



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM ÖNCESİ VERİLEN EĞİTİMİN GEBENİN BİLGİ DÜZEYİ
İLE MEMNUNİYET DURUMUNA ETKİSİ**

SELDA ALTIPARMAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

PROF. DR. ANAYİT MARGİRİT COŞKUN

İSTANBUL-2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Selda ALTIPARMAK tarafından hazırlanan **"Doğum Öncesi Verilen Eğitimin Gebenin Bilgi Düzeyi ile Memnuniyet Durumuna Etkisi"** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25.03.2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Anayit M. COŞKUN
: Haliç Üniversitesi
(Danışman)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Nesrin İLHAN
: Haliç Üniversitesi



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.İlkay GÜNGÖR
: İstanbul Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I. TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında gosterdiği sabır, emek ve desteğinden dolayı değerli hocam, tez danıŐmanım, Sayın Prof. Dr. Anayit Margirit COŞKUN'a

Beraber çalıŐmaktan mutluluk duyduğum, tez dönemimde bana destek veren tüm çalışma arkadaŐlarım,

ÇalıŐmamın yapılmasında gosterdikleri kolaylık ve işbirliği nedeniyle Türkiye Aile Planlaması Vakfı (TAPV) ve TAP Vakfı EĞitimcisi Uzman Hemşire Eylem KARAKAYA ile İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Velittin YEDİGZ'e, tez çalıŐmamı gerçekleŐtirdiĐim sırada İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu olan Uzman Hemşire Sevil KURU'ya ve tüm ebe, hemşire ve hekimlerine,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere,

Hayatım boyunca bana destek ve örnek olan, varlıklarından g aldığım canım annem, babam ve ağabeyime

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

II. İÇİNDEKİLER

	SAYFA
I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR	V
IV. ŞEKİL VE TABLOLARIN LİSTESİ	VI
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	VI
TABLOLARIN LİSTESİ	VII
1.ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	6
4.1. Kadın Sağlığı	6
4.1.1.Kadın Sağlığını Etkileyen Faktörler.....	7
4.1.2.Dünyada Kadın Sağlığı.....	8
4.1.3.Türkiye’de Kadın Sağlığı.....	9
4.2. Anne Dostu Doğum Kavramı, İlke ve Uygulaması	14
4.2.1.Kavramsal Çerçeve.....	14
4.2.2.Tarihsel Süreç.....	14
4.2.3.Anne Dostu Doğum İnsiyatifi Felsefesi ve İlkeleri.....	15
4.2.4. Anne Dostu Doğum İnsiyatifinde Öngörülen 10 Adım.....	16

4.3. Doğum Öncesi Eğitim Programları ve Doğuma Hazırlık Sınıfları	17
4.3.1. Dünyada Tarihsel Süreç.....	17
4.3.2. Türkiye’de Tarihsel Süreç.....	21
4.3.3.Amaç.....	21
4.3.4. Doğuma Hazırlık Eğitim Sınıfları	23
4.3.5. Doğuma Hazırlık Sınıfları ve Doğum Öncesi Eğitimin Anne Adayı, Eşi ve Ailesine Yansımaları	27
4.4. Yetişkin Eğitimi	30
4.4.1 Tanım.....	30
4.4.2. Yetişkinlerde Öğrenme Biçimi.....	30
4.4.3.Yetişkin Eğitim Yöntemleri.....	31
4.4.4. Yetişkin Eğitim Teknikleri.....	33
5.GEREÇ VE YÖNTEM	36
5.1. Araştırmanın Tipi.....	36
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	36
5.3. Araştırmanın Evreni.....	36
5.4. Araştırmanın Örneklemi.....	36
5.5.Verilerin Toplanması.....	37
5.5.1. Araştırmada Kullanılan Araçlar.....	37
5.5.2. Araştırmanın Etik Yönü.....	40
5.5.3. Verilerin Toplanmasında İzlenen Yol.....	40
5.6. Verilerin Değerlendirmesi.....	41

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler	42
6. BULGULAR	43
6.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular...	44
6.2. Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	47
6.3. Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Bazı Parametrelerle Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	61
6.4. Gebelerin Eğitimden Memnuniyetlerine İlişkin Bulgular.....	67
7. TARTIŞMA	72
7.1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	72
7.2. Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	73
7.3. Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Bazı Parametrelerle Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	79
7.4. Gebelerin Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	80
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
9. KAYNAKLAR	86
10. EKLER	99
11. ÖZGEÇMİŞ	114

III. KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndromu (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
AP	Aile Planlaması
CIMS	The Coalition for Improving Maternity Services (Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu)
DHS	Doğuma Hazırlık Sınıfı
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DÖE	Doğum Öncesi Eğitim
DSÖ/ WHO	Dünya Sağlık Örgütü
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)
ICEA	International Childbirth Education Association(Uluslar Arası Doğum Eğitim Birliği)
ICPD	International Conference on Population and Development (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)
MBSR	Mindfulness-Based Stres Reduction (Farkındalık Tabanlı Stres Azaltma)
TAPV	Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UFMC	United Families for Midwifery Care (Ebelik Bakımı İçin Birleşik Aileler)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

- Şekil 1:** Gebelerin Üreme Organ Yapı ve İşleyişi ile Gebeliğin Oluşumuna İlişkin Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı48
- Şekil 2:** Gebelerin Gebelikte Oluşan Değişiklikler ile Olağan Şikayetlerle Baş Etme Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı.....50
- Şekil 3:** Gebelerin Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri Konusunda Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı.....52
- Şekil 4:** Gebelerin Gebelikte Tehlike Belirtileri Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı.....54
- Şekil 5:** Gebelerin Doğum Eylemi Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı.....56
- Şekil 6:** Gebelerin Lohusalık Dönemi, Emzirme ve Aile Planlaması Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı59
- Şekil 7:** Gebelerin Toplam Bilgi Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı...60
- Şekil 8:** Gebelerin Eğitimden Memnuniyetlerine İlişkin Yeterlilik Durumunun Dağılımı.....68

TABLULARIN LİSTESİ

Tablo 1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	44
Tablo 2: Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	45
Tablo 3: Multipar Gebelerin Bir Önceki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Veriler.....	46
Tablo 4: Gebelerin Üreme Organ Yapı ve İşleyişi ile Gebeliğin Oluşumu Hakkındaki Bilgi Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Dağılımı.....	47
Tablo 5: Gebelerin Üreme Organ Yapı ve İşleyişi ile Gebeliğin Oluşumuna İlişkin Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırması.....	48
Tablo 6: Gebelerin Gebelikte Oluşan Değişiklikler ile Olağan Şikayetlerle Baş Etme Hakkında Bilgi Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Dağılımı.....	49
Tablo 7: Gebelerin Gebelikte Oluşan Değişiklikler ile Olağan Şikayetlerle Baş Etme Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırması.....	50
Tablo 8: Gebelerin Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	51
Tablo 9: Gebelerin Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri Konusunda Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırması.....	52
Tablo 10: Gebelerin Gebelikte Tehlike Belirtileri Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	53
Tablo 11: Gebelerin Gebelikte Tehlike Belirtileri Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırması.....	54
Tablo 12: Gebelerin Doğum Eylemi Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	55
Tablo 13: Gebelerin Doğum Eylemi Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırması.....	56

Tablo 14: Gebelerin Lohusalık Dönemi Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	57
Tablo 15: Gebelerin Emzirme ve Aile planlaması Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	58
Tablo 16: Gebelerin Lohusalık Dönemi, Emzirme ve Aile Planlaması Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırılması.....	59
Tablo 17: Gebelerin Toplam Bilgi Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 18: Gebelerin Bazı Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Bilgi Puanları Arasındaki İlişki	61
Tablo 19: Gelir Durumu Açısından Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması.....	62
Tablo 20: Parite Durumu Açısından Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması	63
Tablo 21: Gebeliği Planlama Durumu Açısından Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması.....	64
Tablo 22: Sistemik Hastalığı Olma Durumu Açısından Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması	65
Tablo 23: Bu Gebeliğinde Rahatsızlığı Olma Durumu Açısından Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması.....	66
Tablo 24: Gebelerin Eğitimden Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	67

1. ÖZET

Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışma, yarı deneysel nitelikte gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri 4 Aralık 2012- 7 Mayıs 2013 tarihleri arasında elde edilmiştir. Araştırmanın örneklemini, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran 50 gebe oluşturmuştur. Verileri toplamak için, sosyo-demografik ve obstetrik bilgi toplama formu, bilgi düzeyini ölçen ve 47 sorudan oluşan anket formu ve doğum öncesi eğitimden memnuniyet anket formu kullanılmıştır. Veriler SPSS 16.0 programı ve frekans, wilcoxon signed ranks test, Spearman korelasyonu, Mann-Whitney U testi kullanılarak elde edilmiştir. Bilgi düzeyini belirlemek amacıyla “Üreme Organ Yapı ve İşleyişi ile Gebeliğin Oluşumu”, “Gebelikte Oluşan Değişiklikler ile Olağan Şikayetlerle Baş Etme”, “Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri”, “Gebelikte Tehlike Belirtileri”, “Doğum Eylemi” ve “Lohusalık Dönemi, Emzirme ve Aile Planlaması”ndan oluşan altı alt bölümün tümünde eğitim öncesi ve sonrası alınan toplam bilgi puanları karşılaştırıldığında, ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Gebelerin parite durumu, sistemik hastalıklarının olup olmadığı, bu gebeliğini planlama durumu, bu gebeliğinde rahatsızlık yaşama durumu ve ailenin gelir durumu ile eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Yine gebenin yaşı, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve doğum sayısının eğitim sonrası bilgi puanını etkilemediği saptanmıştır. Gebelerin %68’inin aldıkları doğum öncesi eğitimden çok memnun, %32’sinin memnun olduğu bulgulanmıştır. Sonuç olarak, doğum öncesi verilen eğitimin gebelerin, bilgi düzeyini önemli ölçüde artırdığı ve verilen bu hizmetten çok memnun kaldıkları saptanmıştır

Anahtar kelimeler: Antenatal eğitim programı, gebe bilgi düzeyi, gebe memnuniyeti

2.SUMMARY

EFFECT OF PRENATAL TRAINING ON INFORMATION AND SATISFACTION LEVEL OF A PREGNANT WOMAN

This study, performed to investigate the effect of prenatal training on information and satisfaction level of a pregnant woman, is carried out in a quasi-experimental nature. Research data were obtained between December 4, 2012 and May 7, 2013. The research sample is composed of 50 pregnant patients admitted to the Department of Obstetrics and Gynecology Clinics, Cerrahpaşa Medical Faculty. In order to collect data, socio-demographic and obstetric data collection form, a questionnaire measuring information level and formed by 47 questions and a prenatal education satisfaction survey were used. Data were obtained by using SPSS 16.0 program and frequency, Wilcoxon signed rank test, spearman's correlation, Mann-Whitney U test. In order to determine the information level, an advanced level of a significant relationship ($p < 0,001$) was observed as a result of the comparison of total information points collected before and after the training in all six sub-sections composed of "Structure and Functioning of the reproductive organs and pregnancy formation", "Changes occurred during pregnancy and coping with the possible complaints", "Self care requirements during pregnancy", "Pregnancy Danger Signs", "Birth action" and " Postpartum period, breastfeeding and family planning". It is observed that there is no statistically significant difference ($p > 0,05$) among the information points before and after the training with the parity level of pregnant women, whether they have systemic diseases or not, planning status of that pregnancy, pregnancy discomfort level and family income. Yet the pregnant woman's age, first marriage age, first pregnancy age and the number of giving births were determined not to affect the information points after the training. It is found that 68% of pregnant women very pleased to get prenatal training and 32% of them are satisfied. As a result, the training provided to pregnant women before delivery was determined to increase the information level significantly and they were very satisfied with the service provided.

Keywords: Antenatal training program, maternal knowledge, maternal satisfaction

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın, doğası gereği yaşamın başından sonuna kadar farklı çağlardan geçer. Bunlar çocukluk, adölesan, cinsel olgunluk, klimakterium ve yaşlılıktır. Gebelik, doğum ve anne olma bu çağlara damgasını vuran olayların başında gelir. Gebelik, kadının yaşamında doğal bir süreç olmakla birlikte, özellikle ilk gebeliklerde, bilinmeyenlerle dolayısıyla korku dolu bir süreç olarak algılanabilmektedir. Bunun yanı sıra gebelik, kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir (1,2,3,4). Bu dönemini ve doğumunu güvenli koşulda gerçekleştirmesini sağlayacak nitelikli sağlık hizmetlerinden yararlanabilme hakkı, anne hakları bildirgesinde ve üreme hakları içerisinde yer almaktadır (5).

Gebenin hem bu süreçle ilgili vücudunda gerçekleşen değişiklikler hakkında, hem de gebelik süreci boyunca rutin olarak yapılması gereken testler ve muayeneler hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır. Dolayısıyla gebenin tıbbi bakım, psikolojik destek ve düzenli izleme gereksinimi olmaktadır. Bu bağlamda doğum öncesi bakım önem taşımaktadır.

Prenatal ya da antenatal bakım hizmeti olarak da adlandırılan doğum öncesi bakım, gebenin ve fetüsün gebelik süresince, düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunarak ebe, hemşire ve hekim tarafından izlenmesidir. Doğum öncesi bakımın temel amacı rutin izlemler ile birlikte kadının sağlıklı gebelik ve doğum geçirmesini, risklerin erken fark edilmesini, sağlıklı bebek dünyaya getirmesini ön görmektedir (6,7,8,9). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre sağlık personelinen en az bir kez doğum öncesi bakım alan kadınların oranı % 92'dir. Bunların içinde 6 aydan önce en az bir kez bakım alanların oranı %87, en az dört bakım alanların oranı % 74'tür. Sağlık Bakanlığına göre gebe izlem sıklığı; 1. İzlem 0-14 hafta, 2. İzlem 18-24 hafta, 3. İzlem 30-32 hafta, 4. İzlem 36-38 haftaları arasında olmak üzere en az toplam dört kez yapılmasıdır (10,11).

Doğum öncesi bakımın önemli unsurlarından biri de kadının gebelik döneminde gereksinimi olan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin nitelikli ve yeterli düzeyde verilmesidir. Gerek Sağlık Bakanlığı protokolünde ve gerekse çeşitli makalelerde

yapılan izlemlerde eğitim ve danışmanlığın gerekliliği ve önemi üzerinde durulmaktadır (10,12,13,14,15). Ne yazık ki ülkemizde bu hizmet, henüz rutin uygulamaya konup, kurumsallaşmış değildir.

Doğum öncesindeki eğitim konuları arasında anne adayının gebeliğe uyumu, vücudunda meydana gelen değişiklikler, yakınmaları ve bunlarla baş etme yöntemleri, öz bakım gereksinimleri, gebelikte tehlike belirtileri, kontrole gitme sıklığı, doğuma hazırlık, doğum sonu bebek bakımı ve annenin öz bakımı, emzirme ve postpartum aile planlamasının yer alması gerektiği belirtilmektedir (10,11,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27). Gelişmiş ülkelerde birçok ebeveynin bu eğitim programlarına katılma amaçları göz önüne alınarak, doğum öncesi eğitim sınıflarıyla ilgili yeni yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bu yaklaşımlara göre gebelik sürecine ilişkin konuların 14. haftadan itibaren doğum eylemi ve sonrası döneme ilişkin konuların da son trimesterde anlatılması öngörülmüştür (28,29).

Günümüzde doğum öncesi sınıflar, anne ve baba adaylarını doğuma bilinçli bir şekilde hazırlamak, bebeğin sağlıklı gelişimi konusunda bilgilendirmek amacıyla gelişmiş ülkelerde rutinde var olan, gelişmekte olan ülkelere ise yeni yeni rutine konulmaya başlanan bir hizmettir. Ülkemizde bazı üniversite hastanelerinde, üniversitelerin hemşirelik okullarında, özel hastanelerde ve Sağlık Bakanlığına bağlı doğumevlerinde bu hizmet ebeveynlere ücretsiz olarak verilmektedir (30). Ayrıca ebe, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, hekimin işbirliği ile yürüttüğü özel doğum öncesi eğitim sınıfları da bulunmaktadır. Bu arada, ülkemizde gebe eğitimi yapan ve yapmayı planlayan sağlık personeline (ebe, hemşire, hekim), doğal doğum felsefesi, erişkin eğitimi ve doğuma hazırlık sınıfı yürütme becerisi kazandırmayı hedefleyen eğitici eğitimi kursları da mevcuttur. 1999'dan bu yana Ebelik Uygulama Kodları'na göre antenatal eğitim, ebeğin aktivitelerinden biri olarak tanımlanmaktadır (31,32,33).

Yapılan araştırmalarda eğitim alan gebelerin sezaryen oranının daha düşük olduğu, doğuma bilinçli olarak hazırlandıkları, doğum eylemini yönetebildikleri ve aktif görev aldıkları, bu nedenle memnuniyet düzeyi ve öz güvenlerinin arttığı, doğum sonrası lohusalık depresyonuyla daha az karşılaştıkları, kendi öz bakımları ve bebek bakımı konusunda daha rahat oldukları, taburculuğa hazır oluşuk düzeylerinin arttığı, bebeğini olumlu algıladığı, ona bağlanma sürecinin hızlı olduğu ve benlik saygısının

artığı, ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranlarının ve emzirme süresinin artığı saptanmıştır (19,21,22,29,34,35,36,37,38).

Tüm bu bilgiler ışığında çalışmamız, doğum öncesi gebeye verilen eğitimin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Kadın Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı ‘sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin bedenen, zihnen sosyal yönden tam bir iyilik hali’ olarak tanımlamaktadır. Kadın sağlığı, bu bağlamda ele alındığında, kadının bedenen, zihnen, psikososyal ve ekonomik yönden tam bir iyilik halinde olması anlamı taşımaktadır (39,40,41).

Kadın sağlığı, kadının üremeye ilişkin hastalık yükünün erkeğe kıyasla 3 misli daha fazla olması nedeniyle ayrıca önem taşımaktadır. Kadınlar, doğurganlık özelliği nedeniyle dünyada ve ülkemizde önlenemez nedenlere bağlı hastalanabilmekte ve hatta ölebilmektedir. Kadın sağlığı bir kız çocuğunun doğumundan ölümüne kadar (*bebeklik-çocukluk, adölesan, doğurganlık, menopoz ve yaşlılık*) tüm yaşam dönemlerindeki sağlık durumunu içermektedir (42,43). Kadının genç kızken geçirdiği enfeksiyon, demir eksikliği anemisi ya da yetersiz beslenme gibi sağlık sorunları ileride doğurganlığını olumsuz yönde etkileyecektir. Fetüsün sağlığı, anne adayının sağlığıyla yakından ilgilidir. İyi beslenemeyen bir kız çocuğu büyüme gelişmesini yeterli düzeyde sağlayamadığı için fetüs de bu durumdan olumsuz etkilenecektir (40,41).

Kahire’ de 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (International Conferance on Population and Development- ICPD), kadın sağlığı ayrıntılı olarak ele alınıp tartışılmış ve sadece kadına sorumluluk getiren ‘ana çocuk sağlığı’ kavramı yerine hem kadını hem de erkeği kapsayan ‘üreme sağlığı’ kavramı tanımlanmıştır (40). Bunu takiben 1995 yılında Pekin’de gerçekleştirilen IV. Dünya Kadın Konferansı’nda "üreme sağlığı" kavramına tekrar vurgu yapılmış ve hem kadının hem de erkeğin intrauterin yaşamdan ölümüne dek yaşam boyu üreme ve cinsel sağlık gereksinimine dikkat çekilmiştir (41). Aynı toplantıda çağdaş ve bütünsel yaklaşımla "kadın sağlığı" tanımlanmış ve fiziksel, zihinsel sağlık kadar yoksulluk, şiddet, eğitim olanakları ve benzeri konuları içeren sosyoekonomik sağlık boyutunun da önemi üzerinde durulmuştur. Eylem planında yaşam boyu kadın sağlığı kavram ve bütünsel içeriğine uymaları konusunda tüm üye ülkelere yönelik tavsiye kararları alınmıştır. Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü, bu kararların hayata geçirilmesinin takipçisi olmuştur. 2000 yılında Birleşmiş Milletler bünyesinde 147 devlet ve hükümet

başkanlarının da dahil olduğu 189 ülke temsilcisi tarafından 1990-2015 dönemini kapsayan Binyıl Kalkınma Hedefleri belirlenmiş ve üye ülkeler tarafından Binyıl Deklerasyonu imzalanmıştır. Hedeflerin temelinde 21. yüzyılda dünyada aşırı yoksulluk ve açlığa, toplumsal cinsiyet eşitsizliğine bağlı kadın mağduriyetine son vermek yer almaktadır. Aşağıda sekiz başlık altında özetlenen hedeflerin dördü doğrudan, dördü de dolaylı olarak üreme sağlığıyla ilgilidir;

- Mutlak yoksulluk ve açlık sınırının altında yaşayan kişi sayısını yarıya indirmek
- Herkesin ilköğretim eğitimi almasını sağlamak
- Cinsiyet eşitliğini öne çıkarmak ve kadını güçlendirmek
- Beş yaş altındaki çocuk ölümlerini üçte iki oranında azaltmak
- Doğumla ilgili anne ölüm oranını dörtte üç oranında azaltmak
- HIV/AIDS, sıtma ve tüberküloz gibi hastalıkların yayılmasını önlemek
- Çevresel sürdürülebilirliği sağlamak
- Kalkınma için küresel işbirliğini sağlamak

Yapılan uluslar arası kadın ve nüfus konferansları ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün raporları sonucunda sağlık bütün insanların doğuştan sahip olduğu bir insan hakkı olarak gündemde tutulmuş, "kadının bir birey" olduğu kabul edilerek sağlığının korunması ve yeterli sağlık hizmeti almasına yönelik sözleşmeler imzalanmıştır. İmzalanan bu sözleşmeler sonucunda ülkeler sağlık ve kadın sorunlarının giderilmesinde önemli sorumluluklar üstlenmiştir (40,43,44,45).

4.1.1.Kadın Sağlığını Etkileyen Faktörler

Kadın sağlığı, aile ve toplumdan kaynaklanan psikososyal faktörler ve politik yapılardan etkilenmektedir. Kadın sağlığını etkileyen faktörlerin başında ise " kadın statüsü" gelmektedir. Kadın statüsü, sağlık durumunu ve doğurganlık davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Kadının toplumsal statüsünde belirleyici olan faktörler şunlardır:

- Toplumsal cinsiyet rolünün algılanışı
- Toplumsal cinsiyette eşitlik ve hakkaniyet yaklaşımı

- Eğitim düzeyi
- Çalışma yaşamına katılım ve gelir düzeyi (iş olanakları, endüstri ve hizmet sektöründe kadın oranı)
- Sosyal güvence varlığı
- Karar verme sürecine katılım oranı (milletvekili sayısı, yerel yönetimlerde kadın oranı)
- Sosyal engellerin varlığı (kadına karşı ayrımcılık, kadına karşı şiddet, geleneksel uygulamalar, eşitlikçi yasaların yokluğu)
- Kadın sağlığını etkileyen faktörlerin içinde statü belirleyici özelliklerin (eğitim düzeyi, sosyo-kültürel yapı ve ekonomik düzey) yanı sıra yasaların, politikaların ve insan haklarının varlığı ve uygulanışıyla mevcut sağlık sistemi ve kadının biyolojik özellikleri de yer almaktadır (43,46,47,48,49).

4.1.2. Dünyada Kadın Sağlığı

Toplumsal cinsiyetteki eşitsizlikler nedeniyle dünya genelinde kadınlar fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklarını ya da yaşamlarını kaybedebilmektedirler. Bu sebepten dolayı kadınlar daha az öğrenim görmekte, daha az işgücüne katılmakta ve daha az gelir elde etmektedirler. Konuyla ilgili şu çarpıcı veriler durumu açıkça göstermektedir. Dünyada eğitimsiz insanların %70'i (1.3 milyar) kadındır. Dünyada kadınlar çalışan nüfusun yarısını oluşturmalarına ve iş yükünün 2/3'ünü karşılamalarına rağmen dünya gelirinin onda birine, yeryüzünde mal varlığının yüzde birine sahiptirler. Dünyada yoksulluk sınırı altında yaşayan her on kişiden yedisi kadındır. Kadın yoksulluğu, hem zengin hem de fakir ülkelerde görülmektedir. Bu durum, çalışma yaşamında kadınların eşit olmayan konumunu ve ev içindeki düşük statülerini yansıtan bir göstergedir. Cinsiyete dayalı iş bölümü kadının sıklıkla ücretsiz aile işçisi olmasına, emeğinin karşılığını bulamamasına, ücreti daha düşük işlerde çalıştırılmasına, evlilik ve doğum nedeniyle işten çıkarılabilmesine, yönetim kademelerinde yer alamamasına, yüksek toplumsal artı değer taşıyan işlerin daha çok erkekler tarafından yapılmasına neden olmaktadır. Öğrenim, kadının işgücüne katılımını olumlu etkilerken, evli ya da çocuk sahibi olma da kadınların çalışma yaşamını olumsuz etkilemektedir (50,51,52,53,54,55).

Anne ölümlerine baktığımızda, dünyada bir yıl içinde gebelik ve doğuma ilişkin nedenlerle 358 bin anne ölümü gerçekleşmektedir. Bu ölümlerin birçoğu önlenabilir nedenlerden kaynaklanmakta ve her gün yaklaşık 1000 kadın, gebelik ve doğumla ilgili nedenlere bağlı hayatını kaybetmektedir. Anne ölümlerinin %99'u (355 bin) az gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Ölümlerin %87'si (313 bin) Sahra Altı Afrika ve Güney Asya ülkelerinde meydana gelmektedir (56). Kadının annelik nedeniyle ölme riski ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Örneğin; üreme çağı süresince anne ölüm riski Sahra Altı Afrika'da 31 kadında 1 iken, Okyanusya'da 110 kadında 1, Güney Asya'da 120 kadında 1, gelişmiş ülkelerde 4300 kadında 1'dir. Afganistan'da anne ölüm riski, 11 kadında 1 olarak en yüksek düzeyde saptanmıştır. 1990-2008 yılları arasında dünya genelinde anne ölüm hızı ancak üçte bir (%34) oranında azaltılabılmıştır (57). Anne ölümlerinin 2015 yılına kadar dörtte üç oranında azaltılabılmesinde, kaliteli doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi, yaygınlaştırılması ve erişimin kolaylaştırılması önem kazanmaktadır. Bu hizmetlerin sunulmasında, ebe ve hemşirelere de önemli sorumluluklar düşmektedir (58).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 raporuna göre 1990 yılından sonraki 20 yıl içinde güvenli annelik hizmeti kullanımında önemli iyileşmeler olmuştur. Evli 15-49 yaş kadınlarda aile planlaması (AP) yöntemi kullanımı; 1990'da %52'den 2008'de %62'ye yükselmiştir. 2000-2010 yılları arasında gebelerin %80'i gebelik süresince en az bir kez doğum öncesi bakım almıştır. Eğitilmiş sağlık personeli tarafından doğum yaptırma oranı; 1990'da %53'ten 2008'de %63'e yükselmiştir (57).

4.1.3. Türkiye'de Kadın Sağlığı

Türkiye'de kadın ve çocuk sağlığına ilişkin ölüm ve hastalık değerlerinde önemli ölçüde iyileşme olmasına rağmen henüz istenen düzeye ulaşamamıştır. Ayrıca gelişmekte olan pek çok ülke gibi Türkiye'de de kadınların statüleri düşük olup sağlıkla ilgili göstergeleri yeterli değildir (43,59). 2012 yılında 75 627 384 kişi olan Türkiye nüfusun yarısını (%49,8'i) kadınlar oluşturmaktadır (60).

Kadının sosyal konumunu ve sağlığını belirleyen ölçütlerden bazıları eğitim durumu, çalışma yaşamı ve karar mekanizmalarda yer alış biçimidir. Ülkemizde

kadınlarımızın hala %7,8 okur-yazar değildir. 2011-2012 öğretim yılında kız çocuklarımızın okullaşma oranı, ilköğretimde %98,6, ortaöğretimde %66,1, yükseköğretimde ise %35,4 olarak saptanmıştır (60). Görüldüğü gibi kız çocuklarımız eğitimi, ilköğretimden sonra giderek azalmaktadır.

Kadınlarımızın sadece %31'i aktif çalışma yaşamında bulunmaktadır. Tarım alanında çalışanların oranı %40, sanayi alanında çalışanların oranı %8, hizmet alanında çalışanların oranı %51 olarak saptanmıştır (10). Tarım alanında çalışan kadınlarımızın hemen hemen hepsi ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır. Sanayide çalışan kadınlarımız da genellikle sosyal güvenceden yoksun bırakılabilmektedir.

Siyasette, toplumsal cinsiyet eşitliği henüz sağlanamamıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi'ndeki kadın oranı yıllar içinde yükselmiş olsa da, 2011 yılı seçim sonucunda 550 üyeli parlamentoda kadınlar sadece 78 koltuğa sahip olabilmıştır. Dünya genelindeki parlamentolarda kadınların temsil oranı dikkate alındığında, Türkiye 175 ülke arasında 107'nci sırada yer almaktadır (61).

Kadına yönelik şiddet, kadınları en temel insan haklarından ve temel özgürlüklerinden mahrum eden, sağlıklarını olumsuz etkileyen, sosyal ve ekonomik yaşama etkin katılmasını engelleyen ciddi bir toplumsal sorundur. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün 2009 yılında gerçekleştirdiği 'Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet' araştırmasına göre, çalışma kapsamına alınan kadınların %39'u fiziksel şiddet, %15'i de cinsel şiddet yaşarken, %42'si iki şiddetten en az birini, %44'ü duygusal şiddet/istismar, %23'ü ekonomik şiddet/istismar yaşadığı ifade edilmiştir. Şiddetlerden herhangi birini gören kadınların %92'si, hiçbir resmi kurum ve sivil toplum kurumuna başvurmadığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada gebelikte fiziksel şiddetin %10 olduğu belirlenmiştir (62). Ayrıca ülkemizde gerçekleştirilen benzer çalışmalarda gebelikte fiziksel şiddet sıklığı, %4,8 ile %36,4 arasında değişmektedir (63,64,65,66,67,68,69,70,71).

1987 yılında Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde Nairobi'de yapılan uluslararası bir toplantı ile temel amacı anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmak olan "Güvenli Annelik" programı başlatılmıştır. Günümüzde 100'den fazla ülkede uygulanan bu program, Türkiye'de 1994 yılında pilot uygulama şeklinde başlatılmıştır. Güvenli

annelik; anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım, tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütünsel bir yaklaşımdır. Bu kavram aynı zamanda kadının çalışma yaşamını iyileştirilip ekonomik yönden güçlendirilmesini, eğitim fırsatlarına erişimin artırılmasını ve siyasal yönle de eşitliğinin sağlanmasını destekler (12).

Türkiye’ de toplam doğurganlık hızı 2,1’dir. Bu oran, bölgelere, kırsal ve kente göre değişmektedir. Batı ve Doğu Anadolu arasında önemli farklılık bulunmaktadır. Batıda doğurganlık hızı 1,73 iken doğuda 3,27’dir (10).

İlk evlenme yaşı yıllar itibariyle yükselerek 2008 yılında 20,9’a ulaşmıştır. Böylece adölesan anne oranlarında azalma sağlanmıştır. Adölesan anne oranı, 2003 yılında %7,5’e, 2008 yılında %5,9’a düşmüştür. Adölesan annelik, kırsal yerleşim yerlerinde, kentsel alanlara göre daha yaygındır ve bölgeler arasında farklılıklar hala devam etmektedir. Doğu Karadeniz’de 3,1 iken Orta Doğu Anadolu’da 10,4 olarak saptanmıştır (10). Adölesan annelerde anemi, postpartum kanama, baş-pelvis uygunsuzluğa bağlı distosi ve artmış sezaryen doğum olasılığı, depresyon gibi mental sorunlar sık görülmektedir. Ayrıca, preeklampsi, eklampsi, perine yırtığı, erken membran rüptürü gibi riskli durumlar daha fazla saptanmaktadır. Adölesan annelerin bebeklerinde de daha fazla komplikasyon bildirilmektedir. En yaygın komplikasyon düşük doğum ağırlığı saptanmıştır (72,73,74,75,76,77).

Türkiye’nin Binyıl Kalkınma Hedefleri 2010 raporunda; 2005-2010 yılları arasında özellikle anne ve çocuk sağlığı alanında önemli ilerlemeler kaydettiği belirtilmektedir. Ülkenin gelişmişlik düzeyi olarak bilinen anne ve bebek ölüm hızları önemli düzeyde düşmüştür (78). Türkiye’de 2003 yılında bebek ölüm hızı %0,29 iken, 2008 yılında %0,17’ye düşmüştür (10). Yine ülkemizde memnuniyet verici bir durum anne ölüm oranımız, 1990 yılında yüz bin canlı doğumda 68 iken 2008 de 23’e düşmüştür (10). Sağlık Bakanlığı’nın Ulusal Strateji Planında, 2012 yılında ülkemizde anne ölüm hızının yüz bin canlı doğumda 10’un altına düşürülmesi hedeflenmektedir (79). Ulusal Anne Ölümleri Çalışması’na göre, anne ölüm nedenleri arasında ilk sırada %25 ile (doğumdan hemen önce, doğum sırasında veya doğum sonrası) kanamalar, ikinci sırada %21,2 ile dolaylı nedenler ve üçüncü sırada %18,4 ile ödem, proteinüri ve

hipertansif durumlar yer almaktadır. Anne ölümlerinin %61,6'sı önlenbilir nedenlerle olmaktadır. Anne ölümlerinin engellenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından halka ve sağlık profesyonellerine yönelik çeşitli programlar geliştirilmiş ve uygulanmaya konmuştur (80).

Türkiye'de son beş yılda gerçekleşen doğumların %91'i eğitimli sağlık personeli yardımıyla yapılmıştır. Sağlık Kuruluşu dışında gerçekleşen doğumların %16,7'sinde ise doktor veya ebe / hemşire bulunmuştur. Doğum sırasında sağlık personelinin yardım almasını kadının yaşı, eğitimi, yaşadığı yer, statüsü ve doğum sayısı etkilemektedir (10).

Türkiye'de 1993 yılında gebelerin %62,3'ü doğum öncesi bakım alırken, 2008'de %92'sinin en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir. Yeterli sayıda (4 ve üzeri) doğum öncesi bakım alanların oranı ise %73,7 olarak saptanmıştır. Doğum öncesi bakım alma oranı bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Batı Anadolu'da %96,8, Doğu Anadolu'da %79,1 olarak saptanmıştır. Doğum öncesi bakım veren birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada gebe ve lohusa izlemlerinin tam ve doğru olarak yapılmadığı, gebeliklerin erken dönemde saptanmadıkları, ev ziyaretlerde yapılması gereken ve anne için hayati önem taşıyan uygulamaların yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır (81). Bu yüzden doğum öncesi bakımın niteliğinin artırılması ve en yüksek düzeyde yarar sağlanabilmesi için gebelik sırasında yapılacak eğitime önem verilmesi gerekmektedir. Bu amaçla doğum öncesi bakımın bir parçası olan gebe eğitimi uygulamalarının özellikle ebe/ hemşireler ve hekimlerde benimsenerek yaygınlaştırılmasının gerektiği belirlenmiştir (81,82,83). Ayrıca kırsal bölgelerde yaşayan, çalışmayan, eğitim düzeyi düşük olan kadınlar ile yüksek riskli gebelerin takibinde görev alan sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin artırılması gerektiği saptanmıştır (84,85,86). Sağlık Bakanlığı Türkiye Üreme Sağlığı Programı Sağlık Arama Davranışı Araştırmasına göre doğum öncesi bakım almadaki engeller aşağıdaki tabloda belirtildiği gibi gebe kaynaklı ve hizmet kaynaklı olmak üzere iki şekilde belirlenmiştir (87).

<u>Gebe Kaynaklı Engeller</u>	<u>Hizmet Kaynaklı Engeller</u>
<ul style="list-style-type: none"> • DÖB sırasında önerilen vitamin ve demir preparatlarının, tetanos aşısının bebeği aşırı geliştireceği, bunun sonucunda doğumun zorlaşacağı düşüncesinin yaygın olması, • Gebelik ve doğumun doğal bir süreç olarak algılanması ve bu nedenle de sağlık kontrolüne gitmenin çok da gerekli görülmemesi, • Sağlık güvencesinin olmaması, • Sağlık kuruluşuna uzaklık nedeniyle özellikle kış aylarında ulaşım zorluğu yaşanması, • Sağlık ocakların bazılarında verilen doğum öncesi bakım hizmetinin gebelerin beklentilerini karşılamaması, • Gebelerin, özellikle kırsal yörelerde toplumsal konum açısından tek başına sağlık hizmeti almaya gönderilmemesi, • Sağlık kontrolüne gitme kararının kayıncı ve kayıncı tarafından alınmaması, • Eşin şehir dışında ya da yurt dışında çalışıyor olması nedeniyle gebenin ekonomik ve sosyal açıdan zorlanması, • Okuma yazma bilmeyen ve kendini ifade edilemeyen gebelerin tek başına sağlık kurumuna başvurmakta zorlanması, • Bazı gebelerin doktora gitmekten daha çok jinekolojik muayeneden utanması, 	<ul style="list-style-type: none"> • DÖB hizmeti verecek sağlık personelinin olmaması, var olanların çeşitli nedenlerle yerinde bulunamaması ya da iş yükünün yoğun olması, • Sağlık personelinin genelde ultrason olmadan DÖB hizmeti verilemeyeceği algısı, • Sağlık ocaklarının pek çoğunda gebelik tespiti ve tetanos aşılması dışında bir hizmet sunulmaması ve gebelerin muayene için hastaneye yönlendirilmesi, • Sağlık personelinin görevde kısa süre kalması ve sürekli değişmesi, • Sağlık personelin zaman zaman gebelere yargılayıcı bir tutum takınması ve bunun da gebeler tarafından “saygısızlık” olarak nitelendirilmesi, • Gebeler arasında anlatılan olumsuz deneyimlerin daha önce sağlık kurumuna başvurmamış olanların cesaretini kırması, • İlgisizlik, olumsuz deneyimler, nitelsiz iletişim, geri bildirim alamama, sistemik muayene yapılmadan reçete yazılması, • Hiçbir yakınması olmadan sağlık ocağına başvurmanın sağlık çalışanınca iyi karşılanmayacağı düşüncesi,

4.2. Anne Dostu Doğum Kavramı, İlke ve Uygulaması

4.2.1.Kavramsal Çerçeve

Anne dostu doğum kavramı; anne ve bebek için doğal, daha iyi ve daha sağlıklı doğum uygulaması ve bakımı anlamı taşır. Anne, bebek ve ailenin bakımı, iyiliği ve refahı için en doğru yoldur. Gebelik ve doğum fizyolojik bir olaydır. Bu süreç kendi doğallığına bırakılmalıdır. Fakat günümüzde doğum eylemi, gelişen teknoloji ile beraber gereksiz müdahalelerin yapıldığı, kadının doğumda etkin rol alamadığı ve kötü anımsanan bir süreç haline gelmiştir. Bu süreçte kadına sağlanan fiziksel, psiko-sosyal destek ve eğitim, kadının doğumda aktif rol oynayarak sürecin iyi anımsanmasına yardımcı olacaktır. Kavramın temelinde doğum öncesi dönemden itibaren tüm süreçte kanıt temelli uygulamaların rehber alınması, gereksiz girişimlerin azaltılması, gebe ve ailesinin desteklenmesi amaçlanmaktadır. Böylece anne ve yenidoğan mortalite ve morbidite oranlarının düşürülmesi hedeflenmektedir. Anne dostu kavramı, doğumu yöneten sağlık profesyonelleri tarafından etkin kullanıldığında, doğum daha güvenilir, kadının kendi istediği şekilde gerçekleşmiş olacaktır. Doğumun yanı sıra antenatal ve postnatal bakım hizmetlerinin de bakım protokollerine uygun verilmesi sağlanacaktır. Bu aşamada ebe ve hemşireye önemli rol düşmektedir. Ebelik hizmetleri nitelikli ve yeterli olan, doğumu ebelerin yönettiği ülkelerde, narkotik analjezi, amniyotomi, fetal monitörizasyon kullanımı, sezaryen ve buna bağlı maternal ve fetal morbidite ve mortalite oranlarının daha düşük olduğu bilinmektedir (88,89). Sezaryen prevalansının artışı, WHO tarafından uluslararası bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 2002 yılında belirlediği sezaryen oranı, %10-15 iken bu oran, Amerika da %27,3 Hindistan da %41 Nijerya'da %22,8 Türkiye de ise %48,5' dir. Ülkemizde primer sezaryen oranı da %24,5'dir (10,90,91,92,93).

4.2.2. Tarihsel Süreç

1990'lı yılında ABD' de birçok kişi ve kuruluşun ortak çabası ile gebelik, doğum, lohusalık ve emzirme sürecindeki bakım, yani "Analık Hizmetleri" iyileştirilmeye ve geliştirilmeye başlanmıştır. Temel misyonu "Mother-Frendly Childbirth Initiative = Anne Dostu Doğum İnsiyatifi" olan bu girişim ile "Anne-Dostu Doğum Model" i benimsenmiş, kanıt temelli bakım adımları ve içeriği tanımlanmış,

eğitim, bilgilendirme ve tanıtım çalışmaları başlatılmıştır. 1996 yılından bu yana kar amacı gütmeyen bir organizasyon olan CIMS (The Coalition for Improving Maternity Services = Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu) ve UFMC (United Families for Midwifery Care) bu misyonun ve çalışmanın öncülüğünü yürütmektedir. Günümüzde bu çalışma kapsamında, birçok üniversitede kanıt temelli anne dostu doğum uygulama çalışmaları gerçekleştirmiş ve hizmet sunuculara yönelik rehber kitap hazırlanmıştır. Anne-dostu doğum ve doğumun yapıldığı yerler tanımlanmıştır. Anne dostu bakım ile doğum inisiyatifi çerçevesinde 10 adım belirlenmiş ve bebek-dostu adımları da bu kapsama alınmıştır. Doğum ncesi, doğum ve doğum sırasında sağlık profesyonellerin verdiği hizmete ilaveten doğum kou, gebelik-doğum ve lohusalık danışmanı, eş ya da destekleyen bir yakın, arkadaş, emzirme danışmanı ve benzeri kişilerin verdiği yardımcı/destekleyici hizmetler de eklenerek analık hizmet yelpazesi genişletilmiştir (94,95).

4.2.3. Anne Dostu Doğum İnsiyatifi (Mother-Friendly Childbirth Initiative)

Felsefesi ve İlkeleri

Felsefesi

Anne dostu doğum inisiyatifi felsefesine göre, doğum, normal, doğal ve sağlıklı bir süreçtir. Asla rahatsızlık ve hastalık sayılmaz. Bu felsefede anne ve bebek, doğum için gerekli ‘‘doğal bilgeliğe ve enerjiye’’ sahip olduğu belirtilerek doğumların, hastane ve doğum merkezleri dışında uygun koşullar yaratılıp desteklendiğinde evde de güven içinde yapılabileceği vurgulanmaktadır. Kadının, kendi ve bebeği ile ilgili tam ve doğru bilgi alma ve sağlık bakımına karar verme hakkına sahip olduğu, aydınlatılmış onam verme ya da aydınlatılmış reddetme hakkı olduğu savunulmaktadır. Doğal doğum sürecini savunan ve destekleyen ‘‘ebelik bakım modeli’’ nin gebelik ve doğumda kadınların çoğunluğu için en uygun seçenek olduğu belirtilmektedir.

İlkeleri

Güçlendirme/Yreklendirme; bu yaklaşım, gebelik, doğum ve yenidoğan dönemlerinde yaşamsal önem taşıyan anne, bebek, aile bağlanmasını desteklemektedir. Böylece kadının doğum yapma, kendi bebeğine bakma gücü, yeteneği ve öz güven duygusu geliştirilmektedir.

Otonomi; her kadın ve ailesi, sağlıklı ve keyifli doğum tecrübesi yaşama, kişisel tercihlere saygı gösterilen bir ortamda doğum yapma, gebelik, doğum, lohusalık ve yenidoğan bakımı ve beslenmesi konusunda tüm seçeneklerden yararlanma, kullanılan ilaçlar, uygulanan testler ve girişimlerin yarar ve riskleri hakkında güncel ve tam bilgi edinme, bu konuda aydınlatılmış onam ve aydınlatılmış ret hakkına sahip olma, kendi ve bebeği için en uygun seçenekleri belirlemek üzere inanç ve değerler temelinde gerekli desteği alma hakkına sahip olmalıdır.

Zarar Vermeme; gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde kanıt temelli olmayan rutin girişimleri zorunlu olmadıkça uygulamamak. Standart hale gelmiş birçok tıbbi testler, prosedürler, teknoloji ve ilaçların, anne ve bebek açısından risk yaratabileceğine dikkat çekilmektedir. Yine komplikasyon durumunda da gerçekleştirilecek olan tıbbi tedavinin kanıt temelli olmasına özen gösterilmesi vurgulanmaktadır.

Sorumluluk Alma; her sağlık çalışanı, kaliteli bakım ve bakım seçenekleri hakkında bilgi vermekten sorumludur. Maternal bakım uygulamaları, sağlık çalışanı odaklı değil anne ve bebeğin gereksinimine odaklı olmalıdır. Tüm kadınların analık hizmetlerine eşit erişimi sağlanmalı ve bu hizmetlerin niteliği sürekli değerlendirilmelidir.

4.2.4. Anne Dostu Doğum İnsiyatifinde Ön Görülen ‘10 Adım’

Anne dostu doğum insiyatifi felsefesi ve ilkeleri ışığı altında dikkate alınması gereken 10 adım aşağıdaki gibi belirtilmiştir.

1. Tüm doğum yapan annelerin, doğum arkadaşı erişimini kolaylaştırmak, emosyonel ve fiziksel destek almalarını ve profesyonel ebelik hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak. Doğumu yöneten sağlık profesyonelleri için WHO’ nun klavuzuna göre "kanıt temelli 6 uygulama" aşağıdaki gibi ifade edilmiştir.

- Doğum kendiliğinden başlamalı,
- Travay süresince gebenin hareket özgürlüğü olmalı,
- Doğum boyunca gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmeli,
- Gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalı,
- Doğumda sırt üstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmeli,

- Doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır,
2. Kurumun bakım uygulamaları, prosedürleri, girişim ve sonuç oranları dahil istatistiki bilgileri topluma doğru ve eksiksiz olarak duyurmak,
 3. Annenin etnisitesine, inanış, değer ve geleneklerine duyarlı ve kültürüne uygun bakım sağlamak,
 4. Doğumda kadına, özel bir komplikasyon durumu yok ise, hareket serbestliği, yürüme, travay ve doğumda kendi tercih edebileceği pozisyonu sağlamak. Özellikle litotomi pozisyonunu terk etmek,
 5. Politika ve prosedürleri açıkça tanımlamak, kadının bir doğum merkezinden diğerine transferi gerektiğinde sağlık çalışanı ile haberleşme dahil ilgili analık hizmetleri konusunda işbirliği sağlamak. Anne ve bebeğin, emzirme desteği dahil prenatal dönemden taburculuğa kamunun uygun kaynaklarından yararlanmasını sağlamak,
 6. Vulva tıraşı, lavman, IV besleme/damar yolu açma, ağızdan gıda alımını durdurma, membranı erken açma, sürekli elektronik fetal monitörizasyon gibi bilimsel kanıt ile desteklenmeyen uygulama ve prosedürleri rutin olarak kullanmamak,
 7. Doğum ağrısını ilaçsız yönetmek için sağlık çalışanı eğitmek. Böylece analjezik ve anestetik maddelerin kullanımını en aza indirmek ya da engellemek,
 8. Hasta, prematüre ya da konjenital anomalili bebeği olan anneler dahil tüm anne ve aileleri, bebeklerine dokunma, onu kucaklama ve bakımını verme konusunda cesaretlendirmek,
 9. Yenidoğana dini olmayan sünnet uygulaması konusunda cesaretlendirmemek,
 10. WHO-UNICEF' in belirlediği "bebek dostu uygulamasının 10 adımına" uymak ve başarılı emzirmeyi desteklemek (94,95).

4.3 Doğum Öncesi Eğitim Programları (DÖE) ve Doğuma Hazırlık Sınıfları (DHS)

4.3.1. Dünyada Tarihsel Süreç

İlk çağlarda kadınlar, doğum sürecine direnmiyorlar ya da onunla savaşıyorlardı. Doğum sürecinin, uterus kasılmalarının ve ağrının kadın tarafından kanıksanması ve kabul edilmesi, sorunların daha az yaşanmasına neden olmaktadır.

Doğum süreci ile ilgili bilgiler, öykülere, gözlemlere ve doğrudan deneyimlere dayanmaktaydı. Kadın gebelikte ve doğumda çoğunlukla kendi annesi, büyükannesi, kardeşleri ya da çevresindeki diğer kadınlar tarafından desteklenmekteydi. O dönemde gebe kadının bedenine tapılır ve doğum yapan kadına yeni bir canlı yarattığı için diğer kadın ve erkekler tarafından saygı duyulurdu. Günümüzde bu durum, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı temelinde kadının düşük statüsüyle birlikte bozulmuş ve önemli değişikliğe uğramıştır. Artık gebelik ve doğumun kontrolü ve karar süreci, genellikle erkeklerin egemen olduğu kadın doğum hekimlerinin inisiyatifine bırakılmıştır. Orta Asya'da başlayan, tek tanrılı dinlerin yükselişiyle birlikte erkek tanrılara tapılmaya başlanmıştır. Bu durum ataerkil toplumların yükselişini de beraberinde getirmiştir ve insanların doğuma bakışlarını değiştirmiştir. Doğum eylemi, artık normal sürecinden uzaklaşırken ebelerin görevleri de sınırlanmaya başlamıştır. Ortaçağ Avrupa' sında ebeler, doğum eyleminde kadını sakinleştirici ve destekleyici rol üstlenmiş ve iyi ebe, başarılı doğum ile özdeşleştirilmiştir. Başarılı doğum ise, kadının hevesini ve heyecanını korumak, mahremiyetini ve saygınlığını sürdürmek, doğum eylemi sırasında müdahale etmemek ve bir şeyler yanlış gittiğinde gerek duyulursa oldukça az müdahalede bulunmak ile formüle edilmiştir.

1850'li yıllarda hekimler, doğum eyleminde metal kaşıklar yani forsepsi kullanmaya başlamıştır. Yine o yıllarda Edinburgh'dan Sir James Young Simpson hoş kokulu, uçucu organik bir sıvı olan kloroformun anestetik özelliğini keşfetmiş ve dönemin önde gelen kadınlarından kraliçe Victoria'yı ikna ederek sekizinci doğumunda kloroformu kullanmıştır. Sonrasında doğum ağrısından korkan kadınlar arasında bu hekimin ünü artmıştır. Bunun sonucunda gerek anestezi kullanımı ve gerekse müdahaleler, doğumları evden hastaneye taşımış ebelerin görevini de sınırlamıştır. Müdahale ve anestezi komplikasyonu ve hastane kirliliği enfeksiyonu beraberinde getirerek anne ölümleri artmıştır. Güvenli ve iyi bir tedavi almak için hastaneye gelen birçok kadın, lohusalık humması olarak adlandırılan enfeksiyona bağlı olarak ölmüştür. Sağlık çalışanları önemli bir gerçeğe yüz yüze kalmışlardır ve daha iyi doğum yaptırma arzusu içindeyken hastanedeki doğumların, evdeki doğumlara kıyaslandığında evdeki ölüm oranının daha az olduğunu görmüşlerdir. Bunun üzerine hastanede el yıkama teknikleri geliştirmeye çalışmışlardır. O dönemdeki sanayileşme ve teknolojinin gelişmesi sağlık hizmetlerinin de gelişmesini sağlamıştır. Bu durum kadın doğum

alanına yansımış ve teknolojinin üstün imkanlarından anne ve bebek yararlanırken kadının doğal ve kendi insiyatifi ile yaptırabileceği doğumu komplike hale getirmiştir. Yani kadınlar artık doğumlarını kendileri değil, teknolojinin ve hekimlerin eline bırakmıştır. Doğum, kadınların elinden alınmış, kendi durumlarını yönetemeyecek hale getirilmiştir. Bunun sonucunda sezaryen oranlarında ciddi artışlar olmuştur. O dönemde gelişen kadın hakları ile beraber, kadının kendi bedeninde hak sahibi olma, sağlık bakımı kararı verme, kendi ve bebeği ile ilgili bilgi alma konuları gündeme gelmiştir. Gelişmiş ülkelerde sağlık programlarında konuşulmaya başlanmış ve doğum öncesi bilgilendirme ve eğitim programları oluşturulmaya başlanmıştır. Bu programlarda gebelik, doğum, lohusa konusunda bilgi ve deneyim paylaşımlarının yanı sıra gebe kadın ve ailesinin becerileri de geliştirilmiştir. Örneğin doğuma hazırlıkta relaksasyon, solunum teknikleri, doğum ağrısının yönetimi, egzersiz gibi konularda yetkin hale getirilmiştir. Doğum ağrısı yönetiminde, sağlık çalışanları da bazı felsefe ve teknikler geliştirmiştir. Bunlardan bazıları, aşağıdaki gibi tarihsel süreç doğrultusunda sıralanarak doğuma hazırlık sınıflarını biçimlendirmiştir (90,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105).

- Gelişmiş ülkelerde 20.yy başında ilk model Dick-Read tarafından geliştirilmiştir. ‘Doğal Doğum’ ve "Korkusuz Doğum" adlı iki kitabı bulunmaktadır. Gebelerde doğum korkusu ve gerilimi azaltarak ağrıyı hafifletmeyi amaçlamıştır.
- 1913’te ABD’ de ilk resmi doğuma hazırlık eğitimleri Red-Croos tarafından başlatılmıştır.
- 1939’da Newyork ileri Doğum Öncesi Bakım Servisi kurulmuştur.
- 1950’de Dick-Read’in ikinci kitabı “Childbirth Without Fear” ABD’de yayımlanmış ve büyük ilgi görmüştür.
- 1951’de Fransız Kadın-Doğum uzmanı Dr Fernand Lamaze tarafından Lamaze metodu geliştirilmiş ve ünü, ABD 'de hızla yayılmaya başlamıştır. Lamaze, korku-gelirim-ağrı çemberini kırarak gebeyi duygusal ve bedensel olarak doğuma hazırlamayı ve babaların da doğuma katılarak eşlerini desteklemeleri gerektiğini savunmuştur. 1960’ta International Childbirth Education Association (ICEA)’ ı kurmuş ve felsefesini uluslararası boyuta taşımıştır.

- 1965'te Kadın Doğum uzmanı Dr Robert Bradley metodunu oluşturmuştur. "Eşin Antrenörlüğünde Doğum" kitabını yayınlamıştır. Doğumda rutin yapılan gereksiz uygulamalardan kaçınılmasını ve tüm uygulamaların kanıt temelli olması gerektiğini savunmuştur.
- 1985'te Farkındalığa Dayalı Doğum ve Ebeveynlik modeli (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting) Nancy Bardacke tarafından geliştirilmiştir. 1970'lerde Kabat-Zinn ve arkadaşları tarafından Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) programından türemiş ve daha sonra Nancy Bardacke tarafından doğuma hazırlık alanında uygulanmaya başlanmıştır. Bu model, gebenin gözlem yapma yeteneğini geliştirme, bedendeki mental, fizyolojik değişikliklerin farkına varma ve istedik duruma ulaşmayı hedeflemiştir.
- 1970'lerde Odent yöntemi, doğal doğum konusunda yaptığı çalışmalarla genel cerrahi uzmanı Dr. Michel Odent tarafından oluşturulmuştur. Olumsuz doğumlar gözlemleyerek geleneksel doğum yöntemlerinin daha az yorucu ve travmatik, komplikasyonsuz olduğunu savunmuştur. Odent, uygun çevre koşulları yaratma, spontan psikofizyolojik süreci bozmama ve kanıt temelli uygulamalar gerçekleştirmenin önemini vurgulamıştır.
- 1975'te LeBoyer yöntemi, Kadın-Doğum uzmanı Dr. Fredric LeBoyer' in geliştirdiği yöntemdir. "Birth Without Violence" başlıklı kitabı yayımlamıştır. Geleneksel hastane doğumlarının bebek için stresli ve travmatik olduğunu görmüş ve onunla beraber şiddetsiz doğum kavramını ön plana çıkarmıştır.
- 1990'da HypnoBirthing metodu, eğitimci Marie F. Morgan tarafından geliştirilmiştir. Ardından tüm dünyaya açılan HypnoBirthing Enstitüsü'nü kurmuştur. "Her kadın kendisi ve bebeği için doğumun en iyi şekilde gerçekleşmesini sağlayacak içgüdü ve enerjiye sahiptir" önermesini savunmuştur.
- 1990'lı yıllarda England yöntemi hemşire/ebe kökenli bir doğum eğitimcisi olan Pam England tarafından oluşturulmuştur. Ebeveynlerin doğum hakkındaki bilgilerini kendi annelerinden, babalarından, bebeklerinden ve kültürel bakış açısından öğrenmeleri gerektiğini savunmuştur (90,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105).

4.3.2. Türkiye’de Tarihsel Sürec

Türkiye’de antenatal eğitim programlarının tarihi, dünyada olduğu kadar eski değildir. Antenatal eğitim programlarına katılmak her çiftin/bireyin hakkıdır. Sağlık Bakanlığından önce, Türkiye’de kişi ve grupların /sivil toplum kuruluşlarının, bazı kurumların bu konuda çabaları olmuştur. Artık anne adayları doğumun merkezinde olmayı, doğumu güzel bir deneyim olarak eşi ve sevdikleriyle birlikte yaşamayı ve kendi bedenlerine güvenerek girişimsiz doğumlar yapmayı istemektedirler. İşte anne adaylarının bu istekleri; çiftlerin bu programlara katılımlarını artırmış ve devletin de bu konuda politikasını sürdürmesine katkı sağlayarak antenatal eğitim programlarının kurumsallaşmasını hızlandırmıştır (98). Sağlık Bakanlığı’nın bu programları desteklemesinde, normal doğumu istemesi, bunu medya ve diğer kanallarla halka duyurması, ayrıca ebe ve hemşirelerin de düzenlenen eğitim programlarıyla bu konudaki görev, yetki ve sorumlulukları hususunda farkındalıklarının artırılması etkili olmuştur.

Günümüzde bazı üniversite hastanelerinde, üniversitelerin hemşirelik fakülte ya da yüksekokullarında, bazı özel hastanelerde ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı doğumevlerinde bu hizmet ebeveynlere ücretsiz olarak verilmektedir (30,106). Bunların dışında ebe/hemşire/hekim tarafından yürütülen özel doğum öncesi eğitim sınıfları da bulunmaktadır (107,108,109,110). Bu sınıflarda yürütülen belli bir eğitim modeli ve felsefesi olmadığı söylenebilir. Ayrıca Türkiye’de Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV) Güvenli Annelik konusunda toplumsal duyarlılığı ve bilinci yükseltme amacıyla kadınların gebelik öncesi, doğum ve sonrası dönemlerde kendi ve bebeklerinin bakımı için sağlık hizmeti almalarını desteklemekle beraber sağlık hizmetlerinin kapsamı ve niteliğini geliştirmek için İl Sağlık Müdürlükleri işbirliğiyle eğitim/danışmanlık programları uygulamaktadır (111).

4.3.3. Amaç

Antenatal eğitim programlarında amaç; anne adayının ve çiftin, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin doğru kararlar almasına ve bu dönemlerini en güzel şekilde geçirmelerine yardımcı olmaktır. Bu eğitimler sayesinde çiftler, bu dönemde yaşadıkları deneyimin anne adayı, bebek ve diğer aile bireylerinin tüm yaşamını etkileyeceğini öğrenirler. Prenatal eğitim, erken ve geç dönem eğitimlerin tamamını kapsar ve çiftleri doğuma ve anne-babalığa hazırlar. Günümüzde prenatal ya da

antenatal eğitim, prekonsepsiyonel dönemden itibaren başlamaktadır. Prekonsepsiyonel dönem; gebelik öncesi dönemdir ve bu dönemde amaç anne adayının var olan risk faktörlerini gebe kalmadan önce belirleyerek, bunları ortadan kaldırmak ya da olumsuz etkilerini azaltma konusunda aileye tıbbi destek ve bilgi vererek, anne adayının risk faktörleri kontrol altına alındıktan sonra gebeliğe başlamasını sağlamaktır.

Antenatal eğitimler, çok çeşitli amaca yönelik, gebe ve ailesinin talebi de dikkate alınarak planlı ve sistematik yürütülen eğitim programlarıdır. Buna örnek olarak; prekonsepsiyonel eğitim, emzirme eğitimi, primipar /multiparlara yönelik eğitim, adölesan anne adaylarına yönelik eğitim, erken / geç dönem gebelik gruplarına yönelik eğitim programları verilebilir. Genellikle eğitim programlarının içeriğinde; üreme organları anatomi ve fizyolojisi, gebeliğin oluşumu, beden değişikliği ve yönetimi, öz bakım, anne-fetus sağlığının değerlendirmesi, gebelik dönemindeki tehlike belirtileri, gebe izlemlerin önemi, normal doğum eylemi ve aşamaları, doğumhane ortamı, doğum ağrılarıyla baş etme yöntemleri, doğum pozisyonları, olası girişimler, solunum, ıkınma ve gevşeme egzersizleri, rahatlama teknikleri, doğumda annenin rolü, sezaryen doğum hakkında bilgilendirme, erken emzirmenin önemi, lohusalık dönemi ve bakımı, postpartum kontrasepsiyon, emzirme danışmanlığı, yenidoğan bakımı, anne-bebek tehlike belirtileri, lohusalık dönemi izlemin önemi ve sıklığı, aile planlaması hakkında bilgiler ve beceri eğitimi yer almaktadır. Doğuma hazırlık sınıfları, antenatal /prenatal eğitim programlarından farklı olarak gebe, eşi ve aile üyelerinin doğuma ve ebeveynliğe hazırlanması için gerçekleştirilen, genellikle çiftler halinde katılımı ön görülen kapalı grup eğitim programlarıdır. Doğuma hazırlık sınıflarının temel ve ortak amacı çifti, stres yönetimi hakkında bilgilendirerek korku ve anksiyetesini azaltmak, kendilerini güçlü hissetmelerini sağlamak, özgüvenlerini geliştirmek, memnuniyet düzeylerini artırmak ve aile dayanışmasını güçlendirmektir. Böylece doğumun anne, baba, bebek açısından korkusuz ve zevkli geçebilmesi sağlanacaktır. Doğuma hazırlık sınıfları, herhangi bir felsefe ve modele dayalı olanlar, sadece doğumu /ağrıyı yönetmeye yönelik olanlar ve doğum sürecine izin vermeye/serbest bırakmaya yönelik olanlar şeklinde farklı biçimlerde yürütülmektedir (98,99,100,112,113).

Amacı her ne olursa olsun tüm bu eğitim programları sonucunda istenen etki, kadının konforlu ve rahat doğum geçirmesini sağlayarak ebeveynliğe hazırlamaktır.

4.3.4.Doğuma Hazırlık Eğitim Sınıfları

Doğuma hazırlık eğitim sınıfları teorik felsefeleri, amacı, hedefi, eğitmen nitelikleri, ders saati, uzunluğu ve öğrenci sayısına göre değişiklik gösterir. Bu eğitim sınıflarında rahatlama, solunum teknikleri, dikkate odaklanma ve bunun yanında gebenin ve ona destek olacak kişinin doğum eyleminde başvurabilecekleri diğer non-farmakolojik yöntemler öğretilir (100). Aşağıda dünyada sıkça kullanılan doğuma hazırlık eğitim sınıfları özetlenmiştir.

Dick-Read Yöntemi ve Felsefesi

20. yüzyılın başında bir obstetrisyen olan Dick-Read, bazı kadınların doğum sırasında ağrı deneyimlemediğini gözlemlemiştir. 1933 yılında “Doğal Doğum” olarak isimlendirdiği ilk kitabında ağrısız doğum teorisinden bahsetmiştir. Bu teoriye göre batıl inanç, uygarlık seviyesi ve kültürün, kadında ağrıyı etkileyen faktörler olarak görülmüş ve doğumda anksiyete, korkunun temel nedeni olarak belirtilmiştir. 1950’de kitabın ikinci baskısını “Korkusuz Doğum” olarak değiştirmiştir. Dick-Read, doğum eğitimine ilişkin savunduğu teoriler ve günümüzdeki başlıca üç tip doğuma hazırlık eğitim modellerinin oluşumuna yaptığı katkılar nedeniyle bir çığır açmıştır. Bu modeller: Lamaze, Bradley Metodu ve HypnoBirthing Metodu’dur (90,96,100).

Lamaze Yöntemi ve Felsefesi

Psikoprofilaksi olarak da bilinen bu metot en yaygın bilinen doğuma hazırlık yöntemidir. Lamaze Metodu, 1951 yılında Fransız obstetrisyen Fernand Lamaze tarafından uygulanmaya konmuştur. Lamaze, şartlı öğrenme kuramı ile davranışsal psikolojinin öncüsü olan Ivan Pavlov’dan etkilenmiştir. Lamaze’ye göre ağrı şartlanmış bir tepkidir. Bu bağlamda kadınlar doğum öncesi dönemde ağrı çekmemeye şartlandırılabilir. Lamaze bunu gerçekleştirmek için kadınları, bağırarak ya da kontrolü kaybetmek yerine, kontrollü kas gevşetme ve solunum modelleriyle uterus kasılmalarını taklit etmeye şartlandırmıştır. Lamaze, baba adayının doğuma katılımını desteklemiş ve yoğun emosyonel desteğin önemini vurgulamıştır.

1950’lerin sonunda Marjorie Karmel adlı gebe Dick-Read’in kitabını okumuş ve bu kitaptan çok etkilenerek kendi doğumuna yardımcı olan Lamaze’ye ithafen

“Teşekkürler Dr. Lamaze” adlı kitabını yayımlamıştır. Bu kitap ile Amerika’da baba adaylarının çocuklarının doğumuna katılmasının kapıları aralanmıştır.

Lamaze yöntemi ilk çıktığı yıllarda, doğum ağrısı ile baş etmede ağırlıklı olarak solunum tekniklerinden yararlanılmıştır. Ancak günümüzde Lamaze yöntemi sadece solunum ve progresif gevşeme tekniklerinden ibaret değildir. Lamaze bir metot değil; “kadını doğuma ve anneliğe hazırlamayı sağlayan” bir felsefe olarak kabul edilmektedir. Lamaze International, Lamaze’nin yukarıda belirtilen felsefesini uluslararası boyuta taşımıştır. Lamaze International, her kadının güvenli şekilde doğum yapmasını, rahatını sağlayacak yöntemleri seçme konusunda özgür olmasını, hem ailesi hem de kendisine ve doğumu yapabilme yeteneğine güvenen sağlık ekibi üyeleri tarafından desteklenmesi gerekliliğini amaçlamaktadır. Bu kapsamda ilgili sağlık personelinin eğitim alması gerekmektedir. Lamaze International, normal doğumu desteklemek amacıyla bakıma ilişkin aşağıdaki 6 prensip tanımlamıştır.

- Doğumun kendiliğinden başlaması
- Eylem boyunca gebenin hareket etmesine izin verilmesi
- Sırt üstü pozisyondan kaçınılması
- Gebe, eylem boyunca aralıksız desteklenmesi
- Doğum eyleminde rutin uygulamalardan kaçınılması
- Doğumdan sonra anne ve bebeğin yakın olması ve ilk 1/2-1 saat içinde emzirmenin başlatılması

Kadın bu sınıflara 3. trimester başında katılmaktadır. Program en az 12 saatlik oturumlardan oluşmakta ve her sınıf 12 gebe ve onu destekleyen kişi ile sınırlandırılmaktadır (90,96,98,100,102,103,114,115).

Bradley Yöntemi ve Felsefesi

Bradley Metodu, “doğum koçluğu” modelini temel alan, çifti doğuma gereksiz müdahalelerden kaçınarak normal ve doğal yollardan hazırlamayı hedefleyen bir yöntemdir. Nebreska’daki bir çiftlikte yetişen obstetrisyen/jinekolog Robert A. Bradley tarafından geliştirilmiştir. Bu model Bradley hayvanların doğum deneyimi ile kadınların hastane şartlarındaki doğum deneyimini ve yan etkilerini kıyaslaması sonucu elde ettiği gözlemlerden sonra bu modeli geliştirmiştir. Bradley, “Doğum Koçluğu” (Husband-Coached Childbirth) kavramını tanımlamıştır. Bradley kitabında doğumu destekleyen

kişi için koç kelimesini kullanmasına rağmen, günümüzde kitabın güncel basımlarında bu kelimenin yerine husband/ partner sözcükleri kullanılmaktadır. Bu yöntemde de çiftler eğitimlere birlikte katılmaktadır. Bradley Metodu, doğum yapan kadının 6 gereksinimini tanımlamıştır. Eşin bir koç olarak görev alması, bu metodun temelini oluşturmaktadır. Sınıflarda, eşin doğum yapan karısına nasıl destek vereceği ve ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağı öğretilmektedir. Doğum deneyimindeki sorumluluklar eşler arasında açık ve eşit olarak paylaştırılmakta ve böylelikle eşler arasında mükemmel bir bağ kurulmaktadır. Baba adayının doğum eylemi sırasında eşinin yanında olmasına izin verildiği takdirde ona güç ve moral vermektedir. Doğum yapan kadın, eşini pasif bir gözlemci olmaktan çıkarıp, destekleyici ve koruyuculuk rollerini içeren aktif bir role doğru yönlendirmektedir. 12 haftalık bir eğitimin ardından çiftler, duygusal, fiziksel ve kişiler arası ilişkiler konusunda beceri kazanmaktadırlar. Ayrıca bu sınıflarda, gevşeme teknikleri, doğum sürecine ilişkin bilgi, doğumu destekleme ve koçluk yapma, kanıt temelli uygulamaları savunma ve bilinçli hizmet alma konuları öğretilmektedir. Bradley 14.000 doğum yaptırmış bunların %96'sını müdahalesiz gerçekleştirmiştir. Dr. Lamaze'den farklı olarak doğumlarında müdahale ve ilaç kullanmamaya özen göstermiştir (90,96,98,99,101,102).

Hypnobirthing-Mongan Yöntemi ve Felsefesi

HypnoBirthing yöntemi “her kadın kendisi ve bebeği için doğumun en iyi şekilde gerçekleşmesini sağlayacak içgüdü ve enerjiye sahiptir” önermesinden yola çıkmaktadır. 1990 yılında Marie Mongan tarafından başlatılan HypnoBirthing bir yöntem olduğu kadar aynı zamanda bir felsefedir. Mongan kendi doğumuna hazırlık için Dick-Read'in “Korkusuz Doğum” kitabından etkilenmiştir. Yaptığı dört doğumda ağrısız doğum yapmasını sağlayacak derecede gevşediğini, aslında kendisini hipnotize ettiğini fark etmiştir. Mongan, 1987 yılında hipnoterapi sertifikasını aldıktan sonra hipnoz tekniğini kendi kızı olan ve ilk kez HypnoBirthing metoduyla doğum yapmış bir anne olarak literatüre geçen Maura üzerinde uygulamıştır. 1990 yılında kızı Maura, doğum boyunca sadece kendine ve bebeğine odaklanarak, ağrı çekmeden sağlık personelinin şaşkın bakışları altında oğlu Kyle'yı dünyaya getirmiştir.

Marie Morgan bu konuda çalışmalarına ağırlık vererek HypnoBirthing Enstitüsü'nü kurmuş ve Morgan Metodu'nu geliştirmiştir. Halen Amerika'da merkezi

olan HypnoBirthing Enstitüsü düzenli aralıklarla kurslar organize ederek, gebe eğitimi yapmak isteyenleri yetiştirmektedir.

Bu metot anneye ve ailesine doğum beklentileri ve deneyimi üzerinde olumlu tutum kazandırmayı hedeflemektedir. Gebelik ve doğum eylemiyle ilişkili bilindik tıbbi kelimelerin yerine daha olumlu kelimeleri kullanmayı önermiştir. Örneğin; “uterus kontraksiyonları” yerine dalgalanma/artma/çalkalanma anlamlarına gelen surges kelimesini; “koç” kelimesi yerine doğum arkadaşı kelimesini; membranların “rüptürü” yerine “açılması” terimini kullanmayı önermiştir. Bu metotta eğitim son trimesterde gerçekleştirilmektedir. 12 saatlik bir program olup, 4-6 oturumdan oluşmaktadır. Anatomi, fizyoloji, kendi kendine hipnoz, derin gevşeme, hayal etme ve solunum tekniklerine ilişkin bilgiler verilmektedir. İçeriğinde bedeni doğuma hazırlama, doğum deneyimiyle ilgili tercihler, olumsuz duyguların ve korkuların açığa çıkarılması gibi konular yer almaktadır. Katılımcılara öğrenim materyali olarak kitap ve CD verilmektedir (96,100,103,104,116).

Odent Yöntemi

Odent yöntemi kurucusu, 1970’li yıllarda doğal doğum konusunda yaptığı çalışmalarla ünü ülkesi Fransa’yı aşip dünyaya yayılan genel cerrah uzmanı Dr. Michel Odent’tir. Olumsuz doğumlar gözlemleyerek geleneksel doğum yöntemlerinin daha az yorucu ve travmatik, komplikasyonsuz olduğunu savunmuştur. Eylem sırasında annede salgılanan endorfinin, doğal sakinleştirici olup düşsel bir durum yarattığını, içgüdülerini harekete geçirip "başka bir gezegende olma" duygusu yaşattığını savunmuş ve spontan gelişen bu psikofizyolojik sürecin bozulmaması için doğru ve uygun çevre koşulların yaratılmasını önemsemiştir. Sakin, sessiz ve loş bir doğum ortamı, ağrı kontrolü için ılık duş önermiş, kontraksiyonlarla bebeğin aşağıya doğru itilmesinde yer çekimini destekleyen çömelme pozisyonun yararı üzerinde durmuş, bu konuda partner desteğinden söz etmiştir. Doğuma yardımcı olacak partner, aile yakınları, hekim ve ebenin işbirliği içinde olmasının yararlarını savunmuştur.

LeBoyer Yöntemi

1970’ lerde Fredric LeBoyer’ in geliştirdiği yöntemdir. 1975’te “Birth Without Violence” başlıklı kitabı yayınlanmıştır. Geleneksel hastane doğumlarının bebek için

stresli ve travmatik olduğunu görmüş ve şiddetsiz doğum kavramı ön plana çıkarmıştır. Fredric LeBoyer, doğum travmasından kaçınılmasını ve bebeğin strese girmemesi gerektiği üzerinde durmuştur.

LeBoyer, bebeğin doğum travmasını azaltmak için, doğum odasının loş ya da karanlık olmasını, gürültünün en aza indirilmesini ve yumuşak bir müzik çalmasını, sıcak bir ortam hazırlanmasını, nazik ve dikkatlice kucaklanmasını, kordonun pulsasyon durduktan sonra kesilmesini, anneye sıcak banyo verilmesini, bağlanmayı başlatmak için yenidoğanın annenin karnına konmasını, bebeğe masaj yapılmasını savunmuştur.

4.3.5. Doğuma Hazırlık Sınıfları ve Doğum Öncesi Eğitimin Anne Adayı, Eşi ve Ailesine Yansımaları

Doğuma hazırlık sınıfları ve doğum öncesi eğitimin anne adayları, eşi ve ailesine yansımaları ile ilgili çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Bu araştırmalar, bilgi durumu ile olumlu davranış geliştirme, emzirme, lohusalığa uyum, postnatal depresyon, doğum korkusu, eş ve aileye olumlu etki, memnuniyet, doğuma hazır oluş, analjezi ve anestezi kullanımı başlıkları altında aşağıda ele alınmıştır.

Bilgi Durumu & Olumlu Davranış Geliştirme

Antenatal eğitim sınıflarına katılan gebelerin bilgi durumlarını inceleyen çalışmalarda, gebelerin gereksinim duydukları kuramsal bilgiyi karşıladıkları, gebeliğe ve doğuma yönelik bilgilerinin arttığı saptanmıştır (117,118,119,120).

Lumney ve Brown 1993 yılında yaptıkları çalışmada, antenatal eğitim sınıflarına katılan gebelerin sigara içme ve alkol kullanma davranışlarının daha düşük olduğunu saptamıştır (121). Koehn 2002'de yaptığı çalışmada, eğitim alan gebelerin eğitim almayan gebelere göre egzersiz yapma, dengeli beslenme ve olumlu sağlık davranışı gösterme konularında anlamlı derecede daha iyi olduklarını saptamıştır (122). 2010 yılında Yenil tarafından gerçekleştirilen çalışmada, web ortamında verilen antenatal eğitimin gebelerin günlük yaşam aktivitelerini, yeterli ve dengeli beslenme, egzersiz yapma, hijyen alışkanlığı gibi davranışlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (1).

Emzirme

Çalışmalar, antenatal eğitim sınıflarına katılan gebelerin, doğum sonrası emzirmeye başlama ve etkin emzirme konusunda daha başarılı olduklarını göstermektedir. Yine eğitim alan gebelerin, emzirme başarı algı puanlarının ve emzirmede eş desteği alma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (29,121,123,124,125). Bu çalışmalara benzer olarak Ho ve Holdroy' un 2002 yılında yaptığı çalışmasında da gebelikte alınan emzirme eğitiminin, doğum sonrası emzirmeyi cesaretlendirdiği bulgulanmıştır (126).

Lohusalığa Uyum - Postnatal Depresyon

Antenatal eğitimin postnatal depresyon gelişimine etkisinin Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (Edinburgh Postnatal Depression Scale) kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmada, doğumdan hemen sonra ve 6 hafta sonraki görüşmelerde antenatal eğitime katılmış kadınların bu eğitimi almamış kadınlara kıyasla ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ve depresyonun başlangıç evresinde kontrol grubuna kıyasla daha erken dönemde psikiyatriste başvurdukları bulgulanmıştır (127).

Doğum Korkusu

Çalışmalarda, antenatal eğitim sınıfına katılanların, doğumla ilgili var olan yanlış bilgilerini değiştirdikleri, buna bağlı olarak da korkularının ve endişe düzeylerinin azaldığı ve doğum eyleminde daha az anksiyete yaşadıkları bulgulanmıştır (128,129,130). Stamlar (1998) 'in eğitim alan kadınlar ile yaptığı kalitatif çalışmada, çoğu katılımcının eğitimde aldıkları bilgilerinin, öğrendikleri gevşeme tekniklerinin doğumda kendileri için yararlı olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır (131). Bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde İngiltere'de doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler, katılmayanlara göre doğumu daha az stresli olarak tanımlamış ve zor olmadığını ifade etmiştir (132).

Eş & Aileye Olumlu Etki

Antenatal eğitim sınıflarına katılmanın, eşler arasındaki ilişki üzerine olumlu etkisi olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır. Koehn (2002), eğitim sınıfa

katılan kadınlarda kişiler arası desteğin ve eş ile iletişimin arttığını saptamıştır (122). Yapılan bir çalışmada korkuların azalmasında, kadınların aile üyeleri ve sağlık personeliyle korkularını paylaşması, doğum hakkında bilgi alması ve doğuma ilişkin pozitif deneyimler düşünmesinin etkili olduğu saptanmıştır (133).

Memnuniyet

Spinelli (2003)'nin antenatal eğitim sınıfına katılan kadınlarla yaptığı çalışmada, anne adaylarının bebek bakımı, emzirme ve kontrasepsiyon konularında daha fazla bilgi sahibi oldukları ve aldıkları bilgileri yaşama geçirdikleri, doğum deneyiminden memnun kaldıkları belirtilmiştir (123). Hallgren ve arkadaşları (1995) kalitatif çalışmasında eğitimin kadınların doğum bilgilerini arttırdığını ve bundan memnun kaldıklarını bulgulamıştır (134). Okumuş ve arkadaşları (2002), eğitim alan kadınların almayanlara göre doğumdan memnuniyet ifadelerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (128).

Doğuma Hazır Oluş

Doğum hakkında bilgilenmeden ve hazırlanmadan doğuma tanık olma ya da doğumu gerçekleştirme kadınlarda farklı olumsuz duygu ve düşüncelerin oluşmasına neden olabilmektedir. Doğuma ilişkin önyargı ve bilinçaltı düşünceler, duyulan, görülen ve yaşanan olaylardan etkilenir. İstanbul 'da bir hastanede, Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi adlı doktora çalışmasında, en az 4 en fazla 7 çiftten oluşmak üzere eğitim sınıfları oluşturulmuştur. Eğitimler 4 hafta süre ile toplam 14 saat sürecek şekilde yürütülmüştür. Doğum sonrası dönemde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği doldurulmuştur. Doğumlarında destek verilen çalışma grubu gebelerin doğuma uyum süreçlerinin daha iyi, olumlu doğum algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (98). Fabian, Radestad ve Waldenström (2005), İsveç'te doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin katılmayanlara kıyasla daha olumlu doğum deneyimi yaşadıklarını bulgulamıştır (135). Ip ve arkadaşları (2009), eğitim alan gebelerin doğuma yönelik öz yeterliliklerinin arttığını ve doğum ile daha iyi baş ettiklerini saptamıştır (129). Lee ve Holroyd (2009), eğitime katılan kadınların solunum ve gevşeme egzersizlerini öğrenmekten memnun olduklarını ve öğrendikleri bilgilerin doğum deneyimlerine katkı sağladığını ifade ettiklerini bulgulamıştır (120).

Analjezi Anestezi Kullanımı

Okumuş ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada, sekiz haftalık eğitim sınıfına katılan kadınlarda doğumun ikinci evresinde ağrının daha az hissedildiği saptanmıştır (128). Benzer bir diğer çalışmada da eğitim alan kadınların doğumlarında daha az ağrı hissettikleri bulgulanmıştır (129). Hetherington (1990) çalışmasında, eğitim alan kadınlarda doğumda tıbbi girişimlerin ve analjezi-anestezi kullanımının daha az olduğunu saptamıştır (136). Bu sonuçlardan farklı olarak Koehn (2002), eğitimin doğumda analjezi kullanımını etkilemediğini bulgulanmıştır (122). Fabian ve arkadaşları da (2005), eğitim alan ve almayan kadınlar arasında doğumda yaşanan ağrıda farklılık olmadığı, eğitim alan kadınların epidural anestezi kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçta, gebelere verilen eğitim programında ağrı yönetimi için farmakolojik yöntemler üzerinde daha fazla durulmasının etkili olduğu düşünülmektedir (135).

4.4. Yetişkin Eğitimi

4.4.1. Tanım

Yetişkin, fiziksel ve zihinsel olgunluğa ulaşmış kişi demektir. Yetişkin eğitimi, bireyin yaşamının herhangi bir döneminde duyacağı öğrenme ihtiyacını veya ilgiyi tatmin üzere planlanan faaliyetleri ya da programları kapsar (137). Sağlık eğitimi, yetişkin bireyi kapsadığından eğitimi verirken yetişkinlerde öğrenme biçimleri dikkate alınmalıdır. Doğum öncesi eğitim, sağlık eğitiminin bir parçasıdır. Doğum öncesi eğitim planlanırken öncelikle gebenin ihtiyaç ve beklentileri göz önünde bulundurulmalıdır. Planlanan eğitimde eğitim yöntemi ve kullanılacak olan materyaller de eğitimin etkinliğinin arttırmada dikkat edilmesi gereken diğer noktalardır (138,139,140).

4.4.2. Yetişkinlerde Öğrenme Biçimi

İnsanların anlama, düşünme ve öğrenme yöntemlerinde farklılıklar vardır. Herkesin öğrenme biçimi aynı değildir. Kimi insan görerek daha iyi öğrenir, kimi seslerden etkilenir, kimisi için de öğrenmede dokunma daha önemlidir. Eğitim/danışmanlık almaya gelen yetişkinlerin farklı öğrenme biçimlerine sahip oldukları için, hizmeti verme aşamasında değişik yöntem ve materyaller kullanılmalıdır. Erişkin eğitiminde örgün eğitimden farklı olarak aşağıda belirtilen noktalar dikkate alınmalıdır;

- *Eğitimi kendi yönlendirdiğinde;* yetişkinler kendi talepleri doğrultusunda ilerleme kaydetmek isterler.
- *Gereksinimi hemen karşılanacaksa;* yetişkinlerin öğrenme istekleri, buldukları dönemin ihtiyaçlarını karşılayacaksa en yüksek düzeydedir. Sağlık kuruluşuna başvuran gebe ve lohusaların buldukları dönem içindeki ihtiyaçları göz önüne alınarak eğitim/ danışmanlık programı hazırlanmalıdır.
- *Kendi katılımıyla;* yetişkinler öğrenim sürecine katıldıkları zaman öğrenirler. Eğitim/ danışmanlıkta eğitmen, gebe-lohusaya soru sorarak, söz vererek, uygulama yaptırılarak katılımlarını sağlamalıdır.
- *Deneyimlerine dayanarak;* yetişkinler deneyimlerini başkalarıyla paylaşarak öğrenmeyi hızlandırır. Hizmet almaya gelen gebe- lohusanın kendi sağlığı ile ilgili paylaşabileceği birçok deneyimi vardır ve bu deneyimler paylaşıldıkça öğrenme artar. Onlara fırsat verilmelidir.
- *Yansıtılır ve geribildirim alınır;* etkili öğrenme, yapıcı geribildirim gerektirir. Geribildirim verilirken saygılı olunmalı, kadınlar yargılanıp sorgulanmamalıdır. Aksi takdirde öğrenim engellerinden söz edilir. Yetişkin, doğru uygulamaları konusunda her zaman takdir edilmelidir. Bu kendilerini iyi hissetmelerine neden olur ve öğrenmeyi hızlandırır.
- *Saygı gösterildiğinde;* hizmet sunucu ile hizmet alıcı arasındaki karşılıklı saygı ve güven, öğrenmeyi kolaylaştırır. Kişiler, olgun insan muamelesi görmek isterler. Yetişkinler saygı görmedikleri ve azarlandıkları bir ortama geri dönmek istemezler. Karşılıklı saygı her ortamda yetişkinin gruba devamını sağlayacaktır.
- *Güven içindeyse;* gizlilik kurallarının konduğu, özel paylaşımların yapılabildiği bir ortam yetişkinde öğrenmeyi artırır.
- *Çevre rahatsa;* elverişsiz fiziki şartlarda öğrenme gerçekleşmez. Eğiticinin öncelikle eğitim ortamını düzenlemesi ve eğitime hazır hale getirmesi gerekir (12,137,140).

4.4.3.Yetişkin Eğitim Yöntemleri

Günümüzde yetişkinlerin ihtiyaçları, eğitim veren kurumun politikaları ve kaynakları doğrultusunda farklı eğitim şekilleri kullanılmaktadır. Bunlar; bireysel

eğitim, açık/kapalı grup eğitimi, videokaset ile eğitim, bilgisayar ve internet aracılığı ile eğitimdir (138,139).

Bireysel eğitim

Bireysel eğitim, genellikle duygusal ve özel ihtiyaçların tartışılmasında kullanılır. Bu eğitim yönteminin en önemli dezavantajı, diğer yöntemlere göre oldukça pahalı ve zaman alıcı olmasıdır. Çünkü sağlık personeli her anne adayına ihtiyaçları doğrultusunda ayrı zaman ayırmak zorunda kalmaktadır. Bireysel eğitimin etkinliğini artırmak için; anne adayının ihtiyaçlarının belirlenmesi ve eğitimde kullanılacak materyallerin, eğitim içeriğini destekleyen ve uygun yöntemle hazırlanması önem taşımaktadır (138,139).

Grup Eğitimi

Bireysel eğitim yöntemine göre daha ucuz ve etkili olduğundan gebelerin ve sağlık çalışanlarının en çok tercih ettiği eğitim tipidir. Bu yaklaşımda gebeler, doğum öncesi izlemleri sırasında bir araya getirilmekte ve 8-12 kişilik gruplar oluşturulmaktadır. Eğitim öncesinde grup üyeleriyle eğitim konuları ve yöntemleri belirlenmektedir (138,139). Kapalı ve açık grup olmak üzere iki çeşidi vardır. Eğitim modelleri ile yapılan gebe eğitim sınıflarının birçoğunda kapalı grup eğitimi kullanılmaktadır. Kapalı grubun belirli sayısı vardır o sayıdaki belirli kişiler ile başlanır ve devam edilir. Eğitimin sonraki günlerinde dışarıdan kimse alınmaz. Açık grup eğitimi ise yine her hafta bir konu işlenir fakat aynı kişilerin olmasına dikkat edilmez ya da o hafta herhangi bir kişi eğitime başlayabilir, eğitimci o haftaki konusunu anlatır ve eğitim tamamlanır. *Grup eğitimi yapmanın avantajları;* bir anda daha fazla kişiye ulaşılır, sağlık personelinin iş yükünü hafifletir, grup üyelerinin etkileşimi ve deneyim paylaşımı olması nedeniyle öğrenme kolaylaşır, grup içinde farklı rollerde, soru sormaktan veya kendini ifade etmekten çekinen kişilerin olması, kişilerin öğrenmesini kolaylaştırır. Grupta ortak paylaşım ile öğrenme kolaylaşırken eğitim sonrasında çiftin, özel konularda danışmanlık alma gereksinimleri ortaya çıkarır, hizmette devamlılığı ve talebi arttırır. *Grup eğitimi yapmanın dezavantajları;* grubu oluşturan kişilerin farklı özelliklere sahip olmaları nedeniyle grup içindeki çekişmeler olabilir, bunun yönetimi grup liderini zorlayabilir (113,141).

Videokaset ile Eğitim Yöntemi

Günümüzde bu eğitim, polikliniğe gelen gebelerin bekleme salonlarında televizyon ekranlarında izledikleri eğitim programlarından oluşmaktadır. Bu yöntemin kullanımında şu noktalar göz önünde bulundurulmalıdır; süresi 11-15 dakikadan daha uzun olmamalıdır, videokasetin izlendiği ortamın yeterince rahat olduğundan emin olunmalıdır. İzleyicilere konuyla ilgili not almaları ve sorularını yazmaları için kağıt ve kalem verilmelidir. Videokaset bittikten sonra geri bildirim alınmalı ve konu tartışılmalıdır (138,139).

Bilgisayar ve İnternet Aracılığıyla Eğitim Yöntemi

Avantajlarına baktığımızda, günümüzde birçok kişi bilgisayarının başına oturarak sağlığı ya da hastalığı ile ilgili konularda hazırlanmış özel programları kullanarak bilgi sahibi olmaktadır. Bu programlar kişinin CD-ROM veya DVD satın alması ya da internetteki sağlık sitelerinden faydalanması şeklindedir. İnternete erişiminin çok kolay olduğu günümüzde kadınlar bu sitelerden istedikleri bilgiye web siteleri sayesinde evlerinden rahatlıkla erişebilmektedir. Dezavantajı ise çoğu kişinin, sorularına ayrıntılı cevap verme olanağı olmadığından etkinliği düşüktür. İnternet sitelerinin eğitimde kullanılması için bazı ölçütlere sahip olması gerekmektedir. İnternet sitesi herhangi bir üniversitenin sağlık ile ilgili okulu veya mesleki organizasyonla bağlantısı olmalıdır. İnternet sitesindeki bilgiler bir diploma, eğitim geçmişi, sertifika ve çeşitli verilerle desteklenmelidir. Unutulmaması gereken bir diğer nokta bu bilgilerin mutlaka sık aralıklarla güncellenmesi gerekmektedir (138).

4.4.4. Yetişkin Eğitim Teknikleri

Birçok eğitim ve öğretim teknikleri vardır, bunlardan yetişkinler için en çok kullanılanlar aşağıdaki şekilde açıklanmıştır.

Beyin fırtınası; yetişkinler genellikle belli bir konuya ilişkin görüşlerini hata yapma kaygısıyla rahatlıkla açıklayamaz. Fikirlerini kendi kendilerine çok fazla irdeledikleri için ya konuşmayı tercih eder ya da bilindik görüşler ortaya atarlar. Yetişkin eğitiminde, etkin katılımını sağlamak, yaratıcı düşünme becerilerini geliştirmek ve bazı sorunlara yeni çözüm yolları bulmak için bu teknik kullanılabilir. Beyin fırtınası, birden fazla kişinin bir araya gelerek bir konuyla ilgili fikirlerini tartışmaksızın açıklayarak, birbirleriyle fikir alışverişinde buldukları bir öğretim

teknikiğidir. Bu tekniğın faydaları; yaratıcı düşünme gücünü geliştirir, gerilimi azaltır, duyguların ve fikirlerin ifadesiyle insanları rahatlatır, eğitim ortamında dikkat çekici ve kalıcı bir etkinlik sağlar. Sınırlılıkları; üstün yetenekli olamayanlar katılmak istemeyebilir ve her oturumda problemin çözümüne ulaşamayabilir. Dikkat edilmesi gereken noktalar; toplantının amacı ve sorunun ne olduğu belirtilmelidir, zaman sınırlaması getirilmelidir, her türlü görüş eleştirilmeden not edilmelidir, toplantı sonunda söylenenlerin analizi, eleştirisi, değerlendirilmeli ve çözüm yolu karşılaştırılmalıdır, grup verilen problemi tam anlamıyla kavramış olmalıdır (142,143,144).

Soru cevap; Soru-cevap yöntemi, en eski öğretim yöntemlerinden biridir. Karşılıklı etkileşim gerektirir. Soru-cevap metodu, anlatma metodunun sıkıcılığını gidermek ve öğretimi daha etkili bir şekilde gerçekleştirmek isteğine dayalı olarak geliştirilmiştir. Faydaları; sorular öğretimde tekrar ve pekiştirmeyi sağlar, içe dönük bireylerin sosyalleşmelerine katkıda bulunur, ilgiyi uyandırır, düşünme sürecini harekete geçirir, kendini açıklama fırsatı sağlar, bir sorunun yanlış cevaplanması halinde doğru bilginin gruba öğrenilmesine yardımcı olur, öğretim etkinliklerinin ve grubun başarısının ölçülmesini ve değerlendirilmesini sağlar. Dikkat edilmesi gereken noktalar; eğitimin başında hatırlamaya dayalı sonunda ise düşünmeye dayalı soru sorulmalıdır, sorular bir kelime ile cevaplandırılacak biçimde olmamalıdır, soru açık, basit, anlaşılır ve direkt olmalıdır, bireyi düşünmeye, yapıcı, yaratıcı zihin etkinliklerine teşvik etmelidir, doğru cevap veren bireyin cevabı "doğru", "iyi", "tamam", "güzel" gibi sözlerle pekiştirilirken, yanlış ya da eksik cevap veren bireyin de grup karşısında utanmasına neden olacak davranışlardan ve sözlerden kaçınılmalıdır (143,144).

Gösteri (demonstrasyon); Gösterip yaptırma yöntemi, bir işlemin uygulamasını, bir araç gerecin kullanılmasını önceden gösterip açıklama sonra da eğitim alan gruba alıştıırma ve uygulama yaptırarak öğretme yoludur. Bu yöntem, bir konuya ilişkin bilgilerin açıklanması ve bunların beceriye dönüştürülmesi için gerekli uygulamaların yapılması aşamasında kullanılır. Faydaları; grubun ilgi ve dikkatini çekerek öğrenmeyi kolaylaştırır, hem göz hem kulak yoluyla öğrenmeyi sağlar, deneyerek öğrenmeyi güçlendirir, kelimelerin yetersiz kaldığı fikirlerin daha kolay anlaşılmasını sağlar. Dikkat edilmesi gereken noktalar; gösteri masası grubun görebileceği yere konmalıdır,

gösteriyi eğitim alan grup tekrarladıktan sonra eksiklikler ve aksamalar tartışılmalı, yapılan işin başarı düzeyi saptanmalıdır.

Uygulama; Gösteri yöntemine eşlik eden öğretme yoludur. Önce eğitimci materyallerin kullanımını kendi anlatarak yapar, sonrasında anne baba adayının doğrudan kendi uygulayarak öğrenmesi söz konusudur. Faydaları ve dikkat edilmesi gereken noktalar gösterip yaptırma yöntemi ile benzerdir (143,144, 145).

Küçük Grup Tartışması; katılımcılar belli sayıda gruplar oluşturur ve belli konular üzerinde herkes grup sayısı kadar dakika konuşma yapar. Gruplar en az iki en fazla sekiz kişiden oluşmalıdır. Eğitimci tarafından bir soru sorulur. Soru gruplar tarafından fısıldayarak tartışıldıktan sonra görüşler, sözcü aracılığıyla büyük grupla paylaşılır. Faydaları; katılımcıların birbirlerinden öğrenmelerini sağlar, kişisel değerleri açığa çıkarır, eğitimin netleşmesini ve güçlenmesini sağlar. Dikkat edilecek noktalar; gruptan istenen iş net ve yönergesi açıklanmalıdır, zaman sınırı verilmelidir, katılımcılar aynı fikirde olmasalar da birbirlerini dinlemelidir, herkes katılım için cesaretlendirilmelidir, ne tartışılacağı anlatılarak grup görevlendirilmelidir, her grubun işini anladığından emin olunmalı, grubun bulguları sunucu tarafından büyük gruba sunulmalıdır, grubun sunusundan çıkan temel noktalar belirlenmeli, bu alıştırmadan ne öğrendikleri ve öğrendiklerini nasıl uygulamaya taşıyacakları tartışılmalıdır (143,144,146).

Rol yapma; bir takım durum ve olayların, hareket, konuşma ve taklit gibi öğelerden yararlanılarak hayali bir ortam içinde canlandırılmasıdır. Bu öğretim tekniğinin kullanım amacı empati yoluyla oyundaki kişilerin duygu ve düşüncelerini anlama eylemlerin başkaları üzerindeki etkilerini ve tepkilerini izlemektir. Faydaları; uyarıcı ve eğlendiricidir, unutmayı azaltır, grubun dikkatini toplar, gerçek yaşama benzer, problem çözümü becerisi kazandırır, katılımcıların birbirlerinden öğrenmelerini sağlar, öğrenme sürecinde katılımcılara sorumluluk verir, ekip çalışmasını destekler. Dikkat edilmesi gereken noktalar; iyi bir hazırlık yapılmalı, serbest ve güvenilir bir atmosfer sağlanmalıdır, oyunculara teşekkür edilmeli ve oyunda neler hissettikleri sorulmalı, gözlemcilerin gözlem ve tepkileri paylaşılmalı, farklı olan tepkiler tartışılmalı, gösteriden ne öğrendikleri sorulmalı, oyun hoşça vakit geçirmek için değil bir şeyler öğrenmek için oynanır inancı grupça anlaşılmalı olmalıdır (143,145,146).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmış yarı deneysel bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi gebe polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, 4 Aralık 2012- 7 Mayıs 2013 tarihleri arasında elde edilmiştir.

İlgili hastane, İstanbul Avrupa Yakasında hizmet vermektedir. Kadın Doğum Anabilim Dalı gebe polikliniğine başvuran hasta sayısı aylık ortalama 1000' dir. Anabilim Dalında 21 profesör, 3 doçent, 3 uzman, 18 asistan, 32 hemşire ve 31 ebe hizmet vermektedir. Araştırma için bu hastanenin seçilme nedenleri; araştırmacının çalıştığı hastane olması, Anabilim Dalı ve hastane yönetiminin destekleyici, istekli ve kararlı tavrı, durum saptama niteliği taşıyan "ön hazırlık çalışması" nda yapılan gözlem ve görüşmelerde (hizmet alan ve verenler ile) kurumun gebe, lohusa ve ailesine yönelik planlı ve sistematik eğitim programı desteği gereksinimi ve hastanede çalışan sağlık personelinin işbirlikçi tutumu, kurumun "Bebek Dostu Hastane" unvanına sahip olmasıdır.

5.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniğine 4 Aralık 2012- 7 Mayıs 2013 tarihler arasında başvuran gebe kadınlar oluşturmuştur.

5.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran ve aşağıda tanımlanan kriterlere uygun gebe kadınlar arasından oluşturmuştur. Bazı gebeler, eğitime katılmayı eşinin izin vermemesi, ulaşım sorunu, evde başka bebeği olması ve onu bırakacak kimsenin bulunmaması ve eğitime gerek duymama gibi nedenlerden dolayı kabul etmemişlerdir.

Eğitim programı, 5 hafta sürecek biçimde düzenlenmiştir. Her eğitim grubu, en az 10 gebe katılımı ile gerçekleştirilmiş ve çalışma toplam 50 gebe ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- İlk eğitime başvurduğunda gebeliğinin 14-21 hafta içerisinde olması,
- 5 hafta sürecek eğitim programına aksatmadan katılmayı kabul etmesi
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etme şeklinde belirlenmiştir.

5.5. Verilerin Toplanması

5.5.1. Araştırmada Kullanılan Araçlar

Araştırmada verileri toplamak için, sosyo-demografik ve obstetrik bilgi toplama formu (Ek-1), bilgi düzeyini ölçen anket formu (Ek-2) ve doğum öncesi eğitim memnuniyet anket formu (Ek-3) kullanılmıştır.

5.5.1.1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Bilgi Toplama Formu: Araştırmaya katılan kadınların demografik ve bazı obstetrik bilgelerini içeren bu form, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler tarafından ilk tanışma aşamasında doldurulmuştur (12, 37, 98, 113, 128).

5.5.1.2. Bilgi Düzeyini len Anket Formu: Eğitim alan gebelerin bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla planlanan bu form araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (12,37,98,113,128). İlgili form, araştırmada kullanılmadan önce 10 gebeye pilot uygulama yapılmış ve öngörülen değişiklikler forma yansıtılmıştır.

Anket formu, üreme organ yapı-işleyiş ve gebeliğin oluşumu, gebelikte oluşan değişiklikler ve olağan şikayetlerle baş etme, gebelikte öz bakım gereksinimleri, gebelikte tehlike işaretleri, doğum eylemi, lohusalık dönemi ve aile planlaması olmak üzere toplam 6 bölümden oluşmuştur.

1.Bölüm, reme organ yapı-işleyişi ve gebeliğin oluşumu konularını içeren 5 sorudan oluşmuştur. Her bir sorunun değerı 4 puan olup, 1. bölümün toplam tam puanı 20'dir. 12 puandan düşük alan "yetersiz", 12 puan alan "kısmen yeterli", 12 puan üstü alan "yeterli" şeklinde değerlendirilmiştir.

2.Bölüm, gebelikte oluşan değişiklikler ve olağan şikayetlerle baş etme konularını içeren 5 sorudan oluşmuştur. 4 soru çoktan seçmeli olup, 1 soru 4 maddeli boşluk doldurma şeklinde hazırlanmıştır. Her bir sorunun değeri 4 puan olup, 2. bölümün toplam tam puanı 20'dir. 12 puandan düşük alan "yetersiz", 12 puan alan "kısmen yeterli", 12 puan üstü alan "yeterli" olarak değerlendirilmiştir.

3.Bölüm, gebelikte öz bakım gereksinimleri konularını içeren 7 sorudan oluşmuştur. Her bir sorunun değeri 4 puan olup, 3. bölümün toplam tam puanı 28'dir. 16 puandan düşük alan "yetersiz", 16 puan alan "kısmen yeterli", 16 puan üstü alan "yeterli" olarak değerlendirilmiştir.

4.Bölüm, gebelikte tehlike işaretleri konularını içeren 9 sorudan oluşmuştur. Her bir sorunun değeri 4 puan olup, 4. bölümün toplam tam puanı 36'dır. 20 puandan düşük alan "yetersiz", 20 puan alan "kısmen yeterli", 20 puan üstü alan "yeterli" olarak değerlendirilmiştir.

5.Bölüm, doğum eylemi konusunu içeren 4 sorudan oluşmuştur. Her bir sorunun değeri 4 puan olup, 5. bölümün toplam tam puanı 16'dır. 8 puandan düşük alan "yetersiz", 8 puan alan "kısmen yeterli", 8 puan üstü alan "yeterli" şeklinde değerlendirilmiştir.

6.Bölüm, lohusalık dönemi, emzirme ve aile planlaması konularını içeren 17 sorudan oluşmuştur. Her bir sorunun değeri 4 puan olup, 6. bölümün toplam puanı 68'dir. 36 puandan düşük alan "yetersiz", 36 puan alan "kısmen yeterli", 36 puan üstü alan "yeterli" şeklinde değerlendirilmiştir.

Bilgi düzeyini ölçen anket formu, birinci hafta 1. ve 2. Bölüm ön test, ikinci hafta 3. Bölüm ön test 1. ve 2. Bölüm son test, üçüncü hafta 4. Bölüm ön test 3. Bölüm son test, dördüncü hafta 5. Bölüm ön test 4. Bölüm son test, beşinci hafta 6. Bölüm ön test 5. ve 6. Bölüm son test şeklinde uygulanmıştır. Uygulanan eğitim programının haftalara göre dağılımı ve test uygulama zamanı aşağıda gösterilmiştir.

Uygulanan eğitim programının haftalara göre dağılımı ve test uygulama zamanı:

HAFTA	EĞİTİM İÇERİĞİ	ÖN TEST	SON TEST
1. Hafta	1.Bölüm Üreme Organ Yapı-İşleyişi ve Gebeliğin Oluşumu 2. Bölüm Gebelikte Oluşan Değişiklikler ve Olağan Şikayetlerle Baş Etme	1. ve 2. Bölüm	
2. Hafta	3. Bölüm Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri	3. Bölüm	1. 2. Bölüm
3. Hafta	4. Bölüm Gebelikte Tehlike Belirtileri	4. Bölüm	3. Bölüm
4. Hafta	5. Bölüm Doğum Eylemi	5. Bölüm	4. Bölüm
5. Hafta	6. Bölüm Lohusalık Dönemi, Emzirme ve Aile Planlaması	6. Bölüm	5. ve 6. Bölüm

5.5.1.3. Doğum Öncesi Eğitim Memnuniyet Anket Formu: Eğitim alan gebelerin eğitimden memnuniyetlerini ölçmek amacıyla planlanan bu form, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır. Araştırmada kullanılmadan önce 10 gebeye pilot uygulaması yapılmış ve gerekli görülen değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Doğum öncesi memnuniyet anket formu toplam 20 maddeden oluşmuştur. İlk 14 madde likert tipi ölçek şeklinde oluşturulmuştur. Cevaplar çok memnunum (4), memnunum (3), kısmen memnunum (2), memnun değilim (1) puan olarak düzenlenmiştir. Doğum öncesi memnuniyet anket formunun en düşük puanı 14, en yüksek puanı ise 60 puandır. 0-14 arası puan alan hiç memnun değil, 14-28 arası puan alan kısmen memnun, 28-42 arası puan alan memnun, 42-60 arası puan alan çok memnun olarak değerlendirilmiştir. Diğer 6 maddede, gebelerin kendi görüş ve değerlendirmelerini ifade edebilecekleri açık uçlu sorulara yer verilmiştir. Bu anket 5 hafta süren eğitim programı bitiminde eğitim alan gebeler tarafından doldurulmuştur.

5.5.2. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce çalışmanın planlanan kurumda yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (Ek-4). Çalışmanın uygulanması öncesi Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden Etik Kurul Başvuru Dilekçesi alınmıştır (Ek-5). Eğitimlerde kullanılan TAP Vakfının oluşturduğu eğitim materyalleri kullanımı için TAP Vakfı genel koordinatörünün yazılı onamı alınmıştır (Ek-6). Ayrıca Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı ve Başhemşiresinin sözlü onayı ve desteği alınmıştır. Örneklem kriterlerine uyan gebelere araştırmacı tarafından çalışmanın amacı sözlü açıklanmıştır. Elde edilen bilgilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı anlatıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek-7).

5.5.3. Verilerin Toplanmasında İzlenen Yol

Eğitim Programı ve İçeriği: Üreme organ yapı ve işleyişi, gebeliğin oluşumu ve fetusun büyüme-gelişmesi, gebelikte oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, gebelikte olağan şikayetler ve yönetimi, gebelikte öz bakım, maternal ve fetal sağlığı izleme ve değerlendirme, gebelikte tehlike belirtileri, doğumun başlangıç belirtileri ve eylemine hazırlık, doğum şekilleri ve yönetimi, erken lohusalık dönemi, anne ve

yenidoğan bakımı, emzirmenin önemi ve emzirme tekniği, lohusalıkta tehlike belirtileri, postnatal aile planlamasının önemi konu başlıklarından oluşmuştur.

Çalışmanın Uygulanması: Araştırmanın yapıldığı süreç içerisinde hafta içi ve araştırmacı için uygun olan araştırmacının nöbetinin olmadığı mesai saatleri içerisinde gerçekleştirilmiştir. Eğitimler, poliklinik katında özel bir oda kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Gebeler muayenelerini olduktan sonra asistan ve hemşire tarafından eğitim odasına yönlendirilmiştir. Eğitim ortamı egzersiz minderlerinin olduğu, bebek resimleriyle süslenmiş, gebe eğitimin önemini vurgulayan posterlerin bulunduğu, katılımcıların kendilerini rahat hissedebilecekleri sıcak bir ortamdan oluşturulmuştur. Eğitimlerde TAP Vakfının 2006 yılında oluşturduğu gebe-lohusaya verilmesi gereken minimum bilgileri içeren “El kitapçıkları”, “Gebelik, Lohusalık ve Yenidoğan Bakımı Danışmanlık Atlası” ve “Doğum Öncesi Bebek Pozisyonları” posterleri, “uterus ve plasenta maketi”, “meme maketi”, “bebek maketi”, “lochia ped modeli” kullanılmıştır (Ek-8). Eğitime katılan her gebeye el kitapçıkları verilmiştir. Eğitim, haftada bir gün 30-35 dakika sürmüştür. Eğitim 5 hafta devam etmiştir. Grupların sayısı 10 kişiden oluşturulmuştur. Diğer eğitim günü, gruptaki gebeler ile eğitim sonunda, bir hafta geçmeyecek şekilde ortak gün ve saat belirlenerek oluşturulmuştur. Hastaların adres ve telefon numaraları gerektiğinde ulaşılabilmesi için kaydedilmiştir.

Eğiticinin Hazırlığı: Eğitimler, araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırmacı eğitimlere başlamadan önce 31 Ekim-1-2 Kasım 2012 tarihlerinde Bursa ili ikinci basamak hizmet sunuculara yönelik TAP Vakfı'nın gerçekleştirdiği “Güvenli Annelik Hizmet Kullanıcı Eğitim/Danışmanlık Programı” na katılmıştır.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 programı kullanılarak bir uzman tarafından analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Frekans, Wilcoxon signed ranks test, Spearman korelasyonu, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükleri

- Vaka sayısının sınırlı (50 gebe) ve tek bir kurumda gerçekleştirilmiş olması nedeniyle genelleme yapılamaz.
- Eğitimin 10'ar kişilik gruplar halinde yürütölüyor olması, İstanbul trafiği göz önüne alındığında buluşma saati planlanandan sonra başlamış ve araştırıcıyı zaman yönetimi açısından zorlamıştır.
- Eğitimin 5 hafta sürmesi veri toplama sürecinin uzamasına neden olmuştur.

6. BULGULAR

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular;

Bölüm I= Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular,

Bölüm II = Gebelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin karşılaştırmasına ilişkin bulgular,

Bölüm III= Gebelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin bazı parametrelerle karşılaştırmasına ilişkin bulgular,

Bölüm IV = Gebelerin eğitimden memnuniyet düzeylerine ilişkin bulgular olmak üzere 4 ana bölüm altında toplanarak verilmiştir.

6.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N =50)

	X+SS		
	n	%	
	Yaş	27,24±5,44	
	Eşinin yaşı	31,14±5,12	
	İlk Evlenme Yaşı	23,64±5,02	
Öğrenim Durumu	Okur Yazar	9	18
	İlk Öğretim	16	32
	Lise	12	24
	Üniversite ve üzeri	13	26
Mesleki Durumu	Ev Hanımı	37	74
	Memur	9	18
	Diğer	4	8
Ailenin Gelir Durum	Gelirim Giderimden Az	20	40
	Gelirim Giderime Denk	27	54
	Gelirim Giderimden Fazla	3	6
Eşin Öğrenim Durumu	Okur Yazar	4	8
	İlk Öğretim	15	30
	Lise	17	34
	Üniversite ve üzeri	14	28
Eşin Mesleki Durumu	Memur	14	28
	İşveren	3	6
	İşçi	26	52
	İşsiz	1	2
	Diğer	6	12

Gebelerimizin sosyo- demografik özellikleri Tablo1’de verilmiştir. Yaş ortalaması 27,24±5,44, ilk evlenme yaş ortalaması 23,64±5,02 olarak bulgalandı. Gebelerin %32’si ilköğretim mezunu, %74’ü ev hanımı, hepsi evli, %54’ünün geliri giderine denkti. Eşlerin yaş ortalaması 31,14±5,12, %34’ü lise mezunu, % 52’si işçi olarak çalıştığı saptandı.

Tablo 2: Gebelerin Obstetrik Özellikleri (N=50)

		X±SS	
	Gebelik Sayısı	1,70±1,03	
	Küretaj Sayısı	1,24±0,55	
Obstetrik Özellikler	Abortus Sayısı	1	
	Doğum Sayısı	1,68±1,13	
	Yaşayan Çocuk Sayısı	1,68±1,01	
	İlk Gebelik Yaşı	24,64±5,05	
	Gebelik Haftası	20,98±0,96	
		n	%
Gebeliği Planlama Durumu	Evet	29	58
	Hayır	21	42
Şu Anki Gebeliğinde Rahatsızlık Yaşama Durumu	Evet	13	26
	Hayır	37	74
Şu Anki Gebeliğinde Var Olan Rahatsızlık	Kansızlık	2	15,4
	Diyabet	1	7,7
	Hipertansiyon	2	15,4
	Bulantı	5	38,5
	Halsizlik	3	23,0
	Toplam	13	100,0
Sistemik Hastalık Durumu	Var	9	18,0
	Yok	41	82,0
Var Olan Sistemik Hastalık	Hipertansiyon	3	33,3
	Tiroid	4	44,5
	Kalp	1	11,1
	Astım	1	11,1
	Toplam	9	100,0

Gebelerimizin obstetrik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Gebelerimizin gebelik sayısı 1,70±1,03, küretaj sayısı 1,24±0,55, abortus sayısı 1, doğum sayısı 1,68±1,13, yaşayan çocuk sayısı 1,68±1,01, ilk gebelik yaşı 24,64±5,05, gebelik haftası 20,98±0,96 olarak bulgulandı. Gebelerin %58 inin gebeliği planlı olduğu, %26’sının şu anki gebeliğinde rahatsızlık yaşadığı belirlendi. Bu rahatsızlıklar %15,4 kansızlık, %7,7 diyabet, %15,4 hipertansiyon, %38,5 bulantı, %23 halsizlikten oluştuğu saptandı. Gebelerin %18’nin sistemik hastalığı mevcuttu. Bunların %33,3’ü hipertansiyon, %44,5’i tiroid, %11,1’i kalp ve %11,1’i astım hastalığıydı.

Tablo 3: Multipar Gebelerin Bir Önceki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Verileri(N=19)

		n	%
Bir Önceki Gebeliğinde Rahatsızlığı Olma Durumu	Evet	4	21,1
	Hayır	15	78,9
Bir Önceki Doğum Yapma Yeri	Üniversite Hastanesi	5	26,3
	Eğitim Araştırma H./ Devlet Hastanesi	13	68,4
	Diğer	1	5,3
Bir Önceki Doğum Şekli	Vaginal	16	84,2
	Sezaryen	3	15,8
Bir Önceki Gebeliğinde Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumu	Evet	0	0
	Hayır	19	100,0
Bir Önceki Gebeliğinde Var Olan Rahatsızlığı	Kan Uyuşmazlığı	1	25
	Hipertansiyon	2	50
	Diyabet	1	25
	Toplam	4	100,0

Bir önceki gebeliğinde rahatsızlık yaşayan gebeler %21,1 olarak saptandı. Bu rahatsızlıkların %25 kan uyuşmazlığı, %50 hipertansiyon, %25 diyabet olduğu ifade edildi. Multipar gebelerin bir önceki doğumlarını, %68,4 eğitim araştırma/ devlet hastanesinde, %26,3 üniversite hastanesinde, %5,3 evde, arabada gibi yerlerde gerçekleştirmişti. %84,2'sinin doğum şekli vaginal, %15,8'inin sezaryen yolla olmuştu. Bir önceki gebeliğinde hiçbir gebenin doğum öncesi eğitim almadığı bulguları (Tablo 3).

6.2. Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4: Gebelerin Üreme Organ Yapı ve İşleyişi ile Gebeliğin Oluşumu Hakkındaki Bilgi Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Dağılımı

N=50		EĞİTİM ÖNCESİ		EĞİTİM SONRASI	
		n	%	n	%
Kadın Üreme Organları	0	11	22	0	0
	1	8	16	0	0
	2	23	46	8	16
	3	3	6	18	36
	4	5	10	24	48
Fertil Dönem	Biliyor	4	8	45	90
	Bilmiyor	46	92	5	10
Fertilizasyon Yeri	Biliyor	10	20	44	88
	Bilmiyor	40	80	6	12
Fetüsün Yaşadığı/Geliştiği Yer	Biliyor	12	24	48	96
	Bilmiyor	38	76	2	4
Fetüsün Beslenmesini Sağlayan Bölüm	Biliyor	6	12	47	94
	Bilmiyor	44	88	3	6

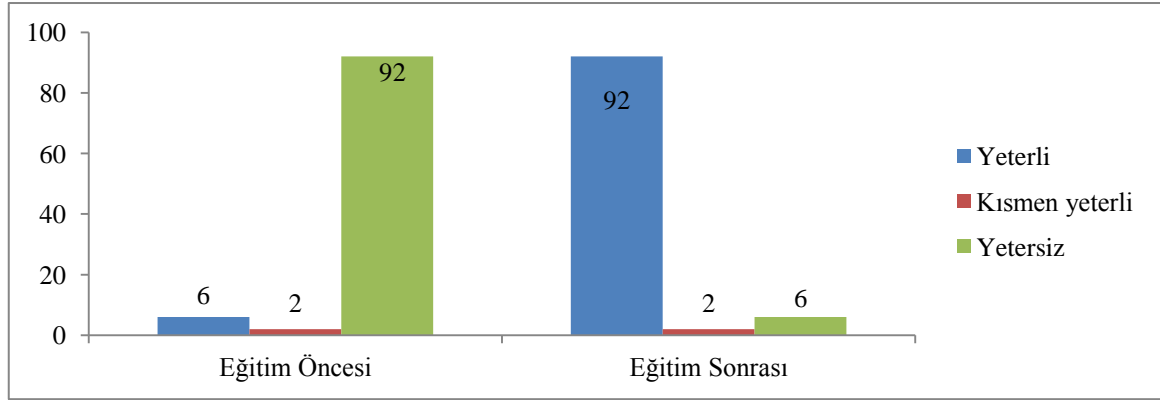
Kadın üreme organları hakkındaki sorular, açık uçlu soru olup gebelerden bildikleri 4 kadın üreme organını yazmaları istendi. Kadın üreme organlarından 4 tanesini bilen gebe yüzdesi eğitim öncesinde %10 iken, eğitim sonrasında %48 olarak saptandı. “Üreme Organ Yapı-İşleyiş ve Gebeliğin Oluşumu” konusunda eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar incelendiğinde, bu bölümde bulunan 5 soruya verilen doğru cevap sayısında artış gözlemlendi ancak en büyük artışın, gebeliğin oluşum dönemine (fertilite dönem) verilen yanıtta olduğu belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5: Gebelerin Üreme Organ Yapı ve İşleyişi ile Gebeliğin Oluşumuna İlişkin Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırması

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Sonuç	n	%	Ortalama Rank	Wilcoxon signed ranks test z* p
Alınan Ortalama Puanlar	4,2± 4,4	18,0 ±2,8	Artan Azalan Aynı kalan	50 - -	100 - -	25,50 , 00	-6,161 0,000

* wilcoxon signed ranks test

Şekil 1: Gebelerin Üreme Organ Yapı ve İşleyişi ile Gebeliğin Oluşumuna İlişkin Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı



Tablo 5’te görüldüğü gibi ‘‘Üreme Organ Yapı-İşleyiş ve Gebeliğin Oluşumu’’ konusunda eğitim öncesi ve sonrası alınan toplam puanlar karşılaştırıldığında, ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,001$). Bu bölümün toplam alınması gereken puanı 20’dir. 12 puan sınır kabul edildiğinde, eğitim öncesinde gebelerin üreme organ yapı-işleyiş ve gebeliğin oluşumu konusunda bilgi düzeylerinin %92’si yetersiz, %2’si kısmen yeterli, % 6’sı yeterli olduğu, eğitim sonrasında ise %6’sı yetersiz, %2’si kısmen yeterli, % 92’si yeterli olduğu bulguları (Şekil 1).

Tablo 6: Gebelerin Gebelikte Oluşan Değişiklikler ile Olağan Şikayetlerle Baş Etme Hakkında Bilgi Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Dağılımı

N=50		EĞİTİM ÖNCESİ		EĞİTİM SONRASI	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gebelikteki Fizyolojik Değişiklik	Biliyor	13	26	47	94
	Bilmiyor	37	74	3	6
Gebelikteki Psikolojik Değişiklik	0	2	4	3	6
	1	10	20	2	4
	2	24	48	5	10
	3	8	16	11	22
	4	6	12	29	58
Bulantı-kusmayı Hafifleten Uygulama	Biliyor	22	44	50	100
	Bilmiyor	28	56	0	0
Meme Hassasiyetini Hafifleten Uygulama	Biliyor	8	16	46	92
	Bilmiyor	42	84	4	8
Bel ve Sırt Ağrısını Hafifleten Uygulama	Biliyor	11	22	49	98
	Bilmiyor	39	78	1	2

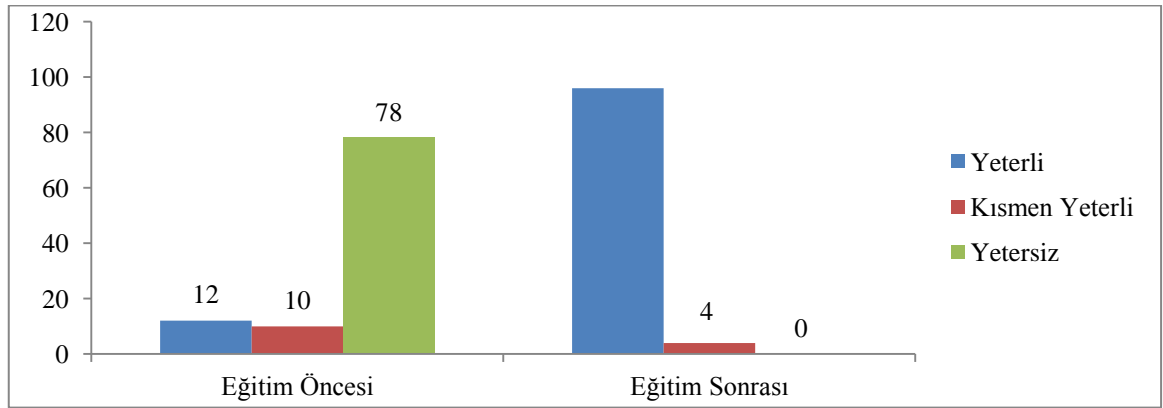
Gebelikteki psikolojik değişiklik sorusu açık uçlu olup gebelerden bildikleri 4 madde yazmaları istendi. Gebelikte oluşabilecek psikolojik değişikliklerden 4 tanesini yazan gebe oranı eğitim öncesinde %12 iken, eğitim sonrasında %58'e yükseldiği görüldü. "Gebelikte Oluşan Değişiklikler ve Olağan Şikayetlerle Baş Etme" konularında eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar incelendiğinde, bu bölümde bulunan gebelikte görülebilecek psikolojik ve fizyolojik değişiklikler, bulantı-kusma, memelerde hassasiyet, bel ve sırt ağrılarını hafifleten uygulamalar ile ilgili sorulara verilen doğru cevap sayısında artış gözlemlendiği ancak en büyük artışın, memelerdeki hassasiyeti hafifletmek için yapılan uygulamaya verilen yanıtta olduğu bulguları (Tablo 6).

Tablo 7: Gebelerin Gebelikte Oluşan Değişiklikler ile Olağan Şikayetlerle Baş Etme Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırması

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Sonuç	n	%	Ortalama Rank	Wilcoxon signed ranks test	
							z*	p
Alınan Ortalama Puanlar	6,4±5,2	18,5±2,0	Artan	48	96	24,50	-6,042	0,000
			Azalan	-	-	,00		
			Aynı kalan	2	4			

* wilcoxon signed ranks test

Şekil 2: Gebelerin Gebelikte Oluşan Değişiklikler ile Olağan Şikayetlerle Baş Etme Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı



Tablo 7’de görüldüğü gibi ‘‘Gebelikte Oluşan Değişiklikler ve Olağan Şikayetlerle Baş Etme’’ hakkında eğitim öncesi ve sonrası alınan toplam puanlar karşılaştırıldığında, ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,001$). Bu bölümden alınması gereken toplam tam puan 20’dir. 12 puan sınır kabul edildiğinde, eğitim öncesinde gebelerin gebelikte oluşan değişiklikler ve olağan şikayetlerle baş etme konusunda bilgi düzeylerinin %78’si yetersiz, %10’u kısmen yeterli, %12’si yeterli olduğu bulguları. Eğitim sonrasında ise %4’ü kısmen yeterli, %96’sının yeterli olduğu saptandı (Şekil 2).

Tablo 8: Gebelerin Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Dağılımı

N=50		EĞİTİM ÖNCESİ		EĞİTİM SONRASI	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Taharetlenme Alışkanlığı	Biliyor	1	2	48	96
	Bilmiyor	49	98	2	4
Duş Alma Şekli	Biliyor	1	2	47	94
	Bilmiyor	49	98	3	6
Diş Fırçalama Sıklığı	Biliyor	45	90	49	98
	Bilmiyor	5	10	1	2
İç Çamaşırın Özelliği	Biliyor	38	76	50	100
	Bilmiyor	12	24	0	0
Demir Hapı Kullanma	Biliyor	10	20	37	74
	Bilmiyor	40	80	13	26
Kontrolle Gitme Sıklığı	Biliyor	30	60	46	92
	Bilmiyor	20	40	4	8
Tetanos Aşısı Yaptırma	Biliyor	5	10	20	40
	Bilmiyor	45	90	30	60

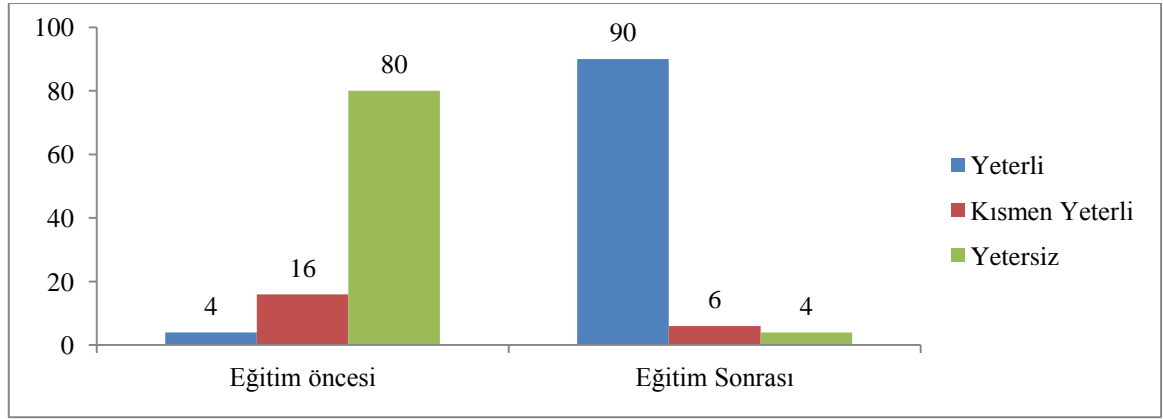
Gebelikte “Öz Bakım Gereksinimleri” konusunda eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar incelendiğinde, bu bölümde bulunan taharetlenme alışkanlığı, duş alma şekli, diş fırçalama zamanı, iç çamaşırın özelliği, demir hapı kullanım zamanı, kontrole gitme sıklığı ve tetanos aşısı yaptırma zamanı sorularına verilen doğru cevapların sayılarının hepsinde artış gözlemlendiği ancak en büyük artışın, gebelik boyunca dış üreme organların temizliğine (taharetlenme alışkanlığı) verilen yanıtta olduğu saptandı (Tablo 8).

Tablo 9: Gebelerin Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri Konusunda Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırması

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Sonuç	n	%	Ortalama Rank	Wilcoxon signed ranks test z*	p
Alınan Ortalama Puanlar	10,4±5,1	10,4±5,1	Artan	48	96	24,50		
			Azalan	-	-	,00	-6,072	0,000
			Aynı kalan	2	4			

* wilcoxon signed ranks test

Şekil 3: Gebelerin Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri Konusunda Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı



Tablo 9’da görüldüğü gibi gebelerin “Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri” hakkında eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,001$). Bu bölümün toplam tam puanı 28’dir. 16 puan sınır kabul edildiğinde, eğitim öncesinde gebelerin öz bakım gereksinimleri konusunda bilgi düzeylerinin %80’i yetersiz, %16’sı kısmen yeterli, %4’ü yeterli olduğu bulguları. Eğitim sonrasında ise %4’ü yetersiz, %6’sı kısmen yeterli, %90’nının yeterli olduğu görüldü (Şekil 3).

Tablo 10: Gebelerin Gebelikte Tehlike Belirtileri Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Dağılımı

N=50		EĞİTİM ÖNCESİ		EĞİTİM SONRASI	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Hazneden Kanama	Biliyor	31	62	44	88
	Bilmiyor	19	38	6	12
Anormal Akıntı	Biliyor	10	20	28	56
	Bilmiyor	40	80	22	44
İdrar Yaparken Yanma ve Ağrı	Biliyor	39	78	45	90
	Bilmiyor	11	22	5	10
Suyun Gelmesi	Biliyor	42	84	49	98
	Bilmiyor	8	16	1	2
Aşırı Bulantı ve Kusma	Biliyor	11	22	28	56
	Bilmiyor	39	78	22	44
Bebek Hareketlerinde Azalma	Biliyor	35	70	47	94
	Bilmiyor	15	30	3	6
Şiddetli Karın ve Kasık Ağrısı	Biliyor	37	74	47	94
	Bilmiyor	13	26	3	6
Israrlı ve Şiddetli Baş Ağrısı	Biliyor	42	84	48	96
	Bilmiyor	8	16	2	4
Yüksek Ateş	Biliyor	11	22	48	96
	Bilmiyor	39	78	2	4

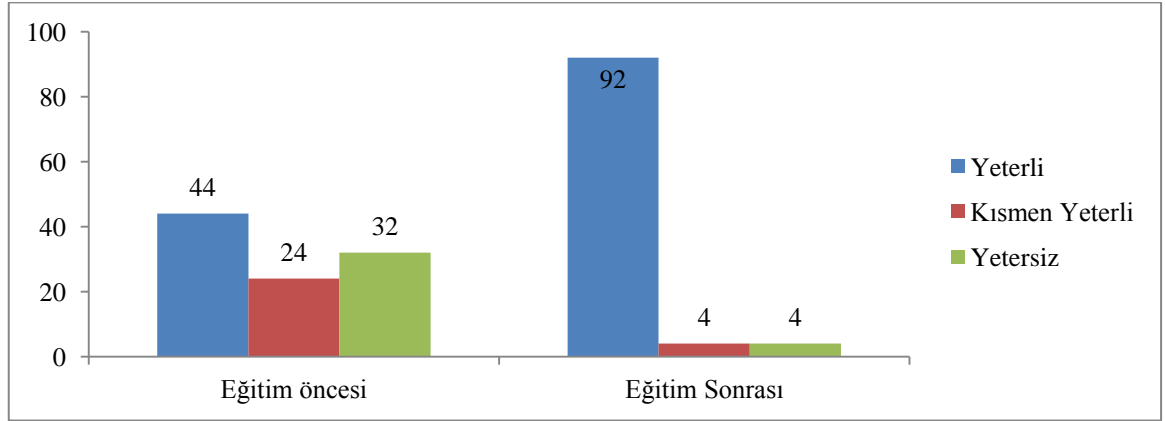
Gebelikte ‘‘Tehlike Belirtileri’’ konusunda eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar incelendiğinde, bu bölümde gebelere sorulan hazneden gelen kanama, kokulu veya fazla miktarda akıntı, idrar yaparken yanma ve ağrı, erken dönemde suların gelmesi, aşırı bulantı ve kusma, bebek hareketlerinde azalma, şiddetli bel, karın ve kasık ağrısı, geçmeyen baş ağrısı ve yüksek ateş gibi tehlike belirtilerinden hepsinde doğru cevap sayısında artış gözlemlendiği ancak en büyük artışın, gebelikte yüksek ateşin önemli bir tehlike belirtisi olduğu yönündeki soruya verilen yanıtta olduğu bulguları (Tablo 10).

Tablo 11: Gebelerin Gebelikte Tehlike Belirtileri Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırması

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Sonuç	n	%	Ortalama Rank	Wilcoxon signed ranks test	
							z*	p
Alınan Ortalama Puanlar	20,6±5,1	30,7±5,3	Artan Azalan Aynı kalan	44 3 3	88 6 6	24,80 12,33	-5,625	0,000

*wilcoxon signed ranks test

Şekil 4: Gebelerin Gebelikte Tehlike Belirtileri Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı



Tablo 11’de görüldüğü gibi ‘‘Gebelikte Tehlike Belirtileri’’ hakkında eğitim öncesi ve sonrası alınan toplam puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,001$). Bu bölümün toplam tam puanı 36’dır. 20 puan mır kabul edildiğinde, eğitim öncesinde gebelerin tehlike işaretleri konusunda bilgi düzeylerinin %32’si yetersiz, %24’ü kısmen yeterli, %44’ü yeterli olduğu, eğitim sonrasında ise %4’ü yetersiz, %4’ü kısmen yeterli, %92’si yeterli bulguları (Şekil 4).

Tablo 12: Gebelerin Doğum Eylemi Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Dağılımı

N=50		EĞİTİM ÖNCESİ		EĞİTİM SONRASI	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Doğumun Başlangıç Belirtileri	0	4	8	-	-
	1	19	38	3	6
	2	19	38	7	14
	3	4	8	18	36
	4	4	8	22	44
Doğuma Giderken Annenin Çantasında Olması Gerekenler	0	5	10	1	2
	1	1	2	1	2
	2	14	28	-	-
	3	9	18	4	8
	4	21	42	44	88
Ne Zaman İkinması Gerektiği	Biliyor	18	36	43	86
	Bilmiyor	32	64	7	14
Sezaryen Doğumun Nasıl Yapıldığı	Biliyor	2	4	40	80
	Bilmiyor	48	96	10	20

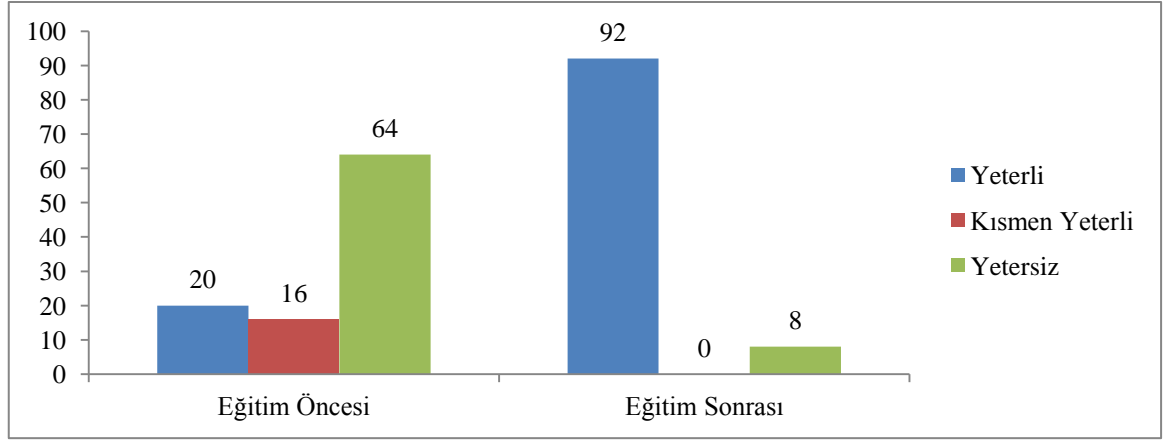
Doğum başlangıç belirtileri sorusu açık uçlu olup gebelerden bildikleri 4 madde yazmaları istendi. Eğitim öncesinde 1 ile 2 madde bilen gebe oranı %38' er bulundu. Bunlara verilen cevapların suların gelmesi ve şiddetli bel ağrısı cevapları olduğu saptandı. Doğumun başlangıç belirtilerinden 4 tanesini yazan gebe oranı eğitim öncesinde %8 iken, eğitim sonrasında %44'e yükseldiği gözlemlendi. Doğuma giderken annenin çantasında bulunması gereken malzemeler sorusu yine açık uçluydu ve gebelerden 4 tanesini yazmaları istendi. Havlu, terlik, anne ve bebek giysileri verilen cevaplar arasındaydı. 4 madde yazan gebe yüzdesi eğitim öncesinde %42 iken eğitim sonrasında %88 olduğu bulguları. "Doğum Eylemi" konusunda eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar incelendiğinde, bu bölümde gebelere sorulan 4 soruya verilen doğru cevap sayısında artış gözlemlendi ancak en büyük artışın, sezaryen ile doğumun ne zaman ve nasıl yapıldığına verilen yanıtta olduğu bulguları (Tablo 12).

Tablo 13: Gebelerin Doğum Eylemi Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırması

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Sonuç	n	%	Ortalama Rank	Wilcoxon signed ranks test z* p
Alınan Ortalama Puanlar	6,1±3,3	13,6±3,5	Artan Azalan Aynı kalan	44 3 3	88 6 6	24,75 13,00	-5,563 0,000

*Wilcoxon signed ranks test

Şekil 5: Gebelerin Doğum Eylemi Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı



Tablo 13’de görüldüğü gibi gebelerin “Doğum Eylemi” hakkında eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,001$). Bu bölümün toplam tam puanı 16’dır. 8 puan sınır kabul edildiğinde, eğitim öncesinde gebelerin bilgi düzeylerinin %64’ü yetersiz, %16’sı kısmen yeterli, %20’si yeterli olduğu, eğitim sonrasında ise %8’i yetersiz, %92’si yeterli bulguları (Şekil 5).

Tablo 14: Gebelerin Lohusalık Dönemi Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Dağılımı

N=50		EĞİTİM ÖNCESİ		EĞİTİM SONRASI	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Demir Hapı Kullanımı	Biliyor	11	22	41	82
	Bilmiyor	39	78	9	18
Loşia Miktarı	Biliyor	8	16	32	64
	Bilmiyor	42	84	8	16
Epizyotomi Bakımı	Biliyor	43	86	49	98
	Bilmiyor	7	14	1	2
İç Çamaşırların Özelliği	Biliyor	46	92	49	98
	Bilmiyor	4	8	1	2
Konstipasyonu Önleme	Biliyor	41	82	49	98
	Bilmiyor	9	18	1	2
Karın Sargısının Zararlı Olduğu	Biliyor	46	92	38	76
	Bilmiyor	4	8	12	24
Duygusal Dalgalanım	Biliyor	10	20	30	60
	Bilmiyor	40	80	20	40
Banyo Şekli	Biliyor	45	90	48	96
	Bilmiyor	5	10	2	4
Kötü Kokulu Akıntının Tehlikeli Olduğu	Biliyor	42	84	47	94
	Bilmiyor	8	16	3	6
Bulanık Görme ve Kasılmalar	Biliyor	38	76	48	96
	Bilmiyor	12	24	2	4

Tablo 15: Gebelerin Emzirme ve Aile Planlaması Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Dağılımı

N=50		EĞİTİM ÖNCESİ		EĞİTİM SONRASI	
		n	%	n	%
Emzirirken Karın Ağrısının Normal Olduğu	Biliyor	15	30	29	58
	Bilmiyor	35	70	21	42
Süt Dolu Memelerin Mutlaka Boşaltılması Gerektiği	Biliyor	27	54	48	96
	Bilmiyor	23	46	2	4
Dikişlerde Ağrı, Kızarıklık, Şişme	Biliyor	35	70	49	98
	Bilmiyor	15	30	1	2
Doğum Sonu Cinsel İlişki Zamanı	Biliyor	22	44	47	94
	Bilmiyor	28	56	3	6
Emzirmeye Başlama Zamanı	Biliyor	8	16	45	90
	Bilmiyor	42	84	5	10
Emzirme Sıklığı	Biliyor	2	4	47	94
	Bilmiyor	48	96	3	6
Doğru Emzirme Şekli	Biliyor	14	28	50	100
	Bilmiyor	36	72	0	0

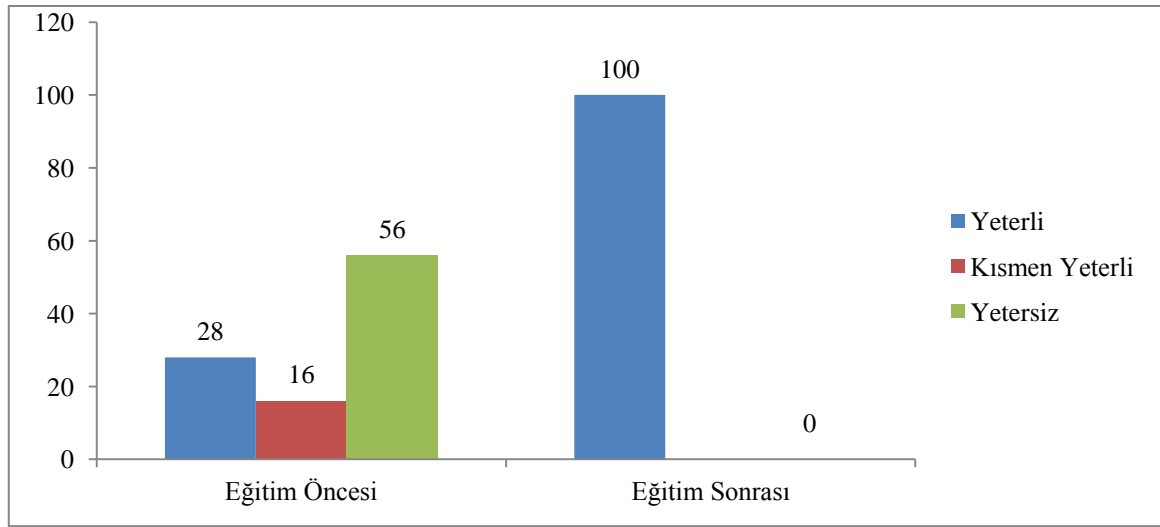
“Lohusalık Dönemi, Emzirme ve Aile Planlaması” konusunda eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar incelendiğinde, bu bölümde gebelere sorulan demir hapi kullanım zamanı, epizyotomi bakımı, iç çamaşırın özelliği, konstipasyonu önleme, duygusal dalgalanım, banyo şekli, kötü kokulu akıntının tehlikeli olduğu, bulanık görme ve kasılmalar, emzirirken karın ağrısının normal olduğu, dikiş yerlerinde ağrı, kızarıklık, şişme, doğum sonrası cinsel ilişki zamanı, karın sargısının zararlı olduğu, emzirmeye başlama zamanı, emzirme sıklığı, doğru emzirme şeklinde oluşan toplam 17 sorunun hepsinde verilen doğru cevap sayısında artış gözlemlendiği ancak en büyük artışın, bebeğin emzirme sıklığına verilen yanıtta olduğu bulguları (Tablo 14,15).

Tablo 16: Gebelerin Lohusalık Dönemi, Emzirme ve Aile Planlaması Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Sonuç	n	%	Ortalama Rank	Wilcoxon signed ranks test z*	p
Alınan Ortalama Puanlar	32,9±9,4	59,6±7,3	Artan	49	98	25,00	-6,104	0,000
			Azalan	-	-	,00		
			Aynı kalan	1	2			

*wilcoxon signed ranks test

Şekil 6: Gebelerin Lohusalık Dönemi, Emzirme ve Aile Planlaması Hakkında Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı



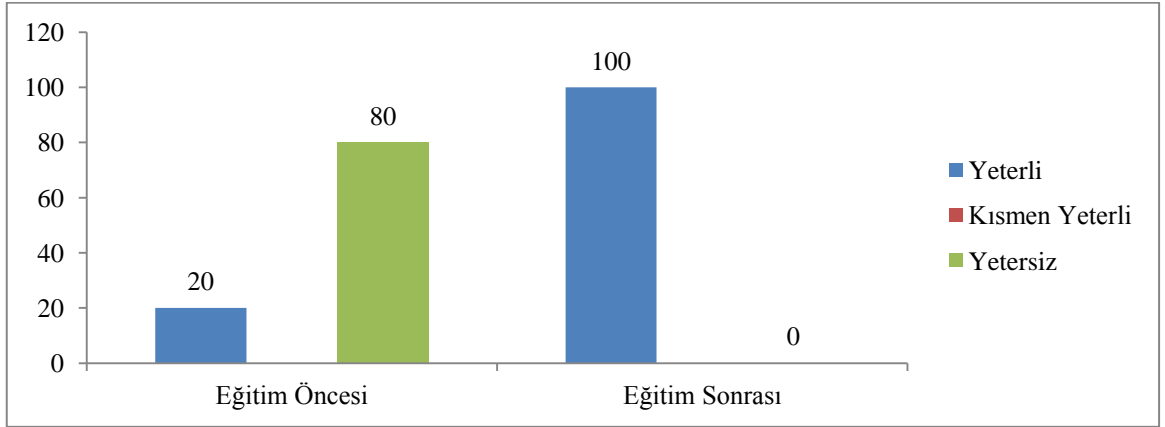
Tablo 15 ve 16’da görüldüğü gibi gebelerin ‘‘Lohusalık Dönemi ve Aile Planlaması’’ hakkında eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,001$). Bu bölümün toplam tam puanı 68’dir. 36 puan sınır kabul edildiğinde, eğitim öncesinde gebelerin bilgi düzeylerinin %56’sı yetersiz, %16’sı kısmen yeterli, %28’i yeterli olduğu, eğitim sonrasında ise tüm gebelerin yeterli düzeyde bilgi sahibi olduğu bulguları (Şekil 6).

Tablo 17: Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Sonuç	n	%	Ortalama Rank	Wilcoxon signed ranks test z*	p
Alınan Ortalama Puanlar	80,7±18,3	164,4±14,9	Artan Azalan Aynı kalan	50 - -	100 - -	25,50 ,00	-6,154	0,000

*Wilcoxon signed ranks test

Şekil 7: Gebelerin Toplam Bilgi Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Yeterlilik Durumunun Dağılımı



Tablo 17’de görüldüğü gibi gebelerin eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında, ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,001$). Bu bölümün toplam tam puanı 188’dir. 96 puan sınır kabul edildiğinde % 80’i yetersiz, %20’si yeterli olduğu eğitim sonrasında ise %100’nün yeterli olduğu bulguları (Şekil 7).

6.3.Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Bazı Parametrelerle Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Tablo 18: Gebelerin Bazı Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Aldıkları Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	r*	p	r*	p
Yaş	0,39	0,004	0,12	0,407
Eşinin yaşı	0,28	0,043	0,21	0,131
İlk evlenme yaşı	0,21	0,131	0,18	0,196
İlk gebelik yaşı	0,24	0,085	0,10	0,466
Gebelik haftası	-0,05	0,729	0,30	0,021
Doğum sayısı	0,27	0,055	0,00	0,959

*Spearman korelasyonu

Eğitim öncesi toplam bilgi puanları ile kadının yaşı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak zayıf anlamlı bir ilişki belirlenirken, eğitim sonrasında pozitif yönde çok zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptandı.

Eğitim öncesi toplam bilgi puanları ile eşinin yaşı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok zayıf anlamlı bir ilişki belirlenirken, eğitim sonrasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok zayıf anlamlı olmayan bir ilişki saptandı.

Eğitim öncesi toplam bilgi puanları ile ilk evlenme yaşı arasında pozitif yönde ve istatistiksel çok zayıf olarak anlamlı olmayan bir ilişki belirlenirken, eğitim sonrasında da bu verinin değişmediği bulguları.

Eğitim öncesi toplam bilgi puanları ile ilk gebelik yaşı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok zayıf anlamlı olmayan bir ilişki belirlenirken, eğitim sonrasında da bu verinin değişmediği görüldü.

Eğitim öncesi toplam bilgi puanları ile gebelik haftası arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak çok zayıf anlamlı olmayan bir ilişki belirlenirken, eğitim sonrasında gebelik haftası arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak zayıf anlamlı bir ilişki bulguları.

Eğitim öncesi toplam bilgi puanları ile doğum sayısı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok zayıf anlamlı olmayan bir ilişki belirlenirken, eğitim sonrasında da bu verinin değişmediği saptandı (Tablo 18).

Tablo 19: Gelir Durumu Açısından Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Puan Farkları		Z*	P
	Gelir durumu giderinden az n=20	Gelir durumu giderine denk ya da fazla n=30	Gelir durumu giderinden az n=20	Gelir durumu giderine denk ya da fazla n=30	Gelir durumu giderinden az n=20	Gelir durumu giderine denk ya da fazla n=30		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Üreme Organ Yapı-İşleyiş ve Gebeliğin Oluşumu	2,6±3,8	5,2±4,4	18,5±2,6	17,7±2,9	-15,9±4,0	-12,4±4,7	-2,866	0,004
Gebelikte Oluşan Değişiklikler ve Olağan Şikayetlerle Baş Etme	3,9±4,8	8,1±4,8	18,0±1,9	18,9±2,0	-14,1± 6,0	-10,8±4,8	-2,652	0,008
Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri	9,4±4,5	11,0±5,4	24,4±4,4	23,3±4,0	-15,0±6,7	-12,2±6,3	-1,133	0,183
Gebelikte Tehlike Belirtileri	21,8±5,7	19,8±4,6	29,2±6,2	31,7±4,4	-7,4±8,1	-11,8±6,6	-1,802	0,072
Doğum Eylemi	6,4±4,3	5,9±2,4	12,6±4,7	14,2±2,2	-6,2±6,4	-8,3±3,1	-1,034	0,301
Lohusalık Dönemi Emzirme ve Aile Planlaması	32,4±10,3	33,2±8,9	59,6±7,9	59,7±6,9	-27,1±12,4	-26,5±12,0	-0,030	0,976
Toplam Bilgi Puanı	76,6±18,2	83,4±18,2	162,4±17,4	165,7±12,9	-85,8±26,7	-82,2±21,2	-0,406	0,685

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır

Gelir durumu giderinden az ve gelir durumu giderine denk ya da fazla olan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasındaki fark karşılaştırıldığında yalnız üreme organ yapı-işleyiş bölümü arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Diğer bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulgulandı ($p > 0,05$, Tablo 19).

Tablo 20: Parite Durumu Açısından Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Puan Farkları		Z*	P
	Primipar n=33	Multipar n=17	Primipar n=33	Multipar n=17	Primipar n=33	Multipar n=17		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Üreme Organ Yapı-İşleyiş ve Gebeliğin Oluşumu	4,5±4,9	3,7±3,3	18,1±2,4	17,8±3,3	-13,6±5,0	-14,1±4,3	-0,191	0,849
Gebelikte Oluşan Değişiklikler ve Olağan Şikayetlerle Baş Etme	6,5±5,1	6,3±5,4	18,6±2,0	18,4±2,0	-12,1±5,5	-12,1±5,6	-0,091	0,928
Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri	9,5±4,3	11,7±6,0	24,0±3,4	23,3±5,3	-14,4±6,4	-11,5±6,6	-1,435	0,151
Gebelikte Tehlike Belirtileri	20,2±5,2	21,2±4,9	30,7±4,4	30,7±6,2	-10,4±7,9	-9,4±6,9	-0,378	0,705
Doğum Eylemi	5,0±2,4	7,8±3,8	13,5±3,2	13,7±4,0	-8,4±3,7	-5,8±5,8	-1,034	0,301
Lohusalık Dönemi Emzirme ve Aile Planlaması	30,1±9,2	37,3±8,2	59,2±7,2	60,4±7,5	-29,0±12,3	-23,1±10,8	-1,811	0,070
Toplam Bilgi Puanı	76,0±18,4	88,2±15,9	164,6±13,8	164,6±16,8	-88,1±23,9	-76,3±20,9	-1,589	0,112

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Primipar ve multipar gebelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasındaki fark karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$, Tablo 20).

Tablo 21: Gebeliği Planlama Durumu Açısından Gebelerin Eğitim ncesi ve Sonrası Bilgi Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

	Eğitim ncesi		Eğitim sonrası		Puan Farkları		Z*	P
	Gebeliğini planlayanlar n=29	Gebeliğini planlamayanlar n=21	Gebeliğini planlayanlar n=29	Gebeliğini planlamayanlar n=21	Gebeliğini planlayanlar n=29	Gebeliğini planlamayanlar n=21		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Üreme Organ Yapı-İşleyiş ve Gebeliğin Oluşumu	4,3±4,4	4,0±4,4	18,7±2,0	17,0±3,3	-14,4±5,1	-13,0±4,0	-1,580	0,114
Gebelikte Oluşan Değişiklikler ve Olağan Şikayetlerle Baş Etme	6,6±5,5	6,1±4,9	19,0±1,4	17,9±2,5	-12,4± 5,8	-11,7±5,1	-0,871	0,384
Gebelikte z Bakım Gereksinimleri	9,5±4,5	11,6±5,6	24,5±3,9	22,6±4,4	-15,0±6,4	-11,0±6,1	-1,996	0,046
Gebelikte Tehlike Belirtileri	21,6±4,9	19,2±5,1	30,9±4,7	30,4±6,1	-9,2±7,2	-11,2±7,8	-1,005	0,315
Doğum Eylemi	5,2±2,6	7,3±3,8	13,2±3,6	14,0±3,3	-8,0±4,3	-6,7±5,3	-0,829	0,407
Lohusalık Dönemi Emzirme ve Aile Planlaması	34,7±10,1	30,2±7,9	60,4±7,2	58,6±7,4	-25,6±12,0	-28,3±12,1	-0,633	0,526
Toplam Bilgi Puanı	82,1±18,5	78,6±18,3	167,0±14,3	160,7±15,1	-84,8±22,4	-82,0±25,0	-0,442	0,658

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Gebeliğini planlayan ve planlamayan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasındaki fark karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulgalandı ($p>0,05$, Tablo 21).

Tablo 22: Sistemik Hastalığı Olma Durumu Açısından Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Puan Farkları		Z*	P
	Sistemik hastalığı olanlar n=9	Sistemik hastalığı olmayanlar n=41	Sistemik hastalığı olanlar n=9	Sistemik hastalığı olmayanlar n=41	Sistemik hastalığı olanlar n=9	Sistemik hastalığı olmayanlar n=41		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Üreme Organ Yapı-İşleyiş ve Gebeliğin Oluşumu	4,3±3,2	4,2±4,6	17,3±2,5	18,2±2,8	-13,0±3,5	-14,0±4,9	-1,002	0,316
Gebelikte Oluşan Değişiklikler ve Olağan Şikayetlerle Baş Etme	5,8±4,0	6,5±5,4	19,1±1,6	18,4±2,1	-13,2±3,4	-11,9±5,9	-0,153	0,879
Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri	11,1±5,2	10,2±5,1	24,4±4,2	23,6±4,2	-13,3±8,0	-13,3±6,3	-0,220	0,826
Gebelikte Tehlike Belirtileri	20,0±6,0	20,7±4,9	29,7±7,7	30,9±4,7	-9,7±10,6	-10,1±6,8	-0,232	0,816
Doğum Eylemi	4,5±1,6	6,4±3,5	13,0±4,6	13,7±3,2	-8,4±4,3	-7,2±4,9	-1,002	0,316
Lohusalık Dönemi Emzirme ve Aile Planlaması	34,2±12,1	32,6±8,9	60,8±7,1	59,4±7,4	-26,6±12,9	-26,8±12,0	-0,051	0,959
Toplam Bilgi Puanı	80,1±18,9	80,8±18,4	165,4±21,4	164,3±13,3	-84,4±25,6	-83,5±23,1	-0,354	0,724

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır

Sistemik hastalığı olan ve olmayan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasındaki fark karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bululandı ($p>0,05$, Tablo 22).

Tablo 23: Bu Gebeliğinde Rahatsızlığı Olma Durumu Açısından Gebelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Puan Farkları		Z*	P
	Şu an ki gebeliğinde rahatsızlığı olanlar n=11	Şu an ki gebeliğinde rahatsızlığı olmayanlar n= 39	Şu an ki gebeliğinde rahatsızlığı olanlar n=11	Şu an ki gebeliğinde rahatsızlığı olmayanlar n= 39	Şu an ki gebeliğinde rahatsızlığı olanlar n=11	Şu an ki gebeliğinde rahatsızlığı olmayanlar n= 39		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Üreme Organ Yapı-İşleyiş ve Gebeliğin Oluşumu	3,8±3,5	4,3±4,6	18,1±2,5	18,0±2,9	-14,3±3,9	-13,6±4,9	-0,235	0,814
Gebelikte Oluşan Değişiklikler ve Olağan Şikayetlerle Baş Etme	5,9±4,5	6,5±5,4	18,2±2,7	18,6±1,8	-12,3± 5,3	-12,0±5,6	-0,024	0,981
Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri	11,6±4,1	10,0±5,3	24,0±3,5	23,6±4,4	-12,3±6,5	-13,6±6,6	-0,336	0,787
Gebelikte Tehlike Belirtileri	19,2±5,8	21,0±4,9	31,2±6,8	30,5±4,8	-12,0±9,2	-9,5±6,9	-1,066	0,287
Doğum Eylemi	5,3±2,8	6,3±3,4	13,4±4,5	13,6±3,2	-8,0±6,6	-7,3±4,2	-1,541	0,123
Lohusalık Dönemi Emzirme ve Aile Planlaması	32,4±12,0	33,0±7,8	61,0±6,4	59,2±7,5	-28,6±11,7	-26,2±12,2	-0,189	0,450
Toplam Bilgi Puanı	78,4±21,9	81,3±17,5	166,2±19,4	163,8±13,5	-87,8±27,8	-82,5±22,1	-0,656	0,512

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır

Şu an ki gebeliğinde rahatsızlığı olan ve olmayan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasındaki fark karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulguları (p>0,05, Tablo 23).

6.4. Gebelerin Eğitimden Memnuniyetlerine İlişkin Bulgular

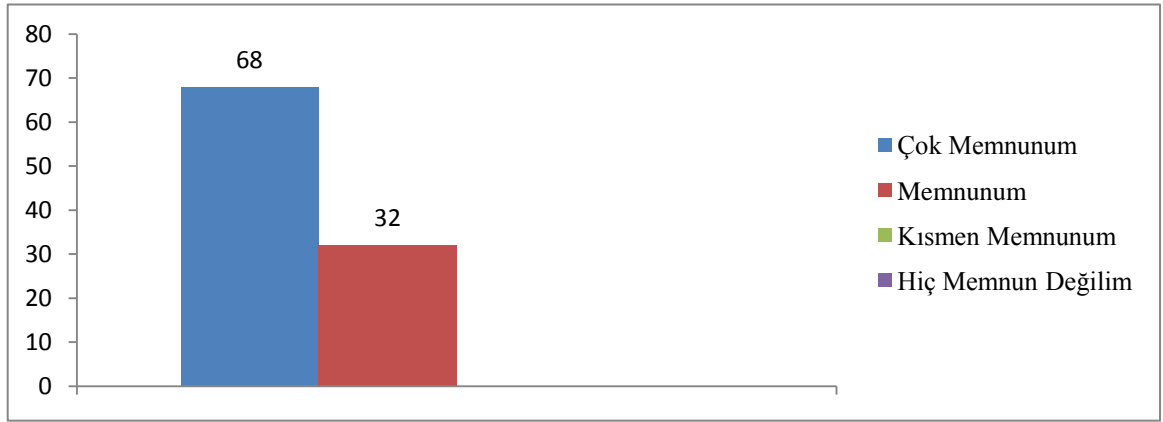
Tablo 24: Gebelerin Eğitimden Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

	Hiç Memnun Değil (1)		Kısmen Memnun (2)		Memnun (3)		Çok Memnun (4)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eğitim odasının yerinden ve kolay ulaşılabilir olmasından	12	24	33	66	5	10	-	-
Eğitim odasının havadar ve aydınlık olmasından	11	22	30	60	9	18	-	-
Eğitim odasının temizliğinden	2	4	17	34	31	62	-	-
Eğitim odasındaki rahatlığınızdan	-	-	11	22	34	68	5	10
Eğitim odasındaki sandalyelerin düzeninden	-	-	-	-	26	52	24	48
Eğitim sırasında kullanılan materyallerin kolay anlaşılabilir olmasından	-	-	-	-	16	32	34	68
Eğitmenin size alçak gönüllü davranması ve saygı göstermesinden	-	-	-	-	14	28	36	72
Eğitmenin grubun tüm üyeleriyle ilgilenmesinden ve etkin iletişim kurmasından	-	-	-	-	14	28	36	72
Eğitmenin kısa, anlaşılır ve net cümleler kurmasından	-	-	-	-	18	36	32	64
Eğitmenin size verdiği güvenden ve bilgisinden	-	-	-	-	16	32	34	68
Eğitmenin sizin deneyimlerinize önem vermesinden	-	-	-	-	15	30	35	70
Eğitimde anlatılan konuların yeterliliğinden	-	-	1	2	19	38	30	60
Eğitimde anlatılan konuların sizin ve bebeğiniz için yararlılığından	-	-	-	-	22	44	28	56
Eğitimin süresinden	-	-	4	8	28	56	18	36

Gebelerin, eğitim odasının yerinden ve kolay ulaşılabilir olmasından %66'sı kısmen memnun, eğitim odasının havadar ve aydınlık olmasından %60'ı kısmen memnun, eğitim odasının temizliğinden %62'si memnun, eğitim odasındaki rahatlığınızdan %68'i memnun, eğitim odasındaki sandalyelerin düzeninden %52'si memnun, eğitim sırasında kullanılan materyallerin kolay anlaşılabilir olmasından %68'i çok memnun, eğitmenin size alçak gönüllü davranması ve saygı göstermesi

maddesinden %72'si çok memnun, eğitmenin grubun tüm üyeleriyle ilgilenmesinden ve etkin iletişim kurmasından %72'si çok memnun, eğitmenin kısa, anlaşılır ve net cümleler kurmasından %64'ü çok memnun, eğitmenin size verdiği güvenden ve bilgisinden %68'i çok memnun, eğitmenin sizin deneyimlerinize önem vermesinden %70'i çok memnun, eğitimde anlatılan konuların yeterliliğinden %60' ı çok memnun, eğitimde anlatılan konuların sizin ve bebeğiniz için yararlılığından %56'sı çok memnun, eğitimin süresinden %56'sı memnun oldukları saptandı (Tablo 24).

Şekil 8: Gebelerin Eğitimden Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Yeterlilik Durumunun Dağılımı



Bu bölümün en düşük puanı 14, en yüksek puanı ise 60'dır. Cevaplar çok memnunum (4), memnunum (3), kısmen memnunum (2), memnun değilim (1) puan olarak düzenlendi. 0-14 arası puan alan hiç memnun değil, 14-28 arası puan alan kısmen memnun, 28-42 arası puan alan memnun, 42-60 arası puan alan çok memnun şeklinde değerlendirildiğinde katılımcıların %68'inin çok memnun %32'sinin memnun olduğu bulguları (Şekil 8).

Bu soruların dışında gebelerin eğitim hakkında düşüncelerini ölçmeye yönelik 6 tane açık uçlu soru soruldu. Aşağıda gebelerin sorulara verdikleri yanıtlar/ düşünceler yer almaktadır.

Eğitmene söylemek istediğiniz

Katılımcılar burada eğitmene olumlu düşüncelerini ifade etmişlerdir.

‘‘Akıcı ve sade anlatımınız çok güzeldi, her zaman bize karşı saygılıydınız. Anlayış ve sabrınız için çok teşekkürler’’ (LP, 33, Multipar)

‘‘Yorgun olsanız bile bize karşı güler yüzlü olmanız bize bu eğitimden daha fazla memnun kalmamızı sağladı. İkinciye gebe kalırsam yine geleceğim.’’ (AS, 22, Primipar)

‘‘Bize o konuları anlatırken kullandığınız araçlar çok hoşuma gitti gerçek gibiydi kafamda canlandı hep siz anlatırken’’ (NB, 23, Multipar)

Değiştirilmesini istediğiniz konular

Katılımcılardan sadece bir tanesi egzersizin daha uzun süre yapılmasını ifade etmiştir. Geri kalan katılan katılımcılar bu bölüme çoğunlukla memnunum yanıtını vermişlerdir.

‘‘Değiştirme değil ama keşke egzersiz anlattığınız hafta daha uzun sürseydi ya da her hafta eğitimin arkasından beraber yapsaydık’’ (CD, 28, Multipar)

En çok beğendiğiniz konular

Katılımcıların büyük çoğunluğu bu bölümü egzersiz diye cevaplamışlardır.

‘‘En çok egzersiz yaptığımız haftayı beğendim. O hafta hepimiz eşofman giyip geldik eğlenceliydi hele müziklere bayıldım gerçekten hiç unutmayacağım bir gündü.’’ (RA, 30, Multipar)

‘‘Egzersiz konusu çok iyiydi. Evde de kendim yapmaya çalıştım hep komşumun yardımıyla faydasını da gördüm ben hareket etmemem gerek sanıyordum hep ama öyle değilmiş.’’ (AG, 21, Primipar)

‘‘Tüm konuların çok faydasını gördüm çok Şey öğrendim ama ben daha önce hiç o gösterdiğiniz hareketlerden yapmamıştım onları çok sevdim içe de yaradı bel ağrılarımı geçirdi.’’ (CŐ, 23, Multipar)

Programa ilave edilmesini istediğiniz eğitim konuları

Katılımcılar daha çok bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili konuların programa ilave edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Birkaç katılımcıda eğitimin babalarında katılması gerektiğini söylemiştir.

“Doğumdan sonra süt gelmezse eğer neler yapılmalı ondan bahsetmemiştik hiç o eklenebilir” (AA, 24, Multipar)

“Bebek doğduktan hemen sonraki bakımı nasıl olacak daha ayrıntılı anlatılabilir” (NA, 19, Primipar)

“Babalara da keşke eğitim verilse onlarda bütün bu anlatılanları dinleseler bilseler neler oluyor bize gebeyken” (NG, 25, Primipar)

Bu eğitimden başkalarının da yararlanması konusundaki düşünceniz

Katılımcıların hepsi her gebenin eğitim alması gerektiğini ifade etmiştir.

“Gebe kalan herkes böyle eğitimlere katılmalı ben daha önce duymuştum fakat parayla diye hiç araştırmamıştım ben şanslıyım o yüzden iyi ki bu hastaneye gelmişim böyle bir şey denk geldi çok mutlu oldum eşimde sevindi komşularıma da hep bahsettim onlarda gelecek” (MK, 34, Multipar)

“Vücudumuzda neler oluyor onları öğrendik bazı şeylerin de aslında normal olduğunu öğrendik bana çok şey kattı, korkuyordum ne olacak diye arkadaşlarıma akrabalarıma soruyordum soramadıklarımı da burada öğrendim hem de daha doğrusunu her gebe gelmeli öğrenmeli bence” (AC, 23, Primipar)

“Kesinlikle bu harika bir şey ücretsiz olması ve hastanede güvenilir bir yerde olması keşke her hastanede olsa her kadın bundan faydalansa” (AK, 27, Multipar)

Bu eğitim programının hastanede devam etmesi konusundaki görüşleriniz

Katılımcıların hepsi bu hastanede eğitimin devam etmesi diğer hastanelerde de doğum öncesi eğitim verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

“Tabi devam etmeli bize böyle bir şey denk geldi herkes bundan yararlanmalı” (SK, 26, Multipar)

‘Ben bu eğitimden bilmediğim bir sürü şey öğrendim, buraya gelenlerle de konuştuğumda onlarda aynı şeyi söylüyor memnunuz yani o yüzden olmalı hep’ (ÖD, 29, Primipar)

7. TARTIŞMA

Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular 4 ana başlık altında, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

7.1. GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Gebelerin yaş ortalaması, $27,24 \pm 5,44$ olarak saptanmıştır. Gebelerimizin, doğurganlık yaşı açısından ideal yaşta oldukları söylenebilir. Çünkü kaynaklar, en ideal ve sorunsuz seyreden gebelik yaşının 20-35 yaş arasında olduğunu belirtmektedirler (147,148).

Çalışmamızda gebelerimizin sadece %26'sının çalıştığı saptanmıştır. Onların da önemli bir bölümünün (%70) memur olarak görev yaptığı belirlenmiştir. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye genelinde çalışan kadın oranı %31 olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (10). Kadınlara yönelik yürütülen başka sağlık araştırmalarında da çalışan kadın sayısının, grupta 1/4' ini geçmediği görülmektedir (89,149).

Çalışmamızda araştırmaya katılan gebelerin tamamı evlidir. TNSA 2008 verilerine göre, Türkiye'de evlenmenin yaygın olduğu ve toplumsal, kültürel değerler açısından gebelik/doğumların hemen hemen hepsinin evlilik içinde gerçekleştiği belirtilmiştir (10). Yurt dışında, Lu ve arkadaşlarının (124) çalışmasında eğitime katılan gebelerin evli olma oranının %76, Fabian ve arkadaşlarının çalışmasında (135) %93,3 olarak bulgulanmıştır. Bu oranlar Türkiye'den farklı olarak doğumların yurt dışında evlilik dışında da meydana geldiğini göstermektedir. Verilerimiz Türkiye geneliyle uyumludur.

Çalışmamızda eğitime katılan gebelerin öğrenim durumlarının %50'sinin eşlerinin de %62'sinin lise ve üzeri olduğu bulgulanmıştır. Okumuş ve arkadaşlarının 2002 yılında İzmir'de, doğum öncesi eğitimin etkinliğini değerlendirdiği çalışmada, eğitime katılan gebelerin %61,4'ü üniversite mezunu, eşlerinin de %64,8'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (128). Şeker 2006 yılında "Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi" adlı doktora tez çalışmasında, eğitime katılan gebelerin %76,7'sinin üniversite mezunu

olduğunu bulgulamıştır (150). Yurt dışında, Lu ve arkadaşlarının çalışmasında (124), eğitime devam eden gebelerin %81'inin üniversite mezunu, Fabian ve arkadaşlarının çalışmasında ise (135) 95,6'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Bu veriler dikkate alındığında doğuma hazırlık sınıflarına ya da doğum öncesi eğitim programlarına katılan gebelerin çoğunun üniversite mezunu ve bilinç düzeyi yüksek kadınlardan oluştuğu söylenebilir. Oysa grubumuz için bunu söylemek pek mümkün olmamaktadır. Çünkü, gebelerimizin sadece %26'sının üniversite ve üzeri eğitime sahip oldukları, % 56'sının ilk öğretim ve lise mezunu oldukları saptanmıştır. Farklılık gösteren bu durumun, çalışmanın üniversite hastanesinde yapılıyor olması, başvuranların çevre semtlerden gelmesi ve antenatal eğitim duyurusunun etkin biçimde yapılmış olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda kadınların ilk evlenme yaşı $23,64 \pm 5,02$ olarak bulgulanmıştır. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye genelinde bu oran, 20,8 olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (10).

Çalışmamızda kadınların ilk gebelik yaşı $24,64 \pm 5,05$ olarak bulgulanmıştır. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye genelinde bu oran 22,3 olup çalışmamızla uyumludur (10).

Çalışmamızda kadınların %58'inin isteyerek gebe kaldıkları saptanmıştır. Türkiye genelinde istenen zaman içerisinde gerçekleşen gebeliğin oranı %71 olarak bulgulanmıştır (10).

Çalışmaya katılan multipar gebelerin hepsi, bir önceki gebeliğinde doğum öncesi eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir.

7.2. GEBELERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI BİLGİ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Gebe eğitimleri, poliklinik katında, egzersiz minderlerinin olduğu, bebek resimleriyle süslenmiş, gebe eğitimin önemini vurgulayan posterlerin bulunduğu, katılımcıların kendilerini rahat hissedebilecekleri sıcak bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Yetişkin eğitim ilkelerine uygun olarak düzenlenen eğitimlerimizde, TAP Vakfının 2006 yılında sınıyarak oluşturduğu ve Sağlık Bakanlığı onayıyla Türkiye geneline yaygınlaştırdığı antenatal eğitim programı paketi uygulanmıştır. Bu kapsamda eğitimlerde, “Gebelik, Lohusalık ve Yenidoğan Bakımı Danışmanlık” atlası, “Doğum

öncesi bebek pozisyonları” posterleri, “uterus ve plasenta” “meme” ve “bebek” maketleri, “lochia ped modeli” kullanılmıştır. Yine katılımcılara, eğitimin içeriğini hatırlatmak üzere, ”gebelik, lohusalık ve yenidoğan bakımı” broşürleri verilmiştir.

Antenatal kontrole gelen gebeler arasından, koşullarımıza uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere 5 haftalık bir eğitim programı gerçekleştirilmiştir ve bilgi durumlarında bir gelişme olup olmadığını belirlemek amacıyla altı bölümden oluşan 47 soruluk bir anket formu uygulanmıştır. Bilgi anketinde yer alan bölümler, üreme organ yapı-işleyişi ve gebeliğin oluşumu, gebelikte oluşan değişiklikler ve olağan şikayetlerle baş etme, gebelikte öz bakım gereksinimleri, gebelikte tehlike işaretleri, doğum eylemi, lohusalık dönemi, emzirme ve aile planlamasıdır. Eğitimin etkinliğini belirlemek için bilgi anketi eğitim öncesi ve sonrası iki kez uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar, aşağıda literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızda “Üreme Organ Yapı-İşleyişi ve Gebeliğin Oluşumu” bölümünde eğitim öncesi ve sonrası alınan puanlar karşılaştırıldığında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 5; $p < 0,001$). Bu bölümde sorulan sorulara verilen doğru yanıt açısından en büyük artışın "gebeliğin oluşum dönemi" ne verilen yanıt olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesinde bu soruyu doğru bilen gebe oranı, %8 iken eğitim sonrasında bu oran %90'a yükselmiştir (Tablo 4). TNSA 2008 sonuçlarına bakıldığında, evli kadınların sadece %26'sının üreme siklusunda "doğurgan dönemi" bildikleri belirlenmiştir (10). Çalışmamızda eğitim öncesi kadın üreme organlarından 4 tanesini bilen gebe oranı %10 iken eğitim sonrasında %48'e yükselmiştir. Kadınların kendi bedenini ve üreme fonksiyonlarını bilmemesi şaşırtıcıdır. Doğaner 2006 yılında yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin kızkılık zarı hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu saptamıştır (151). Karabulutlu'nun 2008 yılında “Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı çalışmasında da öğrencilerin üreme organlarının sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak, cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin problemler hakkında bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını bulgulamıştır (152). 2013 yılında İstanbul'da gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda da benzer bulgular elde etmiş olmamız, ne yazık ki durumun değişmediğini göstermektedir. Bu bölümle ilgili gebelerin eğitim öncesinde bilgi düzeylerinin %6'sı yeterliyken, eğitim sonrasında %92'sinin yeterli olduğu bulgulanmıştır (Şekil 1). Gebelerimizin bu konudaki bilgilerinde (doğru/yeterli) önemli

düzeyde artış saptanması, eğitimin etkinliğini ve katılımcıların motivasyonunu göstermektedir.

Gebelerin “Gebelikte Oluşan Değişiklikler ve Olağan Şikayetlerle Baş Etme” bölümünden eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam bilgi puanları karşılaştırıldığında, ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 7; $p<0,001$). Bu bölümde yer alan konular arasında, gebelikteki fizyolojik ve psikolojik değişiklik, bulantı-kusmayı ve meme hassasiyetini hafifleten uygulamalar, bel ve sırt ağrısını hafifleten egzersizler gibi sorular mevcuttur. Bu bölümde sorulara verilen doğru yanıt açısından eğitim sonrası en büyük artışın “memelerdeki hassasiyeti hafifletmek için yapılan uygulama” ya verilen cevap olduğu bulgulanmıştır (Tablo 6). Gebelerin bu bölüm hakkında eğitim öncesinde bilgi düzeylerinin %12’si yeterli iken eğitim sonrasında %96’sının yeterli olduğu saptanmıştır (Şekil 2). Serçekuş 2010 yılında yaptığı “Doğuma Hazırlık Sınıfı ve Bireysel Eğitimin Gebelik ve Postpartum Uyuma Etkisinin İncelenmesi” adlı doktora tez çalışmasında, gebelere verilen eğitimin gebelik şikayetlerinin azalmasında yardımcı olduğunu bulgulanmıştır (113). Koehn de 2002’de yaptığı çalışmada, eğitim alan gebelerin eğitim almayan gebelere göre egzersiz yapma ve olumlu sağlık davranışı geliştirme konularında anlamlı derecede daha iyi olduklarını saptamıştır (122). Sonuçlarımız, ilgili çalışmaları destekler niteliktedir.

Tablo 9’da görüldüğü gibi gebelerin “Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri” hakkında eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam bilgi puanları arasında, ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Gebelere, taharetlenme alışkanlığı, duş alma şekli, diş fırçalama sıklığı, iç çamaşırın özelliği, demir hapi kullanımı, kontrole gitme sıklığı, tetanos aşısı yaptıрма gibi sorular sorulmuştur. Eğitim sonrası bu sorulara verilen doğru yanıtlarda en büyük artışın “gebelik boyunca dış üreme organların temizliği” sorusunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Eğitim öncesinde bu soruyu bilen gebe oranı, %2 iken eğitim sonrasında %96’ya yükselmiştir (Şekil 3). Bu bölümün geneli hakkında gebelerin eğitim öncesi bilgi düzeylerinin %4’ü yeterli iken eğitim sonrasında %90’sının yeterli olduğu görülmüştür. Yenal’ın (1) 2010’da yaptığı çalışmada, gebelerin eğitimden sonra hijyen alışkanlığı gibi davranışların olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır. Bu bölümde yer alan “yeterli kontrole gitme sayısını” bilen gebelerimizin yüzdesi, eğitim öncesi 60 iken eğitim sonrası 92’ye yükselmiştir. TNSA 2008 verilerine göre gebelerin yeterli sayıda (4 ve üzeri) doğum öncesi bakım alma

oranı, %73,7'dir (10). Yine TNSA 2008 ile uyumlu olan bir başka verimiz, gebelik süresince demir hapi kullanımıyla ilgili olmuştur. Eğitim öncesi gebelerimizin %20' si gebelikte demir hapi kullanımının gerekli olduğunu ifade ederken bu oran eğitim sonrası % 74'e yükselmiştir. TNSA 2008 verilerinde de gebelerin % 79,9'unun gebelikte demir hapi kullanımını önemsedikleri belirtilmiştir. Sonuçlarımız TNSA verileri ile paralellik göstermektedir. Tetanos aşısı yaptırma zamanını bilen gebelerimizin yüzdesi eğitim öncesi 10 iken, eğitim sonrası 40'a yükselmiştir. Coşkun A ve Karakaya E'nin 2008 yılında "Diyarbakır İli Toplum Tabanlı Güvenli Annelik Uygulamasının Değerlendirilmesi" adlı araştırmada eğitim alan gebelerin tetanos aşısı yaptırma oranlarının arttığı saptanmıştır (153). Verilerimiz bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin "Gebelikte Tehlike Belirtileri" hakkında eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam bilgi puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 11; $p < 0,001$). Gebelere haznededen gelen kanama, anormal akıntı, idrar yaparken yanma ve ağrı, suyun gelmesi, aşırı bulantı ve kusma, bebek hareketlerinde azalma, şiddetli karın ve kasık ağrısı, şiddetli baş ağrısı ve yüksek ateş ile ilgili sorular sorulmuştur. Bu sorulara verilen doğru yanıtta en büyük artışın "gebelikte yüksek ateş önemli bir tehlike belirtisidir" sorusunda olmuştur. Gebelikte tehlike belirtileri bölümü için gebelerin eğitim öncesinde bilgi düzeyi yeterlilik durumu %44 iken eğitim sonrasında artış göstererek %92'ye yükselmiştir (Şekil 4). Bu çok önemli konuda da eğitimin etkili olduğu ve gebelerin bilgi düzeylerinin önemli ölçüde arttığı sevindiricidir. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAP Vakfı)'nın 2004-2006 yılları arasında birlikte yürüttüğü ve 4618 gebeye ulaştıkları "Güvenli Annelik" projesinde eğitim sonrası tehlike işaretlerinden en az üç tane söyleyen gebe oranı %78,3 olarak bulgulanmıştır (154). Yine Coşkun A ve Karakaya E'nin 2008 yılında yaptığı "Güvenli Annelik" projesinde gebelerin eğitim öncesinde tehlike belirtilerinden sadece ağrı ve kanamayı bildikleri, eğitim sonrasında ise diğer tehlike belirtilerini de öğrendikleri ve kendilerinde gördükleri belirtiler ile sağlık kuruluşuna başvurdukları saptanmıştır (153). Verilen eğitim ile gebelerin farkındalıklarının arttığı görülmekte ve çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Gebelerin ‘‘Doğum Eylemi’’ hakkında eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam bilgi puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 13; $p < 0,001$). Gebelere bu bölümde doğumun başlangıç belirtileri, doğuma giderken annenin çantasında olması gerekenler, ne zaman ıkınması gerektiği, sezaryen doğumun nasıl yapıldığı ile ilgili sorular sorulmuştur. Gebelerimizin sezaryen ile doğumun ne zaman ve nasıl yapıldığı sorusuna verdiği doğru yanıt, eğitim öncesi %4 iken eğitim sonrası %80’e yükseldiği ve en büyük artışın bu soruda olduğu bulgulanmıştır (Tablo 12). Bu bölümle ilgili olarak gebelerimizin eğitim öncesi bilgi düzeylerinin %20’si yeterli iken eğitim sonrasında bu oran %92’ye yükselmiştir (Şekil 5). Coşar (98) 2010 yılında ‘‘Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi’’ adlı araştırmasında doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılarak doğum desteği alan gebelerin doğuma uyum süreçlerinin daha iyi ve doğumu algılamalarının daha olumlu olduğunu saptamıştır. Serçekuş 2010 yılında yaptığı çalışmasında eğitim alan gebelerin doğumda ıkınma ve doğum belirtilerini tanıma bilgilerinin olumlu yönde etkilendiğini bulgulanmıştır (113). Doğuma hazırlık sınıflarına katılan gebelerin doğum eylemlerine ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu yönde değiştirdiğini ortaya koyan bu sonuçlar, çalışma sonuçlarımızla her ne kadar bire bir örtüşmese de verilen antenatal eğitim ile gebelerimizin doğum eylemine ilişkin bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır.

Gebelerin ‘‘Lohusalık Dönemi ve Aile Planlaması’’ hakkında eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 16; $p < 0,001$). Gebelere bu bölümde demir hapi kullanımı, loşia miktarı, epizyotomi bakımı, iç çamaşırların özelliği, konstipasyonu önleme, karın sargısının zararlı olduğu, duygusal dalgalanım, banyo şekli, kötü kokulu akıntının tehlikeli olduğu, emzirirken karın ağrısının normal olduğu, süt dolu memelerin mutlaka boşaltılması gerektiği, dikişlerde ağrı, kızarıklık, şişme, doğum sonu cinsel ilişki, emzirmeye başlama zamanı, emzirme sıklığı, doğru emzirme şekli ile ilgili sorular sorulmuştur. Eğitim öncesinde bebeği emzirme sıklığı sorusunu bilen gebe oranı, %4 iken eğitim sonrasında bu oran %94 olarak saptanmış ve eğitim sonrasında doğru cevaptaki en büyük artışın bu soruda olduğu saptanmıştır (Tablo 14,15). Gebelerin bu bölüme ilişkin bilgi düzeylerinin yeterlilik durumu, eğitim öncesi %20 iken eğitim sonrası %100 ulaşması memnuniyet vericidir ve eğitim programının başarısı olarak

değerlendirilebilir (Şekil 6). Coşkun ve Karakaya 2006'da gerçekleştirdikleri projede eğitim sonrası lohusalık dönemindeki tehlike belirtilerinden en az 2 tanesini bilenlerin oranını %72,3, bebeklerini ilk bir saatte emzirenlerin oranını %71,5, başarılı emzirme adımlarından en az üç tanesini ifade edenlerin oranını %70 olarak saptamıştır (154). Serçekuş 2010'da gerçekleştirdiği çalışmada eğitimin başarılı emzirmeye etkisi olduğunu, kadınları postpartum dönemde yeni durumlarıyla baş etmeye hazırladığını bulgulamış, beslenmeleri ve öz bakımlarını da olumlu yönde etkilediğini saptamıştır (113). Ho ve Holdroy (126) 2002'de, eğitim sınıflarının kadınları emzirmeye cesaretlendirdiğini bulgulamıştır. Lumney ve Brown (121) 1993'te, antenatal eğitim ile doğum sonrası emzirme arasında anlamlı ilişki olduğunu saptarken, Lu ve ark. 2003 (124), Mete ve ark. 2007 (26), Turan ve Say (125) 2003'te eğitim alan kadınların emzirme oranlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Coşkun ve Karakaya 2008'de yaptığı çalışmada gebelerin, demir hapını doğru kullanma, tehlike belirtilerinde farkındalıklarının arttığını ve kendine karın sargısı uygulamanın zararlı olduğunu bilme gibi olumlu davranış değişiklikleri geliştirdiği saptanmıştır (153). Sonuçlarımız farklı araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Gebelerin eğitim öncesi ve sonrası aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında, ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 17; $p < 0,001$). Gebelerin eğitim sonrasında bilgi düzeylerinin %100'ünün yeterli olduğu bulgulanmıştır (Şekil 7). Lee ve Holdroy 2009'da eğitim sınıflarının etkisini değerlendirdikleri çalışmada, gebelerin gereksinim duydukları kuramsal bilgiyi karşıladıklarını saptamıştır (120). Gagnon ve Sandall 2007'de doğum öncesi eğitimin doğum ve ebeveynliğe etkisini değerlendirdikleri çalışmada, gebelerin gebeliğe ve doğuma yönelik bilgilerinin ve ebeveynliğe uyumun arttığını saptamıştır (119). Serçekuş 2010'da doğuma hazırlık sınıfı ve bireysel eğitimin gebelik ve postpartum uyuma etkisinin incelediği çalışmada, eğitimin gebelik, doğum, emzirme, annelik ve bebek bakımına pozitif etkileri olduğunu saptamıştır. Yine aynı çalışmada eğitimin, doğum korkusunu yönetmede bazı kadınlar için etkili olabildiği bulgulanmıştır. (113). Coşar 2010'da Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisini değerlendirmiş ve gebelerin doğuma uyum süreçlerinin daha iyi, olumlu doğum algısının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (98). Yapılan farklı çalışmalar çalışmamızla paralellik göstermektedir.

7.3. GEBELERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI BİLGİ DÜZEYLERİNİN BAZI PARAMETRELERLE KARŞILAŞTIRMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde eğitimin etkinliği, ailenin gelir durumu, parite durumu, gebeliğini planlama durumu, sistemik hastalık ve şu an ki gebeliğinde rahatsızlık durumu ile karşılaştırılmıştır.

Gelir durumu giderinden az ve gelir durumu giderine denk ya da fazla olan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 19). Burucu 2009 yılında gebeliğin üçüncü trimesterinde gebelere verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazır oluşluk düzeyine etkisini araştırdığı çalışmada, ailenin gelir durumunun verilen eğitimi etkilemediğini saptamıştır (37). Yapılan bu çalışma, araştırma sonucumuzla paralellik göstermektedir. Bu bölümde, yalnızca “Üreme Organ Yapı-İşleyiş ve Gebeliğin Oluşumu” bölümünde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 19).

Eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanlarının, kadınların parite durumuyla karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 20). Yani multipar gebelerin mevcut deneyimleri bilgi düzeylerinde farklılık yaratmamıştır. Zaten kendileri de önceki gebeliklerinde herhangi bir eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Coşkun ve Karakaya 2006 yılında gerçekleştirdiği “Güvenli Annelik” projesinde primipar gebelerin eğitimleri önyargısız dinledikleri daha kolay davranışa dönüştürdüklerini saptamış, multipar ve primiparlar gebelerin her ikisinde de eğitim sonrası farkındalıklarının arttığını belirlemiştir (154). Burucu 2009’da yaptığı çalışmada eğitim etkinliğinin gebenin parite durumu ile ilişkisi olmadığını saptamıştır (37). Yapılan bu çalışmalar, araştırma sonucumuz ile benzerlik göstermektedir.

Gebeliği planlama durumunun eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanlarıyla ilişkisi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulgulanmıştır ($p>0,05$, Tablo 21). Bununla birlikte gebeliğini önceden planlamayan kadınların eğitim sonrası bilgi puanlarının anlamlı düzeyde olmasa da artışı belirlenmiştir. Burucu’ nun 2009 yılında gerçekleştirdiği çalışmada da araştırma sonucumuza benzer veri elde

edilmiş ve kadınların gebeliğini planlama durumunun verilen eğitimin etkinliğini değiştirmedeği saptanmıştır (37).

Sistemik hastalığı olan ve olmayan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo 22). Sistemik hastalığı olan gebelerin olmayanlara kıyasla kontrollere daha sık gelmelerine ve durumlarına ilişkin ayrıntılı tetkikler yapılmasına rağmen eğitimlerden yine aynı oranda yararlandıkları ve eğitim sonrası bilgi düzeyleri arasında farklılık olmadığı saptanmıştır.

Eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanlarının, şu an ki gebelikteki rahatsızlık durumu ile karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 23). Yani kadınların bu son gebeliklerinde rahatsız yaşamaları, eğitime ilişkin bilgi puanlarını farklı kılmamıştır.

7.4. GEBELERİN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Gebelerin aldıkları eğitimden memnuniyet durumları, 20 soruluk bir anket formu ile eğitim sonrası değerlendirilmiştir. Anketin ilk 14 maddesi likert tipi diğer 6 soru ise gebelerin düşüncelerini ölçmeye yönelik açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Bu form 5 haftalık eğitim bitiminde gebeler tarafından doldurulmuştur.

Gebelerin %72'si "Eğitmenin size alçak gönüllü davranması ve saygı göstermesi"nden ve "Eğitmenin grubun tüm üyeleriyle ilgilenmesi ve etkin iletişim kurması"ndan, %70'i "Eğitmenin sizin deneyimlerinize önem vermesi"nden, %68'i "Eğitmenin size verdiği güven ve bilgisinin"den ve "Eğitim sırasında kullanılan materyallerin kolay anlaşılabilir olması"ndan, %64'ü "Eğitmenin kısa, anlaşılır ve net cümleler kurması"ndan, %56'sı "Eğitimde anlatılan konuların sizin ve bebeğiniz için yararlılığı"ndan çok memnun olduğunu belirtmiştir (Tablo 24). Kadınların aldıkları doğum öncesi eğitim genel olarak değerlendirildiğinde, %68'inin çok memnun, %32'sinin memnun olduğu saptanmıştır (Şekil 8). Okumuş ve arkadaşları 2002 yılında, doğuma hazırlık sınıfının doğum sürecine etkisini araştırdıkları çalışmada, eğitim alan kadınların almayanlara göre doğumdan memnuniyet ifadelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (128). Spinelli 2003 yılında antenatal eğitim sınıfına

katılan kadınlarla yaptığı çalışmada, anne adaylarının bebek bakımı, emzirme ve kontrasepsiyon konularında daha fazla bilgi sahibi oldukları, aldıkları bilgileri yaşama geçirdikleri ve memnuniyet durumlarının arttığı bulgulanmıştır (123). Bu çalışmalar verilerimiz ile paralellik göstermektedir. Hallgren ve arkadaşları 1995 yılında yaptığı kalitatif çalışmada eğitimin kadınların bilgi düzeylerini arttırdığını ve bunun sonucunda da eğitimden memnun kaldıklarını bulgulanmıştır (134). Çalışmamıza katılan gebeler de memnuniyetlerini şöyle ifade etmişlerdir;

“...vücudumuzda neler oluyor onları öğrendik bazı şeylerin de aslında normal olduğunu öğrendik bana çok şey kattı, korkuyordum ne olacak diye arkadaşlarıma akrabalarımaya soruyordum soramadıklarımı da burada öğrendim hem de daha doğrusunu... her gebe gelmeli öğrenmeli bence” (AC, 23 yaş, Primipar),

“Ben bu eğitimden bilmediğim bir sürü şey öğrendim, buraya gelenlerle de konuştuğumda onlar da aynı şeyi söylüyo..r memnunuz yani o yüzden olmalı hep....” (ÖD, 29 yaş, Primipar),

“...bir tane çocuğum zaten var gelmicektim önce ne gerek var demiştim bi kez öğle arası eğitime katıldım güzel şeyler konuşuyorlardı sonrasında devam ettim her soru sorduğumda cevap aldım açıkçası ilgi hoşuma gitti... yanlış bildiğim şeylerin olduğunu öğrendim” (LP, 28 yaş, multipar) ifadelerde bulunmuşlardır.

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAP Vakfı)’nın 2007- 2008 yılında Diyarbakır ilinde topluma dayalı hizmet modeli ile gerçekleştirilen “Güvenli Annelik” projesinde, gebelerin verilen eğitimden mutlu oldukları, güven duygularının geliştiği ve sağlık hizmet kullanımlarının arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmada, ev ziyaretleriyle bilgilendirilen gebeler, memnuniyetlerini aşağıdaki gibi ifade etmişlerdir;

“...Ebru Hanım her ay geliyor, beni ihmal etmiyor. Allah razı olsun...Annemden çok bilgi veriyor. Aklıma gelen her şeyi soruyorum. Bana şunu ye şunu yeme diyor. Ağır kaldırma diyor. Her ay onu bekliyorum o geldiğinde bu çok güzel bir duygu. En çok benim işime yaradı çünkü bu benim ilk gebeliğim” (22 yaş, primipar),

6 gebelik geçirmiş ve sadece 3 çocuğu yaşayan 28 yaşındaki gebe *“bize geliyorlar... kitap broşür veriyorlar. Siz öğrenin diğerlerine de anlatın diyorlar... Her söylediklerini yapmak lazım. Meyve ye diyorlar paramız yok.. sadece elma alıyorum.*

Süt alacak paramız yoktur o zaman yoğurt al dediler, yoğurt yiyorum. Her ay gelsinler diye bekliyoruz” demiştir.

23 yaşında 5 çocuk annesi gebe de “onların verdiği bilgiler çok işime yaradı...işime yaramasaydı bugün beni buraya çağırdıklarında buraya gelmezdim” demiştir (153). Gebelerin memnuniyet durumlarını ifade ettikleri bu veriler, çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Antenatal eğitim programının gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisini incelemek amacıyla yaptığımız çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar aşağıdaki şekilde sıralanmıştır;

- Eğitim alan gebelerin yaş ortalaması $27,24 \pm 5,44$, eşlerinin yaşı $31,14 \pm 5,12$ ve ilk evlenme yaşları $23,64 \pm 5,02$ olarak belirlenmiştir.
- Gebelerin %26'sı en az üniversite mezunu, %32'si ilköğretim mezunu ve %18 i okur-yazar olduğu belirlenmiştir.
- Gebelerin %54'ünün geliri giderine denk ve %74'ünün ev hanımı olduğu bulgulanmıştır.
- Kadınların ortalama gebelik sayısı $1,70 \pm 1,03$, ortalama kürtaj sayısı $1,24 \pm 0,55$, ortalama abortus sayısı 1 ve ortalama doğum sayısı $1,68 \pm 1,13$ olarak bulgulanmıştır.
- Kadınların ilk gebelik yaş ortalaması $24,64 \pm 5,05$ olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların ortalama gebelik haftası $20,98 \pm 0,96$ olarak belirlenmiştir.
- Gebelerin %58'nin gebeliği planladığı, %74'ünün şu an ki gebeliğinde rahatsızlık yaşamadığı, %82'sinin sistemik hastalığı olmadığı ve katılımcılarının tümünün daha önceki gebeliğinde doğum öncesi eğitim almadığı saptanmıştır.
- Eğitim programının ilk bölümünü oluşturan "Üreme Organ Yapı ve İşleyişi ile Gebeliğin Oluşumu" hakkında gebelerin eğitim sonrasında bilgi durumlarının anlamlı derecede arttığı, eğitimin etkin olduğu ve en fazla puan artışının "fertil dönem" sorusu ile ilgili olduğu belirlenmiştir.
- Eğitim programının ikinci bölümünde yer alan "Gebelikte Oluşan Değişiklikler ile Olağan Şikayetlerle Baş Etme" konusuyla ilgili olarak gebelerin eğitim sonrası bilgilerinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca bu bölüm gebelikte yapılan egzersizleri içerdiğinden gebelerin en çok ilgisini çeken bölüm olmuştur.
- "Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri" eğitim programının üçüncü bölümünü oluşturmuştur. Eğitim sonrasında gebelerin bilgi durumlarının

artığı ve en fazla puan artışının ‘‘taharetlenme alışkanlığı’’ sorusunda olduğu belirlenmiştir.

- ‘‘Gebelikte Tehlike Belirtileri’’ hakkında verilen eğitimin etkili olduğu ve gebelerin eğitim sonrasında bilgi düzeylerinin artığı saptanmıştır. En fazla puan artışının ‘‘yüksek ateşin tehlike belirtisi’’ olduğuna dair soruda olmuştur.
- Eğitim programının beşinci bölümünü oluşturan ‘‘Doğum Eylemi’’ hakkında eğitimin etkin olduğu ve eğitim sonrasında gebelerin bilgilerinin artığı ve en fazla puan artışının ‘‘sezaryen doğumun nasıl yapıldığı’’ sorusunda olduğu saptanmıştır.
- ‘‘Lohusalık Dönemi, Emzirme ve Aile Planlaması’’ eğitim programının son bölümünü oluşturmuştur. Gebelerin bu bölümde de eğitim sonrasında bilgi durumlarının artığı ve en fazla puan artışının ‘‘bebeğin emzirme sıklığı’’ sorusunda olduğu belirlenmiştir.
- Gebelik haftası arttıkça eğitim sonrasında bilgi durumlarının artığı belirlenmiştir.
- Yaşı daha büyük olan gebelerin eğitim öncesinde bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Kadının yaşı, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve doğum sayısının eğitim sonrası bilgi puanını etkilemediği saptanmıştır.
- Gebelerin parite durumu, sistemik hastalıklarının olup olmadığı, bu gebeliğini planlama durumu, bu gebeliğinde rahatsızlık yaşama durumu ve ailenin gelir durumu, verilen eğitimin etkinliğini değiştirmemiş yani eğitim sonrası alınan bilgi puanlarında bir farklılık yaratmamıştır.
- Gebelerin %68’i aldıkları eğitimden çok memnun kaldıklarını, %32’si de memnun olduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Çalışmamızda Elde Ettiğimiz Sonuçlar Doğrultusunda Önerilerimiz Şunlardır:

Antenatal eğitimde amaç, anne adayını ve ailesini gebelik, doğum ve sonrası döneme hazırlamak, riskli durumları erken dönemde fark etmek ve gerekli bakımı vererek bu dönemi en iyi geçirmesine yardımcı olmaktır. Çalışmamız bu doğrultuda planlanmış olup elde edilen veriler ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Çalışmamızda yaş, gelir durumu ve eğitim düzeyine bakılmaksızın tüm gebelerin eğitimden fazlasıyla yararlanmış olması, programın erişkin eğitim ilkelerine uygun biçimde hazırlanmasıyla ilgilidir. Bu bağlamda antenatal eğitim programlarının ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarında yaygınlaştırılmalı ve her kadının ulaşabilirliği sağlanmalıdır.
- Ebe ve hemşireler, doğum öncesi eğitim programlarında eğitici olarak görev almalı ve bu yönlerini geliştirmelidirler.
- Doğum öncesi eğitim programının kurumda sürekliliğinin sağlanması için öncelikle kurum politikaları, yöneticilerin kararlılığı ve isteği çok önemli rol oynamaktadır.
- Eğitimlerin poliklinik ortamında gerçekleştirilmesi, bu görev için sürekli bir ebe-hemşirenin sorumluluk üstlenmesi gerekmektedir. Sürecin daha kolay işlemesi, sürdürülebilirliğinin sağlanması için eğitimlerin aynı eğitici tarafından verilmesi, çok zorunlu olmadıkça görev yeri değişikliği yapılmaması önerilir. Böylece eğitmenin de deneyimi artacaktır.
- Eğitime katılmayı kabul eden gebelere motivasyonlarını artırmak için demir hâp, kalem, defter vb gibi küçük hediyeler verilebilir.
- Eğitim alan gebelerin daha sonra hastaneye doğuma geldiklerinde tanınmaları açısından eğitim aldıklarına dair renkli plastik bilezikler veya yakalarına asabilecekleri küçük bronşlar hazırlanabilir.
- Çalışma 10'ar kişilik olmak üzere toplam 5 grup ile yürütülmüştür. Grup içi kişi sayısı sabit tutularak grup sayısının artırılması ile daha büyük ölçekli çalışmalar yapılması önerilebilir.

15. KAYNAKLAR

1. Yenal K, Okumuş H, Sevil Ü (2010), Web Ortamında İnteraktif- Antenatal Danışmanlık İle Gebeliğe İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 3(1):9-14 (Elektronik Dergi, <http://www.deuhyoedergi.org>)
2. Işık M (2010), Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. İlhan Tuncer).
3. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F (2011), Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry; 3(1):67-99.
4. Karataş T, Mete S (2012), Gebelikte Bulantı Kusma Sorunu Yaşama Durumu İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 5 (2): 47-52 (Elektronik dergi, <http://www.deuhyoedergi.org> Erişim Tarihi: 13.01.2014).
5. Atasay B, Arsan S (2001), Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi; 10 (12): 457-459.
6. Çebişli A (1988), Primiparların Doğum Öncesi Bakıma Yönelik Uygulamalarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Ahsen Şirin).
7. Sönmez Y (2007), Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri, Sted Dergisi 16(1): 9-12.
8. Kılıç M (2009), Sağlık Ocaklarında Görevli Ebeler Tarafından Verilen Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 18(3): 138-147.
9. Tuncal A, Aksakoğlu G (2009), Bir Kayıt Araştırması; Gebe İzlemleri, Gebenin ve İzlemi Yapan Kişinin Niteliğe Etkisi, Sted Dergisi 18(3):40-46.
10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2008, (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/analizrapor.htm 15k, Erişim Tarihi: 13.01.2014).
11. Sağlık Bakanlığı (2008), Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi 2008 / 13.

12. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı (2005), T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Buluş Tasarım ve Matbaacılık, Ankara.
13. Gül R (2007), Ülkemizde Doğum Öncesi Bakım Parametreleri, 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, s:108-109, Ankara.
14. Coşkun A, Karakaya E, Yaşer Y (2009) A safe motherhood education and counselling programme in Istanbul, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 14(6): 426 -436.
15. Serçekuş P, Mete S (2011), Nullipar Gebe Kadınların Doğum Öncesi Eğitime Katılmama Nedenleri, Sted Dergisi, 20 (1):38-43.
16. Karaçam (1991), Gebelerin Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Günsel Başer).
17. Arslan F (2001), Primipar Annelere Gebelikte ve Doğum Sonu Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu).
18. Vatandaş N (2004), Bebek Bakımında Aileye Öneriler, Sted Dergisi, 13(1): 106–109.
19. Koç G (2005), Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Kafiye Eroğlu).
20. Taşkın L (2005), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset, VI. Baskı, Ankara.
21. Okumuş F (2006), Doğum Yöntemi Sectio Olan Kadınlarda Antenatal Bakım Alma Durumunun Değerlendirilmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
22. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A (2006), Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(2):106–116.

23. Coşkun A (2007), Gebelik ve Üreme Sağlığı Danışmanlığı, Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, s: 114-115, Ankara.
24. Okumuş H (2007), Doğum Öncesi Anne Eğitimi Deneyim ve Sonuçları, 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı s: 110-111, Ankara.
25. Eroğlu K, Koç G (2007), Anne Sütü ve Emzirme, 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, s:155-159, Ankara.
26. Mete S, Yenal K, Okumuş H (2007), Doğuma hazırlık sınıfı emzirme başarı algısını ve özelliklerini etkiler mi? 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, s: 265, Ankara.
27. Aslantekin F, Göktaş B, Yazıcı G (2007), Perinatal Bakım Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, s: 155-159, Ankara.
28. Robertson A, Flint C (2004), The art of support during birth The Midwife Companion. Camperdown: Birth International Press p: 46-54.
29. Onat G, Şahin N (2010), Doğuma Hazırlık Eğitimi Modelleri ve Güncel Yaklaşımlar, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma dergisi 7 (3): 36-42.
30. Mete S (2008), Doğum Öncesi Eğitim İçinde: Şirin A, Editör. Kadın Sağlığı İzmir: Bedray Yayıncılık, s: 501-506.
31. Midwife's Code of Practice (1999), (<http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives%20jt%202011rev.pdf>). Erişim Tarihi: 13.01.2014).
32. Spiby H, Henderson B, Slade P, Escott D, Fraser RB (1999), Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice. Journal of Advanced Nursing; 29(2): 388-394.
33. Okumuş H, Mete S (2009), Anne Babalar için Doğuma Hazırlık, Deomed Yayıncılık, İstanbul.
34. Altun E (2003), Adölesan Gebelere Verilen Planlı Eğitimin Benlik Saygısı ve Bebeği Algılaması Üzerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Sevim Savaşer).

35. Koçyiğit D (2004), Kayseri Doğum Evinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonu Depresyon Semptomları Gösteren Kadınların Oranı ve Etkileyen Faktörler, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İskender Gün).
36. Kanber N (2008), Gebelere Verilen Beslenme Eğitiminin Anemi Üzerine Etkisi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Reha Demirel).
37. Burucu R (2009), Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazır Oluşluk Düzeyine Etkisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Belgin Akın).
38. Onbaşı Ş (2009), Doğum Öncesinde Anne Adaylarına Verilen Anne Sütü ve Emzirme Eğitiminin Emzirme Oranına ve Süresine Etkisi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Rıdvan Duran).
39.Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Raporu 1998 (1998), 21.Yüzyılda Yaşam, Herkes İçin Bir Vizyon, Metin B, Akın A, Güngör İ (Çev. Eds.), Sağlık Bakanlığı, Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, s: 115 Ankara.
40.IV. Kahire Dünya Nüfus Konferansı 1994, (1994); Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu, Kahire 5-13 Eylül 1994 (Birleşmiş Milletler yayını, Satış No.E.95. XIII. 18), böl I, karar 1, ek.
41.Kadın 2000 21.yy İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış (Pekin+5) Başlıklı Birleşmiş Milletler Genel Kurul Özel Oturumunun Hazırlık Dönemi ve Sonuçları Hakkında Özet Bilgi (2000), T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları, Temmuz 2000, Ankara.
42. Taşkın L (2007), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset, VIII. Baskı, Ankara.
43. Eroğlu K (2012), Kadın ve Üreme Sağlığına Genel Bakış, İçinde: Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Hazırlayan: Coşkun A, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, s:20.

44. Taşkın L (2004), ‘‘Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu’’, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(2):16-22.
45.Human Rights And Gender Equality İn Health Sector Strategies, How To Assess Policy Cohorence 2011 (2011), Word Health Organization, Cenova
46. Bilgili N, Akın A (1998), Uluslararası Kararlarda Kadın Konusu’’, Sağlık Ve Toplum Dergisi, 3(4): 11-15, Ankara.
47. Altun, T,(2000), ‘‘Kadının Statüsü ve Kadın Sağlığı’’, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 19(4):7-10.
48. Koçoğlu G, Asar G (2000), Cumhuriyet Döneminde Kadın, Toplum Hekimliği Bülteni 19(4).
49. Türmen T (2003), Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı, HÜKSAM, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s.:6-18.
50. Coşkun A (2011), Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 8(3): 8-15.
51. Akın A, Demirel S (2003), Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Özel eki; 25(4): 73-82.
52. Akın A (2007), Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayrımcılığı ve Sağlık. Toplum Hekimliği Bülteni, 26(2): 1-9.
53. Şener Ü (2009), Kadın Yoksulluğu. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) değerlendirme notu. s:1-10.
54. Şimşek H (2011), Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 25(2): 119-126.
55. Coşkun A, Özdilek R (2012), Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığa Yansıması ve Hemşirenin Rolü, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9(3) s: 30-39.
56.Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2008 (2008), web sayfası www.who.int, (Erişim Tarihi: 13.01.2014).
57.WHO, UNICEF, UNFPA 2010 (2010), And The World Bank, Trends İn Maternal Mortality: 1990 To 2008, World Health Organization, Cenova.

58.Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı, 2005-2015 (2006), T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://sbu.saglik.gov.tr>, (Erişim Tarihi: 13.01.2014).
59. Omaca M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E (2005), Arapgir Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Malatya Devlet Hastanesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye Fırat Tıp Dergisi 2009, 14(2): 115-119, (Elektronik dergi, www.firattipdergisi.com, Erişim Tarihi: 13.01.2014).
60.Türkiye İstatistik Kurumu 2012 (2012), (Erişim Tarihi: 13.01.2014).
61.TÜİK 2012 (2012), İstatistiklerle Kadın araştırmasının sonuçları, www.tuik.gov.tr, (Erişim Tarihi: 13.01.2014).
62.Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü 2008 (2009), Türkiye’ de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor, Ankara.
63. Ayranç U, Günay Y, Ünlüoğlu I (2002), Hamilelikte Aile İçi Şiddet: Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran kadınlar arasında bir araştırma. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3: 75-87.
64. Deveci E, Açık Y, Gülbayrak C, Tokdemir M, Ayar A (2007). Prevalence of domestic violence during pregnancy in a Turkish community. Southeast Asian Journal Tropic Medicine Public Health, 38: 754-760.
65. Giray H, Keskinöglü P, Sönmez Y, Meseri R, Karakuş N, Yüçetin S, et al. (2005). Domestic violence and associations during pregnancy. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 10: 217-220.
66. Karaoğlu L, Celbis O, Ercan C, Ilgar M, Pehlivan E, Güneş G, et al. (2006). Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. Europ Journal Public Health, 16(2): 149–56.
67. Kemerli N (2003), Aile İçinde Kadına Yöneltilen Şiddet, Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyum Kitabı, Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara, s:41-58.
68. Şahin H A, Şahin H G (2007). An unaddressed issue: domestic violence and unplanned pregnancies among pregnant women in Turkey. Eur Journal Contracept Reproductive Health Care, 8: 93-98.

69. Taşpınar A, Bolsoy N, Şirin A (2005). Gebeler fiziksel şiddete uğruyorlar mı? Manisa, Adli Psikiyatri Dergisi, 2: 41-47.
70. Yanikkerem E, Karadaş G, Adigüzel B, Sevil U (2006). Domestic violence during pregnancy in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. American Journal of Perinatoloji, 23: 93-103.
71. Güler N, (2010), Gebelikte Eşi Tarafından Kadına Uygulanan Fiziksel, Duygusal, Cinsel ve Ekonomik Şiddet ve İlişkili Faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 3(2):72-77 (<http://www.deuhyoedergi.org>, Erişim Tarihi: 13.01.2014).
72. Hidalgo LA, Chedraui PA, Chavez MJ. (2005), Obstetrical and neonatal outcome in young adolescents of low socio-economik status:a case control study. Arch Gynecol Obstet: 271:207-211.
73. Borja JB, Adair LS. (2003), Assessing the Net Effect of Young Maternal Age on Birthweight. Am J Hum Biol, 15: 733-740.
74. Kongnyuy EJ, Nana PN, Fomulu N, Wiysonge SC, Kouam L, (2008), Doh AS. Adverse perinatal outcomes of adolescent pregnancies in Cameroon. Matern Child Health J, 12: 149-154.
75. İmir GA, Çetin M, Balta Ö, Büyükayhan D, Çetin A. (2008), Perinatal outcomes of adolescent pregnancies a University Hospital in Turkey. J Turkish- German Gynecol Assoc, Vol 9(2):71-74.
76. Canbaz S, Sunter AT, Çetinoğlu CE, Peksen Y.(2005), Obstetric outcomes of adolescent pregnancies in Turkey. Adv Ther 22(6):636-641.
77. Bezircioğlu İ, Çetinkaya B, Biçer M, Baloğlu A (2007), İntrauterin fetal ölümle ilişkili risk faktörleri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 17:14-17.
78.Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu 2010 (2010), T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilâtı Müsteşarlığı, Türkiye.
79. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı, 2005-2015,(2010); T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://sbu.saglik.gov.tr>, (Erişim Tarihi: 13.01.2014).
80. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (2005), Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

81. Özdemir R, Kişioğlu A, Öztürk M, Uskun E, Özgünertürk A, (2008), Isparta İli'ndeki Sağlık Ocaklarında Kullanılan Gebe-Lohusa İzlem Fişlerinin Kayıt Yeterlilik Durumu ve Verilen Hizmet Yeterliliğinin Değerlendirilmesi, Hijyen Ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 65 (3): 127-134.
82. Sönmez Y (2007), Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 16(1):10.
83. Kılıç M (2009), Sağlık Ocaklarında Görevli Ebeler Tarafından Verilen Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences) 18(3):138-147.
84. Turan T, Ceylan S S, Teyikçi S (2008), Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları Ve Etkileyen Faktörler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(9).
85. Aksakoğlu G, Kuşçu Tuncal A (2009), Gebe İzlemleri, Gebenin ve İzlemi Yapan Kişinin İzlemin Niteliğine Etkisi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 18(3): 40.
86. Ergin F, Aksu H, Demiröz H (2010), Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinin Nicelik Ve Niteliği, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(4).
87.CONSEİL SANTE, SOFRECO, EDUSER 2007 (2007), Sağlık Arama Davranışı Araştırması, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
88. Gözükara F, Eroğlu K (2011), Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Rollerini, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Ankara, Türkiye s:89-100.
89. Gürel H, Gürel S, Balcan E (2006), Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu, Perinatoloji Dergisi, 14 (2).
90. Sayiner F D, Özerdoğan N (2009), Doğal Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3):143-148.
91. Sağlık Bakanlığı, Doğum Eylemi Yönetim Rehberi, (www.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 13.01.2014).
92. World Health Organization (1985), Appropriate technology for birth. Lancet, 24: 436-437.

93. Yanikkerem E, Saruhan A (2007), Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Kanıta Dayalı Uygulamalar Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2007/2.
94. info@motherfriendly.org, (Erişim Tarihi:13.01.2014).
95. www.motherfriendly.org, (Erişim Tarihi: 13.01.2014).
96. Walker DS, Visger JM and Rossie D. Contemporary Childbirth Education Models (2009), Journal Of Midwifery&Women's Health, 54(6):469-476.
97. Rathfisch G (2012), Doğal Doğum Felsefesi, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:3-20.
98. Coşar F, Demirci N (2012), Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi, 3(1).
99. Humenick SS, Maternity & Women's Health Care in (2004), Childbirth and Perinatal Education. Eds: Lowdermilk L, Perry SE, 8th ed, Mosby, USA, p:448-467.
100. Kömürcü N, Ergin AB (2008), Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık Ltd Şti, İstanbul, s:102-118.
101. Üstünsöz A, Güngör S. Antenatal Eğitimin Dünü ve Bugünü (2005), Kadayıfçı O (Ed) Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum, Nobel Tıp Kitabevleri, Türkiye, s: 7-20.
102. Romano AM, Lothian JA (2008), Promoting, protecting, and supporting normal birth. JOGNN, 37: 94-105.
103. Mongan MF (2005), HypnoBirthing the Mongan Method, 3rd ed. Florida, Health Communications Inc Publisher.
104. Serçekuş P (2011), Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(2): 239-242.
105. England P, Horowitz R (2000), "The birthing from within holistic sphere": A conceptual model for childbirth education. J Perinat Educ 9:1-7.
106. Turan JM, Nalbant H, Bulut A, Sahip Y (2001), Including Expectant Fathers In Antenatal Education Programmes In İstanbul, Turkey, Reproductive Health Matters, 9(18):114-125.
107. Öner A. Hamile Rehberlik Hizmetleri. (<http://www.ayseoner.com.tr/> Erişim Tarihi: 13.01.2014).

108. İstanbul Doğum Akademisi, (<http://www.dogumakademisi.com/> Erişim Tarihi: 13.01.2014).
109. Hamile Okulu Ebe Asude Oflaz, (<http://www.hamileokulu.com/> Erişim Tarihi: 13.01.2014).
110. Öner A. Hamilelik, Doğum ve Bebek Bakım Kitabı. İstanbul: Klan Yayıncılık; 2009.
111. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV), (www.tapv.org.tr, Erişim Tarihi: 13.01.2014).
112. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J A (2000), guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3 Th Edition, UK, Oxford University Press
113. Serçekuş P (2010), Doğuma Hazırlık Sınıfı ve Bireysel Eğitimin Gebelik ve Postpartum Uyuma Etkisinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Samiye Mete).
114. Lamaze International Web site. Position paper—Lamaze for the 21st century. (Available from: www.lamaze.org/Portals/0/Policies/3_Lamaze21stCentury.pdf, Erişim Tarihi: 13.01.2014).
115. Lothian J, DeVries C (2005), The official Lamaze guide: Giving birth with confidence. New York: Meadowbrook Press, 2005.
116. HypnoBirthing Web site, www.hypnobirthing.com, Erişim Tarihi: 13.01.2014
117. Fawcett J (2005), Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Second Edition, Philadelphia, Fa Davis Company, p: 364-437.
118. Malata A, Hauck Y, Monterosso L, McCaul K (2007), Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. Journal of Advanced Nursing, 60: 67-78.
119. Gagnon AJ, Sandall J (2007), Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD002869.
120. Lee L Y K, Holroyd E (2009), Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. International Nursing Review 56: 361-368.

121. Lumney J, Brown S (1993), Attenders and non attenders at childbirth education classes in Australia: how do they and their births differ? *Birth*, 20: 123-130.
122. Koehn M.L (2002), Childbirth education outcomes: an integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11: 10-19.
123. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo M.E (2003), Osborn J Do antenatal classes benefit the mother an her baby? *The Journal of Maternal- Fetal and Neonatal Medicine* 13(2): 94-101.
124. Lu M.C, Prentice J, Yu S.M (2003), Inkelas M. Childbirth education classes: sociodemographic disparities in attendance and the association of attendance with breastfeeding initiation. *Maternal and Child Health Journal* 7 (2): 87-93.
125. Turan J.M (2003), Say I. Community-based antenatal education in Istanbul, Turkey: effects on health behaviours. *Health Policy and Planning* 18 (4): 391-398.
126. Ho I, Holroyd E (2002), Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. *Journal of Advanced Nursing* 38: 74-85.
127. Okano T, Nagata S, Hasewaga M, Nomura J, Kumar R (1998), Effectiveness Of Antenatal Education About Postnatal Depressin: A Comparison Of Two Groups Of Japanede Mothers. *Journal Of Mental Health*, 7(2):191-198.
128. Okumuş H, Mete S, Aytur T, Yenal K, Demir N (2002), Doğuma Hazırlık Sınıfının Doğum Sürecine Etkisi. *Klinik Bilimler & Doktor- Kadın Doğum Dergisi*, 8(6): 771-775.
129. Ip W.Y, Tang C.S.K, Goggins W.B (2009), An intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 2125-2135.
130. Serçekuş P, Mete S (2010), Turkish Women's Perceptions Of Antenatal Education. *International Nursing Review*, 57(3): 395-401.
131. Stamler L.L (1998), The participants' views of childbirth education: is there congruency with an enablement framework for patient education? *Journal of Advanced Nursing* 28: 939-947.

132. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A (2004), negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31: 17-27.
133. Melender H.L (2002), Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*; 47: 256-263.
134. Hallgren A, Kihlgren M, Norberg A, Forslin L (1995), Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery*, 11: 130-137.
135. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U (2005), Childbirth And Parenthood Education Classes In Sweden. Women's Opinion And Possible Outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84(5):436-443.
136. Hetherington S.A (1990), A controlled study of the effect of prepared childbirth classes on obstetric outcomes. *Birth* 17 (2): 86-90.
137. Kurt İ (2000), Yetişkin Eğitimi, Ankara, Nobel Yayıncılık, s: 65-66.
138. Freda M. C (2002), Perinatal Patient Education A Practical Guide With Education Handouts For Patients, Lippincott Williams & Wilkins; 21-31.
139. Littleton L. Y, Engebretsen J. C, (2002), Maternal, Neonatal and Womens' Health Nursing, Delmar Comp, USA; 879-953.
140. Wickham S (2004), Midwifery Best Practice, Elsevier Science Ltd., USA, 57-68.
141. Demirel Ö (2008), Öğretim İlke ve Yöntemleri: Öğretme Sanatı, 14. Baskı, Pegem A Yayıncılık, Ankara.
142. Karaarslan F (2010), Konuşma ve Yazma Eğitiminde Beyin Fırtınası Tekniğinin Etkililiği, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türkçe Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisan Tezi, Sakarya.
143. Senemoğlu N (2009), Gelişim, öğrenme ve öğretim: Kuramdan uygulamaya. Pegem A Yayıncılık, Ankara.
144. Çelikçi S (2000), İlköğretim 3. Sınıf Öğrencilerinin Okuduğunu Anlama Becerilerinin Geliştirilmesinde Gösteri (Demonstrasyon) Yönteminin Etkililiğinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisan Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Adil Çağlar Murat Aşıcı).

145. Elwyn G, Greenhalgh T, Macfarlane F (2004), Groups: A guide to small group works in healthcare, management, education and research. Radcliffe Medical Press, Abington.
146. Ayçiçek T A (2009), Rol Yapma Yönteminin Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Çaycuma Zorunlu Hazırlık Okulundaki Öğrencilerin Konuşma Becerilerine ve Tutumlarına Olan Etkisi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yabancı Diller Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisan Tezi, İstanbul.
147. Polit D.F., Beck, C.T., Hungler B.P. (2001), Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization. 5th Ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
148. Şahin N, Bilgiç D, Demirgöz M (2009), İnfertilite Hemşireliği, İçinde: Doğurganlığı Etkileyen Faktörler, Hazırlayan: Beji K N, Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneğinin Yayını, İstanbul, s:15.
149. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M (2009), Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40:(2).
150. Şeker S (2006), Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ümran Sevil).
151. Doğaner G, Yıldız A, Azizoğlu F (2006), Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsünde Okuyan Kız Öğrencilerin Kızlık Zarı Hakkındaki Görüş Ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık ve Toplum Dergisi 2007 s:2.
152. Karabulutlu Ö (2008), Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi / Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences, 14: (2) (2011).
153. Coşkun A, Karakaya E (2008), Diyarbakır İli Toplum Tabanlı Güvenli Annelik Uygulamasının Değerlendirilmesi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2013;10 (2): 20-28.
154. Coşkun A, Karakaya E (2007), S.B. Bakırköy Doğum-Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi ve Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAP Vakfı) “Güvenli Annelik” Projesi Değerlendirme Raporu.

10.EKLER

EK-1: Sosyo-demografik ve obstetrik bilgi toplama formu

EK-2: Bilgi düzeyini ölçen anket formu

EK-3: Doğum öncesi eğitim memnuniyet anket formu

EK-4: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Yazılı İzni

EK-5: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başvuru Dilekçesi

EK-6: TAP Vakfının materyallerinin kullanılması için yazılı onamı

EK-7: Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin yazılı izni

EK-8: El Kitapçıkları, Gebelik, Lohusalık ve Yenidoğan Bakımı Danışmanlık Atlası,
Doğum Öncesi Bebek Pozisyonları Poster, Uterus ve Plasenta Maketi, Meme Maketi,
Bebek Maketi, Lochia Ped Modeli

EK-1

Sosyo-Demografik ve Obstetrik Bilgi Toplama Formu

1. Kaç yaşındasınız?

2. En son hangi okulu bitirdiniz?

- a. Okur-yazar değil
- b. Okur - yazar
- c. İlköğretim
- d. Lise
- e. Üniversite ve üzeri

3. Mesleğiniz?

- a. Ev hanımı
- b. Memur
- c. İşveren
- d. Diğer

4. Medeni durumunuz?

- a. Evli
- b. Bekar
- c. Dul

5. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a. Gelirim giderimden az
- b. Gelirim giderime denk
- c. Gelirim giderimden fazla

6. Eşinizin yaşı?

7. Eşiniz en son hangi okulu bitirdi?

- a. Okur-yazar değil
- b. Okur - yazar
- c. İlköğretim
- d. Lise
- e. Üniversite ve üzeri

8. Eşinizin mesleği?

- a. Memur
- b. İşveren
- c. Diğer

9. İlk evlenme yaşıınız?

10. İlk gebelik yaşıınız?

- 11. Şu anki gebeliğiniz planlanmış bir gebelik midir?**
a. Evet b. Hayır
- 12. Kaç haftalık gebesiniz?**
- 13. Şuan ki gebeliğinizde herhangi bir rahatsızlığınız var mı?**
a. Evet b. Hayır
Evet ise belirtiniz.
- 14. Kaçınıcı gebeliğiniz?**
a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 ve üstü
- 15. Kaç doğum yaptınız?**
a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 e. 4 ve üstü
- 16. Kaç kürtajınız var?**
a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 e. 4 ve üstü
- 17. Ölü doğum yaptınız mı?**
a. Evet b. Hayır
Evet ise sayısını belirtiniz...
- 18. Sistemik bir hastalığınız var mı? (kalp, diyabet, yüksek tansiyon, böbrek hastalığı vb.)**
a. Evet b. Hayır
Evet ise belirtiniz...
- 19. Kaç canlı çocuğunuz var?**
a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 e. 4 ve üstü
- 20. Bir önceki gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?**
a. Evet b. Hayır
Evet ise belirtiniz.
- 21. Bir önceki doğumunuzu nerede yaptınız?**
a. Evde
b. Üniversite Hastanesinde
c. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde
d. Devlet Hastanesinde
e. Diğer.
- 22. Bir önceki doğum şekliniz nasıldı?**
a. Vaginal (normal)
b. Sezaryen
c. Diğer (vakum vb müdahale ile).....

23. Bir önceki gebeliğinizde doğum öncesi eğitim aldınız mı?

- a. Evet b. Hayır

24. Yanıtınız evet ise kimden aldınız?

- a. Ebe
b. Hemşire
c. Hekim
d. Diğer.

25. Hangi konularda aldınız, yazınız.....

EK-2

Bilgi Düzeyini Ölçen Anket Formu

Bölüm 1: Üreme Organ Yapı-İşleyişi ve Gebeliğin Oluşumu

- 1. Kadın üreme organlarından bildiklerinizi yazınız**
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.

- 2. Düzenli cinsel ilişkide bulunan sağlıklı bir kadın ne zaman gebe kalabilir?**
 - a. Ayda birkaç kez herhangi bir günde
 - b. Ayda sadece bir kez belli günlerde
 - c. Ayda iki kez belli günlerde
 - d. İlişkide bulunduğu sürece her gün

- 3. Yumurta ile erkek tohum hücresinin (spermin) buluştuğu, döllenme olayının gerçekleştiği yer aşağıdakilerden hangisidir?**
 - a. Rahim
 - b. Hazne
 - c. Tüpler
 - d. Yumurtalıklar

- 4. Döllenme olduktan sonra bebeğin büyüüp geliştiği yer aşağıdakilerden hangisidir?**
 - a. Tüplerde
 - b. Rahim boşluğu
 - c. Yumurtalıklar içinde
 - d. Karın içinde

- 5. Bebeğin anne karnında beslenmesini ve büyüüp gelişmesini sağlayan bölüm aşağıdakilerden hangisidir?**
 - a. Annenin kan damarları
 - b. Bebeğin eşi/plasenta
 - c. Bebeğin içinde bulunduğu sıvı/amnios
 - d. Bebeğin kendi kan damarları

Bölüm:2 Gebelikte Oluşan Değişiklikler ve Olağan Şikayetlerle Baş Etme

- 6. Gebelikte annenin bedeninde aşağıda belirtilen değişikliklerden hangisi olur?**
- Tüm organ ve sistemlerde değişiklikler olur
 - Sadece üreme organları genişler ve büyür
 - Karında büyüme ve bacaklarda şişkinlik olur
 - Sadece dolaşım sistemi değişir ve kansızlık olur
- 7. Gebelikte psikolojik değişiklikler de olur. Gebe kadında olabilecek duygusal değişimleri yazınız.**
-
 -
 -
 -
- 8. Gebelikteki bulantı- kusmayı hafifletmek ya da gidermek için aşağıdakilerden hangisi yapılmalıdır?**
- Günde sık aralıklarla az miktarda yemek yenmelidir
 - Katı ve sulu yiyecekler aynı anda alınmalıdır
 - Bulantıyı bastırmak için şekerli bir şeyler yenmelidir
 - Sabah kalkınca çay ya da kahve içilmelidir
- 9. Gebelikte memeler büyür ve gelişir. Memelerdeki hassasiyeti hafifletmek için aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmalıdır?**
- Sıcak havlu uygulayarak ağrı hafifletilmelidir
 - Memeleri iyi saran ve destekleyen sutyen kullanılmalıdır
 - Sutyen baskısını kaldırmak için memeler serbest bırakılmalıdır
 - Doğal karşılanmalı ve hiçbir şey yapılmamalıdır
- 10. Gebelikte bel ve sırt ağrısını hafifletmek veya gidermek için aşağıdakilerden hangisi yapılmalıdır?**
- Bel ve sırt kaslarını güçlendiren egzersiz yapılmalıdır
 - Giyilen kıyafetlerin rahat olmasına özen gösterilmelidir
 - Açık havada uzun yürüyüşler yapılmalıdır
 - Kullanılan ayakkabı ile ilgili değişiklik yapılmamalıdır

Bölüm 3: Gebelikte Öz Bakım Gereksinimleri

11. Gebelik boyunca tuvalet temizliği nasıl yapılmalıdır?

- Önden arkaya doğru yapılmalıdır
- Arkadan öne doğru yapılmalıdır
- Nasıl yapıldığının bir önemi yoktur
- Alaturka tuvalet tercih edilmelidir

12. Gebelik boyunca nasıl duş alınmalıdır?

- Küvette
- Ayakta
- Fark etmez
- Oturarak

13. Gebelik boyunca dişler ne sıklıkta fırçalanmalıdır?

- Fırçalanmayabilir
- Günde 1 kez
- Her yemekten sonra
- Akla geldikçe

14. Gebelikte kullanılan iç çamaşırın özelliği nasıl olmalıdır?

- Beyaz ve pamuklu tercih edilmelidir
- Renkli iç çamaşırını kullanımı sakıncalı değildir
- Önceki alışkanlıklara devam edilmelidir
- Sentetik iç çamaşırını tercih edilmelidir

15. Gebelik döneminde hekim tarafından demir hapi kullanılması önerilir. Aşağıdakilerden hangisi demir hapi kullanımında dikkat edilmesi gereken noktadır?

- Demir hapını almadan yarım saat önce süt içmek
- Bulantıyı azaltmak için sabah kahvaltısı ile içmek
- Süt, çay, kahveden en az yarım saat ara ile içmek
- Portakal suyu ve benzeri sıvılar ile birlikte içmemek

16. Anne ve çocuk sağlığını korumak için bir gebe en az ne sıklıkta kontrole gitmelidir?

- 1 kez yeterlidir
- En az 3 kez
- Haftada bir kez
- En az 4 kez

17. Önceden aşısı olmayan bir gebeye tetanos aşısı kaç doz uygulanırsa koruma sağlanır?

- 1 doz
- 2 doz
- 3 doz
- 4 doz

Bölüm 4: Gebelikte Tehlike İşaretleri

Aşağıda bulunan ifadelerin her birini doğru yanlış olarak değerlendiriniz.

	DOĞRU	YANLIŞ
18. Gebelikte haznededen gelen kanama normaldir		
19. Gebelikte fazla miktarda akıntı önemlidir, tedavisi gerekir		
20. Gebelikte idrar yaparken yanma olması idrar yolu enfeksiyonu belirtisidir		
21. Gebelik sırasında suyun gelmesi tehlike belirtisidir		
22. Gebelikte aşırı bulantı ve kusma olması normal sayılır		
23. Gebelikte bebek hareketlerinde azalma olması tehlike belirtisidir		
24. Gebelikte rahatsız eden kasık ve karın ağrısı tehlike belirtisidir		
25. Gebelikte ısrarlı ve şiddetli baş ağrısı tehlikelidir, sağlık kuruluşuna gidilmelidir		
26. Gebelikte grip gibi ateşli hastalıklar görülebilir, tedavisi gerekmez		

Bölüm 5: Doğum Eylemi

27. Doğumun başladığını gösteren belirtileri yazınız.

-
-
-
-

28. Doğuma giderken annenin çantasına koyması gerekli eşyaları yazınız

-
-
-
-

29. Doğum ağrıları sırasında gebe ne zaman ıkınmalıdır?

- Doğum masasına alındığında
- Serviste ağrıları başladığında
- Suları geldiği zaman
- Sık ve şiddetli ağrılar başladığında

30. Sezaryen ile doğum nedir ve nasıl yapılır?

- Karın duvarı kesilir, önce bebek sonra da eşi çıkarılır
- Karın duvarı ve rahim birlikte kesilerek bebek doğurtulur
- Karın duvarı kesilir, önce eşi sonra da bebek çıkarılır
- Karın duvarı ve altındaki dokular kesilerek bebek doğurtulur

EK-3:**Doğum Öncesi Eğitim Memnuniyet Anket Formu**

Aşağıda eğitim alan gebenin verilen eğitim ile ilgili düşünceleri tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede eğitim ile ilgili ne düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz

	Çok Memnunum	Memnunum	Kısmen Memnunum	Hiç Memnun Değilim
1. Eğitim odasının yerinden ve kolay ulaşılabilirliğinden				
2. Eğitim odasının havadar ve aydınlık olmasından				
3. Eğitim odasının temizliğinden				
4. Eğitim odasındaki rahatlığımızdan (konforunuzdan)				
5. Eğitim odasındaki sandalyelerin düzgün dizilmesinden ve eğitmenin herkes tarafından kolay görünebiliyor olmasından				
6. Eğitim sırasında kullanılan materyallerin kolay anlaşılabilir olmasından ve göze hitap etmesinden				
7. Eğitmenin size alçak gönüllü davranması ve saygı göstermesinden				
8. Eğitmenin grubun tüm üyeleriyle ilgilenmesinden ve etkin iletişim kurmasından				
9. Eğitmenin kısa, anlaşılır ve net cümleler kurmasından				
10. Eğitmenin size verdiği güvenden ve bilgisinden				
11. Eğitmenin sizin deneyimlerinize önem vermesinden				
12. Eğitimde anlatılan konuların yeterliliğinden				
13. Eğitimde anlatılan konuların sizin ve bebeğiniz için yararlılığından				
14. Eğitimin süresinden				

15.Eğitmene söylemek istediğiniz.

16.Değiştirilmesini istediğiniz konular.

17.En çok beğendiğiniz konular

18.Programa ilave edilmesini istediğiniz eğitim konuları.

19.Bu eđitimden başkalarının da yararlanması konusundaki dűřünceniz.

20.Bu eđitim programının hastanede devam etmesi konusundaki görűřleriniz.

EK-4:

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yazılı İzni



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı: B.30.2.İST.0.30.90.00/ 35417
Konu:



İstanbul/...../.....

11 Aralık 2012

Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İLGİ; 14.11.2012 tarihli, 266 sayılı yazınıza:

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Selda ALTIPARMAK'ın yürütücülüğünde Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri öğretim üyesi Prof.Dr.Anayit M.COŞKUN'un danışmanlığında "Doğum Öncesi Verilen Eğitimin Gebenin Bilgi Düzeyi ile Memnuniyet Durumuna Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans (Anket) çalışması hakkında ilgi yazınız ve ekleri 04 Aralık 2012 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi,durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini rica ederim.

Eki:
1 dosya

Prof.Dr.Fatih ALTINDAŞ
Dekan Yardımcısı
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Not: Yanıtlarımızda yazınızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/İSTANBUL
Telefon 0 (212) 414 32 52 Dahili: 22300 Faks: 0(212) 632 00 40 e-posta:ctfetik@istanbul.edu.tr.

EK-5

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başvuru Dilekçesi



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-266
KONU:

16.11./2012

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞI'NA

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Selda ALTIPARMAK'ın Prof.Dr.Anahit COŞKUN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Doğum öncesi Verilen Eğitimin Gebenin Bilgi Düzeyi ile Memnuniyet Durumuna Etkisi" konulu araştırmasının etik yönden değerlendirilmesi için gereğini arz ederim.

Yard.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

Ek(1): Ön Proje

EK-6

TAP Vakfının Materyallerinin Kullanılması İçin Yazılı Onamı

TAPV

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı

İstanbul, Türkiye

Güzel Konutlar Sitesi A

Blok D, 3-4 Ulus

Mahallesi, 34760 Etiler

İstanbul/Türkiye

www.tapv.org.tr

info@tapv.org.tr

Tel (212) 257 79 41

Fax (212) 257 79 43

YONETİM KURULU/BOARD OF DIRECTORS
Canol-uz N. Koç (Başkanı/Chairman) Prof.Dr.Baran
Tuncer (Bşk. Vek.-Vice-Chairman) Temel Atay
(Muhasap Üye Contraller) Prof. Dr. Şanda Çalı Nuri
Çalakoğlu Prof. Dr. Wial Erenus Dalia Garih Zeynep
Göğüş Meve Gürsel E.Oğ-ırecal, İkizözülye U-ü
Kızıl

IDARECI ER OFFICERS -J-ıan
Müftüoğlu (Gn, Kaordnatör) L'ge,JIIVe
Director

MUTEV-ıM LERTRUSTEES Tuğrul Kudatgob-
Başkanı(President) Prof.Dr.Baran Tuncer
18s'Vek.Vice-President)

a KuruluşlarıInstitutions T oca ar
ve Borsalar Bir' Bşk. - ise
Serdikalan Konf. Bşk.
T. IS'He' Serd-ıalari İ-onf. Bşk. -
Z'oa. C'caarı Bir', Bşk.
T. Esnaf ı'S2.'2.'ara-ırf, Bşk. I. Ş'ss,e Ca- F2b.
AŞ. Yao 9 Krse Bank.
AŞ.

o Şarısar Persons
Mustafa Adanır Ere Yılmaz
Akçal Feyyaz Berker
Osman Boyner Prof. Dr. A
Yüksel Bozer Varol Ziya
Dereİl
Aydr Doğan Prof. Dr. Ali
Doğramacı Bülent
Eczacıbaşı Zafer Nuri
Erastan Prof. Dr. Selçuk
Erez Alaaddin Gazioğlu
Zeynep Hamedı Dalia
Garih

Jak Kamhi
Suna Kırar
Caroline N. Koç
Nurettin Koçak
İdi Mimaroğlu
Murat Ozakt
Haluk Özsaruhan
Taha Öztekin
Ümrın G. Üzümcü Selçuk Yaşar Yaşar Kamil
Yazıcı
Erikut Yucaoğlu

ŞEREF ÜYELERİ/HONORARY MEMBERS
Prof. Dr. Nusret Fişek Dr. Lütfü Doğan Cengiz
Solakoğlu Türkan Şoray Uğur Tuncer

14.11.2012

Sayı: 2012/03

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne,

Üniversiteniz yüksekisans öğrencilerinden Selda Altıparmak, Prof Dr. Anahit Margirit Coşkun danışmanlığında *"Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi"* adlı çalışmayı I.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 'nda yürütürken; Vakfımızca geliştirilen "Güvenli Annelik Eğitim/danışmanlık Materyalleri" ni iznimiz dahilinde kullanmıştır.

Saygılarımızla,


Nurcan Müftüoğlu
Genel Koordinatör

EK-7

Araştırmaya Katılmayı Kabul Eden Gebelerin Yazılı İzni

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında yüksek lisans öğrencisiyim ve bir bilimsel çalışma yapmaktayım. Bu çalışma, doğum öncesi anne adayına verilen eğitimin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılmadığınızda herhangi bir cezai durumla karşılaşmanız söz konusu değildir. Bu araştırmanın SGK ile bir bağlantısı olmamakla beraber sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size bir ücret ödenmeyecektir. Dolduracağımız anket bilgilerinde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır ve sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmanın raporunda kullanılacaktır. Araştırmanın herhangi bir zamanında gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

TARİH:

Katılımcı Adı Soyadı:

İmza:

Tel:

Adres:

Bilgilendirenin Adı Soyadı:

İmza:

Tel:

Adres:

EK-8

El Kitapçıkları, Gebelik, Lohusalık ve Yenidoğan Bakımı Danışmanlık Atlası, Doğum Öncesi Bebek Pozisyonları Posterleri, Uterus ve Plasenta Maketi, Meme Maketi, Bebek Maketi, Lochia Ped Modeli



11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Selda Altıparmak
Doğum Yeri ve Tarihi : Bandırma / Balıkesir -29.05.1988
Medeni Hali : Bekar
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : selda_a_1988@hotmail.com
Tel : 0505-910-65-01

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Ad	Mezuniyet Yılı
Şehit Mehmet Gönenç Lisesi	2005
Marmara Üniversitesi Ebelik Bölümü	2010

İş Tecrübesi

Görev	Süre (yıl-yıl)
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2010- halen
Doğum Servisi	

Mesleki Dernek / Kurum Üvelliği/

- Cerrahpaşa Hemşireler Derneği
- 31 Mart 1-2 Nisan 2010 Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası
- 12-18 Mayıs 2010 Yeditepe Üniversitesi Hastanesi ‘‘Bakım Matriksi ve Hemşirelik’’ temalı bilimsel program

- 03-06 Mart 2011 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi
- 11-13 Mart 2011, İstanbul Üniversitesi Kadın Doğum Günleri
- 13-16 Ekim 2011 “ 1. Uluslar Arası 2. Ulusal Ebelik Kongresi”
- 25 Ocak 2012 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Hizmet İçi Eğitim Sempozyumu
- 8-10 Mart 2012 “ 2. İstanbul Üniversitesi Kadın Doğum Günleri” (Konuşmacı)
- 12 Mayıs 2012 İstanbul’da gerçekleştirilen “ Cerrahi ve Ameliyat Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar” konulu sempozyum
- 31 Ekim-1-2 Kasım Bursa ili ikinci basamak hizmet sunuculara yönelik TAP Vakfı’nın gerçekleştirdiği “Güvenli Annelik Hizmet Kullanıcı Eğitim/Danışmanlık Programı”
- 28 Şubat- 2 Mart 2013 İstanbul Üniversitesi 3. Kadın Doğum Günleri
- 26 Mart 2013 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Hizmet İçi Eğitim Sempozyumu
- 24-26 Nisan 2013 İstanbul Üniversitesi Kongre Kültür Merkezi “ I. Ulusal Doğal Doğum Kongresi”
- 16.01.2014 İstanbul Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı Hizmet İçi Eğitim Sempozyumu (Konuşmacı)