

**K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRİMİPAR KADINLARA VERİLEN DOĞUMA HAZIRLIK
EĞİTİMİNİN DOĞUM KORKUSUNA VE
SONUÇLARINA ETKİSİ**

Uzman Hemşire Dilek SARP KAYA GÜDER

HEMŞİRELİK PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

**LEFKOŞA
2018**

**K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRİMİPAR KADINLARA VERİLEN DOĞUMA HAZIRLIK
EĞİTİMİNİN DOĞUM KORKUSUNA VE
SONUÇLARINA ETKİSİ**

Uzman Hemşire Dilek SARP KAYA GÜDER

**Hemşirelik Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gülşen VURAL**

**LEFKOŞA
2018**

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Gülşen Vural, tez danışmanım olarak tez çalışmasına yol gösterici değerli katkılarda bulunmuştur.

Sayın Prof. Dr. Mesut Yalvaç, tezden üretilen bilimsel makalelere çok önemli ve değerli katkılar sağlamıştır.

Sayın Prof. Dr. Samiye Mete ve Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi Gençalp, tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılar sağlamışlardır.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Özgür Tosun, çalışmanın istatistiksel değerlendirmelerinde yol gösterici katkılarda bulunmuştur.

Sayın Hemşire Nilüfer Ergin, çalışmanın deney ve kontrol grubunun oluşturulmasında araştırmacı ile iş birliği yaparak tez çalışmasına önemli katkı sağlamıştır.

Sayın Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli izin ve eğitim ortamının sağlanmasında, Dup Fitness Spor Salonu pilates için matların temin edilmesinde, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi eğitim programının afiş ve reklam desteğinde değerli katkılarda bulunmuştur.

Doktora eğitim ve öğretim sürecime katkısı olan Sayın Hocalarım ve bu süreçte Yakın Doğu ailem olarak iş ve özellikle ofis arkadaşlarım sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla destek olmuşlardır.

Doktora eğitimim ve tez çalışması süresince sevgili eşim Cem Güder ve başta anne ve babam olmak üzere çok değerli ailem sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla maddi ve manevi destek sağlamışlardır.

ÖZET

Sarpkaya Güder, D. Primipar kadınlara verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusuna ve sonuçlarına etkisi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Doktora Programı, Doktora Tezi, Lefkoşa, 2018.

Hemşirelerin bağımsız olarak gerçekleştirebileceği doğum öncesi eğitim hizmetlerinin önemli bir bileşeni doğuma hazırlık eğitimleridir. Doğuma hazırlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ile primipar kadınlarda yaygın görülen doğum korkusu azaltılarak anne ve yenidoğanın doğum sonuçları olumlu yönde etkilenebilmektedir. Araştırma, Kuzey Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi (YDÜ) Hastanesinde 28 ve 32. hamilelik haftaları arasında olan primipar kadınlara verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ve doğum sonuçlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır. Araştırma, yarı-deneysel ve ileriye dönük tiptedir. Araştırmanın evrenini, 27 Şubat 2015-01 Mart 2016 tarihleri arasında YDÜ Hastanesinin antenatal polikliniğine başvuran primipar kadınlar, örneklemini ise 54 deney ve 54 kontrol olmak üzere 108 kadın oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, daha önceden yapılmış araştırma bulguları temel alınarak öngörülen istatistiksel gücü %80 ve anlamlılık düzeyi (alfa) %5 ile toplam 102-116 kadın olarak hesaplanmıştır. Deney grubu 8 haftalık karma bir yöntemden oluşan doğuma hazırlık eğitime tabi tutulmuş, kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Çalışmanın verileri, yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Anketi Versiyonu A, Doğum Sonuçları Veri Toplama Formu ve Görsel Analog Skala kullanılmıştır. Veriler, yüzdelik, ortalama hesaplaması, Fisher Exact, Pearson Ki-Kare, Mann-Whitney U ve iki ortalama arasındaki önemlilik testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların tümünün evli, çoğunluğunun üniversite mezunu, deney grubundaki kadınların yaş ortalamasının 28.05 ± 2.91 , kontrol grubunun ise 28.00 ± 3.69 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu 28-32. Hamilelik haftasında orta derecede doğum korkusuna (W-DEQ puanı 38-65) sahip iken, 34-40. Haftalar arasında düşük derecede doğum korkusuna (W-DEQ puanı ≤ 37) sahip olmuştur. Deney grubu, kontrol grubuna göre doğum korkusu, doğum şekli, sezaryenin planlı olma durumu, yenidoğanın apgar skoru ile kilosunu olumlu yönde etkilenmiştir ($p < 0.05$). Deney grubu, kontrol grubuna göre doğumda daha fazla destek aldığını, doğum ağrısı için daha fazla baş etme tekniği kullandığını, doğum sürecinde daha az sorun yaşayıp, doğum deneyiminden daha fazla memnun kaldıklarını ifade etmiştir ($p < 0.05$). Ayrıca deney grubunda yer alan kadınlar kontrol grubuna göre bebekleri ile ilk temaslarını daha erken zamanda gerçekleştirmiş ve daha erken emzirmeye başlamıştır ($p < 0.05$). Çalışmada deney ve kontrol grubu arasında, doğumun başlangıcı, doğumun zamanı, doğumda yapılan müdahaleler, doğumun süresi ve doğum sırasında sorun gelişme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Sonuç olarak, hamile pilatesi destekli doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusunu ve ağrısını azalttığı, vajinal doğum sayısını, yenidoğanın apgar skorunu ve kilosunu arttırdığı bulunmuştur. Bu doğrultuda, H_1 , H_2 , H_5 ve H_7 hipotezleri kabul edilmiş, doğumun süresi, doğum süresince yapılan müdahaleler ve perinede yırtık gelişmesi bakımından gruplar arası fark bulunmadığından, H_3 , H_4 , H_6 hipotezleri red edilmiştir. Kuzey Kıbrıs'ta rutin antenatal bakım hizmetleri içinde doğuma hazırlık eğitimlerinin devlet ve özel hastanelerde, özel kliniklerde sistemli ve programlı şekilde hemşireler tarafından yürütülmeye başlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum korkusu, doğum öncesi eğitim, hemşirelik, pilates, primipar

ABSTRACT

Sarpkaya Güder, D. Primipar The effect of childbirth preparation training on childbirth fear and birth outcomes: a quasi-experimental study. Near East University Institute of Health Sciences Doctoral Programme of Nursing, Doctoral Thesis, Nicosia, 2018.

It is important that antenatal training services, a subject that can be studied independently by nurses. Dissemination of childbirth preparation training can reduce fear of childbirth, which is common in primipar women, affecting mother and newborn birth outcomes positively. This research aims to determine the effect childbirth preparation training for primiparous women has on the fear of childbirth and birth outcomes, who women between the 28th and 32th gestational weeks in the Near East University Hospital, Northern Cyprus. The study was designed as quasi-experimental/non-randomised and prospective. Primiparous women presenting to the antenatal clinic of Near East University Hospital between February 27, 2015 and March 1, 2016 constituted the study population. The study sample included 108 women, 54 of whom were in the experimental group and 54 of whom were in the control group. The sample size was calculated as 102-116 women with based on a review of the relevant literature, the anticipated statistical power of the study was determined to be 80% and the significance level (alpha) to be 5%. The experimental group was subjected to childbirth preparation training consisting of an 8 week mixed method, with no intervention to the control group. The study data were collected via personal interviews. In collecting the data, the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A, the Childbirth Results Data Collection Form, and the Visual Analogue Scale were used. The data were analyzed using means calculation, Fisher's Exact Test, Pearson's Chi Square Test, the Mann-Whitney U Test and T Test. All of the women in the study, those from both the experimental group and the control group, were married and the greater part of undergraduate degrees. The average age of the participants in the experimental group was 28.05 ± 2.91 , and that of the women in the control group was 28.00 ± 3.69 . The study found that the experimental group had a moderate level of childbirth fear (W-DEQ score 38-65) in the 28th and 32th gestational weeks and a low level of childbirth fear (W-DEQ puanı ≤ 37) in the 34th and 40th gestational weeks ($p < 0.05$). The study was determined that the experimental group, as compared to the control group, was positively affected by the training, in terms of childbirth fear, type of birth, planned or unplanned cesarean birth, severeness of the pain experienced during the labor, the Apgar score and body weight of the newborn, and problems in the development of the newborn ($p < 0.05$). According to the control group, women in the experimental group reported that they had more support at birth, more coping techniques for birth pain, fewer problems during the birth process and more satisfaction with the birth experience ($p < 0.05$). In addition, according to the control group, women in the experimental group had earlier contact with their babies and began to breastfeed ($p < 0.05$). There was no significant difference observed between the two groups in reference to interventions during delivery, total delivery time, and the development of problems in the women during the delivery ($p > 0.05$). Consequently, pregnancy pilates-assisted childbirth preparation training has been shown to reduce fear of childbirth and pain, increase the number of vaginal birth, the apgar score and body weight of the newborn. This study has confirmed H_1 , H_2 , H_5 and H_7 and has refuted H_3 , H_4 , H_6 since there was no significant difference between the groups regarding the time of delivery, interventions during delivery, perineal laceration. The researcher recommends that childbirth preparation training programs start to be provided by nurses in public and private hospitals in Northern Cyprus in a systematic and well-planned manner as part of the routine antenatal care services.

Key words: Fear of childbirth, nursing, pilates, pregnant women, prenatal education

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLOLAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç:	6
1.2. Hipotezler:.....	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Korku	7
2.2. Doğum Korkusu	8
2.3. Doğum Korkusuna İlişkin Çalışmalar.....	9
2.4. Doğuma Yönelik Korkular, Doğum Korku Nedenleri ve İlişkili Faktörler	10
2.5. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları	11
2.6. Doğum Öncesi Eğitim.....	12
2.7. Doğum Öncesi Eğitim İlkeleri ve Özellikleri	14
2.8. Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarının Çeşitleri	17
2.8.1. Doğuma Hazırlık Sınıfları	18
2.8.2. Doğuma Hazırlık Sınıfı Modelleri	18
2.9. Pilates	21
2.9.1. Pilatesin Temel İlkeleri	23
2.9.2. Hamilelikte Pilates	24
2.10. Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarının Doğum Korkusu ve Sonuçlarına Etkisi.....	25
2.11. Doğum Öncesi Eğitim ve Hemşirelik	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi ve Kullanılan Yöntemler	32
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri.....	32
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
3.5. Verilerin Toplanması	37
3.6. Araştırmanın Uygulama Süreci.....	39
3.7. Verilerin Analizi, Değerlendirilmesi.....	47
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	48
4. BULGULAR	50
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR	91
EKLER	86
EK 1: TANITICI BİLGİLERİ İÇEREN ANKET FORMU	
EK 2: WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ A VERSİYONU	
EK 3: DOĞUM SONUÇLARINA İLİŞKİN VERİ TOPLAMA FORMU	
EK 4: VİZUAL ANALOG SKALASI	
EK 5: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	
EK 6: DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİM KİTAPÇIĞI	
EK 7: DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİM ORTAMI VE ANLARINA İLİŞKİN BAZI FOTOĞRAFLAR	
EK 8: ARAŞTIRMA İÇİN GEREKLİ İZİN VE ETİK ONAY BELGELERİ	
EK 9: ZAMAN VE MALİYET TABLOSU	
TEZDEN YAPILAN YAYIN, SUNU, POSTER, KISA ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG	The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Cemiyeti)
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Statistics)
IV	İntravenöz
K.K.T.C.	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
NST	Non Stres Testi
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
W-DEQ	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği
VAS	Vizual Analog Skala
YDÜ	Yakın Doğu Üniversitesi

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama aşamasının akış şeması.....	36
Şekil 3.2. Doğuma hazırlık eğitim programının özelliklerine ilişkin özet bilgiler.....	45
Grafik 4.3.1. Deney ve kontrol gruplarının doğum şeklinin dağılımı.....	57
Grafik 4.4.1. Yenidoğanların yaşamının ilk 1. dakikasında apgar puanlarının dağılımı.....	58

TABLÖLAR

	Sayfa
4.1.1. Deney ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerinin homojenite testi.....	51
4.2.1. Kadınların eğitim öncesi ve sonrası Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeğine göre doğum korku düzeylerinin Dağılımı	53
4.2.2. Kadınların eğitim öncesi ve sonrası Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının Dağılımı	54
4.3.1. Kadınların doğum sürecine ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı.....	56
4.4.1. Kadınların doğum sonuçlarına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı.....	59
4.4.2. Kadınların doğum süresince destek alma durumunun kullanılan baş etme tekniklerine göre dağılımı.....	61
4.4.3. Kadınların doğum sürecinde sorun gelişme ve doğum deneyiminden memnun olma durumlarının dağılımı.....	63
4.4.4. Kadınların yenidoğanla ilk temas ile emzirme zamanına ve yenidoğanda sorun gelişme durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı.....	64
4.4.5. Vajinal doğum yapan kadınların doğumun birinci ve ikinci evrelerinin sürelerinin dağılımı.....	65
4.4.6. Vajinal doğum yapan kadınların ağrı şiddetine göre dağılımı	66

1. GİRİŞ

Hamilelik ve doğum; yoğun biyolojik, psikolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı, zıt duyguların ve çatışmanın da eşlik edebildiği, kadın hayatının en önemli deneyimlerinden biridir (Terzioğlu, 2016). Kadınlar doğum deneyimini doğal bir olay olarak algılamaktan çok, korkulan müdahale gerektiren bir durum olarak algılamaktadırlar (Serçekuş, 2011). Doğum korkusu kadınlarda yaygın olarak görülen önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Çiçek ve Mete, 2015). Literatürde, doğum korkusunun derecesi ve görülme sıklığının incelendiği çalışmalarda, kadınların %7.5-15.6 arası klinik derecede (Adams, Eberhard G & Eskild, 2012; Lukasse, Schei & Ryding, 2014; Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009; Oran ve ark., 2014; Storksen, Eberhard G, Garthus N & Eskild, 2012) ve %5.7-8.1 arası aşırı klinik derecede (tokofobi) (Nieminen et al., 2009; Rouhe et al., 2013) doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Türkiye’de doğum korkusunun derecesine ilişkin yapılan çalışmalarda kadınların önemli oranda ağır derecede doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur (Aksoy, Aksoy A, Dostbil, Çelik & İnce, 2014; Isbir, Inci, Onal & Yıldız, 2016; Kızılırmak & Başer, 2016; Oran ve ark., 2014; Subaşı ve ark., 2013).

Doğum doğal bir olay olduğundan, doğum sırasında salgılanan hormonlar anne ve bebeği doğuma en sağlıklı biçimde hazırlamaktadır. Kadının bu doğal süreçte sahip olduğu içsel gücü sayesinde de doğum korkusu önlenmektedir (Sayiner ve Özerdoğan, 2009). Literatürde doğumla ilişkili korkular; doğum ağrısı, doğum sırasında sorun gelişmesi, bebeğin engelli doğması, acil sezaryen gereksinimi ya da doğum sırasında yaralanma ve ölüm şeklindedir (Fenwick, Toohill, Gamble, Creedy & Smith, 2014; Happio, Kaunonen, Arffman & Astect K., 2017; Körükçü, 2009; Larkin, Begley & Devane, 2009; Seller, 2012; Serçekuş, 2011; Subaşı ve ark., 2013; Şahin, Dinç ve Dişsiz, 2009; Toohill, Fenwick, Gamble, Creedy, Buist & Ryding, 2014a; Uçar, 2013). Doğum korkusu; deneyimlerden, bilgi eksikliğinden, önyargılardan ve sağlık ekibine güvenmemekten kaynaklanabilmektedir (Fenwick et al., 2014; Körükçü, 2009; Larkin et al., 2009; Masoumi, Kazemi, Oshvandi, Jaleli, Esmaeili V & Rafiei, 2016; Seller, 2012; Serçekuş, 2011; Serçekuş ve Okumuş, 2009; Subaşı ve ark., 2013; Şahin ve ark., 2009; Toohill et al., 2014a; Uçar, 2013). Bunun yanı sıra, anne yaşının genç olması, hiç doğum yapmamış olması, önceden psikolojik

sorunlarının var olması, sosyal destek sisteminin az olması ve istismar öyküsünün bulunmasının da doğum korkusu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Adams et al., 2012; Nieminen et al., 2009; Rouhe et al., 2013; Uçar ve Gölbaşı, 2015). Kadınların bu konuda bilinçlendirilmesi, sağlıklı bir doğum deneyimi için hamilelik döneminde korkularının belirlenip ele alınması gerekmektedir. Aksi takdirde, korku, doğum eylemini dolayısıyla anne ve bebeği olumsuz etkileyebilmektedir (Demirsoy ve Aksu, 2015; Handelzalts et al., 2015; Lukasse et al., 2014; Mete, 2013a, Serçekuş, 2011; Serçekuş, 2010). Doğum korkusuna bağlı olarak gelişebilecek olumsuz durumlar; acil sezaryenlerin artması, doğum süresinin uzaması, ağrı ile baş etmede güçlük, ağrı için ilaç kullanımının ve müdahale sıklığının artması olarak sıralanabilir (Ayers, 2014; Demirsoy ve Aksu, 2015; Dönmez, Yeniel ve Kavlak, 2014; Kitapçioğlu, Yanıkkerem, Sevil & Yüksel, 2008; Serçekuş & Okumuş, 2009; Serçekuş, 2011; Toohill et al., 2014a). Doğum korkusu, isteğe bağlı sezaryen oranlarında artışa, annenin doğum sonu ruhsal sağlığının olumsuz etkilenmesine, emzirmenin olumsuz etkilenmesine ve doğumdan memnuniyetin azalmasına neden olabilmektedir (Ayers, 2014; Demirsoy ve Aksu, 2015; Çiçek ve Mete, 2015; Guskowska, 2014; Isbir et al., 2016; Kitapçioğlu ve ark., 2008; Lukasse et al., 2014; Rouhe et al., 2013; Serçekuş ve Okumuş, 2009; Serçekuş, 2011; Şahin ve ark., 2009; Toohill et al., 2014a). Sezaryen doğumların artması da doğum sonu dönemde anne ve bebeğin komplikasyon riskini ve hastanede kalma süresini arttırmaktadır (Demirgöz, Dereli, Kızılkaya, 2013; Rad & Jahanshiri, 2013; Storksen et al., 2012). Sezaryen doğumlar kısa ve uzun vadede küçük ve büyük komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu komplikasyonlardan kanama, enfeksiyon ve emboli görülebilecek önemli sorunlar arasındadır (Masoumi et al., 2016).

Tıp biliminin ilerlemesi doğumun doğallığını kaybetmesine neden olmaktadır (Karimi, Kazemi, Masoumi, Shobeiri & Roshanaei, 2016). Yüz elli ülkeden elde edilen son verilere göre, tüm doğumların %18.6'sını sezaryen doğumlar oluşturmaktadır. Sezaryen doğum oranı en az gelişmiş ve en çok gelişmiş ülkelerde ortalama %6.2- %27.2 aralığında değişmektedir (Betrán et al., 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranının %15'i aşmamasını önermesine karşın, Türkiye'de ve Kuzey Kıbrıs'da sezaryen oranları DSÖ'nün belirlediği rakamın üzerindedir. Sezaryen oranları dünya genelinde %16.0 (World Health Organization (WHO), 2014) iken,

Türkiye’de ise %48.0 olarak belirlenmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA), 2013). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C.)’de sezaryen oranları ile ilgili ulusal bir veri olmamakla birlikte, Sağlık Bakanlığının 2012 yılı verilerine göre, devlet hastanelerinde %53.1 oranında sezaryen gerçekleştiği saptanmıştır (K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Özel hastanelerde bu oranların daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Kuzey Kıbrıs’ta sezaryen oranının yüksek olmasının nedenlerinden birinin, doğuma hazırlık eğitimlerinin eksikliği olduğu düşünülmektedir.

Anne çocuk sağlığı bir toplumun kalkınmışlık düzeyini gösteren en önemli göstergelerden biridir. Anne sağlığını iyileştirmek için yapılacak olan çalışmalara öncelikle doğum öncesi dönemde başlanmalıdır. Doğum öncesi dönemde verilen bakımın sayısı kadar niteliği de önemli olup, nitelikli bir bakım hem anne hem de yenidoğan ölümlerini azaltabilmektedir. Doğum öncesi eğitim, hamilelik, doğum, doğum sonu dönem ve yenidoğan bakımına yönelik önemli bilgiler sağlayarak, ailenin sağlığının korunmasında önemli bir yere sahiptir (İsbir, Serçekuş ve Çoker 2015). Doğum öncesi eğitim aracılığı ile hamilenin doğumunu yönetmesi ve doğuma karşı olumlu duygular hissetmesi, güven duygusunun gelişmesi sağlanabilir (Karaçam ve Akyüz, 2011; Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı, 2013). Doğum öncesi eğitim sınıflarının hamilelik, doğum ve psikososyal sonuçlarına etkileri kanıt temelli uygulamalarda kesin sonuçlar vermemektedir (Brixval et al., 2015; Ferguson, Davis & Browne, 2013; Gagnon and Sandal, 2011). Araştırmalar doğum öncesi eğitimin; doğum korkusunun ve isteğe bağlı sezaryen oranlarının azaltılmasına, doğuma hazır oluşluk düzeyinin yükselmesine, doğum süresince ağrı şiddetinin az algılanmasına, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin komplikasyonların daha az görülmesine, doğuma daha az müdahale edilmesine ve olumlu doğum sonuçlarına neden olduğunu belirtmektedir (Aktan, 2015; Byrne, Hauck, Fisher, Bayes & Schutze, 2014; Buran, 2015; Dönmez, Yeniel ve Kavlak 2014; Guskowska, 2014; Ip, Tang & Goggins, 2009; İsbir ve ark., 2015; İsbir ve ark., 2016; Karabulut, Potur, Merih, Mutlu & Demirci, 2016; Karimi et al., 2016; Kızılırmak ve Başer, 2016; Mete, Gökçe, Çeçe & Tokat, 2013; Okumuş, Mete, Aytur, Yenal & Demir, 2002; Serçekuş ve Mete, 2010; Serçekuş ve Başkale, 2014; Subaşı ve ark., 2013; Toohill et al., 2014b).

Doğuma hazırlık eğitimleri, katılımcılar ve doğum eğitimcileri tarafından doğum öncesi eğitim programlarının önemli bir bileşeni olarak görülmektedir (Escott, Slade

& Spiby, 2009). Doğuma hazırlık eğitim modelleri eğitim aktiviteleri ve psikoprolaksi tekniklerini içermenin yanı sıra, fiziksel egzersiz aktiviteleri olarak da yürütülmektedir (Guszkowska, 2014; Miquelutti, Cecatti & Makuch, 2013a; Miquelutti, Cecatti & Makuch, 2013b). Yapılan çalışmalarda egzersizlerin doğum korkusunu azalttığı ve doğum sonuçlarını olumlu etkilediği bulunmuştur (Aktan, 2015; Bergström, Kieler & Waldenström, 2009; Chuntharapat, Petpichetchian & Hatthakit, 2008; Jeyrani, Zeidi, Malekzadegan & Hossaini, 2009; Forouhari, Yazdanpanahi, Parsanezhad & Raigan S., 2009; Guszkowska, 2014; Ghodsi and Asltoghiri, 2012; Laursen, Johansen & Hedegaard, 2009; Rad and Jahanshiri, 2013). Hamileler için önerilen hafif egzersiz tiplerinden biri pilatestir (Akbayrak ve Kaya, 2012; Herdman and Wood, 2006; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Pilates, dengeli hareketler ve nefes alıp verme ile vücutta konsantrasyon, sıkılaşma, denge ve aynı zamanda rahatlama, gevşeme sağlayan hareketler bütünüdür. Hamilelikte yapılan pilatesin yararlarına ilişkin çalışmalar sınırlı olup, pilatesin doğum anına ilişkin; kadının diyafram nefesini kullanarak kasılmalarla daha kolay baş edilebilmesini, rahat bir doğum yapmasını ve doğum sırasında oluşabilecek yırtıkları azalttığı belirtilmektedir (Herdman and Wood, 2006; International Pilates Federation (IPF), 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Egzersiz temel alan doğum öncesi eğitimler annenin doğum sonuçlarını olumlu etkileyebileceği gibi, yenidoğanın apgar skoru, yenidoğanın kilosuna benzer yenidoğana ait doğum sonuçlarını da olumlu etkilenmesine yol açabilmektedir (Price, Amini & Kappeler, 2012). Hamileliğin erken döneminde yapılan egzersizlerin çoğunlukla plasental gelişim, hamileliğin 20. haftasında başlatılan orta dereceli egzersizlerin ise fetal gelişim üzerine etkili olduğu belirtilmektedir (Altan, 2015; Hopkins & Cutfield, 2011).

Son yıllarda doğumla ilgili tartışılan konulardan bir konu doğal doğumdur. Doğal doğum mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden gerçekleşen doğumları içermektedir. Doğal doğum süresince aktive olan tüm hormonlar, anne ve bebeği doğuma en sağlıklı biçimde hazırlamaktadır (Sayiner ve Özerdoğan, 2009). Doğal doğum, ebe ve hemşirelerin bağımsız olarak gerçekleştirebileceği önemli bir alan olan doğum öncesi eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile mümkün olabilecektir. Dünyada ve Türkiye’de doğum öncesi eğitim sınıfları çok farklı eğitim yöntemleri ve özelliklerle yürütülmektedir. Ayrıca sistematik, herhangi bir felsefeye veya birden

fazla felsefeye odaklanmış veya belli bir felsefe olmaksızın yürütülen sınıflar da bulunmaktadır (Dinç, Yazıcı, Yılmaz & Günaydın, 2014; İsbir ve ark., 2016; Mete, Ertuğrul & Uludağ, 2015; Onat B. ve Hotun Ş., 2010; Serçekuş, 2011). Kuzey Kıbrıs'ta doğum öncesi eğitim sınıfları henüz sistematik ve programlı bir şekilde yürütülememektedir. Bu çalışma aracılığı ile doğum öncesi eğitimin Kuzey Kıbrıs'ta özel kurumlarda ve devlet hastanelerinde geliştirilmesine katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Ayrıca doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu ve doğum sonuçlarına etkisi üzerinde yapılmış deneysel çalışmaların sınırlı olması (Brixval et al., 2015; Gagnon and Sandall, 2011; Happio et al., 2017; Kalayi Madhavanprabhakaran, D'Souza & Nairy, 2017), hamile pilatesi destekli doğuma hazırlık eğitimini içeren çalışmaların sınırlı olması ve Kuzey Kıbrıs'ta konuya ilişkin yapılan ilk araştırma olması bakımından çalışma özgünlük göstermektedir.

1.1. Amaç:

Çalışma, K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi (YDÜ) Hastanesinin antenatal polikliniğine başvuran primipar kadınlara verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ve doğum sonuçlarına etkisini saptamak amacı ile yapılmıştır.

1.2. Hipotezler:

H₁: Deney grubunun, doğum korkusu, kontrol grubuna göre daha azdır.

H₂: Deney grubunun, sezaryen sıklığı, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₃: Vajinal doğum yapan deney grubunun doğumunun ikinci evresinin süresi, kontrol grubuna göre daha kısadır.

H₄: Deney grubunun, doğum sürecinde indüksiyonu sağlamak için oksitosin türevi, cytotec ve propess kullanımı kontrol grubuna göre daha azdır.

H₅: Deney grubunun, doğum sürecindeki hissettikleri ağrı şiddeti kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₆: Deney grubunun, doğum sürecinde perine bölgesinde yırtık gelişme sıklığı kontrol grubuna göre daha azdır.

H₇: Deney grubunun yenidoğanlarının ilk 1. dakikadaki apgar skorları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

Çalışmanın genel bilgiler kısmı aşağıdaki alt başlıklar altında açıklanacaktır.

- Korku
- Doğum Korkusu
- Doğum Korkusunun Görülme Sıklığına İlişkin Çalışmalar
- Doğum Korkusunun Nedenleri
- Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları
- Doğum Öncesi Eğitim
- Doğum Öncesi Eğitimin İlke ve Özellikleri
- Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarının Çeşitleri
- Doğuma Hazırlık Sınıfları
- Doğuma Hazırlık Sınıfı Eğitim Modelleri
- Pilates
- Pilatesin Temel İlkeleri
- Hamilelikte Pilates
- Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarının Doğum Korkusu ve Doğum Sonuçlarına Etkisi
- Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarında Hemşirenin Rolü

2.1. Korku

Türk Dil Kurumu korkuyu, bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı ve üzüntü olarak tanımlamaktadır (<http://www.tdk.gov.tr/...>). Korku, tüm insanların yaşadığı ortak, doğal ve evrensel bir duygudur. Bireyin korku ile ilgili duygu ve düşüncelerinin günlük yaşamını olumsuz etkileyecek düzeye gelmemesi önemlidir. Diğer tüm duygular gibi korku da hem zihinsel, hem de fiziksel unsurları içermektedir. Duygular hipotalamus ve limbik sistemde oluşur ve ifade edilir (Serçekuş, 2011). Korkunun öğrenilmesinde anahtar bölge “amigdala”dır. Amigdala, işleyen bellek aracılığıyla yaşanan durumun güçlüğünü geçmiş deneyimler üzerinden değerlendirir ve uyandırma bölgelerini devreye sokarak tehdit edici uyarana karşı odaklanmayı sağlar. Korkunun oluşmasında ikinci derecede önemli olan yapı ise “prefrontal korteks”tir. Prefrontal korteks tehlikeyi değerlendirir ve öğrenilmemiş korku davranışları için önemli bir rol oynar. Korku sürecinde önemli rol oynayan diğer bir

yapı da hipotalamustur. Korku sinyalleri alındığında hipotalamus corticotropin releasing hormon salgılar. Bu hormon pituiter bezden adrenokortikotropik hormonun salınımını uyarır ve adrenokortikotropik hormonun artması sonucunda adrenal korteks uyarılarak kortizol salgılanır. Kortizol, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile vücudu savunmaya hazırlar. Sempatik sistem devreye girince gözler dilate olur, solunum hızlanır, kalp atışları artar. Büyük damarlar kasılır ve organlara giden kan azalır. Tüm beden tehlike ile uğraşmaya başlar (Demirel ve ark., 2011; Serçekuş, 2011).

2.2. Doğum Korkusu

Doğum korkusu; doğumdan önce, doğum sırasında ve doğum sonrasında yaşanan korku olarak tanımlanmaktadır (Wijma, Wijma & Zar, 1998). Bir başka bir tanıma göre, doğumun bilişsel açıdan olumsuz olarak değerlendirilmesidir (Ryding, Wijma & Wijma, 1998). Her kadın hamilelik ve doğum ile ilgili korku yaşamakta ve bu korkuların belli bir düzeyde olması doğal kabul edilmektedir. Ancak bazen korkular baş edilemeyecek düzeye ulaşabilmektedir (Kitapçıoğlu ve ark., 2008; Şahin ve ark., 2009).

Aşırı doğum korkusu tokofobi olarak adlandırılmaktadır (Ayers, 2014). Tokofobi hamileliğe özgü bir anksiyete çeşididir. Doğumda tokofobi görülme sıklığının %11-15 arasında değiştiği belirtilmektedir (Masoumi et al., 2016). Doğum sırasında ölüm korkusu, hamilelik öncesi dönemde yaşanan doğum ya da hamilelik korkusu, hamilelik, travay ve eylem sürecinde doğum korkusu olarak ifade edilmektedir (Ayers, 2014; Körükçü, 2009). Tokofobi literatürde patolojik doğum korkusu şeklinde yer almaktadır (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Tokofobi çocukluktan yaşlılığa kadar tüm kadınları etkileyebilmekte ve üç şekilde sınıflandırmaktadır: (Kitapçıoğlu ve ark., 2008; Serçekuş, 2005; Uçar ve Gölbaşı, 2015)

1. Primer tokofobi: Nulliparlarda görülen bu korku adölesan veya erken erişkinlik döneminde görülmeye başlayabilir. Kadın doğum korkusu nedeniyle hamilelikten kaçınabilir.
2. Sekonder tokofobi: Daha önce yaşanan travmatik doğum deneyimi veya travmatik obstetrik olaya bağlı olarak gelişebilir.

3. Prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi: Hamilelikteki depresif hastalıklara bağlı olarak gelişen korkudur. Nadir olarak bazı kadınlar doğum öncesi dönemde depresyon belirtisi olarak yoğun fobi ve doğumdan kaçınma davranışı gösterebilir.

Doğum korkusunun başlangıcı doğumdan önce olmaktadır. Doğum korkusu doğum ile birlikte doğum sonu dönemde azalmakta ve yerini başka korkulara bırakmaktadır. Bununla beraber doğum korkusunun doğumdan yaklaşık bir sene sonrasında da devam ettiği belirtilmektedir (Demirsoy ve Aksu, 2015).

2.3. Doğum Korkusuna İlişkin Çalışmalar

Doğum korkusunu belirlemek için literatürde birçok ölçek kullanılabilmektedir (Uçar, 2013). Doğum korkusu ölçeklerinden en yaygın olarak kullanılan ve standart bir ölçek olan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) (A versiyonu)'dir (Nieminen et al., 2009; Rouhe et al., 2013). W-DEQ, Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiş olup, kadınlara doğumdan önceki beklentileri (A versiyon) ile doğumdan sonraki deneyimlerini (versiyon B) ortaya koyan sorular yöneltilerek, doğum eylemi sırasında ve sonrasında doğuma ilişkin yaşanan korkuyu ölçmektedir (Wijma et al., 1998; Uçar, 2013).

Literatürde bu ölçeği kullanarak doğum korkusunun derecesi ve görülme sıklığını inceleyen birçok çalışma yer almaktadır. Aşağıda bu çalışmaların sonuçlarından bazılarına yer verilmiştir.

Rouhe ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, 4575 primipar kadının %8.1'inin aşırı klinik derecede doğum korkusu (tokofobi) yaşadığı bulunmuştur. Storksken ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmanın sonucuna göre, 32. hamilelik haftasında olan hamilelerin %8.0'i, Adams ve arkadaşlarının çalışmasına göre %7.5'i klinik derecede doğum korkusu yaşamaktadır (Adams et al., 2012; Storksken et al., 2012). Altı Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada, primipar kadınların %11.4'ünün klinik derecede doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur (Lukasse et al., 2014). İsveç'de yapılan bir çalışmada hamilelerin %15.6'sının klinik derecede, %5.7'sinin aşırı klinik derecede (tokofobi) doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Nieminen et al., 2009).

Türkiye'de doğum korkusunun görülme sıklığını inceleyen çalışmaları incelediğimizde;

Subaşı ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) araştırma kapsamına alınan hamilelerin ağır derecede (66.4 ± 28.1) doğum korkusu yaşadığı, Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında (2009), son trimestirdeki hamilelerin klinik derecede (W-DEQ: 85.63 ± 13.76) doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Oran ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, 36. hamilelik haftası ve üzerinde olan hamilelerin %17.2'sinin düşük, %39.3'ünün orta, %30.5'inin ağır ve %13'ünün klinik derecede doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Aksoy ve arkadaşlarının çalışmasında (2013), hamileliğinin son ayında ve multipar kadınların ağır derecede (W-DEQ: 69.6 ± 12.4) doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur.

Kadınların doğum korkusu yaşama durumunu değerlendiren bir çalışmanın sonucunda, sezaryen doğum yapan kadınların %60.7'sinin doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Yanikkerem, Göker & Piro, 2013).

Doğum korkusunun, eğitim seviyesi düşük olanlarda, sosyal desteği az olanlarda, yaşı küçük olanlarda, işsizlerde, doğuma ilişkin danışmanlık almayanlarda, primiparlarda doğum korkusunun daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Mete, 2013a).

2.4. Doğuma Yönelik Korkular, Nedenleri ve İlişkili Faktörler

Doğumla ilişkili korkular; ağrı, doğum sırasında sorun gelişmesi, bebeğin özürlü doğması, acil sezaryen gereksinimi ya da doğum sırasında ölüm şeklindedir (Fenwick et al., 2014; Körükçü, 2009; Larkin et al., 2009; Seller, 2012; Serçekuş, 2011; Subaşı ve ark., 2013; Şahin ve ark., 2009; Toohill et al., 2014a; Uçar, 2013). Serçekuş ve Okumuş'un (2009) İzmir'de bir üniversite hastanesinde 19 nullipar hamile ile yapmış oldukları kalitatif çalışmada kadınların yaşadığı doğum korkusu 5 kategoride toplanmıştır. Bunlar; doğum ağrısı, doğum sırasında annede gelişebilecek sorunlar, doğum sırasında bebekte gelişebilecek sorunlar, doğumda uygulanan işlemler, sağlık personeli ve cinselliktir. Demirsoy ve Aksu'nun (2015) çalışmasında, doğum korkusu 'bebeğe yönelik', 'kendisine yönelik' ve 'sağlık personelinin davranışlarına' yönelik korkuları içermektedir.

Doğuma ilişkin korkuların; bilgi eksikliği, deneyimler, kadının zihninde içselleştirdiği olumsuz hikayeler, önyargılar, doğuma ilişkin hastane prosedürleri ve sağlık ekibine güvenmeme benzeri sorunlara bağlı geliştiği belirtilmektedir (Fenwick et al., 2014; Körükçü, 2009; Larkin et al., 2009; Masoumi et al., 2016; Seller, 2012; Serçekuş, 2011; Serçekuş ve Okumuş, 2009; Subaşı ve ark., 2013; Şahin ve ark., 2009;

Toohill et al., 2014; Uçar, 2013; Uçar ve Gölbaşı, 2015). Bunun yanı sıra, anne yaşının genç olması, hiç doğum yapmamış olmak, daha önceden psikolojik sorunlarının varlığı, sosyal destek sisteminin az olması ve istismar öyküsünün bulunmasının da doğum korkusu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Adams et al., 2012; Nieminen et al., 2009; Rouhe et al., 2013; Uçar ve Gölbaşı, 2015). Alipour ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları bir çalışmada, 28. hamilelik haftasındaki primipar kadınların doğum korkusunun kaygı düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Alipour, Lamyian, Hajizadeh & Vafaei, 2011).

2.5. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları

Doğum korkusu doğuma kadar çözümlenemediğinde, doğumdan önce ya da doğum başladığında beden savunmaya geçer ve sempatik sistem devreye girerek stres hormonları salgılanmaya başlar. Tehlike anında kan, bedenin savunma sisteminde rol alan organlara gitmektedir. Ancak uterus bedenin savunma sisteminin bir parçası değildir. Bu nedenle uterusu giden arterler büzülür ve sonuçta uterusu daha az kan gitmeye başlar. Uterusa giden kan miktarındaki düşüş oksijenin azalmasına ve ağırlı kontraksiyonlara sebep olur. Uterusa oksijenin az gitmesi bebeğe de oksijenin az gitmesi anlamına gelmektedir. Buna ilaveten adrenalin miktarındaki artış doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına ve hatta durmasına neden olacaktır. Adrenalin, uterus kaslarının çalışma dengesini bozmaktadır. Normal süreçte uterusun uzunlamasına kasları (vertikal), dairesel kasları (sirküler) yukarıya doğru çekerek serviksin açılmasını sağlamaktadır. Adrenalin uterusun 2/3'lük alt kısmında bulunan dairesel kasların açılmasını engellemekte ve bu kasların tersine işlev görmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla, serviksin açılmasını engelleyen ve ağrı veren kontraksiyonlar ortaya çıkmaktadır (Kömürcü ve Ergin, 2008; Serçekuş, 2011; Uçar ve Gölbaşı, 2015). Sonuç olarak, doğum korkusu olan kadın en baştan ağrı duyacağını beklemekte ve bu doğal olarak gerginlik yaratmaktadır. Korku gerginliğe, gerginlikte ağrıya yol açmaktadır. Bu kısır döngüyü Dick-Read "Ağrısız doğum" isimli kitabında korku-gerginlik-ağrı siklusu olarak tanımlamıştır (Mete, 2013b, Onat B. ve Hotun Ş., 2010; Serçekuş, 2011).

Korku-gerginlik-ağrı siklusu sonucunda, doğum süresi uzar, baş edilemeyen ağrı nedeni ile ilaç kullanımı ve acil sezaryen oranı da dahil olmak üzere müdahale sıklığı

artar (Ayers, 2014; Demirsoy ve Aksu, 2015; Dönmez ve ark., 2014; Kitapçioğlu ve ark., 2008; Laursen et al., 2009; Serçekuş ve Okumuş, 2009; Serçekuş, 2011; Toohill et al., 2014a; Uçar ve Gölbaşı, 2015). Ayrıca doğum korkusu nedeni ile isteğe bağlı sezaryen oranları da artmakta ve annenin doğum sonu ruhsal sağlığı olumsuz etkilenmektedir (Ayers, 2014; Demirsoy ve Aksu, 2015; Guskowska, 2014; Kitapçioğlu ve ark., 2008; Lukasse et al., 2014; Rouhe et al., 2013; Serçekuş ve Okumuş, 2009; Serçekuş, 2011, Şahin ve ark., 2009; Toohill et al., 2014a). Sezaryen doğumların artması da doğum sonu anne ve bebekte komplikasyon riskini ve hastanede kalma süresini arttırmaktadır (Demirgöz ve ark., 2013; Rad and Jahanshiri, 2013; Storksen et al., 2012).

Handelzalts ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, doğum öncesi dönemde doğum korkusu değerlendirilmiş, doğum korkusu fazla olan kadınların doğumlarına daha fazla müdahale yapıldığı ve acil sezaryen oldukları belirlenmiştir. Aynı çalışmada, doğum sonu dönemde de kadınların doğum korkusu ile doğum şekli ve doğumun ikinci evresinin ilişkili olduğu saptanmıştır (Handelzalts et al., 2015).

2.6. Doğum Öncesi Eğitim

Doğum öncesi eğitimde amaç; hamilelik, doğum, doğum sırasında olacaklar, sağlık ekibinin yapacağı işlemler hakkında anne adaylarını ve partnerini eğitmek ve ekibin bir parçası olan hamileyi bilgilendirip, verilen bilgileri uygulayabilecek becerileri kazandırmaktır. Özellikle anneyi, bilgilendirerek ve gevşeme egzersizlerini öğretmek normal doğum eylemi için ruhsal ve fiziksel olarak hazırlamaktır (Kömürcü ve Ergin, 2008; Onat B. ve Hotun Ş., 2010; Özcerezci & Kavlak, 2016). Doğum öncesi eğitimler; hamilenin istedik sağlık alışkanlıkları kazanması, stres yönetimi, anksiyetesinin azaltılması, aile ile ilişkilerin geliştirilmesi açısından önemlidir. Hamile bilgi sahibi oldukça kendisini güçlü hissedecek, öz güveni ve memnuniyeti artacaktır. Hamileliği ve doğumu ile ilgili doğru kararlar alabilecektir. Doğum öncesi eğitim aracılığı ile hamilenin doğumunu yönetebilmesi, eyleme karşı olumlu duygular hissetmesi, bebeğini başarılı bir şekilde emzirmesi, postpartum dönemde iyileşmenin arttırılması, aile planlaması hakkında bilgilendirilmesi sağlanacaktır (Karaçam ve Akyüz, 2011; Wilson and Lowdermilk, 2006; Serçekuş ve Mete, 2010; Serçekuş ve Yenal, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Doğum öncesi eğitim programları güvenli ve sağlıklı bir hamilelik ve doğum için Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Cemiyeti, DSÖ ve Amerikan Pediatri Akademisi tarafından önerilmektedir (AAP/ACOG, 2007; WHO, 2006). Dünyada ilk formal doğuma hazırlık sınıfı 1913 yılında açılmıştır (Serçekuş ve Yenal, 2015). 1950’lerde doğuma ilişkin eğitimler yapılmaya başlanmış ve gelişmeye devam etmiştir (Lowdermilk and Perry, 2007). Başlangıçta doğuma ilişkin eğitim kurslar aracılığıyla kadınları prenatal bakım almaya teşvik etmek için yapılmaktaydı (Pillitteri, 2007). Zamanla doğum öncesi eğitim doğumun “doğal” bir süreç olması, yenidoğan bakımı ve ebeveynlik konularına odaklanmış, doğum ve doğum sonu dönemlere ilişkin hazırlık oluşturmak üzere yapılanmıştır (Onat B. ve Hotun Ş., 2010). 1970’li yıllardan itibaren doğum öncesi eğitim sınıfları giderek artmış ve zaman içinde bu sınıflarda kullanılan çeşitli eğitim modelleri geliştirilmiştir. Günümüzde Dünyada ve Türkiye’de doğum öncesi eğitim programlarında birçok yöntem kullanılmaktadır (Dinç ve ark., 2014; Onat B. ve Hotun Ş., 2010; Serçekuş, 2011). Bu sınıflarda belirli bir yöntem kullanımının yanında farklı birçok yöntem bir arada da kullanılabilir. Ayrıca bazı ülkelerde yürütülen eğitim programları çok sistematik, programlı, belli bir felsefeye sahip olarak yürütülürken, bazılarında belirli bir program, felsefe dâhilinde olmaksızın yürütülmektedir (Dinç ve ark., 2014; İsbir ve ark., 2016; Mete ve ark., 2015; Onat B. ve Hotun Ş., 2010; Serçekuş, 2011; Serçekuş ve Yenal, 2015).

Dünyanın pek çok ülkesinde doğuma hazırlık sınıfları yaygınlaşmış olup, günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde hastanelerin bünyelerinde ya da özel açılan sınıflar bulunmaktadır. Türkiye’de doğuma hazırlık sınıflarının açılması 1980’li yıllarda gerçekleşebilmiştir (Serçekuş ve Yenal, 2015). Türkiye’de bazı üniversite hastanelerinde, üniversitelerin hemşirelik okullarında, özel hastanelerde ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı doğum evlerinde doğum öncesi eğitim ebeveynlere ücretsiz olarak verilmektedir. Ebe/hemşire ve hekimler tarafından yürütülen özel doğum öncesi eğitim sınıfları da bulunmaktadır. Ayrıca, doğum öncesi eğitimi yapan ve yapmayı planlayan sağlık personeline (ebe, hemşire), doğal doğum felsefesi, erişkin eğitimi, doğuma hazırlık sınıfı yürütme becerisi kazandırmayı hedefleyen eğitici eğitimi kursları da bulunmaktadır (Mete, 2013b; Onat B. ve Hotun Ş., 2010, Serçekuş ve Yenal, 2015).

KKTC’de doğuma öncesi eğitim sınıfları henüz sistematik ve programlı bir şekilde yürütülememektedir. 2016 yılından itibaren bir devlet bir de özel bir merkezde eğitimler ile ilgili çalışmalara başlanmıştır.

2.7. Doğum Öncesi Eğitimin İlke ve Özellikleri

Aşağıda doğum öncesi eğitimlerin etkinliği açısından önemli olan yetişkin eğitimi, eğitim ve öğretim teknikleri, grup eğitimi ve eğitim programına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.7.1. Yetişkin Eğitimi:

Doğum öncesi eğitim verilirken yetişkin eğitimi ilkelerinin kullanılması gerekmektedir (Dinç ve ark., 2014; Serçekuş, 2010; Şen, 2015). Yetişkin eğitimi, yetişkin olarak adlandırılan bireylerin gereksinimlerini karşılamak üzere tasarlanmış olan düzenli, planlı ve programlı öğrenme deneyimleri kazandırmayı amaçlayan etkinliklerdir (Şen, 2015).

Yetişkin eğitimi ilkeleri, aşağıda yer alan dokuz maddeden oluşmaktadır (Mete ve ark., 2015):

Yetişkin;

- 1) İhtiyaçları doğrultusunda öğrenir.
- 2) İçeriğin belirlenmesinde yer almak ister.
- 3) Hemen ya da kısa sürede uygulayabileceği bilgi ve becerileri öğrenmek ister.
- 4) Grup etkileşiminden hoşlanır.
- 5) Öğrenme sürecine kendi deneyimleri ve görüşleri ile katılmak ister.
- 6) Bilgi, beceri, davranışlarını geliştirecek, problemlerini kendi başına çözebilecek duruma gelmek ister.
- 7) Zamanı değerlidir.
- 8) Eğitimde rahat ve dinamik bir atmosferden hoşlanır.
- 9) Sertifika, ödül v.b. almak motivasyonunu arttırır.

2.7.2. Eğitim ve Öğretim Yöntem ve Teknikleri:

Yetişkin eğitimi verilirken birçok eğitim ve öğretim yöntem ve teknikleri kullanılmaktadır. Öğretme yöntemleri arasında anlatım, tartışma, örnek olay incelemesi, gösterip yaptırma, problem çözme ve bireysel çalışma yöntemleri bulunmaktadır (Alpaydın, 2012). Eğitim ve öğretim teknikleri arasında ise, beyin

fırtınası, soru-cevap, gösteri, uygulama, grup çalışmaları, eğitici drama, eğitsel oyunlar ve rol yapma yer almaktadır (Alpaydın, 2012; Altıparmak, 2014). Bu teknikler aşağıda kısaca açıklanmıştır;

Beyin fırtınası; bir konuya çözüm getirmek, karar vermek ve çok yönlü düşünce ve fikir üretmek için kullanılan bir yaratıcı düşünme tekniğidir (Alpaydın, 2012; Altıparmak, 2014).

Soru-cevap; eğiticinin bir konu ile ilgili öğrenenlere birtakım sorular sorması ve bu sorulara aldığı cevapları yorumlayarak öğretim yapmasıdır (Alpaydın, 2012; Altıparmak, 2014).

Gösteri; eğiticinin izleyici grubun önünde bir işin nasıl yapacağını göstererek ya da genel ilkeleri açıklayarak uyguladığı bir tekniktir (Alpaydın, 2012).

Uygulama; gösteri yöntemine eşlik eden öğretme yoludur. Eğitimi önce materyallerin kullanımını kendisi anlatarak yapar, sonra katılımcı uygulayarak öğrenir (Altıparmak, 2014).

Eğitsel Oyunlar; öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesini ve daha rahat bir ortamda tekrar edilmesini sağlayan bir öğretim tekniğidir (Alpaydın, 2012).

Grup çalışmaları; kişiyi bilgilendirir, bilinçlendirir ve benzer konumdaki katılımcılara güç verir (Serçekuş, 2010).

Eğitici Drama; öğrenenlerin hangi durumlarda nasıl davranmaları gerektiğini yaşayarak öğrenmelerini sağlayan bir öğretim tekniğidir (Alpaydın, 2012).

Rol Yapma; bazı durum ve olayların, hareket, konuşma ve taklit benzeri öğelerden yararlanılarak hayali bir ortam içinde canlandırılmasıdır (Altıparmak, 2014).

2.7.3. Grup Eğitimlerinin Özellikleri:

Yetişkin eğitimleri grup veya bireysel eğitim şeklinde verilmektedir (Dinç ve ark., 2014; Masoumi et al., 2016; Walker & Worrell, 2008). Doğum öncesi eğitimin grup eğitimleri şeklinde yapılmasının anne adayları arasında ortak paylaşım sağladığından etkili bir yöntem olduğu düşünülmektedir (Dinç ve ark., 2014; Serçekuş, 2010; Onat B. ve Hotun Ş., 2010). Grup çalışmaları, kişiyi bilgilendirir, bilinçlendirir ve benzer konumdaki katılımcılara güç verir. Üyeler gruptaki tüm faaliyet ve eğitime aktif olarak katılırlar. Grup üyelerinin arasında iş birliği ve paylaşım önemlidir. Grup çalışması aracılığıyla grup içi destek güdülenir (Serçekuş, 2010).

Grup eğitimleri açık ve kapalı grup eğitimleri olarak ikiye ayrılmakta olup, doğuma hazırlık sınıflarında kapalı grup eğitimi verilmesi önemlidir. Kapalı grup eğitimlerinde grup üyelerinin değişmemesinden dolayı daha iyi bir grup dinamiği sağlanabilir (Mete, 2013b).

Grup büyüklüğünün uygun olması eğitimlerde önem taşımaktadır (Dinç ve ark., 2014). Grup eğitimlerinde katılımcı sayısı eğitim modellerine göre farklılık gösterip, 4-12 arasında değişmektedir (Onat B. ve Hotun Ş., 2010).

Grup eğitiminde bir diğer önemli özellik, eğitimlerin ekip yaklaşımı yerine bütün oturumların tek bir eğitimci tarafından verilmesidir (Onat B. ve Hotun Ş., 2010; Mete, 2013b). Bunun avantajı, eğitimin devamlılığı ve takibinin sağlanması, katılımcıların bireysel ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılması ve kişisel desteğin sağlanabilmesidir (Onat B. ve Hotun Ş., 2010). Ayrıca her derste değişen eğitimci ile iyi bir grup dinamiği sağlamak güç olmaktadır (Mete, 2013b).

2.7.4. Eğitim Programlarının Özellikleri:

Eğitim programlarının kısa süreli olmaması ve gereğinden fazla bilginin verilmemesi gerekmektedir (Miquelutti et al., 2013a; Mete, 2013b). Eğitimlerde çok fazla bilginin kısa süreli programlarda verilmesinin bilgilerin etkili olmaması ve doğum ağrısı ile baş etme tekniklerinin uygulamasında eksikliğin yaşanması bakımından doğum öncesi eğitimlerin yararlılığını azalttığı belirtilmektedir (Miquelutti et al., 2013a). Gereğinden fazla bilginin verilmesi kadınlardaki anksiyeteyi azaltmak yerine arttırdığı belirtilmektedir (Mete, 2013b).

Gelişmiş ülkelerde doğum öncesi eğitim sınıfları hamile kadınların beklenti ve ihtiyaçlarına göre düzenlenmekte ve eğitim içeriğinde babalık ile doğum sürecindeki eşin rollerine de yer verilmektedir (Malata, Hauck, Monterossa & Mccaul, 2007).

Doğum öncesi eğitim programlarının süresi ile ilgili belli bir standardın olmaması ile birlikte, çoğunlukla bu sınıflar için süre 12-15 saat olarak önerilmektedir (Lowdermilk and Perry, 2007). Ip ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2009); belli bir teoriye dayanan iki seanslık 90 dakika süreli kısa eğitimin de doğumdaki öz yeterlilik ve doğum ağrısının şiddetini azaltmada etkili olabileceği vurgulanmıştır.

Doğum öncesi eğitimin niteliğini, temellendiği model ve felsefeler kadar eğitimin uygulandığı toplumun kültürüne ve sağlık sistemine uygunluğunun da belirlediği belirtilmektedir. Bu nedenle, doğuma hazırlık eğitimi uygulayacakların eğitim

içeriklerini, kullanacakları yöntemleri ülke koşullarına uygun hale getirmeleri ve değişen gereksinimlere göre yeniden revize etmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (Metem ve ark., 2015).

2.8. Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarının Çeşitleri

Doğum öncesi eğitim sınıfları; amaçları, içerikleri, liderlik ve öğretim tekniklerine bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir. Bir eğitimin içeriği, hedeflerine göre belirlenir. Doğum öncesi eğitim sınıfları ailelerin özel ihtiyaçları doğrultusunda hamilelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin beklentilere göre yapılandırılır. Bunlar; (Altıparmak, 2014; Pillitteri, 2007; Malata ve ark., 2007; Metem, 2013b; Terzioğlu, 2016)

- Hamilelik öncesi sınıflar
- Erken ve geç dönem hamilelik sınıfları
- Egzersiz sınıfları
- Su içinde egzersiz sınıfları
- Doğuma hazırlık sınıfları
- Primipar/multiparlara yönelik sınıflar
- Adolesan sınıfları
- Yenileme kursları
- Sezaryen doğum sınıfları
 - Genel sezaryen sınıfları
 - Planlanmış sezaryen sınıfları
 - Sezaryen sonrası vajinal doğum sınıfları
- Emzirme sınıfları
- Ebeveynliğe hazırlık sınıfları
- Doğum sonrası dönem sınıfları
- Bebek bakım sınıfları
- Diğer aile üyeleri için sınıflar
 - Kardeş sınıfları
 - Büyükanne-Büyükbaba sınıfları şeklinde düzenlenebilmektedir.

2.8.1. Doğuma Hazırlık Sınıfları

Doğuma hazırlık sınıfları, katılımcılar ve doğum eğitimcileri tarafından doğum öncesi eğitim programlarının önemli bir bileşeni olarak görülmektedir (Escott et al., 2009). Doğuma hazırlık sınıflarında farklı olarak, hamile, eşi ve aile üyelerinin doğuma ve ebeveynliğe hazırlanması için gerçekleştirilen, genellikle çiftler halinde katılımı ön gören kapalı grup eğitim programlarıdır (Altıparmak, 2014). Başlıca amaçları, hamileyi ve onu destekleyen bireyi doğum deneyimine hazırlamak, doğum ve doğumdaki bakıma ilişkin bilgilendirmek, hamilenin doğum sırasında ağrıyla baş edebilmesi için farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemleri kullanabilmesine yardımcı olmak, kadınlara olumlu sağlık alışkanlıkları kazandırmak, aşırı anksiyeteyi azaltmak, hamilelik ve doğuma bağlı gelişen rahatsızlıkları azaltmak ve çiftlerin doğum deneyiminden memnun olmalarını sağlamaktır (Miquelutti et al, 2013b; Pillitteri, 2007).

Gelişmiş ülkelerde doğuma hazırlık eğitimleri standart şeklinde organize edilse de gelişmekte olan ülkelerde oldukça farklı biçimlerde düzenlenmektedir (Malata ve ark., 2007).

2.8.2. Doğuma Hazırlık Eğitim Modelleri

Doğuma hazırlık eğitim modelleri teorik felsefeleri, amacı, hedefi, eğiticinin niteliği, ders saati, uzunluğu ve öğrenci sayısına göre değişiklik göstermektedir. Bu eğitim sınıflarında rahatlama, solunum teknikleri, dikkati odaklama, hamilenin ve doğum destekçilerinin doğum sürecinde ve doğum sırasında ağrı ile başatmak için başvurabilecekleri diğer farmakolojik olmayan yöntemler öğretilir (Altıparmak, 2014; Kömürcü ve Ergin, 2008; Lowdermilk and Perry, 2007; Onat B. ve Hotun Ş, 2010; Özcerezci & Kavlak, 2016).

Doğuma hazırlık eğitimlerinde Dick-Read, Bradley, Lamaze, HynoBirthing (Mongan), Farkındalığa Dayalı Doğum Hazırlığı, England, Odent, Kitzinger, Leboyer, Gayle Peterson, aktif doğum (Janet Balaskas) yöntemi gibi birçok yöntem kullanılmaktadır (Dinç ve ark., 2014; Kömürcü ve Ergin, 2008; Lowdermilk and Perry, 2007; Onat B. ve Hotun Ş., 2010; Pillitteri, 2007). Bu yöntemlerin felsefesine ilişkin bilgiler aşağıda açıklanmıştır: (Dinç ve ark., 2014; Onat B. ve Hotun Ş, 2010; Coşar ve Demirci, 2012; Kömürcü ve Ergin, 2008; Pillitteri, 2007; Serçekuş ve İsbir, 2012)

- *Dick-Read yöntemi:* İngiliz obstetrisyen olan Grantly Dick-Read hamilelik ve doğum olayını “anneliği tüm deneyimlerin ötesinde güzel ve ağrısız bir doğum” olarak tanımlamıştır. Read doğum ağrısının korku sonucu geliştiğini ve bu yöntemle “korku-gerilim-ağrı” zincirinin eğitim yolu ile parçalanabileceğini ve böylece ağrı ile baş edilebileceğini söylemektedir. Bu sınıflarda üç temel teknik uygulanmaktadır. Bu teknikler, fiziksel egzersiz ile vücudu doğuma hazırlamak, bilinçli gevşeme ve solunumdur. Uygulamada, genellikle kadınlar kontraksiyonlar sırasında gevşemiş hatta bazı kadınlar uyuyor olabilirler.
- *Bradley yöntemi:* Doğum koçluğu modelini temel alan, gereksiz müdahalelerden kaçınarak normal ve doğal yollardan hazırlanmayı hedefleyen bir modeldir. Doğum sırasında solunum kontrolü ve abdominal solunumunun kullanılması aracılığıyla vücudun rahatlığını desteklemektedir. Bu yöntemde doğum sırasında kadının yalnız olması, karanlık ve sessiz ortamın varlığı önemlidir. Eşin bir koç olarak görev alması, bu yöntemin temelini oluşturmaktadır. Bu yöntem eşlere doğum yapan karısına destek olması, koçluk ve ihtiyaçların nasıl karşılanacağı öğretilmektedir.
- *Lamaze yöntemi:* Psikoprofilaksi olarak da bilinen bu yöntem en yaygın bilinen doğuma hazırlık yöntemidir. Lamaze yöntemi baba adayının katılımını içeren, yoğun emosyonel desteğin olması gerektiğini savunmaktadır. Bu yöntem anneyi bağırarak ya da kontrolünü kaybetmek yerine, kontrollü kas gevşetme ve solunum modelleriyle uterus kasılmalarını taklit etmeye şartlandırır. Lamaze yöntemi, doğum eğitimi, gevşeme ve solunum tekniklerinden oluşmaktadır. Anne adayları her bir kontraksiyonun başlangıcında derin bir nefes alır, bunu kontraksiyon süresince alınan hızlı ve yüzeysel nefesler izler. Anne adayları düşüncelerini bir yer ya da objeye odaklanmaya ve kasların gevşemesine yoğunlaşmaya çalışmakta ve yanındaki kişilerden sözel destek almaktadır.
- *Hypno-Birthing-Mongan Yöntemi:* Hypno-Birthing bir teknikten daha çok doğumun normal, doğal ve sağlıklı olduğuna inanan bir felsefedir. Bu yöntem anneye ve ailesine doğum beklentileri ve deneyimi ile ilgili olumlu tutum kazandırmayı hedeflemektedir. Hamilelik ve doğum eylemiyle ilişkili bilindik tıbbi kelimelerin yerine, daha olumlu kelimeleri kullanmayı önermektedir. Örneğin, ‘uterus kontraksiyonları’ yerine dalgalanma/artma/çalkalanma

anlamlarına gelen surges kelimesini, ‘koç’ kelimesi yerine doğum arkadaşı kelimesi benzeri terimleri kullanmayı öğretmektedir. Hypno-Birthing derin gevşemeyi, zihin canlandırmayı, kendi kendini hipnotize etmeyi öğretir ve “doğumun mutlaka ağrılı olduğu” yargısının doğru olmadığını vurgulamaktadır.

- *Farkındalığa Dayalı Doğum ve Ebeveynlik:* Gözlem yeteneğini geliştirme, bedendeki mental, fizyolojik değişikliklerin farkına varma ve istendik duruma ulaşmayı hedeflemektedir. Farkındalık uygulaması gevşemeyi başlatmaktadır. Fakat bir gevşeme tekniği olarak tasarlanmamıştır. Bu programın en önemli bileşeni bütün toplantılara düzenli katılımın yanı sıra, kadın ve eşinin haftanın 6 günü, günlük 30 dakikalık yoga ve meditasyon yapması ve farkındalık uygulamasını günlük yaşamında da kullanması esasına dayanmaktadır.
- *England Yöntemi:* Doğum eğitimi ve postpartum döneme hazırlık konusunda bütüncül yaklaşımın benimsendiği bir modeldir. Yaratıcılık ve özgürce seçim yapmaya dayalı bir öğrenme yöntemi benimsenmiştir. Bu yöntem, Pam England (yüksek hemşire, ebe, prenatal doğum terapisti, doğum eğiticisi) tarafından aileleri doğum deneyimleri hakkındaki bilgilerini, korkularını, istek ve ihtiyaçlarını resim, çizim, rol play ve maket yapma aracılığı ile ifade edilmesine temellenmektedir. Birey doğumu deneyimlemiş annesi olursa doğuma içerden bakmış olduğu, bebeğini ve kendisini korumak için sorumluluk alacak güce sahip olduğu, savunmacı ve koruyucu olduğu savunulur.
- *Odent yöntemi:* Doğumun özel bir deneyim olduğunu ve çiftlerin bu deneyimi en iyi fiziksel ortamda sevgi ile yaşaması gerektiğini savunmaktadır. Sağlık çalışanlarının doğum sırasında müdahaleci değil, izleyici olmaları gerektiğini savunmaktadır. Dr. Michel Odent, Fransa’da birçok suda doğumu gözlemleyip, suda doğum ve evde doğum uygulamaları konusunda kendi yöntemini geliştirmiştir.
- *Kitzinger yöntemi;* Temelinde doğum sırasında kadına doğal davranılması gerektiği düşüncesi yer alır. Psikoseksüel yöntem olarak da adlandırılan bu yöntemde, kadınların doğum sırasında gevşeme ve solunum teknikleri ile doğum ağrılarını kontrol altına almaları hedeflenir. Bu yöntemde, beden imgesi, gevşeme teknikleri ve özel solunum egzersizleri vurgulanmıştır.

- *Leboyer yöntemi*: Fransız Frederick Leboyer tarafından geliştirilen yöntemde, doğum odasındaki kuvvetli ışıklardan, gürültüden, bebeğin ilk solunumunun başlaması için poposuna vurulmasından, bebeğin solunuma başlamadan önce umbilikal kordun kesilmesi benzeri uygulamaların olumsuz etkilerine değinir. Bebekte ağrı ve travma yaratan durumların azaltılmasını savunmaktadır.
- *Aktif Doğum (Janet Balaskas) yöntemi*: Janet Balaskas İngiliz doğum eğitimcisi olup, ayakta dik pozisyonun yerçekimi kuvvetinin etkisiyle doğumun ilerlemesini sağladığı, böylece eylemin daha az ağrılı geçeceğini savunmuştur. Bu yöntemde kadın, sağlık personeli tarafından yönetilen bir doğumun pasif alıcısı olmaktan çok, aksine doğum sırasında kendi vücudunu yönetmektedir. Aktif doğum sürecinde üç temel nokta özellikle vurgulanmaktadır. Bunlar; doğum sırasında kadının pozisyonu, kadın bedeninden salgılanan hormonlar ve bu hormonların doğuma etkisi, hamilelikte ve doğum süresince yoganın önemidir.
- *Gayle Peterson yöntemi*: Gayle Peterson hamile eğitim sınıflarında kadınların kendi iç dünyalarını yansıtmak için cesaretlendirilmesinin ileride yaşayacakları, eylemde kullanabilecekleri en güçlü yetenek olduğunu belirtmektedir.

Yukarda görüldüğü gibi doğuma hazırlık eğitim modelleri birçok teknik ve aktiviteyi içermektedir (Miquelutti et al., 2013b). Doğuma hazırlanan kadınlar için eğitim aktivitelerinin yanında fiziksel egzersiz aktiviteleri de doğuma hazırlık için çok yararlıdır (Guszkowska, 2014; Miquelutti et al., 2013a). Hamilelik sırasında kadınları sağlıklı tutmak, gestasyonel diyabet ve aşırı kilo alımını önleyebilmek amacıyla hamilelikte fiziksel egzersiz uygulaması, Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Cemiyeti tarafından tavsiye edilmekte ve doğum öncesi programa dâhil edilmesi önerilmektedir (Dinç ve ark., 2014; ACOG, 2002). Bu cemiyet hamilelere düzenli, hafif ve orta şiddette egzersiz yapmalarını tavsiye etmektedir (ACOG, 2002). Hamileler için önerilen hafif egzersiz tiplerinden biri de pilatestir (Akbayrak ve Kaya, 2012; Herdman and Wood, 2006).

2.9. Pilates

20. yüzyılın başında "kontrolöji" adıyla Alman Joseph Hubertus Pilates (Bkz: Resim 1) tarafından geliştirilmiş bir egzersiz yaklaşımdır. Pilates dengeli hareketler ve nefes alıp verme aracılığı ile vücutta konsantrasyon, sıkışma, denge ve aynı zamanda

rahatlama, gevşeme sağlayan hareketler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca pilates uygun duruşu geliştirmekte ve vücuda esneklik ile dayanıklılık kazandırmaktadır (Alpözgen, 2013; Deluca, 2003; Knight, 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Pilates, doğunun beden-zihin ve ruh etkileşimi teorileri ile Batı'nın biyomekanik, motor öğrenme ve core (pilates merkezi) stabilizasyon teorilerine dayanmaktadır. Bu teorilere göre, pilates zihni vücut hareketlerine, karın-sırt bölgesini geliştirmeye, vücut koordinasyonu kazanmaya odaklanmaktadır. Pilates aracılığı ile tüm vücut çalıştırılmakta ve karın-sırt bölgesi, omurganın dayanıklılığı artmakta ve eklemlerin hareket yeteneği gelişmektedir. Bu doğrultuda, pilates yöntem ve uygulama biçimi açısından diğer egzersizlerden ayrılmaktadır (<http://www.pilatesfederasyonu.com/>;; Alpözgen, 2013). Joseph Pilates ve eşinin geliştirdiği kontrolöji metodunda 34 adet matwork egzersizleri bulunmaktadır (King and Green, 2002; <http://www.pilatesfederasyonu.com...>). Yerde, minder üzerinde yapılan Pilates egzersizlerine mat çalışması (matwork) denir (Arslanoğlu, 2008). Bu egzersizler için kullanılan toplar hem dengeyi geliştirmede hem de hareketlerde farklılık yapılabilmek açısından avantaj sağlamaktadır (Knight, 2004).



Resim 1. Joseph H. Pilates <http://cobpilatesetfitness.free.fr/Historique.html>

Pilates ilk olarak I. Dünya Savaşında yaralı askerleri iyileştirmek için rehabilitasyon amacıyla kullanılmıştır. Daha sonra dansçılar önde olmak üzere balerin, mankenler tarafından benimsenip, 21. yüzyılda günümüze kadar popülerliğini hem

genel spor aktiviteleri hem de rehabilitasyon programları olarak sürdürmeye devam etmiştir (Knight, 2004; Küçükçakır, 2011; Wells, Kolt & Bialocerkowski, 2012).

2.9.1. Pilatesin Temel İlkeleri

Pilatesin 6 temel ilkesi bulunmaktadır. Bunlar, konsantrasyon, kontrol, merkezleme, akıcı hareket, kesinlik ve nefes olarak aşağıda yer aldığı şekilde tanımlanmaktadır; (Alpözgen, 2013; Arslanoğlu, 2008; Deluca, 2003; Göker, 2012; Isacowitz and Clippinger, 2011; Knight, 2004; <http://www.pilatesfederasyonu.com/>; Well et al., 2012).

1. Konsantrasyon: Pilates egzersizleri hedeflenen vücut bölgesine zihinsel odaklanmayı gerektirir. Dikkatin çalışan vücut bölgesine yönlendirilmesiyle hareketin kalitesini arttıran sinir ve kas kontrolü gelişmektedir. Dolayısıyla Pilates yaparken hareketlere yoğunlaşmak beden in uyum içinde nasıl çalıştığına ve hangi kasları kullanıp ve hangilerinin kullanılmadığına dikkat etmek gerekmektedir.
2. Kontrol: Pilates egzersizleri kişiye kendi vücudunu kontrol etmeyi öğretir. Böylece yaralanmaya neden olan kuvvetler azaltılır ve beden-zihin bağlantısı geliştirilir.
3. Merkezleme: Joseph Pilates merkezi (göbek, bel ve kalça çevresi) “güç evi” olarak tanımlamıştır. Güç evini doğru kullanmayı öğrenmek postürü düzeltir, omurgayı stabilize eder ve hareketin kalitesini geliştirir.
4. Akıcılık: Pilates egzersizleri, duraksamadan, devamlılığı sağlanarak ve acele edilmeden hareketin her noktasından tek tek geçerek yapılmalıdır.
5. Kesinlik: Pilates egzersizlerinde egzersizin sayısından daha çok niteliği önemlidir. Belli sayıda tekrar yerine bir egzersizin doğru yapılana kadar uygulanması önemlidir. Hareketler birbirleri ile belli bir düzen içinde, koordineli olarak uygulanmalıdır.
6. Nefes: Egzersizler belirli bir solunum ritmi ile yapılır. Genellikle diyafragma solunumu yapılır. Sakin bir şekilde sırtın arkasına ve altına doğru derin nefes alınıp, bütün nefesi tamamıyla dışarı üfleme yoluyla nefes verilmelidir. Nefes alırken ve verirken abdomen şişirilmemelidir. Bu şekilde solunum ile omurga, kollar ve bacakların nötral hareketine olanak sağlanır, valsava manevrası engellenir ve nefes tamamen boşaltılıp, vücuttaki kan temizlenmiş olur.

2.9.2. *Hamilelikte Pilates*

Hamilelikte pilates, hamileliğin ilk aylarından son aylarına kadar anne adayını doğuma hazırlayan, güçlendiren güvenli ve etkili bir egzersiz sistemidir (Göker, 2012; IPF, 2011; King and Green, 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Hamilelikte pilates, omurgayı sabit tutma, pelvik taban kontrolünü, nefesi ve vücut postürünü vurgulayan bir tekniktir. Anne adayları için ideal bir egzersizdir (Göker, 2012; King and Green, 2002).

Pilates hamileliğin başlangıcından itibaren en az hafta iki veya üç kez yapılabilir. Hamileliğin ilk aylarında pilates egzersizlerinin 15-20 dakika süre ile yapılması önerilmektedir. Ayrıca ilk aylarda her bir hareketin 10 kez tekrarı ile yapılan pilates son aylara doğru hamilenin yapabildiği kadar aşamalı olarak artırılabilir (Herdman and Wood, 2006).

Hamilelik süresince yapılan pilatesin hamilelik ve doğum sonuçlarına etkilerini gösteren çalışmalar sınırlıdır (Bernardo, 2007). Hamilelikte yapılan pilatesin hamilelik sürecine ilişkin; omurganın korunması, beden farkındalığının artması, hazımsızlık ve ödem benzeri sorunların azalması, ağrı, sızı, idrar kaçırma ve uyku problemlerinin azalması benzeri olumlu etkileri bulunmaktadır. Pilates annenin duygusal dalgalanmalardan daha az etkilenmesini ve doğum korkusunun azalmasını sağlayabilecektir. Pilates doğum anına ilişkin, kadının diyafram nefesini yaparak kasılmalarla daha kolay baş edebilmesini, rahat bir doğum yapmasını ve doğum sırasında oluşabilecek yırtıkların azalmasını da sağlayabilmektedir. Pilatesin doğum sonrası dönemde; rahimin daha kolay ve hızlı toparlanmasına, gevşeyen ve uzayan karın kaslarının çok daha çabuk güçlenip toparlanmasına katkısı olduğu belirtilmektedir (Göker, 2012; Herdman and Wood, 2006; IPF, 2011; King and Green, 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Hamile pilatesinde hareket akışında kullanılan imgeleme tekniği ve nefes teknikleri doğum için hamilelere yarar sağlamaktadır. Pilates yaparken kullanılan imgeleme tekniği doğum sırasında da imgeleme tekniğinin kullanılmasına yardımcı olabilmektedir. Dolayısıyla bedenin kasılmalar sırasında bebeğin geçişine izin verecek şekilde açılmasına ve kasların gevşeyip diyaframın gereken yardımı yapmasına yardımcı olabileceği belirtilmektedir. Pilates aracılığı ile diyafram nefesinin kullanılması ve diyaframı güçlendirmek için çeşitli nefes verme tekniklerinin

kullanılması, doğum sırasında diyafram nefesinin kullanılarak rahim kaslarının etkili bir şekilde çalışmasına yardımcı olabileceği gibi ıkınmaya da yararlı olabilecektir (IPF, 2011).

Hamilelerin yapabileceği birçok temel pilates hareketleri bulunmaktadır (IPF, 2011; King & Green, 2002). Bu hareketler pilates topu, mat, bant, çember benzeri malzemeler ile desteklenerek yaptırılmaktadır. Hamile pilatesinde yüz üstü pozisyonda yapılan ve 30 haftadan sonra sırt üstü düz yatarak yapılan hareketlerden uzak durulması gerektiğinden, bazı temel pilates hareketlerinin kullanılan malzemelerle farklı bir şekli ile yaptırılması önerilmektedir. Hamileliğin son aylarında veya hamilenin gereksinimine göre hareketlerde küçük değişiklikler olabileceği gibi, hareketin farklı bir şekli ile de hareketler çeşitlendirilebilmektedir (Herdman and Wood, 2006; IPF, 2011; Isacowitz and Clippinger, 2011; King and Green, 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

2.10. Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarının Doğum Korkusu ve Doğum Sonuçlarına Etkisi

Doğum öncesi eğitim programlarına ilişkin son yıllarda yapılan çalışmalar eğitimin çoğunlukla doğum anındaki ağrıya, doğum algısına ve doğum korkusuna, hamilelik sırasında uyku, hamileliği kabullenme ve kadının doğum sırasında uyumuna etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca öz yeterlilik, anksiyete ve bilgi düzeyi, doğuma hazır oluş, günlük yaşam aktiviteleri, memnuniyet durumu, doğum şekli tercihi, doğum sonu fonksiyonel durum, doğum sonrası post travmatik stres bozukluğu, bebeğini algılaması, stresle baş etmesi, partner katılımı, emzirme ve doğum sonuçlarına etkisine ilişkin konular araştırılmıştır (Altıparmak, 2014; Bergström et al., 2011; Coşar ve Demirci, 2012; Guskowska, 2014; Holins and Robb, 2013; İsbir ve ark., 2016; Karabulut ve ark., 2016; Lee and Holroyd, 2009; Mete ve ark, 2015; Mete ve ark., 2013; Svensson, Barclay & Cooke, 2009; Subaşı ve ark., 2013; Serçekuş, 2010; Serçekuş ve Başkale, 2014; Şeker ve Sevil, 2015; Yenal ve Sevil, 2012). Yukarıda sözü edilen çalışmaların yanı sıra, doğum öncesi eğitim sınıflarının hamilelik ve doğum üzerine etkileri kanıt temelli uygulamalarda kesin sonuçlar vermemektedir (Ferguson et al., 2013; Gagnon and Sandal, 2011). Ayrıca 2014 yılına kadar yapılan sistemik review araştırmasında, küçük gruplarla verilen antenatal eğitimin doğum ve psikososyal sonuçlarına etkisine ilişkin kanıtların yeterli olmadığı

bulunmuştur (Brixval et al., 2015). Özellikle doğuma hazırlık sınıflarının doğum deneyimi ve sonuçlarına etkisi üzerinde yapılmış çalışmalar sınırlıdır (Okumuş, Yenal, Durgun & Öztürk, 2015). Literatürde eğitim programlarının doğum sonuçlarına etkisini belirlemek için çok fazla araştırmaların yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Ferguson et al., 2013; Hollins, 2012; Svensson et al., 2009).

❖ Doğum öncesi eğitim sınıflarının doğum korkusuna etkisini inceleyen çalışma örnekleri

Türkiye’de yapılmış bir çalışmanın sonucuna göre; primipar ve hamileliğinin son trimesterinde olan kadınların doğum eğitimi öncesi W-DEQ’den aldıkları puan ortalaması 66.4 ± 28.1 iken, eğitim sonrası 50.8 ± 21.8 olarak saptanmıştır (Subaşı ve ark., 2013). İsbir ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında; doğum öncesi eğitim alan grubun eğitim öncesi W-DEQ puan ortalamasına göre korku düzeyi 66.8 ± 23.7 iken, eğitim sonrası 30.4 ± 18.07 olarak bulunmuştur. Mete ve arkadaşlarının çalışmasına göre, doğuma hazırlık sınıfına katılan hamilelerin eğitim sonrası doğum korkusunun azaldığı ve doğuma hazır oluşluk düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (Mete ve ark., 2013). Serçekuş ve Başkale’nin çalışma sonucuna göre, antenatal eğitim alan kadınların almayanlara göre doğum korkusunun daha az olduğu bulunmuştur (Serçekuş ve Başkale, 2014).

Kızılırmak ve Başer (2016)’in çalışmasında; primipar kadınların doğum öncesi eğitim öncesi doğum korkusu ölçek puan ortalaması 61.1 iken, eğitim sonrası 42.0 olarak belirlenmiştir.

Karabulut ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, doğum öncesi eğitim alan hamilelerin W-DEQ A’ dan aldıkları puan ortalaması 53.25 ± 25.75 iken, eğitim sonrası 33.72 ± 24.33 olarak saptanmıştır. Eğitim almayanların puanı eğitim öncesi 44.32 ± 5.00 , eğitim sonrası 41.97 ± 524.64 olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Karabulut ve ark., 2016)

Türkiye’de yapılmış bir başka araştırmanın sonucuna göre, doğuma hazırlık sınıfına katılan kadınların bazıları eğitimde aldıkları bilgilerin normal doğuma yönelik korkularının azalmasını ve normal doğuma pozitif bakmalarını sağladığını ifade etmiştir (Serçekuş, 2010).

Guszkowska’nın (2014) yaptığı bir çalışmada, doğuma hazırlık sınıfı öncesi primipar kadınların doğum korkusu ölçek puan ortalaması 32.89 iken, sonrasında

aldıkları puan ortalaması 30.82 şeklinde azalma göstermiştir. Aynı çalışmada, fiziksel egzersiz programının doğum korkusunu azaltmada doğuma hazırlık sınıfına katılanlara göre daha etkili olduğu saptanmıştır.

Tahran'daki bir hastanede yapılan çalışmanın sonucunda, doğuma hazırlık sınıfının primipar kadınların doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Jeyrani et al., 2009).

Miquelutti ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, doğuma hazırlık programına katılan primipar kadınların, katılmayanlara göre anksiyete ile bel bölgesindeki ağrı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık göstermediği, sadece doğuma hazırlık programının üriner inkontinansı kontrol etme ve hamileleri egzersizlere teşvik etme açısından etkili olduğu saptanmıştır (Miquelutti et al., 2013b).

Farkındalık temelli doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, eğitim öncesi kadınların doğum korkusu (W-DEQ) 61.42 (13.62) iken eğitim sonrası 38.92 (14.84) olarak bulunmuştur. Kadınların korku puanları arasındaki fark anlamlı olarak saptanmıştır (Byrne et al., 2014).

Happio ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, doğuma hazırlık eğitimi alan primipar kadınların iki grup şeklinde doğum korku düzeyleri karşılaştırılmıştır. Kontrol grubuna gebeliğinin ilk ultrason izlemine geldiğinde basit olarak gebelik ve doğum ile ilgili eğitim verilmiştir. Deney grubuna aynı eğitimi almasının yanında hastaneye doğum için başvurduğunda ebeler tarafından doğum ünitesinde 2 saat daha fazla eğitim almıştır. Doğum korkusu bakımından her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Happio et al., 2017).

İran'da yapılan bir çalışmasında, sekiz saatlik doğal doğuma hazırlık programın kendi oluşturdukları doğum korku düzeyi sınıflandırması üzerinde etkisi incelenmiştir. Çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan deney grubunun eğitim sonrası toplam doğum korkusu puanının ortalama 51.7 iken, rutin prenatal bakım alıp eğitim almayan kontrol grubunun toplam doğum korkusu ortalama 58.7 olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda eğitim sonrası deney grubun en fazla %48 ile orta düzey, kontrol grubunun ise %56 ile en fazla yüksek düzey doğum korkusu olduğu saptanmıştır (Masoumi et al., 2016).

❖ Doğum öncesi eğitim sınıflarının doğum sonuçları üzerine etkisini inceleyen çalışma örnekleri

Standart doğum öncesi eğitim alan primipar kadınlar ile doğal doğuma hazırlık eğitimi alan primipar kadınların karşılaştırıldığı bir araştırmada, her iki grupta aynı ölçüde doğum ağrısı yaşandığı belirlenmiştir. Her iki grupta %52 oranında epidural analjezi kullanıldığı ve doğum sırasında solunum ve gevşeme tekniklerinin en fazla doğal doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların kullandığı saptanmıştır. Aynı çalışmada her iki gruptaki kadınların benzer şekilde %66 oranında vajinal doğum yaptığı ve ortalama doğum sürelerinin 11 saat (%9.9) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca doğal doğuma hazırlık eğitimi alan grubun müdahaleli vajinal doğum sıklığının (%14) standart doğum öncesi eğitimi alan gruba göre (%12) daha fazla olduğu saptanmıştır. Sezaryen sıklığının doğal doğuma hazırlık eğitimi alan grupta daha düşük olduğu bulunmuştur (Bergström et al., 2009).

Miquelutti ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, doğuma hazırlık programına katılan primipar kadınların katılmayanlara göre doğum şekli ve süresi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (Miquelutti et al., 2013b).

Rad and Jahanshiri'nin (2013) çalışmasında, hamilelik süresince yapılan egzersizin doğumun aktif fazının süresini kısalttığı bulunmuştur.

Chuntharapat ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, yoga programına katılan primipar kadınların katılmayanlara göre doğumlarının birinci evresinin süresinin daha kısa olduğu, doğum sırasında konfor düzeyinin daha fazla olduğu ve doğum ağrısını daha az olarak hissedebildiği saptanmıştır.

Yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, düzenli egzersiz yapan hamilelerde doğumun ikinci evresinin süresinin kısaldığı ve sezaryen oranlarının azaldığı bulunmuştur (Forouhari et al., 2009).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, doğuma hazırlık sınıfına katılan hamilelerin epidural analjezi uygulanmadan vajinal doğumu tercih etme durumları eğitim öncesine göre daha yüksek bulunmuştur (Mete ve ark., 2013).

Okumuş ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, doğuma hazırlık sınıfına katılan hamilelerin, katılmayanlara göre; doğum eyleminde anksiyetelerinin daha düşük olduğu, ikinci evrede hissettikleri ağrı puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak doğuma hazırlık eğitiminin doğum süresine etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Okumuş ve arkadaşlarının çalışmasında belirtilen Kızılırmak (2011)'in yaptığı çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların almayanlara göre doğumun ikinci evresinde daha az korku ve endişe yaşadıkları doğuma yönelik algılarının daha olumlu olduğu bulunmuştur (Okumuş ve ark., 2015).

Buran (2015)'in yaptığı bir çalışmada, doğuma hazırlık kursu alan çiftlerin kurs sonrası normal doğum yapma kararı aldığı ve bu hamilelerin %2.3'ünün sezaryen doğum yaptığı saptanmıştır.

İsbir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlarda doğumun müdahale ile başlatılması ve epizyotomi uygulaması doğuma hazırlık eğitimi almayan kadınlara göre daha az iken, indüksiyon kullanımı, epidural analjezi ve vakum uygulaması açısından gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır (İsbir ve ark., 2015).

Kızılırmak ve Başer (2016)'in çalışmasında; doğum öncesi eğitim alan primipar kadınların doğum sırasında ağrı ile baş etmesi, etkili ıkınması, doğum süresince kendine güvenmesi ve doğuma uyum sağlaması açısından eğitim almayanlara göre önemli bir fark olmadığı saptanmıştır.

Bandura teorisini temel almış doğum eğitiminin etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, eğitim almış primipar kadınların doğum sırasında ağrı ile baş etme de daha motive olduğu ve doğumun ilk iki aşamasında daha az ağrı hissettikleri bulunmuştur (Ip et al., 2009)

Aktan'ın çalışmasında, klinik pilates egzersizi ve doğum eğitimi alan hamilelerin %71.0'i, sadece doğum eğitimi alan hamilelerin %61.9'u, kontrol grubu hamilelerin %54.5'i normal doğum yapmış ve 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Aktan, 2015).

Karimi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, doğal doğuma hazırlık eğitimi alan 20-36 haftalık hamilelerin, eğitim almayan kontrol grubuna göre, doğal doğum yapma oranının ve yenidoğanın kilosunun daha fazla olduğu saptanmıştır (Karimi et al., 2016).

2.11. Doğum Öncesi Eğitim ve Hemşirelik

Dünyada doğum öncesi eğitimler çoğunlukla hemşireler tarafından verilmektedir (Walker et al., 2008). Master ve master sonrası sertifika programlarını tamamlamış kadın sağlığı pratisyen hemşirelerinin tüm yaşam dönemlerinde kadınlara özgü

sorunlara yönelik birçok rol ve sorumlulukları tanımlanmaktadır. Doğuma hazırlık konusunda eğitim verme de bu roller arasında yer almaktadır (Güngör, Rathfish & Kızılkaya, 2013).

Türkiye’de hemşirelik yönetmeliğinde kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin görev, yetki ve sorumluluklarının içinde ‘Çiftlere, hamilelik öncesi eğitim ve danışmanlığını yapar.’ maddesi yer almaktadır (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/yasa-ve-yonetmelik/hemsirelik-yonetmeliği-2010-2011.aspx>).

K.K.T.C.’de Yataklı Tedavi Kurumları Yasası’na göre hemşireliğin uzmanlık alanına göre ayırım yapılmamakta ve lisans mezunu hemşirelik ve ebelik hizmetleri sınıfının görev, yetki ve sorumlulukları arasında ‘‘Hasta ve hasta ailesinin bakım konusundaki eğitim gereksinimini servis sorumlu hemşiresi ile birlikte saptamak ve bu doğrultuda eğitim vermek’’ maddesi yer almaktadır. Bu doğrultuda, kadın doğum servis veya polikliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin doğum öncesi eğitim verme rollerinin olduğu söylenebilir (www.saglikbakanligi.com/.../yasalar/yasalar.../342007_Yatakli_Tedavi_Kurumlari_D...).

Hemşireler doğum öncesi eğitim programlarının planlanmasında ve bu sınıflarda eğitimin yürütülmesinde aktif rol oynamalıdır. Doğuma hazırlık eğitim programlarının bilimsel temellere dayanarak oluşturulması, çeşitlendirilmesi ve yaygınlaştırılması konusunda da hemşirelerin dolduracağı pek çok alan bulunmaktadır (Onat B. ve Hotun Ş., 2010).

Doğum korkusu prenatal bakım hizmetlerinde genellikle göz ardı edilen gerektiği kadar önem verilmeyen bir konu olmasına karşın hemşirelerin doğum öncesi eğitim sınıfları aracılığı ile ele alması gereken bir konudur. Eğitimler aracılığı ile doğuma ilişkin danışmanlık yapan bir hemşireye, hamilelerin yaşadığı doğum korkusunu belirleme ve baş etmelerine yardımcı olmada önemli sorumluluklar düşmektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Doğum öncesi ve doğum sürecinde hemşirelerin verdiği destekleyici bakım da hemşirelerin rol ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. Destekleyici bakım: fiziksel, duygusal, öğretici, savunuculuk ve aile üyelerine destek olarak tanımlanmaktadır (Rice Simpson, 2014). Doğum öncesi dönemde hemşire doğuma hazırlık eğitimleri

aracılığıyla öğretici destek verme rolünü gerçekleştirebilecektir. Öğretici destek annenin doğum eylemi sürecini anlamasını ve baş etme ile ilgili bilgi edinmesini sağlamaktır. Hemşire etkili iletişim tekniklerini kullanarak kadının durumu, doğum süreci, ilaç ve ilaç dışı ağrıyı hafifletme yöntemleri, rutin hastane protokolleri hakkında bilgi vermeli; muayene, yapılan işlemler ve sonuçları hakkında açıklamada bulunmalı; yol gösterme ve problem çözücü öneride bulunma ve baş etmesine yardımcı olmalı; solunum, gevşeme ve ıkınma tekniklerini öğretmelidir (Özcerezci & Kavlak, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Kullanılan Yöntemler

Araştırmanın tipi yarı deneysel ve ileriye dönük (prospektif)'tür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, K.K.T.C.'nin başkenti olan Lefkoşa ilçesinde ve YDÜ Hastanesinde yapılmıştır. Lefkoşa bölgesinde yıllık doğum sayılarının fazla olması, özel hastanelerin içinde en geniş kapsamlı hastane olması nedeniyle belirtilen hastane tercih edilmiştir (K.K.T.C Sağlık Bakanlığı, 2013; <http://www.neareasthospital.com/tr/>).

YDÜ Hastanesi 500 yatak kapasitesine sahip, bir kadın hastalıkları ve doğum servisi, üç antenatal polikliniğine ve 1 Non Stres Testi (NST) odasına sahiptir. Kadın doğum servisinde 3 lisans mezunu ebe, 2 ön lisans veya kurslarla yetiştirilmiş ebe, 7 lisans mezunu hemşire ve 5 uzman doktor olmak üzere toplam 17 kişi görev almaktadır. Antenatal polikliniklerinde ise 3 lisans mezunu hemşire ve 1 kurslarla yetiştirilmiş ebenin yanında aynı uzman doktorlar görev almaktadır. YDÜ Hastanesinde 2013 yılında yaklaşık 350 doğum gerçekleşmiştir. Hastanede doğumun birinci evresi çoğunlukla ebeler tarafından takip edilmekte, doğumun ikinci evresi ise doktor kontrolünde gerçekleştirilmektedir. Hastanenin doğum servisine başvuran kadınlara lavman uygulaması rutin olarak, vulva traşı ise gerekli olduğu durumlarda yapılmaktadır. Eylemde vajinal tuşe yaklaşık 2 saatte bir uygulanmakta, sürekli elektronik fetal monitörizasyon uygulanmamakta, gerekli olmadıkça hamilenin hareketi kısıtlanmamaktadır. Rutin amniyotomi yapılmamakta, primipar kadınlarda rutin olarak epizyotomi uygulanmakta ve ağızdan besin veya sıvı alımına (rejim 2) izin verilmektedir. Ayrıca serviste bir adet doğum topu bulunmakta ve istenildiği takdirde ebeler tarafından kullanımına yardım edilebilmektedir. Doğum eyleminde gerekli olan durumlarda synpitan, propess, cytotex ilaçları kullanılmaktadır. Doğum ağrısı ve sezaryen için nadir durumlarda epidural anestezi ve lokal analjezikler kullanılmaktadır. Doğum servisinde ve doğum salonunda anne talep ettiğinde ve hekim izin verdiğinde eşin veya bir yakınının yanında olup onu desteklemesine izin verilmektedir. Araştırmanın birinci bölümünde deney grubuna verilecek olan doğuma hazırlık eğitimi için YDÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yer alan hemşirelik bölümü

beceri laboratuvarı kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci bölümünde ise deney grubunun doğum yapmış olduğu YDÜ Hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum servisi kullanılmıştır. Araştırmanın kontrol grubu için verilerin toplanacağı ilk aşamada YDÜ Hastanesi Antenatal Polikliniği, hastane ziyareti ile birlikte gerekli verilerin toplanacağı ikinci aşamada ise hastanenin kadın hastalıkları ve doğum servisi kullanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini YDÜ Hastanesinin Antenatal Polikliniğine 27 Şubat 2015- 1 Mart 2016 tarihleri arasında başvuran primipar kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, YDÜ Hastanesinin Antenatal Polikliniklerine başvuran araştırmaya katılmaya gönüllü ve örneklem kriterlerine uygun olan 54 deney ve 54 kontrol grubu olmak üzere toplam 108 kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın K.K.T.C.'nin başkenti olan Lefkoşa ilçesinde bulunan Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi ve YDÜ Hastanesinde yapılması planlanmıştır. Lefkoşa bölgesinde yıllık doğum sayılarının fazla olması, özel ve kamuya ait en kapsamlı hastane olmaları nedeniyle belirtilen hastaneler tercih edilmiştir. Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde kayıtlı yeterli hamile bilgilerine ulaşamaması, duyurular, ilanlar ve polikliniğin açık günlerinde araştırmacı tarafından iki ay süresince 08.30-09.15 saatleri arasında yapılan ziyaretler sonucunda yeterli primipar kadına ulaşamamıştır. İstenen sürede yeterli örnekleme ulaşamayacağı öngörülerek, birinci tez izleme toplantısında tez izleme üyelerinin önerisiyle araştırmanın sadece YDÜ Hastanesi'nde yürütülmesine karar verilmiştir.

Araştırmanın birinci ve ikinci aşaması için örneklem kriterleri aşağıda yer almaktadır.

Doğum öncesi dönemi kapsayan araştırmanın birinci aşaması için örnekleme alınma kriterleri;

✓ **28. ve 32. hamilelik haftaları arasında olan** (12. haftaya kadar annelerin düşük yapma benzeri endişelerinin olması, ikinci trimesterde verilen doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgilerin unutulma olasılığı, doğum korkularının son trimesterde daha yoğun olması benzeri sorunlar nedeniyle programın başlangıcı için en erken 28. hamilelik haftasında olan hamilelerin alınması planlanmıştır. Erken doğum ihtimaline

karşı 8 hafta süreli programı tamamlayabilmesi bakımından da en geç 32. hamilelik haftasında olan hamileler alınmıştır)

✓ **Primipar** (Daha önce doğum yapmış kadınların hem korku düzeyi hem de doğum sonuçları farklı olabileceğinden, çalışmanın sonuçları etkilenebilecektir. Dolayısıyla ilk hamileliği olan kadınların alınmıştır)

✓ **Tek fetüsü olan** (Çoğul gebelik riskli hamileler arasında yer almaktadır)

✓ **Herhangi bir gebelik komplikasyonu veya sistemik hastalığı olmayan hamileler** (Anne ve yenidoğanın fiziksel sağlığını etkilememesi ve annenin program süresince korku düzeyini arttırmaması bakımından tercih edilmemiştir)

✓ **Program dışında başka bir spor ya da hamile pilatesine katılmayan** (Çalışmanın sonuçlarını etkileyebileceğinden tercih edilmemiştir)

✓ **18-35 yaş arası hamileler** (18 yaş altı ve 35 yaş üzeri hamileler hamilelikte riskli gruplar arasında yer aldığından tercih edilmemiştir)

Doğum sonu dönemi kapsayan araştırmanın ikinci aşaması için örneklem kriterleri;

✓ **Deney grubu için verilen doğuma hazırlık eğitiminin teorik kısmının tamamını ve hamile pilatesi seanslarının en az %75'ini (6 hafta) tamamlamak**, (programa 32. hamilelik haftasına başlayıp doğumunu 38. hamilelik haftasında yapan veya herhangi bir nedenden ötürü pilatesi tamamlayamayan hamileler, literatür doğrultusunda belirlenen programın en az %75'ini (6 hafta) tamamlama kriterini sağladıkları için araştırma kapsamına alınmıştır)

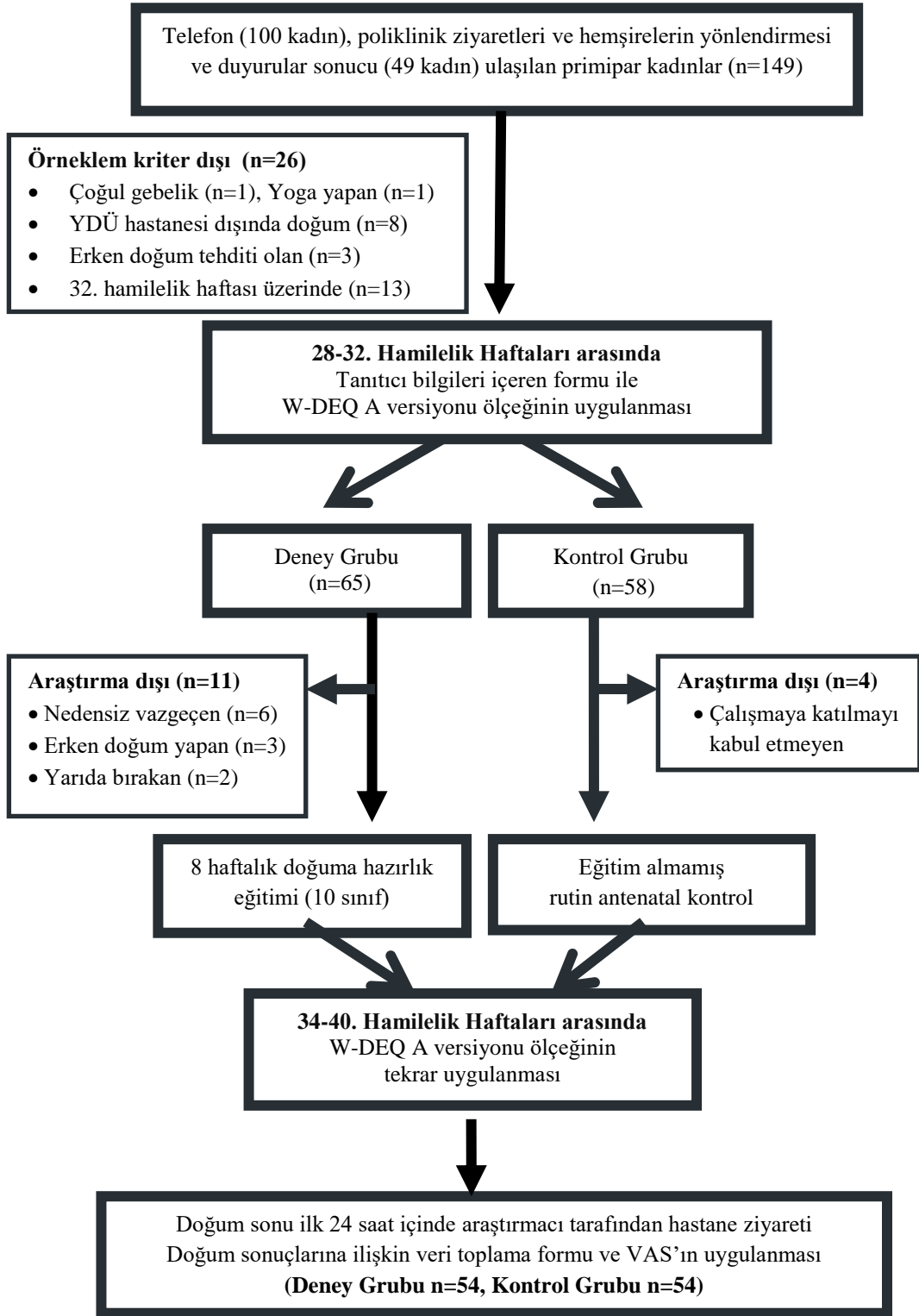
✓ **YDÜ Hastanesinde doğum yapmış olmak,**

✓ **Termde (37-42. hamilelik haftasında) doğum yapmış olmak.**

Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesaplanırken daha önce yayınlanan ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin kullanıldığı araştırma bulguları temel alınmıştır (Adams et al., 2012; Aksoy ve ark., 2013; Lukasse et al., 2014; Nieminen et al., 2009; Subaşı ve ark., 2013; Storksens et al., 2012). Bu bulgular dikkate alınarak kontrol grubuna ilişkin beklenen ölçek skor ortalaması kestirimi hesaplanmıştır. Deney grubunda ise kontrol grubuna ilişkin hesaplanan ölçek düzeyi tahmininden yola çıkılarak beklenen değişim miktarı (ölçek ortalamasında %10'luk azalma) göz önüne alınmıştır. Önceki literatür bilgilerinin taranması (Adams et al., 2012; Aksoy ve ark., 2013; Lukasse et al., 2014; Nieminen et al., 2009; Subaşı ve ark., 2013; Storksens et

al., 2012) temeline dayalı bu kestirimler kullanılarak araştırmanın ulaşması öngörülen istatistiksel güç %80 ve anlamlılık düzeyi (alfa) %5 olarak kabul edilmiştir. Araştırma sonucunda deney ve kontrol grubunun ölçek puanı ortalamasının bağımsız iki ortalama arası farkın anlamlılık testi (Student t testi) ile kıyaslanacağı düşünülerek 'G*Power for Mac' istatistiksel güç ve örneklem büyüklüğü hesaplama programı ile gerekli minimum örneklem büyüklüğü hesabı gerçekleştirilmiştir. Bu analiz sonucunda, en az 51 deney ve 51 kontrol ile en fazla 58 deney ve 58 kontrol grubu olmak üzere 102-116 kadının örneklem grubuna alınması uygun bulunmuştur. Araştırma süresince toplam 54 deney ve 54 kontrol grubu olmak üzere 108 kadına ulaşılmıştır.

YDÜ Hastanesi'nden antenatal polikliniğine başvuran tüm primipar kadınların bilgileri kesin olarak kayıtlarda olmadığından tüm primipar kadınların sayısına ve iletişim bilgilerine ulaşılamamıştır. Deney grubuna alınan 54 primipar kadına, YDÜ Hastanesi'nin antenatal polikliniklerinden yönlendirme, broşür, gazete, sosyal paylaşım sitesi aracılığı ile yapılan duyurular ve polikliniğe kayıtlı olup telefon bilgisi bulunan (100 primipar kadın) kadınların aranması aracılığı ile ulaşılmıştır. Deney grubu kapsamına alınan hamilelerle aynı özellikleri taşıyan, yaş grubu ve eğitim düzeyi açısından yakın özelliklere sahip ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kontrol grubuna (54 kadın) ise polikliniğine kayıtlı olan ve telefon bilgisi bulunan kadınların aranması ve araştırmacı tarafından polikliniklere yapılan ziyaretler aracılığı ile ulaşılmıştır. Araştırma kapsamındaki hastanenin antenatal polikliniğine başvuran tüm hamilelerin sayı ve listesine ulaşamadığından randomizasyon yapılamamıştır. Dolayısıyla araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemine başvurulmuştur. Araştırmanın uygulama aşamasında izlenen adımlar Şekil 3.1'de gösterilmiştir. Araştırma süresince telefon aracılığı ile görüşülen primipar kadınlar arasından hamilelik haftası 32. haftanın üzerinde (13 kadın), erken doğum riski olan (3 kadın), çoğul gebelik (1 kadın) ve hamileliği süresince yoga yapmış olan (1 kadın) ve doğumunu Türkiye'deki bir hastanede yapmayı planlayan (8 kadın) kadınlar (toplam 26 primipar kadın) kriterlere uygun olmadığı için araştırma kapsamına alınmamıştır.



Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama aşamasının akış şeması

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Dr. Burhan Nalbantoğlu Hastanesi'nde araştırma için yeterli sayıda hamileye ulaşamadığı için araştırma YDÜ Hastanesi ile sınırlandırılmıştır. Doğuma hazırlık eğitimlerinin uygulanması için YDÜ Hastanesinde eğitim ve pilates için uygun ortam bulunamadığından, YDÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Beceri Labortauvarı düzenlenmiş ve eğitim için kullanılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verilerini elde etmek için hem deney hem de kontrol grubu için kullanılan veri toplama formlarının tamamı araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Kullanılan veri toplama formları; tanıtıcı bilgileri içeren anket formu, W-DEQ A versiyonu, doğum sonuçlarına ilişkin veri toplama formu ve Vizual (Görsel) Analog Skala (VAS) şeklindedir (Bakınız: EK 1-2-3-4).

Tanıtıcı bilgileri içeren anket formu; hamilenin yaşı, uyuğu, medeni durumu, aile tipi, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, aylık gelir düzeyinin algılanması ve hamilelik haftasına ilişkin toplam 10 sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK 1).

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu, Klaas ve Barbro Wijma tarafından (2005) geliştirilen, doğum esnasındaki stres ve korkuyu ölçen 33 ifadeden oluşan likert tip bir ölçektir (Bkz. EK 2). Ölçek doğum öncesi dönemde primipar ve multipar kadınlar için kullanılabilen standart bir ölçektir. Ölçek altı alt gruptan oluşup; ilki doğum kasılmaları ve doğumun genel olarak nasıl olacağı ile ilgili düşünceleri saptamaya yönelik soruları içermektedir. İkinci bölüm doğum kasılmalarının özellikleri ve doğum sırasında hissedilen kasılmaların özellikleri, üçüncü bölüm kadının doğum esnasında neler hissedeceği, dördüncü bölüm doğum kasılmalarının en yoğun olduğu zamanda kadının ne olacağına ilişkin düşüncelerini belirlemeye yönelik sorulara yer vermektedir. Ayrıca beşinci bölüm bebeğin doğduğu anda hayal ettiği duyguları, altıncı bölüm ise son bir ay içinde doğum kasılmaları ve doğum ile ilgili düşüncelerini içeren sorulardan oluşmaktadır (Rouhe et al., 2013; Körükçü, 2009; Wijma et al., 1998).

Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan

165'dir. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. W-DEQ puanları dört alt grupta toplanmıştır. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu (W-DEQ puanı ≤ 37), orta derecede doğum korkusu (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu (W-DEQ puanı 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı ≥ 85) (Körükçü, 2009; Wijma et al., 1998). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Körükçü ve Kukulcu (2009) tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa değeri 0.89, Split-half güvenilirliği 0.91 olarak bulunmuştur (Körükçü, 2009).

Doğum sonuçlarına ilişkin veri toplama formu, araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur (Chuntharapat et al., 2008; Demirel, 2011; Guskowska, 2014; Handelzalts et al., 2015; Rad and Jahanshiri, 2013; Miquelutti et al, 2013b; Okumuş et al., 2002; Serçekuş, 2010; Svensson et al., 2009). Bu form 21 sorudan oluşmaktadır. Formda doğum süreci, annenin ve yenidoğanın doğum sonuçları ve eylemde gerçekleşen müdahalelere ilişkin sorular yer almaktadır. Ayrıca annenin eylemde destek alma durumu, doğum ağrısı için kullandığı baş etme teknikleri, emzirme ve yenidoğanla ilk temas saati, doğum deneyiminden memnun olma ve doğum sırasında sorun yaşama durumuna ilişkin sorular bulunmaktadır (Bkz. EK 3).

Doğum sonuçlarına ilişkin veri toplama formunun ön uygulaması 9-20 Mart 2015 tarihleri arasında Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin doğum sonu servislerinde yatan örneklem grubuna benzer 12 kadın ile yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama aracının uygulanabilirliği, soruların anlaşılabilirliği bakımından herhangi bir sorun saptanmamış, soruların seçeneklerine ilişkin bazı düzenlemeler (sezeryen olanlar için 'analjezi/anestezi tipi' ve doğum deneyiminden memnun olma durumu için 'kısmen memnun' seçenekleri eklendi) yapılmıştır. Tek bir kadın için veri toplama formunun uygulanması yaklaşık 6-8 dakika almıştır. Kayıtlardan elde edilen veriler ve sağlık personellerinden alınan bilgiler için yaklaşık 5-6 dakika harcanmıştır.

Vizual (Görsel) Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale dönüştürmek için kullanılan ve 0 ile 10 puan arasında derecelendirilen bir yatay çizgi üzerinde işaretlenerek kullanılan bir skaladır (Bkz. Ek 4). Doğum ağrısı

için kullanıldığında yatay çizginin sol tarafı hiç ağrının olmadığını (0 puan), sağ taraf da dayanılmaz ağrıyı (10 puan) göstermektedir. Testin bir dilinin olmaması ve uygulama kolaylığı önemli bir avantajdır

(www.spinetr.com/Uploads/files/skor/VizuelAnalogSkala.pdf).

3.6. Araştırmanın Uygulama Süreci

Deney grubunun oluşturulması için araştırma kapsamındaki hastanenin antenatal polikliniklerine ücretsiz olarak verilecek olan doğuma hazırlık eğitimine ilişkin bilgileri içeren broşürler verilmiş, sosyal paylaşım sitesi, hastanenin web sayfası ve gazetelerde duyurular yapılmıştır. Hastanenin antenatal hizmetlerinin verildiği polikliniğin doktor ve hemşirelerine program hakkında bilgi verilip uygun primipar kadınları yönlendirmeleri istenmiştir. Hemşirelerin hamilelere broşür dağıtmaları istenmiştir. YDÜ Hastanesi antenatal polikliniğine başvuran 100 primipar kadının telefon bilgilerine ulaşılmıştır. Telefon, duyuru ve hemşirelerin yönlendirmesi ile deney grubu için örneklem kriterlerine uygun olan 65 kadın ile görüşülmüştür. Bunun yanında, primipar kadınların 6'sı programa katılacağını söylediği halde neden belirtmeden katılmamış, 3'ü erken doğum şüphesi ve 2'si de acil Türkiye'ye gitmesi gerektiğinden programı (Toplam 11 primipar kadın) yarıda bırakmıştır. Kontrol grubuna, deney grubunda yer alan kadınlar belirlendikten sonra YDÜ Hastanesinin antenatal polikliniğine kayıtlı olan ve telefon bilgisi bulunan kadınların telefonla aranması ve araştırmacının poliklinikleri ziyaret etmesi ile ulaşılmıştır. Telefon aracılığı ile aranıp zaman ve ulaşım sorununa bağlı olarak deney grubuna katılmayan ve örneklem kriterlerine uygun olan 14 primipar kadın kontrol grubuna katılmayı kabul etmiştir. Bunun yanında, antenatal polikliniğinin bir bölümü olan NST odasına 09.00-17.00 zaman aralığında kan basıncı ile kilosunu ölçtürmek veya NST çektirmeye gelen hamileler arasından gönüllü 44 kadına ulaşılarak toplamda 58 kadın ile kontrol grubu oluşturulmuştur. Deney grubu ile benzer özelliklere (yaş ve eğitim düzeyi bakımından) sahip olmasına dikkat edilmiştir. Bu kadınlara araştırmacının antenatal poliklinik hizmetlerinin en yoğun olduğu pazartesi, çarşamba ve cuma günleri genel olarak 14-16.30 saatleri arasında yaptığı poliklinik ziyaretleri ve NST odasında görevli hemşirenin uygun kriterlere sahip olan hamile olduğunda araştırmacı ile iletişime geçmesi sonucu ulaşılmıştır. Kontrol grubunu araştırmaya teşvik etmek için doğum sonu ziyaret yapıldıktan ve veriler toplandıktan sonra ücretsiz emzirme

desteği sağlanacağı mesajı verilmiştir. Kontrol grubu için uygun olan 4 kadın araştırmacı ile ikinci görüşmesinde araştırmaya devam etmeyeceğini bildirip araştırmadan vazgeçmiştir. Araştırma deney ve kontrol grubu için iki aşamalı olarak planlanmış olup, izlenen adımların şeması şekil 3.1’de yer almaktadır.

3.6.1. Deney grubu için araştırmanın birinci aşaması

Deney grubu için araştırmanın birinci aşaması, deney grubunun doğuma hazırlık eğitimini kapsamaktadır. Örneklem kriterlerine uygun ve gönüllü olan primipar kadınlar ile bağlantı kurulmuş, programın verileceği gün ve saatlerine ilişkin görüşleri alınmiştır. Örneklem kriterlerine uygun olan ve 28. hamilelik haftasının altında olan kadınlar 28. haftaya yaklaştıklarında telefon ile tekrar aranmiştır. Katılımcıların katılma durumu tekrar değerlendirilmiş ve programın gün ve saatlerine ilişkin görüşleri alınmiştır. Katılımcıların görüşleri doğrultusunda 10 Mart 2015-12 Ocak 2016 tarihleri arasında 4-8 kişilik gruplardan oluşan 10 sınıf oluşturulmuştur. Bu sınıflar hafta içi her gün 16.30-20.30 saatleri arasında yürütölmüştür. Katılımcılardan sadece bir sınıf sabah saatlerini tercih etmiştir. Örneklem kriterlerine uygun ve gönüllü olan toplam 54 kadın doğuma hazırlık programını tamamlayıp, YDÜ Hastanesi’nde termde doğum yaparak deney grubunu oluşturmuştur. Doğuma hazırlık programının ilk günü tanıtıcı bilgi formu ile W-DEQ A versiyonu uygulandıktan sonra haftada iki kez olmak üzere sekiz hafta süren doğuma hazırlık eğitimine başlanmiştır. Eğitim programının ve ortamının özellikleri araştırmanın müdahale kısmında detaylı olarak anlatılmıştır. Katılımcıların eğitim programa katılmadığı günleri en geç iki hafta içinde ek ders yapılarak telafi etmeleri sağlanmiştır. Programın en az %75’ini tamamlayan deney grubuna, programın sonunda yani ilk ölçeğin uygulanmasından 6-8 hafta sonra tekrar W-DEQ A versiyonu uygulanmış ve programı başarı ile tamamladıklarına dair katılım belgesi verilmiştir. Ayrıca hamilelerin doğuma kadar öğrendikleri bilgileri tekrar edebilmeleri için eğitim kitapçığı verilmiştir (Bkz. Ek 6). Programa devamlılığın sağlanması için eğitim kitapçığının programın sonunda verilmesi tercih edilmiştir. Ayrıca programın sonunda miadında ancak tahmini doğum tarihlerinden daha erken doğum yapan katılımcıların araştırmacı ile iletişime geçmesi istenmiştir.

3.6.2. Kontrol grubu için araştırmanın birinci aşaması

Kontrol grubu araştırma öncesi veya süresince bu çalışmadakine benzer herhangi bir doğuma hazırlık eğitimi almamış, rutin antenatal izlemlerine devam etmiştir. Deney grubu için eğitim programı hastane ortamı dışında yürütüldüğünden, kontrol grubunun deney grubu ve müdahaleden etkilenmemesine dikkat edilmiştir. Araştırmacı kontrol grubu ile antenatal polikliniğinde ilk karşılaşmasında tanıtıcı bilgi formu ile W-DEQ A versiyonu ölçeğini uygulamıştır. W-DEQ A versiyonu ölçeğin ilk uygulanmasından 6-8 hafta sonra kontrol grubu ile iletişime geçilip, hastanenin antenatal polikliniğinde tekrar uygulanmıştır.

3.6.3. Deney ve kontrol grubu için araştırmanın ikinci aşaması

Araştırmanın ikinci aşaması; araştırmacı tarafından deney ve kontrol grubunu aranarak doğum yaptığı YDÜ Hastanesi'nde verilerin toplanması aşamasıdır. Araştırmacı kadınların tahmini doğum tarihlerine göre bir doğum takvimi oluşturmuş ve doğumlarının gerçekleşeceği tarihten yaklaşık bir hafta önce deney ve kontrol grubu ile iletişime geçerek doğumunun başladığı zamanı bildirmesini hatırlatmıştır. Araştırmacı katılımcıları, doğum sonu ilk 24 saat içinde ziyaret ederek, kadınlardan, sağlık personellerinden, hemşire gözlem formu ile anne ve yenidoğana ait dosyalardan doğum sonuçlarına ilişkin verileri toplamıştır. Ayrıca vajinal doğum yapan kadınlardan doğum süresince hissettikleri ortalama ağrı şiddetini değerlendirebilmek için VAS'ı işaretlemesi istenmiştir. Doğum sonuçlarına ilişkin veri toplama formu ve VAS, sezaryen doğum yapan annelerin sorularını daha rahat yanıtlatabilmesi, emzirme sürecinin başlamış olması, kadının isteği üzerine erken taburcu olabileceği varsayımlarına dayanarak ilk 24 saat içinde uygulanmıştır.

3.6.4. Müdahale: Doğuma hazırlık eğitimi

Araştırma kapsamında yürütülen doğuma hazırlık eğitiminin yararlandığı yöntem, felsefe, aktiviteleri ile kullandığı eğitim ve öğretim ilke, yöntem, teknik ve eğitim programına ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır. Bu bilgilerin özeti Şekil 3.2'de gösterilmiştir. Programın süresi, haftalık ders saati ve aktarılma yöntemlerine ilişkin bilgiler literatürde değişkenlik gösterebilir, yapılan bazı çalışmalar göz önüne alınarak planlanmıştır (Ghodsı and Asltoghiri, 2012; Guskowska, 2014; Onat B. ve Hotun Ş, 2010; Serçekuş, 2010; Serçekuş ve Mete, 2010; Subaşı ve ark., 2013). Araştırma kapsamında yer alan eğitim programının farklılıkları; teorik eğitimin karma

yöntemden oluşması (literatür temel alınarak oluşturulan) ve doğuma hazırlık aktivitelerinde pilatesin kullanılmasıdır. Doğuma hazırlık eğitimlerinde pilates uygulaması ile ilgili literatürde çok az çalışma bulunmaktadır. Bu özelliği ile çalışma özgün bir nitelik taşımaktadır.

Yararlanılan doğuma hazırlık eğitim yöntem, felsefe ve aktiviteleri:

Eğitimde Dick Read, Lamaze, Hipno-Birthing ve Aktif Doğum yöntemlerinin bazı felsefelerinden yararlanılmıştır. Araştırma kapsamındaki doğuma hazırlık eğitiminde Dick Read yönteminin ‘Korku-gerilim-ağrı’ zincirinin eğitim yolu ile yıkılmasının ve kadınların doğuma fiziksel egzersiz ile hazırlanmasının önemi üzerinde durulmuştur. Hipno-Birthing yönteminin ‘olumlu düşünme’ yönü ele alınmış, “doğumun mutlaka ağrılı olduğu” yargısının doğru olmamasından yola çıkarak eğitim süresince ağrı yerine kasılma ve dalga ifadeleri kullanılmıştır. Ayrıca gevşeme çalışmalarına yer verilmiştir.

Lamaze yönteminin solunum tekniklerine yer verilmiştir. Ayrıca Aktif Doğum yönteminden esinlenerek doğum hormonlarının doğuma etkisinin önemli olduğu vurgulanmış ve doğum süresince pozisyon değişiminin, özgürce hareket etmenin ve doğum topu kullanımının önemi üzerinde durulmuştur.

Doğuma hazırlık eğitiminde teorik eğitim aktivitesinin yanında fiziksel egzersiz aktivitelerine de yer verilmiştir. Fiziksel egzersiz aktivitelerinin içinde haftada iki kez 45 dakika süren hamile pilatesi ile 15 dakika süren solunum ve nefes çalışmaları yer almaktadır. Hamile pilatesi programının içeriğinde; karın, üst beden, kollar, sırt, ayak ve bacaklar ile kalçaya ilişkin mat üzerinde yapılan temel pilates hareketleri ile pelvik taban egzersizleri yer almaktadır (IPF, 2011). Her bir pilates seansında hamilelere tüm bu bölgelere yönelik en az üçer adet hareket yaptırılmıştır. Temel 34 adet matwork pilates hareketlerinin içerisinde hamilelerin yapabileceği 18 temel hareket ile, bu hareketlerin bant ve pilates topu ile farklı şekilleri kullanılmıştır. Programda pilatesin ilkeleri doğrultusunda hareketlerin fazla sayıda tekrarından daha çok, doğru uygulanması hedeflenmiştir. Bu ilke doğrultusunda programın ilk haftasında her bir hareket yaklaşık 10 tekrar olarak gerçekleştirilmiştir. Hamileliğin son haftalarına doğru tekrar sayısı aşamalı olarak hamilelerin yapabildiği kadar (~20 tekrar) artırılmıştır. Aşağıda yaptırılan hareket isimlerini içeren bir seanslık pilates eğitim programına örnek verilmiştir.

Örnek pilates seans programı;

- | | |
|---|------------------------|
| 1. Isınma hareketleri (chest stretch, swinging, one arm circles, toy soldier, side rotation gibi) | 6. Double arm stretch |
| 2. The double leg stretch | 7. The side kick |
| 3. The one leg circles | 8. Soulder bridge |
| 4. The hundred | 9. The spine stretch |
| 5. The spine twist | 10. Swimming |
| | 11. Scissors |
| | 12. Leg pull front |
| | 13. Pelvik egzersizler |

Araştırmada hamile pilatesi, bire bir araştırmacı tarafından uygulamalı olarak hamilelere gösterilip yaptırılmış ve kontrol edilmiştir. Hamile pilatesi esnasında meditasyon, gevşeme, piano sesi gibi müzikler kullanılmıştır.

Kullanılan eğitim ve öğretim ilke, yöntem ve teknikleri:

Araştırma kapsamında yürütülen doğuma hazırlık eğitimi, yetişkin eğitim ilkeleri kullanılarak yürütülmüştür. Eğitimlerinde, anlatım, tartışma, gösterip yaptırma, video gösterimi, bireysel çalışma yöntemleri ve beyin fırtınası, soru-cevap, gösteri, uygulama, grup çalışmaları ve eğitsel oyun teknikleri kullanılmıştır. Aşağıda bu tekniklerin kullanımına ilişkin örnekler verilmiştir.

- Anlatım ve tartışma yönteminde slayt sunumları, gösterip yaptırma yönteminde maketler ve video gösterim yönteminde doğum ve emzirme videoları kullanılmıştır. Bireysel çalışma yöntemlerinde ise öğretilen solunum teknikleri, perineal masaj ve kegel egzersizlerini katılımcıların evde çizelge tutarak çalışmaları desteklenmiştir.
- Beyin fırtınası: Katılımcıların ‘vücudumuzdaki diğer kaslar normal görevini yaparken ağrı duyulmaz iken, doğum sırasında kasılan kasların çalışması sonucunda ağrı duyulması’ ve ‘ülkemizdeki sezaryen oranlarının artma nedenleri’ benzeri konuların tartışılmasında beyin fırtınası tekniği kullanılmıştır.
- Soru-cevap: Katılımcılara ‘doğumda ağrı hissedilir mi?’ ve ‘normal doğum mu? Sezaryen doğum mu düşünüyorsunuz, istediğiniz doğum şeklini tercih etme nedeniniz nedir?’ benzeri sorular sorularak ve alınan cevaplar yorumlanarak öğretim yapılmaktadır.

- Gösteri: Bu teknik, emzirme becerisi geliştirmede eğitiminin bebek maketini kullanılarak gösterimi ve sakral masajın bir katılımcının üzerinde deneyerek gösterimi olarak kullanılmıştır.
- Uygulama; bu tekniğe emzirme becerisi bebek maketi kullanılarak anlatıldıktan sonra katılımcıların aynı şekilde uygulamasının istenmesi ve uygulatılması olarak örnek verilebilir.
- Eğitsel Oyunlar; doğumun başlama ve yaklaşma belirtileri konusu anlatıldıktan sonra, bu bilgileri içeren küçük kağıtların hazırlanıp katılımcılara karışık bir şekilde dağıtılması ve daha sonra katılımcıların kalkıp duvarda asılı olan doğumun başlama ve yaklaşma belirtileri başlıklarının altına bu kağıtları yapıştırmasının istenmesi eğitsel oyunlar tekniğine örnek olarak verilebilir.
- Grup çalışmaları; doğum süresince yapılan girişimler ve müdahaleler konusu anlatılmadan önce bu uygulamaları içeren resimler masa/halı üstüne konulup, grubun bu resimleri inceleyip kendi arasında tartışması ve sırayla kendisini en az endişelendiren uygulamaları seçip ayırması istenir. Ortada kalan resim, grubun en çok korktuğu girişim veya müdahale kabul edilip, eğitici ile birlikte konuya ilişkin görüşler tartışılır.

Eğitim programı ve ortamına ilişkin bilgiler:

Araştırma kapsamında yürütülen doğuma hazırlık eğitim programının amaçları; katılımcıların doğuma ilişkin korkularını azaltmak, doğuma fiziksel olarak hazırlanmayı desteklemek ve rahat bir doğum süreci yaşamalarına katkı sağlamaktır. Aşağıda ise eğitim programının hedefleri yer almaktadır.

Hamile;

- Hamileliğin ve doğumun doğal bir süreç olduğunun farkına varabilecek,
- Vajinal doğum için kendini güçlü hissedecek,
- Hamile pilatesini ve solunum tekniklerini doğru bir şekilde uygulayabilecek,
- Eylemde öğrendiği ve tercih ettiği kasılmalarla baş etme yöntemlerini kullanabilecek,
- Bebeğini erken ve etkili bir şekilde emzirecek,
- Doğum süresince gerekli durumlarda yapılan müdahalelere ve sezaryena karşı olumsuz tutum geliştirmeyecek.

Yararlanılan doğuma hazırlık eğitim yöntem/felsefe/aktiviteleri

- Dick Read (Korku-gerginlik ağrı siklusu, hamilelikte egzersizin önemi)
- Lamaze (Solunum teknikleri)
- Hypno-Birthing (Olumlu düşünme, gevşeme çalışmaları)
- Aktif Doğum (Doğumda pozisyon değişimi, hareket özgürlüğü, hamilelikte egzersizin önemi)
- Hamile Pilatesi (Matwork pilates, top-bant kullanımı)

Kullandığı eğitim ve öğretim ilke, yöntem ile teknikleri

- Yetişkin eğitim ilkeleri
- Anlatım, tartışma, gösterip yaptırma, video gösterimi, bireysel çalışma yöntemleri
- Beyin fırtınası, soru-cevap, gösteri, uygulama, grup çalışması ve eğitsel oyun teknikleri

Eğitim süresi, sıklığı, grup özelliği, katılımcı ve eğitimci sayısı

- Haftada 2 kez, 2 saat
- 1'er saat teorik, 45 dakika hamile pilatesi seansı ve 15 dakika solunum ve nefes çalışmaları
- Toplam 8 hafta, 24 saat: ilk 4 haftası; 16 saat teorik eğitim ve hamile pilatesi ile nefes ve solunum çalışmaları, son 4 haftası sadece 8 saat hamile pilatesi ile nefes ve solunum çalışmaları
- Kapalı grup eğitimi, katılımcı sayısı 4-8 kişiden oluşan 10 grup
- Tek bir eğitimci

Eğitim içeriğinde olan konular

- Doğum korkusunun oluşumu ve etkileri, hamile pilatesi destekli doğuma hazırlık eğitiminin önemi, son trimesterde görülen değişiklikler, rahatsızlıklar ve öneriler, doğum ve doğumda etkili olan hormonlar, doğum kasılmaları için baş etme yöntemleri (solunum ve masaj teknikleri, pozisyon değişimi, yürüme ve doğum topu kullanımı), doğum eylemine müdahaleler ve sezaryen doğum, bebekle ilk tanışma, bağlanma, anne sütü ve emzirme teknikleri, doğum planı hazırlama

Şekil 3.2. Doğuma hazırlık eğitim programının özelliklerine ilişkin özet bilgiler

Eğitimin süresi:

Araştırma kapsamında yürütülen doğuma hazırlık eğitimi toplam 8 hafta sürmüştür. Bu doğrultuda, teorik eğitim için 8 saat, egzersizler için 16 saat olmak üzere toplamda eğitim süresi 24 saat olarak verilmektedir.

Eğitim içeriği:

Araştırma kapsamında yürütülen doğuma hazırlık program içeriğinde yer alan konu başlıkları ve saatleri yer almaktadır.

Konu başlıkları;

- Doğum korkusunun oluşumu ve etkileri, hamile pilatesi destekli doğuma hazırlık eğitiminin önemi (1 saat)
- Son aylarda (program son aylarında olan hamileler ile yürütüldüğü için) görülen değişiklikler, rahatsızlıklar ve öneriler (1 saat)
- Doğum ve doğum süresince etkili olan hormonlar (2 saat)
- Doğum kasılmaları için baş etme yöntemleri (Solunum ve masaj teknikleri, pozisyon değişimi, yürüme ve doğum topu kullanımı) (2 saat)
- Doğum eylemine müdahaleler ve sezaryen doğum (1 saat)
- Bebekle ilk tanışma (ten tene temas), bağlanma, anne sütü-emzirme teknikleri (1 saat)
- Hamile pilatesi, nefes ve solunum çalışmaları (16 saat)
- Doğum planı hazırlama

Grubun özelliği ve katılımcı sayısı:

Araştırma kapsamında yürütülen doğuma hazırlık eğitimleri kapalı grup eğitimi şeklinde verilmekte ve katılımcı sayısı 4-8 arasında değişmektedir. Programın pilates içermesine ve uzun süreli olmasına bağlı olarak eşlerin düzenli olarak programa katılamama olasılığına ve YDÜ Hastanesi'nde tüm doktorların eşlerin doğum salonuna alınmasına izin verilmemesine bağlı olarak eşler veya doğuma destek olmak isteyen kişiler programa alınmamıştır. Eşlerin eğitim kitapçığından doğumun birinci evresinde eşlerine nasıl destek olacaklarına ilişkin bilgileri birlikte okumaları istenmiştir.

Eğitimcinin özellikleri:

Araştırma kapsamında yürütülen doğuma hazırlık eğitimlerini yürüten eğitimci, kadın sağlığı ve doğum hemşireliği alanında uzman olup, Lamaze Doğuma Hazırlık

kursu katılım belgesi, Doğuma Hazırlık Sınıfı Eğitici Eğitimi katılım belgesi ve Uluslararası Pilates Federasyonu hamile pilatesi sertifikasına sahiptir. Araştırmacı iki kez YDÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 3 gün süren doğuma hazırlık ve hamile eğitimi kursları düzenlemiştir. Ayrıca özel bir fitness salonunda 2011 yılından itibaren düzenli olarak hamile pilatesi seanslarını yürütmekte ve doğuma hazırlık farkındalık seminerleri düzenlemektedir.

Eğitimde kullanılan araç-gereçler:

Araştırma kapsamında yürütülen teorik eğitim için slayt sunumları, bilgisayar ve projektör, yazı tahtası, müzik CD'leri, uterus, plasenta, pelvis, fetüs ve yenidoğan maketleri kullanılmıştır (Maketler, childbirth model sb 23505, pelvic bone with fetal heads on stand sb32536u ve nita newborn infant v. acces simulator şeklindedir). Ayrıca sandalye, yastık benzeri araç-gereçler ile pilates için mat, pilates top ve bant benzeri malzemeler kullanılmıştır. Araştırmacı yazı tahtası, eğitim kitapçıklarının çoğaltılması, pilates topu, bant ve matların yarısını kendi bütçesi ile elde etmiştir (Bkz. Ek 9.2 Maliyet Tablosu) Matların diğer yarısı için bir spor salonu sponsor olmuştur. Katılım belgelerinin çoğaltılmasında, reklam ve küçük afişlerin basımında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nden, diğer kullanılan araç ve gereçlerin temininde Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü beceri laboratuvarından temin edilmiştir.

Eğitim ortamının özellikleri:

Araştırma kapsamında yürütülen doğuma hazırlık eğitim ortamına ilişkin fotoğraflar Ek 7'de yer almaktadır. Oturma düzeni U şeklinde düzenlenmiştir. Katılımcılara eğitim aralarında oda sıcaklığının nasıl olduğu sorularak ve klima ayarlarını düzenli kontrol edilerek ortamın ısınmasına özen gösterilmiştir. Doğum anına ilişkin maketler eğitim ortamına yerleştirilmiş, emzirmeyi özendirmek için afiş asılmış ve ev ortamı sıcaklığını yaratabilmek için zemin halı ile döşetilmiş ve çiçekler kullanılmıştır.

3.7. Verilerin Analizi, Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Güç analizine yönelik tüm hesaplamalar G*Power for Mac (Version 3.1.9.3) yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklem

büyükliğünün hesaplanması ve verilerin analizi için YDÜ Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Özgür Tosun'dan danışmanlık alınmıştır.

Tanımlayıcı veriler, doğum süreçleri ve sonuçlarına ilişkin veriler yüzdelik, ortalama hesaplaması yapılarak değerlendirilmiştir. Deney ve kontrol grubunun tanıttıcı özelliklerine ilişkin değişkenlerinin homojenitesi Ki-Kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Deney ve kontrol grubunun araştırmanın başlangıcındaki ile 6-8 hafta sonraki W-DEQ'dan aldıkları toplam puanları ile doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılmasında; iki bağımsız grup arasında parametrik test varsayımları yerine getirildiğinden iki ortalama arasındaki önemlilik testi kullanılmıştır. Ayrıca deney ve kontrol grubunun doğum süreçlerine ve sonuçlarına ilişkin verileri karşılaştırılmış, gruplar arası değişkenler Fisher Exact (kesin) ve Pearson Ki-Kare testleri ile değerlendirilmiştir. Aynı zamanda ortalama doğum süresinin ve ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde iki bağımsız grup arasında parametrik test varsayımları yerine getirilmediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmanın başında hesaplanan güç analizine ilişkin hesaplamalar araştırmanın sonunda her bir hipoteze yönelik tekrarlanmıştır. Araştırmanın üç hipotezi sadece vajinal doğum yapan kadınlar için geçerlidir. Vajinal doğum yapan kadın sayının her iki grupta da az olmasından (toplam 24 kadın) kaynaklı Tip II hata payını azaltma nedeniyle güç analizleri tekrar hesaplanmış ve bulgular kısmında açıklanmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce YDÜ Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır. Çalışma YDÜ'nin Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu tarafından 26.2.2015 tarihinde onaylanmıştır (YDU/2015/27-171) (Bkz. EK 8).

Araştırmaya başlamadan önce deney ve kontrol grubuna aydınlatılmış onam formu (Bkz. EK 5) aracılığıyla yazılı ve sözlü bilgiler verilmiştir. Bu form araştırmanın amacı, süresi, nasıl bir süreç izleneceğine ilişkin bilgileri içermektedir. Ayrıca hamilelerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri ve tüm bilgilerinin gizli kalacağı, çalışmanın maddi yük getirmeyeceğine ilişkin açıklamaları kapsamaktadır.

W-DEQ A versiyonu ölçeğinin kullanımı için ölçeği ilk geliştiren ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan kişilerden izin alınmıştır (Bkz. EK 8).

Araştırmanın literatür değeriendirilmesi, çalışma tasarımı, çalışmanın yürütülmesinde, veri toplanmasında ve sonuçların yorumlanmasında Bilim Etiği ve Deontoloji Uzmanı tarafından biası azaltma yönünde gerekli kontrol yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları, kadınların tanıtıcı özellikleri, doğum korku düzeyleri, doğum süreci ve sonuçlarına ilişkin özelliklerinin dağılımları olarak sunulmuştur.

4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları

Deney ve kontrol grubundaki kadınların tümünün evli, deney grubundaki kadınların yaş ortalamasının 28.05 ± 2.91 , kontrol grubunun ise 28.00 ± 3.69 olduğu belirlenmiştir. Deney grubunun %61.1'i, kontrol grubunun ise %59.3'ü üniversite mezunudur. Deney grubu kadınların %53.7'si, kontrol grubunun ise %40.7'si KKTC uyruklu ve her iki grup için kadınların %20.4'ü hem KKTC hem de TC uyrukludur. Deney grubunun çoğunluğu (%94.6) çekirdek aile tipine sahiptir. Kadınların %75.9'u çalışmakta, %92.6'sı sosyal güvenceye sahip ve %72.2'si aylık gelirlerinin giderine eşit olduğunu belirtmektedir. Kontrol grubunun tamamı çekirdek aile tipine sahip, %55.6'sı çalışmakta, %96.3'ü sosyal güvenceye sahip ve %51.3'ü aylık gelirlerinin giderine eşit olduğunu ifade etmektedir. Deney ve kontrol grubunun yaş ve eğitim durumu bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0.05$), çalışma durumu bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney ve kontrol grubu arasında homojenite test sonuçları Tablo 4.1.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri
Homojenite Testi (n=108)

TANITICI ÖZELLİKLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		ÖNEMLİLİK TESTİ	
	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	X ²	p
Yaş						
19-26	22	40.7	17	31.5		
27-35	32	59.3	37	68.5	1.003	0.423 ¹
Yaş ortalaması	28.05±	2.91	28.00±	3.69		
Uyruk						
KKTC	29	53.7	22	40.7		
TC	13	24.1	19	35.2		
KKTC-TC	11	20.4	11	20.4		
Diğer ³	1	1.9	2	3.7		
Medeni durum						
Evli	54	100.0	54	100.0		
Aile tipi						
Çekirdek aile	51	94.6	54	100.0		
Geniş aile	3	5.6	0	0.0		
Eğitim düzeyi						
Lise ve altı	9	16.7	13	24.1		
Üniversite	33	61.1	32	59.2	1.171	0.557 ²
Yüksek Lisans ve üstü	12	22.2	9	16.7		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	41	75.9	30	55.6		
Çalışmıyor	13	24.1	24	44.4	4.974	0.042 ¹
Meslek grupları						
Ev hanımı	8	14.8	19	35.2		
Yönetici	4	7.4	4	7.4		
Eğitimci	9	16.6	7	13.0		
Sağlık personeli	7	13.0	7	13.0		
Satış elemanı	7	13.0	5	9.2		
Büro yönetimi	19	35.2	12	22.2		
Sosyal güvence						
Var	50	92.6	52	96.3	0.706	0.678 ¹
Yok	4	7.4	2	3.7		
Algılanan aylık gelir düzeyi						
Gelir gidere eşit	39	72.2	41	51.3		
Gelir giderinden az	9	16.7	7	13.0	0.300	0.861 ²
Gelir giderinden fazla	6	11.1	6	11.1		

¹ Fisher exact testi sonucudur.

² Pearson ki kare testi sonucudur.

³ Kırgızistan (2 kişi), Azerbeycan (1 kişi)

4.2. Kadınların Doğum Korkusu Düzeylerine İlişkin Bulguları

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki tüm primipar kadınların %41.6'sının orta derecede ve %9.2'sinin ise klinik derecede doğum korkusuna sahip olduğu bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubunun 28-32. ve 34-40. hamilelik haftaları arasındaki Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeğine göre doğum korku düzeylerinin dağılımı Tablo 4.2.1'de verilmiştir. 28-32. hamilelik haftaları arasındaki deney (%40.7) ve kontrol (%42.6) grubunda yer alan kadınların çoğunluğu Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeğine göre orta derecede doğum korkusuna sahip olup, gruplar arasında doğum korku düzeyleri bakımından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

34-40. hamilelik haftaları arasında deney grubunun çoğunluğu (%63.0) düşük derecede doğum korkusuna sahip iken, kontrol grubunun çoğunluğu (%48.1) ağır ve klinik derecede doğum korkusuna sahiptir. 34-40. hamilelik haftaları arasında gruplar arasında doğum korku düzeyleri açısından görülen fark anlamlıdır ($p<0.05$). Araştırmanın sonunda 'Deney grubunun, doğum korkusu, kontrol grubuna göre daha azdır.' olan H_1 hipotezi için hesaplanan istatistiksel güç %99.94 ve anlamlılık düzeyi (alfa) %5'dir.

Tablo 4.2.1. Kadınların 28-32. ve 34-40. Hamilelik Haftaları Arasında Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğine Göre Doğum Korku Düzeylerinin Dağılımı (n=108)

DOĞUM KORKU DÜZEYLERİ	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		ÖNEMLİLİK TESTİ	
	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	X ²	p
28-32. Hamilelik haftası						
Düşük derecede doğum korkusu (W-DEQ puanı ≤ 37)	11	20.4	11	20.4		
Orta derecede doğum korkusu (W-DEQ puanı 38-65)	22	40.7	23	42.6	1.913	0.591 ¹
Ağır derecede doğum korkusu (W-DEQ puanı 66-84)	14	25.9	17	31.5		
Klinik derecede doğum korkusu (W-DEQ puanı ≥ 85)	7	13.0	3	5.6		
34-40. Hamilelik haftası						
Düşük derecede doğum korkusu (W-DEQ puanı ≤ 37)	34	63.0	11	20.4		
Orta derecede doğum korkusu (W-DEQ puanı 38-65)	16	29.6	17	31.5	27.919	0.000 ¹
Ağır ve klinik derecede doğum korkusu (W-DEQ puanı 66-84)-(W-DEQ puanı ≥ 85) ²	4	7.4	26	48.1		

¹Pearson ki kare testi kullanılmıştır.

²Beklenen değerler 5'den küçük olduğundan ağır ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar birleştirilerek analiz yapılmıştır.

Tablo 4.2.2. Kadınların 28-32. ve 34-40. Hamilelik Haftaları Arasında Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=108)

ÖLÇEK PUAN ORTALAMASI	DENEY GRUBU (n=54) Ort ± SS		KONTROL GRUBU (n=54) Ort ± SS		ÖNEMLİLİK TESTİ	
	t	p				
28-32. Hamilelik Haftası	57.44	23.24	57.35	19.80	0.022	0.982 ¹
34-40. Hamilelik Haftası	33.88	22.34	60.72	21.21	6.400	0.000 ¹

¹İki ortalama arasındaki önemlilik testi kullanılmıştır.

Deney ve kontrol grubunun 28-32. ve 34-40. hamilelik haftaları arasında Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.2.2’de yer almaktadır. Deney grubunun 28-32. hamilelik haftaları arasında Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması 57.44 iken, 34-40. hamilelik haftaları arasında 33.88’e düşmüştür. Kontrol grubunun 28-32. hamilelik haftaları arasında ölçek puan ortalaması 57.35 iken, 34-40. hamilelik haftaları arasında ortalama ölçek puanına göre 60.72’ye yükselmiştir. Deney ve kontrol grubunun 28-32. hamilelik haftaları arasında Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), 34-40. hamilelik haftaları arasında ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

4.3. Kadınların Doğum Süreçlerine İlişkin Bulguları

Kadınların doğum sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3.1.’de yer almaktadır. Deney grubunun %44.5’inin doğumu spontan olarak başlamış ve %61.1’inin doğumu 39. hamilelik haftası ve üzerinde gerçekleşmiştir. Kontrol grubunun ise yarısının doğumu eylemi başlamadan sezaryen yapılmış ve %53.7’sinin doğumu 38. hamilelik haftasının içinde gerçekleşmiştir. Doğumun başlangıcı ile doğum zamanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Deney grubunun %96.3'üne, kontrol grubun ise tamamına doğum süresince müdahale yapıldığı ve müdahale açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Vajinal doğum sırasında uygulanan müdahaleler incelendiğinde; deney grubuna en fazla intravenöz (IV) indüksiyon (%36.5) ve epizyotomi (%25.0) yapıldığı, kontrol grubuna da en fazla IV indüksiyon (%22.2) uygulandığı ve lavman (%14.8) yapıldığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu arasında vajinal doğum sırasında uygulanan tüm müdahale ve girişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.1. Kadınların Doğum Sürecine İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı (n=108)

ÖZELLİKLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		ÖNEMLİLİK TESTİ	
	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	X ²	p
Doğumun başlangıcı						
Spontan	24	44.5	14	25.9		
İndüklenmiş	10	18.5	13	24.1	4.065	0.131 ¹
Eylem Başlamadan	20	37.0	27	50.0		
Sezaryen						
Hamilelik süresi						
38. haftanın içinde	21	38.9	29	53.7		
39. haftanın içinde	18	33.3	14	25.9	2.395	0.302 ¹
40 ve 41. haftanın içinde	15	27.8	11	20.4		
Doğuma müdahale edilme durumu						
Yapıldı	52	96.3	54	100.0	2.038	0.495 ²
Yapılmadı	2	3.7	0	0.0		
Yapılan müdahaleler³						
Sezaryen	37	71.1	47	87.0	5.357	0.021 ²
Intravenöz indüksiyon (Synpitan)	19	36.5	12	22.2	2.217	0.136 ²
Servikal indüksiyon (Propess)	3	5.7	3	5.5	0.000	1.000 ²
Epizyotomi	13	25.0	7	12.9	2.209	0.137 ²
Amniyotomi	2	3.8	1	1.8	0.343	1.000 ²
Epidural analjezi	0	0.0	1	1.8	0.009	1.000 ²
Lavman	10	19.2	8	14.8	0.267	0.606 ²
Vakum	2	3.8	0	0.0	2.038	0.495 ²
Fundal Baskı	2	3.8	2	3.7	0.000	1.000 ²
Intravenöz analjezi ⁴	5	9.6	0	0.0	5.243	0.057 ²

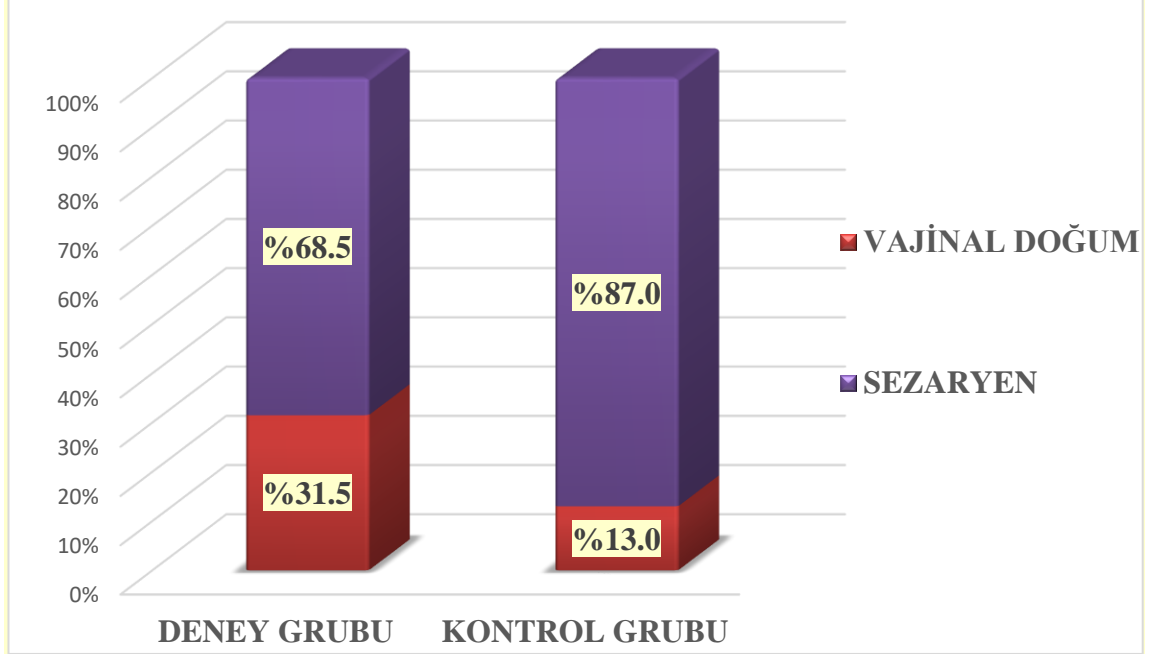
¹Pearson ki kare testi sonucudur.

²Fisher exact testi sonucudur.

³Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n (54) değerlerine göre alınmıştır. Epizyotomi seçeneğinde analize sadece vajinal doğum yapan kadınlar alınmıştır.

⁴Bu grupta Aldolan (3 kişi) ve Buscopan (2 kişi) yer almaktadır.

Grafik 4.3.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Doğum Şeklinin Dağılımı
($n=108$)



Grafik 4.3.1’de deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların doğum şekillerinin dağılımı yer almaktadır. Deney grubunda vajinal doğum yapan kadınların oranı %31.5, kontrol grubunda ise %13.0 olarak belirlenmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1).

Araştırmanın sonunda ‘Deney grubunun, sezaryen sıklığı, kontrol grubuna göre daha düşüktür.’ olan H_2 hipotezi için hesaplanan istatistiksel güç %54.96 ve anlamlılık düzeyi (alfa) %5’dir.

4.4. Kadınların Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulguları

Kadınların doğum sonuçlarına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.4.1’de verilmiştir. Deney grubunda planlı sezaryen oranı %8.1 iken, kontrol grubunda %25.5’dir. Kadınların sezaryen nedenleri incelendiğinde; deney grubunun en fazla ilerlemeyen doğum (%19.0), prezantasyon bozukluğu (%13.5) ve pelvis darlığı (%13.5) nedenlerine bağlı olarak sezaryen olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun en fazla kendi isteği (%23.5), fetüsün sıkıntıda olması (%17.0) ve fetüsün büyüme ve gelişimi ile ilgili (%17.0) nedenler yer almaktadır. Planlı sezaryen olma durumu açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubunda sezaryen olan kadınlar arasında kullanılan analjezi/anestezi tipi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), her iki grupta da en fazla spinal analjezi (Deney=%78.3, Kontrol=%82.9) kullanılmıştır.

Yenidoğanın yaşamının ilk 1. dakikasındaki apgar puanı deney grubunda %96.3, kontrol grubunda ise %77.8 ile 7-10 puan arasında yer almaktadır (Grafik 4.4.1). Yenidoğanın kilosu incelendiğinde; deney grubunun yenidoğanlarının doğum kiloları en fazla 3000-3500 gram (%44.4), kontrol grubunun yenidoğanlarının en fazla 3000 gramın altında (%55.6) olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında yenidoğanın apgar skoru ve kilosu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmanın sonunda ‘Deney grubunun yenidoğanlarının ilk 1. dakikadaki apgar skorları kontrol grubuna göre daha yüksektir.’ olan H_7 hipotezi için hesaplanan istatistiksel güç %71.77 ve anlamlılık düzeyi (alfa) %5’dir.

Tablo 4.4.1. Kadınların Doğum Sonuçlarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı
(n=108)

ÖZELLİKLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		ÖNEMLİLİK TESTİ	
	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	X ²	p
Sezaryenin planlı olma durumu³						
Planlı sezaryen	3	8.1	12	25.5	9.581	0.008 ¹
Plansız sezaryen	34	91.9	35	74.5		
Sezaryen nedeni³						
Kendi isteği	4	10.8	11	23.5		
Doktorun tercihi	4	10.8	5	10.6		
Fetüsün sıkıntıda olması	3	8.1	8	17.0		
İlerlemeyen doğum ⁴	7	19.0	3	6.4		
Prezantasyon bozukluğu	5	13.5	4	8.5		
Plasenta ile ilgili sorun ⁵	2	5.4	1	2.1		
Pelvis darlığı	5	13.5	0	0.0		
Hamilelikte görülen hastalıklar (Preeklamsi, Gestasyonel DM vs)	2	5.4	1	2.1		
Fetüsün büyüme ve gelişimi ile ilgili sorunlar ⁶	2	5.4	8	17.0		
Diğer ⁷	3	8.1	6	12.8		
Analjezi/Anestezi tipi³						
Spinal Analjezi	30	81.1	40	85.1	0.284	0.868 ¹
Genel Anestezi	7	18.9	7	14.8		
1. dakikadaki Apgar Skoru puanı						
7-10 puan	52	96.3	42	77.8	8.207	0.008 ¹
7 altı	2	3.7	12	22.2		
Yenidoğanın kilosu						
3000 gr altı	17	31.5	30	55.6	6.386	0.041 ²
3100-3500 gr	24	44.4	16	29.6		
3600 ve üzeri	13	24.1	8	14.8		

¹Fisher exact testi sonucudur.

²Pearson ki kare testi sonucudur.

³Yüzdeler sezaryen olan kadın sayısına göre hesaplanmıştır. Analize vajinal doğum yapan kadınlar alınmamıştır.

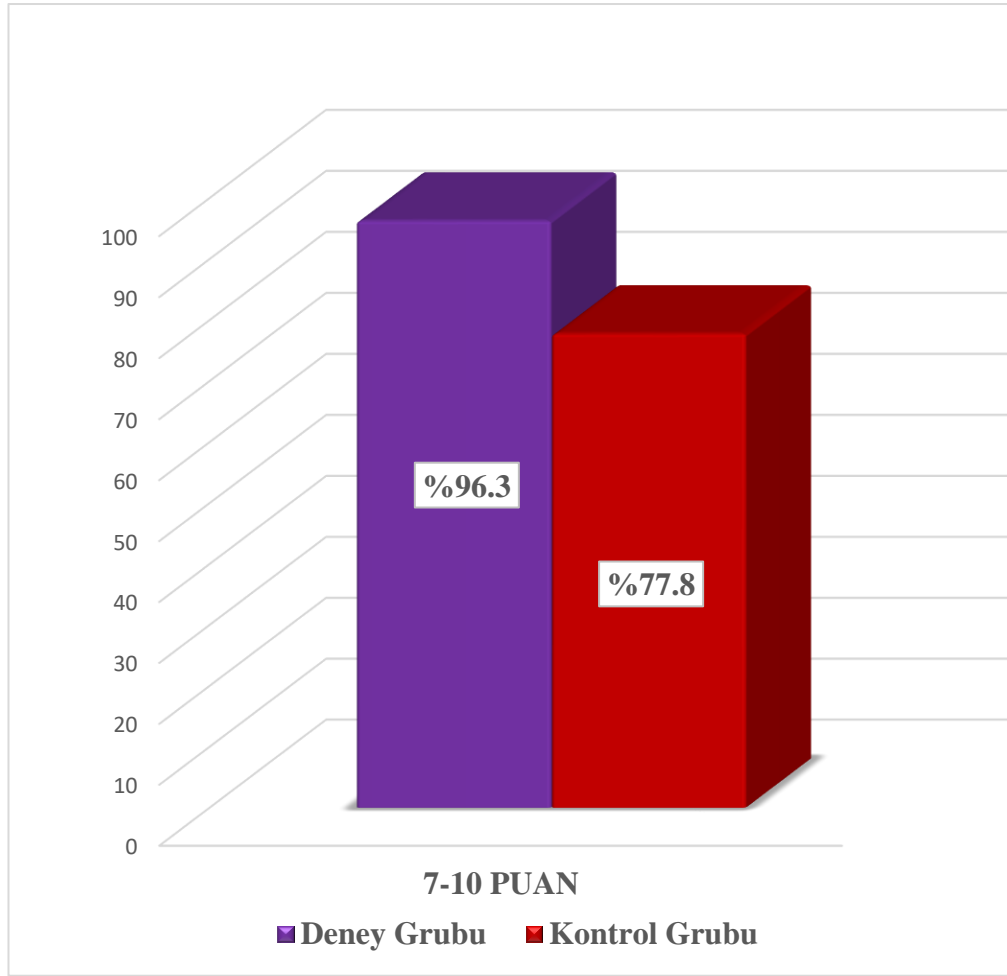
⁴'Uzamış latent safha' (3), 'uzamış aktif safha' (2), 'uzamış ıkınma' (2), 'yetersiz uterus aktivesi' (2), 'baş-pelvis uyumsuzluğu' (1).

⁵'Plasenta previa' (1), plasenta yaşlanması (2).

⁶'Gelişiminin yavaş olması' (2), 'baş çevresinin fazla olması' (2), 'fetüsün kilosunun fazla olması' (6).

⁷'Amniyon sıvısının az olması' (3), 'myomektomi öyküsü' (1), '40. hamilelik haftasını doldurup doğumun başlamaması' (1), 'vajinada kondilom' (1), 'portal ven tromboz öyküsü' (2), 'pelvis kırığı öyküsü' (1).

Grafik 4.4.1. Yenidoğanların Yaşamın İlk 1. Dakikasındaki Apgar Puanlarının Dağılımı (n=108)



Tablo 4.4.2. Kadınların Doğum Süresince Destek Alma Durumuna ve Kullanılan Baş Etme Tekniklerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (n=108)

ÖZELLİKLER	DENEY		KONTROL		ÖNEMLİLİK	
	GRUBU		GRUBU		TESTİ	
	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	X ²	p
Duygusal/Fiziksel destek alma durumu						
Aldı	37	90.2	17	48.6	15.942	0.000 ¹
Almadı	4	9.8	18	51.4		
Destek aldığı kişi/kişiler²						
Eş	30	81.0	13	76.4	11.167	0.001 ¹
Anne	10	27.0	3	17.6	4.285	0.038 ¹
Arkadaş	4	10.8	2	11.7	0.706	0.678 ¹
Kardeş	3	8.1	3	17.6	0.000	1.000 ¹
Hemşire	3	8.1	1	5.8	1.038	0.618 ¹
Baş etme tekniği Kullanma durumu²						
Kullanıldı	26	48.1	8	14.8	13.908	0.000 ¹
Kullanılmadı	28	51.9	46	85.2		
Kullanılan baş etme teknikleri³						
Yürüme/pozisyon değiştirme	26	100.0	8	100.0	10.607	0.001 ¹
Solunum teknikleri	21	80.7	3	37.5	17.357	0.000 ¹
Doğum topu	10	38.4	0	0.0	11.020	0.001 ¹
Masaj (sırt, sakral)	8	30.7	0	0.0	8.640	0.013 ¹
Odaklanma/dikkat dağıtma (dua etme, tv izleme)	4	15.3	0	0.0	1.009	1.000 ¹

¹ Fisher exact testi sonucudur.

² Bu gruba eylem başlamadan sezaryen olan kadınlar da dahil edilmiştir. Ayrıca doğumun birinci ve/veya ikinci evresinde destek alınan kişiler dahil edilmiştir.

³ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

Kadınların doğum süresince destek almaları ile doğum kasılmalarıyla baş etmek için kullandıkları baş etme tekniklerine ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4.4.2’de verilmiştir. Deney grubunun %90.2’sinin en fazla eşlerinden (%81.0), kontrol grubundakilerin ise %48.6 oranında eşlerinden (%76.4) duygusal/fiziksel destek aldığı

ve destek alma açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunun %48.1'i, kontrol grubunun %14.8'i doğum kasılması ile baş etme tekniği kullandığını belirtmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Doğum kasılmasında kullanılan baş etme teknikleri incelendiğinde; deney ve kontrol grubunda en fazla 'yürüme/pozisyon değiştirme' (%100) tekniğinin kullanıldığı, solunum tekniklerinin deney grubunda %80.7, kontrol grubunda ise %37.5 oranında kullanıldığı saptanmıştır. Kontrol grubunda iki teknik dışında baş etme tekniği kullanılmaz iken, deney grubunda doğum topu (%38.4), masaj (%30.7) ve odaklanma/dikkat dağıtma (%15.3) teknikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.4.3'de doğum sürecinde sorun gelişme durumu ve kadınların doğum deneyiminden memnun olma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Deney grubunun %87.0'sinin, kontrol grubunun %83.3'ünün doğum sürecinde sorun gelişmemiştir. Deney ve kontrol grubunun kendi ifadelerine göre doğum sürecinde sorun yaşama durumu incelendiğinde; deney grubunun %13.0'ünün, kontrol grubundakilerin %33.3'ünün sorun yaşadığı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra, deney grubunun %81.5'i, kontrol grubundakilerin %38.9'u doğum deneyiminden memnun olduğunu ifade etmiştir.

Deney ve kontrol grubu arasında doğum sürecinde sorun gelişme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz ($p>0.05$) iken, sorun yaşama ve doğum deneyiminden memnun olma açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4.3. Kadınların Doğum Sürecinde Sorun Gelişme ve Doğum Deneyiminden Memnun Olma Durumlarının Dağılımı (n=108)

ÖZELLİKLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		ÖNEMLİLİK TESTİ	
	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	X ²	p
Sorun gelişme durumu³						
Gelişti	7	13.0	9	16.7	0.293	0.787 ¹
Gelişmedi	47	87.0	45	83.3		
Gelişen sorun						
Fetal Distres	1	14.2	5	55.5		
Zor doğum	3	42.8	1	11.1		
Perinede ödem/yırtık	3	42.8	1	11.1		
Atoni	0	0.0	2	22.2		
Doğum sürecinde sorun yaşama durumu⁴						
Yaşadı	7	13.0	18	33.3	6.298	0.021 ¹
Yaşamadı	47	87.0	36	66.7		
Yaşanılan sorunlar⁴						
Yapılan işlemler ile ilgili	2	28.6	3	16.7		
Doğum süreci ile ilgili	3	42.8	6	33.3		
Hastane ortamına ilişkin	0	0.0	3	16.7		
Doğum sonucuna ilişkin	2	28.6	6	33.3		
Doğum Deneyiminden Memnun Olma Durumu						
Memnun	44	81.5	21	38.9	21.357	0.000 ²
Memnun değil	1	1.9	9	16.7		
Kısmen memnun	9	16.7	24	44.4		

¹ Fisher exact testi sonucudur

² Pearson ki kare testi sonucudur

³Hastane dosya ve sağlık personellerinden toplanan verilere göre sorun gelişme durumudur.

⁴Kadınların ifadesine göre sorun yaşama durumudur. Yapılan işlemler ile ilgili; 'Suyumun suni şekilde açılması çok acı verdi ağrılarım arttı', 'Spinal anestezinin çok fazla denenmesi çok canımı sıktı', Karına baskı yapılmasından çok rahatsız oldum', Doğum süreci ile ilgili; 'Kasılma süresince sürekli ishal oldum', 'İkinnmada çok zorlandım', 'Doğum ağrısına dayanamadım', 'Kanamam olması beni çok korkuttu', Hastane ortamına ilişkin; 'Doğum anında gizliliğe dikkat edilmedi, hiç destek almadım', 'Ameliyathanede çok üşüdüm, Doğum sonucuna ilişkin; 'Ani sezaryena alınma kararı beni üzdü', 'Bebeğimin kilosu yanlış hesaplanmış bu sebepten normal doğum yapamadığım için moralim çok bozuldu'.

Tablo 4.4.4. Kadınların Yenidoğanla İlk Temas ile Emzirme Zamanına ve Sorun Gelişme Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=108)

ÖZELLİKLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		ÖNEMLİLİK TESTİ	
	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	Sayı (n=54)	Yüzde (%)	X ²	p
Yenidoğanla ilk temas zamanı						
İlk 30 dakika içinde	42	77.8	19	35.2	24.467	0.000 ¹
30-60 dakika içinde	3	5.6	16	29.6		
1-2 saat içinde	5	9.3	5	9.3		
2-4 saat içinde	3	5.6	5	9.3		
4 saat ve üzeri	9	1.9	9	16.7		
İlk emzirme zamanı						
İlk 30 dakika içinde	11	20.4	1	1.9	28.493	0.000 ¹
30-60 dakika içinde	12	22.2	5	9.3		
1-2 saat içinde	18	33.3	12	22.2		
2-4 saat içinde	7	13.0	6	11.1		
4 saat ve üzeri	6	11.1	30	55.6		
Yenidoğanda sorun gelişme durumu						
Gelişti	3	5.6	12	22.2	6.271	0.023 ²
Gelişmedi	51	94.4	42	78.8		
Yenidoğanda gelişen sorun³						
Taşikardi	0	0.0	2	3.7		
Solunum sıkıntısı (Burun kanatlarının solunuma katılması, takipne vs)	2	3.7	9	16.7		
Rh uyumsuzluğu	0	0.0	1	1.9		
Omuz kırığı	1	0.0	0	1.0		

¹Pearson ki kare testi sonucudur.

²Fisher exact testi sonucudur.

³Yüzdeler deney ve kontrol grubunun yenidoğanlarında sorun gelişen n sayısına göre alınmıştır.

Kadınların yenidoğanla ilk temas ile ilk emzirme zamanına ve sorun gelişme durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4.4.4’de yer almaktadır. Deney grubunun %77.8’i, kontrol grubunun ise %35.2’si doğumdan hemen sonra ilk 30 dakika içinde yenidoğanla ilk temasını gerçekleştirmiştir. Deney grubunun ilk 60 dakika içinde emzirmeye başlama oranı %42.6 iken, kontrol grubunun %11.1’dir. Yenidoğanda sorun gelişme durumu incelendiğinde; deney grubundaki yenidoğanların %5.6’sında, kontrol grubundakilerin %22.2’sinde sorun gelişmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Her iki grup içinde gelişen sorun en fazla solunum sıkıntısı olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında yenidoğanla ilk temas, ilk emzirme zamanı ve yenidoğanda sorun gelişme durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4.5. Vajinal Doğum Yapan Kadınların Doğumun Birinci ve İkinci Evrenin Sürelerinin Dağılımı (n=24)

DOĞUM SÜRELERİ (ortalama dakika)	DENEY GRUBU (n=17)	KONTROL GRUBU (n=7)	ÖNEMLİLİK TESTİ	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Z	p
1. Evresinin süresi	458.82±168.24	531.42±187.92	43.00	0.289 ¹
2. Evresinin süresi	21.05±13.20	22.85±13.41	59.50	1.000 ¹

¹Mann-Whitney U Testi sonucudur.

Vajinal doğum yapan kadınların doğumunun birinci ve ikinci evrenin süresinin dağılımı Tablo 4.4.5’de yer almaktadır. Deney grubunda vajinal doğum yapan kadınların doğumun birinci ve ikinci evrelerinin süresi kontrol grubuna göre daha kısa olmasına karşın, aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

**Tablo 4.4.6. Vajinal Doğum Yapan Kadınların Ağrı Şiddetlerine Göre Dağılımı
(n=24)**

VAS'a göre	DENEY GRUBU (n=17) Ort ± SS	KONTROL GRUBU (n=7) Ort ± SS	ÖNEMLİLİK TESTİ	
			Z	p
Ağrı şiddeti	7.588±1.502	9.285±0.951	21.500	0.013 ¹

¹Mann-Whitney U Testi sonucudur.

Tablo 4.4.6'da vajinal doğum yapan kadınların VAS'na göre ortalama ağrı şiddetlerinin dağılımı yer almaktadır. Deney grubunda vajinal doğum yapanların doğum sırasındaki ağrı şiddeti ortalaması 10 üzerinden 7.58 iken, kontrol grubunda 9.28 olarak bulunmuştur. Vajinal doğum yapan deney ve kontrol grupları arasında ağrı şiddeti yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmanın sonunda 'Deney grubunun, doğum sürecindeki hissettikleri ağrı şiddeti kontrol grubuna göre daha düşüktür.' olan H_5 için hesaplanan istatistiksel güç %70.1 ve anlamlılık düzeyi (alfa) %5'dir.

5. TARTIŞMA

Doğum eylemi, sonucu önceden tahmin edilemeyen ve belirsizliklerin olduğu bir süreç olduğu için birçok kadın korku yaşayabilmektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Araştırma kapsamına alınan primipar kadınların çoğunluğunun orta derecede ve %9.2'sinin ise klinik derecede doğum korkusuna sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, kadınların %7.5-15.6 arası klinik derecede doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Adams et al., 2012; Lukasse et al., 2014; Nieminen et al., 2009; Oran ve ark., 2014; Storksen et al., 2012). Doğum korkusu ve derecesinin saptandığı bu çalışmalarda bizim çalışmamızda kullanılan Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği kullanılmış olup, çalışma sonuçlarımız benzerdir. Primipar kadınlarda belirli bir düzeyde doğum korkusunun olması doğal kabul edilmesinin yanı sıra klinik düzeyde doğum korkusunun olması doğum sonuçlarını olumsuz etkilemesi bakımından önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir.

Yapılan çalışmalarda, doğum öncesi eğitim sınıflarının doğum korku düzeylerini olumlu etkilediği bulunmuştur (Byrne et al., 2014; Guskowska, 2014; İsbir ve ark., 2016; Kızılırmak ve Başer, 2016; Jeyrani et al., 2009; Masoumi et al., 2016; Mete ve ark., 2013; Serçekuş, 2010; Serçekuş ve Başkale, 2014; Subaşı ve ark., 2013). Araştırmamızda, doğuma hazırlık eğitimi alan deney grubu 28-32. hamilelik haftaları arasında orta derecede doğum korkusuna (W-DEQ puanı 38-65) sahip iken, 34-40. hamilelik haftaları arasında düşük derecede doğum korkusuna (W-DEQ puanı ≤ 37) sahip olmuştur. Eğitim almayan kadınların ise 28-32. ve 34-40. hamilelik haftaları arasında doğum korku düzeyleri değişmemiş, orta derecede (W-DEQ puanı 38-65) kalmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.1). Bu bulgular doğrultusunda, 'Doğuma hazırlık eğitimine katılan deney grubunun, doğum korkusu, kontrol grubuna göre daha azdır' hipotezi olan H_1 kabul edilmiştir. Çalışmamızda, deney grubunun 28-32. hamilelik haftaları arasında W-DEQ A'dan aldıkları puan ortalaması 57.44 iken, 34-40. hamilelik haftaları arasında 33.88'e düşmüştür (Tablo 4.2.2). İsbir ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında; doğum öncesi eğitim alan grubun W-DEQ A'dan aldıkları puan ortalaması 66.8 ± 23.7 iken, eğitim sonrası 30.4 ± 18.07 olarak azalmıştır. Karabulut ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışmada, doğum öncesi eğitim alan hamilelerin W-

DEQ A'dan aldıkları puan ortalaması 53.25 ± 25.75 iken, eğitim sonrası 33.72 ± 24.33 olarak azalmıştır. Eğitim almayan hamilelerin eğitim öncesi aldıkları puanlar 44.32 ± 5.00 , eğitim sonrası aldıkları puanlarda 41.97 ± 524.64 'tür (Karabulut ve ark., 2016). Kalayi Madhavanprabhakaran ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada da, doğuma hazırlık eğitiminin hamilelik döneminde görülen anksiyeteyi önemli derecede azalttığı bulunmuştur. Yapılan çalışma sonuçları bizim sonucumuzla benzerlik göstermektedir. Hamileliğin son haftalarında kadınların doğum korkusu çoğunlukla artmaktadır. Deney grubunun kontrol grubuna göre hem korkunun görülme oranı hem de korku düzeyinin önemli derecede azalması araştırma kapsamında yürütülen eğitim programının bu konuda önemli derecede etkili olduğunu göstermektedir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sezaryen doğumlar sürekli artmaktadır (Masoumi et al., 2016). Buna karşın, doğuma hazırlık eğitimleri ile kadınların doğum korkusu azalarak hem isteğe bağlı sezaryen hem de korkunun olumsuz etkileri sonucunda görülebilecek acil sezaryen oranı azalabilmektedir. Araştırmada, isteğe bağlı sezaryen oranları deney grubunda %8.1, kontrol grubunda %25.5 iken deney grubunda daha düşük olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). (Tablo 4.4.1). Bu doğrultuda, deney grubunda sezaryen olan kadın oranı %68.5 iken, kontrol grubunda %87.0 olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Grafik 4.3.1). Bu bulgular, 'Doğuma hazırlık eğitimine katılan deney grubunun, sezaryen sıklığı, kontrol grubuna göre daha düşüktür' hipotezi H_2 kabul edilmiştir. Doğuma hazırlık eğitiminin sezaryen sıklığı üzerine olumlu etkisi olmasına karşın, sezaryen oranının hem deney hem de kontrol grubunda DSÖ'nün önerdiği %15 oranının üzerinde olması dikkat çekici bir bulgudur. K.K.T.C genelinde sezaryen oranlarının yüksek olması (K.K.T.C Sağlık Bakanlığı, 2013) araştırma sonuçlarımıza da yansımıştır. Deney grubunda yer alan ve doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlar kendilerini doğal doğum yapma konusunda daha güçlü hissederek vajinal doğumu daha çok tercih edebilmektedir. Kadınların doğum şekli konusundaki tercihlerini eğitimin sonunda doğum planı oluşturularak belirtmesi ve doğum planlarını doktorları ile paylaşması istenmiştir. Eğitimin ve doğum planı kullanımının, doktorların sezaryen kararı almalarını etkileyerek deney grubunun sezaryen sıklığını azalttığı düşünülmektedir.

Araştırmada sezaryen nedenleri incelendiğinde, deney ve kontrol grubunda kesin sezaryen endikasyonu olmayan nedenlerle de karşılaşılmıştır. Uluslararası Jinekoloji ve Doğum Federasyonu sezaryen doğumların isteğe bağlı yapılmaması, tıbbi sebeplerle yapılmasını gerektiğini önermektedir (Aba et al., 2016). Hastanenin sezaryen oranlarını azaltmasına yönelik klinik hizmet düzeyinde stratejiler geliştirilmesi gerektiğini düşündürmüştür. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, düzenli egzersiz yapan hamilelerde sezaryen oranlarının azalması araştırmadan elde edilen bulguları destekler niteliktedir (Forouhari et al, 2009; Price et al, 2012). Aktan'ın çalışmasında (2015), klinik pilates egzersizi ve doğum eğitimi alan, sadece doğum eğitimi alan ve egzersiz ile eğitim almayan hamileler arasında doğum şekli açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Aktan, 2015). Klinik pilates ve doğum eğitiminin sezaryen sıklığına etkisinin bulunmaması (Aktan, 2015) çalışmamızla farklılık göstermiştir. Farklılığın bizim çalışmamızın eğitim süresinin daha uzun olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bergström ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, doğal doğuma hazırlık eğitimi alan grubun müdahaleli vajinal doğum sıklığının (%14) standart doğum öncesi eğitimi alan gruba göre (%12) daha fazla olduğu bulunurken, sezaryen sıklığının doğal doğuma hazırlık eğitimi alan grupta daha düşük olduğu bulunmuştur (Bergström et al., 2009). Karimi ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışmada, doğal doğuma hazırlık eğitimi alan deney grubunun doğal doğum yapma oranı %54.1, vajinal doğum yapma oranı %15.3, isteğe bağlı sezaryen doğum oranı ise %1.2 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, kontrol grubu %18.8 ile isteğe bağlı sezaryen, %36 ile vajinal doğum gerçekleştirmiş olup doğal doğum yapan kadına saptanmamıştır (Karimi et al., 2016). Karimi ve arkadaşlarının çalışmasında, doğuma hazırlık eğitimi alan grubun vajinal doğum ve isteğe bağlı sezaryen doğum oranını istatistiksel olarak anlamlı yönde etkilemesi çalışmamızla benzerlik gösterse de bizim çalışma sonuçlarımızda doğal doğum oranının çok az olması (deney grubunda 2) çalışmamızla farklılık göstermiştir (Karimi et al., 2016). Masoumi ve arkadaşlarının çalışmasında (2016), doğal doğuma hazırlık eğitimi alan deney grubunun %8'i doğal doğum, %48'inin normal vajinal doğum yaptığı, kontrol grubunda kimsenin doğal doğum yapmadığı, %57.3'ünün normal vajinal doğum yaptığı saptanmıştır. Miquelutti ve arkadaşlarının (2013b) yaptığı bir çalışmada, doğuma hazırlık programına katılan primipar kadınlarla katılmayanların arasında doğum şekli

açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuş ve çalışmamızla farklılık göstermiştir. Aba ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışma sonuçlarında, doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gruplar arasında doğum şekli bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu farklılıkların nedeninin, çalışmalarda yürütülen doğuma hazırlık eğitimlerinin kullandığı felsefe ve model farklılığından kaynaklanabileceği yönündedir (Miquelutti et al., 2013b).

Rad and Jahanshiri'nin (2013) çalışmasında, hamilelik süresince yapılan egzersizin aktif fazın süresini kısalttığı bulunmuştur. Chuntharapat ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, yoga programına katılan primipar kadınların katılmayanlara göre doğumlarının birinci evresinin süresinin daha kısa (519.88 ± 185.68) olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışma sonuçlarına göre, düzenli egzersiz yapan hamilelerde doğumun ikinci evresinin süresinin kısaltıldığı bulunmuştur (Forouhari et al., 2009; Price et al., 2012). Yapılan çalışma sonuçlarından farklı olarak, çalışmamızda deney grubunda vajinal doğum yapan kadınların doğumun birinci ve ikinci evrelerinin süresi kontrol grubuna göre daha kısa olmasına karşın, aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.5). 'Doğuma hazırlık eğitimine katılıp, vajinal doğum yapan deney grubunun doğumun birinci ve ikinci evresinin süresi, kontrol grubuna göre daha kısadır' olan H₃ hipotezi red edilmiştir. Yapılan bazı çalışmalar çalışmamızla benzer şekilde, doğum öncesi eğitim programlarının doğum süresine etkisinin olmadığını göstermektedir (Okumuş ve ark., 2002; Aktan, 2015; Miquelutti et al., 2013b). Çalışmamızda doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlar almayanlara göre doğum süresi bakımından önemli etkisi bulunmamakla birlikte, deney grubunun doğumun birinci evrelerinin ortalama süresinin kısa olması (7.6 saat) (Tablo 4.4.5) klinik olarak yararlı olarak görülmektedir.

On Adımda Anne-Dostu Bakım Rehberi (2007)'inde 'Gereksiz her türlü müdahaleden kaçınmak' ve 'Bilimsel kanıt ile desteklenmeyen uygulama ve prosedürleri rutin olarak kullanmamak' ifadeleri yer almaktadır (Lothian, 2007). Doğum süresince kesinlikle yapılmaması gereken girişimlerin arasında vulva tıraşı yapma, lavman uygulama, IV beslenme/damar yolu açma, ağızdan gıda alımını durdurma, membranı erken açma ve sürekli elektronik fetal monitörizasyon yer almaktadır (Lothian, 2007). Araştırmada, vajinal doğum sırasında yapılan müdahaleler incelendiğinde; deney grubuna en fazla %36.5, kontrol grubuna ise %22.2 ile IV

indüksiyon (synpitan) uygulanmıştır (Tablo 4.3.1). Deney ve kontrol grubu arasında doğum süresince yapılan tüm müdahale ve girişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). ‘Doğuma hazırlık eğitimine katılan deney grubunun, doğum sürecinde indüksiyonu sağlamak için oksitosin ile oksitosin türevi, cytotec ve propess ilaç kullanımı kontrol grubuna göre daha azdır’ olan H_4 hipotezi red edilmiştir. On Adımda Anne-Dostu Bakım Rehberin’de (Lothian, 2007) oksitosin indüksiyonunun en fazla %10 oranında kullanılması gerektiğini belirtilmesine karşın bizim çalışma sonuçlarımız önerilen sınırların üzerindedir. Araştırmanın yapıldığı hastanede bazı uygulamaların rutin olması nedeni ile indüksiyon uygulamasının yüksek oranda olduğu düşünülmektedir. Ayrıca deney grubu vajinal doğumu daha çok tercih ettiğinden tahmini doğum tarihi yaklaşan kadınların doktorun kararı ile de doğumu başlatmak amacıyla indüksiyonu tercih edebilecekleri de düşünülmektedir. Eğitim alan grupla almayan grup arasında bu konuda farkın olmamasının bu yaklaşımdan kaynaklanabilir. İsbir ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada, doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlarda almayan gruba göre indüksiyon kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İsbir ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışma sonucu bizim sonucumuzu desteklemektedir. Ülkemizde doğumlarda tıbbi bakım modelinin yaygın olması doğumlarda müdahale sıklığını arttırmaktadır. Doğuma hazırlık eğitimlerinin ötesinde konuya ilişkin prosedürlerin geliştirilmesi gerekliliği düşünülmektedir. On Adımda Anne-Dostu Bakım Rehberi (2007)’de oksitosin indüksiyonunun en fazla %10, epizyotominin de en fazla %20 oranı ile kullanılması belirtilmektedir (Lothian, 2007). Bu sonuçlar, rehberde önerilen sınırların üzerindedir. Çalışmamızda yer alan yüksek indüksiyon ve epizyotomi uygulamalarının (Tablo 4.3.1), çalışmanın yapıldığı hastanelerde bu uygulamaların rutin olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Brixval ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışma sonuçları, bu çalışma ile tutarlılık göstererek obstetrik müdahaleler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmada, deney grubunda yer alan ve vajinal doğum yapan kadınların kontrol grubuna göre doğum sırasında hissettikleri ağrının şiddeti daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4.6). Bu sonuç doğrultusunda, ‘Doğuma hazırlık eğitimine katılan kadınların, doğum sürecinde hissettikleri ağrı düzeyi kontrol grubuna göre daha düşüktür’ hipotezi olan H_5 kabul edilmiştir. Chuntharapat ve arkadaşlarının

(2008) çalışmasında, yoga programına katılan primipar kadınların katılmayanlara göre doğum ağrısını daha az hissetmiş olup, çalışma sonucumuzu desteklemektedir (Chuntharapat et al., 2008). Çalışmamızda hamile pilatesinin yanında doğuma hazırlık eğitiminin de verilmiş olması kadınların ağrı ile daha fazla baş etme tekniğini kullanmasını ve doğum süresince daha fazla destek almasını da sağlamıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4.2). Bu nedene bağlı olarak, kadınların doğum süresince hissettikleri ağrının şiddetinin daha düşük olduğu düşünülmektedir. Okumuş ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, doğuma hazırlık sınıfına katılan hamilelerin, katılmayanlara göre; doğumun ikinci evresinde hissettikleri ağrı puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışma sonucumuzda ağrı şiddeti doğum sonu dönemde değerlendirilmiş olmasına karşın, Okumuş ve arkadaşlarının (2002) sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bandura teorisini temel almış doğum eğitimin etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada çalışmamızla benzer şekilde, eğitim almış primipar kadınların doğum anında kasılmalarla baş etme de daha çok motive oldukları ve doğumun ilk iki aşamasında daha az ağrı hissettikleri bulunmuştur (Ip et al., 2009). Aktan'ın (2015) çalışmasında, vajinal doğum yapanlar arasından klinik pilates ile doğum eğitimi alan ve sadece doğum eğitimi alıp vajinal doğum yapan kadınların kontrol grubuna göre doğum sırasında hissettikleri ağrı şiddetinin daha az olduğu saptanmıştır. Bu çalışma bizim sonucumuzu desteklemektedir. Her üç grubun hissettiği ağrının şiddeti karşılaştırıldığında en az ağrı hisseden grubun klinik pilates egzersizi ve doğum eğitimi alan hamilelerin olduğu belirlenmiştir (Aktan, 2015). Çalışmamızda da pilates egzersiz programının doğuma hazırlık programı ile birlikte yürütülmesi pilatesin temel ilkelerinin içinde yer alan nefes çalışmalarının doğum ağrısı ile baş etmede kullanılan solunum tekniklerine (%80.7) (Tablo 4.4.2) katkı sağladığını düşündürmektedir.

Araştırmada, deney ve kontrol grubu arasında doğum sürecinde perine bölgesinde yırtık gelişme sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.3). Dolayısıyla 'Doğuma hazırlık eğitimine katılan deney grubun, doğum sürecinde perine bölgesinde yırtık gelişme sıklığı kontrol grubuna göre daha azdır' hipotezi olan H_0 red edilmiştir. Vajinal doğum yapan kadın sayısının az olması bu hipotezin test edilmesi için yeterli olmamış olabilir. Ayrıca

egzersizin sadece 28. hamilelik haftasından sonra yapılması da sonucu olumlu yönde etkileyememiş olabilir.

Araştırmada deney ve kontrol grubu arasında yenidoğanın yaşamın ilk dakika içindeki apgar skoru, deney grubunda daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1). Bu sonuç, ‘Doğuma hazırlık eğitimine katılan deney grubunun, yenidoğanın apgar skoru kontrol grubuna göre daha yüksektir’ hipotezi olan H_7 kabul edilmiştir. Araştırmada kontrol grubunun yenidoğanlarında en fazla solunum sıkıntısına ilişkin belirti ve bulgularının olmasının (Tablo 4.4.4), kontrol grubunda planlı sezaryenlerin fazla olmasına (Tablo 4.4.1) bağlı olabileceği düşünülmektedir. Deney grubunda doğum korku düzeyinin daha düşük olması da doğum anında annenin daha az stres yaşaması ve fetüsün de distrese girme olasılığını azalttığını düşündürmektedir. Aktan (2015) tarafından yapılan çalışmada, klinik pilates egzersizi ve doğum eğitimi alan kadınların bebeklerinin sadece doğum eğitimi alan ve kontrol grubunun yenidoğanlarına oranla, 1. dakikadaki apgar puanlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Aktan’ın (2015) çalışma sonucu bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızdan farklı olarak; Miquelutti ve arkadaşlarının çalışmasında (Miquelutti et al., 2013b), doğuma hazırlık programına katılan primipar kadınların katılmayanlara göre; Chuntharapat ve arkadaşlarının (Chuntharapat et al., 2008) çalışmasında ise yoga programına katılan primipar kadınların katılmayanlara göre, 1. ve 5. dakikalardaki apgar puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Yenidoğanın kilosu incelendiğinde; deney grubunun yenidoğanlarının kiloları en fazla 3000-3500 gram (%44.4) iken, kontrol grubunun yenidoğanlarının en fazla 3000 gram altında (%55.6) olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1). Deney grubunun yenidoğanların kilolarının fazla olmasının doğuma hazırlık programının içeriğinde yer alan egzersiz programının fetal gelişimi olumlu etkilemesi olabileceği düşünülmektedir. Çalışma sonucumuzu destekler nitelikte, Clapp ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada hamileliklerinde yoğun egzersiz yapan kadınların bebeklerinin doğum ağırlığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Clapp, Kim, Burciu, Schmidt, Petry & Lopez, 2002). Karimi ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, doğuma hazırlık eğitimi alan deney grubunun yenidoğanın kilo ağırlığı ortalama $3.224.47\text{gr}\pm 390.83$, kontrol grubunun ise $2.994\text{gr}\pm 540.20$ olarak daha az olarak saptanmıştır (Karimi et al., 2016). Karimi ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da

eğitim alan grubun yenidoğanın ağırlığının daha fazla olması çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Aktan'ın çalışmasında (2015) farklı olarak, klinik pilates ve doğum eğitimi alan, sadece doğum eğitimi alan ve kontrol grubunun yenidoğanlarının doğum ağırlıkları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Aktan, 2015). Yapılan bazı çalışmalarda, sadece hamilelikleri suresince egzersiz yapan kadınların yapmayanlara gore yenidoğanlarının ağırlıkları arasında önemli fark bulunmamıştır (Chuntharapat et al., 2008; Price et al., 2012). Farklılıkların, çalışmalarda yurtlen doğuma hazırlık eğitimi ile egzersiz programlarına başlanan hamilelik haftası ve programların suresinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kontrol grubunda daha fazla isteğe bağlı sezaryen olması ve sezaryenin erken gerçekleşmesi sonucunda yenidoğanların beden ağırlıklarının düşük olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, uzun sureli egzersiz programının yenidoğanın kilosunu üzerinde etkili olabilmesinin yanında, hamileliğin 20. haftasından itibaren başlatılan orta dereceli egzersizlerin fetal gelişimi olumlu etkileyebileceği belirtilmektedir (Altan, 2015, Clapp et al., 2002; Hopkins & Cutfield, 2011).

Kadınların doğuma hazırlık eğitimi alsalar da doğum anında baş etme becerilerini kullanabilmeleri için doğum sureci boyunca desteklenme gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir (Mete, 2013). Bu desteklenme gereksinimi iyi bir destekleyici bakım ile karşılanabilmektedir. Destekleyici bakım: fiziksel, duygusal, öğretici, savunuculuk ve aile üyelerine destek olarak tanımlanmaktadır (Simpson, 2014). Dünya Sağlık rgt, doğum boyunca gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmesini önermektedir (WHO, 2006). Araştırmada deney grubunun kontrol grubuna gore doğum suresince daha fazla duygusal/fiziksel destek aldığı ve çoğunlukla (%81.0) eşlerinden destek almaları doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların eş desteğinin önemini benimsediklerini göstermektedir (Tablo 4.4.2).

Hamile pilatesi ile birlikte doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan primipar kadınların doğum korkusu ve doğum sonuçlarının etkisinin değerlendirildiği çalışmamızda; deney grubu, kontrol grubuna gore doğum korkusu, doğum şekli, sezaryenin planlı olma durumu, yenidoğanın apgar skoru ile vücut ağırlığının olumlu etkilendiği sonucuna varılmıştır ($p<0.05$). Deney grubu, kontrol grubuna gore doğum sırasında daha fazla destek aldığını, doğum ağrısı için daha fazla baş etme tekniği kullandığını, doğum surecinde daha az sorun yaşadığını, doğum deneyiminden daha

fazla memnun kaldıklarını ifade etmiştir ($p<0.05$). Ayrıca deney grubu, kontrol grubuna göre yenidoğanları ile ilk temaslarını daha erken gerçekleştirmiş ve daha erken emzirmeye başlamıştır ($p<0.05$). Deney grubunda çalışan kadınların daha fazla olması (Tablo 4.1.1) nedeniyle doğumdan kısa süre sonra kadınlar çalışmaya başlayacaklardır. Bu durum kadınların emzirmeye daha erken başlamasına teşvik ettiğini düşündürmektedir.

Çalışmada deney ve kontrol grubu arasında, doğumun başlangıcı, doğumun zamanı, doğum süresince yapılan müdahaleler, doğumun süresi ve doğum sırasında sorun gelişme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Doğum öncesi bakım hizmetlerindeki farklılıkların araştırma bulgularını etkileyebildiği belirtilmektedir. Çeşitli zorluklara rağmen, perinatal bakımın küresel bilgeliğinden yararlanıldığında, perinatal araştırmaların ve uygulamaların uluslararası paylaşımı için belirli bir zamana ihtiyaç vardır (Chalmers, 2012).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Hamile pilatesi destekli doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusunu ve ağrısını azalttığı, vajinal doğum sayısını ve yenidoğanın apgar skorunu arttırdığı bulunmuştur. Bu doğrultuda, H₁, H₂, H₅ ve H₇ hipotezleri kabul edilmiştir. Doğum eyleminin süresi, doğum süresince yapılan müdahaleler ve perine bölgesinde yırtık gelişmesi bakımından gruplar arası fark bulunmadığından H₃, H₄, H₆ hipotezleri red edilmiştir. Araştırmanın hipotezlerinin yanında, doğum sırasında annenin destek alması, doğum ağrısı için baş etme tekniği kullanması, doğum sürecinde daha az sorun yaşaması, doğum deneyiminden memnun kalması ve yenidoğanları ile daha erken temas edip emzirmesi açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmanın sonuçları, kadınların tanıtıcı özelliklerine, doğum korkusu ölçeğine, doğum süreci ve sonuçlarına ilişkin sonuçlar olarak ele alınmıştır.

6.1.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Deney grubunun yaş ortalaması 28.05 ± 2.91 , kontrol grubunun ise 28.00 ± 3.69 'dur (Tablo 4.1.1).
- Deney ve kontrol gruplarının çoğunluğu üniversite mezunu olup, deney grubu kadınların %53.7'si, kontrol grubunun ise %40.7'si KKTC uyrukludur (Tablo 4.1.1).
- Deney grubunun %75.9'u, kontrol grubunun ise %55.6'sı çalışmakta ve her iki grubun çoğunluğu sosyal güvenceye sahiptir (Tablo 4.1.1).

6.1.2. Doğum Korkusu Ölçeğine İlişkin Sonuçlar

- Deney grubu 28-32. hamilelik haftaları arasında orta derecede doğum korkusuna sahip iken, 34-40. hamilelik haftaları arasında düşük derecede doğum korkusuna sahip olmuştur (Tablo 4.2.1).
- Kontrol grubunun 28-32. ve 34-40. hamilelik haftaları arasında doğum korku düzeyleri değişmemiş orta derecede kalmıştır (Tablo 4.2.1).

6.1.3. Doğum Süreci ve Sonuçlarına İlişkin Sonuçlar

- Deneysel grupta vajinal doğum yapan kadın sayısı yaklaşık her 10 kadında 3 iken, kontrol grubunda 1 olarak belirlenmiştir (Grafik 4.3.1).
- Deneysel grupta planlı sezaryen oranı, kontrol grubuna göre yaklaşık 3 kat daha az olarak saptanmıştır (Tablo 4.4.1).
- Kadınların sezaryen nedenleri incelendiğinde; deneysel grubunun en fazla ilerlemeyen doğum (%19.0), prezantasyon bozukluğu (%13.5) ve pelvis darlığı (%13.5) nedenlerine bağlı olarak sezaryen olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.1).
- Kontrol grubunun sezaryen olma nedenleri arasında ise en fazla kendi isteği (%23.5), fetüsün sıkıntıda olması (%17.0) ve fetüsün büyüme ve gelişimi ile ilgili (%17.0) nedenler yer almaktadır (Tablo 4.4.1).
- Yenidoğanın ilk 1 dakika içindeki apgar puanı değeri deneysel grupta %96.3, kontrol grubunda ise %77.8 ile 7-10 puan arasında yer almaktadır (Tablo 4.4.1).
- Deneysel grubunun yenidoğanlarının kiloları, kontrol grubunda yer alan annelerinkine göre daha fazladır (Tablo 4.4.1).
- Deneysel grubu, kontrol grubuna göre %90.2 ile daha fazla ve çoğunlukla eşinden (%81.0) duygusal/fiziksel destek almıştır (Tablo 4.4.2).
- Deneysel grubunun %48.1'i, kontrol grubunun ise %14.8'i doğum kasılması sırasında baş etme tekniklerini kullanmıştır (Tablo 4.4.2).
- Doğum sürecinde deneysel grubu, kontrol grubuna göre daha az sorun yaşadıklarını ifade etmiştir (Tablo 4.4.3).
- Deneysel grubunun çoğunluğu (%81.5) kontrol grubuna göre (%38.9) daha fazla doğum deneyiminden memnun olduklarını ifade etmiştir (Tablo 4.4.3).
- Deneysel grubunun %77.8'i, kontrol grubunun ise %35.2'si doğum sonu ilk 30 dakika içinde yenidoğan ile ilk temaslarını gerçekleştirmiştir (Tablo 4.4.4).
- Deneysel grubunun ilk 60 dakika içinde emzirmeye başlama oranı %42.6 iken, kontrol grubunun emzirmeye başlama oranı %11.1 olarak saptanmıştır (Tablo 4.4.4).
- Deneysel grupta yer alan ve vajinal doğum yapan kadınların ortalama ağrı şiddeti 10 üzerinden 7.58 iken, kontrol grubunun 9.28 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.6).

- Doğumda sırasında uygulanan müdahaleler, doğumun süresi ve sorun gelişme açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4.3.1-4.4.3-4.4.5).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda yer alan önerilerde bulunulmuştur.

- Doğum korkusu ve sezaryen oranlarını azalttığı, yenidoğanın doğum sonuçlarını olumlu etkilediği için doğuma hazırlık eğitimleri Kuzey Kıbrıs'ta rutin antenatal bakım hizmetleri içinde devlet ve özel hastanelerde, özel kliniklerde sistemli ve programlı şekilde hemşireler ve ebeler tarafından yürütülmesi ve yaygınlaştırılması önerilir.
- Çalışmada doğuma ilişkin rutin yapılan uygulamalar ve sezaryenin fazla olduğu bulunduğu yapıma nedenleri ile görülme sıklığının Kuzey Kıbrıs'daki diğer özel ve hastanelerde araştırılması önerilir.
- Farklı model ve felsefeleri içeren doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum öncesi, doğum sonuçları ve doğum sonu döneme ilişkin yararlarına etkisinin araştırılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Aba, Y.A., Özkan, S., Ataman, H., Şık, B.A., Kumbasar, S., Bozkurt, M., & Çalışkan, E. (2016). Does preparation for childbirth training reduce the cesarean rate? *Proc Obstet Gynecol*, 6(3), Article 3 [10 p.]. Available from: <http://ir.uiowa.edu/pog/>
- ACOG Committee opinion 267. (2002). Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*, 99(1), 171-173.
- Adams, S.S., Eberhard Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*, 119(10), 1238-1246. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x.
- Akbayrak, T. ve Kaya, S. (2012). *Gebelik ve Egzersiz* 2.bs. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Aksoy, M., Aksoy, A.N., Dostbil, A., Çelik, M.G., & Ince, I. (2014). The relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth. *Obstetrics and Gynecology International*, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/274303>
- Aktan, B. (2015) Klinik pilates egzersizleri ve doğuma hazırlık eğitiminin sadece doğum eğitimine göre doğum sonuçları üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Alipour, Z., Lamyian, M., Hajizadeh, E. and Vafaei, M.A. (2011). The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(2), 1-6.
- Alpaydın, Y. (Ed. Işılak, D.H.). (2012). Yetişkinlerde Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Evlilik Öncesi Eğitimi Eğitici Kitabı (İkinci baskı), İstanbul: Nakış Ofset, 2012.
- Alpözgen Z., A. (2013). Meme kanseri tedavisine ilişkin üst ekstremitelerde sorunlarında pilates temelli egzersizlerin etkinliği. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Altıparmak, S. (2014). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- American Academy of Pediatrics (AAP)/ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Guidelines for perinatal care. AAP Committee on Fetus and Newborn and ACOG Committee on Obstetric Practice. [Internet]. Washington; 2007 [cited 2017 March 12]. Available from: <http://ebooks.aappublications.org/content/guidelines-for-perinatal-care-7th-edition>.
- Arsıanoğlu, E. (2008). Sekiz haftalık pilates egzersizlerinin orta yaş sedanter bayanların bazı kardiyovasküler risk faktörleri üzerine etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Ayers, S. (2014). Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*, 30(2), 145–148. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.001>
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG*, 116(9), 1167–1176. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x.
- Bernardo, L.M. (2007). The effectiveness of Pilates training in healthy adults: An appraisal of the research literature. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 11, 106–110.
- Brixval, C.S., Axelsen, S.F., Lauemoller, S.G., Andersen, S.K., Due, P., & Koushede, V. (2015). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes-a systematic review. *Systematic Reviews*, 4(1), 1-9.
- Buran, G. (2015). Doğum Öncesi Hazırlık Kursu Örneği: Deneyimler ve Sonuçları: 2013-2015. *Türkiye Klinikleri J.* 1(1), 25-32.
- Betrán, A.P., Ye, J., Moller, A-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A.M., & Torloni, M.R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *Plos One*. 11(2), e0148343. doi:10.1371/journal.pone.0148343.

- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth, *Journal of Midwifery*, 59(2), 192-197. doi: 10.1111/jmwh.12075.
- Chalmers, B. (2012). Childbirth across cultures: research and practice. *Birth*, 39(4), 276-290.
- Chuntharapat, S., Petpichetchian, W., & Hatthakit, U. (2008). Yoga during pregnancy: effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14(2), 105–115. doi: 10.1016/j.ctcp.2007.12.007.
- Clapp, JF., Kim, H., Burciu, B., Schmidt, S., Petry, K., & Lopez, B. (2002). Continuing regular exercise during pregnancy: Effect of exercise volume on fetoplacental growth. *Am J Obstet Gynecol*, 186(1), 142-7.
- Çiçek, Ö., Mete, S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 8 (4), 263-268.
- Çoşar, F. ve Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 18-30.
- Deluca, J. (2003). *Pilates For Wimps*. New York: Sterling Publishing.
- Demirel, Ö.F., Demirel, A., ve Duran, A. (2011). Stresin Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J*, 4(3), 13-8.
- Demirgöz, B.M., Dereli, Y.S. ve Kızılkaya, B. (2013). Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *F.N. Hem. Derg.*, 21 (2), 139-146.
- Demirsoy, G. ve Aksu, H. (2015). Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. *KASHED*, 2 (2), 36-45.
- Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T. ve Günaydın, S. (2014). Gebe eğitimi. *HSP*, 1(1), 68-76.
- Dönmez, S., Yeniçel, Ö. A. ve Kavlak, O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 908-920.

- Escott, D., Slade, P., & Spiby, H. (2009). Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*, 29, 617–622.
- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D.K., Smith J. (2014). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation, *Midwifery*, In Press, Accepted Manuscript, Available online 16 September 2014.
- Ferguson, S., Davis, D., & Browne, J. (2013). Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women and Birth*, 26,5–8.
- Forouhari, S., Yazdanpanahi, Z., Parsanezhad, M.E., & Raigan-Shirazi, M. (2009). The Effects of regular exercise on pregnancy outcome. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 11(1), 57-60.
- Gagnon, A.J., & Sandall, J. (2011). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002869. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858> (pub2)
- Ghodsi, Z. and Asltoghiri, M. (2012). Does exercise training during pregnancy affect gestational age and gestational weight gain? *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 31, 418 – 422.
- Göker, B. (2012). Gebelerde klinik pilates egzersizlerinin abdominal kas kuvveti ve diastasis recti abdominis oluşumuna etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Guszkowska, M. (2014). The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(2), 176-189. doi: 10.1080/10615806.2013.830107.
- Güngör, İ., Rathfisch, G. ve Kızılkaya B., N. (2013). Kadın sağlığı hemşirelerinin rol yetki ve sorumluluklarının uluslararası düzeyde irdelenmesi. *F. N. Hem. Derg.* 21(1), 49-56.
- Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M., Åstedt-Kurki, P. (2017). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT, *Scand J Caring Sci.* 31, 293–301.

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara: Türkiye; 2014.
- Handelzalts, J.E., Becker, G., Ahren, M.P., Lurie, S., Raz, N., Tamir, Z., & Sadan, O. (2015). Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Arch Gynecol Obstet*, 291(5), 1055–1062. doi: 10.1007/s00404-014-3532-x.
- Herdman, A., & Wood, J.G. (2006). A gaia busy person's guide pilates. Simple routines for home, work & travel. *Pilates for pregnancy*. China: Gaia Books.
- Hollins M, C.J. (2012). The importance of education in preparing women for childbirth. *Nurse Education in Practice*, 12, 240–241.
- Hollins M, C.J. and Robb, Y. (2013). Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. *Nurse Education in Practice*, 13, 512-518.
- Hopkins, S.A., & Cutfield, W.S. (2011). Exercise in pregnancy: weighing up the long-term impact on the next generation. *Exercise and sport sciences reviews*, 39(3), 120-127.
- International Pilates Federation (IPF). (2011). Hamile pilatesi eğitim modülü. İzmir.
- Ip, W.Y., Tang, C. SK., &Goggins, W.B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2125–2135. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x
- Isacowitz, R. and Clippinger, K. (2011). *Pilates Anatomy*. Human Kinetics, New Zealand.
- İsbir, G.G., Serçekuş, P. ve Çoker, H. (2015). Doğuma hazırlık eğitiminin doğum deneyimi ve doğumdan memnuniyet üzerine etkisinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J*. 1(1), 10-5.
- İsbir, G.G., Inci, F., Onal, H. and Yıldız, P.D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*. 32, 227-232. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.013>

- Jeyrani, M.N., Zeidi, B.M, Malekzadegan, A., & Hossaini, F. (2009). The effect of childbirth preparation classes on fear of childbirth and severity of labor pain in pregnant women reoffered to Akbarabady hospital of Tehran, 2008. [Free communication (oral) presentations]. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 93–396.
- Joseph H. Pilates <http://cobpilatesetfitness.free.fr/Historique.html>
- Kalayi Madhavanprabhakaran, G., D’Souza, M.S., & Nairy, K.S. (2017). Effectiveness of childbirth education on nulliparous women’s knowledge of childbirth preparation, pregnancy anxiety and pregnancy outcomes. *Nurs Midwifery Stud.*, 6(1): 325-26.
- Karaçam, Z. ve Akyüz, E. Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakımve ebe / hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 45-53.
- Karabulut, Ö., Potur, C.D., Merih, Y.D., Mutlu, S.C and Demirci, N. (2016) Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63, 60-67.
- Karimi, S., Kazemi, F., Masoumi, S.Z., Shobeiri, F., & Roshanaei, G. (2016). Effect of Consultation and Educating in Preparation Classes for Delivery on Pregnancy Consequences: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Electronic Physician*, 8(11), 3177-83. doi: <http://dx.doi.org/10.19082/3177>
- Kızılırmak A, Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19–24.
- King, M. and Green, Y. (2002). *Pilates Workbook For Pregnancy*. Kanada: Octopus Publishing Group.
- Kitapçioğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., & Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1), 47-54.
- Knight, L. (2004). *Lucy Knight’s Pilates Gymball Workout*. IMC Vision.
- Küçükçakır, N. (2011). Postmenopozal osteoporozlu kadınlarda pilates egzersizlerinin ağrı, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine etkinliği. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Kömürcü, N. ve Ergin, A.B. (2008). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.

- Körükçü, H.Ö. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği a versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, 2009.
- Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri 2013. Doğum Verileri. Alıntı Tarihi: 23 Aralık 2014. https://www.saglikbakanligi.com/html_files/istatistikler/2013_ISTATISTIKLERI/ist_atistik2013.html
- Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Yataklı Tedavi Kurumları Yasası. 28 Aralık 2014. www.saglikbakanligi.com/.../yasalar/yasalar.../34-2007_Yatakli_Tedavi_Kurumlari_D...
- Larkin, P., Begley, C.M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), 49-59.
- Laursen, M., Johansen, C., Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 116, 1350–55.
- Lee, L.Y.K. and Holroyd, E. (2009). Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. *International Nursing Review*, 56, 361–368.
- Lothian JA. (2007). The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *The Journal of Perinatal Education*, 16(1), 89-92. <https://doi.org/10.1624/105812407X173245>
- Lowdermilk, D.L. and Perry, S.E.. (2007). Childbirth and perinatal education. *Maternity & Women's Health Care* (9th ed.) China: Mosby.
- Littleton, L.Y. and Engebretson, J.C. (2005). Childbirth Preparation. *Maternity Nursing Care*, New York: Delmar Thomson Learning.
- Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. L., On behalf of the Bidens Study Group. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, 99–106.
- 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(1), 67–78. doi: 10.1111/J.1365-2648.2007.04380.X

- Masoumi, S.Z., Kazemi, F., Oshvandi, K., Jalali, M., Esmaceli-Vardanjani, A., Rafiei, H. (2016). Effect of training preparation for childbirth on fear of normal vaginal delivery and choosing the type of delivery among pregnant women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial. *J Fam Reprod Health*, 10(3), 115-121.
- Mete, S. (2013a). Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *DEUHYO ED*, 6(2), 93-98.
- Mete, S. (2013b). Doğuma Hazırlık Sınıfları ve Doğal Doğum. I. Ulusal Doğal Doğum Kongresi (Sözel Bildiri). İstanbul Üniversitesi Kongre Kültür Merkezi, 24-26 Nisan 2013, İstanbul.
- Mete, S., Ertuğrul, M. ve Uludağ, E. (2015). Bir Doğuma Hazırlık Eğitim Programı "Doğumda Farkındalık". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 131-141.
- Mete, S., Gökçe İ., İ., Çeçe, Ö. ve Tokat A., M. (2013). Doğuma hazırlık sınıfının doğum korkusuna, doğuma hazır oluşuğa ve doğum şekli tercihine etkisi. I. Ulusal Doğal Doğum Kongresi. Sözel Sunum, İstanbul Üniversitesi kongre kültür merkezi, 24-26 Nisan 2013, İstanbul.
- Miquelutti, M.A., Cecatti, J.G., & Makuch, M.Y. (2013a). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(171), 1-8. doi: 10.1186/1471-2393-13-171
- Miquelutti, M.A., Cecatti, J.G., & Makuch, M.Y. (2013b). Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(154), 1-9. doi: 10.1186/1471-2393-13-154
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E.L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section - a Cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88, 807-813.
- Okumuş, H., Mete, S., Aytur, T., Yenal, K., & Demir, N. (2002). Effectiveness of childbirth education class on labor outcomes. *Journal of Clinical Sciences & Doctor*, 8, 771-775.

- Okumuş, H., Yenal, K., Durgun O., Y. ve Öztürk, E. (2015). Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar: Literatür derlemesi. *Türkiye Klinikleri J.* 1(1), 16-24.
- Oran T., N., Can Ö., H., Akmeşe B., Z., Yücel, U., Gür, E., Turan, G. A., Takar, S. (2014). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve doğum beklentilerinin değerlendirilmesi.I. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Sözel Sunum, Ege üniversitesi, 18-19 Aralık 2014.
- Onat Bayram, G. ve Hotun Şahin, N. (2010). Doğuma hazırlık eğitimi modelleri ve güncel yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7 (3), 36-42.
- Özcerezci, Güner. Ö., Kavlak, O. (2016). Perinatoloji ve Bakım. Editörler: Sevil Ü. ve Ertem G. İstanbul: Nobel Kitabevi.
- Wilson, W.H. and Lowdermilk, P. (2006). Birth and Perinatal Education. Maternal Child Nursing Care (3rd Edition), New York: Elsevier Mosby.
- Pilates. Erişim Adresi: <http://www.pilatesfederasyonu.com/>. Erişim Tarihi:1.3.2015
- Price, B.B., Amini, S.S. and Kappeler, K. (2012). Exercise in pregnancy: effect on fitness and obstetric outcomes-a randomized trial. *Medicine & Science in Sports & Exercises*, 44(12), 2263-2269. doi: 10.1249/MSS.0b013e318267ad67.
- Pillitteri, A. (2007). Childbirth Education. Maternal & Child Health Nursing (5rd Edition). New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmaki, E. and Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women–randomised trial. *BJOG*, 120(1), 75-84. doi: 10.1111/1471-0528.12011.
- Rad, L.S. and Jahanshiri, A. (2013). Effect of a period of exercise during pregnancy on certain delivery parameters. *European Journal of Experimental Biology*, 3(2), 78-85.
- Ryding, E.L., Wijma, K., & Wijma, B. (1998). Predisposing psychological factors for posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77, 351-352.
- Şahin, N., Dinç, H. ve Dişsiz, M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62.

- Sayiner, F.D. ve Özerdoğan, N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3),143-148.
- Rice Simpson, K, Creehan P.A. Perinatal Nursing. (2014). AWHONN Promoting the Health of Women and Newborns. Fourth Edition. London: Wolters Kluwer.
- Seller, A. (2012). Gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentileri. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Serçekuş, P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 239-242.
- Serçekuş, P. (2010). Doğuma hazırlık sınıfı ve bireysel eğitimin gebelik ve postpartum uyuma etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Serçekuş, P. and Mete, S. (2010). Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (5), 999-1010. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05253.x.
- Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155-162.
- Serçekuş, P. ve Başkale, H. (2014). Antenatal eğitim sınıflarının doğum korkusu ve maternal öz yeterlilik üzerine etkisi [Poster Sunum]. I. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Ege üniversitesi, 18-19 Aralık 2014.
- Serçekuş, P. ve İsbir, G.G. (2012). Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 11(1), 97-102.
- Serçekuş, P. ve Yenal, K. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiye'deki gelişimi. *Türkiye Klinikleri J.* 1(1), 33-35.
- Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S. ve Budak, B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(4), 165-167.
- Storksens, H.T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S. and Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91, 237-242. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x.
- Svensson, J., Barclay, L. & Cooke, M. (2009). Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery*, 25(2), 114-125.

- Şeker, S. ve Sevil, Ü. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. *Türkiye Klinikleri J.* 1(1), 1-9.
- Şen, H. (2015). Yetişkin eğitimi ve doğuma hazırlık sınıfları. *Türkiye Klinikleri J.* 1(1), 36-9.
- Terzioğlu, F. (2016). Ebeveynliğe Hazırlama ve Doğum Öncesi Bakım. In L. Taşkın (Ed.). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık. ss.160-166
- Yenal, K ve Sevil, Ü. (2012). The effect of web-based childbirth education program on activities of daily living of pregnant women. *Health Med.* 6(3), 930-8.
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D.K., Buist, A., & Ryding, E.L. (2014a). Psycho-social predictors of childbirth fear in pregnant women: an Australian study. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4(9), 531-543. <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.49075>
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D.K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E. L. (2014b). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women, *Birth*, 41(4), 384-94.
- Türk Dil Kurumu (TDK). Erişim: 20.02.2015, <http://www.tdk.gov.tr/>
- Türk Hemşireler Derneği. Erişim: 21.02.2015, <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/menu/yasa-ve-yonetmelik/hemsirelik-yonetmeligi-2010-2011.aspx>.
- Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı. (2012). Yıllara ve Sektörlere Göre Sezaryen ve Primer Sezaryen Oranları. Ankara, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, 2013; 54-55.
- Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. (2013). *Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitici Kitabı*. Ankara.
- Uçar, E. (2013). Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B versiyonu'nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Uçar, T. ve Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 54-58.
- Walker, D.S. and Worrell, R. (2008). Promoting healthy pregnancies through perinatal groups: a comparison of Centering Pregnancy group prenatal care and childbirth education classes. *The Journal of perinatal education*, 17 (1), 27-34.
- World Health Statistics (WHO). (2014). Births by caesarean section [Internet]. [cited 2014 Oct 9]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf, 2014.
- WHO. (2006). Standards for maternal and neonatal care. In: Safer MP, ed. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 72.
- Wells, C., Kolt, G. S., and Bialocerkowski, A. (2012). Defining pilates exercise: a systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 20, 253-262.
- Wijma, K., Wijma, B. and Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 19, 84-97.
- Vizuel Analog Skala (VAS). Erişim:9 Ekim 2014, www.spinetr.com/Uploads/files/skor/VizuelAnalogSkala.pdf.
- Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi. Alıntı Tarihi: 23 Aralık 2014. <http://www.neareasthospital.com/tr/>.
- Yanikkerem, E., Göker, A. ve Piro, N. (2013). Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(2), 75-81.

EK 1: Tanıtıcı Bilgileri İçeren Anket Formu

DENEY GRUBU () (*Sınıfı:*) *KONTROL GRUBU* ()

Adı soyadı:

E-mail:

Adres:

Telefon numarası:

1. Kaç yaşındasınız? ()
2. Uyuşgunuz nedir?
 1. KKTC ()
 2. TC ()
 3. KKTC-TC ()
 4. Diğer ()
3. Medeni durumunuz nedir?
 1. Evli ()
 2. Bekar ()
 3. Boşanmış ()
4. Ailede birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?
 1. Eşim ve ben ()
 2. Eşim, ben ve
5. Eğitim durumunuz nedir?
 1. Okur yazar değil ()
 2. İlkokul ()
 3. Ortaokul ()
 4. Lise ()
 5. Üniversite ()
 6. Yüksek Lisans ()
 7. Doktora ()
6. Mesleğiniz nedir?
 1. Ev Hanımı ()
 2. Memur ()
 3. İşçi ()
 4. Serbest meslek ()
 5. Diğer (Lütfen açıklayın)
7. Çalışıyor musunuz?
 1. Çalışıyorum (İşiniz.....)
 2. Çalışmıyorum ()
 3. Hamileliğim nedeni ile çalışmaya ara verdim ()
8. Sosyal güvenceniz var mı?
 1. Var ()
 2. Yok ()
9. Aylık gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?
 1. Gelirim giderime eşit ()
 2. Gelirim giderinden az ()
 3. Gelirim giderimden fazla ()
10. Hamileliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?..... Son adet tarihiniz ()

EK 2: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu

© 2005 K. Wijma ve B. Wijma

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancuları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancularınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancularınızı ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli değil.*

I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	mükemmel					mükemmel değil

2	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	korkunç					korkunç değil

II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	yalnız					yalnız değil

4	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	güçlü					güçlü değil

5	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	kendinden emin					kendinden emin
	değil					

6	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	korkmuş					korkmamış

7	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	yüzüstü bırakılmış					yüzüstü
	bırakılmamış					

II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

8	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece güçsüz					Hiç güçsüz değil
9	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece güvende					Hiç güvende değil
10	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece bağımsız					Bağımlı
11	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece umutsuz					Hiç umutsuz değil
12	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece gergin					Gerginlik yok
13	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece memnun					Hiç memnun değil
14	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece hoşnut					Hiç hoşnut değil
15	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece terkedilmiş					Hiç terkedilmemiş
16	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Tamamen kendine hakim değil					Hiç kendine hakim
17	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece rahat					Hiç rahat değil
18	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece mutlu					Hiç mutlu değil

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

- 19 0 1 2 3 4 5
Aşırı panik Hiç panik değil
- 20 0 1 2 3 4 5
Aşırı ümitsizlik Ümitsizlik yok
- 21 0 1 2 3 4 5
Aşırı çocuğa kavuşma isteği Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
- 22 0 1 2 3 4 5
Aşırı öz güvenli Öz güveni yok
- 23 0 1 2 3 4 5
Son derece güvenli Kendine güvensiz
- 24 0 1 2 3 4 5
Aşırı ağrılı Hiç ağrı yok

IV Doğum sancularınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

- 25 0 1 2 3 4 5
Son derece kötü bir şekilde davranacağım Kötü bir şekilde davranmayacağım
- 26 0 1 2 3 4 5
Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim
- 27 0 1 2 3 4 5
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim Kontrolümü kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

- 28 0 1 2 3 4 5
 Son derece Hiç
 keyif verici keyif verici değil
- 29 0 1 2 3 4 5
 Son derece Hiç
 doğal doğal değil
- 30 0 1 2 3 4 5
 Tamamen olması Hiç olması gerektiği
 gerektiği gibi gibi değil
- 31 0 1 2 3 4 5
 Son derece Hiç
 tehlikeli tehlikeli değil

VI Son bir ay içinde dođum sancıları ve dođumunuz ile ilgili dűşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

32 ...doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin dűşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
 Hiç Çok sık

33 ... doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin dűşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
 Hiç Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

EK 3: Doğum Sonuçlarına İlişkin Veri Toplama Formu

A. Doğum Süreci ve Doğum Sonuçlarına İlişkin Veriler:

(Hemşire gözlem formu, hasta dosyası ve sağlık personellerinden toplanacak olan veriler)

1. Hastaneye geliş saati ve tarihi:
2. Hastaneye/doğumhaneye başvurma nedeni:
 1. Kasılma/ağrıları başladı ()
 2. Amniyon sıvısı geldi ()
 3. Nişanesi geldi ()
 4. Tahmini doğum tarihi geçti ()
 5. Sezaryen ()
 6. Diğer.....
3. Doğumun gerçekleştiği hamilelik haftası:
4. Doğum şekli:
 1. Vajinal Doğum ()
 2. Sezaryen Doğum ()
5. Sezaryen operasyonunun planlı olma durumu:
 1. Planlı sezaryen () Analjezi/Anestezi tipi:
 2. Plansız sezaryen () Analjezi/Anestezi tipi:
6. Sezaryen olma nedeni:
 1. Kendi isteği ()
 2. Doktorun tercihi ()
 3. Bebeğin sıkıntıda olması ()
 4. Zor doğum ()
 5. Makat geliş ()
 6. Baş-pelvis uyumsuzluğu ()
 7. Plasenta ile ilgili sorun ()
 8. Hipertansif hastalık gibi sistemik hastalıklar ()
 9. Diğer (.....)
7. Doğumun birinci evresinin toplam süresi:
8. Doğumun ikinci evresinin toplam süresi:
9. Doğumda uterus kontraksiyonları için indüksiyon yapılma durumu:
 1. Yapıldı ()
Yapılan ilaçlar: Synpitan ()
Cytotec ()
Diğer ()
 2. Yapılmadı ()
10. Doğumda servikal dilatasyon için indüksiyon yapılma durumu:
 1. Yapıldı ()
Yapılan ilaçlar: Propess ()
Diğer ()
 2. Yapılmadı ()
11. Doğum sürecinde yapılan diğer müdahaleler:
 1. Epidural anestezi ()
 2. Epizyotomi ()
 3. Amniyotomi ()
 4. Diğer.....

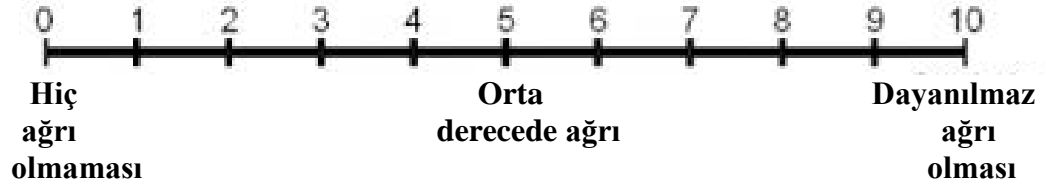
12. Perine bölgesinde yırtık oluşma durumu:
1. Oluştı ()
 2. Oluşmadı ()
13. Doğum sırasında sorun gelişme durumu:
1. Gelişti () Gelişen sorun:
 2. Gelişmedi ()
14. Yenidoğanın sağlık durumu:
1. İyi ()
 2. Kötü () Mevcut Sorun:
15. Yenidoğanın kilosu:
1. 2500 gr altı ()
 2. 2500-3000 gr ()
 3. 3000-3500 gr ()
 4. 3500-4000 gr ()
 5. 4000 üzeri ()

B. Annenin Doğum Sürecine İlişkin Belirttiği Veriler:

1. Doğumun ilk evresinde destek (duygusal/fiziksel/öğretici veya savunucu) alma durumu:
 1. Aldı () Destek alınan kişi/kişiler:
 2. Almadı ()
2. Doğum kasılmalarına karşı herhangi bir baş etme tekniği veya tekniklerini kullanma durumu:
 1. Kullanıldı () Kullanılan baş etme teknikleri:
 2. Kullanılmadı ()
3. Doğum sırasında herhangi bir sorun yaşama durumu:
 1. Yaşadı () Yaşanılan sorun:
 2. Yaşamadı ()
4. Doğum deneyiminden memnun olma durumu:
 1. Memnun ()
 2. Memnun değil ()
 3. Kısmen memnun ()
5. Yenidoğanın anne ile ilk temas zamanı:
 1. Doğum salonunda ilk yarım saat içinde ()
 2. 30-60 dakika içinde ()
 3. 1-2 saat içinde ()
 4. 2-4 saat içinde ()
 5. Diğer (Lütfen açıklayınız).....
6. Yenidoğanın ilk emzirmeye başlanma zamanı:
 2. Doğum salonunda ilk yarım saat içinde ()
 3. 30-60 dakika içinde ()
 4. 60 dakikanın üzerinde ()
 5. 1-2 saat içinde ()
 7. Diğer (Lütfen açıklayınız).....

EK 4: Vizual Analog Skalası (VAS)

Doğumda hissettiğiniz ağrı şiddetini aşağıdaki skala üzerinde işaretleyiniz.



Ek 5: Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam Formu

Araştırmanın açıklaması:

Bu araştırma, Kuzey Kıbrıs'ta Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Dr. Burhan Nalbantoğlu Hastanesinde verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ve doğum sonuçlarına etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Çalışma, Kuzey Kıbrıs'ta doğuma hazırlık sınıflarının sistematik ve programlı bir şekilde yürütülmeye başlanması, Sağlık Bakanlığı benzeri birimlerde sağlık hizmetlerinin planlanmasında yol göstermesi açısından son derece önemlidir. Sizin de bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz.

Araştırmada sizden kısa tanıtıcı bilgiler alındıktan sonra 8 hafta ara ile iki kez doğum korkusuna ilişkin sorularla birlikte doğum korkusu ölçeği uygulanacaktır. Deney grubunda yer alan kadınlar 8 haftalık doğuma hazırlık eğitimine tabi olacaktır. Bu program sizi olumsuz etkilemeyecektir. Kontrol grubu bu programa katılmayacaktır. Doğum için belirtilen hastaneye gittiğinizde araştırmacı ile bağlantı kurup haber vermeniz gerekmektedir. Araştırmacı hastanede ziyaretinize gelip sağlık ekibinden ve size ait dosya/belgelerden doğum sonuçlarınıza ilişkin veriler toplayacaktır.

Veri toplama formlarındaki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Araştırmadan elde edilen veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde, hamilelere verilen hizmetlerin planlanmasında veya bilimsel yayınlarda kullanılabilir. Verileriniz, bu amaçların dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gülşen Vural tarafından yönetilmektedir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Uzman Hemşire Dilek Sarpkaya
Doktora Öğrencisi

*Adres: Yakın Doğu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
Eczacılık Fakültesi 4. Kat, YDÜ Bulvarı-Lefkoşa/KKTC
Tel: 0533 883 80 66*

Katılımcının Beyanı:

Sayın doktora öğrencisi Uzman Hemşire Dilek Sarpkaya tarafından, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında bir araştırma yapılacağını belirtilerek araştırma ile ilgili yukarıda yer alan bilgiler bana aktarıldı. Bilgi aktarımından sonra çalışmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırmaya katılımım sonucunda mahremiyetimin korunacağına, araştırma sırasında bana büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceğim. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Uygulama sırasında araştırma ile ilgili bir sorum olduğunda herhangi bir saatte araştırmacı Uzman Hemşire Dilek Sarpkaya'yı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünce süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı, Soyadı: Uzm. Hem. Dilek Sarpkaya

Adres: YDÜ-Hemşirelik Bölümü

Tel: 0533 883 80 66

İmza:

Ek 6: Doğuma Hazırlık Eğitim Kitapçığı

DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Uzman Hemşire Dilek Sarpkaya
Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Bölümü Öğretim Elemanı,
Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği Doktora Öğrencisi,
IPF Hamile Pilatesi Eğitmeni

Bu kitapçığın telif hakkı Uzm. Hem. Dilek Sarpkaya'ya aittir.

DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ GİRİŞ

Kadınların doğumla ilgili duydukları, kendi aralarında paylaşarak yaydıkları, medyada gösterilen ağrılı doğum sahneleri, olumsuz doğum imajı oluşmasına neden olabilmektedir. Doğumun ağrılı, korkutucu bir olay oluşuyla ilgili imaj; kadının normal doğum yapabilme konusunda kendine olan güvenini azaltmaktadır.

Doğum korkusunun birçok nedeni olmakla birlikte, **en önemli nedeni bilgi eksikliğidir**. Bu bilgi eksikliği doğuma ve doğum kasılmasını yönetmeye ilişkin bilgilerin verildiği **doğuma hazırlık kursuları** ile giderilmektedir. Dolayısıyla doğum korkusunu azaltarak normal doğum için kendinize güven duygusunu geliştirmiş oluyoruz.



OYSA BİZİM İSTEDİĞİMİZ.

*Sağlıklı bir doğum için korku-gerginlik-ağrının engellenmesidir. Doğumdaki ağrı ile değil **KASILMALARLA** baş etmemizdir. Bu, ancak doğuma iyi bir hazırlık ile mümkün olabilir.*

DOĞUMA HAZIRLIK SINIFLARI

Günümüzde Dünyada ve Türkiye’de doğum öncesi eğitim sınıflarında belirli bir yöntem kullanımının yanında birçok yöntem bir arada da kullanılmaktadır.

Doğum öncesi eğitimde kullanılan tüm yöntemlerin içinde **gevşemenin** önemi üzerinde durulmaktadır.

SİZLERE VERİLECEK OLAN DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN YARARLANDIĞI FELSEFELER;

- Doğumun doğal bir süreç olduğudur. Kadınların önemli bir bölümü doğuma ilişkin korku ve önyargılardan kurtulur ve bedenlerine güvenerek normal doğum yapabilir.
- Doğumda korkularla baş etme ve doğuma hazır oluşluk verilen **BİLGİ** ve **HAMİLE PİLATESİ** ile sağlanabilir.

DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN AMAÇLARI

1. Doğuma fiziksel ve ruhsal olarak hazırlanmayı desteklemek,
2. Doğum öncesi dönemde doğumla ilgili korkuları gidererek doğumda korku, ağrı ve gerginlik döngüsünü kırmak,
3. Hamilelere rahat bir doğum için hamile pilatesini öğretmek ve uygulatmak,
4. Doğum kasılmaları ile baş etme teknikleri hakkında bilgi ve beceri kazandırmak
5. Doğumun şekli ne olursa olsun annenin bilinçli, mutlu ve güzel bir doğum tecrübesi yaşamasına, bebeğini erken ve etkili emzirmesine katkı sağlamak.

DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN YARARLARI

- Hamileliğinizde görülebilecek değişiklikler ve rahatsızlıklar konusunda bilgi kazandırarak **hamileliğiniz rahat geçirmenize** katkı sağlar.
- Normal doğum için **kendinizi güçlü** hissettirir.
- **Doğumda korku-ağrı-gerginlik** döngüsünü kendi baş etme mekanizmalarınızla **yok edebilir.**
- Doğum kasılmaları ile baş edebilmeyi öğrenip **olumlu bir doğum deneyimi yaşamanıza** yardım eder.
- **Anneliğe hazır** hissettirir.
- Bebeğinizi **erken ve etkili bir şekilde emzirmenizi sağlar.**
- Doğumda **gerekli durumlarda yapılan müdahalelere ve sezaryena** karşı olumsuz tutum geliştirmez, sonuçta doğuma bilinçli ve korkusuz yaklaşmanızı sağlar.

HAMİLE PİLATESİNİN ÖNEMİ VE YARARLARI

Hamilelikte Egzersiz

- **Her sağlıklı kadın hamileliğin başlangıcından itibaren uygun egzersizleri yapabilir.**

NOT: Kaynaklar sağlıklı hamilelerde ilk 3 ayda egzersizlerin düşüğe yol açmadığını belirtmektedir. Sağlıklı bir hamileliğin başlangıcından itibaren anne

adaylarına **hafif egzersizlerden pilates, yoga, yüzme, sabit bisiklet sürme ve yürüyüş** önerilmektedir.

- Hamile pilatesi düzenli yapılmalıdır. Haftada en az 2 veya 3 kez, hamilelik haftasına ve hamilenin kapasitesine göre en az 20 dakika, en fazla 60 dakikaya kadar yapılabilir.

HAMİLE PİLATESİNİN YARARLARI

- Doğum esnasında bize yardımcı olan leğen kemiğini saran kasları kuvvetlendirir.
- Omurgayı sabitleyen, dik durmasını sağlayan ve beli sabitleyen, vücudun dengesini sağlayan en önemli kasları kuvvetlendirerek anne adayının ağrısız, rahat bir hamilelik yaşamasını sağlar. Hamilelerin karın kaslarını güçlendirir.
- Kadın doğum sırasında gerekli olan solunum ve gevşeme egzersizlerini daha iyi yapabilir.
- Doğum sırasında oluşabilecek yırtıkları azaltır.
- Hamilelik ve sonrasında oluşan idrar kaçırma problemlerini ortadan kaldırır.
- Doğum sonrasında rahimin çok daha kolay ve hızlı toparlanmasını sağlar.
- Hem fiziksel olarak hem psikolojik olarak daha rahat ve güçlü hissettirir.
- Doğumdan sonra vücudun ve karın bölgesi kaslarının eski haline dönmesini hızlandırır.
- Kol ve bacaklardaki şişlikleri, bel ağrılarını azaltır.

HAMİLE PİLATESİNİN YARARLARI

Hamile pilatesi uygun müzikler eşliğinde yapıldığında;

Müzik bebeği rahatlatırken, zekasının, yaratıcılığının, sosyal becerilerinin ve yeteneğinin ortaya çıkmasını da sağlamaktadır.

Melodiler sayesinde bebeğin ilk öğrenme merkezleri yakalanmaya çalışılmaktadır.



HAMİLELİĞİ SON ÜÇ AYINDA GÖRÜLEBİLECEK DEĞİŞİKLİKLER, RAHATSIZLIKLAR VE ÖNERİLER



Hamileliğin Son Aylarında Görülebilecek Fiziksel Rahatsızlıklar, Değişiklikler;

- Sık idrara çıkma
- Memelerde hassasiyet
- Hazneden gelen akıntıda artma
- Mide ve Yemek Borusunda Yanma Hissi, Hazımsızlık, Şişkinlik, Reflu
- Ayak bileklerinde şişlik
- Varis
- Basur
- Sırt ağrısı
- Kabızlık
- Diş Eti problemleri
- Baygınlık hissi
- Terleme ve isilik
- Kas Krampları
- Yorgunluk
- Nefes almada güçlük
- Uyuma güçlüğü
- Ciltte çatlama
- Karında kasılmalar, ağrı

SIK İDRARA ÇIKMA, İDRAR KAÇIRMA

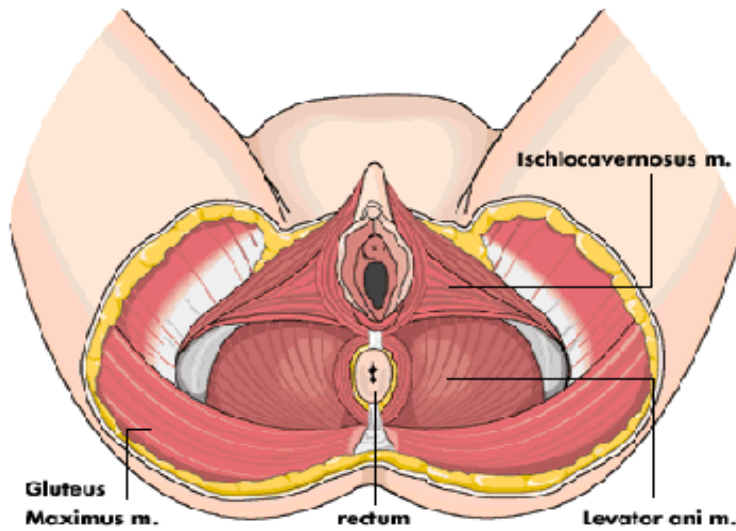
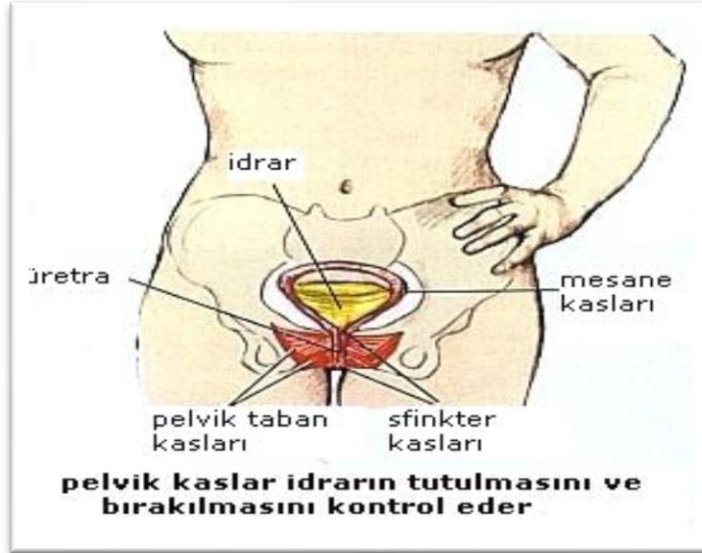
Nedenleri; Vücuttaki kan miktarında oluşan artış, mesaneye olan baskı, hormonal değişimler, idrar yolu ve mesane kaslarında oluşan gevşemeler.

ÖNERİLER;

- Hamilelikte sık idrara çıkmayı önlemek için **sıvı alımı asla kısıtlanmamalıdır.** (sadece gece yatmadan 2 saat önce alınan sıvı kesilebilir)
- Çay ve kahve tüketimini azaltın.
- İdrar torbasının uyanıkken her iki saatte bir boşaltılmasını sağlayın, idrarınızı ertelemeyin.
- Perine hijyenine dikkat edin.
- Kegel egzersizleri uygulayın.

KEGEL EGZERSİZLERİ

1. İdrarınızı yaparken idrar akışını durdurup bırakın. İşeme sırasında idrar akışını durdurabiliyorsanız kullandığınız kaslar doğru kaslardır.
 2. Gaz çıkışını durdurmayı başarıyorsanız kullandığınız kaslar doğru kaslardır.
- Başka kasların kasılmaması gerekmektedir.



1. **Yavaş teknik:** İdrar akışını ve gaz çıkışını durdurmada kullanılan bu iki kas grubu sıkılır, 3'e kadar sayılır (nefes alırken), sonra nefes verilerek kaslar gevşetilir.
2. **Hızlı teknik:** Bu iki kas mümkün olduğu kadar hızlı olarak sıkılır ve gevşetilir.
3. **İçe çekme-dışa itme:** İçi su dolu bir küvetin içine oturduğunuzu düşünün. Suyu haznenizin içine doğru çekin. Haznede var olduğunu düşündüğünüz suyu yukarı doğru emer gibi kalça kasları sıkılarak içinize çekin, sonra suyu hazneden itmeye çalışır gibi aşağı doğru itin.



Bu egzersizleri günde en az 3 kez, 10-15 defa yapın

Her gün 3 pozisyonu kullanarak tekrarlayın (yatarak, oturarak, ayakta)

MEMELERDE HASSASİYET

Nedenleri; Progesteron ve östrojen hormonun artması, büyüme ve gelişmeye bağlı

ÖNERİLER;

- Memeleri iyi saran ve destekleyen, geniş askılı sütyen kullanın.
- Rahat geniş giysiler giyin.
- Memelerin çok ağrılı olduğu zamanlarda soğuk uygulama yapın.
- Günlük duş alın. Memelerinizden süt akımı olması durumunda memelerinizi kuru tutmaya özen gösterin.
- Memelerinize erken doğum olasılığı için fazla dokunmaktan kaçınin.

HAZNEDEN GELEN AKINTI

Nedenleri; Artan hormonlar hazneden gelen renksiz, kaşıntısız ve kokusuz bir akıntıya neden olabilir. Bu akıntı normaldir.

ÖNERİLER;

- Günlük banyo ya da duş alın.
- Vajinal duştan ve tampon kullanımından kaçınin.
- Sıkı, naylon külot ve külotlu çorap kullanımından kaçınin.
- Pamuklu iç çamaşırları tercih edin, yatarken külot kullanmayın.
- Günde bir kez çamaşır değiştirin.
- Akıntıda meydana gelen **pis koku, renk değişikliği, kaşıntı, yanma vb.** durumlarda bir sağlık kuruluşuna başvurun.

MİDE VE YEMEK BORUSUNDA YANMA HİSSİ, HAZIMSIZLIK, ŞİŞKİNLİK

Nedenleri; Rahmin büyüyerek mideye baskı yapması, progesteron hormonunun mide hareketlerini yavaşlatması ve midenin üst kapağının gevşemesidir.

ÖNERİLER;

- Çok yağlı, baharatlı ve kızartılmış yiyeceklerden kaçınma, yatmadan 2 saat önce yeme-içmeden kaçınin.
- Yemeklerden sonra bir süre dinlenin (1 saat dik veya yarı oturur pozisyonda kalın), uyurken başınızı yüksekte tutun.
- Her gün yeterli miktarda sıvı alın (en az 8-10 bardak).
- Az miktarda ve sık aralıklarla beslenin.
- Şikayetleriniz çok rahatsız edici olduğunda doktorunuzla görüşerek ilaç alın.

REFLU

Nedenleri; Yemek borusu ile mide arasında yer alan kapağın gevşemesi

ÖNERİLER;

- Sık aralıklarla az yemek yiyebilirsiniz, mideyi tıka basa doldurmayın, mide içerisinde mayalanma oluşturacak tatlı ve ekşi yiyecekleri birlikte almayın.
- Yatmadan 2 saat önce yemeyi kesin
- Şikayetleriniz çok arttığında hekim önerisi ile antiasit ilaçlar kullanabilirsiniz.

KABIZLIK ve GAZ PROBLEMLERİ

Nedenleri; Progesteron hormonunun barsak hareketlerini yavaşlatması, büyüyen rahmin barsaklara baskı yapması

ÖNERİLER;

- Posalı-lifli (*erik, elma, kayısı, tam tahıl ürünleri, kuru baklagiller, kepekli ekmek vb.*) ve zeytinyağlı gıdaları tüketin.
- Bol su tüketin (*günde 8-10 bardak*).
- Sabah aç karnına ılık su için.
- Sık sık az miktarda yiyin ve besinleri iyice çiğneyin.
- Yürüyüş-egzersiz yapın.
- Çok rahatsız edici olduğunda doktora başvurun.

HEMORÖİD (BASUR)

Nedenleri; Makat bölgesindeki damarların gevşemesi ve bebeğin makat çevresindeki damarlara bası yapması

Belirtileri; Makatta sızı, şişlik, kaşıntı, ağrı ve kanama.

ÖNERİLER;

- Hamilelikte ya da doğumda oluşan hemoroidler, doğum sonu dönemden sonra kaybolur.
- Kabız kalmaktan kaçının.
- Bol sebze, lifli gıdalar alın.
- Her gün belli bir saatte dışkılamaya dikkat edin.
- Her gün belli bir saatte klozete oturun.
- Uzun süre ayakta, aynı pozisyonda kalmaktan kaçının.
- Bacaklarınızı ve kalçanızı yükselterek dinlenin.
- Çok rahatsız olduğunuzda doktorunuza başvurun.

AYAK BİLEKLERİNDE ve BACAKLARDA ŞİŞLİK

Nedenleri; Damarların genişlemesi, yapısının bozulması, vücudun alt organlarına giden damarlara olan bası, vücutta sıvının toplanması

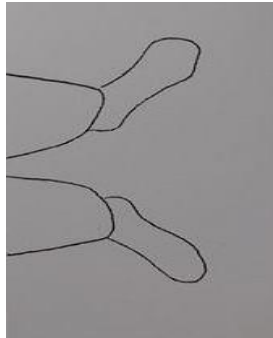
ÖNERİLER;

- Şişlik en iyi istirahatle giderilir.
- Sıkı çorap, pantolon giymeyin.
- Uzun süre oturmaktan ya da ayakta durmaktan kaçının.
- Otururken ya da dinlenirken bacak ve kalçaları yükseltin(düz bir şekilde).
- Ayak egzersizleri yapın.

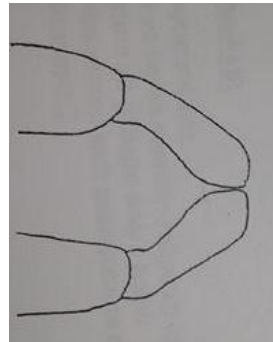
- 1) Sağ ayağınızı kendinize doğru çekerken, sol ayağınızı uzatın, sonra sol ayağınızı kendinize doğru çekerken, sağ ayağınızı uzatın. 10 defa tekrarlayın.



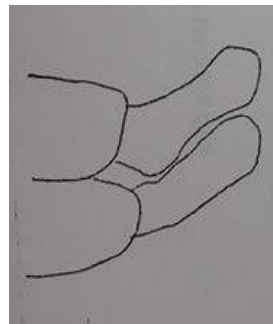
- 2) Sağ ayağınızı saat yönüne çevirin, aynı anda sol ayağınızı ters yöne çevirin. 10 defa tekrarlayın.



- 3) Sol ayağınızı saat yönüne çevirin, aynı anda sağ ayağınızı ters yöne çevirin. 10 defa tekrarlayın.



- 4) İki ayağınızı yapışık şekilde saat yönünde daire çizdirin. 10 defa tekrarlayın. Sonra 10 defa daha ters yönde daire izdirin.



DIŞ ÜREME ORGANLARI VE BACAKLARDA VARİS

Nedenleri; Hamilelikte damar yapısının değişmesi, vücuttaki kan miktarında artış.

ÖNERİLER;

- Bacak bacak üstüne atmaktan kaçının.
- Uzun süre ayakta kalmaktan kaçının.
- Sıkı ve lastikli çoraplar giymeyin.
- Bacakları yükseltin.
- Varis çorabı giyin.
- Dış üreme organlarının bulunduğu bölgede varisleriniz var ise varisleri külotun içine 2 tane hijyenik ped koyarak destekleyin.
- **C vitamini**, varislerin boyutlarının küçülmesine yardım edebilir.
- Varisler **hamilelikten sonra** tedavi edilebilir.

BACAK KRAMPLARI

Nedenleri; Kesin nedeni bilinmemektedir, büyüyen rahmin, bebeğin dolaşım sistemine ve bacak sinirlerine olan baskısı ve Kalsiyum ve Magnezyum eksikliğine bağlı gelişebileceği belirtilmektedir.

ÖNERİLER;

- Diyetle kalsiyum (süt, yoğurt, peynir vb.), magnezyum alımını artırın (günde 3-4 porsiyon yiyebilirsiniz).
- Sıkı giysi giymeyin.
- Bacak bacak üstüne atmayın.
- Ayakları uzatarak ya da 30 cm yükselterek dinlenin.
- Kramp olduğunda ayak parmaklarını bacağına doğru çekin ve baldırınıza bastırarak masaj yapın, masajı kendiniz yaparken zorlandığınızda eşinizden destek alabilirsiniz.
- Gerektiğinde hekime başvurun.

HAMİLELİKTE SIRT-BEL AĞRISI



Nedenleri; Progesterona bağlı sırt ve bel eklemlerinde gevşeme, vücudun ağırlık merkezinin değişmesi, vücut hareketlerini doğru kullanmama.

ÖNERİLER;

- Sırtınızın ve belinizin dik olmasına dikkat edin.

- Eşya kaldırırken bacaklarınız açın ve yükün her iki bacağınıza eşit dağılması sağlayın.
- Yerden bir şey alırken dizlerinizden çömelerek alın.
- Yük taşıma sırasında eşyalar çekmek yerine iterek hareket ettirin.
- Otururken belinizi yastıklarla destekleyin.
- Sıcak uygulama ve masaj yapın.
- Sırt ve bel kaslarınızı güçlendiren **düzenli egzersizler** yapın.
- Fırsat buldukça dinlenin.
- Düz ayakkabı giymekten kaçının, 2-3 cm yükseklikte dolgu topuklu ayakkabıları tercih edin.
- Yataktan kalkarken önce yana dönüp, oturun daha sonra ayaklarınızı sarkıtıp, yatak kenarında bir süre oturduktan sonra ayağa kalkın.

DİŞ ETİ KANAMASI, AĞIZ KOKUSU

Nedenleri; Progesteron hormonuna bağlı olarak diş etlerinizde yumuşama, tükürük yapısının değişmesi

ÖNERİLER;

- Yumuşak fırça ile günde 2 kez dişlerinizi fırçalayın.
- Diş temizliğinizde diş ipi kullanın.
- Bir şeyler yiyip içtikten sonra ağızınızın içini su ile çalkalayın.
- Diyetle C vitamini içeriği yüksek sebze ve meyve tüketiminizi (yeşil yapraklı sebzeler, turuncgiller vb) artırın.
- Diş eti kanamasına neden olabilecek sert besinlerden uzak durun.
- Gerektiğinde diş hekimi istemiyle gargara kullanın.

BAYGINLIK HİSSİ

Nedenleri; Damarlarda gevşemeye bağlı tansiyon ve kan şekerinin düşmesi

ÖNERİLER;

- Uzun süre ayakta kalmayın, sol yan pozisyonda dinlenin.
- Yataktan ani bir şekilde kalkmayın.
- Hamileliğin son aylarında uzun süre sırt üstü yatmayın.
- Çok sıcak suyla uzun süre banyo yapmayın.
- Az az, sık sık yemek yiyin, öğünlerinizi atlamayın.

NEFES DARLIĞI

Nedenleri; Büyüyen karnın akciğeri yukarı doğru itmesi, akciğerin yükünün artması, hormonlara bağlı gelişen burun tıkanıklığı

ÖNERİLER;

- Sık sık dinlenin.
- Nefes darlığı geliştiğinde dinlenin.
- Başınız yüksekte olacak şekilde yatın.
- Solunum ve gevşeme egzersizleri yapın.
- Odanızı nemli tutun.
- Burnunuza serum fizyolojik damlatın. Evinizde serum fizyolojisi, 1 su bardağı kaynatılmış ve soğutulmuş suya 1 çay kaşığı sofr tuzu koyup karıştırarak da hazırlayabilirsiniz.

UYUMADA GÜÇLÜK

Nedenleri; Bebeğin hareketlenmesi, sık idrara çıkma, baskıya bağlı rahatsızlık, solunum sıkıntısı, yüz üstü yatamama.

ÖNERİLER;

- Uyumadan önce ılık duş alın.
- Sıvı alımını azaltın.
- Gevşeme egzersizleri yapın.
- Hoşlanılan bir aktivitede bulunun (müzik, kitap vs.).
- Yatarken rahat pozisyon alın (vücut boşluklarına yastık koyarak).



YORGUNLUK

Nedenleri; Solunum sıkıntısı ve vücut ağırlığının artması

ÖNERİLER;

- Günde en az 8 saat uyumaya dikkat edin.
- Ağır ve yorucu aktivitelerden kaçının.
- Günlük işleri yaparken sık sık oturup, ayakları düz uzatarak dinlenin.
- Gündüz fırsat buldukça dinlenin.
- Açık havada yürüyüş benzeri hafif egzersizler yapın.
- Kalabalık ve fazla sıcak ortamlardan uzak durun.
- Yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat edin.

TERLEME VE İSİLİK

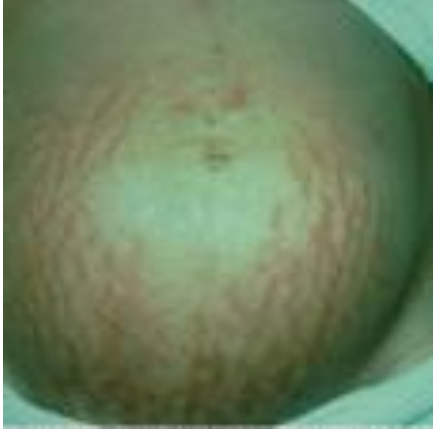
Nedenleri; Cilde kan akımının artması

ÖNERİLER;

- Sık sık banyo yapın.
- Vücudun nemli olmasını engelleyin.
- Bol ve pamuklu giysiler giyin.
- Bol su için.
- Bitkisel cilt bakım losyonları kullanabilirsiniz.

CİLTTE ÇATLAMALAR

Neden: Derinin aşırı gerilmesi veya kalıtımsal olduğu düşünülmektedir.



Karın, kalça, meme ve bacaklarda çatlamlar görülebilir.

ÖNERİLER;

- Hızlı ve fazla kilo almaktan kaçının.
- Deriyi nemli tutacak, esnemesine yardımcı olacak ve çatlak durumunda oluşabilecek kaşıntıyı önleyecek çatlak kremleri veya badem yağı kullanabilirsiniz.
Hamilelikte cilt için kullanılacak birçok losyon bulunmaktadır. Etkinliklerine yönelik yeterli kanıt bulunmamaktadır.

KARIN KASILMALARI (AĞRI)

Nedenleri; hamileliğin sonuna doğru rahmin büyümesi sonucu sadece karın bölgesinde hissedilen düzensiz ağrılardır.

ÖNERİLER;

- Kasılmalar olduğunda dinlenin.
- Düzenli olup olmadığını kontrol edin.
- Dinlenmekle geçmiyor ve düzenli olarak görülüyor ise doktorunuzla iletişime geçin.

BEBEK HAREKETLERİNDE ARTIŞ

Nedenleri; Bebeğin son aylarda gelişimi ile birlikte hareketlenmesi normaldir. Aşırı fazla ve az olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Bebek Hareketlerinin Anne Tarafından Kontrol Edilmesi

- Anne karnındaki bebek hareketleri **18. hamilelik haftası** civarı hissedilebilir.
- Sağlıklı bir bebek **3 saat içinde en az 10 kez hareket** etmesi gerekir.
- Bebek hareketleri; (cardiff-count to ten yöntemi)
 - **27. hamilelik haftasında,**
 - **Her gün aynı saatte,**
 - **Yemekten bir saat sonra,**
 - **Yan yatış pozisyonunda anne** tarafından sayılabilir.
 - Anne 10 hareket sayıncaya kadar hareketleri sayma işlemine devam etmelidir.
 - Her bebek hareketi bir çizelgede kayıt edilir.

- Bebek hareketlerinde yavaşlama ve durma önemlidir.
- Ani ve kuvvetli hareketleri takiben hareketlerin kesilmesi önemlidir, bu bulgunun doktora bildirilmesi gerekir.

DİĞER ÖNERİLER;

- Hamileliğin son aylarında **alt bölgenize yapılan masaj (perine masajı)**, doğumun daha kolay olması için alt bölgenizdeki dokuların genişlemesine olanak sağlayan bir yöntemdir.
- Araştırmaların incelenmesi sonucu 35 haftadan itibaren bu masaj **haftada bir iki kez** uygulandığında özellikle epizyotomiye (alt bölgeye yapılan kesi) azalttığı ve alt bölgedeki ağrıyı da azalttığı bulunmuştur.

PERİNE MASAJI NASIL YAPILIR?

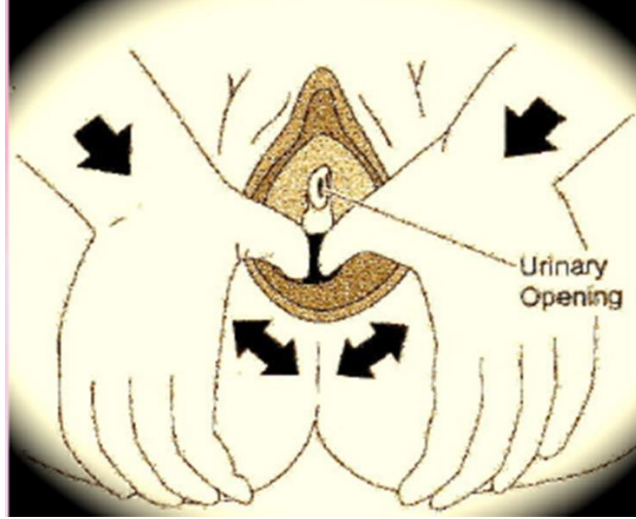
- Ellerinizi su ve sabunla yıkayın.
- Rahat bir pozisyonda oturun.
- Masajı sıcak bir banyodan sonra ya da sıcak bir yumuşak bezi perineye (alt bölgenize) uyguladıktan sonra yapın.
- Suda çözünebilen zeytinyağı gibi bir kayganlaştırıcı bir maddeyi veya perineal masaj yağını büyük dudakların yan kısımlarına ve makat bölgesinin üst kısmına uygulayın.



Haftada dört ya da beş kez, 4-5 dakika süreyle yapılmalıdır.

- Parmaklarınızı haznenin alt kısmında kaygan ve rahat hareket edebilecek bir duruma getirmelisiniz. Masajı kendi kendinize yapıyorsanız başparmağınızı kullanmanız daha rahat uygulama yapmanızı sağlayacaktır.
- Mikrop kapmayı önlemek için masaj yapmadan önce ellerinizi yıkamanız gerekir.
- Masaj sırasında perineye **çok sert davranmamalısınız**,
- Masajı eşiniz yapıyorsa her iki işaret parmağını kullanabilir.
- Eşiniz vajinadan içeriye doğru işaret parmağını ikinci boğumuna kadar ilerletebilir.

- Her iki elin işaret parmağı makattan yanlara doğru U hareketi yapacak şekilde hareket ettirilmelidir.
- Hamileye masajdan rahatsız olup olmadığı sorularak hamile rahatsız olduğunu ifade ettiğinde masaj sonlandırılır.
- Bu hareketler hazne dokularının ve onları çevreleyen **kasların** genişletmesini sağlayacaktır.



HAMİLELİĞİN SON ÜÇ AYINDA OLUŞABİLEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

- Anne bebeği ile iletişim kurmaya başlar.
- Karnın büyümesi nedeni ile günlük yaşam zorlaşabilir ve bağımlılığı artabilir.
- Davranışlarda duyarlılık, alınganlık görülebilir.
- **Doğum hakkında endişeler, doğum korkusu** artmaya başlamıştır.

ÖNERİLER;

- Doğum korkunuzu giderin.
- Hamileliğin ve doğumun doğal bir süreç olduğunu kabullenin.

DOĞUMDA ETKİLİ OLAN HORMONLAR

Bedenin isteği çöşku içinde doğum yapmaktır. Bedenleriniz, alışlagelmiş halinizin dışarı doğru size eşlik eden doğum hormonlarını üretmek için tasarlanmıştır. Bu mükemmel hormonal düzenleme, en elverişli şekilde, güvenliği hem anne hem de bebek için arttırarak doğuma müdahale edilmediğinde açığa çıkar.” (www.sarahjbuckley.com)





Doğumda OKSİTOSİNİN doğru ve yeterli salınması için;

- Hamile sakın ve gevşemiş olmalı.
- Kendisine ve bebeğine güvenmeli.
- Rahim ağzının açılması için mümkün olduğunca aktif olmalı. (sürekli yatmamalı)
- Doğumdan hemen sonra bebeği ile buluşmalı hatta emzirmeli.
- Dikkat dağınık şeylerden uzak durmalı.



Doğumda ENDORFİNLERİN fazla salınımı için;

- Hamile sakin ve gevşemiş olmalı.
- Doğuma kadar egzersiz ile beden endorfin salgısına alıştırmalı.
- Doğumu bozacak ortam veya kişilere izin verilmemeli.
- Mümkün olduğunca endorfin salgısını azaltacak ağrı kesici ve epidural anestezi kullanılmamalı.

ADRENALİN

Doğum yapan kadınların bedenlerinin salgıladığı enerji doğumu gerçekleştirmek için yeterlidir. Doğumun ilerlemesi için en önemli hormon **düşük dozda adrenalindir**. Adrenalin seviyeniz düşük olduğunda, enerjik hissetmezsiniz, istemli kaslarınız **gevşeme** eğiliminde olur.



Doğumda ADRENALİNİN az salınımı için;

- Doğumla ilgili konularda bilgilendirilmeli.
- Bedenine ve bebeğine güvenmeli.
- Sağlık ekibine güvenmeli.
- Sakin, gevşemiş ve huzurlu olmalı.

PROLAKTİN

- Annelik hormonu olarak bilinen prolaktinin, anne sütünün sentezinde ve emzirmede rolü olan önemli bir hormondur.
- Plasenta (eş) doğduktan sonra prolaktin salınımı artar.
- Prolaktin seviyesi, doğum sırasında düşer, ancak doğumun sonunda tekrar aşırı yükselir ve doğumda tepe noktasına ulaşır.

Bu hormonların uyum içinde çalışması için;

KARANLIK
MAHREMİYET
ISI
SESSİZLİK
Çok önemlidir.

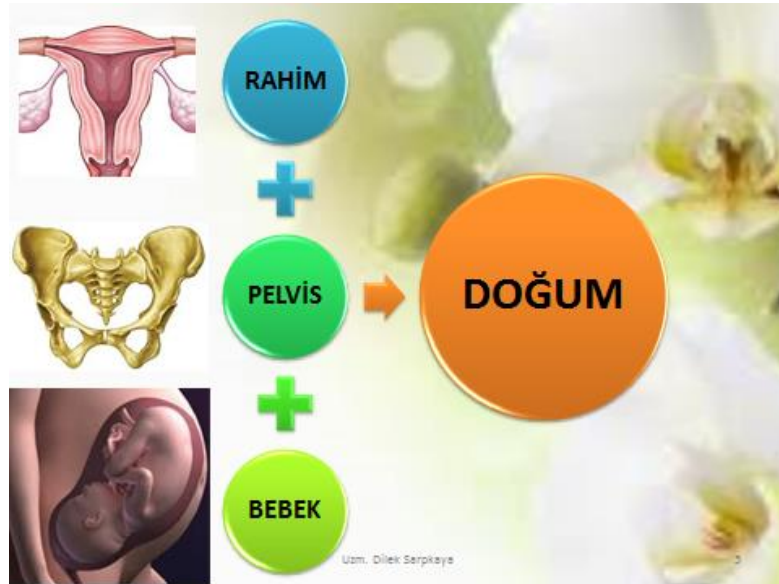
DOĞUM

Kadınların %80-90'ı doğal doğum yapabilir. Çalışmalarda istatistiksel olarak kadınların %90'nı sağlıklı bir hamilelik geçirdiği ve sağlıklı bir doğum yapabildiği belirtilmiştir.

Doğal doğum mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden yapılan doğumlardır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Önerileri:

- ✚ Doğum kendiliğinden başlamalıdır.
- ✚ Doğum boyunca annenin hareket özgürlüğü olmalıdır.
- ✚ Doğum boyunca hamileye duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.
- ✚ Gereksiz her türlü müdahaleden (ilaç ve doğumu kolaylaştırmak için kullanılan aletler) kaçınılmalıdır.
- ✚ Doğumda sırtüstü yatmak yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir.
- ✚ Doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır.



DOĞUMUN YAKLAŞTIĞINI GÖSTEREN BELİRTİLER

- ✚ Doğum zamanı yaklaştığında vücudunuzda **bazı değişiklikler** olur.
- ✚ Doğum belirtileri **genellikle 36. haftadan** sonra görülür.

DOĞUMUN YAKLAŞTIĞINI GÖSTEREN BELİRTİLER

- ✚ Rahatlama hissi/hafifleme
- ✚ Sık idrara çıkma
- ✚ Yalancı doğum kasılmaları
- ✚ Kilo kaybı
- ✚ Ani enerji yüklenmesi

GERÇEK VE YALANCI DOĞUM KASILMALARI

Gerçek Doğum Kasılmaları	Yalancı Doğum Kasılmaları
<ul style="list-style-type: none"> • Düzenli aralıklarla gelir, • Sıklığı, şiddeti ve süresi giderek artar • Yürürken artar • Belden başlar, kasıklara yayılır 	<ul style="list-style-type: none"> • Düzensiz aralıklarla gelir • Sıklık, süre, şiddet aynıdır, değişmez • Dinlenme ile hafifler • Karın alt bölgesi ve kasıklarda görülür • 36 haftadan itibaren, günde 10 kereye kadar 5-10 sn süreli kasılma

Doğuma Hazırlık Eğitimi

Uzm. Dilek Sarıoğlu

12

DOĞUMUN BAŞLADIĞINI GÖSTEREN BELİRTİLER

NİŞANE

- ✚ Hamilelik boyunca rahim ağzını bir tıkaç gibi kapatan, peltemsi, hafif pembemsi, içinde az miktarda kan bulunan bir akıntıdır.
- ✚ Daha önce bu tür bir akıntı görülmediği için nişanenin farkına varabilirsiniz.
- ✚ Nişane rahim ağzının açıldığını gösterir.

SULARIN GELMESİ

- ✚ Hamilelikte bebek rahmin içinde bulunan bir suyun içindedir.
- ✚ Su bazen bol miktarda, bazen sızıntı şeklinde gelir.
- ✚ Bu su bazen idrarla karıştırılabilir.
- ✚ Hazneden geldiği için idrar gibi kadın tarafından kontrol edilemez.
- ✚ Sürekli akar.
- ✚ Su bazen gerçek doğum kasılmaları olmadan da gelebilir.
- ✚ Bazen kasılmalar başlamasına veya nişane gelmesine rağmen su gelmeyebilir.
- ✚ Bu durumda doğumhanede doğumu yaptıran kişi tarafından amnion kesesi (suyun içinde barındığı kese) doktor ya da ebe tarafından açılır.
- ✚ Hamileliğin hangi haftasında olursa olsun amnion sıvısının gelmeye başlaması durumunda **hastaneye gitmeniz önerilir (amniyon sıvısının gelmesinden sonra en az 12-24 saat güvenle beklenebilir)**

- ✚ Hamileliğin 38. haftasından önce suların gelmesine “Erken Doğum” denir.
- ✚ Suyunuz geldiği zaman suyun **rengine bakınız**.
- ✚ Rengi **şeffaf, beyaz** olmalıdır. Suyun yeşil ve kanlı olmaması gerekir, olduğu durumda hemen hastaneye gitmeniz gerekir.

GERÇEK DOĞUM KASILMALARI

- ✚ Kasılmalar başlangıçta hafif, giderek şiddetlenen nitelikte olmalıdır.
- ✚ İlk doğumunu yapacak olan hamilelerin bu belirtilerin başlamasından **8-12 saat sonra** doğum yapmaları beklenir.
- ✚ İki ve daha fazla doğum yapan annelerin ise **6-10 saat** içinde doğum yapmaları beklenir.

“Unutmayın her kasılma sizi doğumun sonuna yaklaştıracaktır.”

Doğum için hastaneye ne zaman gidilmeli?

- ✚ Kasılmalar 5-10 dakikada bir geldiğinde hastaneye başvurmak önerilir.
- ✚ Kasılmalarının henüz başında ve hastaneye yakın iseniz hastaneye gitmek için acele etmeyin, mümkün olduğu kadar aktif süreci (Bakınız doğumun evrelerine) evde geçirebilirsiniz.

Doğumhaneye kabul için önerilen kriterler:

- ✚ Rahim ağzının açıklığının en az 3-4 cm olması
- ✚ Düzenli kasılmalarının başlaması ve devam etmesi

DOĞUM İÇİN HASTANEYE GİTTİĞİNİZDE NELERLE KARŞILAŞACAKSINIZ?

- ✚ Doğum salonunda sizi doktor, ebe ve hemşire karşılayacaktır.
- ✚ Sağlık ekibi öncelikle size durumunuzla ilgili bazı sorular sorabilir.
- ✚ Bebeğin kalp atımları değerlendirilir (NST, fetal monitor vs).
- ✚ Annenin yaşamsal bulguları alınır (tansiyon, nabız vs).
- ✚ Vajinal (Alttan) muayene yapılır.
- ✚ Lavman uygulaması yapılabilir.
- ✚ Alt bölge kirliliği ise temizliği (tıraş) yapılabilir.
- ✚ Damar yolu açılabilir. (sıvı desteği veya suni sancı)



DOĞUMUN EVRELERİ VE EVRELERE GÖRE YAPMANIZ GEREKENLER

AÇILMA EVRESİ (BİRİNCİ EVRE)

- ❖ Kendi içinde **üç döneme** ayrılır.
- ❖ Doğum kasılmalarının başlamasından rahim ağzının tam olarak silinmesi ve açılmasına kadar geçen süreyi içerir.

Açılma Evresinin Erken Fazı

- ❖ Rahim ağzının **0-4 santim** olduğu dönem doğumun erken fazıdır.
- ❖ Bu dönemde kasılmalar **15-30 dakika ara ile gelip, 10-30 saniye** sürerler.
- ❖ Bazı kadınlar bu fazda kasılma hissetmeyebilirler.
- ❖ Eşiniz/yakınız kasılmaları izlemede saat tutarak bu evreyi izleyebilir.
- ❖ Bu fazın önemli bir bölümünü **evde geçirebilirsiniz.**

Birinci Evrede;

Annenin;

Rahat olması,

Dinlenmesi,

Sakin olması,

Su içmesi,

Kasılmalar başladığında hafif enerji veren içecekler (katkısız meyve suları) alması

Ilık duş alması önerilir.

- ❖ **Amerikan Anestezi Uzmanları Derneğinin Obstetrik Anestezi Çalışma Kolu** sadece ağız kuruluğunu önlemek için buz parçaları ve küçük yudumlarla sıvı alımını önermektedir. Ayrıca bazı uzmanlar enerji içecekleri yoğurt ve şerbete izin vermektedir.

- ❖ **Ergöl ve arkadaşlarının çalışmasında**, doğumda kadınların kalorisi yüksek meyve suyu (örnek üzüm suyu) içmesinin yararlı olduğu bulunmuştur.

Açılma Evresinin Orta Fazı

- ❖ Birinci evrenin orta fazında rahim ağzı **4-7 santim** açılır.
- ❖ Bu evrede annenin hastanede olması önerilir.
- ❖ Kasılmalar **sıklaşır ve şiddetlenir** (5-10 dakikada bir, 30-60 saniye süren)
- ❖ Bu evrede uygulanacak solunum egzersizleri sizi çok rahatlatacaktır.
- ❖ Epidural anestezi yapılacaksa uygulama bu fazda yapılır.

Açılma Evresinin Geçiş Fazı

- ❖ Birinci evrenin geçiş fazında rahim ağzı **7 santim ile 10 santim** arasında açılır.
- ❖ Doğumun **en kısa fazıdır**.
- ❖ Kasılmalar **2-3 dakika ara** ile gelmeye başlar (60-90 saniye süren).
- ❖ Kasılmaların arasında **çok iyi dinlenmelisiniz**. (normal nefes alarak, rahat bir pozisyon alarak vs)
- ❖ Kasılma aralarında dinlenme ve nefes alma bebeğin oksijen almasını ve rahatlamasını sağlar.
- ❖ Kasılma odası ile doğum odası farklı yerlerde olduğunda bu devrede doğum odasına alınabilirsiniz.
- ❖ Artık doğumunuz çok yaklaşmıştır.

DOĞUM ANI (İKİNCİ EVRE)

- ❖ Rahim ağzının tam açılmasından bebeğin doğumuna kadar geçen süredir.
- ❖ Bu süre **10 ile 30 dakika** sürebilir.
- ❖ Bu evrede bazen sizden ıkınmanız istenebilir.
- ❖ İki kasılma arasında gevşeyerek bebeğin görünen saçlarını ve başını düşleyin.
- ❖ Çok kısa bir süre içinde doğum bitecek ve kasılmalarınız sizi bebeğinize yaklaştıracaktır.

PLASENTA ÇIKIŞI (ÜÇÜNCÜ EVRE)

- ❖ Bebeğinizin doğumundan eşinin (plasentanın) doğumuna kadar geçen evredir.
- ❖ Bebek doğduktan sonra **yarım saat içinde** plasentanın çıkması gerekir.
- ❖ Plaseenta çıktıktan sonra kesi var ise, kesi bölgesi dikilir.
- ❖ Dinlenme ve kanama kontrolü için **1-2 saat** doğum salonunda kalabilirsiniz.
- ❖ Bu devrede kasılmalarınız **bir iki dakikada** bir gelip, bir dakika sürecektir.
- ❖ Kasılmalarınız geçince hoşunuza giden şeyleri düşünerek **gevşeyebilirsiniz**.

DOĞUM SONRASI (DÖRDÜNCÜ EVRE)

- ❖ Plasentanın doğumundan sonra **1-2 saatlik doğum sonu dönemi** kapsar.



DOĞUMDAN HEMEN SONRA YAPILMASI GEREKENLER

- ❖ **Bebek ilk yarım saat içinde emzirtilir.**
- ❖ Bebek bir ısıtıcının altına alınır.
- ❖ Dış çevreye uyum sağlamaları için bebeklerin göbekleri ısıtıcının altında **kesilir ve bağlanır.**
- ❖ Boyu ve kilosu ölçülür.
- ❖ Kan pıhtılaşma faktörleri tam gelişmediği için K vitamini yapılır.
- ❖ Annenin kan grubu negatif, babanın pozitif ise ilk 72 saat içinde anneye iğne yapılması gerekir.

DOĞUM KASILMALARI İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Doğum kasılması ile baş etmek için birçok ilaçsız yöntem bulunmaktadır. Bu programda yararlılığı çalışmalarla desteklenmiş bazı yöntemler hakkında bilgi verilecektir.

DOĞUM KASILMASI İLE BAŞ ETMEDE;

Gevşeme

Ruhsal uyarılma

Tensel uyarılma

Solunum teknikleri olmak üzere dört ayrı grup altında toplanabilir.

GEVŞEME

- Biofeedback
- HAREKET/POZİSYON**
- Hipnoz
- Akupunktur
- Akupress
- MÜZİK**
- Ses çıkarma




RUHSAL UYARILMA

- Hayal kurma



ODAKLANMA/DİKKAT DAĞITMA

TENSEL UYARILMA

- TENS
- İDSE
- Soğuk-sıcak Uygulamalar
- Suda doğum, banyo-duş
- MASAJ**
- Aromaterapi




SOLUNUM TEKNİKLERİ

- SOLUNUM TEKNİKLERİ** (Lamaze ve Dick Read)
- Gevşeme ile birlikte solunum teknikleri.

HAREKET/POZİSYON

- ✿ Geçmişten bu yana eylem sürecinde kadınlar farklı pozisyonları tercih etmişlerdir.
- ✿ Uygulanan pozisyonlar kültürlere ve zamana göre değişiklik göstermektedir.

Doğumda Kullanılan Pozisyonlar

- ✿ Doğum sırasında özellikle **sırt üstü pozisyon ile sınırlı kalmamalısınız.**
- ✿ Yaklaşık **30-60 dakikada** bir pozisyon değişimi kaslarda yorgunluğu azaltır.

- ❁ Kadınlar doğumun ilk aşamasında pozisyon almada özgürdür. (nadir durumlar dışında)
- ❁ **Rahatlama, bebeğin inişinde, doğumun süresini kısaltmada** sık pozisyon değişiminin önemli olduğu çalışmalarda gösterilmiştir.
- ❁ Yapılan çalışmalarda doğum süresince ayakta ya da oturur pozisyondaiken, düz ya da yan yatış pozisyonuna göre daha az sırt ağrısı ve karın kasılması hissedildiği yönünde sonuçlar alınmıştır.
- ❁ **Sol yan yatış pozisyonu**-bazı özel durumlarda önemlidir.

DOĞUMDA KULLANILAN POZİSYONLAR

Dik pozisyonlar, ayakta dikilmek, yürümek, ayakta ve öne partnere doğru eğilme pozisyonu,

Yavaş dans etme, sandalyede oturma, yarı oturur pozisyon, öne doğru desteğe dayanarak oturma, sallanmak,

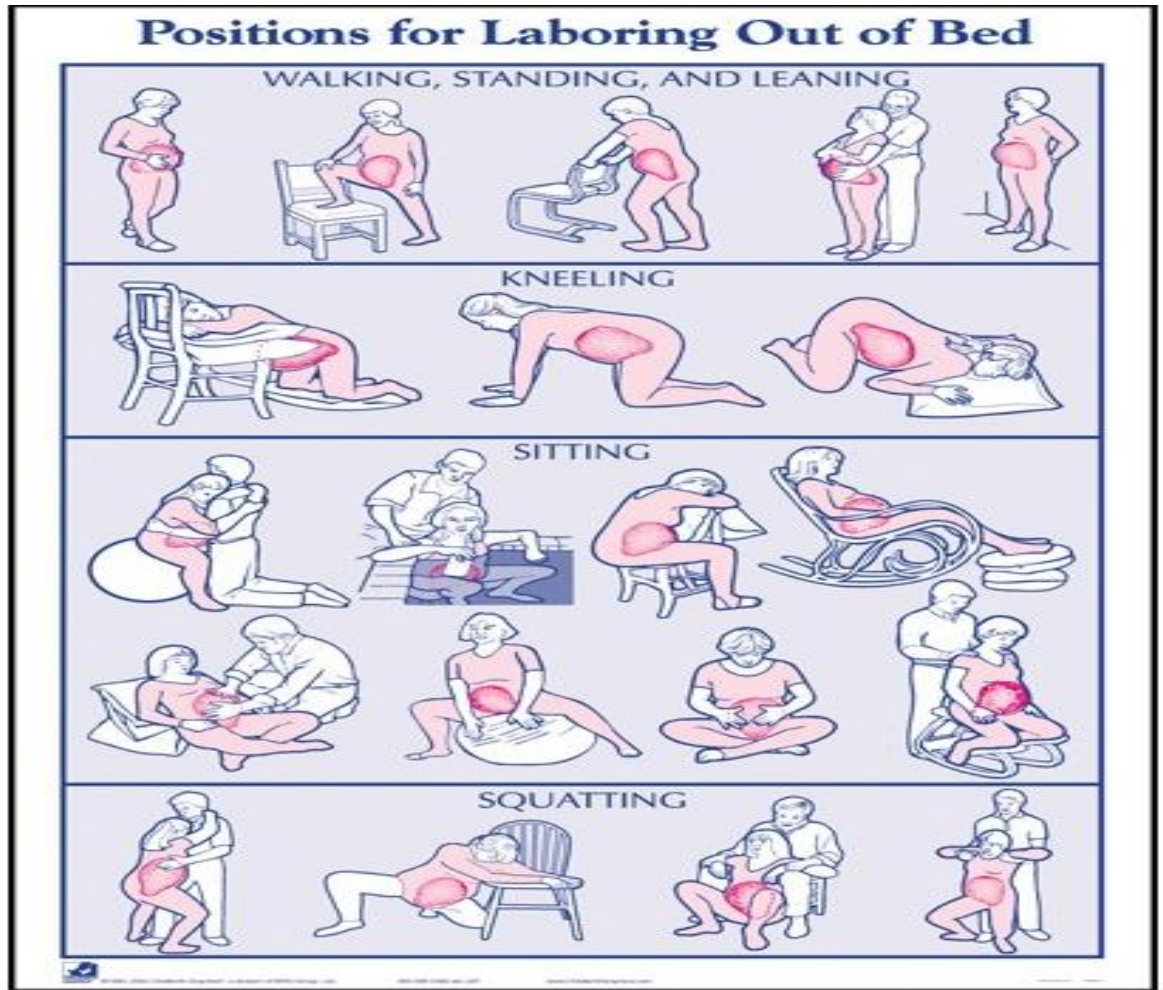
El-diz pozisyonu, yan yatış pozisyonu, çömelme, kucakta çömelme, doğum topu ile yapılan pozisyonlar....

Doğuma Hazırlık Eğitimi
Uzm. Dilek Sarpkaya
11

YÜRÜMEK

- ❁ Birçok kadının rahatsızlık düzeyinin azalmasını sağlar.
- ❁ Yerçekiminden yararlanarak bebeğin inişini kolaylaştırır.
- ❁ Kasılmaların etkinliğini artırır. Eylemi kısaltır.
- ❁ Sırt ağrısını hafifletir.

Aşağıda doğumda kullanılan yatak dışındaki pozisyon örnekleri bulunmaktadır.



DOĞUM TOPLARI

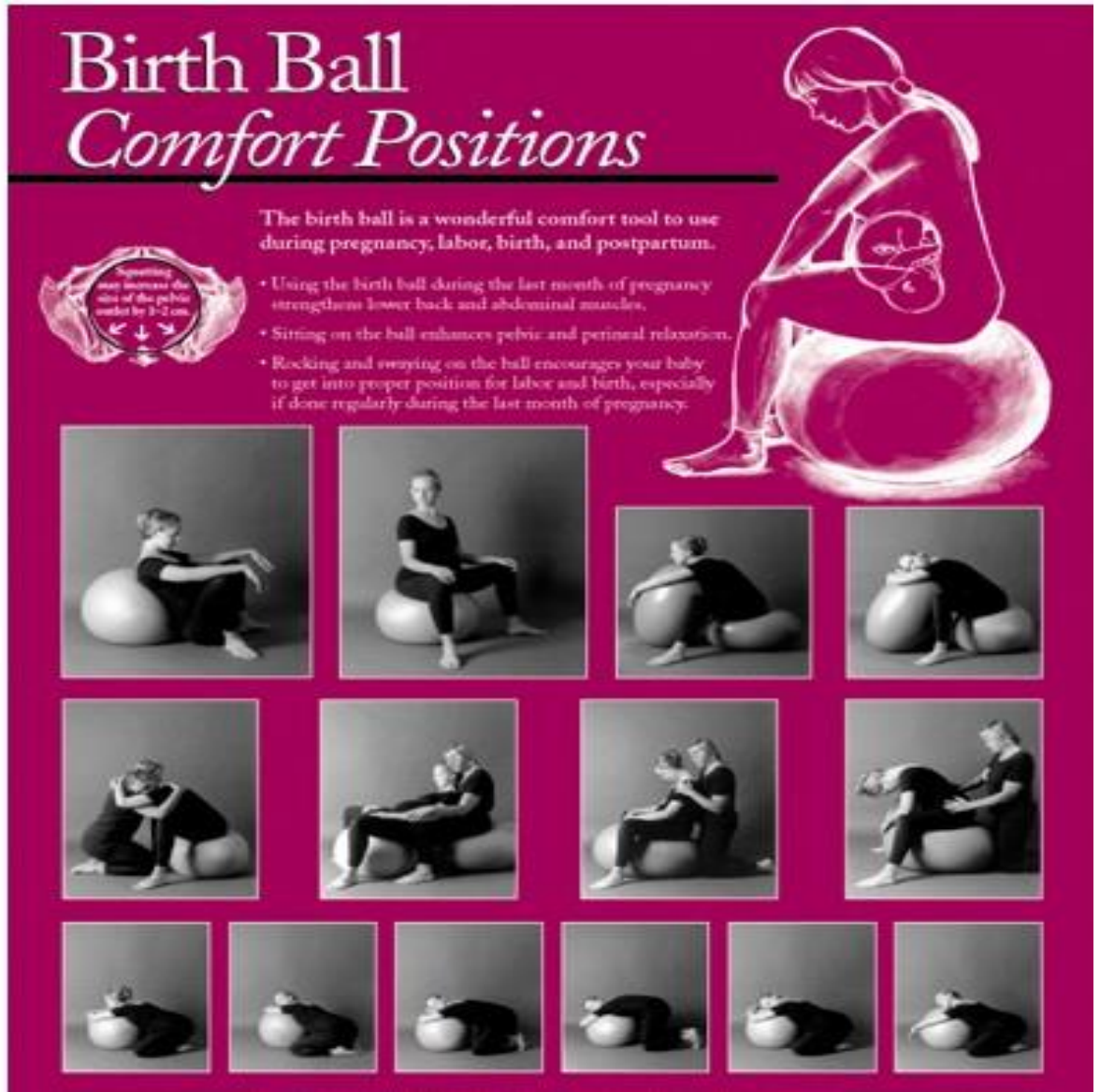
- Top annenin kendini iyi hissetmesini sağlar ve doğumu kolaylaştırır.
- 1980'den beri dünya çapındaki hastanelerde kullanılmaktadır.
- Kullanımı kolaydır.

DOĞUM TOPU KULLANILMASININ FAYDALARI:

- Karnın alt kısmının tonüsünü artırır.
- Pelvik taban için destek sağlar.
- Doğum için kullanılan pozisyonları kolaylaştırır.
- Bebeğin inişine yardımcıdır.
- Doğru pozisyonda bebeğin dönüşüne yardımcı olur.
- Gergin kalça bölgesinin dolaşımını artırarak rahatlamasını sağlar.
- Annenin **pelvisinin (leğen kemiği) sallanmasına** ve vücut hareketlerine izin verir, kolaylık sağlar.
- Ritmik hareketleri teşvik ettiğinden dikkat dağıtıcı bir yöntemdir.
- Top kullanımı sırt ağrısını azaltır.

- Basınç olmadan alt bölgenize destek sağlar.
- Basur için faydalıdır.
- Doğum sırasında kasılmaları güçlendirerek doğumun hızlanmasını sağlar.

Aşağıda doğum topu kullanımına ilişkin pozisyon örnekleri bulunmaktadır.



MÜZİK

- Müzik, doğum kasılmasının şiddetli olduğu dönemde **dikkat dağıtma yöntemi** olarak kullanılır.
- Okyanus sesleri, yağmur sesi, deniz dalgası sesi, rehavi makamındaki müzikler önerilir.

ODAKLANMA VE DİKKAT DAĞITMA

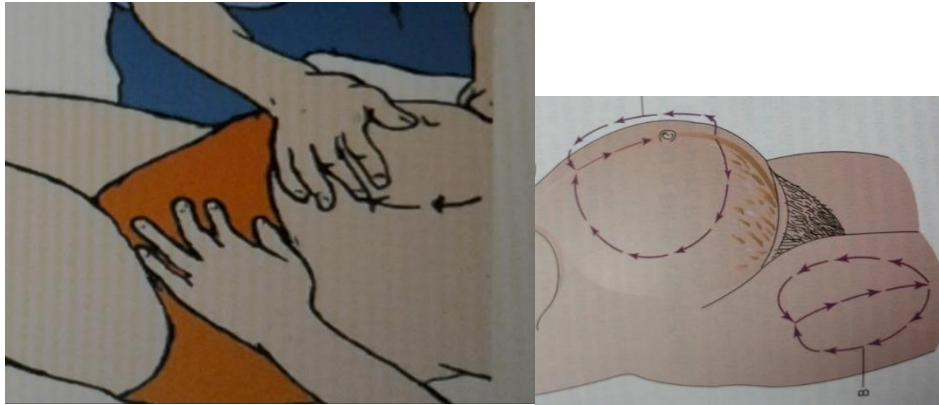
- ✿ Dikkat dağıtma; ortamdan gelen bir uyararla kadının dikkatinin kasılmadan uzaklaştırılması sürecidir.
- ✿ Hamilelerin yanlarında getirdikleri ya da doğum odasında odaklandıkları bir nesne (hoşlandıkları bir nesne) olabileceği gibi destek veren kişinin gözlerine odaklanmak şeklinde de olabilir.
- ✿ Odaklanma için kadın kendi kendine “doğum kanalında hareket eden bebeğini düşün”, “bebeğini aşağı ve dışarı hareket ederken düşün”, “genişleyen doğum kanalını düşün” diyerek telkinde bulunabilir.
- ✿ Gezinmek, başkalarıyla konuşmak, televizyon seyretmek, telefonu kullanmak, örgü örmek gibi hamileyi meşgul edecek durumlar dikkatin dağıtılmasını ve duruma odaklanılmasını önleyecektir.

EFLORAJ

- ✿ Efloraj, deri üzerinde kayan ve derin kas kütlelerine basınca sebep olmayan ve bunları hareket ettirmeyen tüm hafif masajlardır.
- ✿ Efloraj, doğum kasılmaları sırasında kadın tarafından, karına veya bacaklara ritmik şekilde daireler ve çizgiler çizmek ya da destekleyici şahsın parmak uçlarını kullanarak kadının kol ve bacağına yukarı ve aşağı doğru hafifçe ovmasıyla yapılır.
- ✿ Sırtta 8 çizme yöntemi ile de eşler eflorajı uygulayabilir.

Karın Bölgesine Efloraj

- ✿ Uygulamada iki elin parmakları göbek deliğinin her iki yanına konur,
- ✿ Eller yukarıya ve dışa doğru hareket ettirilip, aşağıya pubik (kılı bölgenin hemen üstü) bölgeye doğru getirilir ve tekrar göbek deliğine çıkarılır.
- ✿ Daha çok doğum kasılmalarının ilk aşamalarında etkilidir.



MASAJ

- ✿ Doğum kasılması dönemi boyunca baş, sırt, el ve ayaklara eşiniz tarafından
- ✿ **5 saatte bir 20 dakika masaj** yapılır.
- ✿ Yapılan çalışmalar, rahim ağzının 3-5 cm açılmasından sonra 20 dakika süreyle yapılan baş, boyun, sırt ve ayak masajının anneleri rahatlattığını ortaya koymaktadır.

Doğum Kasılmaları Sırasında Kullanılan Masaj Teknikleri

- ✿ Alt Sırt Masajı
- ✿ Üst Sırt Masajı
- ✿ Karın Masajı
- ✿ Bacak Masajı

MASAJ UYGULAMA BASAMAKLARI

- ✿ Masajı uygulamadan önce hamileye rahat bir pozisyon vermek gerekir. Ayakta durabilir ya da dizlerin üzerine eğilebilir.
- ✿ Masaj sırasında ağrı ve zarar vermemek için masaj yağı (aromatik yağlar, en yaygın kullanılanlar lavanta ve sığla esansiyel yağları) veya zeytin yağı gibi uygun bir kayganlaştırıcı kullanılabilir.
- ✿ Düzgün ve rahat bir biçimde karından nefes alınıp verilir.
- ✿ İşleme başlamadan önce ellerin sıcak olması sağlanmalı ve masaj bölgesi üzerinde otuz saniye kadar dinlendirilir.
- ✿ Masaj kalp doğrultusunda ayaklardan yukarı, omuzlardan aşağı doğru yapılır.
- ✿ Masajı bir ritim oluşturarak yapmak önerilir.
- ✿ Basınç kemikler üzerine hafif, kaslar üzerine daha çok bastırarak uygulanabilir.
- ✿ Kalçalara parmak uçları ile sıkıca baskı uygulanabilir.

Bel Masajı (alt sırt masajı)

- ✿ Doğum boyunca en çok masaja ihtiyaç hissedilen bölgedir. Ayakta veya önde top veya yastık üzerine eğilerek pozisyon alınır, nefes alma teknikleriyle eş zamanlı bir şekilde gerçekleştirilir.
- ✿ Kasılma aralarında masaj durdurulabilir. Pek çok kadın kasılma sırasında yapılan kuvvetli basınçtan hoşlanmaz bu nedenle yumuşak masaj daha çok tercih edilmelidir.

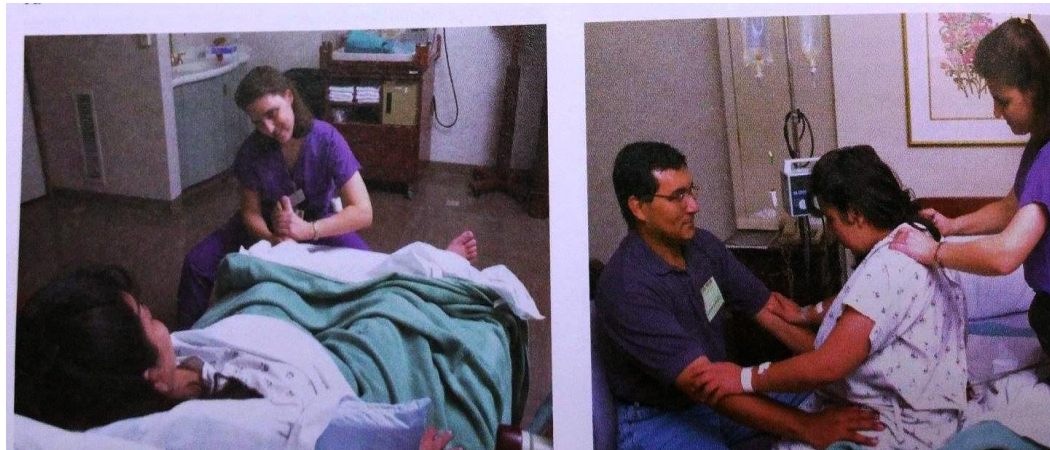
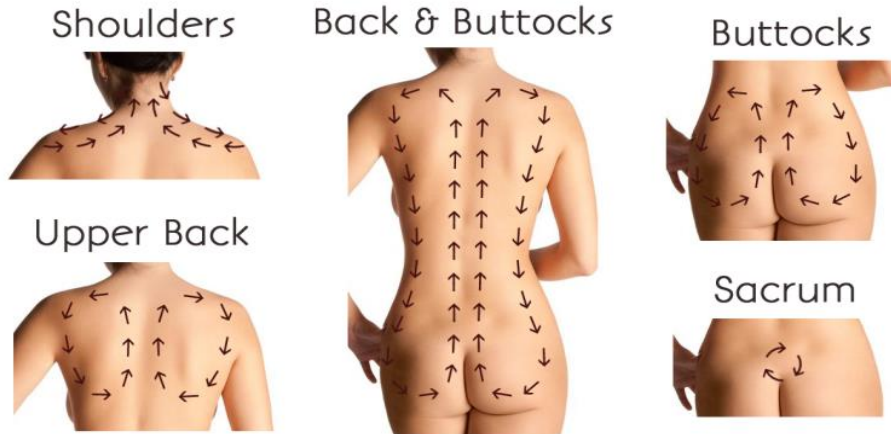
Sakral Masajı

- ✿ Başparmakla kuyruk sokumunun üzerine da dairesel hareketler uygulanır.



Doğumda yapılan masaj tekniklerinden bazıları şekil olarak aşağıda gösterilmiştir.

Birth Massage



SOLUNUM TEKNİKLERİ

- ☼ Annenin gereksinimine uygun olarak kullanılabileceği çeşitli solunum teknikleri vardır.
- ☼ Solunum teknikleri gevşemeye birlikte kullanıldığında daha etkili olmaktadır.

SOLUNUM TEKNİKLERİNİN YARARLARI

- ☼ Dikkati kasılma anında değişik noktalara yöneltir.
- ☼ Ağrı eşiğini yükseltir.
- ☼ Gevşemeyi sağlar.
- ☼ Bebeğe giden oksijen miktarını artırır.
- ☼ Doğum kasılmaları ile baş etmesini sağlar.

NORMAL SOLUNUM (açılma evresinin başlarında)

- ❖ Normal bir solunum derin-duyulabilir bir nefes ile başlar ve biter.
- ❖ 1. evrenin ilk aşamasının başında kullanılabilecek solunum tipidir.

- ❖ Bu modelde burundan nefes alınıp, kaşıktaki sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek nefes verilir.
- ❖ Bu solunum sırasında sadece göğüs duvarı hareket eder ve solunum hızı dakikada ortalama 15 saniyede 2 kezdir.

YAVAŞ DERİN GÖĞÜS SOLUNUMU (açılma evresinin başlarında)

- ❖ Doğumda kasılmalarınız 5 dakikada bir gelmeye başlayıncaya kadar kasılmalarla baş etmeye yardımcı solunum tekniğidir.
- ❖ Nefes yine burundan alınır ağızdan verilir.
- ❖ Nefes alınırken de verilirken de yavaş davranılır, yaklaşık 5 saniyede alınır 5 saniyede verilir.
- ❖ Kasılma süresince yapılır.
- ❖ Normal bir solunum ile başlar ve biter.
- ❖ Solunum hızı dakikada ortalama 6-12 saniye arasında değişir.

Normal solunumla başla

Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..

Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..

Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..

Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..

Normal solunumla bitir

HIZLI YÜZEYEL GÖĞÜS SOLUNUMU (ÜÇÜNCÜ DÜZEY) (açılma evresinin ortalarında)

- ❖ Bu teknik sesli solunum olarak da adlandırılır.
- ❖ Öğrenilmesi zordur, öğrenildiğinde etkinliği yüksektir.
- ❖ Çok iyi konsantre olmayı gerektirir.
- ❖ Dikkati başka yöne çekmede ve enerji kaybını önlemede etkisi büyüktür.
- ❖ Normal bir solunum ile başlar ve biter.
- ❖ Ha..ha..ha.. gibi (solunum sırasında çıkarılan ses) hamilenin sesli olarak soluk alıp verme şeklidir.
- ❖ Bu solunum tipi köpek yavrusunun nefes nefese kalması şekline benzetilebilir.
- ❖ Tüm solunumlar ritmik olarak ağızdan alınır verilir.
- ❖ Kasılma şiddeti artarken hızlanır yavaşlamaya başlarken yavaşlanır.
 - ❖ Hızı saniyede 2 kez olacak şekilde ayarlanır. Kasılmalarla birlikte artar ve azalır (aktif faz)

Normal solunumla başla

....HA.... HA...HA...HA.... ...HA... HA...HA...HA...

..HA..HA..HA..HA.. .HA.HA.HA.HA. ..HA..HA..HA..HA..

...HA...HA...HA...HA... ..HA.... HA....HA....HA....

Normal solunumla bitir

ÜFLEME-KARIN SOLUNUMU (açılma evresinin sonlarında)

- ❖ Geçiş aşamasında **açılma 8-10 cm** arasında ise yapılacak solunum şeklidir. Daha zor bir solunum tipidir.
- ❖ Pelvik basıncı azaltmada ve ıkınma hissini gidermede kullanılır.
- ❖ Nefes ağızdan alınır ağızdan verilir.

- ❖ **Solunuma 6:1** oranında uygulanır (6 kısa üfleme 1 uzun üfleme).
- ❖ Aynı hızlı yüzeysel solunuma benzer ancak burada yaklaşık 5-6 kere sesli olarak soluk alıp verdikten sonra mum üfler gibi bir nefes verip tekrar başa dönmek gerekir.
- ❖ Kasılmanın şiddeti arttıkça soluk alıp verme sayısı düşürülür.
- ❖ Aynı şekilde devam edilir ve kasılma biterken yine normal solunumla sonlandırılır.
- ❖ Nefes alma sırasında karın dışa doğru, nefes verme sırasında içe doğru çekilir. Göğüs değil karın hareket etmelidir.
- ❖ Solunum hızı dakikada 6-9 kezdir.
- ❖ Bebeğe yol açma anında **karın solunumu** yapmak etkili olur.

- **Normal solunum ile başla**
 - HA....HA....HAHA....HA....HA....HOO
 - HA...HA...HA...HA...HA...HOO HA..HA..HA..HA..HOO
 - HA.HA.HA.HOO HA.HA.HOO HA.HA.HA.HOO
 - HA...HA...HA...HA...HOO HA....HA....HA....HA....HA....HOO
- **Normal solunumla bitir.**

“Doğumda bu nefesleri önerilen sırayla yapabileceğiniz gibi sadece pilates nefesi ile de kasılmalarınızla baş edebilirsiniz. Önemli olan hızlı kontrolsüz nefes alıp vermekten bağırıp çağırmaktan kaçınmaktır”

DOĞUM ANINDA;

- ❖ Karın solunumu yaparak nefes alın.
 - ❖ Kasılmalarla birlikte nefesinizi tutmadan uzun nefes vererek bebeğinizi aşağıya doğru itin.
 - ❖ Aralarda tekrar **karın solunumu** yapın.
- BEBEĞİ İTME SIRASINDA DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR**
- ❖ İkinme hissi duyduğunuzda bebeği aşağıya doğru (büyük abdestinizi yapar gibi) itin.
 - ❖ Yanakları şişirmek yerine karın kaslarınıza odaklanın. Burundan nefes alıp, karın kaslarına odaklanarak dudakları büzerek nefesi yavaş yavaş veriyorsunuz.
 - ❖ Nefesi **tutmadan** ıkınıyorsunuz.
 - ❖ Kasılma aralarında normal nefes veya karın nefesi alabilirsiniz.
 - ❖ Yanınızda sizi destekleyen biri varsa ondan destek alın.
 - ❖ Bebek başı çıkınca ıkınmayı sonlandırın.

DOĞUM KOÇUNUN GÖREVLERİ-AÇILMA DÖNEMİ

1. Annenin yeterince sıvı ve gıda almasına dikkat edin (hastanenin kurallarına uygun).
2. Hamilenin pozisyon ve hareket değişimi isteğine yardımcı olun ve onu destekleyin.

3. Kasılmalar sırasında hamilenin gevşemesine yardım edin, pozitif cümlelerle anne adayını destekleyin. Bravo çok güzel baş ediyorsun.
4. Solunum teknikleri için hamileyi destekleyin.
5. Bedenin tamamen gevşek bırakılmasını sağlayın (hamileye kollarını, bacaklarını tüm vücudunu gevşetmesini söyleyin), isterse müzik dinlemesi için destekleyin.
6. Uzun süren açılma dönemlerinde onu eğlendirin, güldürün.
7. Masaj tekniklerini uygulayın.
8. Odanın çok fazla kalabalık olmamasını sağlayın, kadının gevşemesini sağlayın ve dikkatini dağıtacak kişi veya durumları kontrol altına almaya çalışın.
9. Ona destek olun, doğumun yaklaştığını anlatarak cesaretlendirin.

KULLANILACAK OLUMLU CÜMLELERE ÖRNEKLER

Kasılma yokken gevşe, gevşemeye odaklan.

Harika, tüm kaslarını gevşetebiliyorsun sakın ve huzurlu ol.

Bedenin tamamen gevşememiş durumda. Omuzlar ve çene gevşek.

Gevşemeyi başarıyorsun, güvendesin, her şey yolunda, harika bebeğine yaklaşıyorsun.

Gevşe ve nefesine odaklan, uzun yavaş nefesler alıyorsun.

Kollar ve bacaklar tamamen gevşek, rahatsın, yavaş nefes al.

Nefesin bütün bedene ve bebeğine enerji veriyor.

Çok başarılı. Süper.

KASILMALAR SIRASINDA;

Bedenin ve bebek birlikte çalışıyorlar.

Her şey yolunda gidiyor, bebeğe kavuşmaya az kaldı.

Yavaş ve derin nefes al, gevşe.

Gevşe ve bedenine güven, rahminin çalışmasına izin ver.

Bedenine ve bebeğine güven.

Nefes alırken bir balonu doldurduğunu düşün, ona bir renk verebilirsin. Bu renk seni gevşetiyor, daha çok gevşediğini düşün.

Yavaş yavaş balonu şişirdiğini düşün.

Her bir kasılma seni bebeğine yaklaştırıyor.

Çeneni ve omuzlarını gevşek bırak. Rahim ağzın bir çiçek gibi açılıyor ve bebeğine yol veriyor.

‘Doğumda doktora baskı yapmayın doğuma saygı duyun’

‘Doğuma kalabalık gitmeyin, gerginlik yaratan kişileri hastaneye çağırmayın’

DOĞUMDA MÜDAHALELER

AMNİYOTOMİ

- ✦ Bazen doğum kasılmalarınız başladığı veya nişane geldiği halde rahim içindeki suyunuz gelmeyebilir (amniyon sıvısı).
- ✦ Bu durumda doğumhanede doğumu yaptıran kişi tarafından amniyon kesesi (suyun içinde barındığı kese) açılır,
- ✦ Kesenin açılması sırasında ağrı duyulmaz.

ELEKTRONİK FETAL MONİTORİZASYON-NST

- ✦ Doğum sırasında bebek kalp hızının takibi yapılabilir.
- ✦ Riskli hamilelerde sürekli kullanımı önerilmektedir (ACOG).
- ✦ Normal ÇKS: 120-160 atım/dakika

VAJİNAL MUAYENE (ALTTAN MUAYENE)

- ✦ Doğum salonunda doktorunuz, ebe ya da hemşireniz sizi alttan muayene edecektir.
- ✦ Bu muayene ile doğumun gerçekten başlayıp başlamadığı, rahim ağzının açılma durumu (*santim ve yüzde olarak*) tespit edilerek belirlenecektir.
- ✦ Sağlık ekibi bu durumu silinme ve dilatasyon olarak ifade eder.

LAVMAN UYGULAMASI (BAĞIRSAKLARIN BOŞALTILMASI)

- ✦ Temiz bir ortam sağlar, kasılmaları uyarır, başın inişini kolaylaştırır, kirlenme ve buna bağlı utanma duygusunu azaltır.

DAMAR YOLUNUN AÇILMASI

- ✦ Birçok hastanede her hamileye uygulanan bir işlem damar yolu açma işlemidir. Hamilenin enerji ve sıvı alımını desteklemek ve kasılmaların yetersiz olduğu durumlarda suni kasılma vermek için kullanılır.

SUNİ SANCİ

- ✦ Rahmin kasılmalarının kendiliğinden düzenli olarak gerçekleşmediği durumlarda suni sancı ilaçları kullanılabilir.

ALT BÖLGENİZİN TRAŞ EDİLMESİ

- ✦ Bazı hastanelerde alt bölgeniz tıraş edilip uygun ilaçlarla temizlenir.

RAHİM AĞZINI GENİŞLETMEK İÇİN KULLANILAN İLAÇLAR

- ✦ Bazen kasılmalarınızla birlikte rahim ağzının açılması yavaş ve yetersiz olabilir. Rahim ağzının açıklığını arttırmak için haznenize bazı ilaçlar uygulanabilir.

EPİZYOTOMİ

- ✦ Doğum sırasında bebek başının çıkışını kolaylaştırmak için haznenizden bacağına doğru küçük bir kesi yapılabilir.
- ✦ Kesme işlemi yapılırken ve dikilirken ağrı duymazsınız.

SEZARYEN DOĞUM

Doğumların yaklaşık %80-90'ı doğaldır, normal doğum şeklinde gerçekleşebilmektedir. Geriye kalanı; *ters doğum, müdahaleli doğum, sezaryenla doğumdur.*

Sezaryen doğum, normal doğum yerine karnınızın alt kısmından bir keski yapılarak bebeğin anne rahimden çıkarılması işlemidir. Ameliyat ile yapılan doğumdur.

Sezaryen Hangi Durumlarda Gereklidir?

- ✳ Kemik çatının dar olması
- ✳ Bebeğin normalden büyük olması
- ✳ Bebeğin doğum kanalına baş yerine makat, omuz ve kol ile girmesi
- ✳ Bebeğin eşinin rahim ağzını kapatması ve bu duruma bağlı gelişen kanama
- ✳ Anne yaşının 35'in üzerinde olması (her zaman gerekçe değildir)
- ✳ Anneye ait hastalıklar (karaciğer hastalığı, şeker, albüm, bazı enfeksiyonların varlığı vs)
- ✳ Kordon sarkması, dolanması
- ✳ Geçirilmiş sezaryen veya rahim ameliyatı (neden devam ediyorsa),
- ✳ İkiz hamilelik
- ✳ İlerlemeyen doğum
- ✳ Doktorunuz size, sezaryen olmanız gerektiğini söylediğinde bunun nedenini de açıklayacaktır. Doktorunuzun size yeterli bilgi vermediğini düşündüğünüzde ihtiyaç duyduğunuz konuları sorabilirsiniz.
- ✳ Bazen **acil olarak sezaryene** karar verilebilir.
- ✳ Normal doğum bekleseniz bile sezaryen olasılığı için de **hazır olmalı ve bu konuda bilgilenebilirsiniz.**



****Epidural ve spinal analjezi kadının bel altı bölgesinin uyuşturulması ile genel anestezi tam uyutulması ile karakterizedir. Epidural ve spinal analjezinin belde yapıldığı bölgeler yönünden farklılık bulunmakta, epiduralda belde ince boru şeklinde bir kateter bulunmakta, spinal sonrası baş ağrısı daha fazla görülebilmekte ve spinal sonrası bel altında hem ağrı hem hareket hissedilmezken, epidural sonrası sadece bel altı ağrı hissedilmez, kadın ayaklarını hareket edebilir****

Sizin görüşünüz ve anestezi doktorunuzun görüşü doğrultusunda sizin durumunuza uygun analjezi veya anesteziye karar verilecektir.

PLANLI SEZARYAN ÖNCESİ YAPILMASI GEREKENLER

- ✳ Bazı hekimler sezaryanın bir gün öncesinde hastaneye yatmanızı isteyebilirler.
- ✳ Bazen ameliyat sabahı aç olarak hastaneye gelmeniz istenebilir.
- ✳ Her iki durumda da bir gün önceki akşam hafif yemek yenmelidir.
- ✳ Hastaneye gitmeden önce ılık bir duş almalısınız.
- ✳ Ameliyattan önce **en az 8 saat** aç kalınması gerekir.
- ✳ Karnın alt kısmı ve perine bölgeniz mikrop öldürücü solüsyonlarla temizlenir.
- ✳ Ameliyata gideceğiniz zaman üzerinizdeki giysiler ve takılar çıkarılır. Ameliyathane gömleği giydirilir.
- ✳ Hastaneye gelirken takılarınızı getirmemeniz önerilir.
- ✳ Ameliyat işlemi başladıktan **5-7 dakika** sonra bebeğiniz çıkarılır.
- ✳ Uyanık olduğunuzda bebeğinizin ağlama sesini duyabilirsiniz.
- ✳ Hastanelerin politikalarına göre ya hemen odanıza alınırsınız ya da doğum salonunda **bir iki saat** bekletilerek izlenebilirsiniz.

SEZARYAN SONRASI BİLİNMESİ VE YAPILMASI GEREKENLER

- ✳ Doğumdan sonra hemen bebeğinizi emzirebilirsiniz (en geç 1 saat).
- ✳ Ameliyat sonrasında ağrı hissedebilirsiniz, bunun için ağrı kesici ilaçlar yapılır.
- ✳ Ameliyat sonrası **ayağa kalkmak** son derece önemlidir.
- ✳ Genel anestezi aldıysanız **8 saat sonra**, lokal (spinal, epidural, kombine) analjeziden **4-5 saat sonra** ayağa kalkmanız gerekir. (Hastane kurallarına göre de değişebilir.)
- ✳ Ameliyat sonrası erken ayağa kalkmak;
 - Gaz sancısını daha az yaşamanızı sağlayacaktır.
 - Dolaşımınız hızlanacaktır.
 - Damar içi pıhtılaşma önlenecektir.
 - Yaranız daha hızlı iyileşecektir.
 - Solunumunuz hızlanacaktır.
 - Kan dolaşımınız artacaktır.
 - Yatak içinde sağa sola dönmeniz ve bacak egzersizi yapmanız da önemlidir.
- ✳ Barsak hareketleriniz başladığında (gaz çıkarmaya başladığınızda) ağızdan su ve sulu gıdalar alabilirsiniz.
- ✳ Sezaryan ile doğum yapan annelerde lohusalık dönemi yara iyileşmesi dışında normal doğumdan farklı değildir.
- ✳ Normal doğum sonrasında yapılması gereken uygulamalar aynen tekrarlanmalıdır.

BEBEKLE İLK TANIŞMA ANNE SÜTÜ İLE EMZİRME TEKNİKLERİ

Anne-Bebek Bağlanması

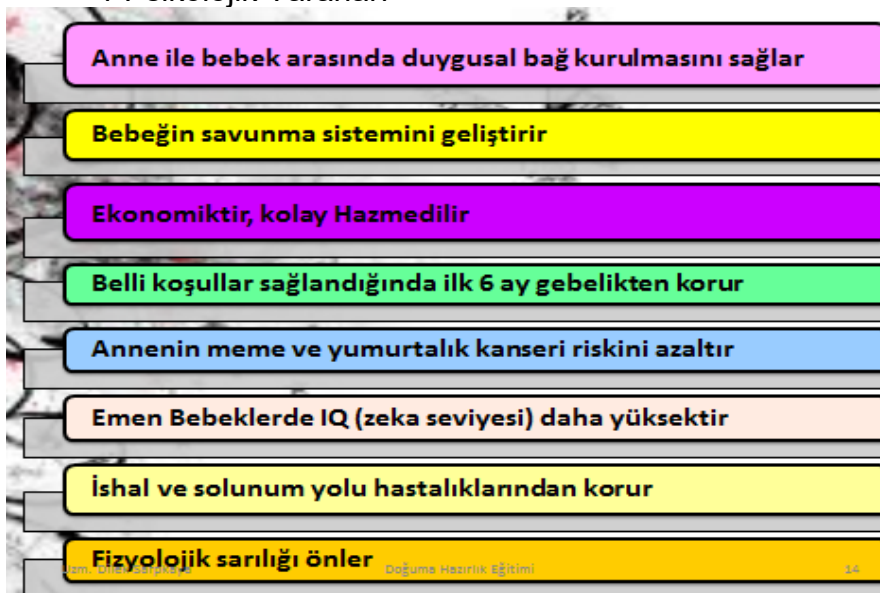
- ⊗ Bağlanma tam olarak yaşamın ilk 6 ayı ile 24. ayı arasında şekillenmektedir.
- ⊗ Doğumdan hemen sonra insan yavrusunun doğası gereğince başlayan bağlanma; *meme arama, başı döndürme, emme, yutma, parmak emme, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma* şeklinde kendisini göstermektedir.
- ⊗ Yenidoğan döneminin ilk üç günündeki anne-bebek yakınlığı son derece önemlidir.
- ⊗ Doğumla birlikte anne bebek arasında gelişen bu süreç, ***kişinin gelişimini, diğer insanlarla ilişkilerini ve uyumunu etkileyerek yaşamı boyunca etkinliğini*** sürdürür.
- ⊗ Bebeğin anne rahmindeki karanlığı, sıcaklığı ve ritmi terk ederek yepyeni bir ortama çıkışı hayatın ilk ve en zor kopuşu olarak kabul edilir.
- ⊗ Doğumu takip eden ***ilk 60-90 dakikalık*** dönemin anne bebek bağlanması bakımından en önemli süre olduğu kabul edilmektedir.

ERKEN TEN TENE TEMAS

- ⊗ Erken ten tene temas, bebeğin çıplak olarak doğumdan hemen sonra yüz üstü yatar pozisyonda annenin *göğsüne çıplak olarak* yerleştirilmesidir.
- ⊗ Dokunma, sıcaklık ve koku gibi duyuşsal uyarılar aracılığıyla erken ten tene temas etkilerinin yanı sıra annede bağlanmayı arttıran *oksitosin salınımını uyarır*.

Anne Sütünün Yararları

- 1-Savunma Sistemi Üzerindeki Yararları
- 2-Besin Maddesi Olarak Yararları
- 3-Anne Açısından Yararları
- 4-Psikolojik Yararları



Emzirmeye Başlama Zamanı ve Devamı

- ⊗ Normal ve sezaryen doğum da dahil olmak üzere bebek doğumdan sonra ilk 30 dakika ile en geç 1 saat içinde emzirmeye başlanmalıdır.
- ⊗ Bebeğe ilk 6 ay yalnızca anne sütü (su dahi verilmeden) 6. aydan itibaren de ek gıdalarla beraber 2 yaşına kadar anne sütü verilmelidir.

Süt Salgılanmasının Sürdürülmesi

- ⊗ Süt yapımının artması ve süt inme refleksinin meydana gelmesi bebeğin yeterince emmesi ile gerçekleşmektedir (Gece gündüz, bebek her istediğinde emzirilmelidir).
- ⊗ Bebek her emdiğinde önceden kanallarda hazır bulunan sütü kullanır.
- ⊗ Meme bezleri en çok 48 saat ürettiği sütü tutma, depolama kapasitesine sahiptir. Bu sebeple bebeğinizi emziremediğiniz durumlarda süt yapımının devamı için sütlerin sağılması gerekmektedir.
- ⊗ Anne sütü yapımı annenin beslenmesinden daha çok, bebeğin doğru teknik ile sık aralıklarla emzirmesi aracılığı ile artmaktadır.

EMZİRME TEKNİKLERİ

1. Her emzirmeden önce ellerin yıkanması gerekir.
2. Her gün duş alan annenin özel meme bakımı yapmasına gerek yoktur (memeler kirli ise duru su ile silinebilir).
Not: Karbonatlı su, sabunlu su, kremler vb. uygulamalar meme başında çatlak ve yaraya neden olacağından kullanılmamalıdır.
3. Ortam ısı, ses ve annenin sakinliği açısından ayarlanmalıdır.
4. Rahat pozisyon alınmalı. (Dik oturur pozisyonda süt akışı daha rahat olmaktadır).



5. Emzirme yastıkları ve havlu ile bebeği kendine yaklaştırabilirsin.
6. Meme tamamen açılmalı, bebeğin elinde eldiven olduğunda çıkarılmalı.
7. Bebeğin başı ve vücudu aynı doğrultuda, düz bir hat üzerinde olmalıdır. Yüzü memeye bakmalıdır. (Göz teması önemli)
8. Bebeğini kendi vücuduna yakın tutmalısın.

9. Meme ucunu bebeğin dudağına ve çenesine değdir. Meme üzerinde bulunan koku salgılayan yapılar ve bebeğin arama refleksi sayesinde bebek memeyi kavrayacaktır.
10. Bebek ağız ile sadece meme başını değil meme ucunun etrafındaki kahverengi kısmının çoğunu (üçte ikisini veya tamamını) kavramalıdır.
11. Meme başına dokunmadan, elin başparmağı ile kahverengi kısmın üstünden ve dört parmak altından destekleyerek (C tutuşu) memeyi kavramalısın.
12. **Doğru emzirme tekniğinde;**
 - Alt dudak dışa bükülür.*
 - Yanaklar şişer.*
 - Bebeğin çenesi memeye yaslanır.*
 - Meme ucunun kahverengi kısmı tamamen bebeğin ağızında olur.*
 - Şakaklar ve kulaklar kımıldar.*
 - Anne meme başında sızlama hisseder.*
 - Yutkunma sesinin dışında ses duyulmaz.*
13. Bebek memeye iyi yerleşmediğinde, serçe parmak bebeğin ağız kenarından içeriye sokulup parmak ile meme başına kalkan oluşturmalı ve bebek memeden ayırmalı ve tekrar yerleştirilmelidir.
14. Emzirme sırasında bebeğin başından memeye doğru bastırılması bebekte dövüşme hissi uyandırır ve bastırıldıkça bebek başını arkaya doğru atar. Dolayısıyla bebeğin memeyi istemediğini düşünebilirsin.
15. Her emzirmede bir meme boşalana veya bebek memeyi bırakana kadar emzirmeli, eğer doymadı ise diğer memeye geçilmelidir.
16. Bir sonraki öğünde diğer meme kullanılmalıdır.
17. Bebek her istediğinde emzirmelidir. Özellikle özel durumları olan bebeklerde iki emzirme aralığının 2 saati aşmamasına dikkat edilmelidir.
18. Emzirme sonrası bebeğin gazı çıkarılmalıdır.

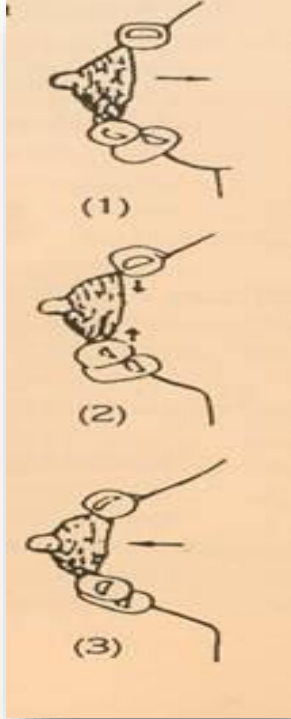
✓ **Yetersiz anne sütü çok nadir durumlarda görülüp bebeğinizin ayda 500 gramdan az kilo alması ve günde 6 dan daha az idrar yapması durumunda söz konusu olabilmektedir.**

✓ **Süt yapımını durduran en önemli şey strestir.**

✓ **UNUTMAYIN HER ANNENİN SÜTÜ BEBEĞİNE YETECEK KADARDIR.**

ANNE SÜTÜNÜN SAĞILMASI

Anne sütü, elle, pompa ile elektrikli makineler ile sağılabilir. Memeleri sağmadan önce sıcak duş almak, memelere sıcak yumuşak bez uygulamak ve masaj yapmak süt inme refleksini uyuracağından önemlidir.



Sağdığınız sütün saklama koşulları;

1. Anne sütün sağılmadan ve bebeğe verilmeden önce eller yıkanmalıdır.
2. Saklama kapları ve sütün sağma pompası sıcak, sabunlu suyla yıkanmalı ve durulanmalıdır. Mümkünse, bulaşık makinesinde yıkanabilir; bulaşık makineleri sıcak suyla yıkayarak yeterli temizliği sağlayabilir. Bulaşık makinesi yoksa kapları yıkadıktan sonra kaynatmak önerilmektedir.
3. Kalan sütün atılmaması için az miktarlarda depolanmalıdır. Emzirilen bebekler alternatif besleme yöntemine geçtiklerinde bir defada 60-120 mL alabilirler. 60 mL saklamak ve bebek hala açsa vermek bitirilmemiş sütün atılmasını önler.
4. Acil durumlar için küçük miktarlarda (30-60 mL) sütün saklanmasıdır. Az miktarda sütün, anne bebeğini emzirinceye kadar bebeği sakinleştirebilir.
5. Anne sütün günde birkaç kere sağılıp birleştirilerek istenen miktar elde edilebilir. Yeni sağılmış sütün buzdolabının rafında ya da buz ya da buz paketlerinin içinde bir saat tutulur ve daha sonra aynı gün sağılıp önceden soğutulan sütün üzerine eklenir. Buz paketleri saklama kabıyla temas etmemelidir.
6. Ilık sütün dondurulmuş sütün üzerine eklenmemelidir. Çünkü dondurulmuş sütün kısmen çözülmesine neden olarak bakteri üremesine yol açabilir.
7. Saklama kabı ağzına kadar doldurulmamalıdır çünkü anne sütün donunca genişler.
8. Mümkünse kaplar su geçirmez etiket ve mürekkeple etiketlenmelidir.
9. Bütün saklama kaplarının üzerine sütün sağıldığı tarih yazılmalıdır. Saklanan sütün tadı lipaz aktivitesinden (yağın yağ asitlerine yıkıldığı enzim aktivitesi) dolayı değişmiş olabilir. Sütün 40°C'nin üzerinde ısıtılmaması önerilmektedir. Çünkü bu işlem enzim aktivitesinin kaybına yol açmaktadır. Aynı risk ısıtma ve aşırı kaynatmada da bulunmaktadır.
10. Anne sütün buzdolabında saklanacaksa 2-4°C sıcaklıktaki buzdolabının orta rafında ve arka tarafında saklanmalıdır (Tablo 1).

Saklama Yeri	Sıcaklık	Önerilen Maksimum
		Saklama Süresi
Oda sıcaklığında	16-29°C (60-85°F)	En uygun 3-4 saat. Son derece temiz koşullarda 6-8 saat olabilir.
Buzdolabında	≤4°C (39°F)	En uygun 72 saat. Son derece temiz koşullarda 5-8 gün
Derin dondurucuda	≤-17°C (0°F)	En uygun 6 ay. 12 aya kadar olabilir.

(Anne Sütün Saklama Rehberi)

11. Sütün eğer derin dondurucuda saklanacak ise kapağın açılıp kapanmasından dolayı ısınmasını önlemek için derin dondurucunun arka tarafında saklanmalıdır.

12. Çözdürülmüş süt buzdolabında 4 saate kadar saklanabilir, ancak tekrar dondurulmaz.
13. Sağılmış anne sütü mikrodalga fırında ısıtılmamalıdır. Çünkü mikrodalga sütün bazı immünolojik özelliklerine zarar vermektedir.
14. Dondurulmuş sütün buzu buzdolabında ya da ılık suyun içinde çözündürülür.
15. Bebeğe vermeden önce kabı sallayarak sıcaklığın karışması sağlanmalı ve sütün sıcaklığı kontrol edilmelidir. Sütün sıcaklığı bileğin iç kısmına birkaç damla süt damlatılarak kontrol edilebilir.

Saklama kaplarının temizliği:

- Eller sabunla yıkanır ve temiz bir havlu ya da tek kullanımlık kağıt havlu ile kurulanır.
- Saklama kapları sıcak suyla iyice yıkanır ve kurumaya bırakılır, ya da bulaşık makinesinde yıkanır.
 - Bebek üç aylık ve daha küçükse kapların steril edilmesi gereklidir.
 - Ticari ev sterilizatörleri (örneğin, elektrikli ya da mikrodalga buhar sterilizatörü ya da kimyasal sterilizatör) kullanılıyorsa kullanım talimatlarına uyulmalıdır.
 - Kaynatılarak steril ediliyorsa; o Büyük bir tencereye sıcak su koyulur. o Yıkanan kaplar altından hava kabarcıkları çıkmayınca kadar suyun içine batırılır. o Tencerenin kapağı kapatılır ve su kaynatılır.
 - Kapları sterilizatörden ya da tencereden almadan önce eller sabun ve suyla yıkanır ve temiz bir havlu ya da kağıt havlu ile kurulanır. Steril mutfak maşaları steril malzemeyi tutmak için kullanılabilir.
 - Kontaminasyonu önlemek için, kaplar kaynamış sudan ya da sterilizatörden kullanmadan hemen önce alınır. Kaplar sterilizatörden çıkarılmışsa ve hemen kullanılmayacaksa kapalı ve temiz bir yerde saklanır

**'DOĞUM ŞEKLİ NE OLURSA OLSUN SAĞLIKLI BİR
DOĞUM VE
DOĞUM SONU OLSUN''**

DOĞUM PLANI

İsim Soyisim: _____ **Deney () Sınıf:** _____
Gebelik Haftası: _____ **Kontrol ()** _____

1) İsteddiğiniz doğum şekli nedir?

Normal Doğum () (Lütfen 3. Soruya geçiniz)

Sezaryen () (Lütfen 9. Soruya geçiniz)

2) Sezaryen operasyonu için hangi tip analjezi/anesteziyi tercih ediyorsunuz?

Epidural Analjezi ()

Spinal Analjezi ()

Genel Anestezi ()

DOĞUM ÖNCESİ DÖNEME İLİŞKİN PLAN:

3) Doğumunuz başladığında hastaneye gelmeden önce neler yapmak istersiniz?

0. Herhangi bir şey yapmam zaman kaybetmeden hastaneye giderim.

1. Duş alırım

2. Kasılmalarım (ağrılarım) 5-10 dakikada bir gelene kadar evde beklerim.

3. Enerji veren içecek ve yiyecek tüketirim

4. Tüm aileme haber veririm

5. Diğer.....

4) Doğum odasına alınmadan serviste iken odanızda herhangi bir düzenleme yapmak ister misiniz? Eğer varsa bir veya birden fazla seçeneği işaretleyiniz.

0. Fikrim yok

1. Odanın karanlık olması

2. Tv, müzik açma

3. Odaya az kişi alma

4. Doğum topunu getirme

5. Diğer.....

.....

DOĞUM ANINA İLİŞKİN PLAN:

5) Doğumun birinci (rahim ağzının açılma evresinde) ve ikinci evresinde (bebeğin çıktığı evrede) kimin/kimlerin size destek (duygusal veya fiziksel destek olarak) olmasını istersiniz?

0. Fikrim yok
1. Eş
2. Anne
3. Arkadaş
4. Eş-Anne
5. Diğer.....
-

6) Doğum kasılmalarınızı (ağrılarınızı) yönetebilmek için hangi baş etme teknik/tekniklerini kullanmayı düşünüyorsunuz.

0. Fikrim yok
1. Yürüme/pozisyon değiştirme
2. Doğum topu kullanma
3. Ağrı kesici isteme
4. Solunum egzersizlerini yapma
5. Müzik dinleme
6. Tv izleme
7. Masaj yaptırma
8. Diğer.....
-

7) Aşağıda doğuma ilişkin bazı müdahaleler ve girişimler yer almaktadır. Doğumda zorunlu kalınmadığı sürece hangisinin/hangilerinin yapılmasını tercih etmediğinizi belirtiniz.

- | | |
|--|-----|
| Vulva tıraşı (alt bölgenin tıraşı) | () |
| Lavman (barsak temizliği) | () |
| Damar yolu açma/damar yolundan beslenme | () |
| Ağızdan sıvı-gıda alımını durdurma | () |
| Membranı (zarı) erken açma (amniyotomi) | () |
| Sürekli elektronik fetal monitörizasyona (NST) bağlı kalması | () |

- Epizyotomi (alt bölgeye açılan kesi) ()
- Suni kasılma (sancı) ilacı ()
- Doğum ağrısı için epidural analjezi ()
- Diğer.....()

**8) Doğum anına ilişkin yapmayı düşündüğünüz diğer planlarınız nelerdir?
Yazınız.**

**DOĞUMDAN HEMEN SONRAKİ DÖNEME (Doğumun 3. ve 4. Evresine)
İLİŞKİN PLAN:**

**9) Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza alıp ilk teması
kurmak istiyorsunuz?**

10) Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi emzirmek istiyorsunuz?

**11) Doğumdan hemen sonraki döneme ilişkin yapmayı düşündüğünüz diğer
planlarınız nelerdir? Yazınız.**

**12) Doğum planınıza ilişkin bilgileri doktorunuzla paylaştınız mı veya
paylaşmayı düşünüyor musunuz? Eğer paylaştı iseniz aldığınız tepkileri
lütfen yazınız.**

Paylaşmadım ()

Paylaştım ()

Alınan

Tepki:.....

.....

.....

KAYNAKLAR

- Active birth.** <http://activebirthcentre.com/motherbaby-bonding/planning-natural-caesarean/>
- Akbayrak, T. ve Kaya, S.** Gebelik ve Egzersiz. 1. Baskı. Reklam Kurdu Ajansı, Ankara, 2012;10-11.
- ACOG Committee opinion 267.** (2002). Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*, 99(1), 171-173.
- Avcıbay, B.** (2009). Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Adana
- Başkale, H. ve Serçekuş, P.** (2014). Anne sütünün saklama koşullarına yönelik güncel bilgi ve uygulamalar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(4), 311-314.
- Coalition for Improving Maternity Services (CIMS)** Fact Sheet February 2010, (<http://www.motherfriendly.org/joinCIMS>).
- Çoker, H.** (2009). Ametist Hamile Eğitim Merkezi Eğitim Kitapçığı.
- Ergöl, Ş., Eroğlu, K. ve Taşkın, L.** (2012). The effect of oral fluid food support during labor on duration and perception of labor pains, *HealthMED Journal*, 6 (6), 2093-2097.
- Gönenç, İ.M. ve Terzioğlu, F.** (2012). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 129-143.
- İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi**, Ulusal Doğal Doğum Kongresi Bildiri Özetleri. 24-26 Nisan 2013. İstanbul.
- Karabulut, H.** (2014). Doğum Eyleminde Aromaterapinin Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Karabulut, Ö.** Doğum Ağrısı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Erişim adresi: www.cjoscience.com/uploads/CJOS_1_2014612115913.pdf
- Kömürcü, N. ve Berkiten Ergin, A.** Doğum ağrısı ve yönetimi, Bedray basın yayıncılık, İstanbul, 2008, 57-140.
- Labor positions.** <http://www.childbirthgraphics.com/index.php/positions-for-laboring-out-of-bed-chart.html#>.
- Lamaze Birth.** <http://www.lamaze.org/10LaborTips>
- Lowdermilk, D.L. and Perry, S.E.** (2007). *Maternity & Women's Health Care. Childbirth and perinatal education.* 9th ed. China: Mosby, 428-446.
- Mamuk, R. ve Davas, N.İ.** (2010). Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme Ve Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44 (3), 137-144.
- Mecdi, M. ve Rathfisch, G.** (2013). Gebelikte Oluşan Rahatsızlıklarda Kanıta Dayalı Uygulamalar. *F.N. Hem. Derg.*, 21(2). 129-138.
- Okumuş, H., Mete, S., Yenal, K., Aluş Tokat, M. ve Serçekuş F.,P.** Anne ve Babalar için Doğuma Hazırlık, Sağlık Profesyonelleri için Rehber. Okumuş, H. & Mete, S. (ed.). 1. Baskı, Deomed, İzmir, 2009; 3-200.
- Sayiner, F.D. ve Özerdoğan, N.** (2009). Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3), 144-148.
- Serçekuş, P. ve Gökçe İ., G.** (2012). Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1),
- Taşçı, E. ve Sevil, Ü.** (2007). Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*, 17(3), 181-186.
- Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2009;151-179.
- The Coalition For Improving Maternity Services:** Evidence Basis For The Ten Steps Of Mother-Friendly Care. *Journal Of Perinatal Education*, 16(1–Supplement), 1–80.
- Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı.** Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. (2013). Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitici Kitabı. Ankara, 5-40.
- Yıldızhan, R., Begüm Yıldızhan, B. ve Bozkurt Turan, Y.** (2008). Doğumda Epidural Analjezi. *Van Tıp Dergisi*, 15 (4), 116-119.
- Yıldırım Rathfisch, G. ve Güngör, İ.** (2009). Doğum eyleminin birinci evresinde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*. 3, 53-64.


EK 7: Doğuma hazırlık eğitim ortamı ve eğitim anlarına ilişkin bazı fotoğraflar





EK 8: Araştırma için Gerekli İzin ve Etik Onay Belgeleri

8.1. KKTC Sağlık Bakanlığı Kurum İzini



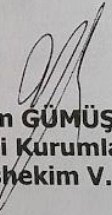
KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı. YTK.0.00-1/2013-15/ 394 Lefkoşa : 30.01.2015

**Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,
Lefkoşa.**

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora öğrencisi Uzm.Hemşire Dilek Sarpkaya'nın "**Primipar Kadınlara Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Korkusuna ve Sonuçlarına Etkisi**" Başlıklı tez çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı Dr.B.N.D.Hastanesi, antenatal polikliniği ve kadın doğum servisinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.


Dr. Yeşim GÜMÜŞDAĞ
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Başhekim V.

Dağıtım: Sn.Dilek Sarpkaya,

SB.

Adres: Bedreddin Demirel Caddesi No: 142 Lefkoşa.
 Tel: (+90 392) 228 3173, 228 4011, 228 4068 / Faks: (+90 392) 228 4247

8.2. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kurum İzini

29.12.2014

Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurulu'na,

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik programında doktora öğrencisi Uzman Hemşire Dilek Sarpkaya tarafından Anabilim Dalı'mızda yürütülmesi planlanan "Primipar Kadınlara Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Korkusuna ve Sonuçlarına Etkisi" adlı doktora tez çalışması değerlendirilmiş olup, kliniğimizde yürütülmesinde sakınca yoktur.

Yakın Doğu Üniversitesi
Hastanesi
Yrd. Doç. Dr. Eyüp Yayıcı
Kadın Hastalıkları ve Doğum,
Tıp Bebek Uzmanı
Diploma No: 1819/25287
Uzmanlık Belgesi No: 4521/067780
Tıp Bebek Sorumlusu No: KDU-000167-2004-009

Yrd. Doç. Dr. Eyüp Yayıcı

Kadın Hastalıkları ve Doğum AD Başkanı

YDÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi

8.3. Etik Kurul Onayı


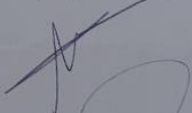


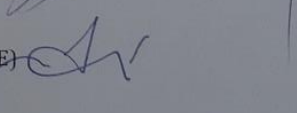
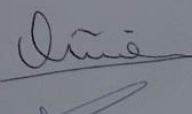
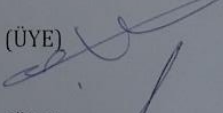

EX. 256/2015

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME
ETİK KURULU (YDÜBADEK)**

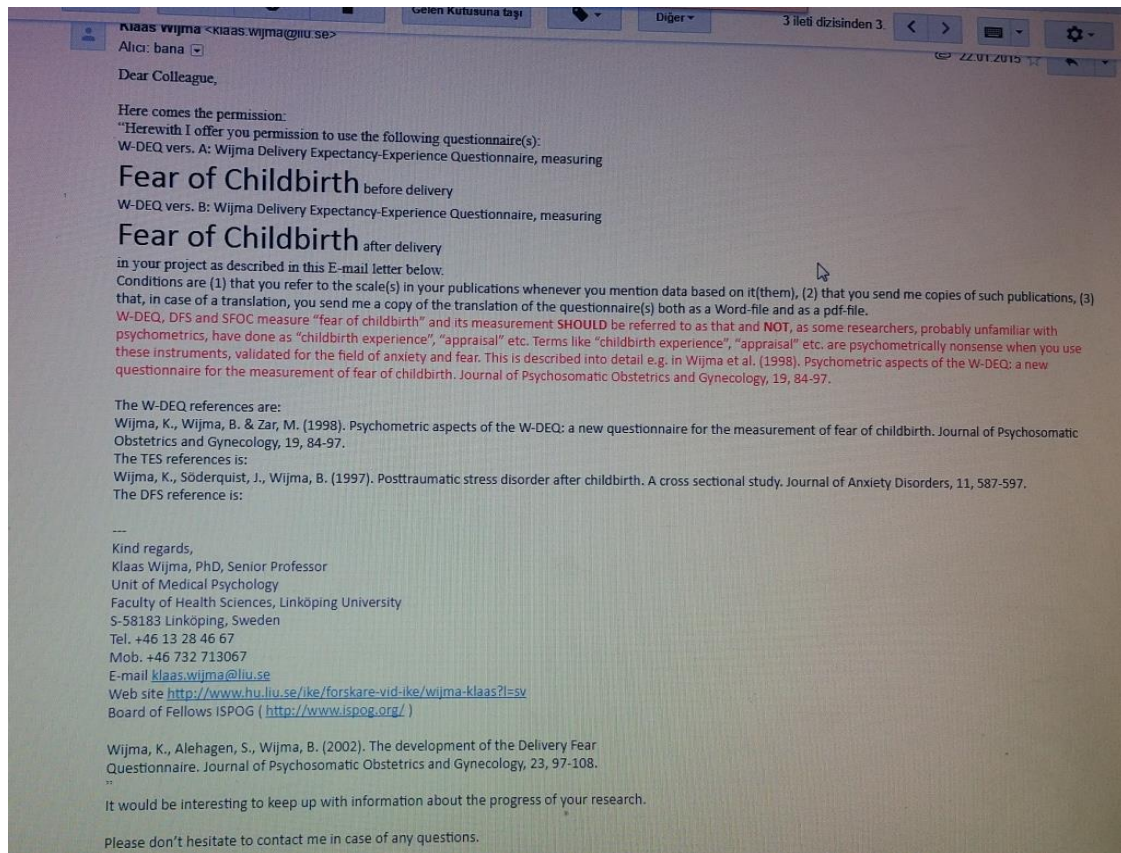
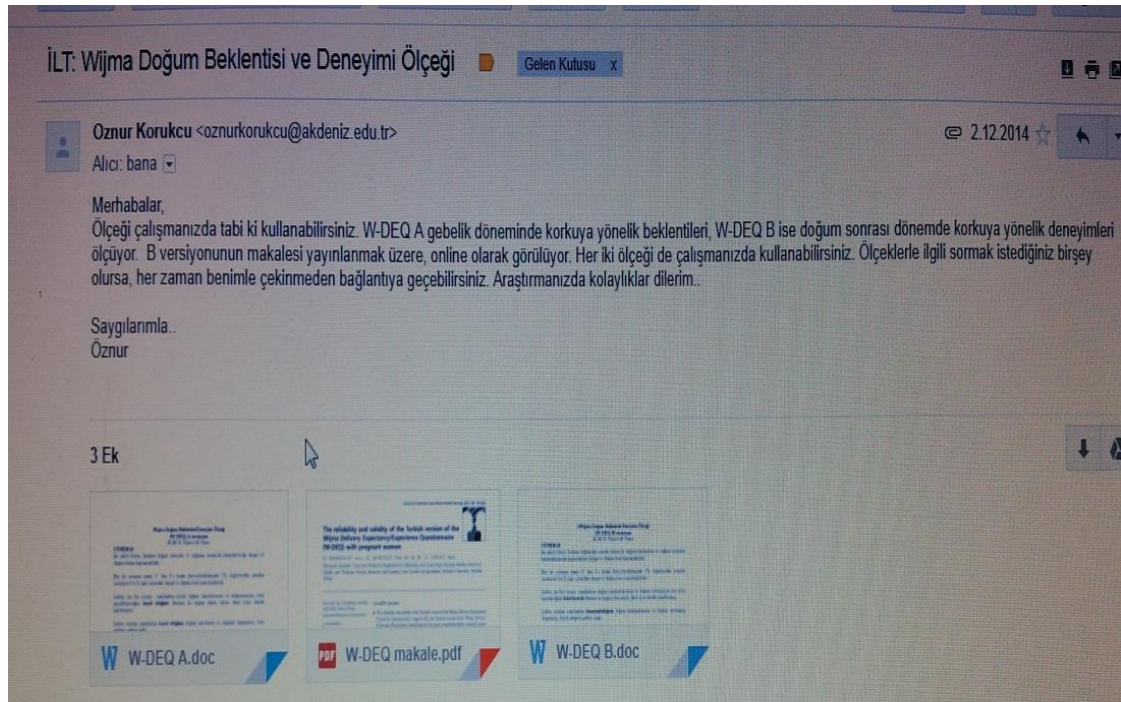
ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 26.02.2015
Toplantı No : 2015/27
Proje No : 171

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Gülşen Vural'nın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2015/27-171 proje numaralı ve "*Primipar Kadınlara Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Korkusuna ve Sonuçlarına Etkisi*" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur	(BAŞKAN)	
2. Prof. Dr. Tümay Sözen	(ÜYE)	KATILMADI
3. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder	(ÜYE)	
4. Prof. Dr. Tamer Yılmaz	(ÜYE)	
5. Prof. Dr. Hasan Besim	(ÜYE)	
6. Prof. Dr. Şahan Saygı	(ÜYE)	
7. Prof. Dr. Füsün Baba	(ÜYE)	KATILMADI
8. Doç. Dr. Ümran Dal	(ÜYE)	
9. Doç. Dr. Çetin Lütfi Baydar	(ÜYE)	
10. Yrd. Doç. Dr. Amber Eker	(ÜYE)	
11. Erden Algun	(SIVİL ÜYE)	KATILMADI

8.4. Kullanılan Ölçek Kullanım İzinleri



9.2. Maliyet Tablosu

ARAÇ-GEREÇ ADI	MİKTAR	BİRİM FİYATI	TOPLAM EDER
Eğitim kitapçık materyalleri-Tez baskı için Fotokobi Katılım Belgeleri (S)*	5000 Sayfa	25.00 Krş	1250 TL
Pilates topu	10 Adet	30 TL	300 TL
Bant	10 Adet	16 TL	160 TL
Mat (S)*	10 Adet	30 TL	300 TL
Büyük Poster Afisler	50 Sayfa	1 TL	50 TL
Yazı tahtası	1 Adet	100 TL	100 TL
Gazete reklam broşür (S)*	4 Sayfa	60 TL	240 TL
Orta boy, kare minder (S)*	10 Adet	50 TL	500 TL
Ulaşım-Benzin		3.69 TL	800 TL
Tez cilt	10 Adet	60 TL	600 TL
Telefon	2000 Kontür	20 TL	400 TL
TOPLAM			4400 TL

*S: Sponsor bulunmuştur.

TEZDEN YAPILAN YAYIN, SUNU, POSTER, ÖZGEÇMİŞ

MAKALE YAYINLARI

Sarpkaya Güder, D., Yalvaç, M., Vural, G. The effect of pregnancy Pilates-assisted childbirth preparation training on childbirth fear and neonatal outcomes: a quasi-experimental/quantitative research. *Quality & Quantity*, (), 1-13, DOI: 10.1007/s11135-018-0682-0, Online published.

BİLDİRİLER

Sarpkaya Güder, D., Vural, G., Yalvaç, M. (2017). Doğuma Hazırlık Eğitiminin Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonuçlarına Etkisi. *Sözel Sunum*. 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. 05-06 Ekim 2017. Kocaeli.

Sarpkaya, D., Vural, G., Yaycı, E. (2015). Kuzey Kıbrıs'ta bir hamile pilatesi destekli doğuma hazırlık eğitimi. *Poster Bildiri*, Uluslararası Katılımlı 2. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi. 05-07 Kasım 2015. İzmir.

ÖZGEÇMİŞ

Uzman Hemşire Dilek SARP KAYA GÜDER

1985 yılında Kumyalı'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kıbrıs'da tamamladı.

2007 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun oldu.

2007-2008 yıllarında Mağusa Yaşam Hastanesinin çoğunlukla kadın doğum, cerrahi ve çocuk servislerinde yüksek hemşire olarak çalıştı.

2008 yılının temmuz ayında Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı.

2011 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği alanında Yüksek Lisans Eğitimi tamamlayarak uzmanlığını aldı.

2011 yılından itibaren Hamile Pilatesi ve Doğuma Hazırlık eğitimleri ile ilgili çalışmalarını özel bir fitness salonunda yürütmektedir.

2012 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği alanında hemşirelikte doktora programına başladı. Şu an da Doğuma Hazırlık Eğitimi ilişkin tezini yürütmektedir. Tezin yayın aşamasındadır.

Alanı ile ilgili katıldığı kongre, sempozyum ve kurslar ile ilgili katılım belgeleri, sertifikaları verdiği konferans ve seminerlerden aldığı onur belgeleri bulunmaktadır.

