇEVRE</b>	Evet	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>6</b>	<b>18,8</b>	
	Hayır	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>81,3</b>	
<b>GAZETE-DERGİ</b>	Evet	<b>2</b>	<b>6,3</b>	<b>1</b>	<b>3,1</b>	
	Hayır	<b>30</b>	<b>93,8</b>	<b>31</b>	<b>96,9</b>	
<b>KİTAP</b>	Evet	<b>2</b>	<b>6,3</b>	<b>1</b>	<b>3,1</b>	
	Hayır	<b>30</b>	<b>93,8</b>	<b>31</b>	<b>96,9</b>	

\*KikareTesti, \*\*Doğuma Hazırlık Eğitimi Hakkında Bilgi Alma Durumu, \*\*\* Birden Fazla Yanıt Verilmiştir.

Gebeliğin planlanmasına ilişkin verilere bakıldığında kontrol grubunun %50 oranında planlı gebelik yaşadığı, deney grubunun ise planlı gebelik yaşama oranının %59,4 olduğu belirlendi. Her iki grubun gebeliğin planlanması verileri incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p:0,451$ ), ( $p>0,05$ ). Gebeliğin istenmesine ilişkin veriler incelendiğinde her iki grubun da gebeliği yüksek oranda istediği saptandı (Deney G: %87,5, Kontrol G: %84,4). Her iki grubun da eş desteğini yeterli bulduğu verilerce desteklendi (Deney G: %81,3, Kontrol G: %75). Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin doğuma hazırlık eğitimi hakkında bilgi alma durumları sorgulandı. Verilere göre her iki grubun arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p:0,230$ ), ( $p>0,05$ ).

Her iki grupta da yer alan gebelerin doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili bilgi alma araçları incelendiğinde; sosyal medya araçlarından bilgi alma oranının deney grubunun %25'i, kontrol grubunun ise %18,8'inin olduğu belirlendi. TV programlarından konu ile ilgili bilgilenme oranı deney grubunda %6,3, kontrol grubunda ise %12,5 olduğu belirlendi. İki grupta da bilgi alma oranının en yüksek olduğu araç sağlık kurumu olduğu belirlendi (Deney G: %92,8, Kontrol G: %78,1). Kontrol grubu gebeleri yakın çevresinden konu ile ilgili bilgi almadığı saptanmıştır. Deney grubu gebelerinde ise yakın çevreden bilgi alma oranı %18,8 olduğu tespit edildi. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin gazete, dergi ve kitap araçlarından doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili bilgi alma oranları incelendiğinde deney grubunda ki gebelerin %3,1, kontrol grubunda ki gebelerin %6,3 oranında bilgi sağladığı belirlendi.

#### **4.2. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİNİN KARŞILAŞTIRMASINA İLİŞKİN BULGULAR**

Bu bölümde, deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların sezaryen ve vajinal doğum tercihlerinin ön test ve son test bulgularına ilişkin veriler ele alındı. Grupların ön ve son test verileri Bağımsız T-Test uygulanarak analiz edildi.

Grupların ön test verilerinde doğum tercihleri incelendi, deney grubunda yer alan gebelerin % 59,4 oranında sezaryen doğum tercih ederken, kontrol grubunda yer alan gebeler %34,6 oranında sezaryen doğum tercih ettiğini ifade etti. Deney grubu gebelerin vajinal doğum tercih etme oranı %40,6, kontrol grubu gebelerin vajinal doğum tercih etme oranı %65,6 oranında olduğu tespit edildi. Ön test verilerine göre gruplar arasında doğum tercihleri yönünden anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p:0,051$ ), ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.3. Grupların Doğum Şekli Tercihlerinin Karşılaştırılması

		KONTROL GRUBU (n:32)		DENEY GRUBU (n:32)		
		n	%	n	%	
<b>DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİ</b>						
<b>ÖN</b>	Sezaryen Doğum	<b>11</b>	<b>34,6</b>	<b>19</b>	<b>59,4</b>	*t:-2,037
<b>TEST</b>	Vajinal Doğum	<b>21</b>	<b>65,6</b>	<b>13</b>	<b>40,6</b>	p:051
<b>SON</b>	Sezaryen Doğum	<b>17</b>	<b>53,1</b>	<b>9</b>	<b>28,1</b>	*t:2,072
<b>TEST</b>	Vajinal Doğum	<b>15</b>	<b>46,9</b>	<b>23</b>	<b>71,9</b>	<b>p:042</b>
		t**: 2,252		t**:-2,985		
		<b>p:032</b>		<b>p:005</b>		

\*Bağımsız t testi, \*\*Eşlendirilmiş t testi

Grupların son test verilerinde doğum tercihleri incelendi, deney grubunda yer alan gebelerin % 28,1 oranında sezaryen doğum tercih ederken, kontrol grubunda yer alan gebeler %53,1 oranında sezaryen doğum tercih ettiğini ifade etti. Deney grubu gebelerin vajinal doğum tercih etme oranı %71,9, kontrol grubu gebelerin vajinal doğum tercih etme oranı %46,9 oranında olduğu tespit edildi. Son test verilerine göre gruplar arasında doğum tercihleri yönünden anlamlı farkın bulunduğu saptandı (p:042), (p<0,05).

Deney ve kontrol gruplarının kendi içerisinde değerlendirilerek eğitim öncesi ve sonrası verilerinin bulguları Eşlendirilmiş T-Test uygulanarak analiz edildi. Deney grubu gebelerin ön test ve son test verileri doğum tercihleri yönünden anlamlı farkın bulunduğu saptandı (p:005), (p<0,05). Kontrol grubu gebelerin ön test ve son test verileri doğum tercihleri yönünden anlamlı farkın bulunduğu saptandı (p:032), (p<0,05).

### 4.3. DENEY GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ MEMNUNİYET DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.4. Deney Grubundaki Gebelerin Doğuma Hazırlık Eğitimi Memnuniyeti Ölçümü

		DENEY GRUBU (n:32)		
		Ort±SS	Median	Min -Max.
Doğuma Hazırlık Eğitimi	Memnuniyet Değerlendirmesi	9,34±0,82	10	7-10

Gebelerin yaptığı değerlendirme verilerine göre memnuniyet ölçümünün ortalamasının 9,34±0,82 olduğu tespit edildi. Değerlendirme sonuçlarında gebelerin eğitim memnuniyetini en düşük 7, en yüksek 10 puan ile değerlendirildiği saptandı.

### 4.4. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ BULGULARI

Bu bölümde, deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ölçek verilerine göre, ön test ve son test değerlendirme farklarının karşılaştırılmasına ilişkin verilerin analizleri incelemeye alındı. Grupların ön ve son test verileri Bağımsız T-Test uygulanarak analiz edildi.

Grupların sonuç beklentisi alt skalasında elde edilen ön test verileri incelendiğinde; deney grubunda yer alan gebelerin ölçek puan ortalamasının 99,25±35,90 ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ölçek puan ortalamasının 92,28±35,33 olduğu belirlendi. Sonuç beklentisi alt skalasının son test verileri incelendiğinde; deney grubunda yer alan gebelerin ölçek puan ortalamasının 125,34±19,31'e yükseldiği ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ölçek puan ortalamasının 102,87±33,49'a yükseldiği tespit edildi. Sonuç beklentisi alt skalasının ön test verilerine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p:0,437), (p>0,05). Sonuç beklentisi alt skalasının son test verilerine göre gruplar arasında anlamlı farkın bulunduğu saptandı (p:0,002), (p<0,05).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Verileri

		KONTROL GRUBU		DENEY GRUBU			
		n:32		n:32			
		Ort±SS	Min- Maks	Ort±SS	Min- Maks	*t	p
<b>SONUÇ</b>	<b>Ön Test</b>	<b>92,28±35,33</b>	<b>37-154</b>	<b>99,25±35,90</b>	<b>37-153</b>	,783	,437
<b>BEKLENTİSİ</b>							
<b>ALT SKALASI</b>	<b>Son Test</b>	<b>102,87±33,49</b>	<b>27-155</b>	<b>125,34±19,31</b>	<b>75-152</b>	3,287	<b>,002</b>
		**t:-2,105 p:,043		**t:-3,845 p:,001			
<b>YETERLİLİK</b>	<b>Ön Test</b>	<b>93,78±35,90</b>	<b>41-154</b>	<b>92,46±34,86</b>	<b>31-150</b>	-,148	,883
<b>BEKLENTİSİ</b>							
<b>ALT SKALASI</b>	<b>Son Test</b>	<b>99,75±35,77</b>	<b>26-153</b>	<b>123,87±25,28</b>	<b>57-152</b>	3,116	<b>,003</b>
		**t:-1,135 p:,265		**t:-3,996 p:,000			
<b>ÖLÇEKTOPLAM</b>	<b>Ön Test</b>	<b>186,06±70,50</b>	<b>79-303</b>	<b>191,71±68,15</b>	<b>71-294</b>	,326	,745
<b>PUANI</b>	<b>Son Test</b>	<b>202,62±86,02</b>	<b>53-308</b>	<b>249,21±41,82</b>	<b>156-304</b>	3,301	<b>,002</b>
		**t:-1,648 p:,109		**t:-4,108 p:,000			

\*Bağımsız t testi, \*\*Eşlendirilmiş t testi

Grupların yeterlilik beklentisi alt skalasında elde edilen ön test verileri incelendiğinde; deney grubunda yer alan gebelerin ölçek puan ortalamasının  $92,46 \pm 34,86$  ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ölçek puan ortalamasının  $93,78 \pm 35,90$  olduğu belirlendi. Yeterlilik beklentisi alt skalasının son test verileri incelendiğinde; deney grubunda yer alan gebelerin ölçek puan ortalamasının  $123,87 \pm 25,28$ 'e yükseldiği ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ölçek puan ortalamasının  $99,75 \pm 35,77$ 'ye yükseldiği tespit edildi. Yeterlilik beklentisi alt skalasının ön test verilerine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p: ,883$ ), ( $p > 0,05$ ). Yeterlilik beklentisi alt skalasının son test verilerine göre gruplar arasında anlamlı farkın bulunduğu saptandı ( $p: ,003$ ), ( $p < 0,05$ ).

Grupların ölçek toplam puanları incelendiğinde elde edilen ön test verilerinin; deney grubunda yer alan gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının  $191,71 \pm 68,15$  ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının  $186,06 \pm 70,50$  olduğu belirlendi. Grupların ölçek toplam puanlarının son test verileri incelendiğinde; deney grubunda yer alan gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının  $249,21 \pm 41,82$ 'ye yükseldiği ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının  $202,62 \pm 86,02$ 'ye yükseldiği tespit edildi. Ölçek toplam puanları ön test verilerine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p: ,745$ ), ( $p > 0,05$ ). Ölçek toplam puanları son test verilerine göre gruplar arasında anlamlı farkın bulunduğu saptandı ( $p: ,002$ ), ( $p < 0,05$ ).

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ölçek verilerine göre, ön test ve son test değerlendirmelerinin grup içerisinde analizleri incelemeye alındı. Grupların ön ve son test verileri Eşlendirilmiş T-Test uygulanarak analiz edildi.

Sonuç beklentisi alt skalasında elde edilen deney grubu verileri incelendiğinde ön test ve eğitim sonrası uygulanan son test verilerinde anlamlı farkın bulunduğu saptandı ( $p: ,001$ ), ( $p < 0,05$ ). Sonuç beklentisi alt skalasında elde edilen kontrol grubu verileri incelendiğinde veriler arasında anlamlı farkın bulunduğu belirlendi ( $p: ,043$ ), ( $p < 0,05$ ).

Yeterlilik beklentisi alt skalasında elde edilen deney grubu verileri incelendiğinde ön test ve eğitim sonrası uygulanan son test verilerinde yüksek düzeyde anlamlılık saptandı ( $p: ,000$ ), ( $p < 0,05$ ). Yeterlilik beklentisi alt skalasında elde edilen kontrol grubu verileri incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p: ,265$ ), ( $p > 0,05$ ).



Ölçek toplam puanları değerlendirildiğinde deney grubunun ön test ve eğitim sonrası uygulanan son test verilerinde yüksek düzeyde anlamlılık saptandı ( $p<.000$ ), ( $p<0,05$ ). Kontrol grubu verileri incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p: ,109$ ), ( $p>0,05$ ).

Çalışmada elde edilen analiz sonuçlarına göre, HO hipotezi reddedildi. H1 hipotezinde kurulan ‘Nullipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin kadınların doğum öz yeterliliği üzerine etkisi vardır.’ önergesi kabul edildi.

#### **4.5. DENEY GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ MEMNUNİYETİ İLE DOĞUM ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR**

Tablo 4.6. Deney Grubundaki Gebelerin Doğuma Hazırlık Eğitimi Memnuniyeti ile Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki

		<b>n:32</b>
		Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği Son Test Toplam Puan
Doğuma Hazırlık	r	,648
Eğitimi Memnuniyeti	p	<b>,000</b>

Deney grubunda yer alan gebelerin çalışma sürecinde almış oldukları doğuma hazırlık eğitim memnuniyeti ile doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği son test toplam puanlaması arasında ki ilişkiyi ölçmek amacıyla verilere korelasyon analizi uygulandı. Analiz sonucunda iki veri grubunun pozitif yönde ilişkiye ve yüksek korelasyon katsayısına sahip olduğu belirlendi ( $r: ,648$ ). İki veri grubunun arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $p: ,000$ ), ( $p<0,01$ ).

## 5.TARTIŞMA

Bu çalışma, nullipar gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini belirlemek üzere literatüre katkı sağlamak amacıyla yürütüldü. Çalışma bulguları aşağıda yer alan 5 başlık altında tartışıldı.

### 5.1. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Doğuma hazırlık eğitimi, kadın ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları ile aile merkezli olarak ele alarak, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde ortaya çıkabilecek değişimlere uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır (9). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin, doğuma bilinçli olarak hazırlandıkları, doğum eylemine aktif olarak katılabildikleri ve doğum eyleminde öz yeterliliklerinin yüksek olduğu, doğum sonu depresyon insidansının azaldığı, anne bebek bağlanma sürecinin daha hızlı olduğu çalışmalarla belirlenmiştir (62).

Gebelikte depresyonun gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğan sağlığını olumsuz etkilediği ve hatta kaygılı geçen bir gebelik, çocukta daha sonra davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkması ile de ilişkilendirilmiştir (77). Anne ve bebeğin güvenli bir bağ kurması bebeğin gelişimine önemli bir katkı sağlar. Anne-bebek arasındaki bağlanmanın en önemli kısmı doğumdan önce başlar ve doğumdan sonraki aylarda katlanarak devam eder (78). Anne ve bebek bağlanmasının oluşmasında, gebeliğin planlanması, gebeliğin istenmesi, ailenin sosyo-ekonomik ve kültürel durumu, eş desteği ve doğuma hazırlık eğitimleri gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (79, 80).

TNSA 2018 verilerine göre kadınların ilk doğumda ortalama anne yaşı 23,3'tür. Çalışmanın örneklemini oluşturan nullipar gebelerin yaş ortalaması; kontrol grubu gebelerin 23,4±3,09 deney grubu gebelerin ise 25,03±3,25 olduğu belirlendi. Çalışma örneklemindeki gebelerin yaş ortalaması ile TNSA 2018 verileri uyumludur.

Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumu incelendiğinde, kontrol grubu gebelerin çoğunlukla lise ve üzeri (%65,6), benzer şekilde deney grubu gebelerin eğitim düzeyinin %71,9 ile lise ve üzeri olduğu belirlendi. Ülkemiz verilerine göre kadınların çoğu ilkökul mezunu

(%34) olduğu belirlendi (23). Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumlarının yüksek olması farkındalıkların yüksek olduğunun göstergesidir.

Çalışmanın örneklemini oluşturan kontrol grubu gebelerin %65,6'sı, deney grubu gebelerinin %78,1'i araştırma yürütülürken çalışmadığını ifade etmiştir. TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde ki kadınların %64'ü hiç çalışmamıştır. Çalışma bulguları TNSA 2018 verileri ile uyumlu olup, ülkemiz profilini yansıtmaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların obstetrik bulguları değerlendirildiğinde, çalışmaya katılan kontrol grubu gebelerde 4 izlem ve üzeri bakım alma oranı %68,8 iken, deney grubu gebelerde ise bu oran %75'tir. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye geneli kadınların uzman sağlık personelinden, 4 ya da daha fazla sayıda doğum öncesi bakım alma oranı %90'dır. Anne ve bebeğin sağlığını koruma ve geliştirme, gebelik öncesi olan ya da gebelik süresince meydana gelen sağlık sorunlarının erken dönemde tanı ve tedavisinin sağlanmasında doğum öncesi bakım önemli bir yere sahiptir. Nitekim, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde istenmeyen durumların meydana gelmemesi için nitelik ve nicelik bakımından doğum öncesi bakımın artırılması gerekmektedir. Çalışmaya katılan gebelerin izlem sayısı Türkiye ortalamasının altında kalmasının sebebi veri toplama aşamasında kadınların ortalama gebelik haftasının 25 olmasından kaynaklanmaktadır. Gebelik haftasında terme ulaşıldığında izlem oranlarında artma sağlanacağı düşünülmektedir.

TNSA 2018 verilerine göre Türkiye geneli son 5 yıllık dönem içerisinde gerçekleşen doğumların veya halen süren gebeliklerin %75'i planlanmıştır, yapılan literatür taramasında gebeliklerin %60,1'inin (Uysal, 2017), %63,6'sının (Ölçer ve ark. 2016), %94,2'sinin (Kızılkaya, 2013), planlı olduğu bildirilmiştir. Çalışmaya katılan kontrol grubu gebelerin %50'si, deney grubu gebelerin %59,4'ü gebeliğini planlamıştır. Literatüre kıyasla çalışma bulgularına göre gebeliği planlama durumu düşük olsa da gebeliği isteme oranlarının yüksek olduğu belirlendi (Gebeliği isteme oranı; kontrol grubu gebeler %84,4, deney grubu gebeler ise %87,5). Gebeliklerin planlı olması anne ve bebek sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir. Planlanmayan gebelikler patolojik sorunlara neden olabilmektedir.

## 5.2. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Sezaryen operasyonun tıbbi gerekliliklere bağlı olarak yapılmasının maternal, neonatal morbidite ve mortaliteyi azalttığı bilinmektedir (81). Buna karşın sezaryen ameliyatının endikasyon dışında uygulanması erken ve geç dönemde pek çok etkiye neden olur. Bunlar; erken dönemde anestezi komplikasyonları, annenin iyileşme süresinin uzaması, anne sütünün geç gelmesi, yenidoğanda solunum ve bağışıklık sistemi problemleri; geç dönemde ise geçirilmiş abdominal cerrahi komplikasyonları, bir sonraki gebelikte plasenta anomalileri ve uterus rüptürü gibi sorunlardır (83).

TNSA 2018 verilerine göre tüm doğumların %52'si sezaryen ile yapılmıştır. Türkiye, İktisadi İş Birliği ve Gelişme Teşkilatının (OECD) verilerince, dünyada sezaryen doğum oranlarında ilk sırada yer almaktadır (82).

Türkiye'deki sezaryenle doğum oranının diğer dünya ülkelerdeki sezaryen oranlarından ve DSÖ'nün maksimum olarak belirlediği %15 oranından oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Antenatal dönemde verilen doğuma hazırlık eğitimi kadınların doğuma yönelik bilgilerini arttırarak doğum korkularını azaltmaktadır. Nitekim, literatürde doğuma hazırlık sınıflarına katılma durumunun kadınların doğum şekli tercihlerini etkilediği görülmektedir (84).

Bu çalışmada gebelerin doğum tercihleri değerlendirildiğinde ise, kontrol grubu gebelerin ilk değerlendirmede %34.6 sezaryen doğumu tercih ettiği, son değerlendirmede ise %53,1 sezaryen doğum tercih ettiği belirlendi. Buna karşın deney grubunda ilk değerlendirmede, %59,4 sezaryen doğum tercih ederken, son değerlendirmede sezaryen tercih oranı anlamlı olarak %28.1'e düştüğü belirlendi. Çalışmaya ortalama 25,03±082 haftasında dahil edilen kontrol grubu gebelerin 12 hafta sonra doğum tercihi değerlendirildiğinde, sezaryen oranında anlamlı bir artış olduğu görüldü. Gebelik haftası ilerledikçe doğum süreci ile ilgili bilinmezlik kaygısı, doğum korkusu ve ağrısı gebelerin tercihlerinin değişmesinin nedeni olabileceği düşünüldü. Doğuma hazırlık eğitim alan grupta ise anlamlı olarak vajinal doğuma eğilimin anlamlı olarak arttığı belirlendi. Doğum öncesi eğitim, gebelik, doğum ve yenidoğanın bakımı hakkında gebeleri bilgilendirmek ve bu konularda bilgi düzeylerini arttırmak için önemli bir fırsat sağlar. Ayrıca eğitim, gebelik sonuçlarını ve kadınların

tercihlerini etkileyen önemli unsurlardandır. Nitekim, literatürde de doğuma hazırlık eğitiminin normal doğum oranlarını arttırdığını göstermiştir (59,81,83).

### **5.3. DENEY GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ MEMNUNİYET DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Gebelerin değerlendirme verilerine göre memnuniyet ölçümünün ortalamasının  $9,34 \pm 0,82$  olduğu tespit edildi. Nitekim VAS'a göre en yüksek memnuniyet puanı 10 olduğu düşünüldüğünde,  $9,34 \pm 0,82$  puan (min: 7, max: 10 puan) yüksek memnuniyeti ifade etmektedir.

Hallgren ve arkadaşları (1995) kalitatif çalışmalarında, doğum öncesi verilen eğitimin kadınların bilgi seviyelerini arttırdığını ve sonucunda kadınların eğitimden memnun kaldıklarını belirtmiştir (85). Spinelli ve arkadaşları (2003) antenatal eğitime katılan kadınlarla gerçekleştirdiği, araştırmada anne adaylarının doğum süreci, bebek bakımı ve emzirme konularında bilgi sahibi oldukları, aldıkları bilgileri yaşama geçirdikleri ve memnuniyet durumlarının arttığını belirtmişlerdir (86). Çalışmamıza katılan gebeler; eğitim sürecinde öğrendikleri bilgilerin gebelik yaşantılarını olumlu yönde geliştirdiğini ve bebekleri ile aralarında bağ oluşumunu güçlendirdiğine dile getirdi. Yenidoğanın emzirme ve bakım gereksinimleri konusunda korku ve endişelerinin azaldığını sözel olarak ifade ettiler (85,86).

### **5.4. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUM ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ BULGULARININ TARTIŞILMASI**

Öz-yeterlilik kavramı, bireyin yapabildikleri hakkında sahip olduğu inançlar ile ilgilidir. Gebelik döneminde gebelerin kendilerine olan güvenlerini ve baş etme düzeylerini belirlemek için öz-yeterlilik inançlarının değerlendirilmesi gerekmektedir (51).

Doğum eyleminde öz-yeterlilik, kadının doğumda sergileyeceği baş etme becerilerine güven duyması olarak tanımlanır. Doğumda öz-yeterlilik kavramının sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi olmak üzere iki beklenti tipi vardır. Sonuç beklentisi, doğumla başa çıkmak için yapılan davranışların doğuracağı sonuçlara ilişkin duyulan inançtır. Yeterlilik beklentisi ise bir kadının doğum sırasında bireysel başa çıkma davranışlarını gerçekleştirme yeteneğini ifade eder. (74, 87)

Khorsandi ve arkadaşları (2012) doğum korkusu yüksek olan ikinci trimesterdaki gebelerle yürüttükleri çalışmada, 50 deney ve 50 kontrol olmak üzere 100 primipar kadın araştırmaya randomize olarak dahil edilmiştir. Deney grubunda bulunan gebeler eğitim aldıktan 2 hafta sonra değerlendirmiştir ve eğitim sonrası öz yeterlilik ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu ve doğuma hazırlık eğitiminin birincil sezaryen oranını azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (88).

Benzer şekilde, İşbir ve arkadaşları doğum öncesi eğitimin, doğum eylemindeki öz-yeterlilik üzerindeki etkilerini incelediği çalışmada, müdahale grubunda eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre doğum öncesi eğitim ile doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeyinin arttırılabileceğini bildirilmektedir (89).

Sunay (2018), ön test ve son test kontrol gruplu deneme modeli olarak uyguladığı çalışmasında, sadece doğum eğitimi alan gebelerin doğum öz-yeterlilik düzeyinin, kontrol grubu ve doğum eğitimi ile birlikte doğum planı hazırlayan gebelere oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (90).

Öz-yeterlilik algısı ve inancı geliştirilebilen psikolojik bir süreçtir. Yapılan araştırmalarda görüldüğü üzere doğum öncesi eğitim ile öz-yeterlilik algısının geliştirilebileceğini söylemek mümkündür (91).

Bu çalışmada da grupların ölçek toplam puanları incelendiğinde; eğitim öncesi her iki grubun ön test verilerinde anlamlı fark olmadığı (deney grubunda yer alan gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının  $191,71 \pm 68,15$ ; kontrol grubunda yer alan gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının  $186,06 \pm 70,50$ ) belirlendi. Grupların ölçek toplam puanlarının son test verileri incelendiğinde; deney grubunda yer alan gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının  $249,21 \pm 41,82$ 'ye yükseldiği ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ise ölçek toplam puan ortalamasının  $202,62 \pm 86,02$ 'ye yükseldiği belirlendi. Her iki grupta ölçek puanlarının anlamlı olarak yükseldiği belirlendiği, fakat deney grubundaki artışın anlamlı olarak kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca, yeterlilik ve sonuç alt boyutunun toplam puan ortalaması son değerlendirmede deney grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi. Çalışma bulguları literatürü destekler niteliktedir.

Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak, Mohamadirizi ve arkadaşları 35 gebeden oluşan vaka grubu ve 35 gebeden oluşan kontrol grubu üzerinde yaptıkları araştırmada, her iki grupta müdahale öncesi ve sonrası doğum öz-yeterlik puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (92).

Rastegari ve ark. (2013) 30 kontrol ve 30 vaka olmak üzere 60 gebe üzerinde yrttikleri araştırmada ise, vaka grubu öz yeterlilik ölçek puan ortalamasının kontrol grubu puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu fakat ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (93). Literatürdeki farklı sonuçların, doğuma hazırlık eğitimin uygulama yöntemi veya çalışma popülasyonundan kaynaklanabileceğini düşündürdü.

#### **5.5. DENEY GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOğUMA HAZIRLIK EğİTİMİ MEMNUNİYETİ İLE DOğUM EYLEMİNDE Z-YETERLİLİK LEğİ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Çalışma bulgularına göre doğuma hazırlık eğitiminden memnuniyet artıkça, doğum öz yeterlilik ölçek puan ortalamalarının arttığı belirlendi. Bireylerin z-yeterlilik kapasitelerinin iyileştirilmesi; davranışları, motivasyonu, düşünme biçimini ve iyilik halini olumlu yönde etkiler. Nitekim, doğum öncesi eğitimden memnuniyet, doğum süreci ile ilgili motivasyonu da desteklemektedir. Bu bağlamda, doğum öncesi eğitimler gebelerin memnuniyetini artıracak nitelikte oluşturulmalıdır. Böylece, gebelerin hem doğum öncesi eğitimlere devam etmeleri hem de doğum eylemindeki öz yeterlilik inancını artırılması sağlanacaktır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇ

Nullipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum öz-yeterliliğine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada;

- Çalışmanın deney grubunda yer alan kadınların yaş ortalaması  $25,03 \pm 3,25$  iken kontrol grubu kadınların yaş ortalamasının  $23,4 \pm 3,09$  olduğu belirlendi.
- Deney ve kontrol grubu gebelerin eğitim durumu verileri incelendiğinde, çoğunlukla lisans ve üzeri (Deney grubu: %46,9; Kontrol Grubu: %37,5) olduğu saptandı.
- Deney grubu gebelerin %21,9'u, kontrol grubu gebelerin ise %34,4'ü çalışmaktadır.
- Deney ve kontrol grubu kadınların, gelir düzeylerini algılama düzeyi verilerinde çoğunlukla gelirlerinin giderlerine denk olduğu ifade edildi.
- Her iki grubun gebelik haftalarının ortalamasının  $25,03 \pm 0,82$  hafta olduğu (min:24, max:29) olduğu tespit edildi.
- Gebeliğin planlanmasına ilişkin verilere bakıldığında kontrol grubunun %50 oranında planlı gebelik yaşadığı, deney grubunun ise planlı gebelik yaşama oranının %59,4 olduğu belirlendi. Her iki grubun gebeliğin planlanması verileri incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p: ,451$ ), ( $p > 0,05$ ).
- Her iki grubun da eş desteğini yeterli bulduğu verilerce desteklendi (Deney G: %81,3, Kontrol G: %75).
- Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin doğuma hazırlık eğitimi hakkında bilgi alma durumları sorgulandı. Verilere göre her iki grubun arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p: ,230$ ), ( $p > 0,05$ ).
- Çalışmada deney grubu gebelerin ön test ve son test verileri doğum tercihleri yönünden anlamlı farkın bulunduğu saptandı ( $p: ,005$ ), ( $p < 0,05$ ). Kontrol grubu gebelerin ön test ve son test verileri doğum tercihleri yönünden anlamlı farkın bulunduğu saptandı ( $p: ,032$ ), ( $p < 0,05$ ). Eğitim sonrası deney grubunda yer alan gebelerin sezaryen tercih etme yüzdesi %59,4'ten %28,1'e gerilemiştir. Kontrol grubunda ise, sezaryen doğum tercih etme oranı %34,6'dan %53,1'e anlamlı olarak yükselmiştir.
- Deney grubunda yer alan gebelerin çalışma süresinde almış oldukları doğuma hazırlık eğitiminden memnuniyet VAS ile değerlendirildi. Verilerine göre memnuniyet



ölçümünün ortalaması  $9,34 \pm 0,82$  olduğu tespit edildi. Değerlendirme sonuçlarına göre memnuniyetin yüksek olduğu saptandı.

- Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu toplam puanları değerlendirildiğinde deney grubunun ön test ve eğitim sonrası uygulanan son test verilerinde yüksek düzeyde anlamlılık saptandı ( $p: ,000$ ), ( $p < 0,05$ ). Kontrol grubu verileri incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p: ,109$ ), ( $p > 0,05$ ).
- Deney grubunda yer alan gebelerin çalışma sürecinde almış oldukları doğuma hazırlık eğitim memnuniyeti ile doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği son test toplam puanlaması arasındaki ilişkinin analiz sonucunda iki veri grubunun pozitif yönde ilişkiye ve yüksek korelasyon katsayısına sahip olduğu belirlendi ( $r: ,648$ ). İki veri grubunun arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşıldı ( $p: ,000$ ), ( $p < 0,01$ ).
- Çalışmada elde edilen analiz sonuçlarına göre,  $H_0$  hipotezi reddedildi.  $H_1$  hipotezinde kurulan 'Nullipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin kadınların doğum öz yeterliliği üzerine etkisi vardır.' önergesi kabul edildi.

## 6.2. ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik algısını geliştirmek için doğum öncesi hazırlık sınıflarına yönlendirilmesi,
- Doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu, anksiyetesini azalttığı ve buna bağlı olarak doğum şekli tercihlerini değiştirdiği için doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması ve doğuma yönelik olumlu tutum geliştirilmesinin desteklenmesi,
- Gebelerin doğuma hazırlık sınıflarına katılımlarını artırılması için kurum politikalarının geliştirilmesi (sosyal medya duyuru, broşür vb.),
- Doğuma hazırlık eğitimlerinin kanıta dayalı uygulamaları ve güncel gelişmeleri içermesi ve eğitim standartlarının oluşturulması,
- Gebelere bakım ve eğitim veren ebe ve diğer sağlık profesyonellerinin antenatal eğitimlerde doğum eyleminde öz yeterliliği geliştirecek girişimleri içeren bakım modellerini kullanması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

1. Ersoy, Y. (2011). Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği Çalışması. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya.
2. Byrne, J. Hauck, Y. Fisher, C. Bayes, S. Schutze, R. (2014). Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59, 192-197.
3. Miquelutti, M. A. Cecatti, J. G. Makuch, M. Y. (2013). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 171-178.
4. Toohill, J. Fenwick, J. Gamble, J. Creedy, D.K. (2014). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 1-10.
5. Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21, 219-224.
6. Kadayıfçı, O. Çetin, F. C. (Ed.). (2013). *Lamaze Felsefesi Doğuma Ruhsal ve Bedensel Hazırlık*. İstanbul: Cross Basım ve Yayıncılık.
7. Okumuş, H. Yenal, K. Ozan, Y.D. Öztürk, E. (2015). Ülkemizde Doğuma Hazırlık Sınıflarına İlişkin Yapılan Bilimsel Çalışmalar: Literatür Derlemesi. *Türkiye Klinikleri Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Özel Sayısı*, 1, 16-24.
8. Karaçam, Z. Akyüz, E. Ö. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19, 45-53.
9. Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Reaksiyon Matbaacılık, Akademisyen Tıp Kitabevi.
10. Rathfisch, G. (2018). *Doğal Doğum Felsefesi: Milyonlarca Yıldır Gerçekleşen Serüven*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
11. İsbir, G.G. İnci, F. Önal, H. Yıldız, P. D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*, 32, 227-232.
12. Brixval, C. S. Axelsen, S. F. Andersen, S. K. Due, P. Koushede, V. (2014). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Review*, 3, 12-15.
13. Mete, S. Çiçek, Ö. Tokat, M. A. Çamlıbel, M. Uludağ, E. (2017). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Korkusu, Doğum Tercihi ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi. *Türkiye Klinikleri*, 9, 201-206.
14. El-Kurdy, R. Hassan, S. Hassan N. F. El-Nemer, A. (2017). Antenatal Education on Childbirth Self-Efficacy for Egyptian Primiparous Women: A Randomized Control Trial, *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 6, 15-23.
15. Beji, N. K. (2016). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
16. Şirin, A. Kavlak, O. (2015). *Kadın Sağlığı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
17. Çatak, B. Öner, C. Oğuz, İ. Gülay, M. Özbek, R. Baştürk, S. (2014). Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Sahada İzlemi ve Değerlendirilmesi: Bursa Örneği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18, 63-69.
18. Kaya, F. Serin, Ö. (2008). Doğum Öncesi Bakımın Niteliği. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5, 28- 35.
19. Terzioğlu, F. (2012). Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. İçinde Taşkın, L. (Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 351-364.
20. WHO. *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience 2016*. Erişim 11.07.2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf>.
21. WHO. *Provision of effective antenatal care 2006*. Erişim 25.05.2019, [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/effective\\_antenatal\\_care.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/effective_antenatal_care.pdf).
22. Kıssal, A. Kartal, B. (2019) Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım İçeriğinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,5, 35-41.

23. TNSA. 2018. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK*, Ankara: Kasım 2019.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, (2018). *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi*. Yayın No: 925. Ankara.
25. Terzioğlu, F. (2016). Doğum Öncesi Bakım. İçinde Taşkın, L. (Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 187-188.
26. Günay, E. Y. (2013). Gebelerde Kaygı Düzeyi: “Cambridge Kaygı Ölçeği”nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
27. Çalık, K. Y. Çetin F. C. (2018). Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Doğum Öncesi Dönem I. İçinde Erkaya R. (Ed.) İstanbul: *İstanbul Tıp Kitapevleri*; 125-148.
28. Beydağ, K. D. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 479-484.
29. Şirin, A. Kavlak, O. (2015). *Kadın Sağlığı*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
30. Demirbaş, H. Kadioğlu, H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4, 200-206.
31. Kranisaoğlu, H. Yazıcı, S. Yılmaz, T. (Ed.). (2016). *Doğum Öncesi Dönem ve Bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
32. Helli, A. Dolapçioğlu, K. Çekiç, Ç. (2011). Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler. *Türk Urol Sem*, 2, 121-123.
33. Demir, S. C. Küçükgöz G. Ü. (Ed.). (2015). *Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
34. Akpınar, O. (2009). Gebelik ve Kapak Hastalıkları, *Anadolu Kardiyol Dergisi Özel Sayı*, 1, 25-34.
35. Üstün, C. Koçak, İ. (Ed.). (2009). *Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
36. Akıcı, A. Tamirci, M. Gören, M. Z. (2017). The Impacts of the Physiological Changes Occurring During Pregnancy on Pharmacokinetic Mechanisms. *Clin Exp Health Sci*, 7, 71-77.
37. Soğukpınar, N. (Ed.). (2016). *Gebelikte Tıbbi Problemler Ebeler İçin El Kitabı*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
38. Yılmaz, S. D. (2013). Prenatal Maternal-Fetal Attachment. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10, 28-33.
39. Uçar, H. (2014). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
40. Kafkaslı, A. (2007). *Annenin Gebeliğe Uyumu*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
41. Bandura, A. (1977). *Self-Efficacy: Towarda Unifying Theory of Behavioral Change*. Psychological Review, 84, 191-215.
42. Kartopu, S. (2015). *Öz Yeterlilik Kimlik Duygusu & Dindarlık Eğilimi*. Gümüşhane Üniversitesi Yayınları.
43. Telef, B. B. (2011). Öz Yeterlilikleri Farklı Ergenlerin Psikolojik Semptomlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
44. Zararsız, N. (2012). İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin Öz Yeterlilik Algılarının İncelenmesi (İstanbul- Sultanbeyli İlçesi Örneği). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.
45. Pajares, F. (2005). Self-Efficacy During Childhood and Adolescence Implications for Teachers and Parents. *Greenwich: Information Age Publishing*, 5, 339-367.
46. White, J. M. Klein, D. M. (2002). *Family Theories*. Columbia: Sage Publications.
47. Adams, S. Gian, M. Eskild, A. (2012). Fear of Childbirth and Duration of Labour. *British J Obstet Gynecol*, 10, 1238-1246.
48. Gözekara, F. Eroğlu, K. (2011). Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir yolu: “Bir Sezeryan Hep Sezeryan” Yaklaşımı Yerine Sezeryan Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Rollerini. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 89-100.
49. Aydemir, H. Hazar, H. (20014). Düşük Riskli ve Yüksek Riskli Gebelerde Ebeğin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 815-833.
50. Lederman, R. Wels, K. (2009). *Psychosocial Adaptation to Pregnancy*, New York.

51. Lazoğlu, M. (2014). Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz yeterlilik Algısının Derecelendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
52. Stockman, A. F. Altmaier, E. M. (2001). Relation of self-efficacy to reported pain and painmedication usa geduring labor. *Journal of Clinical Psychology in MedicalSettings*, 8, 161-166.
53. Yıldırım, G. Şahin, N. H. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7, 14-20.
54. Synder, C. R. Lopez, S. (2002). Handbook of Positive Psychology. *Oxford UniversityPress, Newyork*, 202-208.
55. Sayiner, F. D. Özdoğan. N, (2009). Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 143-148.
56. Razurel, C. Kaiser, B. Antonietti, J. P. Epiney, M. Sellenet, C. (2016). Relation Ship Between Perceived Perinatal Stress And Depressive Symptoms, Anxietyand Parental Self-Efficacy İn Primiparous Mothers And Role Of Social Support. *Women&Health*, 1-19
57. Çiçek, Ö. Okumuş, H. (2017). Self-Efficacy Perception At Birth: Its Importance And Effective Factors, International Refereed. *Journal of GynaecologicalDiseasesand Maternal Child Health*. 35-46.
58. Serçekuş, P. Başkale, H. (2016). Effects Of Antenatal Education On Fear Of Childbirth, Maternal Self-Efficacyand parent al Attachment. *Midwifery*, 34, 166-172.
59. Gao, L. L. Liu, X. J. Fu, B. L. Xie, W. (2015). Predictors Of Childbirth Fearamong Pregnant Chinese Women: Across-Sectional Question Nairesurvey. *Midwifery*, 31, 865-870.
60. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, (2014). *Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. Yayın No: 955*. Ankara.
61. Güner, Ö. Kavlak, O. (2016). Perinatoloji ve Bakım. İstanbul: *Nobel Kitabevi*.
62. Altuntuğ, K. Okumuş, H. Özdengül, F. (2015) Doğuma Hazırlık Sınıfı: Mevlana Felsefesi Ve 'Hypnobirthing' Sentezi. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis. Nurs-Special Topic*. 1, 60-64.
63. Serçekuş, P. Yenal, K. (2015). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Türkiye'deki Gelişimi. *Türkiye Klinikleri*, 1, 33-35.
64. Dinç, H. Yazıcı, S. Yılmaz, T. Günaydın, S. (2014). Gebe Eğitimi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1, 68-76.
65. Güner, D. S. (2018). Primipar Kadınlara Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Korkusuna ve Sonuçlarına Etkisi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi. Lefkoşa.
66. Unutkan, A. (2018). Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Deneyimi, Sonuçları ve Konforuna Etkisi. T.C. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Antalya.
67. Buran, G. (2015). Doğum Öncesi Hazırlık Kursu Örneği: Deneyimler Ve Sonuçları:2013-2015. *Türkiye Klinikleri J. Obstet. Womens Health Dis Nurs-Special Topic*, 1, 25-32.
68. Karabulut, Ö. Coşkuner, P. D. Doğan, M.Y. Cebeci, M. S. Demirci, N. (2015). Does Antenatal Education Reduce Fear Of Childbirth? *International Nursing Review*, 63, 60-67.
69. Çalık, K. Y. Çetin F. C. (2018). *Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Sonrası Dönem*. İçinde İşbir, G. G. (Ed.). İstanbul: *İstanbul Tıp Kitapevleri*; sayfa387-409.
70. Elmas, S. Yeygel, Ç. Saruhan, A. (2017). Doğum Öncesi Eğitim Modelleri Eşliğinde Doğal Doğum. *Anadolu Hemşireleri ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20, 299-303.
71. Şeker, S. Sevil, Ü. (2015). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi. İçinde Okumuş, H. (Ed.). *Doğuma Hazırlık Sınıfları ve Gebe Eğitimi İçin Güncel Bilgiler*. Ankara: *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Dergisi*,1-9.
72. Coşar, F. Demirci, N. (2012). The Effect Of Child Birth Education Classes Based On The Philosophy Of Lamaze On The Perception Andorientation To Labour Process. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*.

73. Çoker, H. (Ed.). (2016). *Daha Kolay, Daha Rahat, Güvenli Bir Doğuma Doğal Yaklaşım Hypno-Birthing Mongan Yöntemi*. İstanbul: Gün Yayıncılık.
74. Ip, W.Y. Chung, T. Tang, C. (2007). The Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory: The Development Of A Short Form, *Journal of Clinical Nursing*, 17, 333–340.
75. Lowe, N. K. (1993). Maternal Confidence For Labor: Development Of The Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing Health*, 16, 141-149.
76. Sinclair, M. O'Boyle, C. (1999). The Childbirth Self-Efficacy Inventory: A Replication Study, *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1416-1423.
77. Berle, J.I. Mykletun, A. Daltveit, A.K. Rasmussen, S. Holsten, F. Dahl, A. A. (2005). Neonatal Outcomes In Offspring Of Women With Anxiety And Depression During Pregnancy. *A linkage study from The Nord-Trondelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. Arch Women Ment Health*, 8, 181-89.
78. Yıldız, D. (2008). Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Danışmanlık Gereksinimleri ve Yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 294-298.
79. Gürol, A. (2010). Bebek Masajının Anne Bebek Bağlanması ve Emzirme Başarısına Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum.
80. Kartal, Y. A. Karaman, T. (2018). Effect of Birth Preparation Training on Prenatal Attachment and Depression. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49, 85-91.
81. Hofmeyr, G. J. Hannah, M. Lawrie, T.A. (2015). Planned Caesarean Section For Term Breech Delivery. *Cochrane Database*.
82. Akyüz, İ. (2019). Future Projection And The Sales Of Industrial Wood In Turkey: Artificial Neural Networks *Turk J Agric For*, 43, 368-377.
83. Til A. (2018). Yapılandırılmış Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Tercihleri Üzerine Etkisi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Denizli.
84. Karimi, S. Kazemi, F. Masoumi, S. Z. Shobeiri, F. Roshanaei, G. (2016) Effect of Consultation and Educating in Preparation Classes for Delivery on Pregnancy Consequences. A Randomized Controlled Clinical Trial. *Electronic Physician*, 8, 3177-3187.
85. Hallgren, A. Kihlgren, M. Norberg, A. Forslin, L. (1995). Women's Perceptions Of Childbirth And Childbirth Education Before And After Education And Birth. *Midwifery*, 11, 130-137.
86. Spinelli, A. Baglio, G. Donati, S. Grandolfo, M. E. (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *The Journal of Maternal- Fetal and Neonatal Medicine*, 13, 94-101.
87. Tilden, E. L. (2016). The Effect of Childbirth Self-Efficacy on Perinatal Outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45, 465-480.
88. Khorsandi, M. Ghofranipour, F. Hidarnia, A. Faghihzadeh, S. Ghobadzadeh, M. (2012). The Effect of Precede Proceed Model Combined With The Health Belief Model and The Theory of Self-Efficacy to Increase Normal Delivery Among Nulliparous Women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46, 187-194.
89. İşbir, G. G. İnci, F. Önal, H. Yıldız, P.D. (2016). The Effects of Antenatal Education On Fear of Childbirth, Maternal Self-Efficacy and Post-Traumatic Stress Disorder (Ptd) Symptoms Following Childbirth. *An Experimental Study. Applied Nursing Research*, 32, 227-232.
90. Sunay, Z. (2018). Doğum Eğitimi ve Eğitim ile Birlikte Verilen Doğum Planının Doğum Özyeterliliğine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans, Malatya.
91. Oğuz B. (2018). Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterliliklerinin Belirlenmesi. Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.
92. Mohamadirizi, S. Mohamadirizi, M. Mahmoodi, F. (2018) The Effect of Religious-Spiritual Support on Childbirth Self-Efficacy. *Journal of Education and Health Promotion*, 7,1-4.
93. Rastegari, L. Mohebbi, P. Mazlomzadeh, S. (2013). The Effect of Childbirth Preparation Training Classes on Perceived Self-Efficacy in Delivery of Pregnant Women. *Zums Journal*, 21, 105-115.

## EKLER

EK-1

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli katılımcılar, Bu form, sosyo-demografik özelliklerinizi belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Size uygun olan yanıtı soruların önünde bulunan kutuya (X) yazarak belirtiniz. Lütfen eksik soru bırakmayınız. İşbirliğiniz için teşekkür ederim.

Ebe Kübra TİTREK

[titrekubra@gmail.com](mailto:titrekubra@gmail.com)

05426553906

1. Kaç yaşındasınız? .....

2. Medeni durumunuz nedir?

Bekar  Evli

3. Eğitim durumunuz nedir?

İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Lisansüstü

4. Mesleğiniz nedir?

Memur  İşçi  Serbest Meslek  Ev Hanımı

5. Günlük çalışma süreniz nedir?

Tam gün  Yarım gün ya da Belirli saatler  Vardiyalı  Çalışmıyor

6. Eşiniz kaç yaşındadır?.....

7. Eşinizin eğitim durumu nedir?

İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Lisansüstü

8. Eşinizin mesleği nedir?

Memur  İşçi  Serbest Meslek  Çalışmıyor

9. Eşinizin günlük çalışma süresi nedir?

Tam gün  Yarım gün ya da Belirli saatler  Vardiyalı  Çalışmıyor

10. Sosyal güvenceniz var mı?

Var  Yok

11. Gelir düzeyiniz nedir?

Gelirim giderimden az  Gelirim giderime denk  Gelirim giderimden fazla

12. Aile tipiniz nedir?

- Çekirdek aile  Geniş aile

13. Eşiniz ve siz gebeliği istiyor musunuz?

- Her ikimizde gebeliği istiyoruz.  
 Ben istiyorum, eşim istemiyor.  
 Eşim istiyor, ben istemiyorum.  
 Her ikimizde gebeliği istemiyoruz.

14. Eşiniz ve siz gebeliğinizi planladınız mı?

- Evet  Hayır

15. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....

16. Gebeliğiniz sürecinde kaç kez izlem oldunuz?.....

17. Gebeliğiniz sürecinde eşiniz size verdiği desteği yeterli buluyor musunuz?

- Evet  Hayır

18. Doğuma Hazırlık Eğitimi ile ilgili bilgi aldınız mı?

- Evet  Hayır

19. Cevabınız evet ise; nereden bilgi aldığınızı belirtiniz

- Sosyal Medya  Tv Programları  Sağlık Kurumu  Yakın Çevre  
 Gazete, Dergi  Diğer.....

20. Doğuma Hazırlık Eğitiminin size ve bebeğinize fayda sağlayacağını düşünüyor musunuz?

- Evet  Hayır

21. Doğum şekli tercihiniz nedir?.....

**EĞİTİM SONRASI (8 HAFTA SONRA)**

22. Doğum şekli tercihiniz nedir?.....

## GÖRSEL ANALOG SKALA

Aşağıdaki skala doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili olup eğitim alan grupta yer alan gebelerin çalışma süresinde almış oldukları doğuma hazırlık eğitiminin etkinliğini incelemek amacıyla memnuniyet düzeyleri ölçülmek istenmektedir.

“0” puan: Hiç yararlı değil

“10” puan: Çok yararlı





## DOĞUM EYLEMİNDE ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ KISA FORM

### 1- Sonuç Beklentisi Alt Skalası

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin.

Aşağıdaki davranışların her biri için, davranışların; doğum esnasında yapacağınız her bir hareketin nasıl faydalı olacağını düşünün. Ölçekteki yanıtlar 1'den 10'a kadar puanlandırılmıştır. Ölçeğin sonuç beklentisi alt boyutunda; 1 "hiç yararlı değil", 10 ise "çok yararlı" da sonlanan 1'den 10'a kadar numaralardan size uygun olan numarayı işaretleyiniz.

Maddeler	Hiç yararlı değil	Çok yararlı
1. Vücudunu gevşetmek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Her kasılmaya hazır olmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. Kasılma sırasında nefesini kullanmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4. Kendine hakim olmak (Kontrolünü sağlamak)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. Rahatlamaya çalışmak/Gevşemeye odaklanmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6. Dikkatini dağıtma için odadaki bir cisme yoğunlaşma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7. Sakin olmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8. Bebeğine yoğunlaşmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9. Her kasılmaya katlanmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10. Olumlu düşünmek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
11. Ağrıyı düşünmemek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
12. Kendi kendimize doğumumuzu yapabileceğimizi söylemek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
13. Ailedeki diğer bireyleri düşünmek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
14. Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
15. Doğumda sana yardım eden kişilere yoğunlaşmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
16. Sana yardımcı olan kişinin cesaretlendirici sözlerini dinlemek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

## 2-Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin.

Yeterlilik beklentisi alt boyutunda; ilk 13 soru 1 "tamamen eminim", 10 "hiç emin değilim", 14-16 arasındaki sorular 1 "hiç emin değilim", 10 ise "tamamen eminim" şeklinde ifade edilmektedir. Her bir davranış için, davranışların; "1" ve "10" arasında bir rakamı işaretleyerek, tüm doğum süreciyle baş etmeniz size yardımcı olacak bazı yeteneklerinizi nasıl kullanacağınızı gösterin.

Maddeler	Tamamen eminim	Hiç emin değilim
1.Vücudumu rahatlatabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Her kasılmaya hazırım	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. Kasılma sırasında nefesimi kullanabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4. Kendime hakim olabilirim/Kontrolümü sağlayabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. Rahatlamayı düşünebilirim/Gevşeyebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6. Dikkatimi odadaki bir cisme yoğunlaştırabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7. Kendimi sakin tutabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8. Bebeğimi düşünerek ona yoğunlaşabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9. Her kasılmaya dayanabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10. Olumlu düşünebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
11. Ağrıyı düşünmeyebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
12. Doğumumu yapabileceğimi kendime söyleyebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
13. Ailemdeki diğer bireyleri düşünebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Hiç emin değilim	Tamamen eminim
14. Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
15. Doğumda sana yardım eden kişilere Yoğunlaşmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
16. Sana yardımcı olan kişinin cesaretlendirici sözlerini dinlemek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

## EK-3

10.01.2020

Gmail - Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği İzin Yazısı



Kübra Titrek <titrekkubra@gmail.com>

### Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği İzin Yazısı

1 mesaj

**Kübra Titrek** <titrekkubra@gmail.com>  
Alıcı: kkamile@akdeniz.edu.tr

6 Ocak 2020 14:32

Değerli Kamile Hocam Merhabalar,  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ebelik Tezli Yüksek Lisans programında öğrenim görmekteyim. Bir kamu hastanesinde nullipar gebeler ile yürütülmesini planladığımız tez için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını uyguladığımız "**Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Form**" kullanmak istiyoruz.  
Envanterin kullanılabilmesi için gerekli izni rica ediyoruz. Desteğiniz için çok teşekkür ederim.

10.01.2020

Gmail - Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği İzin Yazısı



Kübra Titrek <titrekkubra@gmail.com>

### Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği İzin Yazısı

1 mesaj

**Kamile KUKULU** <kkamile@akdeniz.edu.tr>  
Alıcı: Kübra Titrek <titrekkubra@gmail.com>

9 Ocak 2020 10:08

Sayın Kübra Titrek,  
"Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Form" unu tez çalışmada kullanmada sakınca bulunmamaktadır. Çalışmalarında başarılar dilerim.  
Prof.Dr.Kamile Kabukcuoğlu  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi Antalya



Sayı : 46418926-050.03.04  
Konu : Araştırma Projesi Değerlendirme  
Raporu (18/97)

Sayın Dr. Öğr. Üy. Yasemin AYDIN KARTAL

Kurulumuzda değerlendirmek üzere sunduğunuz 18/97 kayıt numaralı, "*Nullipar Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Öz Yeterliliğine Etkisi*" başlıklı proje önerisi Kurulumuzun 28.12.2018 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur. İlgili kurul kararı Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN  
Başkan

Ek:Kurul Kararı



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu


Sayı : 46418926


Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 28 ARALIK 2018 CUMA  
TOPLANTI NO : 2018/8  
PROJE/ KARAR NO : 18/97 (Değerlendirilme Tarihi: 28.12.2018)

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilimdalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Yasemin AYDIN KARTAL 'ın sorumlu araştırmacı, Yüksek Lisans öğrencisi Kübra TİTREK 'in yardımcı araştırmacı olduğu 18/97 kayıt numaralı, "**Nullipar Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Öz Yeterliliğine Etkisi**" başlıklı proje önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

  
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN  
Başkan

  
Prof. Dr. Günseli GÜVEN POLAT  
Başkan Vekili

Prof. Dr. Kadriye ÖNEŞ  
Üye

KATILMADI

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU  
Üye

Prof. Dr. Mahfuz ELMASTAŞ  
Üye

KATILMADI

Doç. Dr. Maihebureti ABUDILI  
Üye

KATILMADI

Doç. Dr. Papatya KELEŞ  
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Faruk Berat AKÇEŞME  
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM  
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Elif GÜLTEKİN  
Üye

Avukat Ahmet KAYNAR  
Üye

KATILMADI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu  
Üsküdar/İSTANBUL  
Telefon: 0 (216) 542 32 32 / 2014

EK-5



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sultanbeyli Devlet Hastanesi



Sayı : 30160612-604.01.01  
Konu : Kübra TİTREK(Anket Çalışması)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İgi: 04.02.2019 tarih ve 16867222-604.01.01-E.444 sayılı yazı.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Yüksek Lisans Bölümü Öğrencisi Kübra TİTREK'in "Nullipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum öz yeterliliğine etkisi" anket çalışmasını, Hastanemizde yapma talebi İdareimizce değerlendirilmiş olup; uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-izmalıdır.  
Uzm. Dr. Mustafa BULUT  
Başhekim.

Şen Cad. No:30 Sultanbeyli - İstanbul  
Telefon: 0216 564 24 00 - 1304 Faks No: 02163988970  
e-Posta: emel.ozelsoydas@saglik.gov.tr İnternet Adresi:  
emel.ozelsoydas@gmail.com

Bilgi için: Emel ÖZEL SOYDAŞ  
BİRİM SORUMLUSU  
Telefon No: 216 564 2400/1674

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c237e932-9cfb-4ce2-90cc-ae06d71d5ec8 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRDİ  
07/02/2019 09:52 - 16867222 - 604.01.01 - E.507



Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Kübra TİTREK(Anket Çalışması)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

(Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Külliyesi Selimiye Mah. Tıbbiye Cad.No:38 Üsküdar, İstanbul )

İlgi : a) 22/01/2019 tarihli ve 71211201-640 sayılı yazı.  
b) 06/02/2019 tarihli ve 30160612-604.01.01-1546 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazıda yer alan Üniversiteniz Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Yüksek Lisans Bölümü Öğrencisi Kübra TİTREK'in "Nullipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum öz yeterliliğine etkisi" anket çalışmasını, Sultanbeyli Devlet Hastanesinde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma hastanenin ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN  
Müdür a.  
Başkan

Ek: Sultanbeyli Devlet Hastanesi

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilmesi  
Birimi  
Telefon: Faks No:  
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr Int.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ba6770f6-40ef-4689-90f7-919ddf63b14a kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



## DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ

Gebelik süreci, doğum ve doğum sonrası yaşanan kaygılarla baş etmek, bilinçli ve sağlıklı bir gebelik geçirmek istiyorsanız sizleri Gebe Bilgilendirme Sınıfımıza davet ediyoruz.

Eğitimlerimiz grup eğitimleri olarak verilmekte olup 4 oturumdan oluşmaktadır. Eğitimler haftada bir gün bir oturum olacak şekilde ve 4 hafta sürmektedir.

### 1. OTURUM GEBELİĞİN OLUŞUMU VE GEBELİK SÜRECİ

- Üreme Organları ve Gebeliğin Oluşumu
- Gebelikte Annede Meydana Gelen Değişiklikler
- Gebelikte Beslenme ve Egzersiz
- Gebelikte Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Tehlike Belirtileri

### 2. OTURUM DOĞUM SÜRECİ- DOĞUM AĞRISI İLE BAŞ ETME

- Doğuma Hazırlık
- Doğum Süreci ve Başlangıç Belirtileri
- Doğum Ağrısıyla Baş Etme
- Doğum Pozisyonları

### 3. OTURUM YENİ DOĞAN BAKIMI

- Yenidoğanın Bakımı ve Kazalardan Koruma
- Yenidoğan Sağlık Taramaları
- Anne Sütünün Faydaları ve Emzirme Eğitimi

### 4. OTURUM DOĞUM SONU DÖNEM

- Doğum Sonu Dönem (lohusalık)
- Doğum Sonrası Gebelikten Korunma
- Sertifika töreni

Tüm oturumları tamamlayan gebelere Katılım Belgesi ve Bilgili Anne Bilekliği verilmektedir. Eğitime katılım taleplerinizi Gebe İzlem Polikliniğine bireysel ve telefon ile başvurularak sağlayabilirsiniz.

EBE KÜBRA TİTREK

5426553906





### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Nullipar Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Öz Yeterliliğine Etkisi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr.Öğr. Üyesi Yasemin AYDIN KARTAL

Diğer Araştırmacıların Adı: Kübra TITREK

Destekleyici (varsa): Yok

“Daha Önce Doğum Yapmamış Kadınlara Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Öz Yeterliliğine Etkisi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni gebeliğiniz süresinde verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum öz yeterliliğine etkisini incelemektir. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınızı cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü’nden, Dr. Öğr.Üyesi Yasemin AYDIN KARTAL’ ın sorumluluğu altındadır.

#### Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- *Araştırmanın amacı,*

Bu çalışma daha önce doğum yapmamış kadınlara verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum öz yeterliliğine etkisini araştırmaktır.

- *Çalışmaya kaç kişinin alınmasının planlandığı (tek ya da çok merkezli ise belirtilmesi)*

Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Sultanbeyli Devlet Hastanesi Gebe İzlem Polikliniğine başvuran daha önce doğum yapmamış gebeler ile oluşturacaktır. Araştırmayı ise seçim kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 60 gebe oluşturacaktır. Çalışma eğitim uygulanan müdahale grubu ve kontrol grubu olmak üzere iki grup şeklinde yürütülecektir. Müdahale grubuna haftada 2 saat olmak üzere 4 hafta sürecek olan doğuma hazırlık eğitimi uygulanması planlanırken, kontrol grubu gebelere herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Çalışmaya dahil edilen tüm gebelere (müdahale grubundaki gebelere eğitim öncesi ) “Kişisel Bilgi Formu” ve “Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği” uygulanacaktır. Eğitim sonrası müdahale grubuna ve kontrol grubuna Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği tekrar uygulanacaktır. Ölçek eğitim öncesi ve sonrası toplam iki kez uygulanacaktır. Çalışma tek merkezli yürütülecektir.



**Bu çalışmaya katılmamalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorumuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

**Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?**

- Çalışmanın eğitim konuları arasında; gebeliğin oluşumu, gebelikte sık görülen rahatsızlıklar ve baş etme yöntemleri, Doğum nedir, Doğumun başladığını gösteren belirtiler nelerdir, Doğum eyleminde rol oynayan faktörler nelerdir, Yalancı ve gerçek kasılmalar nasıl ayırt edilir, Normal doğum nasıl gerçekleşir, Sezaryen ameliyatı gerektiren tıbbi durumlar nelerdir, Normal doğumun anne ve bebek sağlığı için etkileri nelerdir, Doğum korkusu nedir, Doğum ağrıları ile ilaçsız baş etme yöntemleri nelerdir, Doğum sırasında nefes alma ve ıkınma teknikleri nelerdir, Lohusalık dönemi, etkin emzirme teknikleri, Yenidoğan bakımı yer almaktadır. Eğitimler, konulara ilişkin aynı maketler, eğitim CD'leri ve slaytlar kullanılarak gerçekleştirilecektir. Eğitimler için, Sultanbeyli Devlet Hastanesi'nin doğuma hazırlık eğitimleri için ayrılan özel bir oda kullanılacaktır. Eğitim ortamı aydınlık, renkli perdeler, yastıklar ve egzersiz minderlerinin olduğu, katılımcıların kendilerini rahat hissedebilecekleri sıcak bir ortamdır.
- Eğitim programı haftada 2 saat olmak üzere 4 hafta sürecek şekilde oluşturuldu. Her eğitim grubu en az 5 gebe veya en fazla 10 gebe katılımı ile gerçekleştirilecek şekilde planlandı.
- Hastaya ait biyolojik bir materyal ya da görüntü materyali üzerinde çalışılacaksa tam olarak ne bakılacağı;  
Hastaya ait biyolojik bir materyal ya da görüntü materyali üzerinde çalışılmayacaktır.

**Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?**

1. Çalışmanın bir riski bulunmamaktadır.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

**Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?**

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederek Doğuma Hazırlık Eğitiminin, Doğum Öz Yeterliliğine Etkisi öngörülmektedir. Eğitimin Doğum Öz Yeterliliğine Etkisini arttırdığına katkısı olduğunun belirlenmesi halinde toplumdaki diğer kadınlar için de yararlı olacaktır.



**Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

**Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

**Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Yasemin AYDIN KARTAL, Kübra TİTREK  
GÖREVİ : Dr.Öğr.Üyesi,  
TELEFON : 05432870029,05426553906

**(Katılımcının/Hastanın Beyanı)**

SBÜ, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı'ndan, Dr. Yasemin AYDIN KARTAL tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımuma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
HAMİDİYE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

FORM 6E

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, , Dr.Yasemin AYDIN KARTAL'ı 05432870029 numaralı telefondan, Valide Atik mah. Valide Kahyası sok., No:29 D:6 Üsküdar İstanbul, , Kübra TİTREK'i 05426553906 numaralı telefondan, İstiklal mah. Mihrac sok., No:55 D:11 Ümraniye İstanbul 'dan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Katılımcı ile görüşen hekim**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Not: Aydınlatma ve katılımcının beyanı birbirlerinin devamı şeklinde olmalı ve aynı sayfada yer almalıdır.**

EK-8  
Eğitim Alanı



## Uygulama ve Egzersiz Alanı



## ÖZ GEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

### A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1. Adı ve Soyadı	Kübra Titrek
A.2. Doğum Tarihi ve Yeri	11.03.1995 Edirne-Keşan
A.3. Medeni Durumu	Evli
A.4. İletişim Adresi ve Telefonu	<a href="mailto:titrekkubra@gmail.com">titrekkubra@gmail.com</a> - <a href="mailto:kubratitrek@icloud.com">kubratitrek@icloud.com</a> 5426553906

### B. EĞİTİM ve MESLEKİ BİLGİLERİ

B.1. Mezun olduğu Üniversite- Yılı	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü- 2016/2017 Dönemi
B.2. Görev Aldığı Kurum- Süresi	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Sultanbeyli Devlet Hastanesi/Doğumhane (2017-Halen)
B.3. Katılım Sağladığı Programlar	-Evlilik Öncesi Danışmanlığı Sertifikasyon Programı (2017) -Acil Obstetrik Bakım Eğitim Programı (2018) -NRP Uygulayıcı Eğitimi Sertifikasyon Programı (2018) -Cinsel Sağlık- Üreme Sağlığı Eğitim Programı (2019)

