

54816

T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ELAZIĞ İL MERKEZİ VE MERKEZ İLÇEYE BAĞLI BİRİNCİ  
BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞAN HEMŞİRE  
VE EBELERİN ANA ÇOCUK SAĞLIĞI AİLE PLANLAMASI  
KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

DOKTORA TEZİ

Dr.Edibe DİNÇ

F.Ü. TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

54816

DANIŞMAN

Doç.Dr.Mehmet BOSTANCI

ELAZIĞ-1996

150. GÖZLENERETİM VE  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

ÖNSÖZ	
I. GİRİŞ	I
1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ	1
1.2. ANA SAĞLIĞI	2
1.2.1. ANA ÖLÜM NEDENLERİ	4
1.2.2. ANA SAĞLIĞININ TARİHÇESİ	4
1.2.3. DÜNYADA ANA SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI	5
1.2.4. TÜRKİYE'DE ANA SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI	6
1.3. ÇOCUK SAĞLIĞI	7
1.3.1. ÇOCUK ÖLÜM NEDENLERİ	8
1.3.2. DÜNYADA ÇOCUK SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI	10
1.3.3. TÜRKİYE'DE ÇOCUK SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI	11
1.4. AİLE PLANLAMASI	12
1.4.1. GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER	13
1.4.2. AİLE PLANLAMASININ TARİHÇESİ	14
1.4.3. DÜNYADA AİLE PLANLAMASI ÇALIŞMALARI	15
1.4.4. TÜRKİYE'DE AİLE PLANLAMASI ÇALIŞMALARI	17
1.5. ANA ÇOCUK SAĞLIĞINDA SAĞLIK EĞİTİMİNİN ÖNEMİ	19
1.5.1. HEMŞİRE VE EBELİK EĞİTİMİ	20
II. AMAÇ	23
III. MATERYAL VE METOD	23
IV. BULGULAR	27
V. TARTIŞMA	80
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	95
VII. ÖZET	98

**SAYFA NO**

VIII SUMMARY	99
IX. KAYNAKLAR	100
X. ÖZGEÇMİŞ	108
TEŞEKKÜR	109
EKLER	
1. ANKET FORMU	
2. GRUPLANDIRMA	
3. PUANLAMA	



## **TABLolarIN LİSTESİ**

<b><u>TABLO NO:</u></b>	<b><u>SAYFA NO</u></b>
Tablo 1 - Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Durumu	24
Tablo 2 - Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire ve Ebelerin Görev Yaptıkları Sağlık Ocaklarına Göre Dağılımı	25
Tablo 3 - Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire ve Ebelerin Görev Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımı	26
Tablo 4 - Hemşire ve Ebelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları	27
Tablo 5 - Hemşire ve Ebelerin Hizmet Süreleri	28
Tablo 6 - Hemşire ve Ebelerin Kurs Görme Durumlarına Göre Dağılımları	28
Tablo 7 - Hemşire ve Ebelerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımları	29
Tablo 8 - Hemşire ve Ebelerin Eşlerinin Mesleklerinin Sağlıkla İlgili Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımları	29
Tablo 9 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesinde Meslek Gruplarına Göre Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Konusundaki Bilgilerini Yeterli Görme Durumları	30
Tablo 10 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Sonrasında Meslek Gruplarına Göre Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Konusundaki Bilgilerini Yeterli Görme Durumları	30
Tablo 11 - Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Çalıştığı Yere Göre ve Bilgisini Yeterli Görme Durumuna Göre Dağılımları	31
Tablo 12 - Eğitim Sonrasında Hemşire ve Ebelerin Çalıştığı Yere Göre ve Bilgisini Yeterli Görme Durumuna Göre Dağılımları	31
Tablo.13.-.Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Kurs Ya da Seminer Görme ve Bilgisini Yeterli Görme Durumlarına Göre Dağılımları	32

**TABLO NO:****SAYFA NO**

Tablo 14.-. Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Soru Gruplarına Göre Bilgi Puanlarının Dağılımı	33
Tablo 15 - Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Bilgi Puanlarının Dağılımı	33
Tablo 16 - Eğitim Sonrasında Hemşire ve Ebelerin Bilgi Puanlarının Dağılımı	34
Tablo 17 - Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Hizmet Sürelerine ve Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı	34
Tablo 18 - Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Kurs veya Seminer Görme Durumlarına ve Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı	35
Tablo 19 - Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Şu Anda Çalıştıkları Kurumun Yerleşim Yerine Göre Bilgi Puanları	36
Tablo 20 - Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Medeni Durumlarına Göre Bilgi Puanları	36
Tablo 21 - Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Eşlerinin Mesleklerinin Sağlıkla İlgili Olup Olmamasına Göre Bilgi Puanları	37
Tablo 22 - Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Konusunda Bilgisini Yeterli Görme Durumuna Göre Bilgi Puanları	37
Tablo 23 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Gebelikle İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	38
Tablo 24 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Gebelik ve Doğumla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	39
Tablo 25 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Gebelere Tetanoz Aşısı Uygulaması Hakkındaki Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	40

**TABLO NO :****SAYFA NO**

Tablo 26 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Mutlaka Hastanede Doğum Yapması Gereken Durumlara Verdikleri Doğru Yanıtlar	41
Tablo 27 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Mutlaka Hastanede Doğum Yapması Gerekenlere Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)	42
Tablo 28 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Lohusalıkla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	43
Tablo 29 - Hemşire ve Ebelerde Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Düzeyini Değerlendirmeye Yarayan Hızların Doğru Yanıtları	44
Tablo 30 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Değerlendirmeye Yarayan Üç Önemli Hıza Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% Olarak)	45
Tablo 31 - Hemşire ve Ebelerde Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ana Ölüm Hızı Sorusuna Verdikleri Doğru Yanıtlar	46
Tablo 32 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Normal Yenidoğan Bebeğin Ağırlığı, Boyu ve Baş Çevresi Ölçütlerine Verdikleri Doğru Yanıtlar	47
Tablo 33 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında APGAR Değerlendirme Öğelerine Verdikleri Doğru Yanıtlar	48
Tablo 34 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında APGAR Değerlendirme Öğelerine Verdikleri Doğru Yanıt Sayısına Göre Dağılımı (% Olarak)	49

**TABLO NO :****SAYFA NO**

Tablo 35 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Çocukların Yaş Gruplarına Göre Ziyaret Sıklığına Verdikleri Doğru Yanıtlar	50
Tablo 36 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Bebeğe Kan Uyuşmazlığı İhtimali İçin Anne Babanın Rh Faktörü Ne Olmalıdır. Sorusuna Verdikleri Doğru Yanıtlar	51
Tablo 37 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeğe Verdikleri Doğru Yanıtlar	52
Tablo 38 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Bebeğin Gelişmesi İle İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	53
Tablo 39 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Kolostrum Sorusuna Verdikleri Doğru Yanıtlar	54
Tablo 40 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Kızamık Aşısına Başlama Ayı ve 12 Aylık Çocuğun Aşı Takvimine Verdikleri Doğru Yanıtlar	55
Tablo 41 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aşıların Uygulama Tekniklerine Verdikleri Doğru Yanıtlar	56
Tablo 42 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aşıları Uygulama Tekniklerine Verdikleri Doğru Yanıt Sayısına Göre Dağılımı (% Olarak)	57
Tablo 43 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aşı Uygulamasıyla İlgili Bazı Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	58
Tablo 44 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aşı Uygulamasıyla İlgili Bazı Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı ( % olarak)	59

**TABLO NO****SAYFA NO**

Tablo 45 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Buzdolabına Aşı ve Diğer Soğuk Zincir Malzemelerini Doğru Yerleştirme Durumları	61
Tablo 46 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Sağlık Ocağı Buzdolabında Isı Derecesinin Doğru Yanıtları	62
Tablo 47 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Çocuklarda Görülen Raşitizm Hastalığının Tanısına Verdikleri Doğru Yanıtlar	63
Tablo 48 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ateşli Çocuğa Ne Yapılmalı Sorusuna Verdikleri Doğru Yanıtlar	64
Tablo 49 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında ORS İle İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	64
Tablo 50 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aile Planlamasıyla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	65
Tablo 51 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlıkla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	66
Tablo 52 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlıkla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)	68
Tablo 53 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aile Planlaması Programlarında Öncelik Verilmesi Gereken Durumlara Verdikleri Doğru Yanıtlar	69
Tablo 54 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ovulasyon Tarihine Verdikleri Doğru Yanıtlar	70



**TABLO NO****SAYFA NO**

Tablo 55 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Gebeliğin İsteğe Bağlı Sonlandırılmasına Verdikleri Doğru Yanıtlar	71
Tablo 56 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Etkili Kontraseptif Yöntemlere Verdikleri Doğru Yanıtlar	72
Tablo 57 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Etkili Kontraseptif Yöntemlere Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)	73
Tablo 58 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Etkisi Sınırlı Kontraseptif Yöntemlere Verdikleri Doğru Yanıtlar	74
Tablo 59 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Etkisi Sınırlı Kontraseptif Yöntemlere Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)	75
Tablo 60 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Oral Kontraseptiflerle İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	76
Tablo 61 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Rahim İçi Araç İle İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar	77
Tablo 62 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Rahim İçi Araç İle Anne Sütü Arasındaki İlişkinin Varolup Olmama Durumuna Verdikleri Doğru Yanıtlar	78
Tablo 63 - Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Cerrahi Sterilizasyonla İlgili Soruların Doğru Yanıtları	79

## ÖNSÖZ

Ana ve çocuk grubu toplumun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Toplumun çok önemli bir ögesi olan bu grubun sağlık düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirleyen en önemli göstergedir. Bu açıdan baktığımızda toplumların gerçek ekonomik ve sosyal kalkınmasından söz edebilmek için, ülkeler düzeyinde sağlık yönünden de öncelikle bu grubun sağlık sorunlarının çözümünde olduğu gibi ülkemizin öncelikli olan ana çocuk grubunun sağlığının iyileştirilmesinde yetişmiş, nitelikli ve bilgili sağlık personelinin önemi tartışmasız kabul edilen bir gerçektir.

Toplumun sağlık hizmetlerini amaca uygun bir şekilde verebilmek için herşeyden önce sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğu kabul edilmelidir. Türkiye' de sağlık hizmetlerinin insan gücü sorunları tartışılırken konuya genellikle hekim insan gücü açısından yaklaşıldığı görülmektedir. Buna karşılık hekim dışı sağlık personeli alanındaki sorunlar birkaç cümle ile geçiştirilmiş ya da ikinci planda kalmıştır. Oysa çağdaş sağlık hizmeti sunabilme ve halkın sağlık düzeyini yükseltebilmek için, hekim insan gücü alanındaki sorunların çözümü kadar hekim dışı sağlık personeli alanındaki sorunların çözümünde gerekli ve önemlidir.

Temel sağlık hizmetlerini yürüten sağlık ocağı ekibi içinde önemli fonksiyonları olan hemşire ve ebelerin okul eğitimlerinden ve deneyim yetersizliklerinden kaynaklanan bilgi açıklarının kapatılması hizmetin etkinliği açısından önemlidir. Bunu sağlamanın yollarından birisi de planlanmış ve ihtiyaca yönelik olarak hazırlanmış hizmet içi eğitim programlarının uygulanmasıdır. Bu nedenle temel sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konusundaki bilgilerinin saptanması bilgi düzeyi eksik olduğu düşünülen bu konularda eğitim yapılması ve eğitilen sağlık personelinin topluma daha iyi hizmet sunmasının sağlanması düşüncesiyle araştırmacıyı bu çalışmayı yapmaya yöneltmiştir.

## I. GİRİŞ

### 1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE' DE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında erken dönemde tanı konarak tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir. Sağlık hizmetlerinin koruma, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere üç boyutu olup ilk ve temel amacı insanları hastalıktan korumaktır. (56). Birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma diye adlandırılan etkinliklerden; birincil koruma çeşitli yöntemlerle kişiyi hastalığa duyarlı olmaktan korumadır. İkincil koruma hastalığın erken tanı ve tedavisi, üçüncül korumada oluşu engellenememiş sakatlık ve iş göremezliğin rehabilitasyonudur (30,50,56).

Türkiye' de sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, ana ve çocuk sağlığı merkezlerinden oluşan birinci basamakta; sağlığın korunması, geliştirilmesi, ayakta ve evde tedavi etkinlikleri, 50-100 yataklı bölge hastanelerinden oluşan ikinci basamakta; hastaların yatırılarak tanı ve tedavi etkinlikleri, üçüncü basamakta ise yüksek tıp teknolojisi gerektiren özel dal hastanelerinde hizmet verilir. Birinci basamak kurumları halkın yaşadığı yerlere en yakın ilk başvuru merkezleri iken, ikinci ve üçüncü basamak daha büyük yerleşim alanlarına kurulmuştur. (56)

Sağlık hizmeti bilgi, beceri, yetki ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayan ve aynı amaç için bir arada çalışan değişik meslek üyelerinin hizmetlerinin toplamıdır (56). Bu hizmet sağlık ocaklarında en az bir hekim, hemşire, sağlık memuru ve ebeden oluşan sağlık ekibince yürütülür (34).

Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması birinci basamakta sunulmakta olan birincil koruyucu sağlık hizmetlerinden birisidir ve ekibi oluşturan sağlık personelinin tümünün bu hizmetle ilgili görevi vardır. Sayısız araştırmalarla ve dünyanın her yerinde kanıtlanmıştır ki çok ve sık doğum yapan kadınların ve kadınlardan doğan çocukların sağlıkları tehlike altındadır. Ayrıca, birçok kadın istemediği halde gebe kaldıktan sonra düşük yapmak isterken ya sakat kalmakta ya da hayatını kaybetmektedir. İşte bütün bu olumsuz sonuçlardan korunabilmek için aile planlaması hizmetleri önemli faktördür (41).

## 1.2. ANA SAğLIğI

Anne, sağlık için ailenin önemli ögesinden biridir. Yapılan pek çok araştırmalarda ocuk sağlığını belirleyen en önemli etmenin annenin kapasitesi olduğu belirlenmiştir. Ailede varolan olumsuz faktörler bilinçli, sağlıklı ve yetenekli bir anne tarafından önemli lde başedilebilmektedir (1). Ana ve ocuk sağlığı öylesine birbirine bağımlı ve i içedir ki erken yenidoğan ölümleri ve l doğumları önlemek için kız bebeklerin en az iki kuşak sağlıklı büyümesinin gerekli olduğu ileri sürülmektedir (33)

Ana sağlığını gösteren bir çok ölçüt vardır. Bunların bazılarının temel verilerinin sağlanması zor olduğundan her zaman hesaplanmayabilir. Ana sağlığı düzeyini gösteren en iyi lt Ana lm Hızı (AH) dır. Ayrıca l doğum hızı, perinatal ölüm hızı, neonatal ölüm hızı, 15-49 yaş kadın nüfusu yaşa özel ölüm hızları, eklamsi insidans hızı, anemi prevalans hızı gibi lterde ana sağlığı düzeyini doğrudan gösteren lter arasındadır (41).

Bir de ana sağlığını dolaylı gösteren lter bulunur. Bunlar doğurganlık hızı, düşük doğum ağırlıklı bebek oranı, düşük oranı, gebelikten koruyucu yöntem kullanma oranı gibi hızlarda vardır (41).

Ana lm hızı bir bölgede gebelik ya da gebeliğe bağlı nedenlerle meydana gelen ana ölümlerinin, yani gebeliğin ilk gününden, gebelikten sonraki kırkiki günlük sreye kadar geçen sürede ortaya çıkan sağlık

sorunlarından hayatını yitiren anne sayısının, o bölgedeki tüm canlı doğumlara bölünmesi sonucu ortaya çıkan bir değerdir (5,41,65,78). Ana ölüm hızının hesaplandığı formül şöyledir.

$$AÖH = \frac{\text{Bir yıl içinde gebelik doğum ve lohusalık nedeni ile ölen anne sayısı}}{\text{O yıl içerisindeki canlı doğum sayısı}} \times k$$

Ana morbidite ve mortalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli üç faktör şunlardır.

**1- KADININ YAŞI:** En uygun doğurganlık 20-35 yaş arasındadır. 35 yaşından sonra gebeliğe ya da doğuma ilişkin risklerde artma görülmektedir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ana mortalite ve morbiditesi 35 yaşın üzerinde 2-3 kat artış göstermektedir. Kanama, toksemi, uzamış, güç ve komplikasyonlu doğumlar bu yaştan sonra oldukça sıktır. Bunun yanısıra bebekte trisomi (Down Syndromu) ve kalp malformasyonları gibi anomali riski de artmaktadır (41,62,78).

**2- DOĞUM ARALIKLARI:** Gebelik ve doğum fizyolojik olaylar dizisidir. Kadının bir gebeliğin etkisinden fizyolojik olarak kurtulması için en az iki yıl hatta üç yıl geçmesi gerekmektedir. İyi beslenmiş, yeterli tıbbi bakım görmüş ve fizyolojik doğurma yaşında olan kadında bile iki yıldan sık olan gebeliklerde prematürelilik, düşük tartılı doğum, zor doğum ve sık abortuslar görülebilir (41,62,78).

**3- DOĞUM SAYISI:** Annenin ilk gebeliğinden sonra ki her doğumda mortalite riski artmaktadır. Beşinci doğumdan sonra bu risk çok daha hızlanmaktadır. Toksemi, hipertansiyon, güç doğum, uterus rüptürü ve atonisi beşinci doğumdan sonra daha sık görülmektedir. Özellikle de fizyolojik doğurganlık yaşını aşmış yeterli beslenememiş tıbbi bakımdan yoksun kadında

sık gebelikler ve doğum sırasında mortalite riski daha da artmaktadır (41,62,78).

### **1.2.1. ANA ÖLÜM NEDENLERİ**

Ana ölüm nedenleri doğrudan gebelikle ilgili nedenler ve diğer nedenler olarak sınıflandırılabilir (78).

#### **1. Doğrudan gebelikle ilgili nedenler**

Gebelik toxemisi

Kanama

İnfeksiyon

Ektopik gebelik

Çoğul gebelik

#### **2. Diğer nedenler**

Annenin sistemik hastalıkları

Anestezi

Şok

Emboli

Kan transfüzyonları

### **1.2.2. ANA SAĞLIĞININ TARİHÇESİ**

Dünyada ve ülkemizde ana sağlığı ile ilgili literatür incelendiğinde ana sağlığına bilim adamlarının önem vermesinin 16. yüzyıla dek uzandığını görmekteyiz. 16. yüzyılda Thomas Raynald' ın "İnsanlığın Doğuşu" adlı eserinin bir bölümü gebeliği ilgilendiren hastalıklara ayrılmıştır.17. yüzyılda François Mauri Ceau' nun gebe ve doğurmuş kadınların hastalıkları adlı eseri gebelik hijyeni ve hastalıklarına ait çeşitli bölümler içeriyordu (4).

18. yüzyılda Dionis ve William Smellie, gebelik hastalıkları ve koruyucu önlemleri içeren birer kitap yayınladılar.19. yüzyılda Thomas Bull, annelere öğütler kitabını sadece doğum öncesi döneme ayırmıştır. Dr. Pınard ise kitabında anormal gelişlerin doğum öncesi dönemde düzeltilmesini öneriyordu.

1899'da Edinburg'da ilk tıbbi ana sağlığı ünitesi olan "prematüre yuvası" açıldı (4).

20. yüzyılda İngiltere' de Dr. J. W. Ballantyne çeşitli yazı ve konferanslarla ana sağlığına dikkati çekmeye çalıştı. 1902' de Edinburg' daki doğum hastanesinde, eski doğum profesörü Hamilton' un hatırasına izafeten "Hamilton Yatağı" adı verilen ilk doğum öncesi yatağı ayrıldı. 1913' de İngiltere' de Boston' dakine benzer ziyaretlerle birlikte gebelerde labaratuvar tetkikleri de yapılmaya başlandı. Bu tarihlerden sonra Amerika, İngiltere ve çeşitli Avrupa ülkelerinin de ana sağlığı ile ilgili çalışmalar hızlandırılarak ülke çapında klinikler açılarak, sayıları artırıldı (4).

### 1.2.3. DÜNYADA ANA SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI

Ana sağlığı ile ilgilenen uzmanlar, ana sağlığı sorunlarının dünya çapında gerçekten ihmal edilmiş bir trajedi olduğu konusunda görüş birliği içindedirler (59). Ana ölüm sebepleri dünyanın her yerinde benzerlik gösterir. Temelinde gebelik ve doğum olmak üzere ana ölümüyle sonuçlanan komplikasyonların başında gebelik zehirlenmeleri, kanamalar, enfeksiyonlar ve düşükler gelmektedir (85).

Dünyada her yıl beşyüz bin kadar anne (arkalarında bir milyonu aşkın öksüz bırakarak) gebelik veya doğum sırasında ölmekte, beş milyonu aşkın bebek ise ya ölü doğmakta ya da yaşamlarının ilk haftasında yaşamını kaybetmektedir. Oysa anne ve babaların günümüzün güvenli gebelik ve doğum bilgileri ile donatılmaları halinde bu ölümlerin bir çoğu artık önlenbilir (38).

Ana ölüm hızı doğum öncesi ve doğumla ilgili sağlık hizmetlerinin kalitesinin göstergesidir. Gelişmiş ülkelerde ana ölüm hızı yüzbinde 26, gelişmekte olan ülkelerde ise 420' dir. Ana ölüm hızı yüzbinde olarak Afrika'da 630 iken Asya' da 380, Latin Amerika Karaippler de 200, Kuzey Amerika' da 12, Avrupa' da 12, Eski SSCB 45 dir (68).



Ana ölüm hızı 1980-1987 yılları arasında Afganistan' da yüzbin de 640, Fas' da 330, Suriye' de 280, Yugoslavya' da 27, İngiltere' de 7, Finlandiya' da 5 ve Türkiye' de 134 dür (18).

Ana sağlığı hizmetlerinin etkinliğini ve ana sağlığı düzeyini gösteren ölçütlerden biriside perinatal ölüm hızıdır. Bu hız doğum öncesi bakımın yeterli ve doğumların sağlıklı koşullarda olup olmadığını gösteren önemli bir ölçüttür. Ana ölümüne göre daha sık meydana geldiğinden küçük popülasyonlarda ana sağlığı düzeyini değerlendirmek için perinatal bebek ölüm hızı (PBÖH) daha sık kullanılır. Gelişmiş ülkelerde bu hız binde 20'nin altındadır (18).

#### **1.2.4. TÜRKİYE' DE ANA SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI**

Türkiye' de 1990 yılı nüfus sayımı geçici sonuçlarına göre, doğurgan çağ olarak nitelendirilen 15-49 yaş grubu evli kadınların oranı nüfusumuzun % 23 ünü oluşturmakta ve bu grupta bulunan kadın sayısı 13.1 milyon olarak hesaplanmaktadır (81). Ayrıca bu grubun taşıdığı riskler gözönüne alındığında ülkemizde özel ilgi gösterilmesi gereken grupların başında anneler gelmektedir.

Türkiye' de ana ölüm hızı ve nedenleri ile ilgili bilgiler sınırlıdır. 1974 yılında yapılan bir değerlendirmeye göre ana ölüm hızı yüzbin canlı doğumda 208 dir. 1986 yılında Kahramanmaraş ve Adıyaman illerinde yapılan bir araştırmada ana ölüm hızı yüzbin canlı doğumda 284 ve 94 olarak bulunmuştur (26). 1989 yılında DIE tarafından sisterhood yöntemi kullanılarak yapılan bir başka araştırmanın ilk sonuçlarında 1981 yılı için ana ölüm hızının yüzbinde 134 olduğu belirlenmiştir (7).1990' larda bu hızın yaklaşık yüzbin canlı doğumda 100 olduğu tahmin edilmektedir (8).

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsünün (HÜNEE) 1983 yılında yaptığı araştırmaya göre kadınlarımız 35 yaşına geldiklerinde ortalama 4 çocuk, doğurgan çağ sonunda yani 50 yaşında 6çocuk sahibi olmaktadır (42).



HÜNEE 1993 yılındaki araştırmasında da en yüksek doğurganlık hızı 20-24 yaş grubunda görülmektedir. Toplam doğurganlık hızları ise (bütün doğurganlık yaşamları süresince sozkonusu yaşa özel doğurganlık hızlarının geçerli olması durumunda kadınların doğuracakları toplam çocuk sayısı) kırsal yörelerde yaşayan kadınlar için 3.1, kentsel yörelerde 2.4 çocuk civarındadır. Türkiye ortalaması ise kadın başına 2.7 çocuktur (69).

Türkiye' de ana ölümlerinin büyük çoğunluğu doğum sırasında meydana gelmektedir. DİE tarafından yapılan araştırma bu tahminleri doğrulamakta ve ana ölümlerinin yarısının doğumda, dörtte birinin gebelikte ve dörtte birinin ise lohusalıkta meydana geldiğini ortaya koymaktadır. Çoğunlukla doğum sırasında meydana gelen ana ölümlerinin başlıca nedenleri kanama, enfeksiyon ve toxemidir (81).

1975 ve 1982 yılları arasında Çubuk ve Etimesgut' taki ana ölüm hızının incelenmesi sonucu bunların % 75' inin önlenabilir olduğu görülmüş ve eğer bu ölümler önlenebilseydi bölgedeki ana ölüm hızının yüzbinde 119 yerine 28.9 olacağı hesaplanmıştır (5).

Kadınlarda okuryazarlık oranının yerleşim yerlerine göre farklılıklar gösterdiği ve hatta okuryazar olmama oranının % 90' lara çıktığı yerleşim yerlerinin bulunduğu bilinmektedir. Kadınların eğitim düzeyinin yetersiz olması ve para getiren bir işte çalışma fırsatının az olması kadının statüsünün düşük kalmasına ve bu da ana sağlığı düzeyinin yükselmesinde kadının katkı ve katılımının yetersizliğine neden olmaktadır. Ayrıca ülkemizde doğumdan itibaren kız erkek ayırımı yapılmakta ve bu kız çocuğu beslenme, eğitim gibi olanaklarda geri plana itilmektedir. Sonuçta da beslenme bozukluğu, enfeksiyon ve anemi gibi hastalıklar kadınlarda sık görülmektedir (11).

### 1.3. ÇOCUK SAĞLIĞI

Bir toplumun sağlık düzeyini ölçmek ve de çocuğa verilecek sağlık hizmetlerini değerlendirmek için bazı ölçütler kullanılmaktadır. Bu

ölçütlerden en yaygın olarak kullanılanı "bebek ölüm hızı" dır. Bebek ölüm hızı (BÖH) bilindiği gibi toplumların genel sağlık ve çocuk sağlık düzeylerini ölçmek ve sunulan hizmetlerin etkinliğini değerlendirmek için kullanılır. Bebek ölüm hızı bir ülkenin gelişmişliğinin de simgesidir (78).

$$BÖH = \frac{\text{Bir yılda canlı doğan bir yaşını tamamlamadan (365 gün içinde) ölen bebek sayısı}}{\text{Bir yılda doğan canlı bebek sayısı}} \times k (1000)$$

Ayrıca neonatal ve postneonatal dönem ölüm hızlarının toplamı da bebek ölüm hızını vermektedir. Bu evrelerde ölüm hızlarını etkileyen faktörler birbirine benzer görünselerde özünde farklıdırlar. Yenidoğan (neonatal) dönemindeki özellikle de erken yenidoğan dönemlerindeki (erken neonatal) ölüm hızları bir toplumdaki doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımlarının kısaca anne ve çocuk sağlığı düzeyinin ne durumda olduğunu göstermektedir. Yenidoğan sonrası (postneonatal) dönemdeki ölüm hızı ise genellikle çevre koşullarının çocuk sağlığına olumsuz etkilerin boyutlarını belirlemektedir (78).

### 1.3.1. ÇOCUK ÖLÜM NEDENLERİ

Dünyada her yıl 125 milyon çocuk doğmakta, bunların 12 milyonu daha bir yaşını doldurmadan ölmekte ve bu ölümlerin % 97 si gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (24,25). Bu ülkelerde yaşayan çocukların büyük bir kısmı malnutrisyon ve komplikasyonlarından, enfeksiyonlardan, kötü ev şartlarından, güvenilir içme suyu ve sanitasyon eksikliğinden, sağlık hizmetlerinin uygunsuz ve yetersizliğinden yakınmaktadırlar (24,25,38,79).

Dünyanın 2/3 ünün karşı karşıya olduğu bu koşullarda sağlığın bozulması ve erken ölüm günün kuralı haline gelmiştir. Çevresel risk faktörlerinden en ağır derecede etkilenenler hamile kadınlar ve çocuklardır. Ölüm, gelişme geriliği ve sakatlık bu koşulların bedelidir (24,25,38,79).

Çevresel faktörlerin erken ölüm riski ile çok yakın ilişkide olduğu bilinmektedir. Yetersiz yiyecek kaynakları enfeksiyonlara açık olma, temel hijyen eksikliği, sağlıksız donanım, çocuk yaşamına engel teşkil eder. Bu nedenledir ki bebek ölüm hızı sadece çocukların sağlık durumunu göstermekle kalmaz, sosyal gelişme düzeyini ortaya koyan önemli bir indikatördür (16,24,25,29).

Koruyucu hizmetlerin ve tetanoz immunizasyonun eksik olduğu bazı bölgelerde yaşayan bebeklerin % 10 undan fazlası yeni doğan tetanozuna yenilme durumundadır (24,25,79).

Etiyolojisi bilinmeyen diare ve pnömoni veya başlıca bir patolojisi olmayan basit bir mikroflora korumanın iyi olmadığı, mikropların yaygın olduğu çevrelerde özellikle çocuğu çok etkiler. Gereç eksikliği ve cehalet veya her ikisine bağlı olarak iyi bir bakım verilmediğinde ayrı hastalıkların önemsiz komplikasyonları nedeni ile ölüm hızı önemli derecede artar. Bu çocukların bir çoğunda ilave faktör olarak malnutrisyon enfeksiyonun kötü etkisini daha da güçlendirir (3,9,15,24,25).

Gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağında önde gelen ölüm nedeni olarak ishaller hastalıklar ve solunum yolu enfeksiyonları görüldüğü özellikle göze çarpmaktadır. Boğmaca ve kızamık gibi bulaşıcı ve korunulabilen hastalıklar bunu yakından takip eder. Dört yaşından sonra ev ve trafik kazaları dahil her çeşit kaza önemli olmaya başlar (17,24).

Gelişmiş ülkelerde ise 1 yaşından sonra kazalar önde gelen ölüm nedenidir. Enfeksiyon nedeni ile ölüm, özellikle hayatın ilk birkaç yılından sonra oldukça seyrek olur. Geri kalan ölüm nedenleri olarak korunulması ve tedavisi kolay olmayan neoplazm ve kalp hastalıkları gibi kongenital anomaliler görünüş sıklığı ve önemine göre yer alır. Pek tabii ki bu durumlar gelişmekte olan ülkelerin çocuklarında da görülür. Fakat enfeksiyonlar bunların önemini gölgeler (24).

Özetlersek, gerek çocuklardaki beslenme bozukluklarının, gerekse çocuk ölümlerinin pek çoğunu günümüzde anne ve babaların yapacağı halihazırda mevcut bilgi düzeyine dayalı ve maliyeti hemen herkesçe tolere edilebilir olan işlemler sayesinde önlemek mümkündür. Dolayısıyla anne ve babaların bu tür eylemlerini bilgilendirmek ve kolaylaştırmak bugün çocuk sağlığı alanının başlıca sorunudur (38).

### 1.3.2. DÜNYADA ÇOCUK SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI

Çocuğa verilen değer ilk kez 1924 yılında İnsan Hakları Bildirisinde yazılı olarak tüm dünyaya duyurulmuş ve bunun ışığında 29 Kasım 1959' da çocuk hakları bildirisi oluşturulmuştur. Bu bildiri çocuğun sağlıklı ve mutlu yaşaması kendisi ve aynı zamanda toplum yararı için bildirilen hak ve özgürlükten yararlanması özüne dayanan ilkelere dayanmaktadır (78).

Bebek ölüm hızı gelişmiş ülkelerde binde 13 iken gelişmekte olan ülkelerde ise binde 74' dür. Bebek ölüm hızı binde olarak Afrika'da 94, Asya'da 64, Latin Amerika'da Karaipler'de 48, Kuzey Amerika'da 8, Avrupa'da 11, eski SSCB'de ise 20' dir (68).

Ayrıca bebek ölüm hızı binde olarak Danimarka'da 8, Almanya'da 9, İrlanda'da 7, İngiltere'de 9 Yunanistan'da 13' dür (66).

5 yaş altı ölüm oranı ise bin canlı doğumda, 5 yaşına gelmeden ölen çocuk sayısını vermektedir. Bu oran birçok faktörün etkisi altında belirlenmektedir. Gelir düzeyi, beslenme durumu, sağlık bakımı, temiz su temini ve ana babaların eğitim düzeyleri bunlar arasındadır (40). Dolayısıyla 5 yaş altı ölüm oranı yalnızca ölümlerin niceliğiyle değil, aynı zamanda yaşamın niteliğiyle ilgili bir ölçüttür. Dünyada beş yaş altı çocuk ölümlerinin üçte ikisinin meydana geldiği ülkelerin başında Hindistan ve Çin gibi nüfusu kalabalık ülkeler gelmektedir (2,46). Gelişmekte olan ülkelerde her yıl meydana gelen 5 yaş altı ölüm 1980 yılında 14.7 milyon iken 1990 yılında bu 12.7 milyon olmuştur. Bağışıklama alanında 1980' li yıllarda elde edilen başarı

sayesinde bugün yılda yaklaşık 3 milyon çocuk ölümü önlenmektedir. Benzer biçimde ağızdan sıvı tedavisinin (AST) yaygınlaşması da her yıl sıvı kaybından meydana gelebilecek tahmini bir milyon ölümü önlemektedir (40).

### 1.3.3. TÜRKİYE' DE ÇOCUK SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI

Ülkemizde yüksek olan bebek ölümleri sosyal ve ekonomik gelişmeye paralel olarak zaman içinde azalmaktadır. HÜNEE tarafından 1988 yılında yapılan araştırma sonuçlarına göre, Türkiye' de 1985-1987 yılları ortalaması alındığında bebek ölüm hızı binde 77.7 olarak bulunmuştur. Bu bölgeler arası farklılıklar göstermektedir (43). Batı Anadolu Bölgesi illerinde bebek ölüm hızı binde 47 iken, Orta, Güney ve Doğu Anadolu' da bebekler sırasıyla 1.9, 2.0, 2.2 misli hızla ölmektedirler (43).

Nüfus tahminlerine göre bebek ölüm hızı 1990 yılı için binde 59.3' dür (28). 1993 yılı araştırmasına göre de binde 52.6, 5 yaş altı ölüm hızı da binde 60.9 dur ( 69).

Ülkemizde bebek ölümlerinin yarısına yakın bir kısmı ilk bir ay içinde olmaktadır. Kentsel bölgelerimizde bebekler daha çok 0-1 aylıkken (neonatal devrede) ölmekteyken kırsal kesimde durum tam tersinedir. Yani bebekler daha çok 1-11 aylıkken (postneonatal devrede) kaybedilmektedir. Bu dönemde meydana gelen ölümler bağışıklama, çevre sağlığı gibi önlemlerle azaltılabilen ölümlerdir (8).

Ancak gebe izlemelerinin gebe bağışıklamalarının daha yetersiz olduğu, genellikle doğumların uygunsuz koşullarda gerçekleştiği kırsal kesimde, neonatal ölüm hızı da yüksektir (8). Bunlardan yola çıkarak çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik yürütülen rutin hizmetlerin yanısıra bu sağlık sorunlarına özel programlar uygulanmaktadır. Bunlar Genişletilmiş Bağışıklama Programı, İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı, Akut Solunum

Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Proğramı, Anne Sütünün Teşviki, Büyüme ve Gelişmenin İzlenmesi Proğramı, Fenilketonuri Tarama Proğramıdır (67).

#### 1.4. AİLE PLANLAMASI

##### Tanım ve Özellikleri

Politikacıların nüfus planlaması ekonomistlerin nüfus kontrolü diye adlandırdığı aile planlaması hem planlama, hem de kontrol kelimelerinin anlamını içerir. Ancak bu içerikte bir zorlama olmadığı gibi bir yardım ve öneri vardır. Bu noktadan aile planlamasının tanımını yaparsak; ailelerin (eşlerin) istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleridir (5,77,84).

Aile Planlamasının sağladığı yararlar kısaca şöyle özetlenebilir:

1. Aile planlaması her yıl gebelik ve doğumla ilgili nedenler yüzünden ölen 500.000 kadından dördte bir ile üçte bir arasında değişen bir bölümün hayatını kurtarabilir (59). Gene aile planlaması sayesinde, kesin sayısı bilinmeyen, çoğu ağrılı olan, kalıcı, kişiye utanç veren ve gizli tutulan riskli ve çoğu kez istenmeyen doğumlar yüzünden ortaya çıkan milyonlarca özürlülük olayını önleyebilir (39).

2. Her gün 50.000 kadına yapılan her yıl 150.000 kadının ölüm nedenini oluşturan yasa dışı kürtajın çoğu değilse bile önemli bir bölümü, aile planlaması sayesinde gereksiz hale getirilebilir (32).

3. Aile planlaması çok sayıda, çok sık aralıklı, çok genç ya da çok geç yaşta çocuk sahibi olmanın getirdiği fiziksel ve zihinsel yükleri azaltarak kadınların yaşam kalitelerini hem kısa hem de uzun dönem de önemli ölçü de yükseltebilir.

4. Aile planlaması her yıl birkaç milyon çocuğun yaşamını kurtarabilir. Aile planlaması, en çok "aşırı riskli" olarak nitelenen, başka bir deyişle bir önceki çocukla onu izleyen çocuk arasında iki yıldan az zaman bulunan; 18 yaştan küçük yada 35 yaştanbüyük kadınların doğumlarını önleyecektir (76).



5. Aile planlaması, gelişmekte olan ülkelerdeki çocukların beslenme düzeylerinde önemli gelişmeler sağlanması sonucunu da verebilir. Daha az sayıda ve daha geniş aralıkla yapılan doğumlar, annelere emzirme ve süttan kesme için daha çok zaman tanır. Bu olanak, yaşamın henüz ilk dönemlerindeki beslenme yetersizlikleriyle yakın ilişkisi olan düşük doğum ağırlığı olaylarının önlenmesine yardımcı olacaktır (58).

6. Aile planlaması çocukların yaşam kalitelerini yükseltecektir. Sağlık ve eğitimle birlikte oyun ve uyarımı da içeren çocuk bakım kalitesi, daha az sayıda çocuk sahibi olan ailelerin bu iş için daha fazla zaman, enerji ve mali kaynak ayıracak duruma gelmeleriyle birlikte hiç kuşkusuz yükselecektir.

#### **1.4.1. GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER**

Gebeliği önleme derecelerine göre etkin ve etkinliği sınırlı olarak sınıflandırılabilir (64).

##### **a- Etkin Kontraseptif yöntemler:**

- Hormonal kontraseptifler
- Rahim içi araç
- Condom (Prezervatif, kaput)
- Diyafram
- Cerrahi sterilizasyon (kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomi)

##### **b-Etki derecesi sınırlı olan yöntemler:**

- Takvim yöntemi
- Geri çekme
- Vajinal yıkama
- Sperm öldürücü fitil ya da kremler
- Emzirme

Ancak bugün önerebileceğimiz aile planlaması yönteminde, önce eğitim olmalıdır. Çünkü nitelikli aile planlaması hizmeti sunmada ailelerin bireylerin bilgilendirilip eğitilmeleri motive edilerek kendilerine yeterli danışmanlık

yapılması yöntem uygulamaktan daha önemlidir. Kuşkusuz esas olan sadece yönteme başlamak değil o yöntemi memnun bir şekilde kullanmayı sürdürmektir (65).

#### 1.4.2. AİLE PLANLAMASININ TARİHÇESİ

Dünyada doğumu önleme çabaları insanlık tarihi kadar eskidir. Bu kadar eski olan bu olayın tarihi gelişimi, insanlığın etkili doğum kontrol yöntemi bulma çabalarından ibarettir. Bu nedenle doğum kontrolünün tarihi gelişimi doğum kontrol yöntemlerinin tarihi gelişimi ile birlikte incelenebilir (62).

İnsanlığın ilk çağlarında babanın rolü bilinmez ve çocukların tamamen kadından olduğu sanılırdı. Kadınlar ise bedenlerindeki çocuğa bazı ruhların sebep olduğunu düşünerek, bu ruhları uzak tutmak için, bellerine boyunlarına bazı süsler asmaktan veya dua etmekten medet umarlardı (62).

Eski çağlarda etkili gebelik kontrol yöntemleri bilinmediğinden sorun genellikle çocuk düşürme yolu ile çözümlenmeye çalışılıyordu. Nitekim, dünyada nüfus sınırlandırılmasını savunan ilk düşünürlerden Eflatun ve Aristo yöntem olarak çocuk düşürmeyi önermişlerdir. Buna karşılık M.S. ikinci yüzyılda yaşamış olan Roma'nın ünlü hekimi Sorenius gebe kalmayı önlemenin daha kolay ve doğru olduğunu savunan ilk düşünürlerdendir. Sorenius yünden yapılmış yağ ve zambak emdirilmiş bir tür serviks tıkacını önermiştir. Ayrıca gebe kalmanın menstruel siklusun bazı dönemleri ile ilgili olabileceğini söyleyerek ilk kez takvim yönteminden söz etmiştir. Fakat o dönemde fizyoloji bilgilerinin yetersizliği nedeniyle yöntemi yanlış tarif etmiştir. Ancak 1920'lerde Japonya'da Ogino, Avustralya'da Knaus doğru fizyoloji bilgilerine dayalı ve günümüzde kullanılan takvim yönteminin temellerini atmışlardır (62).

Mısır'luların veneriyal hastalıklara karşı kullandığı penis koruyucuları, prezervatifin başlangıcı olarak kabul edilmekte ise de, 1564 de Gabriella Follopius tarafından yapılan ve venerial hastalıklardan korunmak için önerilen



prezervatif İtalya' da gebelikten korunma yöntemi olarak da kullanılmıştır. Bu tarif prezarvatifin olduğu gibi etkili kontraseptif yöntemlerinde başlangıcı kabul edilebilir. Günümüz de kullanılan diğer mekanik yöntemlerden servix başlığı 1838' de Wilde, diyafram ise 1880' de Mensigna tarafından bulunmuştur (62).

Tıp literatüründe rahim içi araç tanımı ilk olarak 1909' da Almanya' da Richard Richter tarafından yapılmıştır. Richter yayınladığı bir yazıda ipekten yapılmış ve halka biçimindeki rahim içi aracı hem tanımlamış hem de gebeliği önlemek amacıyla kullandığını açıklamıştır (62).

Birinci Dünya Savaşı çok sayıda insanın ölmesine neden olunca 1917' de Kilise Hukuku Anayasası her türlü doğum kontrol yöntemini ve ananın ölümü söz konusu olsa bile düşüğü yasaklamıştır (80).

İkinci Dünya Savaşından sonra aile planlamasının önemi iyice kavranmış, birçok geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde aile planlaması dernekleri kurulmuştur. 1950' li yıllarda hormon ve kimyasal maddeler, 1959' dan sonrada rahim içi araçların gelişmesiyle günümüze kadar gelmiş, fakat tam bir çözüme ulaşamamıştır (80).

### **1.4.3. DÜNYADA AİLE PLANLAMASI ÇALIŞMALARI**

Hükümet düzeyinde ilk nüfus planlaması hareketini başlatan ülke olan Japonya' da 1948 yılında kürtaj serbest bırakılmış ve ailelerin 2-3 çocuktan fazla çocuğa sahip olmamaları istenmiştir (5).

Amerika Birleşik Devletleri' nde nüfus artış hızının % 22 olduğu dönemlerde; zenci, Porto Riko' lu ve Amerikan yerlisi kadınlarda aile planlaması yöntemi olarak sterilizasyon ve oral kontraseptiflerin kullanımları yaygınlaştırmaya çalışılırken, özellikle beyaz kesim kadınlarında doğumlar desteklenmiş ve 5-6 çocuklu aileler özendirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri' nde 1973 yılından beri yüksek ücret karşılığı kürtaj serbest bırakılmıştır. Bununla birlikte doğum kontrolünde rahim içi araçlar,

diyafram, vaginal spermidler oral ve parenteral hormon preparatlarında yaygın olarak kullanılmaktadır (45).

Hindistan' da 2200 anneyle yapılan bir çalışmada kısırlaştırılmış kadınların, doğurganlık çağlarını menapoza girdikleri zaman bitiren kadınlara oranla daha az sayıda çocuğa sahip olduklarını göstermiştir; arada ortalama olarak 4,5 canlı doğuma karşılık 6.0 canlı doğum gibi bir fark bulunmuştur (49). Bu nedenle aile planlaması sağlık açısından en yüksek risk taşıyan gebeliklerin önlenmesi için kullanılan etkili ve yaygın bir yaklaşımdır.

Dünyanın büyük bir bölümünde görülen yüksek isteyerek düşük yapma düzeyleri de kadınların gebe kalmak istemediklerini göstermektedir (75). Aile planlaması kadınlara doğurganlıklarını kontrol edebilmek için alternatif bir yol oluşturarak isteyerek yapılan düşük sayılarını düşürebilir (52).. Örneğin Şili' de 1964 ile 1978 yılları arasında 15-44 yaşlarındaki kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanma oranları % 3.2 den % 33.0' a yükselmiştir. Aynı dönemde yasal olmayan düşükler sonucunda oluşan komplikasyonlar ile hastaneye başvuranların sayısında üçde bir oranında bir azalma olmuştur. Düşüğe bağlı anne ölüm hızı ise yüzbin canlı doğumda 118 den 42' ye düşmüştür (53).

Bangladeş, İran ve Tayland' da yapılan çalışmalarda iyi eğitilmiş hekim dışı personelin kadının kısırlaştırılmasında uygulanan "minilaparotomi" işlemlerini hekimler kadar güvenli bir şekilde gerçekleştirebildiğini göstermiştir (22,23,31,36,37,47,71).

Günümüzde Endonezya ve Tayland' da hekim dışı personel vazektomi yapmaktadır (13,21,44,70).

Sonuç olarak aile planlaması eğitimine önem verilen yerlerde aile planlamasının çalışmalarının başarılı olduğu görülmüştür.

#### 1.4.4. TÜRKİYE' DE AİLE PLANLAMASI ÇALIŞMALARI

Türkiye' de nüfus sorununu ulusal bir politika olarak Cumhuriyet' in kurulmasıyla birlikte ele alan ve üzerinde duran ATATÜRK' dür. Cumhuriyet dönemiyle başlayan nüfus politikamızın iki bölüm altında incelemek daha doğru olacaktır (27,73,82).

a) **Nüfus Artırıcı (Pronatalist) Politika** : Cumhuriyet' in kurulmasından 1960' lı yıllara kadar olan dönemdir. Cumhuriyet' in ilk yıllarında Kurtuluş Savaş'ında yitirilen kuşakların yerine yeni kuşaklar yetiştirmek ve bir tarım ülkesi olan Türkiye' de insan gücüne olan gereksinimi karşılamak amacıyla doğurganlığın artırılması resmi politika olarak benimsenmiştir. Konu yalnız benimsenmekle kalınmamış nüfus artışını özendirici düşük ve gebelik kontrolünü ise yasaklayıcı düzenlemelere gidilmiştir (62).

Cumhuriyet Halk Fıkrasınca 1932' de kurulan "Nüfus komisyonunun 1934' de yayınladığı raporda" .... nüfusu çoğaltmak için yararlı olarak alınabilecek önlemlerin doğumu özendirmekle beraber asıl ölümü azaltmaya yönelmiş olması kesin görüşümüzdür" denilmektedir (14,27).

b- **Nüfus Artış Hızını Düşürücü (Antinatalist) Politika** : 1945-1950 yılları arasında ‰ 33.9 olan kaba ölüm hızı, 1960-1965 yılları arasında ‰ 14.6' a 1970-1975 yılları arasında da ‰ 10.0 düzeyine inmiştir (5). Buna karşılık doğurganlık hızı 1945-1950 yılları arasında ‰ 45.9 , 1960-1965 yılları arasında ‰ 34.0, 1970-1975 yılları arasında da ‰ 30.0 olmuştur (5).

Ülkemiz de nüfus sorunu aşırı doğurganlığın ve çocuk düşürmelerin artması ile ana ölümlerine neden olması şeklinde ortaya çıkmıştır (74,83). 1958 yılında Ankara Doğumevi Başhekimisi Dr. Zekai Tahir BURAK Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı' na bu durumu bir raporla bildirmiş ve önlemler konusunda öneriler getirmiştir (83).

1960 yılında Devlet Planlama Teşkilatı' nın (DPT) kurulmasından sonra DPT ile Sağlık ve Sosyal Bakanlığı arasındaki toplantı sonucunda nüfus politikasının nüfus hızını azaltıcı yönde değiştirilmesi için birlikte çaba göstermesine karar verilmiştir. İlk olarak 1962 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi, birinci beş yıllık sosyal ve ekonomik kalkınma planında hükümetlerin nüfus artışını azaltıcı önlemler almasını kabul etmiştir (27). Bu politikanın uygulamaya geçmesi için gerekli kanunun kabulüde 1965 yılında mümkün olmuştur (1 Nisan 1965 tarih ve 557 sayılı kanun).

557 sayılı yasanın getirdiği en önemli yenilik fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmalarının kabul edilmesidir. Bu amaca ise, gebeliği önleyici yöntemlerle varılacağı belirtilmiştir. Buradan da anlaşılacağı üzere, her ne kadar kanunun adı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ise de temel hedef ve felsefe aile planlaması olmuştur. Böylece kontrasepsiyon ilaç ve araçlarının eczanelerde serbestçe satılması yanında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından ücretsiz veya ucuz fiyatlarla temin edilmesi ve uygulamaların yürütülmesi bir devlet görevi olarak benimsenmiştir (62).

Kanunla, gebeliği önleyici yöntemler konusunda eğitim ve propoganda yasağı kaldırılarak bu konunun yaygınlaştırılması ve yürütülmesi SSYB bir görev olarak verilmiştir. Böylece bilgisiz ve sağlıksız bir biçimde korunulması bunun sonucunda ise düşük ve anne ölümlerinin önlenmesi düşünülmüştür. Kanunun getirdiği bir diğer yenilik ise tıbbi zaruretler halinde düşük ve sterilizasyona mücade edilmesi olmuştur. Böylece tıbbi zorunluluk halinde bile gizli ve uygun olmayan koşullarda yapılan bu işlemlerin bir düzene sokulması istenmiştir (62).

Sterilizasyon ve kürtajı şartlı olarak serbest bırakan 2827 sayılı nüfus planlaması hakkındaki kanun 27.5.1983 tarihinde 18059 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (63).

27.5.1983 tarih ve 2827 sayılı nüfus planlaması hakkındaki kanunun getirdikleri:

1. Nüfus planlaması ile ilgili toplumun eğitimini, sektörlerarası işbirliğine ağırlık vererek ülke düzeyinde etkin biçimde yaygınlaştırmak.

2. Etkili kontreseptif yöntemlerin daha yaygın olarak en uc yörelere dek uygulanabilmesini temin için uygulamalarda "eğitilmiş hekim dışı sağlık personeli' nden yararlanmak.

3. En etkili kontreseptif yöntemlerden olan cerrahi sterilizasyon operasyonunun kadın ve erkekte istek üzerine yapılabilmesi.

4. Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar istek üzerine gebeliğin sınırlandırılması

5. Gebelik süresi on haftayı geçenlerde ise sadece tıbbi endikasyon varsa gebeliğin sonlandırılması.

### **1.5. ANA ÇOCUK SAĞLIĞINDA SAĞLIK EĞİTİMİNİN ÖNEMİ**

Ülkemizin sağlık düzeyini geliştirmek için şüphesiz yapılan pek çok girişimler, çabalar vardır. Bu çabaların içinde yasal çalışmalar, koruyucu hizmetlere yönelik özellikle hekim dışı sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri ve bunlarla ilgili çeşitli projeler, artan tıp fakülteleri, sağlık meslek liseleri, artan hastane ve yataklar. Sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmış modeline gelirken değişikliklere rağmen, toplumu düşünülen sağlık düzeyine getirmede mesafe katedilmiş olsa bile yeterli olmadığı bir gerçektir (60).

Yine şüphe götürmeyen bir diğer husus ülkenin istenen düzeye getirilmesinde pek çok sorunları tek sebebe bağlama ya da halletmenin mümkün olamayacağıdır. Bununla beraber insanı yaşadığı çevre ile birlikte ele almak ve istenilen davranış değişikliğini yaratmak sorunların halledilmesinde önemli rol oynamaktadır ki buna sağlık eğitimi diyoruz, bir başka deyişle

sağlıkla ilgili tutum ve davranışı değiştiren her tür girişimi sağlık eğitimi olarak değerlendiriyoruz (60).

Sağlık Ocakları ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerinde görevli tüm sağlık personeli ana ve çocuk sağlığı ile ilgili çalışmalar yapmakta, bunlar gebe, bebek, çocuk izleme, bağışıklama, sağlık eğitimi ve ilk basamak evde ve ayakta tedavi hizmetlerini kapsamaktadır.

Toplumun sağlık eğitimi ise her kademedeki sağlık personelinin temel görevidir. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri ile ilgili sağlık eğitiminde hekim dışı sağlık personelinin ve onları yetiştiren eğitimcilerin rolü ve sorumluluğu çok önemlidir (60).

Ana çocuk sağlığı konusunda teknik yeterliliği sağlanan sağlık personelinin pek çok sağlık problemlerinin çözümündeki hizmeti inkar edilemez.

### **1.5.1. HEMŞİRE VE EBELİK EĞİTİMİ**

Eskiden ülkemizde ebelik anadan kıza geçen, görgü ve tecrübeye dayanan bir sanat halinde idi. Usta-çırak yöntemi ile yetişen ve İstanbul' da ebelik yapan kadınlara doğum bilgisi vermek amacıyla 1846' da Mektebi Tıbbiye' de iki yıllık bir kurs açılmıştır. İlk "Ebe Mektebi" de 1909 da İstanbul Kadırga' da açılmış, 1. Dünya Savaşı boyunca da öğrenimini aralıksız sürdürmüştür. Bu okul bünyesinde 1920' de açılan yatılı bölüme illerden gönderilen öğrenciler kabul edilmiş ve mezun olanlar kendi illerinde iki yıl zorunlu hizmetle görevlendirilmiştir. Cumhuriyet' in ilanından sonra 1924' te Tıp Fakültelerine bağlı ebe yetiştiren okullar açılmıştır. Mezun olan ebelerden kamu hizmetinde görev alanların azlığı karşısında 1924 de Şişli Çocuk Hastanesi bünyesinde 50 kişilik "Ebe Öğrenci Yurdu" açılarak mezunlar belediye ebeliklerine atanmışlardır (61).

Bu okullar 1952 ve 1953 yıllarında kapatılmış, tekrar açıldıklarında sayıları 11' e yükselmiştir. Ayrıca ilkokula dayalı 1 yıl eğitim veren bu



okullara 1963 yılında eğitim süreleri üç yıla yükseltilerek "Sağlık Okulu" adı verilmiş ve sayıları 25'e çıkarılmıştır. Ayrıca 1953 yılında il ve ilçelerde çalıştırılmak üzere ortaokula dayalı ebe-hemşire okulları açılmış, 1961 yılında bunlara "Sağlık Koleji" adı verilmiştir. Bu okullarda eğitim 1976' da 5 yıla çıkarılmıştır. İlkokula dayalı ebe okulları 1979' da kapatılmış ortaokula dayalı "Sağlık Meslek Liseleri" açılmıştır (61).

Türkiye' de ebeler; 2 yıllık ebe okullarında 3 yıllık ebe okullarında ve ortaokuldan sonra 4 yıllık Sağlık Meslek Liselerinde yetişmişlerdir. 2 ve 3 yıllık ebe okulları kapatılmış ve şu anda 4 yıllık bir eğitimle ebe ve hemşire yetişmektedir. Müfredat programlarındaki kısıtlılıklar, teorik derslere paralel pratik derslerin yetersiz olması ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularına ilişkin bilgi ve becerilerin kavranmasını aksatmaktadır. Ayrıca mezuniyetten sonra hizmet yerlerinde hemşire ve ebelere bilimsel açıdan tam bir eğitim ve denetim yapılmadığı için durum iyice aksamaktadır (51).

Sağlık hizmetinin eşit, sürekli, dengeli ve yeterli verilebilmesi, ilk basamak sağlık ünitesi olan sağlık ocakları ve evlerinin yeterli ve yaygın olmasına buralarda yeterli malzemenin bulunmasına, personelinin yeter sayıda olmasına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin amaca uygun verilebilmesi için gerekli asgari koşullarından biri de sağlık personelinin hizmeti sunabilecek nitelikte olmasıdır (72).

Hizmetin herkese ulaşmasında insan gücü en önemli faktörlerden biridir. Özellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yerine getirilebilmesi yüksek nitelikli ve sayıca yeterli sağlık personelinden oluşan bir ekibin varlığına bağlıdır. Bu ekiplerin değişmez ve önemli üyeleri olan hemşire ve ebelerin sayısal varlıklarından daha önemli olan bilgi ve becerileridir (72).

Ülkemizin sağlık düzeyinin yükseltilmesinde, ana ve bebek ölümlerinin azaltılmasında kendilerine büyük görevler düşen ebe ve hemşireleri aile planlaması ve ana çocuk sağlığı konularındaki varolan bilgi açıkları Sağlık

Bakanlığınca düzenli olarak yürütülen hizmet içi eğitimlerle kapatılmaya çalışılmaktadır (72).





## II. AMAÇ

1. Elazığ ili merkez ve merkez ilçeye bağlı birinci basamak sağlık örgütünde çalışan hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularındaki bilgi düzeyini belirlemek
2. Hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerini etkileyen faktörleri araştırmak
3. Eğitim düzeyleri eksik olan konuda eğitim yapmak, eğitim öncesi ve sonrasında uygulanan anket-test ile eğitime ilgilerini değerlendirmek
4. Elde edilen bulgulara göre ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında hizmetiçi eğitimlerine yönelik önerilerde bulunmak
5. Bunların sonucunda da ana çocuk sağlığını yükseltme çalışmalarına katkıda bulunmaktır.

## III. MATERYAL VE METOD

Bu çalışma ile Elazığ ili merkez ve merkez ilçeye bağlı birinci basamak sağlık örgütünde çalışan hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında yapılacak olan eğitim programı öncesinde ve sonrasında uygulanan aynı anket-test ile bilgi düzeylerini ve eğitime ilgilerini değerlendirilmesi planlanmıştır.

Araştırma tanımlayıcı ve müdahale tipi bir araştırma olup veri toplama yöntemi olarak anket-test tekniği uygulanmıştır.

Anket formu araştırma grubuna uygulanmadan önce Sivrice Sağlık Ocağında çalışan hemşire ve ebelere uygulanarak ön denemeden geçirilmiştir. Daha sonra gerekli düzeltmeler yapılarak hazırlanan anket formları araştırma grubuna dağıtılmıştır.

Ancak verilen yanıtların güvenilirliğini artırmak için anket formuna isim yazmamaları önerilmiştir. Bu nedenle hemşire ve ebelerde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması sorularının eğitim öncesi ve sonrasında aynı kişilerdeki farklılıklar değerlendirilememiştir. Anket doldurma süresi 50-60 dakika arasında değişmiştir.

Araştırma grubunu Elazığ ili merkez ve merkez ilçeye bağlı birinci basamak sağlık hizmeti veren 16 sağlık ocağı ve bir Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezinde çalışan 224 ebe ve hemşireden 180' i (% 80.4) oluşturmuştur. Araştırma Eylül ayında yapıldığından dolayı % 19.6 (44 kişi) izinli yada raporlu olduğundan görüşülememiştir.

Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin katıldığı hizmetiçi eğitim programı Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şube Müdürü tarafından Sağlık Ocaklarında yürütülmüştür. Bu eğitim programı öncesinde anket uygulanmıştır. Eğitimde çocuk sağlığı, ana sağlığı ve aile planlaması konuları üç ayrı hekim tarafından anlatılmış ve eğitim sonrasında aynı gün aynı test tekrar uygulanmıştır. Ancak eğitim sırasında ikinci uygulamadan bahsedilmemiştir.

Eğitim öncesi anket uygulanırken iki hemşire anket doldurmayı reddettiğinden 35 hemşire (% 19.4) ve 145 ebe (% 80.6) olmak üzere toplam 180 kişiye uygulanmıştır. Eğitim sonrası ankete de iki ebe özel nedenlerle izin aldığından 143 ebeye, daha önce anket uygulamasını reddeden iki hemşire de anketi kabul ederek 37 hemşire olmak üzere 180 kişiye uygulanmıştır.

Tablo 1' de araştırma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası sayısı gösterilmiştir.

**Tablo 1- Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Durumu**

	Hemşire		Ebe		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Öncesi	35	19.4	145	80.6	180	100.0
Eğitim Sonrası	37	20.6	143	20.6	180	100.0

Toplam 65 soru içeren ankette demografik bilgilerden sonra bilgi düzeyini ölçen sorulara geçilmiştir. Çocuk sağlığı soruları 44 puan, ana sağlığı soruları 26 puan, aile planlaması soruları 30 puan olmak üzere toplam 100 puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Verilerin tümü araştırmacının kendisi tarafından bilgisayarda değerlendirilmiştir.

Araştırmanın planlanmasına Nisan 1993' da başlanmış, Eylül 1993' de anket uygulanmış ve Ocak 1996 da araştırma tamamlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin görev yaptıkları sağlık ocakları tablo 2' de, görev yaptıkları yerde tablo 3' de gösterilmiştir.

**Tablo 2- Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire ve Ebelerin Görev Yaptıkları Sağlık Ocaklarına Göre Dağılımı**

<u>İŞYERİ</u>	<u>HEMŞİRE</u>	<u>EBE</u>	<u>TOPLAM</u>
İzzetpaşa S.O.	7	18	25
Cumhuriyet S.O.	2	6	8
Kültür S.O.	6	26	32
Rüstempaşa S.O.	4	21	25
Abdullahpaşa S.O.	2	6	8
Göktayoğlu S.O.	1	15	16
Aksaray S.O.	3	10	13
Harput S.O.	-	3	3
Akçakiraz S.O.	1	4	5
Poyraz S.O.	1	2	3
Hankendi S.O.	1	5	6
Yazikonak S.O.	1	5	6
İçme S.O.	-	3	3
Yurtbaşı S.O.	2	3	5
Mollakendi S.O.	1	5	6
Hıdırbaba S.O.	-	1	1
<u>AÇSAP Merkezi</u>	<u>3</u>	<u>12</u>	<u>15</u>
<b>TOPLAM</b>	<b>35</b>	<b>145</b>	<b>180</b>

**Tablo 3- Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire ve Ebelerin Görev Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımı**

Görev Yapılan Yer	HEMŞİRE		EBE		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Merkez Sağlık Ocakları ve AÇSAP Merkezi	28	80.0	117	80.7	145	80.6
Köy Sağlık Ocakları	7	20.0	28	19.3	35	19.4
Toplam	35	19.4	145	80.6	180	100.0

Tablo 3 de de görüldüğü gibi ankete katılan hemşire ve ebelerin % 80.6'sı merkez sağlık ocakları ve AÇSAP merkezinde % 19.4'ü köy sağlık ocaklarında görev yapmaktadır.

#### IV. BULGULAR

##### A. Hemşire ve Ebelerin Sosyo-Demoğrafik Özellikleri

Tablo 4' de Hemşire ve Ebelerin yaş gruplarına göre dağılımları gösterilmiştir.

**Tablo 4 -Hemşire ve Ebelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları**

Yaş Grupları	HEMŞİRE		EBE		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-19 Yaş	2	5.7	2	1.4	4	2.2
20-24 Yaş	9	25.7	42	28.9	51	28.3
25-29 Yaş	6	17.1	37	25.5	43	23.9
30-34 Yaş	8	22.9	24	16.6	32	17.8
35-39 Yaş	4	11.4	11	7.6	15	8.3
40-44 Yaş	1	2.9	19	13.1	20	11.1
45-49 Yaş	1	2.9	3	2.1	4	2.2
Bilinmeyen	4	11.4	7	4.8	11	6.2
Toplam	35	100.0	145	100.0	180	100.0

**Not :** Eğitimden önce anket uygulamasını reddeden iki hemşire ve eğitimden sonra izin alarak katılmayan iki ebe yaş dağılımını etkilememektedir.

Tablo 4 de görüldüğü gibi hemşire ve ebeler yaş gruplarına göre incelendiğinde %2.2 si 15-19 yaş grubunda, % 28.3 ü 20-24 yaş grubunda, % 23.9 u 25-29 yaş grubunda % 39.4 ü 30 ve üstündeki yaş grubundadır. Hemşirelerin yaş ortalaması  $28.6 \pm 2.64$  iken ebelerin yaş ortalaması  $29.5 \pm 1.24$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 5- Hemşire ve Ebelerin Hizmet Süreleri**

Hizmet Süreleri	HEMŞİRE		EBE		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 Yıldan az	1	2.8	1	0.7	2	1.1
1-5 yıl	14	40.0	54	37.2	68	37.8
6-10 yıl	7	20.0	39	26.9	46	25.6
11-15 yıl	7	20.0	11	7.6	18	10.0
16-20 yıl	3	8.6	16	11.0	19	10.6
21 yıl ↑	3	8.6	23	15.9	26	14.4
Bilinmeyen	0	0.0	1	0.7	1	0.5
Toplam	35	100.0	145	100.0	180	100.0

Hemşire ve ebelerin hizmet sürelerine göre dağılımı Tablo 5'tir. Buna göre % 1.1' i 1 yıldan az süredir, % 37.8 i 1-5 yıl, % 25.6 s 6-10 yıl ve % 35.0 11 ve daha uzun yıldan beri çalışmaktadır. Tüm hizmet süresi ortalaması hemşirelerin  $8.85 \pm 2.31$  ebelerin ise  $9.94 \pm 1.22$  dir.

**Tablo 6- Hemşire ve Ebelerin Kurs Görme Durumlarına Göre Dağılımları**

MESLEK	Kurs Görmüş		Kurs Görmemiş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hemşire	5	14.3	30	85.7	35	19.4
Ebe	76	52.4	69	47.6	145	80.6
Toplam	81	45.0	99	55.0	180	100.0

SD: 1

 $\chi^2$ : 16.561

P &lt; 0,05

Tablo 6' da da görüldüğü gibi araştırma grubuna alınan hemşire ve ebelerden % 45.0 i daha önce ana çocuk sağlığı aile planlaması konularında

kurs yada seminer eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir. Bu oran hemşirelerde % 14.3 iken ebelerde % 52.4 dür. En az kurs eğitimi görmüş grup hemşirelerdir. Meslek grupları ile kurs görme durumu arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 7- Hemşire ve Ebelerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımları**

MESLEK	Evli		Bekar		Dul		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hemşire	26	74.3	8	22.9	1	2.9	35	19.4
Ebe	109	75.2	34	23.4	2	1.4	145	80.6
Toplam	135	75.0	42	23.3	3	1.7	180	100.0

Hemşire ve ebelerin % 75.0' ı evli, % 23.3' ü bekar, % 1.7' si dul idi.

**Tablo 8- Hemşire ve Ebelerin Eşlerinin Mesleklerinin Sağlıkla İlgili Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımları**

Meslek	Sağlıkla ilgili		Sağlıkla ilgili değil		Bekar		Bilinmeyen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hemşire	7	20.0	20	57.1	7	20.0	1	2.9	35	100.0
Ebe	19	13.1	81	55.9	35	24.1	10	6.9	145	100.0
Toplam	26	14.4	101	56.1	42	23.4	11	6.1	180	100.0

Tablo 8' de de görüldüğü gibi hemşire ve ebelerin eşlerinin % 14.4 ü sağlıkla ilgili görevde çalışırken % 56.1 i sağlıkla ilgili bir görevde çalışmıyordu.

### B- Hemşire ve Ebelerin Bilgilerini Yeterli Görme Durumlarına Göre Dağılım Özellikleri

**Tablo 9- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesinde Meslek Gruplarına Göre Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Konusundaki Bilgilerini Yeterli Görme Durumları**

Meslek Grupları	Bilgisini Yeterli Görme Durumu							
	Yeterli		Yetersiz		Bimedlilik yeterli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hemşire	6	17.2	11	31.4	18	51.4	35	19.4
Ebe	52	35.9	37	25.6	56	38.6	145	80.6
Toplam	58	32.2	48	26.7	74	41.1	180	100.0

$$X^2 : 4.561$$

$$SD: 2$$

$$P > 0.05$$

**Tablo 10- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Sonrasında Meslek Gruplarına Göre Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Konusundaki Bilgilerini Yeterli Görme Durumları**

Meslek Grupları	Bilgisini Yeterli Görme Durumu							
	Yeterli		Yetersiz		Bimedlilik yeterli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hemşire	8	21.6	7	18.9	22	59.5	37	20.6
Ebe	56	39.2	15	10.5	72	50.3	143	79.4
Toplam	64	35.6	22	12.2	94	52.2	180	100.0

$$X^2 : 4.719$$

$$SD: 2$$

$$P > 0.05$$



Hemşire ve ebelerin bilgilerini yetersiz görme eğitim öncesinde % 26.7 iken (Tablo 9), eğitim sonrasında bu oran % 12.2'ye düşmüştür (Tablo 10). Yetersiz görme hemşirelerde % 31.4' den % 18.9'a düşerken, ebelerde % 25.6'dan % 10.5'e düşmektedir. Hem eğitim öncesinde hemde eğitim sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunamamıştır ( $P>0.05$ ). Bununla birlikte eğitimden sonra hemşire ve ebelerde bilgilerini yeterli görme oranında artmıştır.

**Tablo 11- Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Çalıştığı Yere Göre ve Bilgisini Yeterli Görme Durumuna Göre Dağılımları**

Çalıştığı yer	Bilgisini Yeterli Görme Durumu							
	Yeterli		Yetersiz		Şimdilik yeterli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Merkez	50	34.5	43	29.6	52	35.9	145	80.6
Köy	8	22.9	5	14.3	22	62.8	35	19.4
Toplam	58	32.2	48	26.7	74	41.1	180	100.0

$$X^2 : 8,678$$

$$SD : 2$$

$$P < 0,05$$

**Tablo 12- Eğitim Sonrasında Hemşire ve Ebelerin Çalıştığı Yere Göre ve Bilgisini Yeterli Görme Durumuna Göre Dağılımları**

Çalıştığı yer	Bilgisini Yeterli Görme Durumu							
	Yeterli		Yetersiz		Şimdilik yeterli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Merkez	55	38.0	17	11.7	73	50.3	145	80.6
Köy	9	25.7	5	14.3	21	60.0	35	19.4
Toplam	64	35.6	22	12.2	94	52.2	180	100.0

$$X^2 : 1.838$$

$$SD: 2$$

$$P > 0,05$$

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesinde bilgilerini yetersiz görme durumu % 26.7 iken (Tablo 11) , eğitim sonrasında bu oran % 12.2'ye düşmüştür (Tablo 12). Yetersiz görme merkezde çalışanlarda % 29.6'dan % 11.7'ye düşerken köyde çalışanlarda ise % 14.3 oranı değişmemiştir. Merkez ve köyde çalışanlar arasındaki fark eğitim öncesinde merkezde çalışanlar lehine önemli iken ( $P < 0.05$ )(Tablo 11) eğitim sonrasında önemsizdir ( $P > 0.05$ )(Tablo 12).

**Tablo 13- Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Kurs ya da Seminer Görme ve Bilgisini Yeterli Görme Durumlarına Göre Dağılımları**

Kurs ya da Seminer	Bilgisini Yeterli Görme Durumu							
	Yeterli		Yetersiz		Bimedlilik yeterli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Görmüş	32	39.6	16	19.7	33	40.7	81	45.0
Görmemiş	26	26.3	32	32.3	41	41.4	99	55.0
Toplam	58	32.2	48	26.7	74	41.1	180	100.0

$X^2: 5.07$

SD: 2

$P > 0,05$

Tablo 13'de görüldüğü gibi daha önce kurs ya da seminer almış olanların % 39.6 sı bilgilerinin yeterli olduklarına inandıklarını belirtirlerken, kurs ya da seminer almamış olanların % 26.3 ü bilgilerinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Kurs ya da seminer görme ile bilgilerinin yeterli olduğuna inanmaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

### C- Hemşire ve Ebelerin Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Puanlarına Göre Dağılım Özellikleri

**Tablo 14- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Soru Gruplarına Göre Bilgi Puanlarının Dağılımı**

Soru Grupları ve Puanı	Eğitimden önce $\bar{x} \pm S \bar{x}$	Eğitimden Sonra $\bar{x} \pm S \bar{x}$	İstatistik
Çocuk Sağlığı(44)	35.02 ± 5.24	39.30 ± 4.04	t: -8.691 P< 0.05
Ana Sağlığı (26)	18.02 ± 3.72	20.59 ± 3.96	t: -6.338 P< 0.05
Aile Planlaması (30)	19.48 ± 4.59	22.86 ± 4.17	t: -7.328 P< 0.05
Toplam (100)	72.57 ± 10.94	82.64 ± 10.26	t: -9.324 P< 0.05

Eğitim sonrasında eğitim öncesine göre hemşire ve ebelerin aldıkları ortalama puanlar (çocuk sağlığı, ana sağlığı, aile planlaması ve toplam) artmıştır (Tablo 14). Ayrı ayrı ve toplamdaki bu artışlar istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur (P< 0.05).

**Tablo 15- Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Bilgi Puanlarının Dağılımı**

Meslek	n	Bilgi Puanı $\bar{x} \pm S \bar{x}$
Hemşire	35	70.43 ± 13.63
Ebe	145	73.08 ± 10.18

t: -1.29

P > 0.05

Tablo 15 de de görüldüğü gibi eğitimden önce ana çocuk sağlığı ve aile planlaması bilgi puanı ortalaması hemşirelerde 70.43 ± 13.63 iken ebelerde

73.08  $\pm$  10.18 olarak saptanmıştır. Hemşire ve ebelerin bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P>0,05$ ).

**Tablo 16- Eğitim Sonrasında Hemşire ve Ebelerin Bilgi Puanlarının Dağılımı**

Meslek	n	Bilgi Puanı $\bar{x} \pm S \bar{x}$
Hemşire	37	78.71 $\pm$ 10.76
Ebe	143	83.70 $\pm$ 9.91

t : -2.68                      P < 0.05

Tablo 16' da da görüldüğü gibi eğitimden sonra ana çocuk sağlığı ve aile planlaması bilgi puanları artmaktadır. Hemşirelerin 78.71  $\pm$  10.76 ya ebelerin ise 83.70  $\pm$  9.91 e yükselmektedir. Hemşire ve ebelerin eğitim sonrası bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak ebeler lehine önemlidir ( $P<0,05$ ).

**Tablo 17- Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Hizmet Sürelerine ve Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı**

Hizmet Süresi	* n	Bilgi Puanı $\bar{x} \pm S \bar{x}$
0-5 yıl	70	75.05 $\pm$ 9.62
6-10 yıl	46	70.75 $\pm$ 12.56
11-15 yıl	18	71.36 $\pm$ 10.31
16-20 yıl	19	71.00 $\pm$ 10.98
21 yıl +	26	71.04 $\pm$ 11.36

\* 1 kişi hizmet süresini belirtmediğinden tabloya dahil edilmemiştir.

F: 1.50

P>0,05

Tablo 17 dede görüldüğü gibi eğitim öncesinde hizmet süresi 0-5 yıl olan hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı aile planlaması bilgi puan ortalaması  $75.05 \pm 9.62$  iken 21 yıl ve daha fazla çalışanların ise bilgi puan ortalaması  $71.04 \pm 11.36$  olarak bulunmuştur. Hizmet süresi 0-5 yıl olanların bilgi puanı yüksek olmakla beraber aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $P>0,05$ ).

Fakat tablodaki hizmet süreleri 0-5 yıl ile 6 ve üstündeki yıllar birleştirildiğinde; hizmet süresi 0-5 yıl olan hemşire ve ebelerin bilgi puan ortalaması  $75.05 \pm 9.62$  iken 6 yıl ve daha fazla çalışanların bilgi puan ortalaması  $70.96 \pm 11.52$  olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t: -2.46$ ,  $P < 0.05$ ).

**Tablo 18- Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Kurs veya Seminer Görme Durumlarına ve Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı**

Kurs veya Seminer	n	Bilgi Puanı $\bar{x} \pm S \bar{x}$
Görmüş	81	$74.03 \pm 9.65$
Görmemiş	99	$71.37 \pm 11.81$

$t: -1.63$       $P>0,05$

Tablo 18 de de görüldüğü gibi daha önceki yıllarda kurs gören hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı aile planlaması bilgi puan ortalaması  $74.03 \pm 9.65$  iken kurs görmeyenlerin ise  $71.37 \pm 11.81$  olarak bulunmuştur. Kurs görenlerin bilgi puanları daha yüksek olmakla beraber aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $P>0,05$ ).

**Tablo 19- Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Şu Anda Çalıştıkları Kurumun Yerleşim Yerine Göre Bilgi Puanları**

Çalıştığı Yer	n	Bilgi Puanı $\bar{x} \pm S \bar{x}$
Merkez	145	72.04 ± 10.88
Köy	35	74.74 ± 11.11

t: -1.31 P>0,05

Tablo 19 da da görüldüğü gibi eğitimden önce merkezde çalışan hemşire ve ebelerde ana çocuk sağlığı aile planlaması bilgi puan ortalaması  $72.04 \pm 10.88$  iken köyde çalışanlarda bu ortalama  $74.74 \pm 11.11$  olarak saptanmıştır. Bilgi puanı ortalaması köylerde çalışan hemşire ve ebelerde daha yüksektir. Bununla birlikte merkez ve köyde çalışanların bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P>0,05$ ).

**Tablo 20- Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Medeni Durumlarına Göre Bilgi Puanları**

Medeni Durum	n*	Bilgi Puanı $\bar{x} \pm S \bar{x}$
Evli	135	72.12 ± 11.37
Bekar	42	73.86 ± 9.81

\* Dul olan üç kişi tabloya dahil edilmemiştir.

t: -0.89 P>0,05

Tablo 20 de de görüldüğü gibi evli olan hemşire ve ebelerin bilgi puan ortalaması  $72.12 \pm 11.37$  iken bekar olanların ise  $73.86 \pm 9.81$  olarak saptanmıştır. Bekar olan hemşire ve ebelerin bilgi puan ortalaması evlilere

göre daha yüksektir. İstatistiksel olarakda bilgi puanları aralarındaki fark önemsizdir ( $P>0,05$ ).

**Tablo 21- Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin Eşlerinin Mesleklerinin Sağlıkla İlgili Olup Olmamasına Göre Bilgi Puanları**

Eşinin Mesleği	n*	Bilgi Puanı $\bar{x} \pm S \bar{x}$
Sağlıkla ilgili	26	70.66 ± 9.97
Sağlıkla ilgili değil	101	73.09 ± 11.62

\*Evli olan 8 kişi eşinin mesleğini belirtmediğinden tabloya dahil edilmemiştir.

t: -0.97                      P>0,0,5

Tablo 21 de de görüldüğü gibi hemşire ve ebelerin eşlerinin meslekleri sağlıkla ilgili olanların bilgi puanı ortalaması  $70.66 \pm 9.97$  iken sağlıkla ilgili olmayanların ise  $73.09 \pm 11.62$  olarak saptanmıştır. Eşlerinin mesleği sağlıkla ilgili olanların sağlıkla ilgili olmayanlara göre bilgi puanları arasında fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P>0.05$ ).

**Tablo 22- Eğitim Öncesinde Hemşire ve Ebelerin AÇSAP Konusunda Bilgisini Yeterli Görme Durumuna Göre Bilgi Puanları**

Bilgisini Yeterli Görme Durumu	n	Bilgi Puanı $\bar{x} \pm S \bar{x}$
Yeterli	58	75.14 ± 10.12
Yetersiz	48	67.67 ± 12.73
Şimdilik Yeterli	74	73.74 ± 9.30

F: 7.31                      P<0,05

Tablo 22 de görüldüğü gibi bilgisini yeterli görenlerin bilgi puanı ortalaması  $75.14 \pm 10.12$ , şimdilik yeterli görenlerin  $73.74 \pm 9.30$  iken



yetersiz görenlerin ise  $67.67 \pm 12.73$  olarak saptanmıştır. Hemşire ve ebelerin bilgisini yeterli görme durumuna göre bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $P < 0,05$ ).

#### D- Hemşire ve Ebelerin Ana Sağlığı Sorularını Bilme Durumları

**Tablo 23- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Gebelikle İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Sorunun Konusu	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test Hemşire/Ebe
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gebelik Gün Sayısı	Önce	15	42.9	84	57.9	99	55.0	SD: $1 \chi^2: 2.588$ $P > 0,05$
	Sonra	25	67.6	104	72.7	129	71.7	SD: $1 \chi^2: 0.385$ $P > 0,05$
Gebe İzlem Sayısı	Önce	10	28.6	45	31.0	55	30.6	SD: $1 \chi^2: 0,081$ $P > 0,05$
	Sonra	11	29.7	79	55.2	90	50.0	SD: $1 \chi^2: 7.655$ $P < 0,05$
Sağlıkkevi şartlarında kesin gebelik tanısı	Önce	20	57.1	75	51.7	95	52.8	SD: $1 \chi^2: 0,332$ $P > 0,05$
	Sonra	15	40.5	93	65.0	108	60.0	SD: $1 \chi^2: 7.348$ $P < 0,05$
Çocuk Kalp Sesi	Önce	28	80.0	130	89.7	158	87.8	SD: $1 \chi^2: 2.45$ $P > 0,05$
	Sonra	30	81.1	137	95.8	167	92.8	SD: $1 \chi^2: 9.509$ $P < 0,05$

\*Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında gebelikle ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 23 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin gebelik gün sayısı, sağlıkkevi şartlarında kesin gebelik tanısı ve ÇKS doğru yanıtları toplamda % 50 nin üstünde olmasına

karşın gebe izlem sayısı % 50 nin altındadır. Eğitim öncesinde tüm sorularda hemşire ve ebeler arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P>0,05$ ).

Eğitim sonrasında tüm doğru yanıtlar toplamda artmaktadır. Özellikle gebelik gün sayısı % 55.0 den % 71.7 ye ve gebe izlem sayısındaki artış % 30.6 dan % 50.0 ye çıkması dikkat çekicidir. Hemşire ve ebeler arasındaki farkda gebelik gün sayısı yanıtında istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P>0,05$ ) diğer yanıtlarda ebeler lehine önemlidir ( $P<0,05$ ).

**Tablo 24- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Gebelik ve Doğumla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Sorunun Konusu	Eğitim	Hemşire *		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Tahmini Doğum Tarihi	Önce	30	85.7	130	89.7	160	88.9	SD: 1 $\chi^2$ : 0,443 P> 0,05
	Sonra	35	94.6	135	94.4	170	94.4	P> 0.05
Gebelik Prognozu	Önce	21	60.0	106	73.1	127	70.6	SD: 1 $\chi^2$ : 2.33 P> 0,05
	Sonra	32	86.5	120	83.9	152	84.4	SD: 1 $\chi^2$ : 0,148 P>0,05
Uterusu Döşeyen Tabaka	Önce	31	88.6	126	86.9	157	87.2	P > 0,05
	Sonra	33	89.2	136	95.1	169	93.8	P > 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında gebelik ve doğumla ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 24 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında tüm doğru yanıtlar % 60 ın üstündedir. Eğitim öncesinde tahmini doğum tarihi, gebelik prognozu ve uterusu döşeyen tabaka

konularında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P>0,05$ ).

Eğitim sonrasında doğru yanıtlar artmaktadır. Özellikle gebelik prognozu doğru yanıtları dikkati çekecek ölçüde artmıştır. Toplamda % 70.6 dan % 84.4 e çıkmıştır. Eğitim sonrasında tüm sorularda hemşire ve ebeler arasındaki fark da istatistiksel olarak önemsizdir ( $P> 0,05$ ).

**Tablo 25- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Gebelere Tetanoz Aşısı Uygulanması Hakkındaki Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar.**

Sorunun Konusu	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Gebelere Uygulanan Aşı	Önce	34	97.1	141	97.2	175	97.2	$P > 0.05$
	Sonra	36	97.3	141	98.6	177	98.3	$P > 0.05$
Gebelere Tetanoz Aşısının Nasıl Uygulandığı	Önce	33	94.3	140	96.6	173	96.1	$P > 0.05$
	Sonra	34	91.9	139	97.2	173	96.1	$P > 0.05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında gebelere uygulanan aşı hakkında sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 25 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin doğru yanıtları % 90 ın üstündedir. Eğitim öncesinde hem gebelere uygulanan aşı hemde nasıl uygulandığı konularında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P> 0,05$ ).

Eğitim sonrasında ise gebelere uygulanan aşı doğru yanıt yüzdesi toplamda artmasına rağmen tetanoz aşısının nasıl uygulandığı sorusunun doğru

yanıt yüzdesi değişmemiştir. Hemşire ve ebeler arasındaki farkta istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0.05$ ).

**Tablo 26- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Mutlaka Hastanede Doğum Yapması Gereken Durumlara Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Mutlaka hastanede doğum yapması gerekenler	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Preeklamsi belirtileri görülürse	Önce	33	94.3	131	90.3	164	91.1	$P > 0,05$
	Sonra	36	97.3	136	95.1	172	95.6	$P > 0,05$
Gebenin kalp hastalığı gibi kronik bir hastalığı varsa	Önce	31	88.6	129	89.0	160	88.9	$P > 0,05$
	Sonra	32	86.5	134	93.7	166	92.2	SD: $1 \chi^2: 2,136$ $P > 0,05$
Çoğul gebelikse	Önce	19	54.3	106	73.1	125	69.4	SD: $1 \chi^2: 4,705$ $P < 0,05$
	Sonra	27	73.0	122	85.3	149	82.8	SD: $1 \chi^2: 3,141$ $P > 0,05$
Kan basıncı 120/80mm Hg ise	Önce	3	8.6	13	9.0	16	8.9	$P > 0,05$
	Sonra	2	5.4	5	3.5	7	3.9	$P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında mutlaka hastanede doğum yapması gerekenler hangileridir? sorusuna verdikleri doğru yanıtlar tablo 26 da gösterilmiştir. Beklenen göstergeler preeklamsi belirtileri görülürse, gebenin kalp hastalığı gibi kronik bir hastalığı varsa ve çoğul gebelikse yanıtlarının işaretlenmesidir. Kan basıncı 120/80 mm Hg ise yanlıcıdır. Üç doğru yanıtta eğitim öncesine göre eğitim sonrasında hemşire

ve ebelerde artışlar olurken (preeklamsi belirtileri görülürse % 91.1 den % 95.6 ya, gebenin kalp hastalığı gibi kronik bir hastalığı varsa % 88.9 dan % 92.2'ye ve çoğul gebelikse % 69.4 ten % 82.8' e) eğitim sonrasında kan basıncı 120/80 mm Hg yanıtında ise düşüş görülmektedir (% 8.9 den % 3.9 a).

Preeklamsi belirtileri görülürse ve gebenin kalp hastalığı gibi kronik bir hastalığı varsa sorularının doğru yanıtlarında eğitim öncesi ve sonrasında hemşireler ve ebeler arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ) eğitimden önce çoğul gebelikse doğru yanıtı ( hemşire ve ebeler) arasındaki fark da ebeler lehine önemli bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 27- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Mutlaka Hastanede Doğum Yapması Gerekenlere Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)**

Doğru Yanıt Sayısı	Eğitimden önce			Eğitimden Sonra		
	Hemşire n : 35	Ebe n : 145	Toplam n : 180	Hemşire n : 37	Ebe n : 143	Toplam n : 180
	%	%	%	%	%	%
0	2.9	2.1	2.2	2.7	2.1	2.2
1	11.4	14.5	13.9	10.8	4.9	6.1
2	28.6	11.0	14.4	13.5	9.1	10.0
3	51.4	68.3	15.0	67.6	81.1	78.3
4	5.7	4.1	4.4	5.4	2.8	3.3

SD: 2

$\chi^2$ : 10,628

$P < 0,05$

SD: 2

$\chi^2$ : 2,506

$P > 0,05$

**NOT: Eğitimden önce 0 satırı ile 1 satırı ve 3 satırı ile 4 satırı birleştirilmiştir.**

**Eğitimden sonra ise 0 satırı ile 1 satırı ve 3 satırı ile 4 satırı birleştirilmiştir.**

Tablo 27 de hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında mutlaka hastanede doğum yapması gerekenlere verdikleri doğru yanıtların sayısına göre değerlendirilmesinde; hiç doğru yanıt vermeyenlerin oranı eğitimden önce % 2.2 dir. Eğitimden sonrada bu oran değişmemiştir. Burada beklenen üç doğru yanıtın verilmesidir. Üç doğru yanıtta (sırayla eğitimden önce ve sonra) % 15.0 den % 78.3 e yükselmektedir. Bu yükselme dikkat çekicidir. Dört haneyi işaretleyenlerin oranı % 4.4 den % 3.3 e düşüşüde beklenen yanıtıdır.

Eğitim öncesinde doğru yanıtlarda hemşire ve ebeler arasındaki fark istatistiksel olarak ebeler lehine önemliyken ( $P < 0,05$ ), eğitim sonrasında bu fark önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 28- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Lohusalıkla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Sorunun Konusu	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ ) Hemşire/Ebe
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Lohusalık döneminin kaç hafta olduğu	Önce	23	65.7	80	55.2	103	57.2	SD:1 $\chi^2$ : 1.28 P > 0,05
	Sonra	29	78.4	105	73.4	134	74.4	SD:1 $\chi^2$ : 0,379 P > 0,05
Lohusanın izlenim sayısı	Önce	17	48.6	98	67.6	115	63.9	SD:1 $\chi^2$ : 4.419 P < 0,05
	Sonra	26	70.3	120	83.9	146	81.1	SD:1 $\chi^2$ : 3.573 P > 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında lohusalıkla ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 28 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin doğru yanıtları % 55 in üstündedir. Eğitim öncesinde lohusalık döneminin kaç hafta olduğu konusundaki hemşire ve

ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ) lohusanın izlenim sayısı ebeler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

Eğitim sonrasında ise doğru yanıtlar artmaktadır. Bu artışlar dikkat çekicidir. Lohusalık döneminin kaç hafta olduğu doğru yanıtı toplamda % 57.2 den % 74.4 e, izlenim sayısı doğru yanıtı da % 63.9 dan % 81.1 e çıkmıştır. Hemşire ve ebeler arasındaki farkda istatistiksel olarak önemsizdir.

**Tablo 29- Hemşire ve Ebelerde Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Düzeyini Değerlendirmeye Yarayan Hızların Doğru Yanıtları**

AÇS Hizmetlerinin Değerlendirilmesindeki Hızlar	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Ana Ölüm Hızı	Önce	23	65.7	113	77.9	136	75.6	SD:1 $\chi^2$ :2.278 P > 0,05
	Sonra	30	81.1	135	94.4	165	91.7	SD:1 $\chi^2$ :6.832 P < 0,05
Bebek Ölüm Hızı	Önce	21	60.0	109	75.2	130	72.2	SD:1 $\chi^2$ :3.235 P > 0,05
	Sonra	29	78.4	126	88.1	155	86.1	SD:1 $\chi^2$ :2.329 P > 0,05
Perinatal Bebek Ölüm Hızı	Önce	3	8.6	10	6.9	13	7.2	P > 0,05
	Sonra	17	45.9	113	79.0	130	72.2	SD:1 $\chi^2$ :16.029 P < 0,05
Kaba Doğum Hızı	Önce	7	20.0	74	51.0	81	43.3	SD:1 $\chi^2$ :10.972 P < 0,05
	Sonra	4	10.8	10	6.9	14	7.8	P > 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin düzeylerini değerlendirmeye yarayan üç önemli hız nedir ? sorusuna verilen doğru yanıtlar tablo 29 da gösterilmiştir.



Beklenen göstergeler ana ölüm hızı, bebek ölüm hızı ve perinatal bebek ölüm hızıdır. Ancak kaba doğum hızı da verilen yanıtlar arasındadır. Üç temel göstergede eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında hemşire ve ebelerde artışlar olurken (ana ölüm hızında % 75.6 dan % 91.7 ye, bebek ölüm hızında % 72.2 den % 86.1 'e, perinatal bebek ölüm hızında % 7.2'den % 72.2 ye) eğitim sonrasında kaba doğum hızı da % 43.3 den % 7.8 e düşmüştür.

Bebek ölüm hızına verilen doğru yanıtlarda eğitim öncesi ve sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz ( $P > 0,05$ ) iken eğitimden sonra ana ölüm hızı ve perinatal bebek ölüm hızı doğru yanıtlarında (hemşire ve ebeler) arasındaki fark ebeler lehine önemli bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 30- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Değerlendirmeye Yarayan Üç Önemli Hıza (AÖH, BÖH, PBÖH) Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)**

Doğru Yanıt Sayısı	Eğitimden önce			Eğitimden Sonra		
	Hemşire n : 35	Ebe n : 145	Toplam n : 180	Hemşire n : 37	Ebe n : 143	Toplam n : 180
	%	%	%	%	%	%
0	28.6	18.6	20.6	18.9	4.2	7.2
1	8.6	4.8	5.6	2.7	1.4	1.7
2	31.4	21.4	23.3	18.9	14.0	15.0
3	31.4	55.4	50.5	59.5	80.4	76.1

SD: 2  
X<sup>2</sup> :6.389  
P < 0,05

SD:2  
X<sup>2</sup>: 10.668  
P < 0,05

NOT: Eğitimden önce ve sonra 0 satırı ile 1 satırı birleştirilmiştir.

Tablo 30 da hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında ana çocuk sağlığı hizmetlerini değerlendirmeye yarayan AÖH, BÖH, PBÖH na verdikleri doğru yanıtlara göre değerlendirilmesinde; hiç doğru yanıt vermeyenlerin oranı (sırayla eğitimden önce ve sonra) % 20.6 dan % 7.2 ye düşmektedir. Oysa üç doğru yanıtta % 50.5 den % 76.1 e yükselmektedir. Eğitim öncesinde ve sonrasında hemşireler ve ebeler arasındaki farkda istatistiksel olarak ebeler lehine anlamlıdır ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 31- Hemşire ve Ebelerde Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ana Ölüm Hızı Sorusuna Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Önce	13	37.1	86	59.3	99	55.0	SD: $1 \chi^2: 5.598$ $P < 0,05$
Sonra	25	67.6	95	66.4	120	66.7	SD: $1 \chi^2: 0.017$ $P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında ana ölüm hızı sorusuna verdikleri doğru yanıtlar tablo 31 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin doğru yanıtı toplamda % 55 dir. Eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin doğru yanıtı arasındaki farkda istatistiksel olarak ebeler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

Eğitim sonrasında doğru yanıt dikkati çekecek ölçüde artmıştır. Toplamda % 55.0 dan % 66.7 ye yükselmiştir. Hemşire ve ebeler arasındaki farkda istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

## E- Hemşire ve Ebelerin Çocuk Sağlığı Sorularını Bilme Durumları

**Tablo 32- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Normal Yenidoğan Bebeğin Ağırlığı, Boyu ve Başçevresi Ölçütlerine Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Yenidoğan Bebek	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Ağırlığı	Önce	33	94.3	143	98.6	176	97.8	P > 0,05
	Sonra	34	91.9	142	99.3	176	97.8	P < 0,05
Boyu	Önce	32	91.4	138	95.2	170	94.4	P > 0,05
	Sonra	33	89.2	141	98.6	174	96.7	P < 0,05
Baş çevresi	Önce	23	65.7	111	76.6	134	74.4	SD: 1 x :1.741 P > 0,05
	Sonra	29	78.4	134	93.7	163	90.6	SD: 1 x :8,075 P < 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında normal yenidoğan bebeğin ağırlığı, boyu ve baş çevresi ölçütlerine verdikleri doğru yanıtlar tablo 32 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin yenidoğanın ağırlığı, boyu, baş çevresine verdikleri doğru yanıtlar % 65 in üstündedir. Eğitim öncesinde her üç konuda da hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Eğitim sonrasında tüm doğru yanıtlar % 78 in üstündedir. Özellikle baş çevresi sorusuna doğru yanıt toplamda % 74.4 den % 90.6 ya çıkması dikkat çekicidir. Hemşire ve ebeler arasındaki her  konudaki farkta istatistiksel olarak ebeler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 33- Hemşire ve Ebelerin Eğitim ncesi ve Sonrasında APGAR Değerlendirme ğelerine Verdikleri Doğru Yanıtlar**

APGAR Değerlendirme ğeleri	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Solunum	nce	26	74.3	122	84.1	148	82.2	SD: $1 \chi^2: 1.872$ $P > 0,05$
	Sonra	28	75.7	139	97.2	167	92.8	$P < 0,05$
Kalp Atımı	nce	21	60.0	83	57.2	104	57.8	SD: $1 \chi^2: 0.088$ $P > 0,05$
	Sonra	24	64.9	119	83.2	143	79.4	SD: $1 \chi^2: 6.062$ $P < 0,05$
Renk	nce	23	65.7	118	81.4	141	78.3	SD: $1 \chi^2: 4.076$ $P < 0,05$
	Sonra	28	75.7	136	95.1	164	91.1	SD: $1 \chi^2: 13.701$ $P < 0,05$
Uyarılara Cevap	nce	24	68.6	110	75.9	134	74.4	SD: $1 \chi^2: 0.788$ $P > 0,05$
	Sonra	19	51.4	120	83.9	139	77.2	SD: $1 \chi^2: 17.722$ $P < 0,05$
Haraket	nce	14	40.0	63	43.4	77	42.8	SD: $1 \chi^2: 0.137$ $P > 0,05$
	Sonra	27	73.0	117	81.8	144	80.0	SD: $1 \chi^2: 1.437$ $P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında APGAR değerlendirme öğelerine verdikleri doğru yanıtlar tablo 33 de gösterilmiştir. Buna göre

eğitimden önce hemşire ve ebelerin solunum, kalp atımı, renk, uyarılara cevap öğelerine verdikleri doğru yanıtlar % 55 in üstünde olmasına rağmen hareket doğru yanıtı % 55 in altındadır. Eğitim öncesinde solunum, kalp atımı, uyarılara cevap ve hareket öğeleri hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P>0,05$ ) renk ebeler lehine önemlidir ( $P<0,05$ ).

Eğitimden sonra doğru yanıtlar artmaktadır. Özellikle toplamda kalp atımı ve hareket öğelerindeki artış yüzdesi dikkat çekicidir. Kalp atımı % 57.8 den % 79.4 e, hareket % 42.8 den % 80.0 a yükselmiştir. Eğitim sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki fark hareket doğru yanıtında önemsiz iken ( $P>0,05$ ) diğer yanıtlarda ebeler lehine önemlidir ( $P<0,05$ ).

**Tablo 34- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında APGAR Değerlendirme Öğelerine Verdikleri Doğru Yanıt Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)**

Doğru Yanıt Sayısı	Eğitimden önce			Eğitimden Sonra		
	Hemşire n : 35	Ebe n : 145	Toplam n : 180	Hemşire n : 37	Ebe n : 143	Toplam n : 180
	%	%	%	%	%	%
0	11.4	2.0	3.9	8.1	1.4	2.8
1	8.6	7.6	7.8	5.4	0.0	1.1
2	14.3	9.0	10.0	5.4	1.4	2.2
3	14.3	27.6	25.0	29.7	13.3	16.7
4	25.7	29.7	28.9	21.6	20.3	20.6
5	25.7	24.1	24.4	29.8	63.6	61.1

SD: 4

$\chi^2$ : 5.56

$P > 0,05$

SD: 2

$\chi^2$ : 19.674

$P < 0,05$

**Not:** Eğitimden önce 0 satırı ile 1 satırı birleştirilmiştir Eğitimden sonra ise 0 satırı, 1 satırı, 2 satırı ve 3 satırı birleştirilmiştir.

Tablo 34 de hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında APGAR değerlendirme öğelerine verdikleri doğru yanıtların sayısına göre değerlendirilmesinde; hiç doğru yanıt vermeyenlerin oranı (sırayla eğitimden önce ve sonra) % 3.9 dan % 2.8 e düşmektedir. Oysa beş doğru yanıtta ise % 24.4 den % 61.1 e yükselmektedir.

Eğitim öncesinde doğru yanıtlarda hemşireler ve ebeler arasında fark istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P>0,05$ ) eğitim sonrasında ebeler lehine önemlidir ( $P<0,05$ ).

**Tablo 35- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Çocukların Yaş Gruplarına Göre Ziyaret Sıklığına Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Yaş Grupları	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
0-12 ay	Önce	21	60.0	118	81.4	139	77.2	SD: $1 \chi^2: 7.327$ $P < 0,05$
	Sonra	27	73.0	133	93.0	160	88.9	SD: $1 \chi^2: 11.945$ $P < 0,05$
13 ay-3 yaş	Önce	16	45.7	105	72.4	121	67.2	SD: $1 \chi^2: 9.122$ $P < 0,05$
	Sonra	30	81.1	134	93.7	164	91.1	SD: $1 \chi^2: 5.785$ $P < 0,05$
4-6 yaş	Önce	17	48.6	118	81.4	135	75.0	SD: $1 \chi^2: 16.185$ $P < 0,05$
	Sonra	30	81.1	135	94.4	165	91.7	SD: $1 \chi^2: 6.832$ $P < 0,05$

\*Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında çocukların yaş gruplarına göre ziyaret sıklığı konusunda doğru yanıtlar tablo 35 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin tüm doğru

yanıtları toplamda % 65 in üstündedir. Eğitim öncesinde 0-12 ay, 13 ay-3 yaş ve 4-6 yaş gruplarındaki ziyaret sıklığı hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak ebeler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

Eğitim sonrasında doğru yanıtlar artmaktadır. Özellikle toplamda 13 ay-3 yaş ve 4-6 yaş grubundaki ziyaret sıklığındaki artış dikkat çekicidir. 13 ay-3 yaş (sırayla eğitimden önce ve sonra) % 67.2 den % 91.1 e, 4-6 yaş % 75.0 dan % 91.7 ye yükselmiştir. Eğitim sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki fark tüm yanıtlarda ebeler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 36- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Bebeğe Kan Uyuşmazlığı İhtimali İçin Anne Babanın Rh Faktörü Ne Olmalıdır Sorusuna Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ ) Hemşire/Ebe
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Önce	32	91.4	132	91.0	164	91.1	$P > 0,05$
Sonra	36	97.3	139	97.2	175	97.2	$P > 0,05$

\*Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında bebeğe kan uyuşmazlığı ihtimali için Rh faktörü ne olmalıdır sorusunun doğru yanıtları tablo 36 da gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları % 90 ın üstündedir. Eğitim sonrasında doğru yanıt artmaktadır. Eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).



**Tablo 37- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeğe Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Önce	18	51.4	77	53.1	95	52.8	SD:1 $\chi^2$ :0,032 P > 0,05
Sonra	22	59.5	107	74.8	129	71.7	SD:1 $\chi^2$ :3,418 P > 0,05

\*Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında düşük doğum ağırlıklı bebeğe verdikleri doğru yanıtlar tablo 37 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin doğru yanıtları toplamda % 50 iken eğitim sonrasında % 70 e yükselmiştir. Eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin bilgi durumlarındaki fark istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ) eğitim sonrasında da önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 38-Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Bebeğin Gelişmesi İle İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Sorunun Konusu	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Ön fontanel kapanma zamanı	Önce	32	91.4	139	95.9	171	95.0	$P > 0,05$
	Sonra	31	83.8	139	97.2	170	94.4	$P < 0,05$
Bebeği anne sütüyle besleme	Önce	31	88.6	99	68.3	130	72.2	$P < 0,05$
	Sonra	34	91.9	116	81.1	150	83.3	$P > 0,05$
Sağlıklı bir bebeğin diş çıkarma zamanı	Önce	31	88.6	129	89.0	160	88.9	$P > 0,05$
	Sonra	37	100.0	130	90.9	167	92.8	$P > 0,05$
Sağlıklı bir bebeğin hangi dişlerini çıkarması gerektiği	Önce	28	80.0	125	86.2	153	85.0	SD:1 $\chi^2$ :0.852 $P > 0,05$
	Sonra	30	81.1	128	89.5	158	87.8	SD:1 $\chi^2$ :1.947 $P > 0,05$

\*Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında bebeğin gelişmesi ile ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 38 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebelerin tüm doğru yanıtları toplamda % 70 in üstündedir. Eğitim öncesinde ön fontanel kapanma zamanı, sağlıklı bir bebeğin diş çıkarma zamanı ve hangi dişlerini çıkarması gerektiği konularında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ), bebeği anne sütüyle besleme hemşireler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

Eğitim sonrasında ise hemşire ve ebeler arasındaki fark bebeği anne sütünle besleme, sağlıklı bir bebeğin diş çıkarma zamanı ve hangi dişlerini çıkarması gerektiği sorularının doğru yanıtları istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ), ön fontanel kapanma zamanı ebeler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 39- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Kolostrum Sorusuna Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Önce	33	94.3	134	92.4	167	92.8	$P > 0,05$
Sonra	36	97.3	137	95.8	173	96.1	$P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında kolostrum sorusuna verdikleri doğru yanıtlar tablo 39 da gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin doğru yanıtları % 92.8 den eğitim sonrasında % 96.1 e yükselmiştir. Eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 40- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Kızamık Aşısına Başlanma Ayı ve 12 Aylık Çocuğun Aşı Takvimine Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Sorunun Konusu	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Kızamık Aşısına Başlama Ayı	Önce	31	88.6	128	88.3	159	88.3	SD: $\chi^2$ : 4.624 P < 0,05
	Sonra	31	83.8	135	94.4	166	92.2	
12 Aylık Çocuğun Aşı Takvimi	Önce	28	80.0	113	77.9	141	78.3	SD: $\chi^2$ : 0.071 P > 0,05 SD: $\chi^2$ : 1.743 P > 0,05
	Sonra	32	86.5	124	86.7	156	86.7	

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında aşılarla ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 40 da gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin doğru yanıtları toplamda % 75 in üstündedir. Eğitim öncesinde hem kızamık aşısına başlanma ayı hemde 12 aylık çocuğun aşı takvimi konularında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Eğitim sonrasında toplamda doğru yanıtlar artmaktadır. Hemşire ve ebeler arasındaki farkda 12 aylık çocuğun aşı takvimi istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ), kızamık aşısına başlama ayı ebeler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 41- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aşıların Uygulanma Tekniklerine Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Bazı aşıları uygulama tekniği	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
BCG	Önce	29	82.9	109	75.2	138	76.7	SD:1 $\chi^2$ :0.931 P > 0,05
	Sonra	35	94.6	121	84.6	156	86.7	P > 0,05
DBT	Önce	25	71.4	95	65.5	120	66.7	SD:1 $\chi^2$ :0.443 P > 0,05
	Sonra	29	78.4	118	82.5	147	81.7	SD:1 $\chi^2$ :0.336 P > 0,05
Polio	Önce	32	91.4	136	93.8	168	93.3	P > 0,05
	Sonra	35	94.6	139	97.2	174	96.7	P > 0,05
Kızamık	Önce	11	31.4	63	43.4	74	41.1	SD:1 $\chi^2$ : 1.638 P > 0,05
	Sonra	23	62.2	102	71.3	125	69.4	SD:1 $\chi^2$ : 1.116 P > 0,05
Tetanoz	Önce	32	91.4	123	84.8	155	86.1	P > 0,05
	Sonra	30	81.1	132	92.3	162	90.0	SD:1 $\chi^2$ : 4.116 P < 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında aşıların uygulanma tekniklerine verdikleri doğru yanıtlar tablo 41 de görülmektedir. Eğitim öncesinde BCG, DBT, polio, tetanoz aşılarının uygulama tekniklerine verdikleri doğru yanıt yüzdeleri % 65 in üstünde olmasına karşın kızamıkda bu oran % 41.1 dir. Eğitim sonrasında ise kızamık yanıtı dikkati çekecek

ölçüde artmıştır (%69.4). Eğitim öncesinde tüm aşılarda hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Hemşire ve ebelerin tüm aşılarda uygulama tekniklerine verdikleri doğru yanıt yüzdeleri eğitim sonrasında artmaktadır. Eğitim sonrasında hemşire ve ebelerin bilgi durumları arasındaki farkta BCG, DBT, Polio, kızamık yanıtlarında istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ) tetanoz yanıtında ebeler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 42- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aşılarda Uygulama Tekniklerine Verdikleri Doğru Yanıt Sayısına Göre Dağılımı (%olarak)**

Doğru Yanıt Sayısı	Eğitimden önce			Eğitimden Sonra		
	Hemşire n : 35	Ebe n : 145	Toplam n : 180	Hemşire n : 37	Ebe n : 143	Toplam n : 180
	%	%	%	%	%	%
0	2.9	2.7	2.8	5.4	2.7	3.3
1	2.9	4.1	3.9	0.0	0.7	0.5
2	11.4	9.0	9.4	0.0	3.5	2.8
3	20.0	35.2	32.2	27.0	20.3	21.7
4	31.4	15.2	18.3	8.1	5.6	6.1
5	31.4	33.8	33.3	59.5	67.2	65.6

SD: 3  
 $\chi^2: 6.154$   
 $P > 0,05$

SD: 1  
 $\chi^2: 0.385$   
 $P > 0,05$

**Not:** Eğitimden önce 0,1 ve 2 satırları birleştirilmiştir. Eğitimden sonra ise 0,1,2 ve 3 satırları ile 4 ve 5 satırları birleştirilmiştir.

Tablo 42 de hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında aşılarda uygulama tekniklerine verdikleri doğru yanıtlara göre değerlendirilmesinde hiç doğru yanıt vermeyenlerin oranı (sırayla eğitimden önce ve sonra) % 2.8

den % 3.3 e, bir doğru yanıt verenlerin oranında % 3.9 dan % 0,5 e yükselmektedir. Beş doğru yanıtta da % 33.3 den % 65.6 ya çıkmaktadır.

Eğitim öncesi ve sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki farkda istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 43- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aşı Uygulamasıyla İlgili Bazı Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Aşı uygulaması ile ilgili sorular	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
İmmünyetmezlik hastalığında çocuğa aşı yapılmaz	Önce	28	80.0	114	78.6	142	78.9	SD:1 $\chi^2$ : 0.032 P > 0,05
	Sonra	30	81.1	118	82.5	148	82.2	SD:1 $\chi^2$ : 0.041 P > 0,05
İlkokul 1. sınıfta boğmaca aşısı yapılmaz	Önce	23	65.7	79	54.5	102	56.7	SD:1 $\chi^2$ : 1.448 P > 0,05
	Sonra	17	45.9	81	56.6	98	54.4	SD:1 $\chi^2$ : 1.356 P > 0,05
İlkokul 5. sınıfta difteri boğmaca aşısı yapılmaz	Önce	24	68.6	79	54.5	103	57.2	SD:1 $\chi^2$ : 2.286 P > 0,05
	Sonra	17	45.9	82	57.3	99	55.0	SD:1 $\chi^2$ : 1.543 P > 0,05
Gebeliğin ilk üç ayında tetanoz aşısı yapılmaz	Önce	24	68.6	110	75.9	134	74.4	SD:1 $\chi^2$ : 0.788 P > 0,05
	Sonra	32	86.5	117	81.8	149	82.8	SD:1 $\chi^2$ : 0.449 P > 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında aşı uygulaması ile ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 43 de görülmektedir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebelerin tüm doğru yanıtları



toplamda % 50 nin üstündedir. Eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Eğitim sonrasında ise immün yetmezlik hastalığında çocuğa aşı yapılmaz ile gebeliğin ilk üç ayında tetanoz aşısı yapılmaz doğru yanıtları artarken ilkökul 1. sınıfta boğmaca aşısı yapılmaz ile ilkökul 5. sınıfta difteri -boğmaca aşısı yapılmaz sorularının doğru yanıtlarında hafif bir düşme gözlenmektedir. Eğitim sonrasında hemşire ve ebeler arasında fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 44- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aşı Uygulamasıyla İlgili Bazı Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)**

Doğru Yanıt Sayısı	Eğitimden önce			Eğitimden Sonra		
	Hemşire n : 35	Ebe n : 145	Toplam n : 180	Hemşire n : 37	Ebe n : 143	Toplam n : 180
	%	%	%	%	%	%
0	17.1	13.8	14.4	13.5	11.2	11.7
1	8.6	9.0	8.9	5.4	7.7	7.2
2	11.4	26.2	23.3	35.1	25.9	27.8
3	0.0	2.0	1.7	0.0	2.8	2.2
4	62.9	49.0	51.7	46.0	52.4	51.1

SD:2

SD:2

$\chi^2$ : 2.972

$\chi^2$ : 0.653

$P > 0,05$

$P > 0,05$

**Not:** Eğitimden önce 1 satırı ile 2 satırı ve 3 satırı ile 4 satırı birleştirilmiştir. Eğitimden sonra ise 0 satırı ile 1 satırı ve 2 satırı ile 3 satırı birleştirilmiştir.

Tablo 44 de hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında aşı uygulaması ile ilgili bazı sorulara verdikleri doğru yanıtların sayısına göre değerlendirilmesinde; hiç doğru yanıt vermeyenlerin oranı (sırayla eğitimden önce ve sonra) % 14.4 den % 11.7 ye düşmektedir. Oysa üç doğru yanıtta % 1.7 den % 2.2 ye yükselmiş olup dört doğru yanıtta da % 51.7 den % 51.1 e inerek önemsiz bir düşüş olduğu görülmektedir.

Eğitim öncesi ve sonrasında hemşireler ve ebeler arasındaki fark da istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).



**Tablo 45- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Buzdolabına Aşı ve Diğer Soğuk Zincir Malzemelerini Doğru Yerleştirme Durumları**

Bölmeler	Aşı ve Diğer Malzemeler	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Buzluk	Buz	Önce	26	74.3	106	73.1	132	73.3	SD:1 $\chi^2$ :0.02 P > 0,05
	Aküsi	Sonra	34	91.9	134	93.7	168	93.3	P > 0,05
Üst Raf	Termometre	Önce	2	5.7	10	6.9	12	6.7	P > 0,05
		Sonra	6	16.2	55	38.5	61	33.9	SD:1 $\chi^2$ : 6.492 P < 0,05
	Polio	Önce	2	5.7	15	10.3	17	9.4	P > 0,05
		Sonra	1	2.7	11	7.7	12	6.7	P > 0,05
	Kızamık	Önce	3	8.6	5	3.4	8	4.4	P > 0,05
		Sonra	3	8.1	8	5.6	11	6.1	P > 0,05
Orta Raf	BCG	Önce	7	20.0	31	21.4	38	21.1	SD:1 $\chi^2$ :0.032 P > 0,05
		Sonra	24	64.9	107	74.8	131	72.8	SD:1 $\chi^2$ :1.472 P > 0,05
Alt Raf	DBT, DT T	Önce	11	31.4	70	48.3	81	45.0	SD:1 $\chi^2$ :3.233 P > 0,05
		Sonra	27	73.0	105	73.4	132	73.3	SD:1 $\chi^2$ :0.003 P > 0,05
	Dilüsyon Sıvıları	Önce	1	2.9	2	1.4	3	1.7	P > 0,05
		Sonra	2	5.4	4	2.8	6	3.3	P > 0,05
Sebzelik	Su Şişeleri	Önce	9	25.7	33	22.8	42	23.3	SD:1 $\chi^2$ :0.138 P > 0,05
		Sonra	28	75.7	110	76.9	138	76.7	SD:1 $\chi^2$ :0.026 P > 0,05
Kapak İçi	Boş	Önce	11	31.4	62	42.8	73	40.6	SD:1 $\chi^2$ :1.501 P > 0,05
		Sonra	28	75.7	120	83.9	148	82.2	SD:1 $\chi^2$ :1.366 P > 0,05
Kapak Dışı	Isı çizelgesi	Önce	9	25.7	36	24.8	45	25.0	SD:1 $\chi^2$ :0.012 P > 0,05
		Sonra	21	56.8	98	68.5	119	66.1	SD:1 $\chi^2$ :1.819 P > 0,05
	Buzdolabı şeması	Önce	0	0.0	0	0.0	0	0.0	P > 0,05
		Sonra	0	0.0	1	0.7	1	0.6	P > 0,05
	Kısmen yerleştirme	Önce	26	74.3	128	88.3	154	85.6	SD:1 $\chi^2$ :4.465 P < 0,05
		Sonra	37	100.0	140	97.9	177	98.3	P > 0,05
Tam yerleştirme	Önce	0	0.0	0	0.0	0	0.0	P > 0,05	
	Sonra	0	0.0	1	0.7	1	0.5	P > 0,05	

\*Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında buzdolabına aşı ve diğer soğuk zincir malzemelerini doğru yerleştirme durumları tablo 45 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin buz aküsü doğru yanıtı % 73 ve üstünde olmasına karşın diğer yanıtlar bunun altındadır. Eğitim öncesinde tüm sorularda hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Eğitim sonrasında ise toplamda polio doğru yanıtı hariç diğer yanıtlar artmaktadır. Özellikle buz aküsü % 73.3 den % 93.3 e termometre % 6.7 den % 33.9 a BCG % 21.1 den % 72.8 e, DBT, DT, T % 45.0 den % 73.3 e su şişeleri % 23.3 den % 76.7 ye kapak içinin boş olması % 40.6 dan % 82.2 ye, kapak dışında ısı çizelgesi % 25.0 den % 66.1 e artışları dikkat çekicidir. Hemşire ve ebeler arasındaki farkta buz aküsü, polio kızamık, BCG, DBT, DT, T, dilusyon sıvıları, su şişeleri, boş, ısı çizelgesi, buzdolabı şeması, doğru yanıtları istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ), termometre doğru yanıtı ebeler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

Hemşire ve ebelerde kısmen yerleştirme eğitimden önce istatistiksel olarak ebeler lehine önemli iken ( $P < 0,05$ ) eğitimden sonra önemsizdir ( $P > 0,05$ ). Tam yerleştirmeyi eğitimden önce doğru yanıtlayan olmayıp eğitim sonrasında ebelerde bir kişi yanıtlamıştır.

**Tablo 46- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Sağlık Ocağı Buzdolabında Isı Derecesinin Doğru Yanıtları**

Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Önce	19	54.3	96	66.3	115	63.9	SD: $1 \chi^2: 1.737$ $P > 0,05$
Sonra	35	94.6	129	90.2	164	91.1	$P > 0,05$

\*Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında sağlık ocağı buzdolabında ısı derecesine verdikleri doğru yanıtlar tablo 46 da gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin doğru yanıt toplamda % 63.9 dan eğitim sonrasında % 91.1 e yükselmiştir. Eğitim öncesi ve sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki fark da istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 47- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Çocuklarda Görülen Raşitizm Hastalığının Tanısına Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Önce	22	62.9	88	60.7	110	61.1	SD:1 $\chi^2$ :0.056 P>0,05
Sonra	29	78.4	110	76.9	139	77.2	SD:1 $\chi^2$ :0.035 P>0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında çocuklarda görülen raşitizm hastalığının tanısına verdikleri doğru yanıtlar tablo 47 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında tüm doğru yanıtlar % 60 ın üstündedir. Eğitim öncesinde raşitizm konusunda hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Hemşire ve ebelerin raşitizm hastalığının bulgularına verdikleri doğru yanıt yüzdesi eğitimden sonra dikkati çekecek ölçüde artmıştır. Toplamda % 61.1 den % 77.2 ye çıkmıştır. Eğitimden sonra hemşireler ve ebeler arasındaki farkda istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 48- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ateşli Çocuğa Ne Yapılmalı Sorusuna Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Önce	32	91.4	139	95.9	171	95.0	$P > 0,05$
Sonra	36	97.3	137	95.8	173	96.1	$P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında ateşli çocuğa ne yapılması gerektiği sorusuna verdikleri doğru yanıtlar tablo 48 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında doğru yanıtlar % 90 in üstündedir. Eğitim öncesi ve sonrasında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki farkda istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0.05$ ).

**Tablo 49- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında ORS İle İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Sorunun Konusu	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
ORS hazırlaması	Önce	34	97.1	139	95.9	173	96.1	$P > 0,05$
	Sonra	37	100.0	135	94.4	172	95.6	$P > 0,05$
ORS sıvısının tüketilmesi	Önce	32	91.4	140	96.6	172	95.6	$P > 0,05$
	Sonra	37	100.0	138	96.5	175	97.2	$P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında ORS ile ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 49 da gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında tüm doğru yanıtlar % 90 ın üstündedir. Eğitim öncesinde hem ORS nin hazırlanması hem de tüketilmesi konularında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasında fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Eğitim sonrasında doğru yanıtlar hemşirelerde artarken ebelerde önemsiz bir azalma görülmektedir. Eğitim sonrasında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark da istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

#### F- Hemşire ve Ebelerin Aile Planlaması Sorularını Bilme Durumları

**Tablo 50- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aile Planlamasıyla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Sorunun Konusu	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Aile Planlamasının Tanımı	Önce	32	91.4	135	93.1	167	93.8	$P > 0,05$
	Sonra	34	91.9	138	96.5	172	95.6	$P > 0,05$
Aile Planlamasının Temel Amacı	Önce	21	60.0	95	65.5	116	64.4	SD:1 $\chi^2$ :0.375 $P > 0,05$
	Sonra	31	83.8	108	75.5	139	77.2	SD:1 $\chi^2$ : 1.14 $P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında aile planlamasıyla ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 50 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim



öncesinde ve sonrasında tüm doğru yanıtlar % 60 ın üstündedir. Aile planlamasının (AP) temel amacı nedir sorusunun doğru yanıt yüzdesi eğitimden sonra dikkati çekecek ölçüde artmaktadır. Toplamda % 64.4 den % 77.2 ye çıkmıştır. Eğitim öncesinde AP nın tanımı ve temel amacı konularında hemşire ve ebelerin arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Hemşire ve ebelerin A.P nin tanımı ve temel amacı sorularına verdikleri doğru yanıt yüzdeleri eğitim sonrasında artmaktadır. Hemşire ve ebeler arasındaki farkda istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 51- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlıkla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Danışmanlık	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Üreme organları anatomi ve fonksiyonları	Önce	9	25.7	32	22.1	41	22.8	SD:1 $\chi^2$ : 0.213 P > 0,05
	Sonra	10	27.0	42	29.4	52	28.9	SD:1 $\chi^2$ : 0.079 P > 0,05
Geriye dönebilen kontraseptif yöntemler	Önce	19	54.3	89	61.4	108	60.0	SD:1 $\chi^2$ : 0.591 P > 0,05
	Sonra	28	75.7	107	74.8	135	75.0	SD:1 $\chi^2$ : 0.011 P > 0,05
Kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyon	Önce	17	48.6	65	44.8	82	45.6	SD:1 $\chi^2$ : 0.159 P > 0,05
	Sonra	19	51.4	81	56.6	100	55.6	SD:1 $\chi^2$ : 0.337 P > 0,05
Aşırı doğurganlık ve ana çocuk sağlığı ilişkisi	Önce	25	71.4	102	70.3	127	70.6	SD:1 $\chi^2$ : 0.016 P > 0,05
	Sonra	30	81.1	120	83.9	150	83.3	SD:1 $\chi^2$ : 0.17 P > 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesinde ve sonrasında aile planlaması hizmetlerinde danışmalıkla ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 51 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin geriye dönebilen kontraseptif yöntemler ile aşırı doğurganlık ve ana çocuk sağlığı ilişkisine verilen doğru yanıt oranı toplamda % 60 ın üstünde olmasına karşın üreme organlarının anatomi ve fonksiyonları ile cerrahi sterilizasyonun anlatılması konusundaki doğru yanıt oranı % 60 ın altındadır. Eğitim öncesinde her dört konuda da hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir (  $P > 0,05$ ).

Eğitim sonrasında doğru yanıtlar artmaktadır. Özellikle geriye dönebilen kontraseptif yöntemler % 60 dan % 75 e, aşırı doğurganlık ve ana çocuk sağlığı ilişkisi ise % 70.6 dan % 83.3 e çıkmış olması dikkat çekicidir. Eğitim sonrasında doğru yanıtlarda hemşire ve ebeler arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir (  $P > 0,05$ ).

**Tablo 52-Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlıkla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)**

Doğru Yanıt Sayısı	Eğitimden önce			Eğitimden Sonra		
	Hemşire n: 35	Ebe n: 145	Toplam n: 180	Hemşire n: 37	Ebe n: 143	Toplam n: 180
	%	%	%	%	%	%
0	5.7	11.7	10.6	0.0	1.4	1.1
1	40.0	33.8	35.0	29.7	27.9	28.3
2	14.3	11.7	12.2	21.6	11.2	13.3
3	34.3	33.1	33.3	32.4	43.4	41.1
4	5.7	9.7	8.9	16.3	16.1	16.1

SD: 2

SD: 3

 $\chi^2: 0,202$  $\chi^2: 3.254$  $P > 0,05$  $P > 0,05$ 

**Not:** Eğitimden önce 0 satırı ile 1 satırı ve 3 satırı ile 4 satırı birleştirilmiştir. Eğitimden sonra ise 0 satırı ile 1 satırı birleştirilmiştir.

Tablo 52 de hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında aile planlaması hizmetlerinde danışmanlıkla ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtların sayısına göre değerlendirilmesinde; hiç doğru yanıt vermeyenlerin oranı (sırayla eğitimden önce ve sonra) % 10.6 dan % 1.1 e düşmektedir. Oysa dört doğru yanıtta ise % 8.9 dan % 16.1 e yükselmektedir.

Eğitim öncesi ve sonrasında hemşireler ve ebeler arasında fark da istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 53- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Aile Planlaması Programlarında Öncelik Verilmesi Gereken Durumlara Verilen Doğru Yanıtlar**

Öncelik Durumları	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Yaşı 35' den büyük olanlar	Önce	21	60	114	78.6	135	75.0	SD: $1 \chi^2$ : 5.214 P < 0,05
	Sonra	25	67.6	123	86.0	148	82.2	SD: $1 \chi^2$ : 6.843 P < 0,05
2 gebelik arası 2 yıldan kısa olanlar	Önce	24	68.6	81	55.9	105	58.3	SD: $1 \chi^2$ : 1.874 P > 0,05
	Sonra	30	81.1	109	76.2	139	77.2	SD: $1 \chi^2$ : 0.394 P > 0,05
Yaşı 20' den küçük olanlar	Önce	15	42.9	76	52.4	91	50.6	SD: $1 \chi^2$ : 1.031 P > 0,05
	Sonra	21	56.8	110	76.9	131	72.8	SD: $1 \chi^2$ : 6.034 P < 0,05
Doğum sayısı 4 ve daha fazla olanlar	Önce	4	11.4	12	8.3	16	8.9	P > 0,05
	Sonra	13	35.1	9	6.3	22	12.2	SD: $1 \chi^2$ : 22.791 P < 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında aile planlaması programlarında öncelik verilmesi gereken durumların doğru yanıtları tablo 53 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları yaşı 35 den büyük olanlar, 2 gebelik arası 2 yıldan kısa olanlar ve yaşı 20 den küçük olanların oranı toplamda % 50 nin üstünde olmasına karşın doğum sayısı 4 ve daha fazla olanlar % 50 nin altındadır. Eğitim öncesinde 2 gebelik arası 2 yıldan kısa olanlar, yaşı 20 den küçük olanlar ve doğum sayısı ve 4 ve daha fazla olanlar konularında hemşire ve

ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0.05$ ), yaşı 35 ten büyük olanlar ebeler lehine önemlidir ( $P < 0.05$ ).

Eğitimden sonra doğru yanıt yüzdeleri toplamda artmaktadır. Özellikle iki gebelik arası iki yıldan kısa olanlar dikkati çekecek ölçüde artmıştır. Toplamda % 58.3 den % 77.2 ye çıkmıştır. Hemşire ve ebeler arasındaki farkda iki gebelik arası 2 yıldan kısa olanlar istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ), yaşı 35 den büyük olanlar, yaşı 20 den küçük olanlar ebeler lehine önemli ( $P < 0,05$ ) ve doğum sayısı 4 ve daha fazla olanlar hemşireler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 54- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ovulasyon Tarihine Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Önce	27	77.1	117	80.7	144	80.0	SD:1 $\chi^2$ :0.222 P > 0,05
Sonra	27	73.0	116	81.1	143	79.4	SD:1 $\chi^2$ :1.194 P > 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında ovulasyon tarihine verdikleri doğru yanıtlar tablo 54 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları % 70 in üstündedir. Eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki farkda istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 55- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Gebeliğin İsteğe Bağlı Sonlandırılmasına Verdikleri Doğru Yanıtlar**

2827 Sayılı Kanuna Göre	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Gebeliğin İsteğe Bağlı Sonlandırılması	Önce	8	22.9	29	20.0	37	20.6	SD:1 $\chi^2$ :0.323 P > 0,05
	Sonra	23	62.2	105	73.4	128	71.1	SD:1 $\chi^2$ :1.816 P > 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılmasına verdikleri doğru yanıtlar tablo 55 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin doğru yanıtları toplamda % 20'nin üstünde olmasına karşın eğitim sonrasında bu oran % 71.1'e yükselmiştir. Eğitim öncesinde ve sonrasında hemşireler ve ebeler arasındaki fark da istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 56- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Etkili Kontraseptif Yöntemlere Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Etkili Kontraseptif Yöntemler	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Hap	Önce	34	97.1	134	92.4	168	93.3	$P > 0,05$
	Sonra	37	100.0	140	97.9	177	98.3	$P > 0,05$
Rahim İçi Araç	Önce	35	100.0	135	93.1	170	94.4	$P > 0,05$
	Sonra	37	100.0	140	97.9	177	98.3	$P > 0,05$
Prezervatif	Önce	34	97.1	125	86.2	159	88.3	$SD:1 \chi^2: 2.854$ $P > 0,05$
	Sonra	36	97.3	133	93.0	169	93.9	$P > 0,05$
Diyafram	Önce	5	14.3	16	11.0	21	11.7	$SD:1 \chi^2: 0.289$ $P > 0,05$
	Sonra	8	21.6	20	14.0	28	15.6	$SD:1 \chi^2: 1.305$ $P > 0,05$
Cerrahi Sterilizasyon	Önce	14	40.0	75	51.7	89	49.4	$SD:1 \chi^2: 1.55$ $P > 0,05$
	Sonra	24	64.9	103	72.0	127	70.6	$SD:1 \chi^2: 0.726$ $P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında etkili kontraseptif yöntemlere verdikleri doğru yanıtlar tablo 56 da gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin hap, rahim içi araç, prezervatif yöntemlerine verdikleri doğru yanıtlar % 85 in üstünde olmasına karşın diyafram ve cerrahi sterilizasyon doğru yanıtları % 85 in altındadır. Eğitim

öncesinde beş yöntemde hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Eğitimden sonra doğru yanıtlar artmaktadır. Özellikle cerrahi sterilizasyon yöntemindeki artış yüzdesi dikkat çekicidir. Toplamda % 49.4 den % 70.6 ya yükselmiştir. Eğitim sonrasında hap, rahim içi araç, prezervatif, diyafram ve cerrahi sterilizasyon doğru yanıtlarında hemşire ve ebeler arasındaki farkda istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 57- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Etkili Kontraseptif Yöntemlere Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)**

Doğru Yanıt Sayısı	Eğitimden önce			Eğitimden Sonra		
	Hemşire n : 35	Ebe n : 145	Toplam n : 180	Hemşire n : 37	Ebe n : 143	Toplam n : 180
	%	%	%	%	%	%
0	0.0	4.8	3.9	0.0	1.4	1.1
1	0.0	2.8	2.2	0.0	0.0	0.0
2	2.9	4.1	3.9	0.0	2.1	1.7
3	48.6	31.7	35.0	37.8	27.3	29.4
4	42.8	49.0	47.8	40.6	58.0	54.4
5	5.7	7.6	7.2	21.6	11.2	13.3

SD: 1  $\chi^2$ : 0.725  $P > 0,05$

SD: 2  $\chi^2$ : 4.509  $P > 0,05$

**Not: Eğitimden önce 0,1,2,3 satırları ve 4 ile 5 satırları birleştirilmiştir.**

**Eğitimden sonra ise 0,1,2,3 satırları birleştirilmiştir.**

Tablo 57 de hemşire ve ebelerin eğitim öncesinde ve sonrasında etkili kontraseptif yöntemlere verdikleri doğru yanıt sayısına göre değerlendirilmesinde; hiç doğru yanıt vermeyenlerin oranı (sırayla eğitimden



önce ve sonra) % 3.9 dan % 1.1 e düşmektedir. Oysa dört doğru yanıtta % 47.8 den % 54.4 e, beş doğru yanıtta da % 7.2 den % 13.3 e yükselmektedir.

Eğitim öncesi ve sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki farkda istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 58- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Etkisi Sınırlı Kontraseptif Yöntemlere Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Etkisi sınırlı kontraseptif yöntemler	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Takvim	Önce	21	60.0	101	69.7	122	67.8	SD: $1 \chi^2$ : 1.203 P > 0,05
	Sonra	29	78.4	120	83.9	149	82.8	SD: $1 \chi^2$ : 0.632 P > 0,05
Geri Çekme	Önce	23	65.7	97	66.9	120	66.7	SD: $1 \chi^2$ : 0.018 P > 0,05
	Sonra	29	78.4	106	74.1	135	75.0	SD: $1 \chi^2$ : 0.284 P > 0,05
Vajinal Yıkama	Önce	13	37.1	52	35.9	65	36.1	SD: $1 \chi^2$ : 0.02 P > 0,05
	Sonra	16	43.2	79	55.2	95	52.8	SD: $1 \chi^2$ : 1.699 P > 0,05
Spermisid	Önce	17	48.6	72	49.7	89	49.4	SD: $1 \chi^2$ : 0.013 P > 0,05
	Sonra	15	40.5	91	63.6	106	58.9	SD: $1 \chi^2$ : 6.476 P < 0,05
Gelenekseller	Önce	3	8.6	21	14.5	24	13.3	P > 0,05
	Sonra	2	5.4	14	9.8	16	8.9	P > 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında etkisi sınırlı kontraseptif yöntemlere verdikleri doğru yanıtlar tablo 58 de gösterilmiştir.

Buna göre eğitim öncesi ve sonrasında hemşire ve ebelerin takvim, geri çekme doğru yanıtları % 65 in üstünde olmasına karşın vaginal yıkama, spermid ve gelenekseller doğru yanıtları % 65 in altındadır. Eğitim öncesinde beş yöntemde de hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Eğitimden sonra ise takvim ve vaginal yıkama doğru yanıtlarındaki artış dikkat çekicidir. Takvim yönteminde toplam % 67.8 den % 82.8 e, vaginal yıkamada da % 36.1 den % 52.8 e çıkmıştır. Eğitim sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki fark takvim, geri çekme, vaginal yıkama, gelenekseller doğru yanıtlarında istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ). spermid doğru yanıtında ebeler lehine önemlidir ( $P < 0,05$ ).

**Tablo 59- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Etkisi Sınırlı Kontraseptif Yöntemlere Verdikleri Doğru Yanıtların Sayısına Göre Dağılımı (% olarak)**

Doğru Yanıt Sayısı	Eğitimden önce			Eğitimden Sonra		
	Hemşire n : 35	Ebe n : 145	Toplam n : 180	Hemşire n : 37	Ebe n : 143	Toplam n : 180
	%	%	%	%	%	%
0	20.0	21.4	21.1	10.8	7.7	8.3
1	14.3	7.6	8.9	18.9	7.7	10.0
2	20.0	15.2	16.1	24.3	14.0	16.1
3	22.9	29.7	28.3	10.8	32.9	28.3
4	17.1	23.4	22.2	32.5	32.9	32.8
5	5.7	2.7	3.3	2.7	4.8	4.4

SD: 4

SD: 2

 $\chi^2$ : 2.441 $\chi^2$ : 4.262 $P > 0,05$  $P > 0,05$ 

**Not: Eğitimden önce 4 ve 5 satırları birleştirilmiştir. Eğitimden sonra ise 0 ve 1 satırları, 2 ve 3 satırları ile 4 ve 5 satırları birleştirilmiştir.**

Tablo 59 da hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında etkisi sınırlı kontraseptif yöntemlere verdikleri doğru yanıtlara göre değerlendirilmesinde; hiç doğru yanıt vermeyenlerin oranı (sırayla eğitimden önce ve sonra) % 21.1 den % 8.3 e düşmektedir. Oysa dört doğru yanıtta % 22.2'den % 32.8'e, beş doğru yanıtta da % 3.3'den % 4.4'e yükselmektedir.

Eğitim öncesi ve sonrasında hemşireler ve ebeler arasındaki fark da istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

### Tablo 60- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Oral Kontraseptiflerle İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar

Sorunun Konusu	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Oral kontraseptifler gebeliği nasıl önlediği	Önce	28	80.0	121	83.4	148	82.8	$SD:1 \chi^2: 0.235$ $P > 0,05$
	Sonra	28	75.7	123	86.0	151	83.9	$SD:1 \chi^2: 2.325$ $P > 0,05$
Oral kontraseptifle korunan kadın bir gün hap almazsa	Önce	33	94.3	138	95.2	171	95.0	$P > 0,05$
	Sonra	36	97.3	141	98.6	177	98.3	$P > 0,05$
Oral kontraseptifle korunan kadın iki gün ardarda hap almazsa	Önce	28	80.0	126	86.9	154	85.6	$SD:1 \chi^2: 1.085$ $P > 0,05$
	Sonra	33	89.2	137	95.8	170	94.4	$P > 0,05$
Oral kontraseptifle korunan kadın yöntemi istediği süre kullanması	Önce	4	11.4	27	18.6	31	17.2	$P > 0,05$
	Sonra	17	45.9	43	30.0	60	33.3	$SD:1 \chi^2: 3.334$ $P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında oral kontraseptiflerle ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtlar tablo 60 da gösterilmiştir. Buna göre

eğitim öncesinde oral kontraseptiflerin gebeliği nasıl önlediği, bir gün hap almazsa, iki gün ardarda hap almazsa soruların doğru yanıtları % 80 in üstünde olmasına karşın, oral kontraseptifle korunan kadın yöntemi istediği süre kullanması doğru yanıtı % 80 in altındadır. Eğitim öncesinde her dört konuda da hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Eğitim sonrasında doğru yanıtlar artmaktadır. Özellikle oral kontraseptifle korunan kadın yöntemi istediği süre kullanması yanıtındaki artış dikkat çekicidir. Toplamda % 17.2 den % 33.3 e yükselmiştir. Eğitim sonrasında hemşire ve ebeler arasındaki fark da istatistiksel olarak önemsizdir. ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 61- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Rahim İçi Araç İle İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Sorunun Konusu	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Rahim İçi Araç Uygulama Zamanı	Önce	33	94.3	127	87.6	160	88.9	$P > 0,05$
	Sonra	34	91.9	135	94.4	169	93.9	$P > 0,05$
Rahim İçi Aracın Çıkarılması	Önce	23	65.7	80	55.2	103	57.2	SD:1 $\chi^2$ : 1.28 $P > 0,05$
	Sonra	28	75.7	100	69.9	128	71.1	SD:1 $\chi^2$ : 0.472 $P > 0,05$
Rahim İçi Aracın Yan Etkisi	Önce	33	94.3	135	93.1	168	93.3	$P > 0,05$
	Sonra	37	100.0	136	95.1	173	96.1	$P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında rahim içi araçla ilgili soruların doğru yanıtları tablo 61 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları toplamda % 55 in üstündedir. Eğitim öncesinde rahim içi araç uygulama zamanı, çıkarılması ve yan etkisi konularında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Eğitim sonrasında rahim içi aracın çıkarılması doğru yanıtı dikkati çekecek ölçüde artmıştır. Toplamda % 57.2 den % 71.1 e çıkmıştır. RİA ile ilgili tüm sorularda hemşire ve ebeler arasındaki fark da istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 62- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Rahim İçi Araç İle Anne Sütü Arasındaki İlişkinin Varolup Olmama Durumuna Verdikleri Doğru Yanıtlar**

Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ ) Hemşire/Ebe
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Önce	32	91.4	128	88.3	160	88.9	$P > 0,05$
Sonra	35	94.6	138	96.5	173	96.1	$P > 0,05$

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında RİA ile anne sütü arasındaki ilişkinin varolup olmama durumunun doğru yanıtları tablo 62 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları % 85'in üstündedir. Eğitim öncesinde ve sonrasında hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark da istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

**Tablo 63- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Cerrahi Sterilizasyonla İlgili Soruların Doğru Yanıtları**

Cerrahi Sterilizasyon	Eğitim	Hemşire*		Ebe*		Toplam		Test ( $\chi^2$ )
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hemşire/Ebe
Tüp ligasyonu	Önce	27	77.1	111	76.6	138	76.7	SD:1 $\chi^2$ : 0.006 P > 0,05
	Sonra	30	81.1	125	87.4	155	86.1	SD:1 $\chi^2$ : 0.985 P > 0,05
Vazektomi	Önce	27	77.1	99	68.3	126	70.0	SD:1 $\chi^2$ : 1.056 P > 0,05
	Sonra	29	78.4	120	83.9	149	82.8	SD:1 $\chi^2$ : 0.632 P > 0,05

\* Anket eğitimden önce 35 hemşire 145 ebeye, eğitimden sonra ise 37 hemşire 143 ebeye uygulanmıştır.

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrasında cerrahi sterilizasyonla ilgili soruların doğru yanıtları tablo 63 de gösterilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde ve sonrasında tüp ligasyonu ve vazektomi doğru yanıtları % 65 in üstündedir. Eğitim öncesinde her iki konuda da hemşire ve ebelerin doğru yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

Eğitim sonrasında doğru yanıtlar artmaktadır. Toplamda tüp ligasyonu %76.7 den % 86.1 e, vazektomide % 70.0 den % 82.8 e çıkmıştır. Hemşire ve ebeler arasındaki fark da istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ).

## V. TARTIŞMA

**Çalışma Grubu:** Elazığ ili merkez ve merkez ilçeye bağlı birinci basamak sağlık örgütünde çalışan 224 hemşire ve ebeden 180 i bu çalışmayı oluşturmuştur. Çalışmayı oluşturan kişilerin % 19.4 ü hemşire % 80.6 sı ebedir (Tablo 1). Hemşire ve ebelerin % 80.6 sı merkez sağlık ocakları ve AÇSAP Merkezinde, % 19.4 ü de köy sağlık ocaklarında görev yapmaktadır. (Tablo 3). Hemşirelerin yaş ortalaması  $28.6 \pm 2.65$  iken ebelerin yaş ortalaması  $29.5 \pm 1.24$  dir (Tablo 4).

Çalışmayı oluşturan hemşirelerin tüm hizmet süresi ortalaması  $8.85 \pm 2.31$  iken ebelerin ise  $9.94 \pm 1.22$  dir.

Hemşire ve ebelerin % 75 i evli % 23.3 ü bekar ve % 1.7 si duldur (Tablo 7).

Araştırma grubuna alınan hemşire ve ebelerden % 45 i daha önce AÇSAP konularında kurs ya da seminer aldıklarını % 55 i de kurs ya da seminer almadıklarını belirtmiştir (Tablo 6). Hemşirelerin % 14.3 ü ebelerin ise % 52.4 ü kurs ya da seminer eğitimi almıştır. En az kurs ya da seminer gören grup hemşirelerdir. Meslek grupları ile kurs ya da seminer görme durumu arasındaki fark anlamlıdır ( $SD:1 \chi^2: 16.56, P < 0,05$ ). Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri' de yaptığı çalışmada da araştırma grubuna giren kişilerin % 48.8 i daha önce hizmetiçi eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir (57). Bu oran hemşirelerde % 25.8, ebe hemşirelerde % 48.0 ve ebelerde de % 63 olarak bulunmuştur. Meslek grupları ile hizmetiçi eğitimi görme durumu arasındaki fark anlamlıdır. Bu durum çalışmamızla uyumludur. Bu da hizmetiçi eğitimlerin hemşirelere daha az yapılmakla beraber sürekli yapılmadığını göstermektedir.

**Bilgi Puan Durumları:** Eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin çocuk sağlığı konusundaki bilgi puan ortalaması 44 puan üzerinden  $35.02 \pm 5.24$ , ana sağlığı konusundaki bilgi puan ortalaması 26 puan üzerinden  $18.02 \pm 3.72$ , aile



planlaması konusundaki bilgi puan ortalaması ise 30 puan üzerinden  $19.48 \pm 4.59$  puan olarak bulunmuştur. Eğitim sonrasında ise hemşire ve ebelerin çocuk sağlığı bilgi puan ortalaması  $39.30 \pm 4.04$ , ana sağlığı bilgi puan ortalaması ise  $20.59 \pm 3.96$ , aile planlaması bilgi puan ortalaması ise  $22.86 \pm 4.17$  ye yükselmiştir. Eğitim öncesi ve sonrasındaki bilgi düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $P < 0,05$ ). (Tablo 14). Bu da etkin ve sürekli bir hizmetiçi eğitim ile hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin artabileceğini göstermektedir.

Eğitim öncesinde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması bilgi puanı ortalaması; hemşirelerde  $70.43 \pm 13.63$  ebelerde  $73.08 \pm 10.18$  iken eğitimden sonra hemşirelerde  $78.71 \pm 10.76$ , ebelerde ise  $83.70 \pm 9.91$  olarak bulunmuştur (Tablo 15 ve 16). Eğitimden önce hemşire ve ebeler arasındaki istatistiksel fark önemsiz iken ( $P > 0,05$ ) eğitimden sonra bu fark önemlidir ( $P < 0,05$ ). Bostancı' nın Bilecik' de bağışıklama ve soğuk zincir konusunda yaptığı çalışmada ise eğitimden önce hemşireler 46.12, ebeler 45.95 puan alırken eğitimden sonra hemşireler 49.6 ebeler 56.84 puan almışlardır (20). Bostancı' nın Kütahya' da<sup>19</sup> bağışıklama ve soğuk zincir konusunda yaptığı çalışmada ise hemşireler 52.25 puan, ebelerde 55.73 puan almışlardır (19). Ebelerin hemşirelerden yüksek puan almalarının nedeni sağlık ocaklarında bu çalışmalardan daha çok ebelerin sorumlu tutulmalarından kaynaklanmış olabilir.

Eğitim öncesinde hemşire ve ebelerin hizmet sürelerine göre bilgi puanlarının ortalaması incelendiğinde 0-5 yıl çalışanların ana çocuk sağlığı aile planlaması bilgi puanı ortalaması  $75.05 \pm 9.62$  iken, 21 yıl ve üstünde çalışanların bilgi puanı ortalaması ise  $71.04 \pm 11.36$  olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark önemsizdir ( $P > 0,05$ ). (Tablo 17). Hizmet süreleri 0-5 yıl ile 6 ve üstündeki yıllar birleştirildiğinde; hizmet süresi 0-5 yıl olan hemşire ve ebelerin bilgi puanı ortalaması  $75.05 \pm 9.62$  iken 6 yıl ve daha fazla



çalışanların bilgi puan ortalaması  $70.96 \pm 11.52$  olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark anlamlıdır ( $t : -2.46, P < 0.05$ ). Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı Kayseri araştırmasında ise hizmet süresi 0-5 yıl olan hemşire ve ebelerin bilgi puan ortalaması  $71.7 \pm 2.19$  iken 6 yıl ve daha fazla çalışanların bilgi puan ortalaması  $64.6 \pm 2.23$  olarak bulunmuştur (57). Aralarındaki fark anlamlıdır ( $P < 0.05$ ). Özatalay'ın Etimesgut bölgesinde ebelerle ilgili yaptığı bir çalışmada ise hizmet süresi 25-48 ay olan ebelerin genel bilgi puan ortalaması ebe başına % 29.8 iken hizmet süresi 73 ay ve daha fazla olanların ise 23.5 olarak bulunmuştur (54). Özkan'ın İstanbul ilinde ebe ve hemşirelerin aşular konusunda bilgilerini ölçmek için yaptığı bir çalışmada da hizmet süresi 1-5 yıl olan hemşire ve ebelerin bilgi puanı ortalaması  $59.45 \pm 10.82$  iken 6-10 yıl çalışanların ise bilgi puan ortalaması  $59.00 \pm 12.76$ , 10 yıl ve üstünde çalışanların ise  $59.96 \pm 10.95$  olarak bulunmuştur (55). Yani hemşire ve ebelerin hizmette eskidikçe bilgilerinin artması gerekirken bunun tersine olarak hizmeti uzun olan hemşire ve ebelerin bilgileri daha az görünmektedir. Sonuçta hemşire ve ebeler hizmette eskidikçe okulda öğrenmiş oldukları bilgilerinden birşeyler kaybetmektedirler. Bu durum da hemşire ve ebelerin genelde okuma alışkanlıklarının olmaması mesleki gelişimin arayışı içine hiç girmemeleri çalıştıkları ünitelerde bir kitaplığın bulunmayışı ve sürekli olarak hizmet içi eğitim ve denetime tabi tutulmamalarına bağlanabilir.

Önceki yıllarda kurs ya da seminer gören hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı aile planlaması konusunda bilgi puan ortalaması  $74.03 \pm 9.65$ , iken kurs yada seminer görmeyenlerin ise  $71.37 \pm 11.81$  olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0,05$ ). (Tablo 18). Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı Kayseri araştırmasında ise hizmet içi eğitim gören hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı konusunda bilgi puan ortalaması  $67.4 \pm 1.07$  iken, hizmet içi eğitim görmeyenlerin ise  $67.1 \pm 0.87$  olarak bildirilmiştir (57). Aksayan ve arkadaşlarının Koceli ilinde yaptığı bir çalışmada da hizmet

içi eğitim gören ebelerin ana çocuk sağlığı bilgi düzeyi 30 puan üzerinden ortalaması  $20.44 \pm 4.06$  iken, hizmet içi eğitim görmeyenlerin ise  $21.74 \pm 3.22$  olarak saptanmıştır (10). Mutlu' nun Ankara' da yaptığı çalışmada da hizmet içi eğitim gören ebelerin % 72.3 ünün bu eğitimleri almamış olan ebelerin ise % 65.9 unun doğum öncesi bakım konusundaki bilgi düzeyi yeterli olup, bilgi düzeyi eğitim alıp almama durumuna göre incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (51). Oysa ki hizmet içi eğitimin personel üzerinde tartışılmayacak kadar çok yararı vardır. Eğitimler sonuçlarını uzun vadede gösteren bu nedenle sıklıkla ve sabırla tekrarlanması gereken uygulamalardır. Arada fark olmaması sağlık personeline yapılan hizmet içi eğitimlerin etkin, sürekli ve disiplinli biçimde uygulanmamasına bağlanabilir.

Eğitim öncesinde merkezde çalışan hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konusunda bilgi puan ortalaması  $72.04 \pm 10.88$  iken, köylerde çalışanlarda ise  $74.74 \pm 11.11$  olarak saptanmıştır. Aralarındaki fark önemsizdir ( $P > 0,05$ ) (Tablo 19). Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri'de yaptığı çalışmada da merkezde çalışanların ana çocuk sağlığı konusunda bilgi puan ortalaması  $64.2 \pm 1.27$  iken köylerde çalışanlarda  $69.9 \pm 2.52$  olarak bulunmuştur (57). Oysa ki şehir merkezinde çalışanların köylerde çalışanlara göre daha bilgili olmaları beklenir. Ancak hizmet süresi uzun olanların daha fazla oranda merkez sağlık ocaklarında çalışıyor olmaları bilgi puanlarının düşük olmasının bir nedeni olabilir.

Evli olan hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı aile planlaması konusunda bilgi puan ortalaması  $72.12 \pm 11.37$  iken bekar olanların ise  $73.86 \pm 9.81$  olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli değildir ( $P > 0,05$ ). (Tablo 20). Mutlu' nun Ankara' da yaptığı çalışmada da evli ebelerin % 81.8 i, evli olmayan ebelerin %81.5 i gebelik hijyeni, beslenme, aile planlaması, aşılama ve kayıtlar konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu

bulunmuştur (51). Aralarındaki ilişki önemsizdir ( $P > 0,05$ ). Her iki çalışmada da hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı aile planlaması bilgi düzeylerinin medeni duruma bağlı olmadığı düşünülebilir.

Hemşire ve ebelerin eşlerinin meslekleri sağlıkla ilgili olanların ana çocuk sağlığı, aile planlaması konusunda aldıkları bilgi puan ortalaması  $70.66 \pm 9.97$  iken eşlerinin meslekleri sağlıkla ilgili olmayanların ortalaması  $73.09 \pm 11.62$  olarak bulunmuştur (Tablo 21). Mutlu'nun Ankara'da yaptığı çalışmada ise eşi sağlık personeli olan ebelerin % 60.1 i, eşi diğer mesleklerden olan ebelerin ise % 66.7 sinin doğum öncesi bakım konusundaki bilgi düzeyi yeterlidir (51). Her iki çalışmada da eşleri sağlık personeli olan ve olmayanların bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P > 0.05$ ). Evli olan hemşire ve ebelerin eşlerinin mesleklerinin sorgulanmasında amaç sağlık personeli olan eşlerin aynı meslekte çalışıyor olmanın etkisiyle karşılıklı bilgi alışverişinde bulunabilecekleri ve bunun bilgi düzeyini olumlu etkileyeceği idi.

Hemşire ve ebelerin bilgisinin yeterli olduğuna inananların ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konusunda aldıkları bilgi puan ortalaması  $75.14 \pm 10.12$  iken yetersiz olduğuna inananların ise ortalaması  $67.67 \pm 12.73$  olarak bulunmuştur (Tablo 22). Hemşire ve ebelerin bilgisini yeterli görme durumuna göre ana çocuk sağlığı ve aile planlaması bilgi puanları arasındaki fark önemlidir ( $P < 0,05$ ). Buda hizmet sunan personelin kendi bilgisinin ne düzeyde olduğunu ve ne tür bilgilere ihtiyacı olduğunu değerlendirdiğini açık bir şekilde göstermektedir. Bu da hizmetten yararlanan kişiler açısından olumlu bir durumdur.

**Ana Sağlığı Sorularını Bilme Durumları:** Bir gebede çocuk kalp sesi sayısı ne olmalı sorusuna doğru yanıt verenlerin oranı eğitimden önce hemşirelerde % 80; ebelerde % 89.7 iken eğitimden sonra ise hemşirelerde % 81.1 ebelerde de % 95.8 olarak bulunmuştur (Tablo 23). Eğitimden önce

meslek grupları arasındaki fark anlamsız iken ( $p > 0,05$ ), eğitimden sonra anlamlıdır ( $P < 0,05$ ). Ebelerin hemşirelerden yüksek oranda bilmelerinin nedeni bu çalışmalardan daha çok ebelerin sorumlu tutulmaları ve hemşirelerin konuya ilgisizliği şeklinde düşünülebilir. Altındağ ve arkadaşlarının Ankara Etimesgut bölgesinde yaptığı araştırmada ise hemşire ve ebelerin çocuk kalp sesi yanıtı doğru bilme oranı % 53 olarak bulunmuştur (12). Bilgiler arasındaki fark; sorunun soruluş biçiminden kaynaklanıyor olabilir.

Tahmini doğum tarihine doğru yanıt verenlerin oranı eğitimden önce hemşirelerde % 85.7, ebelerde % 89.7 iken eğitimden sonra ise hemşirelerde % 94.6 ebelerde de % 94.4 olarak bulunmuştur (Tablo 24). Eğitimden önce ve sonra hemşire ve ebeler arasındaki fark önemsizdir ( $P > 0.05$ ). Altındağ ve arkadaşlarının Ankara Etimesgut bölgesinde yaptığı çalışmada bu oran hemşire ve ebelerde % 72.3 olarak saptanmıştır (12). Her ne kadar bu oranlar yeterli olarak değerlendirilebilirse de bu konudaki bilgi açığının kapatılması gerekmektedir.

Gebelere uygulanan tetanoz aşısının nasıl uygulandığına doğru yanıt verenlerin oranı eğitimden önce hemşirelerde % 94.3, ebelerde % 96.6 iken eğitimden sonra sırayla % 91.9 ve % 97.2 olarak bulunmuştur (Tablo 25). Bostancı' nın Bilecik' de<sup>20</sup> yaptığı çalışmada ise eğitimden önce hemşirelerde % 48.9, ebelerde % 40.7 iken eğitimden sonra sırayla % 81.6 ve % 84.9; Eskiocak' ın Samsun' da yaptığı çalışmada ise hemşire ve ebe-hemşirelerde % 100, ebelerde ise % 96 dır (35). Bu konuda hemşire ve ebelerin bilgi açıklarının kapatılması gerekmektedir.

Lohusalık döneminin kaç hafta olduğuna doğru yanıt verenlerin oranı eğitimden önce hemşire ve ebelerde % 57.2 iken eğitimden sonra % 74.4 dür (Tablo 28). Lohusanın izlenim sayısına doğru yanıt verenlerin oranında eğitimden önce % 63.9 iken eğitimden sonra % 81.1 olarak bulunmuştur (Tablo 28) Her iki yanıtta da eğitimden önce ve sonra meslek grupları

arasındaki fark önemsizdir ( $P > 0,05$ ). Bu da hemşire ve ebelerin bu konulardaki bilgi açıklarının önemli olduğunu düşündürmektedir.

Hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı hizmetlerini değerlendirmeye yarayan en önemli üç hıza verilen doğru yanıt oranı eğitimden öncesine göre eğitim sonrasında (ana ölüm hızında % 75.6 dan % 91.7 ye, bebek ölüm hızında % 72.2 den % 86.1 e, perinatal bebek ölüm hızında % 7.2 den % 72.2 ye) artmaktadır (Tablo 29). Kaba doğum hızında ise eğitim sonrasında düşüşler görülmektedir. Ana ölüm hızı, bebek ölüm hızı ve perinatal bebek ölüm hızlarının üçüne de doğru yanıt verenlerin oranı eğitimden önce % 50.5 iken eğitimden sonra % 76.1 e yükselmiştir (Tablo 30). Bu da hemşire ve ebelere etkin ve sürekli hizmetiçi eğitimlerinin yapılmasının bilgi düzeylerini arttıracığı düşünülebilir.

**Çocuk Sağlığı Sorularını Bilme Durumları:** Normal yenidoğan bebeğin ağırlığı ölçütüne verilen doğru yanıt, eğitimden önce hemşire ve ebelerde % 97.8 iken eğitimden sonra da bu oran değişmemiştir (Tablo 32). Kubilay' in Ankara' da 1977 yılında yaptığı bir çalışmada ise hemşire ve ebelerde Etimesgut sosyalizasyon bölgesinde % 89, Abidinpaşa ve Çubuk sosyalizasyon bölgesinde % 84 ana çocuk sağlığı merkezlerinde % 81, Ankara projesi köylerinde % 94 ve diğer köylerde % 84 oranında doğru yanıt vermişlerdir (48). Normal yenidoğan bebeğin boyu ölçütüne verilen doğru yanıt eğitimden önce hemşire ve ebelerde % 94.4 iken eğitimden sonra % 96.7 ye yükselmiştir (Tablo 32). Kubilay' in 1977 yılında Ankara' da yaptığı bir çalışmada ise hemşire ve ebelerde Etimesgut sosyalizasyon bölgesinde % 64 Abidinpaşa ve Çubuk sosyalizasyon bölgesinde % 47, ana çocuk sağlığı merkezlerinde % 69, Ankara projesi köylerinde % 54. diğer köylerde % 44 oranında doğru yanıt vermişlerdir (48). Bizim yaptığımız çalışmanın Kubilay' in 1977 yılında yaptığı çalışmaya göre bilme oranlarının yüksek olması 1985



yılından sonra bakanlık genelgesi doğrultusunda hizmet içi eğitim programlarının artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Normal yenidoğan bebeğin başçevresi ölçütüne verilen doğru yanıt eğitimden önce hemşire ve ebelerde % 74.4 iken eğitimden sonra bu oran % 90.6 olarak bulunmuştur (Tablo 32). Altındağ ve arkadaşlarının Ankara Etimesgut bölgesinde yaptığı çalışmada ise hemşire ve ebeler % 95.5 oranında doğru yanıtlamışlardır (12).

Yeni doğanda APGAR değerlendirilmesinde nelere bakılır açık uçlu sorusuna beş ögeyi de doğru yanıtlama eğitimden önce hemşire ve ebelerde % 24.4 iken eğitimden sonra % 61.1 olmuştur (Tablo 34). Altındağ ve arkadaşlarının Ankara ili Etimesgut bölgesinde yaptığı çalışmada ise bu oran hemşire ve ebelerde % 92.4 olarak bildirilmiştir (12). Bilgiler arasındaki farkın; sorunun soruluş biçimi, değerlendirme ölçütleri ve bu konudaki eğitimden kaynaklanmış olabilir.

Ön fontanel kapanma zamanına doğru yanıt verilmesi oranı eğitimden önce hemşire ve ebelerde % 95.0 iken eğitimden sonra % 94.4 olmuştur (Tablo 38). Eğitimden sonra olan bu düşüş yanıtlama sırasındaki yanlış işaretlemelerden ya da ilk teste tesadüfen doğru işaretlemelerden kaynaklanmış olabilir. Altındağ ve arkadaşlarının Etimesgut bölgesindeki çalışmalarında da hemşire ve ebelerde bu oran % 90.9 olarak bildirilmiştir (12).

Çocuk sağlığı açısından önem taşıyan ve rutin aşı takviminde yer alan kızamık aşısı çocuk kaç aylıkken uygulanmaya başlanır? Sorusuna doğru yanıt verenlerin oranı eğitimden önce hemşirelerde % 88.6 ebelerde % 88.3 iken eğitimden sonra hemşirelerde % 83.8, ebelerde % 94.4 olarak bulunmuştur (Tablo 40). Eğitimden önce hemşire ve ebeler arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz iken ( $P > 0,05$ ) eğitimden sonra önemlidir ( $P < 0,05$ ). Bostancı'nın Bilecik'de<sup>20</sup> yaptığı çalışmada kızamık aşısı yapılması eğitimden önce hemşirelerde %96.0 ebelerde %97.6 iken eğitimden sonra hemşirelerde %

95.9 ebelerde % 100.0; Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 86.4 ebelerde ise % 93.4 olarak bulunmuştur (19).

Eğitimden sonra hemşirelerdeki bu düşüş yanıtlama sırasındaki yanlış işaretlemeden yada ilk teste tesadüfen doğru işaretlemeden kaynaklanmış olabilir.

12 aylık çocuğun aşı takvimine verdikleri doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 80.0 ebelerde % 77.9 iken eğitimden sonra sırayla % 86.5 ve % 86.7 olarak bulunmuştur (Tablo 40). Bostancı'nın Bilecik' de<sup>20</sup> yaptığı çalışmada ise 12 aylık çocuğun aşı takvimi doğru yanıtları eğitimden önce hemşirelerde % 71.4 ebelerde % 60.5 iken eğitimden sonra sırayla % 75.5 ve % 76.7; Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 77.3, ebelerde % 70.9 olarak bildirilmiştir (19). Bu konudaki bilgi açığının kapatılması gerekmektedir.

BCG aşısının uygulama tekniğine doğru yanıt verilmesi oranı eğitimden önce hemşirelerde % 82.9 ebelerde % 75.2 iken eğitimden sonra hemşirelerde % 94.6, ebelerde % 84.6 olarak bulunmuştur (Tablo 41). Eğitimden önce ve sonra hemşire ve ebeler arasındaki fark önemsizdir ( $P > 0,05$ ). Bostancı' nın Kütahya' da<sup>19</sup> yaptığı çalışmada BCG aşısının uygulama tekniğini bilme durumu hemşirelerde % 54.5 ebelerde % 55.0; Eskiocak' ın Samsun' da yaptığı çalışmada da hemşirelerde % 72, ebelerde % 76, ebe hemşirelerde % 69 olarak bulunmuştur (35). Bilgi açığının BCG kursu görmüş daha çok hemşireler tarafından yapılması ve BCG uygulamasının bölgemiz merkez sağlık ocaklarında yapılmamasından kaynaklanıyor olabilir.

DBT aşısının uygulama tekniğine doğru yanıt verilmesi oranı eğitimden önce hemşirelerde % 71.4 ebelerde % 65.5 iken eğitimden sonra hemşirelerde % 78.4 ebelerde % 82.5 olarak bulunmuştur (Tablo 41). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada DBT aşısının uygulama tekniğini bilme durumu hemşirelerde % 47.7 ebelerde % 53.0; Eskiocak' ın Samsun' da yaptığı

çalışmada ise bu oranlar hemşirelerde % 93, ebelerde % 90, ebehemşirelerde ise % 89 olarak bildirilmiştir (35).

Polio aşısının uygulama tekniğine doğru yanıt verilmesi oranı eğitimden önce hemşirelerde % 91.4, ebelerde % 93.8 iken eğitimden sonra hemşirelerde % 94.6 ebelerde % 97.2 olarak bulunmuştur (Tablo 41). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada ise sırayla % 88.6 ile % 96.7; Eskiocak' ın Samsun' da yaptığı çalışmada ise bu düzeyler hemşirelerde % 100, ebelerde % 99 ve ebe-hemşirelerde % 96 olarak bildirilmiştir (35). Bu düzeyler konunun yeterince bilindiğini göstermektedir.

Kızamık aşısının uygulama tekniğine doğru yanıt verilmesi oranı eğitimden önce hemşirelerde % 31.4 ebelerde ise % 43.4 iken eğitimden sonra sırayla % 62.2 ve % 71.3 olarak bulunmuştur (Tablo 41) Bostancı'nın Kütahya'da<sup>19</sup> yaptığı çalışmada ise bu düzeyler hemşirelerde % 38.6 ebelerde % 25.8 Eskiocak' ın çalışmasında ise kızamık aşısını uygulama tekniğini bilme durumu hemşire ve ebelerde % 91, ebe-hemşirelerde % 89 olarak bildirilmiştir. (35) Çalışmalar arasındaki farkın sorunun soruluş biçimi, değerlendirme ölçütleri veya bu konudaki eğitimden kaynaklanmış olabilir.

Tetanoz aşısının uygulama tekniğine doğru yanıt verilmesi oranı eğitimden önce hemşirelerde %91.4 ebelerde % 84.8 iken eğitimden sonra sırayla % 81.1 ve % 92.3 olarak bulunmuştur (Tablo 41). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışma da ise hemşirelerde % 70.5, ebelerde % 74.8 olarak bildirilmiştir (19). Eğitimden sonra hemşirelerdeki bu düşüş yanıtlama sırasındaki yanlış işaretlemelerden yada ilk testte tesadüfen doğru işaretlemelerden kaynaklanmış olabilir.

"İmmüyetmezlik hastalığında çocuğa aşı yapılmaz" sorusunun doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 80.0 ebelerde % 78.6 iken eğitimden sonra sırayla % 81.1 ve % 82.5 olarak bulunmuştur (Tablo 43).



Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 68.2 ebelerde % 71.5 olarak bildirilmiştir (19).

"İlkokul I. sınıfta boğmaca aşısı yapılmaz" sorusunun doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 65.7 ebelerde % 54.5 iken eğitimden sonra sırayla % 45.9 ve % 56.6 olarak bulunmuştur (Tablo 43). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmalarda ise hemşirelerde % 40.9 ebelerde % 41.1 olarak bildirilmiştir (19). Eğitimden sonra hemşirelerdeki bu düşüş yanıtlama sırasındaki yanlış işaretlemeden ya da ilk testte tesadüfen doğru işaretlemeden kaynaklanmış olabilir.

"İlkokul 5. sınıfta difteri-boğmaca aşısı yapılmaz" sorusunun doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 68.6 ebelerde ise % 54.5 iken eğitimden sonra sırayla % 45.9 ebelerde % 57.3 olarak bulunmuştur (Tablo 43). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde ve ebelerde % 47.7 olarak bildirilmiştir (19). Eğitimden sonra hemşirelerdeki bu düşüş yanıtlama sırasındaki yanlış işaretlemeden ya da ilk testte tesadüfen doğru işaretlemeden kaynaklanmış olabilir.

"Gebeliğin ilk 3 ayında tetanoz aşısı yapılmaz" sorusunun doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 68.6 ebelerde % 75.9 iken eğitimden sonra sırayla % 86.5 ve % 81.8 olarak bulunmuştur (Tablo 43). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 65.9 ebelerde % 70.2 olarak bildirilmiştir (19).

Buzdolabına aşı ve diğer soğuk zincir malzemelerini doğru yerleştirme durumunda buz aküsüne verdikleri doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 74.3 ebelerde % 73.1 iken eğitimden sonra hemşirelerde % 91.9 ebelerde % 93.7 olarak bulunmuştur (Tablo 45). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 52.3 ebelerde % 45.7 olarak bildirilmiştir (19). Buzdolabında termometre bulunmasına verdikleri doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 5.7 ebelerde % 6.9 iken eğitimden

sonra sırayla % 16.2 ve 38.5 olarak bulunmuştur (Tablo 45). Bostancı'nın Kütahya'da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 13.6 ebelerde % 7.3 olarak bildirilmiştir (19). Üst rafta kızamık aşısı bulunmasına verdikleri doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 8.6 ebelerde % 3.4 iken eğitimden sonra sırayla % 8.1 ebelerde % 5.6 olarak bulunmuştur (Tablo 45). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 68.2 ebelerde % 66.2 olarak bildirilmiştir (19). Üst rafda polio aşısı bulunmasına verdikleri doğru yanıt oranı eğitim den önce hemşirelerde % 5.7 ebelerde % 10.3 iken eğitimden sonra sırayla % 2.7 ve % 7.7 olarak bulunmuştur (Tablo 45). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 72.7 ebelerde % 62.9 olarak bildirilmiştir (19). Çalışmamızdaki hem kızamık hemde polio aşısındaki düşük doğru yanıt oranı aşuların yanlış rafa yerleştirilmesinden kaynaklanmış olabileceği gibi bu konudaki bilgi açıklarının büyük olduğunu da göstermektedir.

Buzdolabında orta rafda BCG aşısının bulunmasına verdikleri doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 20.0 ebelerde % 21.4 iken eğitimden sonra sırayla % 64.9 ve % 74.8 olarak bulunmuştur (Tablo 45). Bostancı'nın Kütahya'da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 38.6 ebelerde % 27.2 olarak bildirilmiştir (19).

Buzdolabında alt rafta BDT, DT, T aşularının bulunmasına verdikleri doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 31.4 ebelerde % 48.3 iken eğitimden sonra sırayla % 73.0 ve % 73.4 olarak bulunmuştur (Tablo 45). Bostancı'nın Kütahya'da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 31.2 ebelerde % 32.4 olarak bulunmuştur (19). Buzdolabında alt rafda dilusyon sıvıları bulunmasına verdikleri doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 2.9 ebelerde %1.4 iken eğitimden sonra sırayla % 5.4 ve % 2.8 olarak bulunmuştur (Tablo 45). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 22.7 ebelerde % 18.5 olarak bildirilmiştir (19).

Çalışmamızda dilusyon sıvılarına verilen doğru yanıt yüzdesinin düşük oluşunun nedeni sorunun soruluş biçimi bu yanıtı akla getirmemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Buzdolabında sebzelikde su şişeleri bulunmasına verdikleri doğru yanıt oranı eğitimden önce hemşirelerde % 25.7 ebelerde % 22.8 iken eğitimden sonra sırayla % 75.7 ve % 76.9 olarak bulunmuştur (Tablo 45). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 40.9 ebelerde % 39.7 olarak bildirilmiştir. Buzdolabında kapak içine boş olarak yanıtlayanların oranı eğitimden önce hemşirelerde % 31.4 ebelerde % 42.8 iken eğitimden sonra sırayla % 75.7 ve % 83.9 olarak bulunmuştur (Tablo 45). Bostancı' nın Kütahya' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 20.5 ebelerde % 16.6 olarak bildirilmiştir (19). Her iki çalışmadaki veriler buzdolabına aşı ve soğuk zincir malzemelerini yerleştirmeleri konusunda sağlık personelinin bu konuda çok büyük bilgi açığının olduğunu ve hizmete olan ilgilerinin yeterli düzeyde olmadığını gösterir niteliktedir. Eğer yalnızca bilgi açığından olsaydı son testte puanlarının % 100' e yakın olması gerekirdi.

Sağlık ocağı buzdolabında ısı derecesine doğru yanıt verenlerin oranı eğitimden önce hemşirelerde % 54.3 ebelerde % 66.3 iken eğitimden sonra sırayla % 94.6 ve % 90.2 olarak bildirilmiştir (Tablo 46). Bostancı' nın Bilecik' de<sup>20</sup> yaptığı çalışmada hemşirelerde % 40.8 ebelerde % 37.2 iken Kütahya' da<sup>19</sup> yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 47.7 ebelerde % 62.3; Eskiocak' ın Samsun' da yaptığı çalışmada ise hemşirelerde % 67, ebelerde % 74 ve ebehemşirelerde % 76 olarak bulunmuştur (35).

**Aile Planlaması Sorularını Bilme Durumları:** Aile planlamasının temel amacı nedir sorusuna doğru yanıt verenlerin oranı eğitimden önce hemşire ve ebelerde % 64.4 iken eğitimden sonra % 77.2 ye yükselmiştir (Tablo 50). Hemşire ve ebeler arasındaki fark eğitimden önce ve sonra önemsizdir ( $P > 0,05$ ). Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri ilinde yaptığı

araştırmada da hemşire ve ebelerde bu oran % 49.4 olarak bildirilmiştir (57). Bilgiler arasındaki fark sorunun soruluş biçiminden kaynaklanıyor olabilir.

Hemşire ve ebelerin eğitimden önce aile planlaması hizmetlerinde danışmanlık yaparken üreme organlarının anatomi ve fonksiyonları anlatılmalıdır yanıtını verenlerin oranı % 22.8, geriye dönebilen tüm kontraseptif yöntemler anlatılmalıdır yanıtını verenlerin oranı % 60, kadın ve erkeklerde cerrahi sterilizasyon anlatılmalıdır yanıtını verenlerin oranı % 45.6, aşırı doğurganlık ve anaçocuk sağlığı ilişkisi anlatılmalıdır yanıtını verenlerin oranı ise % 70.6 dır. Eğitimden sonra doğru yanıtlar artmıştır. Sırasıyla bu oranlar % 28.9, % 75, % 55.6, % 83.3 dür (Tablo 51). Eğitimden önce ve sonra meslek grupları arasındaki farkda önemsizdir ( $P > 0,05$ ). Bu yanıtlardan hemşire ve ebelerin danışmanlık yaparken yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığı düşünülebilir.

Gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılmasına en geç kaçınıcı haftaya kadar izin verilmiştir sorusuna doğru yanıt verenlerin oranı hemşire ve ebelerde eğitimden önce: % 20.6 iken eğitimden sonra bu oran % 71.1 e yükselmiştir (Tablo 55). Bu ve birçok soruda da görüldüğü gibi eğitim sonrası puanlar artmaktadır. Hemşire ve ebelere etkin ve sürekli hizmet içi eğitimlerin yapılmasının bilgi düzeylerini arttıracığı düşünülebilir.

Hemşire ve ebelerin eğitimden önce etkili kontraseptif yöntemlerden hap % 93.3, RİA % 94.4, prezervatif % 88.3, cerrahi sterilizasyon % 49.4 ve diyafram yöntemine % 11.7 oranında doğru yanıt vermişlerdir. Eğitimden sonra bu yanıtlar artmıştır. Sırayla bu oranlar % 98.3, % 98.3, % 93.9, % 70.6 ve % 15.6 olarak bulunmuştur (Tablo 56). Diyafram ve cerrahi sterilizasyon yanıtlarının düşük oranda olması ülkemiz de yaygın kullanılmadığından hemşire ve ebelerin bu soruyu yanıtlarken hatırlamamış olmalarından kaynaklanabilir.

Hemşire ve ebelerin eğitimden önce etkisi sınırlı kontraseptif yöntemlerden takvim yöntemine % 67.8, geri çekme % 66.7 vaginal yıkamaya % 36.1, spermisidlere % 49.4, geleneksellere % 13.3 oranında doğru yanıt vermişlerdir. Eğitimden sonra ise oranlar sırayla % 82.8, % 75.0, % 52.8, % 58.9 ve % 8.9 olarak bulunmuştur (Tablo 58). Hemşire ve ebelerin etkisi sınırlı kontraseptif yöntemlere verdikleri doğru yanıt sayısına göre değerlendirilmesinde de hiç doğru yanıt vermeyenlerin oranı eğitimden önce % 21.1 den % 8.3 e düşerken, dört doğru yanıt verenlerin oranında % 22.2 den % 32.8 e beş doğru yanıt verenlerin oranında % 3.3 den % 4.4 e yükselmiştir (Tablo 59). Bu sonuçlar hemşire ve ebelerin bu konudaki bilgi açıklarının olduğunu göstermektedir.



## VI SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre;

1- Araştırmaya katılanların % 19.4 ü hemşire % 80.6 sı ebelerdir.

2- Araştırmadaki hemşirelerin % 65.7 si ebelerin ise % 71 i 20-34 yaş grubundadır. Hemşirelerin yaş ortalaması  $28.6 \pm 2.65$  iken ebelerin yaş ortalaması ise  $29.5 \pm 1.24$  dür.

3- Araştırmadaki hemşire ve ebelerin % 1.1 i 1 yıldan az, % 37.8 i 1-5 yıl, % 25.6 sı 6-10 yıl, % 35 i ise 11 yıl ve daha uzun yıldan beri çalışıyordu. Tüm hizmet süresi ortalaması hemşirelerin  $8.85 \pm 2.31$ , ebelerin ise  $9.94 \pm 1.22$  olarak bulunmuştur.

4- Hemşire ve ebelerin eğitim sonrası ana sağlığı, çocuk sağlığı ve aile planlaması konularındaki bilgi puanı ortalaması ( $82.64 \pm 10.26$ ) eğitim öncesi bilgi puan ortalamasına ( $72.57 \pm 10.94$ ) göre anlamlı ölçüde artmıştır.

5- Hemşire ve ebelerin eğitim öncesinde ana, çocuk sağlığı ve aile planlaması bilgi puanı açısından fark önemsiz iken eğitim sonrasında ebeler lehine önemlidir.

6- Hizmet süresi 0-5 yıl olan hemşire ve ebelerin bilgi puan ortalaması ( $75.05 \pm 9.62$ ) iken 6 yıl ve daha fazla çalışanların bilgi puan ortalaması ( $70.96 \pm 11.52$ ) olarak bulunmuştur. Hizmet süresi arttıkça hemşire ve ebelerin bilgileri azalmaktadır.

7- Hemşirelerin % 14.3 ünün ebelerin ise % 52.4 ünün daha önce AÇSAP konularında kurs yada seminer aldıklarını belirtmişlerdir. Kurs yada seminer alanların bilgi puan ortalaması  $74.03 \pm 9.65$  iken kurs yada seminer görmeyenlerin ise  $71.37 \pm 11.81$  olarak bulunmuştur. Kurs yada seminer görenlerin bilgileri, görmeyenlere göre yüksek olmakla beraber aralarındaki fark önemsizdir.

8- Merkezde çalışan hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı aile planlaması bilgi puan ortalaması ( $72.04 \pm 10.88$ ) köyde çalışanların bilgi puan



ortalamasına ( $74.74 \pm 11.11$ ) göre düşük olmakla beraber aralarındaki fark önemli değildir.

9- Hemşire ve ebelerin % 75 i evli % 23.3 ü ise bekardır. Evli olan hemşire ve ebelerin anaçocuk sağlığı aile planlaması bilgi puan ortalaması  $72.12 \pm 11.37$  iken bekar olanların ise  $73.86 \pm 9.81$  olarak bulunmuştur. Bekarların bilgi puanı yüksek olmakla beraber aralarındaki fark önemsizdir.

10- Hemşire ve ebelerin eşlerinin % 14.4 ü sağlıkla ilgili görevde çalışırken % 56.1 i sağlıkla ilgili bir görevde çalışmamaktadır. Eşleri sağlıkla ilgili olan hemşire ve ebelerin ana çocuk sağlığı aile planlaması bilgi puan ortalaması  $70.66 \pm 9.97$  iken, eşleri sağlıkla ilgili olmayanların ise  $73.09 \pm 11.62$  olarak bulunmuştur.

11- Hemşire ve ebelerin bilgilerinin yeterli olduğuna inananların ana çocuk sağlığı aile planlaması bilgi puanı ortalaması ( $75.14 \pm 10.12$ ), bilgilerinin yetersiz olduğuna inananlara ( $67.67 \pm 12.73$ ) göre daha yüksektir.

12- Eğitim öncesinde merkezde çalışan hemşire ve ebelerin AÇSAP konusunda bilgilerinin yeterli görme % 34.5 iken köyde çalışanlarda ise % 22.9 dur. Eğitim sonrasında ise merkez de ve köyde çalışan hemşire ve ebelerin bilgilerinin yeterli görme durumu artmıştır. Bu merkezde çalışanlarda % 38, köyde çalışanlarda ise % 25.7 olarak bulunmuştur.

13- Eğitim öncesinde AÇSAP konusunda kurs ya da seminer gören hemşire ve ebelerin bilgisini yeterli görme durumu % 39.6 iken kurs ya da seminer görmemişlerin ise bilgisini yeterli görme durumu % 26.3 olarak bulunmuştur.

## ÖNERİLER

1. Sağlık Meslek Liselerinde AÇSAP konuları başta olmak üzere temel sağlık eğitimlerine ağırlık verilmesi

2. Sağlık ocaklarında ya da birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alacak hemşire ve ebelerin halk sağlığı nosyonuna sahip olmaları

**3.** Hemşire ve ebelerin hizmetiçi eğitimlere standardizasyon getirilmeli, yapılacak programlar dahilinde nitelikli ve sürekli hizmetiçi eğitim gerçekleştirilmelidir. Verilen eğitimler denetimle pekiştirilmelidir. Hatta diplomanın yinelenmesi için belirli aralıklarla yapılan hizmetiçi eğitim ve eğitim sonrası yapılacak sınavdan geçerli not alma zorunluluğu getirilmelidir.

**4-** Hemşire ve ebelerin eğitimin saha koşullarına uygun hale getirilmesi için hizmete yeni başlayanlara rutin adaptasyon kursları düzenlenmelidir.

**5-** Sağlık Müdürlüklerince yapılan aylık toplantıların daha düzenli ve programlı olmasına özen gösterilmeli, tüm sağlık personelinin katılımı sağlanmalı ve toplantılar sonucunda alınan bilgilere göre hizmetin değerlendirilmesi yapılmalıdır.

**6-** Mesleki gelişmelerin yeni yayınların izlenmesine imkan verecek şekilde her üniteye küçük de olsa kitaplıklar oluşturulmalıdır.



## VII ÖZET

Elazığ ili merkez ve merkez ilçeye bağlı birinci basamak sağlık örgütünde çalışan hemşire ve ebelerin anaçocuk sağlığı ve aile planlaması konularındaki bilgilerini ve eğitimin etkinliğini araştırmak için bu çalışma yapıldı. Araştırma grubunu 16 Sağlık ocağı ve bir AÇSAP Merkezinde çalışan 224 ebe ve hemşireden 180 i (% 80,4 ) oluşturdu. Bu hizmetiçi eğitim programı öncesinde anket test uygulandı. Kişisel bilgileri içeren 11 soruluk bir anket formu ile ana sağlığı, çocuk sağlığı ve aile planlaması ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen 54 soruluk bir test uygulandı. Çocuk sağlığı soruları 44 puan, ana sağlığı soruları 26 puan ve aile planlaması soruları 30 puan verilerek toplam 100 puan üzerinden değerlendirme yapıldı. Aynı gün bu konularda eğitim yapıp aynı test tekrar uygulandı.

Araştırma grubundakilerin % 63,4ü 1-10 yıldır hizmet vermekteydi. Daha önceki yıllarda AÇSAP konularında kurs görenlerin oranı % 45. 0 idi. Hemşire ve ebelerin % 32.2 si bilgi ve becerilerini yeterli bulurken %26.7 si yetersiz olduklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya alınan hemşire ve ebelerin AÇSAP bilgi puan ortalaması eğitimden önce  $72.57 \pm 10.94$  iken eğitim sonrasında  $82.64 \pm 10.26$  puan bulundu. Ön testte hemşireler  $70.43 \pm 13.63$  ebeler ise  $73.08 \pm 10.18$  puan alırlarken son testte hemşireler  $78.71 \pm 10.76$  ebelerde  $83.70 \pm 9.91$  puan aldılar.

Bu çalışma Elazığ merkez ve merkez ilçesinde birinci basamak sağlık örgütünde çalışan hemşire ve ebelerin AÇSAP konusundaki bilgilerinin ne düzeyde olduğunu gösterdi. Halka hizmet sunan hemşire ve ebelerin görevleri ile ilgili konularda bilgi açıklarının ve hizmete olan ilgisizliklerinin giderilmesi için eğitim ve denetimin yapılması gereklidir.

## VIII SUMMARY

The aim of this study was to examine the knowledge of midwives and nurses working in the first step health service which is in Elazığ and its district regions, about the mother / child health care and family planning. This study was also searched the effectiveness of education in these knowledge.

180 nurses and midwives working in the 16 health service and 1 mother/child health care service-family planning comprised to the research group in this study. Questionary test was performed before interservice education program. This test had 65 question. 11 of these question involved only the individual details. 54 of them involved the knowledge of midwives and nurses about the mother/child health and family planning. Total count was made by over the 100 point such as 44 puan for the question of child health care, 26 puan for the question of mother health care, 30 puan for the questions of family planning. The same day, questionary test was reperfomed following the education programme.

63.4 % of the research group have been working in the health service for 1-10 year. 45 % of informed that they joined the education program about the mother/child health care and family planning in the early years. 32.2 % of midwives and nurses informed that they have adequate knowledge and skills about the mother/child health care and family planning, Whereas, 26.7 % of were found their knowledge and skills inadequate.

Although, the average puan of the midwives and nurses about the maternal child health family planning was  $72.57 \pm 10.94$  before the education program, this was  $82.64 \pm 10.26$  after the education program. When the nurses took  $70.43 \pm 13.63$  and the midwives  $73.08 \pm 10.18$  puan respectively in the first questionary test,  $83.70 \pm 9.91$  puan in the second test.

This study showed the level of knowledge of midwives and nurses working in the first step health service which is in Elazığ and its district regions, about the mother/child health care and family planning and also their concern with education. As a result, present study suggest that the education and supervision systems are necessary to overcome the lack of knowledge and service interest of nurses and midwives working in the public health service.

## IX KAYNAKLAR

- 1- Adamson, H (1988) Two Powerful Forces For Child Survival. People Vol 15, No 1, 3-6
- 2- Adamson, P. (1993) İlerlemesinden Umut Kesilmemeli İçinde, Ulusların Gelişmesi, Unicef Türkiye Temsilciliği, Maya Matbaa Yayıncılık Limited Şirketi, Ankara
- 3- Akdur, R. (1984). Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 10 yıl Süreyle Yaptığımız Kopro-Parazitolojik ve Selofanlı Cam Yöntemli Araştırmaların Değerlendirilmesi, Sağlık Dergisi, S: 1
- 4- Akın, A. (1981). Ana Ölümleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, 1981 Ders Notları, Ankara
- 5- Akın A. (1983) Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı, Ankara
- 6- Akın A. (1985). Türkiye ve Dünyada Anne Ölümleri: , 5. Ulusal Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi, 25-27 Ekim 1984, Ankara
- 7- Akın, A. (1985). Maternal Mortality in Turkey, WHO Paper,II
- 8- Akın, A. , Özvarış Ş. B (1995). Ana Sağlığı ve Aile Planlaması S: 119-120 Ed. Bertan, M. , Güler Ç. "Halk Sağlığı Temel Bilgiler", Ankara
- 9- Aksakoğlu, G. (1988) Çocuk Ölümlerinde En Önemli Hastalık Pnömoniler, Sağlık Dergisi 1: 43
- 10- Aksayan, S. Bahçeci, S. , Hayran O. (1990). Ebelerin Bilgi Düzeyi ve İş Doyumu, II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, İstanbul
- 11- Akşit, B. (1992). Türkiye' de Aile Planlamasını Etkileyen Sosyal ve Kültürel Faktörler Üzerine Bazı Saptamalar Türkiye Eczacılar Birliği Tarafından Düzenlenen "Eczacı ve Aile Planlaması: Meslek İçi Sürekli Eğitimi Programı' na Sunulan Bildiri, 7 Haziran, Ankara.
- 12- Altındağ T, Besim H, Cömert S, Yaymacı Y. (1990). Etimesgut Bölgesi'ndeki Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşireler ile Sağlık

Memuru ve Çevre Sağlık Teknisyenlerinin Bilgi Düzeyleri, Araştırma Raporu, Ankara

- 13- Anonymous (1978) Thai Paramedical Training Pilot Study on Vasectomy. IPAVS Newsletter 2.
- 14- Arar, İ. (1965) . Hükümet Programları 1920-1965. Burçak Yayınları S: 33-44, İstanbul
- 15- Baykal , Y. (1988) Çocuk Ölümünde En Önemli Hastalık Pnömoniler, Sağlık Dergisi 1: 47
- 16- Bebek İndexi (1988), Çarmosan Gıda Ürünleri Sanayi AŞ.
- 17- Bilir, Ş ve ark. (1985). Adıyaman Kent Merkezindeki bir Mahallede Yüksek Bebek Ölüm Hızı ve Nedenleri, Sağlık dergisi, 7: 33
- 18- Bodur, S, (1991). Aile Sağlığı, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları, Ankara
- 19- Bostancı M. (1992). Kütahya İli Sağlık Ocaklarındaki Sağlık Personelinin Bağışıklama ve Soğuk Zincir Konularında Bilgi Düzeyleri, Sendrom 4 (12); 59-63
- 20- Bostancı M. (1993) Bilecik İli Sağlık Ocaklarındaki Sağlık Personelinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bağışıklama ve Soğuk Zincir Bilgileri, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 7 (1); 8-15
- 21- Burkhart, M. C. and Szendiuch A. (1982). Pathfinder' s Experience in Funding Vasectomy, Colombo, Srilinka Boston, Pathfinder Fund, 5p (Mimco)
- 22- Chowdhury, S and Chowdhury, Z. (1975). Tubectomy by Paraprofessional Surgeons in Rural Bangladesh. Lancet 2 (7935): 567-569
- 23- Chowdhury, S and Chowhury, Z. (1976). Medical Highlights the Role of Midwives and Paramedics in Voluntary Sterilization Programs. Associations for Voluntary Sterilization p. 204-213, New York

- 24- Conk, Z. (1980). Sağlıklı Çocuk-Güvenli Gelecek, (WHO CHRO-NICLE, Vol: 3, No: 4, Çeviri) Türk Hemşire Dergisi: 2: 43
- 25- Çevik, N. , Oran, O. , Sarılioğlu, F. , Yurdakök M. ve Kutluk, T. (1988). Türkiye' de Çocuk Sağlığı ve Türk Çocuk Hekimliği, Türkiye Milli Pediatri Derneği
- 26- Dervişoğlu, A. (1987). Türkiye' de Anne Ölümleri. Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı 42, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara
- 27- Devlet Planlama Teşkilatı. (1983). Türkiye' de Planlı Dönemde Nüfus ve Aile Planlaması Çalışmaları Sosyal Planlama Başkanlığı Yayın No: DPT 1931 SPB: 379, Ankara
- 28- Devlet Planlama Teşkilatı (1989). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, Nüfus Tahminleri, Ankara
- 29- Dirican, R. (1984). Gemlik Bölgesinde Ölü Doğum, Perinatal Ölüm ve Bebek Hızları, Sağlık Dergisi, 5: 7-9
- 30- Dirican, R. (1990). Toplum Hekimliği Dersleri, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara
- 31- Dusitsın, N. , Varakamın, S. , Ningsanon. P. , Chalapotı. S. , Boonsırı, B. and Gray. R. H. (1980). Postpartum Tubal Ligation by Nurse-midwives and Doctors in Thailand. Lancet 1 (8169); 638-639
- 32- Dünya Sağlık Teşkilatı. (1991). Safe Motherhood Issue 5, s8, Cenevre
- 33- Edouard, L. (1985). Epidemiology of Perinatal Mortality. World Health Statistics Quarterly, 38: 288-301.
- 34- Eren, N., Öztekin, Z. (1985). Sağlık Ocağı Yönetimi, Okan Yayıncılık, Ankara
- 35- Eskiocak, M (1993). Birinci Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Bağışıklama İle İlgili Bilgi Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma, Uzmanlık Tezi, Samsun

- 36- Ghorbani, FS. (1974). İranion Nurse Midwives Train for Tubal Ligation. IPAVS Newsletter.
- 37- Ghorbani, FS. (1979). The Use of Paramedics in Family Planning Services in Iran. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 17 (2): 135-138
- 38- Grant, JP. (1988). Dünya Çocuklarının Durumu, Unicef, Ankara
- 39- Grant, JP. (1992). Dünya Çocuklarının Durumu, Unicef, Ankara
- 40- Grant, JP. (1993). Dünya Çocuklarının Durumu, Unicef, Ankara
- 41- Güler, Ç. ve Azak, M. (1993). Ana Sağlığı ve Aile Planlaması, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara
- 42- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HUNEE). (1988) 1983 Nüfus, Sağlık ve Doğurganlık Araştırması, Ankara
- 43- HÜNEE (1989). 1988 Nüfus ve Sağlık Araştırması Ankara
- 44- International Planned Parenthood Federation (IPPF). (1980). Family Planning in Chile. A Profile of the Development of Policies and Programmes London IPPF, 25 p.
- 45- ISIS. (1978). International Bulletin, Women and Health. No 7 ss 28-29
- 46- Jones, G. (1993) İstatistikler İçinde, Ulusların Gelişmesi, Unicef Türkiye Temsilciliği Maya Matbaası, Ankara
- 47- Koetsawang, S. , Varakamın, S. , Satayapan, S. , Srisupandit, S. , and Apimas SJ. (1981). Postpartum Sterilization by Operating-room Nurses in Thailand. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 19 (3): 201-204
- 48- Kubilay, G. (1977). Ankara İl Sınırları İçindeki Ebe ve Hemşirelerin Çocuk Sağlığına İlişkin Bilgileri, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; Ankara



- 49- Kumari, JR and Venkateswara T.R. (1982). Family Planning and Increased Fitness of the Child to Survive. *Journal of Family Welfare* 28 (3): 77-81
- 50- Last, JM. , Wallace, RB. (1992), *Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine*. East Norwalk, Appleton and Lange, 4-5
- 51- Mutlu, Ş. (1992). Ebelerin Gebe İzlemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Hizmet İçi Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, Ankara
- 52- Okojie, S. E, (1976). Induced İllegal Abirtions in Benin City, Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 14 (6): 517-521
- 53- Onetto, E. (1980). (University of Chile) [ Complications of İllegal Pregnancy Termination in Chile, 1964-1979 (Tables)] *Personal Communications to H. Davis* 43 p.
- 54- Özatalay, N ve Özatalay Ş. , (1991). Bolu ve Etimesgut Bölgelerindeki Ebelerle İlgili Bir Araştırma ve Sonuçları (1989) *Sağlık Dergisi* 62: 49-61
- 55- Özkan, N. (1992) İstanbul İlinde Sağlık Ocağı ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezindeki Ebe ve Hemşirelerin 0-6 Yaş Çocuklarının Bağışıklanması ve Aşılar Konusunda Bilgi ve Uygulamaların Araştırılması S. 137-143, I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu (1989), İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul
- 56- Öztekin, Z. , Saat Z. (Ed). (1987) *Sağlık Hizmetlerinde Denetim*, 2. baskı, Çağ Matbaası, Ankara
- 57- Öztürk, Y. , Çetinkaya F, Soylu, M. , Hoşgeçin K, Gün İ ve Öztürk A. (1991). Temel Sağlık Hizmetlerinde Görevli Hemşire ve Ebelerin Ana Çocuk Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri, s40, II. Halk Sağlığı Günleri "Çocuk Sağlığı", Bursa.

- 58-** Rohde, J. (1991). Strategies for Reducing Perinatal Mortality. "A View from the Community", Unicef, New Delhi
- 59-** Rosenfield, A and Maine, D. (1985). Maternal Health. The Lancet, July 13, 83-85
- 60-** Saat, Z. (1986). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü Ders Notları, Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü Yayınları, Ankara
- 61-** Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1973) Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl Yayın No: 422, Ayyıldız Matbaası, Ankara
- 62-** Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü (1984), Aile Planlaması Ders Kitabı, Ankara
- 63-** Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1984). Nüfus Planlaması Hizmetleri Hakkında Kanun Tüzük ve Yönetmelikler, Ankara
- 64-** Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1986). Ana Sağlığı Programı, Ankara
- 65-** Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1991). Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı, Ankara
- 66-** Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1991). Türkiye' de Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Çalışmaları, Ankara
- 67-** Sağlık Bakanlığı (1993). Çocuk Sağlığı Programları Kitabı, 4. Baskı, Ankara
- 68-** Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1994). Dünya' da ve Türkiye' de Sağlık Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu, Ankara



- 69-** Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (1994) Nüfus ve Sağlık Araştırması Türkiye 1993, Ankara
- 70-** Samekto, G. (1982). Successful Vasectomy Programs Approaches and Their Acceptance in Indonesia. Presented at Conference on Vasectomy, Colombo, Srilanka, 8 p (Mimeo)
- 71-** Satyapan, S. , Varakamın, S . , Suwannus, P. , Chalapati S. , Onthuam, Y. and Dusitsın, N. (1983). Postpartum Tubal Ligation by Nurse-midwives Thailand: A Field Trial. Studies in Family Planning 14 (4): 115-118
- 72-** Sevig Ü. (1992). Lise Dengi Eğitimde Hemşire ve Ebenin Kalite Sorunu, S 147-150 "Türk Tabibler Birliği Sağlık Kongresi", Ankara
- 73-** Shorter, C. , Güvenç, F. (1974). Türkiye Demografisi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları D-13, Ankara
- 74-** Tezcan, S. , Fişek, N. H. ve Carpenter-Yaman, C. E (1980) Abortion in Turkey. Hacettepe University Institute of Community Medicine, Publication No: 14, Ankara
- 75-** Tietze, C. (1983). Induced Abortion. A World Review 5 th ed., Population Council, 116 p, New York
- 76-** Trussel, J. , Pebley AR., (1988). Doğurganlıktaki Değişmelerin Potansiyel Etkisi İle Bebek, Çocuk ve Anne Ölümleri, Studies in Family Planning, C. 15. , no 6. ss. 267-280
- 77-** Tuncer, B (1976). Ekonomik Gelişme ve Nüfus Hacettepe Üniversitesi Yayını D-20, Lider Matbaacılık, Ankara
- 78-** Tümerdem, Y. (1992). Halk Sağlığı I, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul
- 79-** Türkay, F.A. (1988). Türkiye' de Bağışıklama ve İshalli Hastalıkların Kontrolü Programları, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 3.

- 80-** Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi-Ana Çocuk Sağlığı Çalışma Grubu. (1979). Doğum Kontrolü Konusunda Eğitim ve Uygulamalar, Toplum ve Hekim, Türk Tabipler Birliği Yayın Organı, Sayı 16, s. 51-63, İstanbul
- 81-** Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti-Unicef. (1991). Türkiye' de Anne ve Çocukların Durum Analizi, Ülke Programı 1991-1995, Seri: 2, Ankara
- 82-** Türkiye' de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları(1976). 1973 Araştırması Hacettepe Üniversitesi Yayınları D-25, Ankara
- 83-** Üner, R ve Fişek N. H (1961). Türkiye' de Doğum Kontrolünün Uygulanması Üzerinde İncelemeler, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayın no: 264, Ziraat Bankası Matbaası, Ankara
- 84-** Vas Os, W. A, and all (1978). Evaluation of the Combined Multiload Cupper I.U.D. (ML Cu 250 and ML Cu 375), Int J. Fertil, 23 (2): 152
- 85-** Ward, R (1987) Aile Planlaması İle Daha Sağlıklı Anne ve Çocuklar, Population Repors, (Aile Planlaması Programları) Seri J, No.27.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM BAKANLIğI  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

## X ÖZGEÇMİŞ

1963 yılında Arpaçay'da doğdum. İlk ve orta öğrenimimi Elazığ'da tamamladım. 1981-1982 öğretim döneminde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesine girdim. 1987-1988 yılında mezun oldum. Bilecik ili Bozüyük ilçesinde merkez sağlık ocağında mecburi hizmetimi yapıp 1989 yılında Elazığ Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması merkezinde göreve başladım. 1990 yılında AÇSAP Şube müdürü oldum. 4 yıl aynı görevi sürdürdükten sonra Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağına geçtim. Şu anda Yenimahalle Sağlık Ocağı sorumlu hekim yardımcılığı görevini sürdürmekteyim.

1990 yılında Ankara Etimesgut Eğitim Araştırma Sağlık Ocağında RİA kursuna katılıp RİA sertifikası aldım. 1993 yılında GBP kursuna, 1994 yılında aile planlaması uygulama eğitimcisi kursuna, 1995 yılında Eğitici Formasyonu, Uyum Eğitimi, Epidemiyolojik İnfomasyon Sistemi kurslarına katılıp sertifikalar aldım.

Yabancı dilim İngilizce'dir.

**TEŞEKKÜR**

*Çalışmamın planlaması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi aşamalarında yardımlarını esirgemeyen P.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Doç.Dr. Mehmet BOSTANCI'ya ve F.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı sayın hocam Prof. Dr. Erol SEZER'e teşekkürü bir borç bilirim.*

*Ayrıca çalışmaya katılan Elazığ il merkezive merkez ilçeye bağlı birinci basamak sağlık örgütünde çalışan tüm hemşire ve ebelere , o dönemin Sağlık Müdürü Dr.Hayri KIRAÇ'a, Sağlık Müdür Yardımcısı Dr.Aytaç OKAN'a, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması konularında eğitim veren Dr.Selahattin KAZAZ ve Dr. Hülya POLAT'a yardımlarından dolayı teşekkür ederim.*

**Dr.Edibe DİNÇ**

## ANKET FORMU

Anketi, Sağlık Ocağı Personellerinden hemşire, ve ebelerin tümü dolduracaktır. Anket formu üstüne isminizi yazmayınız. Bu bir sınav olmayıp anaçocuk sağlığı ve aile planlaması eğitim programlarına katkıda bulunmak amacıyla yapılan bir durum değerlendirmesidir. Hepinize şimdiden teşekkür ederim.

Dr. Edibe DİNÇ  
AÇSAP Merkezi Şube  
Müdürü

1- Mesleginiz?

( ) Hemşire ( ) Ebe

2- Doğum tarihiniz? (Ay ve gün olarak) .....

3- Medeni Durumunuz?

( ) Evli ( ) Bekar ( ) Dul

4- Mezuniyet yılınız? : .....

5- Daha önce çalıştığınız yerler ve süreleri?

( ) İl merkez sağlık ocağı .....Yıl

( ) İl merkez sağlık evi .....Yıl

( ) İlçe sağlık ocağı .....Yıl

( ) İlçe sağlık evi .....Yıl

( ) Köy sağlık evi .....Yıl

( ) Köy sağlık ocağı .....Yıl

( ) Hastanede .....Yıl

( ) Doğumevinde .....Yıl

( ) Daha önce başka yerde çalışmadım .

6- Şu anda çalıştığınız kurumda ne kadar süredir çalışıyorsunuz ?.....yıl  
..... ay

7- Kaldığınız yer ?

( ) Lojman ( ) Kiralık ev ( ) Kendi evimde ( ) Diğer

(yazınız) .....

8- Ana-Çocuk sağlığı ve aile planlaması konusunda katıldığınız kurs ya da seminer var mı ? (Varsa yılıyla beraber yazınız)

KONUSU

KATILMA SÜRESİ VE YILI

.....

.....

9- Ana-Çocuk sağlığı hizmetlerini vermek hususunda bilgi ve becerilerinizi yeterli buluyormusunuz ?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Şimdilik yeterli ( ) Diğer (yazınız)

10- Eşinizin mesleği nedir? (Yaptığı iş değil) .....

.....

11- Eşinizin Öğrenim durumu nedir ?

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Yüksekokul mezunu

Diğer (Açıklayınız) .....

12- Bir gebede çocuk kalp sesi dakikada ne kadar olmalıdır ?

13- Gebelik takvimine göre normal gebelik süresi ..... gündür

14- a) Gebelerde yapılan aşı hangisidir ? (Yazınız).....

b) Bu aşı biten gebelik ayına göre, gebeliğin kaçınıcı aylarında kaç kez yapılır ?

15- Lohusalık dönemi kaç haftadır? .....

16- Lohusalık döneminde doğum günü hariç kadın en az kaç kez izlenmelidir ?

Yazınız.....

17- Bir ülkede ana çocuk sağlığı hizmetlerinin düzeyini değerlendirmeye yarayan EN ÖNEMLİ üç hızın adını yazınız.

1) .....

2) .....

3) .....

18- Aşağıdaki formülde X olan yere ne gelmelidir? İşaretleyiniz.

$$A.Ö.H = \frac{\text{1 yıl içinde gebelik, doğum ve lohusalık nedenleri ile ölen anne sayısı}}{X}$$

Aynı yıl içinde 15-49 yaş kadın sayısı

Aynı yıl içinde evli kadın sayısı

Aynı yıl içinde olan canlı doğum sayısı

Aynı yıl içinde yıl ortası nüfus

19- Anne karnında 37 haftadan daha fazla bir süre kaldıktan sonra doğan, fakat doğum ağırlığı 2500 gramdan az olan bebeklere ne denir.

Miadında doğum

Prematüre bebek

Postmatüre bebek

Düşük doğum ağırlıklı bebek

20- Son adedini 19.04.1993 tarihinde gören bir gebenin tahmini doğum tarihini yazınız.....

21- Ebe, gebeyi süresi içerisinde normal şartlar altında kaç kez izlemelidir ?

22- Sağlıkevi şartlarında ebe hangi kritere göre kesin gebelik tanısı koyar?

(Yazınız): .....

23- Emziren annenin meme bakımı nasıl olmalıdır ? Doğrusunu işaretleyiniz ?

Emzirmeden önce temiz suyla ıslatılmış bir tülbentle meme uçları merkezden çevreye doğru silinmelidir.

Emzirmeden önce temiz suyla ıslatılmış bir tülbentle meme uçları çevreden merkeze doğru silinmelidir.

Anne göğüs uçlarının hava ile temasını kesen kauçuk ve naylon bir südyen tercih etmelidir.

Her emzirmeden önce meme bakımı yapılmasına gerek yoktur.

24- Mutlaka hastanede doğum yapması gerekenler hangileridir? (Doğrularını işaretleyiniz)

- Pre-eklamsi belirtileri görülürse  
 Çoğul gebelikse  
 Gebenin tüberküloz, böbrek, kalp hastalığı gibi kronik bir hastalığı varsa  
 Kan basıncı 120/80 mm Hg ise

25- Gebeliğin prognozunun iyi gidip gitmediğini anlamak için aşağıdakilerden hangisine bakılmaz?

- İdrar proteini  Tansiyon  
 Gebenin kilosu  Gebenin boyu

26- Uterus içini döşeyen tabakaya ..... denir.

27- Ebe aşağıdaki yaş gruplarını hangi sıklıkla ziyaret etmelidir ?

- 0-12 aylık bebeği ..... aylarda ziyaret etmelidir.  
13 ay- 3 yaş çocuğu..... aylarda ziyaret etmelidir.  
4-6 yaş çocuğu..... aylarda ziyaret etmelidir.

28- Kızamık aşısı NORMAL aşılama da çocuğa kaç aylıkken yapılmaya başlanır? .....

29- Ön fontanel (Büyük bingıldak) ne zaman kapanır ? Yazınız.  
.....

30- Sağlıklı bir bebekte ilk çıkan dişler aşağıdakilerden hangisidir ?  
İşaretleyiniz.

- Alt çenede ortadaki iki kesici diş  
 Üst çenede ortadaki iki kesici diş  
 Üst çenede yan kesici dişler  
 Alt çenede yan kesici dişler

31- Sağlıklı bir bebekte ilk dişler kaçınıcı aylarda çıkmaya başlar ?

6. ve 7. aylarda  18. ve 19. aylarda  
 2. ve 3. aylarda  24. ayında

32- Aşağıdakilerden hangisi aşıyla önlenbilir hastalık değildir ?

- Verem  Boğmaca  Zatürre (Pnömoni)  Difteri

33- Doğumdan sonra görülen fizyolojik sarılık doğumu takibeden kaçınıcı gün ya da günlerde ortaya çıkar ? .....

34- Yeni doğanda APGAR değerlendirilmesinde nelere bakılır?  
.....

35- Normal yeni doğanın ortalama ağırlığı ..... gram, boyu ..... cm, baş çevresi ..... cm' dir.

36- Hangi ishelli çocuklar evde tedavi edilebilirler ?

- Kusması olmayan ve ağızdan verileni alabilen çocuklar  
 Dehidratasyon bulguları fazla olan çocuklar  
 Kakası kanlı ve sümüksü olanlar  
 Dalgın veya yarı baygın olanlar

37- Sağlık ocağında halen kullandığınız ORS poşetlerinden eriyik hazırlamak için herbir poşete ne, kadar su ilave edilir ? .....



38- Hazırlanan ORS sıvısı ne kadar süre içinde tüketilmelidir ?

39- Bebeğe kan uyuşmazlığı ihtimali için anne ve babanın Rh faktörü nasıl olmalıdır?

( ) Anne Rh (+), baba Rh (+)

( ) Anne Rh (+), Baba Rh (-)

( ) Anne Rh (-), baba Rh (+)

( ) Anne Rh (-), Baba Rh (-)

40- Doğuştan kalça çıkığı (DKÇ)olan bebekte ebeğin anneye önerileri:

( ) Kundak yararlıdır

( ) Kundak yapmayı yasaklamalı, ilk aylarda kalın arebezi önermeli

( ) Hiçbir şey yapmamalıdır.

41- Bebeği sadece anne sütü ile besleme kaç aya kadar yeterlidir ? Yazınız.

42- Aşağıdaki aşuları uygulama şekline göre karşılıklarını parantez içine uygun olarak yazınız.

1) BCG

( ) Ağızdan

2) DBT

( ) Deri içi

3) Polio

( ) Deri altı

4) Kızamık

( ) Kas içi

5) Tetanoz

( ) Kas içi

43- 12 aylık çocuğa uyan aşılama takvimi aşağıdakilerden hangisidir ?

( ) BCG + 3 Doz DBT + Kızamık

( ) 3 Doz DBT + 3 Doz Polio + Kızamık

( ) BCG + 3 Doz DBT + 3 Doz Polio + Rapel

( ) BCG + 3 Doz DBT + 3 doz Polio + Kızamık

44- Aşağıdaki aşılama ile ilgili durumlara uyanları karşılıklarına işaretleyiniz ?

1) Çocuğa aşı yapılmaz

( ) İmmün yetmezlik hastalığında

2) Boğmaca aşısı yapılmaz

( ) İlkokul birinci sınıf

3) Difteri-Boğmaca aşısı yapılmaz

( ) İlkokul beşinci sınıf

4) Tetanoz aşısı yapılmaz

( ) Gebeliğin ilk üç ayında

45- Sağlık ocağı buzdolabının verilen bölümlerinde bulunması gereken aşı ve soğuk zincir malzemeleri nelerdir ?

Buzluk : .....Sebzelik : .....

Üst raf : .....Kapak içi : .....

Orta raf: .....Kapak dışı : .....

Alt raf : .....

46- Sağlık ocağında aşular buzdolabında kaç derecede saklanmalıdır ?

( ) -2°C

( ) 0-4°C

( ) 2-8°C

( ) 4-8°C

47- Aşağıdakilerden hangisi Kolostrum (AĞIZ SÜTÜ) için yanlıştır?

( ) Bebek için gerekli bazı bağışık maddelerini içerir

( ) Proteinden ve vitaminden zengin bir besindir

( ) Kolostrum (AĞIZ SÜTÜ) 2-4 gün içinde anne sütüne dönüşür

( ) Kolostrum (AĞIZ SÜTÜ) bebeğe yararlı değildir

48- Aşağıdakilerden hangisi raşitizm belirtisi değildir ?

- Bacakların içe bükülmesi
- Bacakların dışa bükülmesi
- Başın terlemesi
- Kafa kemiklerinin terlemesi

49- Ateşi olan çocuğa ne yaparmısınız ?

- Fenisilin yaparım
- Hiçbir şey yapmam
- Giysilerini çıkarır, suyla kompres yaparım
- Titriyorsa sıkıca giydirilmesini öneririm

50- Aile planlamasını tanımlayınız:.....

51- Aşağıdakilerden hangisi aile planlamasının temel amaçlarından değildir?

- Bebek ve çocuk ölümlerini azaltmak
- Ana sağlığını korumak
- Çocukların iyi gelişme yetişmesini sağlamak
- Nüfusu azaltmak

52- Son çıkarılan 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" a göre en son kaçınıcı haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılmasına izin verilmiştir?

- 10 haftaya
- 9 haftaya
- 8 haftaya
- 7 haftaya

53- RİA (Rahim içi araç) uygulamak için en uygun zaman aşağıdakilerden hangisidir?

- İki adet ortasında
- Adetin son günü
- Düşükten iki ay sonra
- Adetten hemen önce

54- Bebeğini anne sütü ile besleyen ve 9 aydan beri RİA' sı olan bir kadın anne sütünün azaldığından yakınıyorsa ne yapmalıdır?

- RİA çıkarılır
- Sulu gıdaları azaltması söylenir
- Başka bir yöntem önerilir
- Bunun RİA' ya bağlı olmadığı söylenir

55- a- Bildiğiniz etkin aile planlaması (Doğum kontrol) yöntemlerinin adını yazınız.....

b- Bildiğiniz etkinliği sınırlı aile planlaması (Doğum kontrol) yöntemlerinin adını yazınız.....

56- Ağızdan alınan hap ile korunan kadın.

a) Birgün hap almayı unuttuğunda ne önerirsiniz? .....

b) İki gün ardarda hap almayı unuttuğunda ne önerirsiniz ? .....

57- Aile planlaması hizmeti almak için başvuran bir kadına danışmanlık yaparken aşağıdakilerden hangileri anlatılmalıdır ? (Doğruları işaretleyiniz)

- Üreme organları anatomi ve fonksiyonları anlatılmalıdır.
- Geriye dönebilen tüm kontraseptif yöntemler anlatılır.
- Kadında ve erkekte cerrahi sterilizasyon yöntemi anlatılır.
- Aşırı doğurganlık ve ana-çocuk sağlığı ilişkisi anlatılır.

58- Ovulasyon genellikle şu zamanda olur;

- Siklusun uzunluğuna bakılmaksızın siklus ortasında
- Beklenen adetten 14 gün önce
- Menstruasyondan hemen önce
- Yukarıdakilerden hiçbiri

59- Aile planlaması programlarında özellikle öncelik verilmesi gereken riskli gruplar hangileridir?

- Yaşı ..... ' dan büyük olanlar
- İki gebelik arası ..... yıldan kısa olanlar
- Yaşı ..... ' dan küçük olanlar
- Doğum sayısı ..... ve daha fazla olanlar

60- Aşağıdaki durumların hangisinde RİA hemen çıkarılır?

- Gebelik
- Pelvik iltihap
- Kısmen RİA' nın dışarı çıkması
- İlk adetler sırasında hissedilen ağrı

61- Aşağıdakilerden hangisi RİA' nın ilk aylarda sık görülen yan etkisidir?

- Zayıflama, kuvvetsizlik
- Cinsel temasta ağrı
- Adet kanamasının artması
- Gebelik

62- Kombine doğum kontrol hapları gebeliği nasıl önler? (Doğrusunu işaretleyiniz)

- Spermli öldürür
- Ovumu öldürür
- Ovulasyonu engeller
- Uterusun kasılmasını artırarak spermli dışarı atar.

63- Kombine oral kontraseptifle korunan bir kadın için aşağıdakilerden hangisi doğrudur? ( İşaretleyiniz)

- Yöntemi istediği süre kullanabilir.
- Yöntemi belli bir süre kullanıp bir kaç ay ara vermesi uygun olur.
- Yöntemi iki yıl kullanıp 1-2 ay ara vermesi uygun olur.
- Yöntemi 5 yıl kullandıktan sonra başka bir yöntemge geçmesi uygun olur?

64- Tüp ligasyonu yapılan bir kadının adetlerinde ne tür değişiklik olur?

- Hiçbir değişiklik olmaz
- Adet miktarı artar
- Adetleri ağrılı olmaya başlar
- Adet miktarı azalır

65- Vazektomi yapılan bir erkeğin cinsel yaşamında ne tür değişiklik olabilir?

- Cinsel isteği azalabilir
- Hiçbir değişiklik olmaz
- Cinsel isteğini artırabilir
- Cinsel yetersizlik olabilir

## GRUPLANDIRMA

Gruplandırma

Soru No.

Ana Sağlığı Soruları

12,13,14,15,16,17,18,19,  
20,21,22,23,24,25,26

Çocuk Sağlığı Soruları

27,28,29,30,31,32,33,34,35,  
36,37,38,39,40,41,42,43,44,  
45,46,47,48,49

Aile Planlaması Soruları

50,51,52,53,54,55,56,57,58,  
59,60,61,62,63,64,65

## PUANLAMA

### Soru No.

#### 1 Puanlık Sorular

16,18,25,26,32,37,38,40,48,  
49,58,60,61,64,65

#### 1.5 Puanlık Sorular

15,24,35

24. ve 35. sorularda her doğru yanıt için 0.5 puan verilmiştir.

#### 2 Puanlık Sorular

12,13,14,19,20,21,22,23,28,  
29,30,31,33,36,39,41,44,46,  
47,50,51,52,53,54,56,57,59,  
62,63

14. ve 56. sorularda her doğru şık için 1 puan, 44, 57, 59. sorularda ise her doğru şık için 0.5 puan verilmiştir.

#### 2.5 Puanlık Sorular

34,42,43

34. ve 42. sorularda her doğru yanıt için 0.5 puan verilmiştir.

#### 3 Puanlık Sorular

17,27

17. ve 27. sorularda her doğru yanıt için 1 puan verilmiştir.

#### 4 Puanlık Soru

45

Üst raf ve alt rafa 0.75 puan diğer bölmelere ise 0.5 puan verilmiştir.

#### 5 Puanlık Soru

55

Her tam doğru şık için 2.5 puan verilmiştir. (Her şıktaki yöntem ismine de 0.5 puan verilmiştir.)

**Not: Tüm sorularda hiç bilmeyene 0 puan verilmiştir.**