

**T.C.
GENELKURMAY BAŐKANLIĐI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
DAHİLİ HEMŞİRELİK BİLİMLERİ
ANA BİLİM DALI BAŐKANLIĐI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
BİLİM DALI BAŐKANLIĐI**

**PRİMİPAR ANNELERE GEBELİKTE VE DOĞUM SONU BEBEK BAKIMI
KONUSUNDA VERİLEN DANIŞMANLIK VE EĞİTİM HİZMETİNİN YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

**HEMŞİRELİK PROGRAMI
DOKTORA TEZİ**

**FİLİZ ARSLAN
YÜK. HEM. YZB.**

108275

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM BİLİM BİLİMLERİ
BİLİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DANIŐMAN ÖĞRETİ ÜYESİ
SEVGİ HATİPOĞLU
PROF. DR. YÜK. HEM. YB.**

ANKARA-2001

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
BÖLÜM I. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
BÖLÜM II. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Prenatal/Postnatal Bakım ve Eğitim	7
2.2. Telefonla Anne/Bebek İzlemi	13
2.3. Yaşam Kalitesi	15
2.3.a. Yaşam Kalitesi Kavramı	15
2.3.b. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik	19
BÖLÜM III. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.3.1. Araştırmanın Evreni	21
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	21
3.3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.4. Verilerin Toplanması	23
3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	23
3.4.2. Uygulama	27
3.4.2.a. Deney Grubuna Yönelik Uygulama	27
3.4.2.b. Kontrol Grubuna Yönelik Uygulama	28
3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi	31
BÖLÜM IV. BULGULAR	32
BÖLÜM V. TARTIŞMA VE SONUÇ	57
5.1. Tartışma	57
5.2. Sonuçlar ve Öneriler	69
5.2.a. Sonuçlar	69
5.2.b. Öneriler	73

BÖLÜM VI.	ÖZET	74
BÖLÜM VII.	İNGİLİZCE ÖZET	76
	KAYNAKLAR	77
	EKLER	
	EK-1.Primipar Anneleri Tanıtıcı Bilgiler Formu	
	EK-2. Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu	
	EK-3. Yaşam Kalitesi Skalası	
	EK-4.Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu	
	EK-5. Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formunun Ölçekleri ve Maddeleri	
	EK-6. Primipar Anneler İçin Danışmanlık Formu	
	EK-7. Danışmanlık Kriterleri	
	EK-8. Eğitim Kriterleri	
	EK-9. ‘‘ Önce Sevgi Sonra Bilinçli Bakım’’ Broşürü	

TABLoların DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Primipar Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 1.a. Araştırma Kapsamına Alınan Primipar Annelerin Anne Yaş ve Gelir Düzeyi Ortalamalarına Göre Dağılımı	32
Tablo 1.b. Araştırma Kapsamına Alınan Primipar Annelerin Diğer Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 2. Deney Grubundaki Primipar Annelerin Danışmanlık Sürecinde Danıştıkları Konuların Dağılımı	37
Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formundan Aldıkları Ön-Son Test Bilgi Puanlarının Deney ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubuna Alınan Primipar Annelerin Sorun Çözme Beceri Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubuna Alınan Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formundan Aldıkları Ön-Son Test Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 6. Kontrol ve Deney Grubuna Alınan Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formundan Aldıkları Son Test Bilgi Puanlarının Ön Test Bilgi Puanlarına Göre Değişim Oranlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubuna Alınan Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formundan Aldıkları Son Test Bilgi Puanları ile Sorun Çözme Beceri Puanlarının İlişkisi	43
Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanların Dağılımı	45
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Son Test Yaşam Kalitesi Puanlarının Ön Test Yaşam Kalitesi Puanlarına Göre Değişim Oranlarının Karşılaştırılması	47

Tablo 10.	Deney ve Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Son Test Yaşam Kalitesi Puanlarının Ön Test Yaşam Kalitesi Puanlarına Göre Değişim Oranlarının, Annelerin Son Test Bilgi Puanı ve Sorun Çözme Becerileri ile İlişkisi	49
Tablo 11.	Deney Grubundaki Primipar Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	50
Tablo 12.	Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	51
Tablo 13.	Deney Grubundaki Primipar Annelerin Evlilik Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	52
Tablo 14.	Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Evlilik Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	53
Tablo 15.	Deney Grubundaki Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yardımcılarının Bulunması Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	54
Tablo 16.	Kontrol Grubundaki Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yardımcılarının Bulunması Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	55

ŞEKİLLERİN DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri	18
Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Şeması	30
Şekil 3. Deney ve Kontrol Gruplarının Son Test Bilgi Puanlarının Ön Test Bilgi Puanlarına Göre Değişim Oranları	41
Şekil 4. Deney Grubuna Alınan Primipar Annelerin Son Test Bilgi Puanları ile Sorun Çözme Beceri Puanlarının İlişkisi	43
Şekil 5. Kontrol Grubuna Alınan Primipar Annelerin Son Test Bilgi Puanları ile Sorun Çözme Beceri Puanlarının İlişkisi	44
Şekil 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanların Dağılımı	46
Şekil 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Son Test Yaşam Kalitesi Puanlarının Ön Test Yaşam Kalitesi Puanlarına Göre Değişim Oranları	48

ÇİZELGELERİN DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Çizelge 1. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçek Sorularının 8 Alt Boyuta Göre Dağılımı	25
Çizelge 2. Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu, ‘‘Bebeğimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum’’	26



ÖNSÖZ

Bu tez konusu Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü'nün 23 Kasım 1998 gün ve Böl. Bşk.:0530-47-98/65 sayılı yazısı ile belirlenerek önerilmiş ve GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 127 sayılı oturumunda görüşülerek 04 ARALIK 1998 gün ve Yük. Lis. Dok. Mrk.:0530-81/107 sayılı emriyle kabul edilmiştir. GATA Yerel Etik Kurulunun 1491-4-2000 sayılı kararı ile çalışmalara başlanmıştır.

Nüfusu % 2.2 hızla artan ülkemiz, dünyada doğurganlığın yüksek olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye'de 0-14 yaş çocuk nüfusunun tüm nüfusa oranı yaklaşık % 35, 15-49 yaş kadın nüfusunun tüm nüfusa oranı yaklaşık % 25'dir. Bu oranlara bakıldığında ülkemizdeki nüfusun yaklaşık % 60'ının ana-çocuk sağlığı alanına girdiği görülmektedir(76). Kadın sağlığı, hem kadınların kendileri için, hem de çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkileri açısından önemlidir. Çocukların sağlık düzeyi annelerin sağlığı ile çok yakından ilişkilidir. Gebelik, doğum ve doğum sonu devrelerinin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesi, gebelikte ve doğum sonu dönemde verilecek düzenli bakım, eğitim ve denetimle sağlanır. Primipar annelerin bilgi eksiklikleri ve bebek bakımı ile ilgili sorunları çözmede yetersizlik hissetmeleri stres kaynağıdır. Aynı zamanda bireylerin rollerinin gerektirdiği annelik görevlerini ne kadar başarılı olarak yerine getirdiklerinin göstergesi olan performans algılarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu da annelerin duygularını, doyumunu ve sonuçta yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir(1,25,34).

Gebeliğin son döneminden başlayarak doğum sonu uyum sürecinin en yoğun yaşandığı 2. aya kadar verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi ana ve çocuk sağlığının geliştirilmesine yol gösterecektir.

Bu araştırma, doğum sonu erken taburculuk sonucu yeterli bilgi ve danışmanlık alamama sorunu ile karşı karşıya olan primipar anne adaylarına, bebek bakımı, ebeveynlik rollerine adapte olma, annenin kendi sağlığı ve bebeğin sağlığı ile ilgili olarak karşılaştığı problemlere yönelik olarak eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesi ve bu hizmetin annelerin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Bu tez çalışmamda ve klinik uygulamalarımda her zaman destek ve yardımını esirgemeyen GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Tbp. Tuğg. Erdal GÖKÇAY'a, tez uygulamam sırasında annelere eğitim ve danışmanlık hizmeti verirken tıbbi konularda bana danışmanlık eden Sayın Doç. Hv. Tbp. Alb. Faruk ALPAY'a, tez çalışmam için klinik uygulamaya olanak sağlayan Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana

Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Tbp. Kd. Alb. Recai Papuc u'ya saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez konumun seçiminde ve planlama aşamasında olduğu kadar eğitimim s uresince de her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Nurgün Platin'e ve ara tırmamın metodolojisini olu turmamda değerli yardımlarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Veysel Sönmez'e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Doktora eğitimim s uresince her türlü yardım ve desteği esirgemeyen, kıymetli bilgi ve deneyimleri ile yeti memde büyük emeği geçen, değerli hocam Doç. Dr. Hicran  avuo lu'na saygı ve şükranlarımı sunarım

Doktora eğitimim s uresince her türlü yardım ve desteği esirgemeyen, kıymetli bilgi ve deneyimleri ile yeti memde büyük emeği geçen, GATA Hemşirelik ve Sağlık Meslek Yüksek Okulu Müdürü, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Dz. Yük. Hem. Kd. Alb. Nur İnanç'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bu tez çalışmamda olduğu kadar, doktora eğitimim s uresince her türlü yardım ve desteği esirgemeyen, kıymetli bilgi ve deneyimleri ile yeti memde büyük emeği geçen ve tez danışmanı olarak beni yönlendiren, GATA Hemşirelik ve Sağlık Meslek Yüksek Okulu Müdür Yardımcısı, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Yük. Hem. Yb. Sevgi HATIPO LU'na saygı ve şükranlarımı sunarım.

 ubat 2001

Filiz ARSLAN

I. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Nüfusu %2.2 hızla artan ülkemiz, dünyada doğurganlığın yüksek olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. Son yıllarda bebek ölüm hızında önemli düşüşler görülmesine rağmen Unicef'in 1998 verilerine göre binde 37'ye düşen bebek ölüm hızı, gelişmiş ülkelere göre yüksekliğini sürdürmektedir. Diğer yandan ana sağlığı oranları da verilen ana sağlığı hizmetlerine rağmen, ülkemizde her 100.000 kadından 100'ünün gebelik, doğum ve düşük nedeni ile öldüğünü göstermektedir(8,76).

Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, annenin nitelikli bir bakım alması, doğru bilgi, tutum ve davranış kazanması ile sağlanabilir. Dünya sağlık örgütünün tanımına göre güvenli annelikte amaç; çocuk ve anne sağlığını en üst seviyeye çıkarmak, anne morbidite ve mortalitesinin azaltılması, yenidoğan sağlığının güçlendirilmesidir. Bu program, aile planlaması, doğum öncesi izlemleri, sağlıklı koşullarda doğum, doğum sonrası anne ve yenidoğan bakımını içerecek şekilde temel sağlık hizmetlerinin anne ve çocuklara ulaştırılma olanağının sağlanmasını gerektirmektedir. Anne kendi sağlığını ve bebeğin sağlığını korumak için bakım almalıdır, ancak koruyucu bakım kavramı içinde yer alan sağlığı koruma, sürdürme ve en üst düzeyde tutma sorumluluğunu da annenin kendisi üstlenmelidir (3,52, 56, 57, 72, 77).

Gebelik boyunca hemşireler, kadınların sağlığını koruyucu davranışlar kazanmaları ve sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için onlara yardım edebilecek Temel Sağlık Hizmetlerinin en önemli personelidir. Doğum öncesi ve sonrasındaki hemşirelik bakımı, bireye sadece fiziksel bakım vermeyi değil, aynı zamanda destek ve eğitim vermeyi ve danışmanlık hizmetini de içermektedir. Ebeveynliğe geçiş sürecinde, aileler kendi duyguları ve ilişkilerinde değişiklikler yaşarlarken yeni bir bebeğin bakımı ve ihtiyaçları ile ilgili bilgi ve becerileri de kazanmalıdırlar. Hemşire bu süreç içerisinde aile ve bebek arasında yakınlaşmayı sağlayan, ebeveynliğe geçiş rolünü hızlandıran görüşmeler yapmalıdır. Ailenin ebeveynlik rolüne bakış açısı, doğacak bebek ile ilişkileri, ebeveynlerin anne, baba olmaya ilişkin memnuniyetleri değerlendirilir ve anne-babanın kendilerine ve doğacak bebeklerine verdikleri değer ve bunun sonucu olarak bebeğe verecekleri bakım geliştirilir. Hemşire anne ve babaya; normal bebeğin özellikleri, bebekte sık karşılaşılan sorunlar, genel bebek bakımı, bebeğin beslenmesi, bebeğe gerekli olan malzemeler gibi konularda eğitim vererek bebek bakımı konusunda özgüvenlerini geliştirmelerini sağlar. Bilgili olma, kontrolü elinde tutma ve özgüven

duyguları annenin başetme, sorun çözme becerilerini artırarak yaşam kalitesinin iyileşmesine katkıda bulunur(56,72,77).

Yaşam kalitesinin iyileştirilmesine önemli katkıları olan doğum deneyimi için hazırlık, bebeğin doğumu ile sona ermez. Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu önemli bir dönemdir. Bebeğine, postpartum rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve beden imgesindeki değişikliklere uyum yapmak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur. Bebeğin bakımında beceri ve güvenin gelişmesi primipar anne için çok önemlidir. Postpartum dönem boyunca ebeveynlerin gereksinimlerini karşılamak amacıyla batı toplumlarında bir çok eğitim ve destek grupları oluşturulmuş olmasına karşın, toplumumuzdaki resmi sağlık kuruluşları içerisinde bu tip gruplar oluşturulmamıştır. Postpartum eğitim gruplarından biri olan ebeveyn gruplarında, postpartum döneme fiziksel ve emosyonel uyum, rol değişiklikleri, başetme becerileri, bebek büyüme ve gelişmesi, bebek bakımı, bebek eşyaları ve güvenli oyuncak seçme ile ilgili bilgilere yer verilmektedir. Grup tartışması ve paylaşma fırsatı yeni ebeveynlere yaşamlarındaki bu kritik geçiş dönemi sırasında özellikle yardımcı olmaktadır. Bu gruplardan bir diğeri bebek bakım gruplarıdır. Hem antepartum hem de postpartum dönemlerde oluşturulabilir. Bebek bakım grupları ebeveynlere, yenidoğanın normal özellikleri, banyo yaptırma ve hijyen, bebek beslenmesi, ilk yardım ve emniyet, hastalık belirtileri ve doktoru ne zaman aramaları gerektiği gibi konularda bilgiler içeren eğitim programları sunmaktadır. Bu gruplarda, gerçek bir yenidoğanla demonstrasyonlar ve video gösterileri ile eğitimler yapılabilir. Bebek bakım grupları için eğitim süresi bir oturumluk programdan birkaç haftalık programlara kadar farklı sürelerde olabilir(14,53,72).

Abbey ve Andrews(1985) tarafından yaşam kalitesinin psikolojik belirleyicilerini saptamak amacıyla yapılan çalışmada, iç kontrol, sosyal destek ve performansın yaşam kalitesini olumlu yönde, stres, depresyon ve anksiyetenin olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur(1). İç kontrolün olması, yani kişinin kendi yaşamını başkalarının değil de kendisinin kontrol ettiğini hissetmesi yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Eğitim ve danışmanlık yoluyla annenin bilgili olması, kendi kararlarını kendisinin vermesi, problem çözme becerileri geliştiği için kontrol duygusu kazanması yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Sosyal destek, ebeveynlerin davranış ve tutumlarını etkiler ve çocuğun gelişimi üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkiye sahiptir. Sosyal desteğin genellikle duruma uygun yardım, bilgi sağlama ve emosyonel empati ve anlayış içeren bir çok boyutu vardır. Bu

boyutları ile anneye sağlanan eğitim ve danışmanlık aynı zamanda sosyal destek sağlamaktadır. Sosyal destek, depresyon ve anksiyeteyi azaltarak annenin yaşam kalitesini artırmaktadır. (15).

Annelere sağlanan sosyal desteğin, stres ve depresyonun etkilerine karşı tampon görevi yaptığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Stres, bireylerin psikolojik iyi oluşu ve tutumları üzerinde kötü yönde etkilidir. Aynı olumsuz etki, yeni bebek sahibi olan annelerin yaşam doyumları ve ebeveynlik tutumları için de geçerlidir. Stresin en önemli etkisi annelerin kendi duyguları ve doyumunu üzerinedir. Primipar annelerin bilgi eksiklikleri ve bebek bakımı ile ilgili sorunları çözmede yetersizlik hissetmeleri stres kaynağıdır. Aynı zamanda bireylerin rollerinin gerektirdiği annelik görevlerini ne kadar başarılı olarak yerine getirdiklerinin göstergesi olan performans algılarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu da annelerin duygularını, doyumunu ve sonuçta yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir(1,25, 29,34).

Doğumdan bir hafta sonra evde primipar annelerin kaygılarında değişiklik olup olmadığını belirlemek amacıyla Bull(1985) tarafından yapılan çalışmada kendine bakım ve bebek bakımı ile ilgili kaygıların sürdüğü ve annelerin kendi duygusallıkları ile ilgili kaygıların önemli ölçüde arttığı ortaya konulmuştur(11).

Eğer bir kadın, herhangi bir nedenle annelik görevlerini yeterince yerine getiremediğini düşünürse, anne olarak değeri konusunda kaygı duyabilir. Pospartum dönemde anne incinebilirlik ve emniyetsizlik duygularını azaltmak için bilgi arar. Antenatal ve postnatal dönemde uygun bilgiler verilmesi yoluyla sağlanan destek ve bilgiler, stresi azaltır ve böylece başarılı bir gebelik yaşanmasına ve ebeveynliğe uyuma katkıda bulunur(18).

Bilimsel olarak anneleri çocuk doğumuna ve bakımına hazırlanmanın psikolojik yönden olumlu etkisi vardır. Doğum sonrası dönemde anne; kontrol kaybı, mahremiyetin kaybı, anne olmama rolünün kaybı ve kariyer fırsatının kaybı gibi kayıplar yaşar. Bu kayıplar annenin bir keder süreci yaşamasına neden olur. Bireyin olumlu tepki verme ya da uyum yeteneği, yaşanan değişikliğin derecesine ve kişinin değişiklikle başetme durumuna bağlıdır. Hemşirelik kişinin uyuma ilişkin tepkilerini artırmayı ve etkin olmayan tepkilerini azaltmayı hedefler. Adaptif tepki belli durumla başetmek için gereksinim duyulan enerji miktarını azaltan ve diğer süreçler için kullanılabilecek enerjiyi artıran bir tepkidir. Hemşirelik kuramcılarında Roy'un adaptasyon modeline göre enerji, etkin olmayan davranış için kullanılmak zorunda kalınmadığında sağlığı geliştirmek için kullanılabilir. Roy'a göre

adaptasyonu sağlamak sağlığa ve yaşam kalitesine katkıda bulunur. Anne doğuma ve bebek/çocuk bakımına hazırlanırsa, bebeğin doğumu ile annenin doyumunu, ve öz saygısı artar. Gebelik sırasında destekleyici ilişkinin, meydana gelen gebelik komplikasyonlarının oranını, emzirme kararını, ebeveynliğe uyumu ve ebeveyn-bebek etkileşimini etkilediği gösterilmiştir(53,62).

Annenin doğuma ve bebek bakımına hazırlandığı dönem antenatal (antepartum) dönemdir. Antepartum planlama hastaneden eve problemsiz ve emniyetli geçiş için erken taburculuk programlarının ayrılmaz bir parçasıdır. (6,13,35,49). Pospartum dönemde anneleri eğitmek için en uygun zaman annelerin eve dönmesinden sonraki bir zamandır. Hastaneden çıkmadan önce de annenin etkili görev performansı için bilgi önemlidir. Pospartum annelere hastaneden çıkmadan önce verilecek eğitim, ebeveynlik becerileri için acil gereksinimler, minimal rol hazırlığı, aile yapısındaki değişiklikler, kişilerin sağlık eğitimi gereksinimleri gibi konuları içermelidir(11).

Ebeveyn anksiyetelerini ve olası sağlık risklerini önlemek ve azaltmak için pospartum izlem programları erken taburculuk programlarının bütünleştirici bir parçası olmuştur. Doğumdan sonra kısa sürede (24-48 saat içinde) hastaneden ayrılan annelere tüm sağlık eğitimini ve anne ve bebek için gerekli taburculuk bilgilerini vermek için yeterli zaman yoktur. Özellikle kısa süreli hastanede kalışlarda, hastaneden taburcu olmadan önce annelere yazılı bilgilerin yer aldığı broşür verilmesi, ebeveyn destek gruplarının hemşire tarafından oluşturulması, hastaneden taburcu olduktan sonra annelerin telefonla izlenmesi ve toplum sağlığı hemşireleri tarafından ev ziyaretleri, annelerin bakıma ilişkin problemlerini çözmede yardımcıdır. Bebeğin evde tüm bakımını üstlenen anne, öğrenmeye hastanede olduğundan daha hazırdır. Hemşire tarafından sağlanan eğitim ve danışmanlık, annelerin daha doyum verici ebeveynlik deneyimi yaşamalarını kolaylaştırır. Bakımın sürekliliği, annelerin gelişen kaygılarını çözmelerinde yardımcıdır (6, 11,13,35,44,54).

İlk kez bebek sahibi olan anneler , bebeklerine bakma becerileri ve bunların uygunluğu konusunda çeşitli derecelerde anksiyete yaşarlar. Çalışmalar anne davranışının gelişmesinde primiparların multiparlardan daha az becerikli olduklarını ve daha fazla korku yaşadıklarını göstermektedir. Snelson ve arkadaşları(1990) primipar annelerin danışmanlık gereksinimlerinin multipar annelerden daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır(69). Kanada'nın Ontario eyaletinde yapılan bir çalışmada, primipar annelerin, tarihsel olarak pospartum izleme daha fazla gereksinim duydukları saptanmıştır(2). Tribotti ve

arkadaşları(1988) doğum sonu ilk 72 saat içinde annelerin kendi durumlarını açıklayan hemşirelik tanımlarını seçmelerini istedikleri çalışmalarında, primipar annelerin bilgi yetersizliği tanısını multipar annelere göre daha yüksek oranda seçtiklerini ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu bulmuşlardır(75).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği aile merkezli çalışır ve her bir çocukta mümkün olan en yüksek sağlık durumunu geliştirmeyi amaçlar(16). Bu amaca ulaşmak için çocuk hemşiresi çocuğun büyüme ve gelişmesinin her aşamasında yer almalıdır. Annenin sağlıklı bir gebelik geçirmesi, teratojenik etkilerden korunması, gerektiğinde genetik danışmanlık alması, doğuma hazırlanması, doğum sonu bebeğin gereksinimlerini karşılayacak bilgi ve beceriyi kazanması, doğum sonu bebekte gelişebilecek sorunları nasıl ele alacağını öğrenmesi ve doğum sonu bebekle iletişimin başlatılabilmesi, bu konularda bilgili bir hemşirenin eğitim ve danışmanlık rolü ile gerçekleştirilebilecektir(14,20, 24, 77,80,81,82).

Mevcut yapılanma içinde doğum öncesi dönemde gereken bakım ve eğitimi doğum hemşireleri verirken doğumdan kısa bir süre sonra bebekle ilgili annenin yaşadığı problemler çocuk hemşireleri tarafından ele alınmaktadır. Anne ve bebek takibini üstlenen hekim ve hemşirelerle yapılan görüşmelerde, annenin bir bütün olarak yaşadığı gebelik, doğum ve anne olma deneyimleri farklı dönemlere ayrılarak farklı profesyoneller tarafından ele alındığı için bakımın ve eğitimin sürekliliğinin sağlanmasında bazı aksaklıklar yaşanabildiği dile getirilmiştir. Bu karmaşık ve krizli dönem sırasında anne farklı kişilerden bakım alsa da kendisini bilgilendirecek ve istediğinde ulaşip danışmanlık alabileceği bir hemşire ile iletişim kurabilirse, sürekli ve gereksinimine yönelik eğitim ve danışmanlık alacağı, stres, anksiyete ve depresyonunun azalacağı, iç kontrol, performans ve yaşam kalitesinin artacağı, daha fazla danışma isteği duyacağı ve sağlıklı bir çocuk gelişimi için zemin yaratılacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Dünyada ve ülkemizde anne ve çocuk sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi sağlıklı bir toplum yaratılmasında en önemli unsurlardan biridir. Annenin yaşam biçimi ve sağlığı çocuklarının yetişmelerini ve sağlığını etkileyen en önemli öğedir. Annelerin, hem kendi bakımları, hem de bebek bakımı ile ilgili ortak kaygıları ve öğrenme gereksinimleri vardır. Tüm ebeveynler, çocuklar istensin ya da istenmesin stres altındadır. Bebeğin ve çocuğun gelişimi süresince ebeveynler değişen koşullara uyum yapmak durumundadır. Ebeveynlik rolüne ve bebeğin bakımına uyum yapma sürecinde annenin

yaşadığı stres, anksiyete, iç kontrol kaybı, performans yetersizliği duyguları annenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan eğitim ve danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi ana ve çocuk sağlığının geliştirilmesine yol gösterecektir.

Bu nedenle araştırma, primipar anne adaylarına, gebeliğin son trimestrinden başlayarak postpartum 2. aya kadar, bebek bakımı, ebeveynlik rollerine adapte olma, annenin kendi sağlığı ve bebeğin sağlığı ile ilgili olarak karşılaştığı problemlere yönelik olarak verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin annelerin bilgi düzeyi, , bebek bakımı ile ilgili sorun çözme beceri düzeyleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.



II. GENEL BİLGİLER

2.1. PRENATAL / POSTNATAL BAKIM VE EĞİTİM

Türkiye’de 0-14 yaş çocuk nüfusunun tüm nüfusa oranı yaklaşık % 35, 15-49 yaş kadın nüfusunun tüm nüfusa oranı yaklaşık % 25’dir. Bu oranlara bakıldığında ülkemizdeki nüfusun yaklaşık % 60’ının ana-çocuk sağlığı alanına girdiği görülmektedir(76).

Kadınların özel sağlık gereksinimleri büyük ölçüde doğurganlıkları ile ilgilidir. Ana sağlığını bozan nedenlerin büyük bir kısmı doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlerin normalden sapmaları ile ilgilidir. Ana ölümlerinin %75’ini gebelikle ilgili önlenbilir nedenler oluşturmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik düzeyde olma; anne yaşının 18 yaşın altında, 35 yaşın üstünde olması; doğum sayısının fazla olması; İki yıldan sık aralarla doğum yapma; beslenme yetersizliği; alkol ve tütün kullanma; annenin kronik hastalığının olması; istenmeyen gebelikler; gebeliğin ilk üç ayında viral enfeksiyon geçirme veya röntgen çekirme gibi durumlar gebelikte anne sağlığı açısından risk yaratmaktadır (72).

Çocuk sağlığı ile ilgili kaygılar çocuk yapmaya karar verildiği anda başlar. Bu andan başlayarak ebeveynlerin, ebeveynlik için hazır oluşlukları ve sağlık durumlarını en üst düzeye yükseltmek için çaba sarf etmeleri çocuğun sağlıklı gelişimi için önemlidir. Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli bir yeri olan doğum öncesi bakım hizmeti, temelde koruyucu ve sağlığı geliştirici bir hizmettir. Sağlığı geliştirme bireyin iyilik halini sürdüren ve artıran ve yaşam kalitesini artıran kaynakları geliştirmek için kişiye yardım eden aktiviteler olarak tanımlanır(68,72).

Ana ve çocuk sağlığını geliştirme ile ilgili uygulamalar anne doğum yaptıktan sonra da devam eder. İnsanların büyüme ve gelişme sürecinde yaşadıkları fiziksel, sosyal ve psikolojik değişim dönemleri potansiyel kriz alanları oluşturur. Bu değişimler ergenlik, yaşlılık, doğum ve menapoz gibi biyolojik; evlenme, ebeveyn olma gibi bir sosyal rolden diğerine geçişlerde yaşanır. Birey içinde bulunduğu gelişim evresinin özelliği olan olaylara hazır değilse ya da kabullenmede güçlük çekiyorsa bir gelişim evresinden diğerine geçiş krizle sonuçlanabilir. Kriz gelişmesine bilgi, beceri eksikliği ya da risk alamama, maddi ve sosyal kaynakların eksikliği gibi etkenler yol açar. Yeni evlilerin yaşamına katılan bir bebek, yeni bir yaşam tarzına uyum yapabilmek için belli beceri ve bilgileri gerektirir. Bilgi eksikliği, yeni becerilerin kazanılmasında güçlük, çevresel desteğin yetersizliği, maddi güçlükler ya da uyum amacıyla yeni davranışların öğrenilmesindeki isteksizlik, risk alamama bir gelişimsel krize yol açabilir. Gelişimsel geçişler, klinik anlamda travmatik deneyimler olmamakla

birlikte emosyonel dağılmayı harekete geçirme potansiyeli taşıyan dönüm noktalarıdır. Bu dönüm noktaları, yaşanan gelişimsel evrelerde başarıyla üstesinden gelinmesi beklenen sosyal-psikolojik süreçlerdir. Gelişimsel geçişler bireyin kendilik kavramı ve kimliğinde de geişim gerektirir ve zamanlama uygun değılse kriz potansiyeli taşır. Yaşam geçişleri kısa süreli kayıplardır. Her dönem arası geçişlerde alışıldık ve rahat edilen bir durumdan, bilinmeyen ve tehdit edici bir duruma doğru geçiş vardır. Bir anlamda varolan denge bozulur ve yeni dengenin kurulması için harekete geçilir. Birey bekleyen yeniliğe doğru ilerlerken kayıplara yas tutar. Geçişler için hazırlanmak ise akut emosyonel krizden kaçınmak için yardımcıdır. Kişinin yaşamı süresince önemli uğraşlarında dönemler arası geçişin başarısını engelleyebilecek dalgalanmalardan koruyan, destekleyen, bilgili ve deneyimli kişilere gereksinim vardır. Bu kişiler kriz içindeki bireyle ilgilenen, desteğini esirgemeyen arkadaş, komşu, aile üyeleri olabildiğı gibi, sağlık çalışanları, kriz danışmanları da olabilir. Bir çocuğun doğumu ve ebeveyn rolünü üstlenme aile üyelerinin yaşamında değışiklik ve strese neden olur. Annenin yaşadığı kayıp duyguları, bilgi-beceri eksiklikleri, beden imajı değışiklikleri, izolasyon, rol değışiklikleri, rol çatışmaları annede stres yaratan durumlardır. Bu stres kaynakları yanında doğum ile birlikte gelen daha fazla maddi gider, kendine daha az zaman ayırma, uyku örüntülerinde değışiklikler, olası iş ve gelir kayıpları gibi bazı yaşam değışiklikleri olumsuz etki ederek ebeveynlerin yaşam kalitesini etkiler. Stresli anneler bebeklerine karşı daha az olumlu duygulara sahiptirler ve bebekten gelen ipuçlarına cevap vermeyebilirler. Sonuç olarak bebekler de daha az tepki vermeye başlar ve verdikleri ipuçları daha az belirgindir. Bu kısır döngü giderek annenin ipuçlarına cevap vermesini güçleştirir ve ayrıca bu tip anne-bebek etkileşim güçlükleri anne tarafından yaşanan stresin derecesini artırır. Devam eden stres daha sonraki dönemde daha fazla ilişki güçlüğü yaratır. (15, 25, 28,34, 62, 65).

Aileye yeni bir üyenin katılmasından sonra yeni düzenlemeler yapma ve uyum sağlama süreçlerinin yoğun bir biçimde yaşandığı doğum sonu dönemde hemşirenin kapsamlı bir bakım vermesi, bireysel ihtiyaçların ve potansiyel problemlerin tanımlanmasına ve iyi değılendirilmesine bağlıdır. Postpartum dönem boyunca devam eden eğitim ve danışmanlık, ailenin gereksinimlerinin belirlenmesine, uygun girişimlerin planlanması, uygulanması ve değılendirilmesine olanak sağlar(14, 20,43, 45).

Bugün postpartum dönemde bakım veren hemşire, doğum sonu eğitim vermekte güçlüklerle karşı karşıyadır. 2. Dünya savaşından önce anne ve yenidoğan bebeklerin

hastanede en azından 3 hafta kalması ve 10 yıl kadar önce de 3-5 gün kalmaları yaygındı. Günümüzde, anne ve yenidoğanın hastaneden 2 gün ya da daha kısa sürede çıkarılması sık görülen bir uygulamadır. Kısa süreli hastanede yatışın sonucu olarak, annenin sağlığını yeniden kazanması için dinlenme gereksinimi kadar, gereksinimlerine yönelik acil eğitim girişimleri de değerlendirilmek zorundadır. Hastanede kalış süresi sıklıkla 72 saat ya da daha az olduğundan anneler hastaneden çıkmadan önce kendi bakımları ve bebek bakımı konusunda kısa süre içinde çok fazla oranda bilgi almaya zorlanırlar. Annelerin bu bilgileri anlama düzeyleri kadar, bilgilerin yararını algılama düzeyleri de farklılık gösterir. Literatür postpartum dönemde anneleri eğitime konusunda, eğitimin zamanlaması, tekrarı ve öğrenecek kişinin hazır oluşluğu gibi kritik faktörler belirlemiştir. Motivasyon, önceki temaslar, beceri ve ortam da kendine bakımı ve bebek bakımı vermeyi etkilemektedir. Bu bilgiler, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin özellikle gebeliğin son dönemlerinden başlayarak taburculuk sonrası dönemde sürmesi gerektiğini göstermektedir(11,18,21, 31,38).

Anneler hastanedeysen eve gitmek için sabırsızlanır. Bununla birlikte taburcu olduklarında kendilerinin ve bebeklerinin bakımını nasıl sağlayacakları konusunda endişe duyarlar. Yenidoğan bebekleri ile hastaneden ayrıldıklarında, evde destek bulabilme konusunda kaygılar ortaya çıkmaya başlar. Günümüz toplumlarında geleneksel uygulamalar, annenin bebek bakımı konusunda bilgili ve becerili olmasını gerektirir. Çünkü bebeğe bakma sorumluluğunun çoğunu anne üstlenmektedir(7,10).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin anne ve bebek açısından sağlıklı geçirilebilmesi için değişik zamanlarda ve içeriklerde çeşitli eğitim ve danışmanlık programları sunulmaktadır. Bunlardan geç prenatal sınıflar gebeliğin 3. trimestirinde başlar ve bebek bekleyen ebeveynlere doğum, bebek bakımı ve bebek beslenmesi konularında eğitim verilir(31,47, 82).

Anneler pospartum dönem boyunca birbiriyle yarışan gereksinimlerle yüz yüzedir; fizyolojik bütünlüğü yeniden sağlama ve yenidoğan bebeği ile ilişkili bakıp-büyütme davranışını oluşturmaya gereksinim duymaktadırlar. Postpartum dönemde erken taburcu olan annenin öğrenme gereksinimlerinin önceliklerini belirlemek, etkin ve yeterli eğitim programları geliştirmek için gereklidir. Eğitim programı geliştirme sağlık bakımı verilmesinin önemli bir unsurudur. Çocuk ve aile eğitimi, planlama ve uygulama, çocuk ve aile odaklı profesyonel eğitim materyalleri geliştirilmesini içerir(7,14,20, 32,45).

Böyle bir program uygulandığında,

-Taburculukta hasta ve ailelerine verilen yazılı bilgi, evde ve son poliklinik ziyaretinde tekrar gözden geçirilebilir

-Eğitim kontrol listeleri, hasta ve ailelerine verilen bilgilerde tutarlılık ve güvenilirlik sağlar (7,61).

Postpartum eğitimde bireysel eğitim modelleri, diğer eğitim modellerinden daha iyi eğitim sağlamıştır. Anne ve hemşirelerin postpartum dönemde anneye verilmesi gereken bilgiler konusunda düşüncelerinin araştırıldığı bir çalışmada, anneler ve hemşireler çoğu konuda aynı fikirleri ifade etmişlerdir. Anneye ait konulardan, postpartum komplikasyonlar, epizyotomi/dikişler ve ilaçların çok önemli olduğu her iki grup tarafından da ifade edilmiştir(7,82).

Davis ve arkadaşları(1985) tarafından yapılan bir çalışmada annelerin gereksinim duyduğu eğitim konuları sıralaması şu şekildedir;

- Bebğin hastalığı
- Postpartum dönemde annede görülen komplikasyonlar
- Bebği besleme
- Dikişler/epizyotomi
- Göbek bakımı
- Vücut sıcaklığının ölçümü
- Bebğin ilaçları
- Sağlıklı bebek bakımı
- Bebğin barsak/idrar örüntüleri
- Bebğin emniyeti
- Bebğin cilt bakımı
- Bebeğin ağlaması
- Sünnet
- Meme bakımı
- Konstipasyon/hemoroid
- Bebek banyosu
- Giydirme/bezleme
- Yenidoğan sarılığı
- Doğum sonrası ağrılar
- Salya

- Vajinal akıntı/sonraki menstüral dönem
- Doğum kontrolü
- Bebek beslenmesi
- Bebegi dışarı çıkarma
- Anne için şekillendirme egzersizleri
- Bebekte hıçkırık
- Bebekte geğirme
- Doğum sonrası cinsellik
- Bebegi aileye tanıtırma
- Oyuncak seçme
- Ziyaretçi kabul etme
- Evde yardım
- Pospartum yorgunluk
- Evden ayrılma/işe dönme
- İsim seçme
- Mood(mizaç) değişiklikleri
- Banyo yapma/saç yıkama(18)

Postpartum bakım veren hemşireler ve anneler üzerinde yapılan “Annelerin Postpartum Eğitim Öncelikleri” isimli çalışmanın sonuçları, hemşirelerin bebek bakımı konularına daha fazla önem verdiklerini göstermiştir. Hemşireler annelere, ağlama ve uyku örüntüleri gibi bebek davranışları konusunda eğitim yapmaktan çok, banyo yaptırma ve besleme gibi bebek bakım aktiviteleri konularında eğitim vermeye daha fazla zaman ayırmışlardır(18).

Ebeveynler için en önemli konulardan biri, yenidoğanın davranışlarını anlama ve yenidoğan tarafından verilen ipuçlarına duyarlı bir şekilde cevap verebilmedir. Bebeğin davranışsal tepkilerini doğru bir şekilde yorumlamada yetersizlik, ebeveynlerde hayal kırıklığına neden olabilir, etkileşimde uyumu bozabilir ya da bebekte psikopatolojik bozuklukların gelişmesine yol açabilir. Erken postnatal dönemde yapılan çalışmalar, bu dönemde ebeveynlerin bebek davranışı konusunda bilgi alma isteklerini ortaya koymuştur. Çalışmalar ebeveynlerin bebek davranışı ve yeteneklerini tanıma bilgisine kendiliğinden sahip olmadıklarını ve bebeğin gelişmesine katkıda bulunacak bu fırsatları gözden kaçırdıklarını ortaya koymaktadır. Pediatri uygulamalarında ebeveynlere en az bilginin bebek ve çocuk davranışı konusunda verildiği gösterilmiştir. Yeni ebeveynlerin öğrenme gereksinimleri

dikkate alınırsa, hem bebek davranışı konusunda bilgi kazanırlar hem de yenidoğanın davranışsal tepkilerini yorumlayabildikleri için güven duyguları gelişir. Bilgi ve güven daha doyumlu ebeveyn-bebek ilişkisine katkıda bulunur ve böylece yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenir.(18,31,45).

Literatürde postpartum kaygılar konusunda anne ve hemşirelerin algılarını karşılaştıran bir çalışmada, bağımsızlığa dönüş için her iki grubunda hazırlık yaptıkları belirlenmiştir. Hemşireler pospartum dönemdeki eğitimi, kadınları bağımsızlığa dönmeye hazırlamak, dolayısıyla da bu gereksinimi karşılamak için bir araç olarak düşünmüşlerdir(18).

Araştırmalar, annelerin öğrenmeye ilgi duydukları konuların pospartum dönemin gidişi boyunca değiştiğini göstermektedir. Davis'in(1985) çalışmasında belirtildiğine göre Adams doğum sonrası 2-7 günde annelerin bebek beslenmesi ile ilgili konularla daha ilgili olduklarını bulmuştur. Bu zamanda anneler yenidoğan bebekleri ile eve dönmeyi beklediklerinden, göbek bakımı/sünnet bakımı ile birlikte bebek banyosu da önemli kaygılardandır. Haight, hastaneden çıkıştan 3-7 gün sonra annelerin bebek bakımı konusundaki sorularının daha fazla olduğunu bulmuştur. Gruis tarafından yapılan bir çalışmada anneler pospartum birinci aya kadar gebelik öncesi görüntülerine geri dönme yolları ile çok ilgili bulunmuşlardır. Ayrıca, ev işi, diğer çocuklar ve eşten gelecek istekleri nasıl ele alacaklarından da kaygı duyduklarını ifade etmişlerdir. Melchoir tarafından yapılan bir çalışmada da annelerin pospartum kaygılarının zamanla değiştiği gösterilmiştir. Anneler başlangıçta epizyotomi hassasiyeti ve konstipasyon gibi fizyolojik problemler konusunda endişe yaşarlarken, daha sonra 6. haftaya kadar evdeki problemleri, idrar yapma sırasındaki rahatsızlığa, doğum kontrol yönteminin seçilmesine, pişik konusunda ne yapacaklarına ve irite bir bebeği nasıl rahatlatacaklarına odaklanmışlardır(18).

Graef ve arkadaşlarının(1988) çalışmasına göre, doğumu takiben hastanedeysen annelerin en önemli kaygıları; uykulu bebek, hassas meme ve meme ucu, bebeğin meme başını yakalayamaması, rahat bir emzirme pozisyonu bulamama yüzünden emzirme güçlüğü içerirken postpartum birinci ayda meme başından sızıntı olması, meme ve meme başı hassasiyeti ve maternal yorgunluk önemli kaygılar olarak belirlenmiştir. Postpartum 6. ayda birinci ayda ifade edilenlere ilaveten özgürlüğün kısıtlı olması anneler tarafından sorun olarak ifade edilmiştir. Bebekle ilgili kaygılar, huzursuzluk, uykulu bebek, gece-gündüz karışması, döküntüler, kilo alma hızı, bebekte üst solunum yolu enfeksiyonlarını içermiştir(33).

Elmer ve Maloni'nin(1990) çalışmasında belirtildiğine göre Sumner ve Fritsch'in telefonla bilgi veren bir merkeze başvuran primipar ve multipar anneler üzerinde yaptıkları bir çalışmada en çok sorulan sorular, beslenme, kolik, cilt kızarıklığı, uyuma/ağlama ve pospartum uyumla ilgili olmuştur ve primipar anneler telefonla daha fazla aramışlardır(22).

2.2. TELEFONLA ANNE/BEBEK İZLEMİ

Telefonla danışmanlık etmek yeni bir uygulama değildir. Literatürde 1960'lı yıllardan beri yer almaktadır. Telefonla triaj hizmetleri ise 1970'lerden beri uygulanmaktadır. Telefonla danışmanlık hizmetlerinin, diğer sağlık personeli ile kıyaslandığında hemşireler tarafından daha etkin bir şekilde yürütüldüğü belirtilmektedir(51).

Telefonla danışmanlık hizmetlerinin anne-bebek izlemi amacıyla kullanılması bir grup perinatal hemşirenin çabasıyla olmuştur. Pospartum dönemde annelerin evde sık ziyareti, mali ve personel sıkıntıları nedeniyle istenilen düzeyde olamadığından, 1987'de Amerika'da bir grup perinatal hemşire, doğum sonu erken taburculuk nedeniyle postpartum dönemde annelerin artan hemşirelik bakım gereksinimlerini karşılamak için alternatif yollar aramışlar ve hastaların önemli olarak ifade ettiği bakımla, verilen gerçek bakımı karşılaştıran bir hasta surveyi ile harekete geçerek, postpartum dönemde 24 saat ulaşılabilir olan, telefonla annelerin izlenmesi uygulamasını önermişlerdir. Yaptıkları pilot çalışma sonucunda elde ettikleri başarı ile hemşireliğin faaliyet alanını hastane ortamının sınırlarının ötesine taşımışlardır. Bu program perinatal alanla sınırlı kalmamış ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri, pediatrik yoğun bakım üniteleri gibi diğer alanlarda da kullanılmıştır(22,67).

Telefonla izlem, kısa süreli hastanede kalış nedeniyle yapılamayan hemşirelik bakımının sürekliliğini sağlar. İzlemi yapan hemşireler, hemşirelik sürecini kullanarak postpartum dönemde ailenin adaptasyonunu izleme, destekleme, aileyi eğitme ve savunuculuk rolünü yerine getirme ve gereksinim duyulduğunda anneyi uygun yardımı alabileceği kişilere gönderme amaçlarına ulaşır(67,74).

Erken pospartum taburculuk sonrası telefonla danışmanlık ve değerlendirme hizmeti gelişmiş ülkelerde yaygın olarak verilmektedir. Telefonla bakım programlarının, hastanın sağlık bakım sistemine girmesinde en etkili yol olduğu düşünülmektedir. Telefonla bakımın asıl yararı, bakım verenlerin üretkenliğini en üst düzeye çıkarma, hastanın kendine bakım ve otonomisini teşvik etme, yaşamı tehdit edici krizlerden kaçınma ve bireylerin doyumunu artırma yoluyla bakım maliyetin düşürülmesi olarak görülür. Tüm evde izlem hizmetleri hemşireler tarafından yürütülmektedir. İzlemin kalitesi özellikle önemlidir. Çünkü annelerde

ve bebeklerde, taburculuktan önce belirlenemeyen sorunlar görülebilir. Telefonla müdahale, hizmet sağlayanların etkin kullanımı, düzenli kontrolleri artırma, hastaneye gereksiz başvuru sayısını azaltma, telefon yoluyla bireylere acil girişimleri sağlama, sağlık bilgisi verilmesi, geleceğe yönelik rehberlik, krize müdahale, hastanın durumunu değerlendirme, hastalığı izleme, zamanında taramayı teşvik etme gibi çeşitli amaçlarla kullanılmasına karşın, pospartum dönemde telefonla izlem ile ev ziyaretlerinin etkinliğinin karşılaştırılmasını sağlayan çok az araştırma vardır(22,30,36,55, 66,79).

Yapılan kontrol gruplu deneysel bir çalışmada, hemşireler tarafından telefonla aranan grubun, aranmayanlardan önemli ölçüde daha fazla toplum kaynaklarını kullandıkları belirlenmiştir(79). Son zamanlarda Oda, Heilbron ve Taylor(1995) tarafından yapılan deneysel bir çalışmada, küçük çocukların sağlıklarını değerlendirme açısından ev ziyaretleri ve telefon ile görüşülerek bilgi sağlama arasında önemli bir fark saptanmamıştır(55).

0-5 yaşları arasındaki çocukların bakımına yönelik olarak oluşturulan bir telefonla danışmanlık hizmetine, ilk 30 ayda yapılan başvuruların 282'si bebeklerle ilgili olmuştur. Telefonların %70'i ilk doğan bebeklerle ilgilidir ve bir haftalıktan küçük olan bebekler % 34'ünü oluşturmuştur. Arama zamanları genellikle öğleden sonradır. Danışılan konuların başında bebek beslenmesi gelmektedir. Maternal problemler, ağlama, gündüz/gece karışması, uyku, göbek bakımı, barsak fonksiyonu gibi konular danışılan diğer konulardır(22).

Hastanede yatma sonrasındaki bakım için telefonla izlem çalışmalarının, telefon temasının fiziksel ve psikolojik sonuçların geliştirilmesi kadar tedaviye uyma konusunda da önemli bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Sonuçları olumlu yönde geliştiren bu mekanizmaların, sosyal destek ve bilgi sağlama olduğu kabul edilmiştir. Spesifik sonuçlar, doktora daha fazla soru sorma, doktorun istemine daha fazla uyum, ve hastalık durumlarını daha fazla kontrol etme duygusudur. Bu sonuçlar, telefonla izlem programının ana unsurunun hastanın kendisine, bakımı konusunda yetki verilmesi olduğunu göstermektedir(36,64).

Spesifik olarak, telefonla izlemi yapan vaka yöneticisi, tedavi planı konusunda bir ipucu sağlar, eğitim yoluyla hastanın kendine bakım ve stres yönetimi/başetme becerilerini artırır, hastanede yatmayı önleyerek ya da en aza indirerek, aile, toplum ve sağlık kaynaklarının etkin ve zamanlı kullanımını sağlar, ve telefonla izlemi kolaylaştırmak için bakım sistemlerinin geliştirilmesine katkıda bulunur, maliyeti azaltır ve bakımın kalitesini yükseltir(51,66).

Telefonla izlem yapan perinatal hemşireler, telefon görüşmesi yoluyla değerlendirmeler yapar, hasta problemlerini belirler, hemşirelik girişimlerini uygular ve bakım sonuçlarını değerlendirirler(21,37,51). Benner 1984 yılında yaptığı bir çalışmada hemşirelik uygulamasının 7 alanını tanımlamıştır.

1. Yardım edici
2. Eğitici-yetiştirici
3. Tanılayıcı ve hasta izleyici
4. Hızlı değişen durumların etkili yönetimi
5. Tedavi edici girişimleri ve protokolleri yönetme ve izleme
6. Sağlık bakım uygulamalarının kalitesini sağlama ve izleme
7. Organizasyon ve iş-rolü yeterliliği fonksiyonlarıdır.

Bu rol boyutlarının hepsi, perinatal hemşireliğin telefonla gerçekleştirdiği rolünde açıktır.

Yardım edici rolde, telefonla izlem yapan perinatal hemşire, destek olma, rehberlik etme yoluyla, bireyin yaşadığı sorunları çözme sürecinde, kendi bakımının sorumluluğunu bireyin kendisinin üstlenmesini sağlayan sürekli bir ilişki geliştirir. Eğitici yetiştirici fonksiyonda, hastanın bireysel gereksinimleri, kültürel özellikleri ve yaşadığı problemlere göre eğitimi bireyselleştirir. Hastayı sürekli izleme ve değişen sorunları tanıyıp, uygun hemşirelik tanımları koyarak danışmanlık, eğitim ve bakım verme telefonla izlem yapmanın anahtar boyutudur(21,64,66,79).

Telefon konuşmaları, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan, daha yüksek riskli hastalarla hemşire arasında bir güven oluşturarak, bunların ebeveyn-bebek gruplarına daha fazla katılmalarını sağlamıştır. Telefon görüşmeleri, aynı zamanda hastanedeyken düşük riskli olarak değerlendirilen yüksek riskli annelerin daha sonra belirlenmesine de fırsat yaratmıştır(21).

2.3.YAŞAM KALİTESİ

2.3.a.YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Webster sözlüğünde kalite, “ mükemmellik derecesi, mizaçta üstünlük” olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı, oldukça geniş kapsamlıdır ve kesin bir tanımı yoktur. Genel anlamda bireysel “iyi oluş”un ifadesidir. Yaşam kalitesi subjektif bir kavramdır ve bireyin kendi yaşamının çeşitli boyutlarına ilişkin subjektif doyum ifadelerini

içermektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili olarak yapılan çeşitli tanımlar; mutluluk, moral, doyum, pozitif etki-negatif etki dengesi, algı değerlendirilmesi, sağlık, subjektif ve psikolojik esenlik gibi kavramları ifade eder(1, 9, 12).

Meeberg'e(1993) göre yaşam kalitesi büyük ölçüde subjektif değer yargıları içeren ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken duyulan memnuniyete eşittir(48).

Berterö(1993) yaşam kalitesini, kendi yaşamları konusunda çeşitli görüşleri olan insanların doyum ya da doyumsuzluk hissetmelerinin derecesi olarak tanımlamaktadır(9).

Dale'e(1995) göre yaşam kalitesi, mutluluk ve bağımsızlıkla ilişkili boyutları olan, bireysel ve subjektif bir kavramdır(17).

Yaşam kalitesi , 1980'li yıllarda hemşirelik alanında tanınmaya başlanmış olup hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde giderek kabul görmektedir. Kesin bir tanımlı olmamakla birlikte yaşamın niteliği, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk, yaşam kalitesi ile eş anlamda kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir(4,50).

Burckhardt'ın (1989) çalışmasında belirtildiğine göre yaşam kalitesi ile ilgili alanlar 5 başlık altında tanımlanmıştır. a) Fiziksel ve bedensel iyi oluş, b) Diğer insanlarla ilişkiler, c) Sosyal, toplum ve vatandaşlıkla ilgili aktivitelere katılma, d) Kişisel gelişme ve görevlerini yerine getirme ve e) Eğlence(12).

Burckhardt ve arkadaşlarının(1989) kronik hastalıklı erişkinlerin yaşam kalitesi ile ilgili olarak yaptıkları psikometrik çalışmada tüm denekler yaşam kaliteleri ile ilgili olarak, bağımsızlığı, fiziksel olarak aktif olmayı, kendine bakım yeteneğini, sağlıklı olmayı, güvenlik duygusuna sahip olmayı, diğer insanlarla olumlu etkileşim ve ilişkileri ve yaşamdaki anlamı önemli olarak belirtmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, kronik hastalıklı kişilerin kronik hastalığı olmayan kişilerle aynı maddeleri yaşam kalitesi açısından önemli bulduklarını göstermiştir(12).

Yaşam kalitesi kavramını tanımlamanın güçlüğü, bir araştırma alanından diğerine tanımının büyük ölçüde değişmesinden kaynaklanmaktadır. 1960' larda Yaşam Kalitesi çalışmaları sosyal ilerleme, amaçlar için zemin sağlama ve program değerlendirmeleri için kullanılmıştır. Bu çalışmalar, maddi zenginlik gibi sosyo-ekonomik değişkenlerin bireylerin yaşam kalitesi algısı ile mutlaka ilişkili olmadığını göstermiştir. Yaşam kalitesi bir çok yaşam

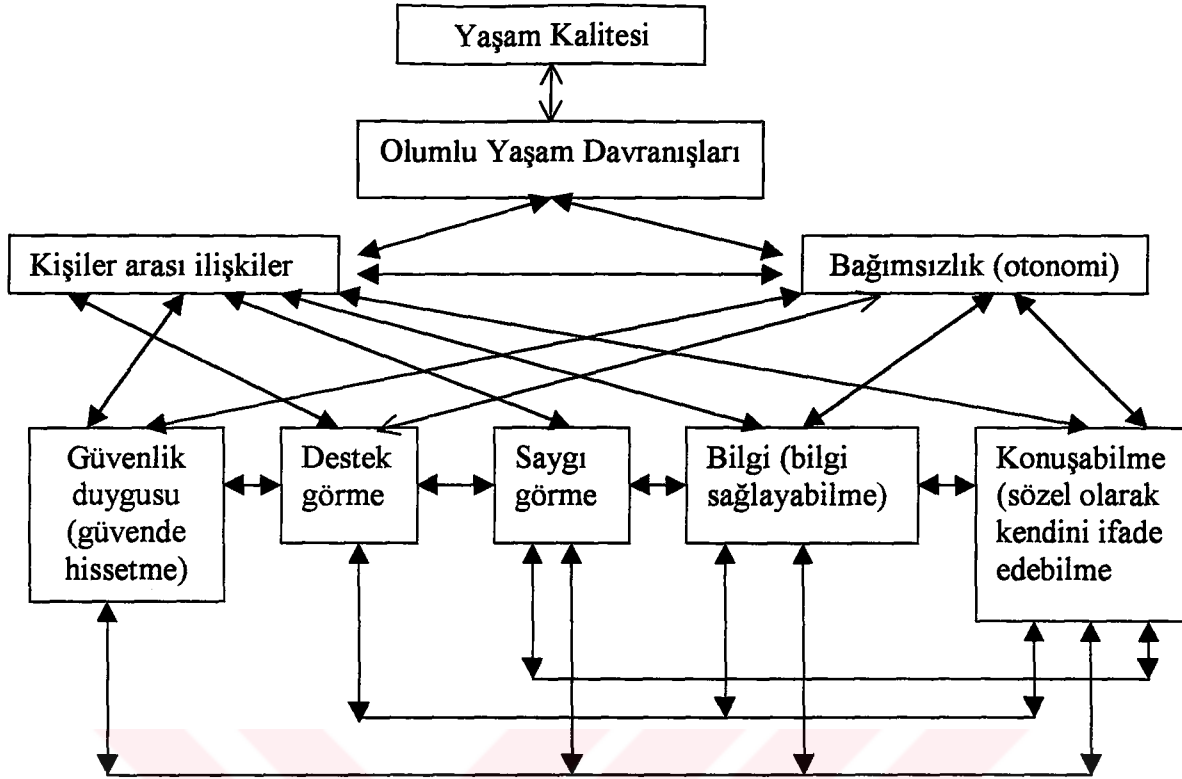
alanındaki doyumu içerir ve değerlendirme için bu alanların en önemlileri tanımlanmaya çalışılmıştır(9,50).

Yaşam kalitesinin sosyal bir tanımı 3 alan tanımlamaktadır; sahip olma, sevme, ve varoluş. Sahip olmanın anlamı, para, iş gibi şeylerdir, sevmenin içinde, sosyal ilişkiler, sevgi ve bakım vardır ve varolma, toplum içinde birey olma, serbest olma ve aktif olma yeteneğini göstermektedir. İyi yaşam kalitesi olan kişi, aktif olma, diğerleri ile iyi ilişkilere sahip olma, kendine güvenli olma ve temel neşe mooduna(mizacına) sahip olma ile karakterizedir.(9).

Yaşam kalitesi kişinin daha soyut içsel durumlarının algısı yolu ile anlaşılabilir. Sadece birey yaşam kalitesi ya da gereksinim doyumu deneyimine sahip olabilir, böylece bireyin deneyiminin temel olduğu açıktır. Her bireyin yaşam içeriklerinin değeri bireysel olduğundan yaşam kalitesi kavramı da bireyseldir(9,19,50).

Ortak bir yaşam kalitesi tanımının olmaması nedeniyle genellikle kavramın kullanımında da yanlışlıklar olmaktadır. Kavramın yanlış kullanımının önlenmesi amacıyla kavram analizi çalışmalarına ağırlık verilmiş, yaşam kalitesinin iki temel unsuru şu şekilde belirlenmiştir;

1. Yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir.
2. Yaşam kalitesi bireyin şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının ve yaşam doyumunun değerlendirilmesidir(27).



Şekil 1. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri

(Berterö, C.: Quality of Life of Adults with Acute Leukaemia, J. Adv. Nurs., 18:1348, 1993).

Şekil 1 de görüldüğü gibi, Berterö ve Christina(1993) Yaşam Kalitesi kavramını yaşama karşı olumlu tutum alt başlığı altında kişiler arası ilişkiler ve otonomi boyutlarına ayırarak değerlendirmiştir. Bu iki boyut altında güvenlik, destek, saygı, bilgi ve iletişim nitelikleri bulunmaktadır ve tüm boyut ve nitelikler birbirleri ile etkileşim içerisindedir. Birey başkaları ile iyi iletişim içerisinde olduğunda kendini güvende hisseder. Bu ilişki, destekleyici olmalı ve saygıya dayanmalıdır. Otonominin anlamı kendi kararını kendisinin vermesidir. Güvenliğin önemli bir noktası, bireyin dürüst bilgi almasıdır böylece karar verebilir ve kendi durumunu etkileyebilir. Otonomi insan olma, dürüst bilgi verilmesi her şeyin farkında olma, kendi kontrolüne sahip olma, sorular sorma ve cevaplar alma yeteneği ile ifade edilir. Destek de önemli bir niteliktir. Burada kişiler arası ilişkiler önemli bir rol oynar. Bireye saygı ve konuşma desteğinin temelidir. Saygı bu nitelikler ağında önemlidir. Saygı, kendi yaşamının

sorumluluğunu alabilen ve etrafındaki her şeyin farkında olabilen birey olmanın önemini yansıtır. Bilgi ve konuşma burada önemli rol oynar. Bilgi aşırı derecede önemlidir ve güvenlik, destek, saygı ve yeri geldiğinde kişiler arası ilişkiler ve otonomiye etkiler. Dürüstlük ve doğru bilgi, bireyin görüş noktasını ve karar vermesinin temelini etkiler. İletişim dinleme, bireyi dinlemeye cesaret etme, dikkatli olma ve iletişime rehberlik edebilmeyi içerir. Eşit ve karşılıklı saygı hakim olmalıdır(9).

2.3.b.YAŞAM KALİTESİ VE HEMŞİRELİK

Yaşam Kalitesi kavramı hemşirelikle yakından ilişkilidir. Hemşireler her zaman bireylerin ve ailelerinin sağlık durumlarını değerlendirmekte, onların yaşam kalitelerini olası en üst düzeye çıkarmak için planlamalar yapmakta ve sonuçlarını değerlendirmektedir. Yaşam kalitesi ölçümleri, tedavi-bakım uygulamalarının yaşamın tüm boyutlarına etkisini bireyin bakış açısından değerlendirme olanağı vermektedir(59).

Tıp bilimlerine yaşam kalitesi kavramı 1970'lerde girerken, hemşireliğin konu alanına 1980'den sonra girmiştir. Hemşirelik alanında yaşam kalitesi ölçümlerini yapmak güçtür. Evrensel olarak kabul edilen ve amaca uygun metodlar henüz yeterli değildir. Yaşam kalitesi ölçümlerindeki güçlüğü bir nedeni de; kan basıncı, hemogloblin değeri gibi somut değil, soyut ve algısal olmasıdır(46,71). Bununla birlikte Pınar'a(1995) göre yaşam kalitesi araştırmalarının sonuçları, deneysel bir olgu olarak, yaşam kalitesi deneyimini anlamamızı geliştirdiğinden ve bu yolla yaşam durumunun ve bireysel ilişkilerin iyileştirilmesini sağladığı için değerlidir(59). Tel'in(1998) çalışmasında belirttiğine göre, yaşam kalitesi ölçümlerinin bireyin bireysel algılarının değerlendirilmesine odaklanması nedeniyle kullanılması gerektiği görüşü daha çok kabul görmekte ve yaşam kalitesi ölçümlerinin olabildiğince çok durumda denenmesi önerilmektedir(73).

Türkiye'de hemşirelik alanında yaşam kalitesi ile ilişkili olarak yapılan çalışmaların çoğunu kanserli hastalar, kronik hastalığı olan hastalar ve aileleri ile ilgili çalışmalar oluşturmaktadır.

Taşçı(1998) tarafından yapılan " Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri" isimli çalışmada çalışma durumunun, gelir düzeyinin, hemşirelerin gelişen problemlere yönelik olarak yaptıkları önerilere uymanın, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği; cinsiyetin, eğitim düzeyinin, medeni durumun, yaşanılan yerin, aile tipinin, hastalığa ilişkin gelişen komplikasyonların, hastalığa ilişkin eğitim almanın yaşam kalitesi

üzerinde etkisiz olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yaşam kalitesinin öz-bakım gücündeki artış ile paralel olarak arttığı bulunurken, depresyonla ters orantılı artış gösterdiği bulunmuştur(71).

Kızılcı'nın (1997) çalışmasına göre, hastalık tanısı, yaş, cinsiyet, medeni durum ve kemoterapi hakkındaki bilgi durumlarının hastaların yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığı; eğitim durumu, meslek, hastalık nedeniyle maddi sıkıntı yaşama durumu, sosyal güvence, destek olan yakınlar, hastalık süresi ve kemoterapi süresinin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir(41).

Aynı çalışmaya göre, hasta yakınlarının yaşam kalitesi üzerine ise; aynı evde oturma, hastalık süresi, ve kemoterapi hakkındaki bilgi durumlarının etkisiz, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, maddi sıkıntı yaşama durumu, sosyal güvence, hastaya yakınlık derecesi ve kemoterapi süresinin etkili olduğu belirlenmiştir(41).

Erdem(1999) tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre; cinsiyet, eğitim düzeyi, maddi sıkıntı yaşama durumu, çocuğun hastalığının süresi ve aşaması, çocuğa uygulanan tedavi yöntemi, ebeveynlerin hastalığa ilişkin görüşleri, ebeveynlerin hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerini yeterli bulma, hastalık nedeniyle aile ilişkilerinde değişiklik olması ve hastalıkla başetmede destek alma durumlarının kanserli ebeveynlerin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir(23).

Tel'in(1998) çalışmasının sonuçlarına göre; hasta yaşı arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel işlev puanlarında azalma olmaktadır. Eğitim arttıkça, fiziksel işlev, mental sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alanındaki puanlar artmaktadır. Semptom kontrolünün artması da yaşam kalitesi puanlarında artışa neden olmaktadır. Tel ayrıca yaş ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyonellik boyutu arasında da önemli pozitif bir ilişki olduğunu belirlemiştir(73).

Literatürde annelerin doğum sonu dönemdeki yaşam kalitelerini ölçen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, gebeliğin son trimestrinden, postpartum 2. aya kadar verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin annelerin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla, ön-son ölçümlü ve kontrol gruplu deneysel desen kullanılarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara ilinde bulunan Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran primipar anneler ile Nisan-Kasım 2000 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Poliklinikte takip edilen anneler, asker ve askeri kurumlarda çalışan sivil memur eşleridir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Kliniğinde yılda 1214 adet vajinal yolla, 903 sezaryen yoluyla doğum gerçekleştirilmektedir. Doğum öncesi dönemde polikliniğe başvuran tüm anneler için takip kartları çıkarılarak 7. Aya kadar ayda bir defa, 9. aya kadar 15 günde bir defa, son ayda haftada bir defa takipleri yapılmaktadır. Annelerin takibi rotasyonla görev yapan doktor ve hemşireler tarafından yürütülmektedir. Annelere, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı öğretim üyeleri tarafından geliştirilmiş, “ Doğum Öncesi Ve Sonrası Annenin Bakım-Eğitimi” isimli doğum öncesi ve sonrası dönemde annenin kendine bakımı, antenatal takip haftaları, annelerin bilmeleri gereken gebelikteki tehlike belirtilerini içeren bir broşür verilmektedir. Bebek doğduktan sonra klinik hemşireleri tarafından annelere yaklaşık 10 dakika süren, bebek beslenmesi, göbek bakımı, annelerin perine bakımını içeren bilgi sunulmaktadır. Doğum sonu taburcu olan anneler, randevu alarak Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğinde ayda bir büyüme gelişme takibi yaptırabilmektedir. Büyüme gelişme takipleri çocuk gelişimi uzmanı tarafından yapılmaktadır. Poliklinikte görevli 2 hemşire, sadece hastalık nedeniyle Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran çocukların tetkik hizmetlerini yürütmekte, ailelere sağlıklı bebek ve çocuk bakımına yönelik her hangi bir eğitim vermemektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı polikliniğinde bir yılda izlenen primipar anneler oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Primipar annelerden;

- 18-49 yaş arasında,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Doğal yolla gebe kalan
- Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı polikliniğinde izlenen ve gebeliğinin son trimestrinde olan,
- Normal vajinal yolla doğum yapması planlanan,
- Sağlıklı gebelik geçiren,
- İletişim kurmakta güçlük yaşamayan
- Başka herhangi bir sağlık sorunu olmayanlar seçilmiştir.

50 kontrol grubu, 50 deney grubu olmak üzere 100 anne örneklem kapsamına alınmıştır. Gebe takip kartlarından yukarıdaki kriterlere göre belirlenen annelere, gebeliklerinin son trimestrinde, araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanılarak hazırlanan “ Primipar Anneleri Tanıtıcı Bilgi Formu”, Yazıcı’nın (81) “Annelerin Öz-Bakım Gücü, Sağlıklı Bebeklerinin Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri ve Bu Süreçte Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkisi” isimli doktora tezinde kullanılan, “Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu”, literatür bilgileri ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenen “Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu”, Özyılkan ve arkadaşları (58) tarafından geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak, örnekleme seçilen 100 anne; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşinin eğitimi ve mesleği, evlilik süresi, daha önce bebek bakma durumu, doğum sonu bebek bakımı ile ilgili yardım alma ve yardım alıyorsa süresi, bebek bakımı konusunda bilgi alma durumu ve kaynağı, gelir düzeyi ve aile yapıları , bebek bakımı konusundaki bilgi düzeyleri ve yaşam kalitesi puanları değişkenleri açısından gruplanarak deney ve kontrol grubuna rasgele seçilmişlerdir.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında, başka yere tayin olma, çalışmaya devam etmekten vazgeçme, sezaryenle doğum, problemlili yenidoğan ve anne sağlığı ile ilgili problemlerle ilgili olarak deney grubunda 20, kontrol grubunda ise 21 annenin çalışma dışı bırakılması sonucunda çalışmaya deney grubunda 30, kontrol grubunda 29 primipar anne olmak üzere toplam 59 anne ile devam edilmiştir.

Deney ve Kontrol grubuna alınan annelere araştırmacı tarafından hazırlanan ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Etik Kurulu tarafından onaylanan, ‘‘Bilgilendirilmiş Onam’’ belgesi imzalatılarak çalışmaya başlanmıştır.

Deney grubundaki annelerle bebek bakımı ve gelişimi konusunda bilgi vermek ve n ve son test uygulamak üzere 3 defa yüz yüze, danışmanlık etmek ve eēitimin srekliliēini saēlamak için en az 6 defa telefonla görüşme yapılmıştır. Görüşmeler doēum öncesi son trimestirde başlayıp, doēum sonu 2. aya kadar srdrlmştir.

Kontrol grubundaki anneler ile doēum öncesi dönemde n testleri uygulamak üzere 1 defa, doēum sonu dönemde doēum tarihini ērenmek ve son test uygulamak üzere 2 defa olmak üzere toplam 3 görüşme yapılmıştır.

3.3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma,

1. GATA(Gülhane Askeri Tıp Akademisi) Kadın Hastalıkları ve Doēum Polikliniēinde izlenen
2. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem seçiminde belirtilen kriterlere uyan 59 primipar anne ile sınırlıdır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1.Veri Toplama aracının Hazırlanması

Veri toplamak amacıyla, primipar anneleri tanımak ve deney ve kontrol grubunda çalışmanın sonuçlarını etkileyebileceēi literatür bilgileri ile belirlenen deēiřkenleri kontrol altına almayı saēlamak için ‘‘ Primipar Anneleri Tanıtıcı Bilgi Formu’’ ve ‘‘Primipar Annelerin Saēlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Deēerlendirme Formu’’, Yaşam Kalitesini belirlemek için ‘‘Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi leēi’’, Verilen eēitim sonunda annelerin bebeēin bakım sorunları ile ilgilenme durumlarını belirlemek için ‘‘Sorun zme Becerileri Deēerlendirme Formu’’ kullanılmıştır.

I. Primipar Anneleri Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1)

Primipar Anneleri Tanıtıcı Bilgi Formu, literatürün taranması sonucu oluşturulmuştur. Bu formda annelerin yaşı, eēitim düzeyi, çalışma durumu, eşinin eēitimi ve mesleēi, evlilik süresi, daha önce bebek bakma deneyimi, doēum sonu bebek bakımı ile ilgili yardım alma durumu ve yardım alma süresi, sosyoekonomik durumu ile ilgili 17 soru yer almaktadır. Formu yanıtlama süresi 5-10 dakikadır. Verilerin toplanmasında form araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniēi ile doldurulmuştur.

II. Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu(Ek-2)

Annelerin bebek bakımı konusundaki bilgilerini değerlendirmek amacı ile geliştirilen bu form 33 sorudan oluşmaktadır. Sorular daha önce Yazıcı(81) tarafından geliştirilerek uzman görüşü alınarak düzenlenmiş “ Sağlıklı Bebek Bakımına (İlk 3 Ay) Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formundan ve literatür bilgilerinden yararlanılarak geliştirilmiş ve uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır.

Bu formda yer alan soruların anneler tarafından anlaşılır olup olmadığını değerlendirmek için 10 anneye ön uygulama yapılmış, bazı ifadelerde düzeltmeler yapılarak uygulanmıştır.

Sorular; Anne-bebek ilişkisi, Bebek beslenmesi, bebek banyosu, bebeği güvenli uyutma, bebeğin oyun ve oyuncak özellikleri, sağlıklı bebek izlemi, bebeğin büyüme gelişmesi ve aşıları, göbek bakımı, perine hijyeni, bebekten gelen ipuçlarını tanıma, bebek sağlığı (ateş, burun tıkanıklığı) ile ilişkili başlıkları içermiştir. Formu yanıtlama süresi 20-30 dakikadır. Verilerin toplanmasında kendini anlatım esas alınmıştır. Form üzerindeki her doğru madde için 1 puan verilmiştir. Annelerin verdiği yanıtlar 100 tam puan üzerinden değerlendirilmiştir.

III. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği(Ek-3)

Rolls Royce Modeli, genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, uyku bozukluğu, iştah durumu, seksüel fonksiyon, algılama, tıbbi etkileşim (profesyonel yardım gereksinimi), sosyal ilişkiler ve iş performansı olarak değerlendirilen 8 alt ölçekte, 49 soru ile hazırlanmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (Rolls Royce Modeli) geçerlik-güvenirlik çalışması Özyılkan ve arkadaşları(58) tarafından yapılmıştır ve 1995 yılında Materia Medica Polona dergisinde yayınlanmıştır. Geçerlik -güvenirlik çalışmasının yapıldığı grup 10 doktor, 19 sağlıklı gönüllü, 18 hasta yakını, 28 kemoterapi alan hasta ve 25 kemoterapi bitmiş hasta olmak üzere, toplam 47 sağlıklı birey ve 53 kanser tedavisi alan hasta bireyden oluşmuştur. Özyılkan ve arkadaşları tarafından bu çalışma sırasında 7 soru çıkarılarak 42 soruluk yeni ölçeğin geçerliği gösterilmiştir. Geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan bu ölçekte 8 boyut içerisinde toplam 42 madde yer almaktadır. Formu yanıtlama süresi 15-20 dakikadır. Verilerin toplanmasında kendini anlatım esas alınmıştır.

Çizelge-1: Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 42 sorusunun 8 alt boyuta göre dağılımı

Boyutlar	Sorular
1. Genel İyiilik	1, 5, 14, 22, 24, 26, 42
2. Fiziksel Semptom ve Aktivite	2, 3, 4, 8, 11, 23, 27, 29
3. Uyku Bozukluğu	9, 17, 28
4. İştah	10, 30
5. Seksüel Bozukluk	16, 21, 25, 34
6. Algılama Fonksiyonu	15, 32, 35, 37, 39, 41
7. Tıbbi Etkileşim	7, 12, 18, 33
8. Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	6, 13, 19, 20, 31, 36, 38, 40

Ölçekteki her bir soru için 5 seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler, “ Evet bana tamamen uygun”, “Bana oldukça uygun”, “Kısmen uygun-Kısmen değil”, “Bana pek uygun değil”, “Hayır bana hiç uygun değil” şeklinde değerlendirilmiştir. Değerlendirme sırasında olumlu sorular için puanlama, 5, 4, 3, 2, 1; olumsuz sorular için de 1, 2, 3, 4, 5 şeklinde yapılmıştır. 1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 16, 20, 22, 24, 27, 29, 31, 33, 35, 40 ve 42 nolu sorular olumlu, 2, 3, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 41 no’lu sorular olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Veriler toplandıktan sonra çizelge-1 de belirtilen 8 alt boyuta göre annelerin aldıkları yaşam kalitesi puanları araştırmacı tarafından elde hesaplanmıştır. İstatistik programında tablolaştırılan her alt boyuttan alınan puanların aritmetik ortalaması alınmış ve tabloda 100 üzerinden ifade edilmiştir.

IV. Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu, “Bebeğimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum”(Ek-4-5)

Annelerin bebek bakımı ile ilgili sorun çözme becerilerini değerlendirmek amacı ile Pridham ve arkadaşları(60) tarafından geliştirilen Yazıcı(81) tarafından 1995 yılında geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan, Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu, “Bebeğimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum” kullanılmıştır.

Pridham(60) tarafından geliştirilen ölçek 8 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçekte 2-6 arasında madde olmak üzere, formda toplam 29 madde bulunmaktadır. Ölçek 19 (Sorun Çözme Süreci) kendisinden önceki 6 alt boyutun toplam maddelerini içeren 25 maddeden oluşmaktadır.

Çizelge-2: Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu, “Bebeğimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum” (Ek-5)

ALT ÖLÇEK	DEĞERLENDİRDİĞİ ALAN
Ölçek 12	Bebek bakım becerileri
Ölçek 13	Tarama
Ölçek 14	Formulasyon
Ölçek 15	Ön değerlendirme
Ölçek 16	Planlama
Ölçek 17	Uygulama
Ölçek 18	Değerlendirme
Ölçek 19	Genel Sorun Çözme Süreci

Yazıcı(64) tarafından geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan Türkçe ölçekte 28 madde bulunmaktadır, bu ölçekteki en düşük puan 29, en yüksek puan ise 261 dir. Formu yanıtlama süresi 10-15 dakikadır. Verilerin toplanmasında kendini anlatım esas alınmıştır. Skala üzerinde maddeler tek tek numaralandırılarak her madde için puan belirlenmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde total ölçek puanları kullanılmış, alt ölçek puanlarından yararlanılmamıştır.

V. Araştırmacının Yararlandığı Formlar(Ek-6-7-8)

a. Primipar Anneler İçin Danışmanlık Formu: Araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanılarak oluşturulan form 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde annenin kendisi ile ilgili danışmanlık isteyebileceği konular yer alırken ikinci bölümde bebekle ilgili konular yer almıştır. Telefonla danışmanlık sırasında danışmanlık istenen konular ve yapılan eğitimleri kaydetmek için bu formdan yararlanılmıştır.

b. Danışmanlık Kriterleri: Anneye danışmanlık etme sürecinde yapılacak uygulamaları belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

c. Eğitim Kriterleri: Anneye eğitim verme sürecinde yapılacak uygulamaları belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

3.4.2. Ön Uygulama

Hazırlanan veri toplama araçlarının işlerliğini belirlemek üzere formlar, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Polikliniğinde, 3-28 Mart 2000 tarihleri arasında çalışma kapsamında yer almayan, gönüllü 10 primipar anneye uygulanmıştır. Tanıtıcı bilgiler formunda ve bilgi formundaki ifadelerde düzeltmeler yapılmıştır.

3.4.3. Uygulama

a) Deney Grubuna Yönelik Uygulama:

Araştırmanın yapıldığı kurumdaki ve GATA Genel Etik Kurulundan izin aldıktan sonra Nisan 2000 tarihinden itibaren araştırma kapsamına uygun olarak seçilen 100 anneye araştırma hakkında bilgi verilmiş ve kabul eden annelerden örneklem seçiminde anlatıldığı şekilde 50 anne deney grubuna alınmıştır. 20 annenin başka yere tayin olma, çalışmaya devam etmekten vazgeçme, sezaryenle doğum, problemlili yenidoğan ve anne sağlığı ile ilgili problemlilerle ilgili olarak çalışma kapsamından çıkarılması sonucunda 30 anne ile uygulamaya devam edilmiştir.

Eğitim materyali geliştirilmesi aşamasında amaca uygun bulunan, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilen Bebek Bakımı ile ilgili video ve “ Önce Sevgi Sonra Bilinçli Bakım” isimli broşür(Ek-10) eğitim verme amacıyla kullanılmıştır. Deney grubuna alınan annelere eğitim randevuları verilerek en fazla 4 kişilik gruplar halinde video izlettirilmiş ve broşür verilmiştir. Video ve broşür ile verilen eğitimin içeriğinde;

- Bebeğin cilt bakımı,
- Pişik ve bakımı
- Bebeğin taşınması
- Bebek banyosu
- Alt temizliği
- Ağlama nedenleri
- Uyku örüntüleri
- Ateş ölçümü ve ateşli bebek bakımı
- Bebeğin güvenliği
- Aşı takvimi ve aşı reaksiyonları
- Büyümenin İzlenmesi

- Bebeğin beslenmesi ve emzirme
- Ek besinlere başlama
- Bebek masajı yer almıştır.

Ayrıca; bebekle iletişim, doğum sonu uyum, GATA'da rutin olarak yapılan fenilketonüri taraması, hiperbilirubinemi, doğuma hazırlık(nerede yapılacağı, doğumun başladığını gösteren işaretler, doğum için getirilmesi gerekli malzemeler), aile planlaması, doğum sonu cinsellik konularında da bilgi verilmiştir. Verilen eğitim sırasında annelerin soruları doğrultusunda gereksinim duydukları konularda açıklamalar yapılmıştır. Kendileri ile birlikte gelen eşleri, aile büyükleri de eğitimlere dahil edilmiştir. Araştırmacının, iş, ev ve cep telefonları verilerek istedikleri saatte arayıp danışmanlık alabilecekleri ifade edilmiştir. Polikliniğe geldikleri her kontrol sırasında danışmak istedikleri konularda danışmanlık verilmiştir. Doğum yaptıkları zaman aramaları istenmiştir. Doğumdan itibaren araştırmacı tarafından haftada bir kez aranarak bebekle ilgili yaşadıkları problemler belirlenmiş ve gereksinim duydukları alanlarda eğitim ve danışmanlık verilmiştir. Araştırmacının bilgisini aşan tıbbi konularda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden danışmanlık alınarak annelere bilgi verilmiş, gerektiğinde doktora gitmek üzere anneler yönlendirilmiştir. Planlı aramalar dışında annelerin bilgi gereksinimi duydukları, sorun saptadıkları ya da bebekle ilgili sorun çözmede başarısızlık yaşadıkları durumlarda araştırmacıyı aramaları istenmiş ve danışmanlık verilmiştir. Telefonla konuşulamayacak konular için randevu verilerek görüşme yapılması planlanmış ancak yüz yüze görüşme yapılmasını gerektirecek durumla karşılaşmamıştır. Tüm anneler bebeklerinin büyüme gelişme takibini yaptırmaları için araştırmacı tarafından yönlendirilmiştir. Bebekler 2 aylık olduktan sonra "Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu"(Ek-2), "Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği"(Ek-3) ve "Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu (Bebegimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum)" (Ek-4) uygulanmış ve ayrıca annelerin eğitim ve danışmanlık sürecini yazılı olarak değerlendirmeleri istenmiştir.

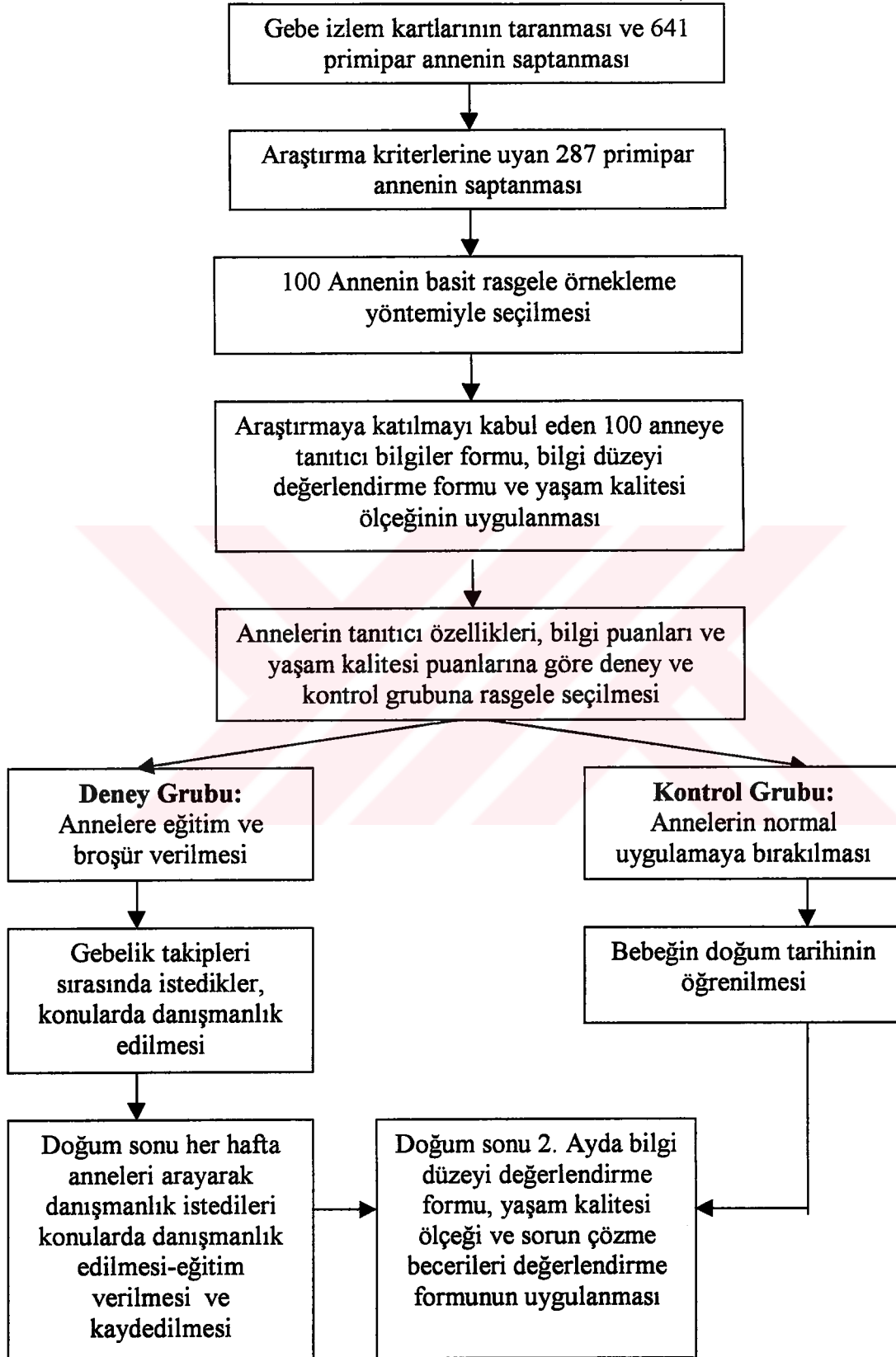
b) Kontrol Grubuna Yönelik Uygulama:

Annelere "Primipar Anneleri Tanıtıcı Bilgi Formu"(Ek-1), "Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu"(Ek-2), "Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği"(Ek-3) uygulandıktan ve kontrol grubuna rasgele seçildikten sonra anneler normal prosedüre bırakılmış ve her hangi bir müdahalede bulunulmamıştır.

Bebekleri doğduğunda haber vermeleri istenmiş ve bebek 2 aylık olunca ‘‘Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu’’(Ek-2), ‘‘Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği’’(Ek-3) ve ‘‘Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu (Bebeğimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum)’’ (Ek-4) uygulanmıştır.



Şekil 2: ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ŞEMASI



3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS istatistik yazılım programından yararlanılmıştır. Verileri değerlendirilmesinde, Ortalamalar, Yüzdelik Hesapları, İki ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Korelasyon, Ki-kare, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır(70).



IV. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın örneklemini oluşturan 59 primipar anneden (30 anne deney grubu, 29 anne kontrol grubunda yer almıştır) elde edilen veriler ve istatistiksel anlamları incelenmiştir.

Tablo 1: Araştırma Kapsamına Alınan Primipar Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 1.a. Araştırma Kapsamına Alınan Primipar Annelerin Yaş ve Gelir Düzeyi Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Deney(n = 30)		Kontrol(n = 29)		t	p
	X	SS	X	SS		
Anne Yaşı	23.00	3.19	23.34	3.48	0.396	0.693
Gelir Düzeyi (milyon lira)	333.16	153.65	301.89	82.96	0.968	0.977

Tablo 1.b. Araştırma Kapsamına Alınan Primipar Annelerin Diğer Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı(Deney grubu n=30; Kontrol grubu n=29)

<u>Tanıtıcı Özellikler</u>	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Annenin Eğitim Düzeyi						
İlk-ortaokul mezunu	7	23.34	8	27.58	15	25.43
Lise mezunu	19	63.33	19	65.52	38	64.40
Üniversite mezunu	4	13.33	2	6.90	6	10.17
X² = 0.717 P =0.699						

<u>Tanıttıcı Özellikler</u>	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam*	
Annenin Çalışma Durumu	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışıyor	7	23.33	5	17.25	12	20.33
Çalışmıyor	23	76.67	24	82.75	47	79.67
X² = 0.338 (Fisher kesin Ki-kare) P =0.748						
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam*	
Eşlerinin Eğitim Düzeyi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk-ortaokul mezunu	2	6.67	1	3.45	3	5.09
Lise mezunu	22	73.33	20	68.96	42	71.18
Üniversite mezunu	6	20.00	8	27.59	14	23.73
X² = 0.698 P =0.706						
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam*	
Evlilik Süresi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2 yıldan az	20	66.67	19	65.52	39	66.11
2-4 yıl	9	30.00	9	31.04	18	30.51
4 yıldan fazla	1	3.33	1	3.44	2	3.38
X² = 0.009 P =0.996						
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam*	
Doğum sonu yardımcı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	21	70.00	19	65.52	40	67.79
Yok	9	30.00	10	34.48	19	32.21
X² = 136(Fisher kesin Ki-kare) P =0.785						

<u>Tanıtıcı Özellikler</u>	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam*	
Doğum Sonu Yardım Alma Süresi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yardım almayan	9	30.00	10	34.48	19	32.21
7-10 gün yardım alan	1	3.33	1	3.44	2	3.38
11-40 gün yardım alan	13	43.33	11	37.94	24	40.68
40 günden fazla yardım alan	7	23.34	7	24.14	14	23.73
X² = 0.202 P =0. 977						
Doğum Öncesi Bilgi Alma Durumu	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bilgi almayan	13	43.34	12	41.38	25	42.38
Kitaplardan bilgi alan	13	43.34	12	41.38	25	42.38
Aile büyüklerinden bilgi alan	3	9.99	4	13.80	7	11.86
Hemşireden bilgi alan	1	3.33	1	3.44	2	3.38
X² = 0.206 P =0. 977						
Aile Yapısı	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek	25	83.34	24	82.76	49	83.05
Geniş	5	16.66	5	17.24	10	16.95
X² = 0.003 P =1.000						
Daha Önce Bebek Bakma Durumu	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bakmayan	19	63.33	22	75.86	41	69.50
Kısmen bebek bakımı üstlenen	11	36.67	7	24.14	18	30.50
X² = 1.092 P =0. 399						

Eşlerin Meslekleri	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uzman çavuş	13	43.34	12	41.38	25	42.38
Astsubay	13	43.34	12	41.38	25	42.38
Sivil memur	3	9.99	4	13.80	7	11.86
Diğer	1	3.33	1	3.44	2	3.38
Toplam	30	100.0	29	100.0	59	100.0
$X^2 = 0.772$ $P = 0.856$ *Sütun yüzdesi alınmıştır						

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan primipar annelerin, sosyodemografik özellikleri ve tanıtıcı bilgilere göre dağılımı görülmektedir.

Annelerin tanıtıcı özellikleri tablo 1 de incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan primipar anneler, sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri açısından karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki annelerin yaş ortalamaları 23.00, kontrol grubundaki annelerin yaş ortalamaları 23.34 olarak bulunmuştur.

Deney grubundaki annelerin gelir düzeyi ortalamaları 333.16 milyon, kontrol grubundaki annelerin gelir düzeyi ortalamaları 301.89 milyon olarak bulunmuştur.

Annelerin eğitim düzeylerine göre dağılımlarına bakıldığında her iki grupta da çoğunluğunun lise mezunu olduğu (deney:%63.33; kontrol:%65.52)görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki annelerin,%76.67’sinin; kontrol grubundaki annelerin ise%82.75’inin çalışmadığı belirlenmiştir.

Annelerin eşlerinin eğitim düzeylerine göre dağılımlarına bakıldığında her iki grupta da çoğunluğunu lise mezunu eşlerin oluşturduğu (deney:%73.33; kontrol:%68.96) görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin deney grubunda;%66.67’sinin; kontrol grubunda:%65.52’sinin evlilik süresi 2 yıldan az bulunmuştur. Deney grubunda annelerin;%30.00; kontrol grubunda:%31.04’ünün, evlilik süresi 2-4 yıl arasında ve deney grubunda;%3.33; kontrol grubunda:%3.34’ünün evlilik süresi 4 yıldan fazladır.

Doğum sonu dönemde annelerin deney grubunda;%70.00; kontrol grubunda:%65.52’sine yardımcı olacak kişilerin bulunduğu belirlenmiştir. Yardım alan

annelerin deney grubunda;%3.33'ü; kontrol grubunda:%3.44'ü 7-10 gün arasında, deney grubunda;%43.33'ü; kontrol grubunda:%37.94'ü 11-40 gün arasında ve deney grubunda;%23.34'ü; kontrol grubunda ise:%24.14'ü, 40 günden fazla süreyle yardım almışlardır.

Araştırma kapsamına alınan annelerin deney grubunda;%43.34'ü; kontrol grubunda:%41.38'i doğum öncesi hiçbir kaynaktan doğum ve bebek bakımına yönelik bilgi almaz iken, deney grubunda;%43.34'ü; kontrol grubunda:%41.38'i, kitaplardan, deney grubunda;%9.99'u; kontrol grubunda:%13.80'i aile büyüklerinden ve deney grubunda;%3.33'ü; kontrol grubunda ise:%3.44'ü, hemşireden bilgi almışlardır.

Araştırma kapsamına alınan annelerin deney grubunda;%83.34'ünün; kontrol grubunda:%82.76'sının, aile yapısı çekirdek ailedir.

Annelerin deney grubunda;%63.33'ü; kontrol grubunda:%75.86'sı, daha önce hiç bebek bakımı üstlenmemiştir. Deney grubundaki annelerin;%36.67'si; kontrol grubunda annelerin ise:%24.14'ü daha önce kısmen bebek bakımına yardım etmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin eşlerinin mesleklerine göre dağılımına bakıldığında çoğunluğunun uzman çavuş (deney grubunda;%43.34; kontrol grubunda:%41.38) ve astsubay (deney grubunda;%43.34; kontrol grubunda:%41.38) oldukları görülmektedir. Deney grubundaki annelerin;%9.99'unun; kontrol grubundaki annelerin;%13.80'inin eşleri sivil memur iken çok az oranda annenin eşleri(deney grubunda;%3.33; kontrol grubunda:%3.44) ise polis ve asteğmendir.

Tablo-2: Deney Grubundaki Primipar Annelerin Danışmanlık Sürecinde Danıştıkları Konuların Dağılımı

Danışmanlık Edilen Konular	Sayı	%
<u>Bebekle ilgili:</u>		
Bebek Beslenmesi	33	17.09
Bebeğin Hastalığı	25	12.96
İritabil Bebek	18	9.32
Bebeğin Dışkılama Örüntüsü	14	7.26
Bebek Banyosu ve Vücut Bakımı	14	7.26
Aşılar	10	5.18
Bebekle İletişim	10	5.18
Bebeğin Büyüme-Gelişmesi	6	3.10
Bebeğin Uyku Örüntüsü	5	2.60
Diğer (Doğum lekeleri, göğüsten süt gelmesi, hıçkırık, sünnnet)	8	4.14
<u>Anne ile ilgili</u>		
Meme İle İlgili Problemler	10	5.18
Aile Planlaması	10	5.18
Doğum Sonu Cinsellik	8	4.14
Konstipasyon	6	3.10
Postpartum Yorgunluk	5	2.60
Doğum Sonu Egzersiz	5	2.60
Annede Hemoroid	4	2.07
Emzirirken Sigara Kullanımı	2	1.04
GENEL TOPLAM	193	100.00

Tablo 2’de Deney grubundaki annelerin danışmanlık sürecinde danıştıkları konuların dağılımı görülmektedir.

Annelerin en sık bebek beslenmesi ile ilgili konuları (% 17.09) danıştıkları belirlenmiştir. Bunu bebeğin hastalığı (%12.96), iritabil bebek (%9.32), bebeğin dışkılama örüntüsü (%7.26), bebek banyosu ve vücut bakımı (%7.26), bebekle iletişim konuları izlemektedir. Anneler kendileri ile ilgili problemler konusunda daha az sıklıkta danışmanlık istemişlerdir. Kendileri ile ilgili olarak en sık meme ile ilgili problemler (%5.18) ve aile planlaması konularında (%5.18) danışmışlardır. Bunu doğum sonu cinsellikle ilgili konular (%4.14) izlemiştir.

Tablo-3: Araştırma Kapsamına Alınan Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formundan Aldıkları Ön-Son Test Bilgi Puanlarının Deney(n=30) ve Kontrol(n=29) Grubuna Göre Karşılaştırılması

			X	SH	SS	t	p
Bilgi Puanları	Ön Test	Deney	50.27	± 2.35	12.91	1.218	0.228
		Kontrol	46.18	± 2.38	12.86		
	Son Test	Deney	69.45	± 1.96	10.78	4.968	0.000
		Kontrol	55.56	± 1.98	10.68		

İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi uygulanmıştır.

X= Aritmetik Ortalama SH= Standart Hata SS=Standart Sapma

Tablo 3’de araştırma kapsamına alınan primipar annelerin sağlıklı bebek bakımına yönelik bilgi düzeyi değerlendirme formundan aldıkları ön-son test bilgi puanları deney ve kontrol grubuna göre karşılaştırılmıştır.

Tabloda deney grubunun ön test bilgi puanları ortalaması 50.27, kontrol grubunun ön test bilgi puanları ortalaması 46.18 bulunmuştur. Ön test bilgi puanları açısından iki grup karşılaştırıldığında, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır($t=1.218$; $p=0.228$).

Tabloda deney grubunun son test bilgi puanları ortalaması 69.45, kontrol grubunun son test bilgi puanları ortalaması 55.56 bulunmuştur. Son test bilgi puanları açısından iki grup karşılaştırıldığında, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($t=4.968$; $p=0.001$).

Tablo-4: Deney ve Kontrol Grubuna Alınan Primipar Annelerin Sorun Çözme Beceri Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Sorun Çözme Beceri Puanları				
	X	SH	SS	t	p
Deney(n=30)	191.86	± 5.03	27.59		
Kontrol (n=29)	161.65	± 6.82	36.74	3.579	0.001

İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi uygulanmıştır.

Tablo 4’de deney ve kontrol grubuna alınan primipar annelerin sorun çözme beceri puanları karşılaştırılmıştır.

Tabloda deney ve kontrol grubunun sorun çözme becerileri karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır($t=3.579$; $p=0.001$).

Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubuna Alınan Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formundan Aldıkları Ön-Son Test Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Bilgi Puanlarının	X	SH	SS	t	p
Deney (n=30)	Ön Test	50.27	2.35	12.91		
	Son Test	69.45	1.96	10.78	-10.804	0.001
Kontrol (n=29)	Ön Test	46.18	2.38	12.86		
	Son Test	55.56	1.98	10.68	-7.385	0.001

İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi kullanılmıştır.

Tablo 5’de deney ve kontrol grubuna alınan annelerin sağlıklı bebek bakımına yönelik bilgi düzeyi değerlendirme formundan aldıkları ön-son test bilgi puanları karşılaştırılmıştır.

Tablo 5’e bakıldığında deney grubunun eğitim sonrası bilgi puanlarının ortalamasının önceki puan ortalamasına göre arttığı görülmektedir. Karşılaştırıldığında ön ve son testler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($t=-10.804$; $p=0.000$).

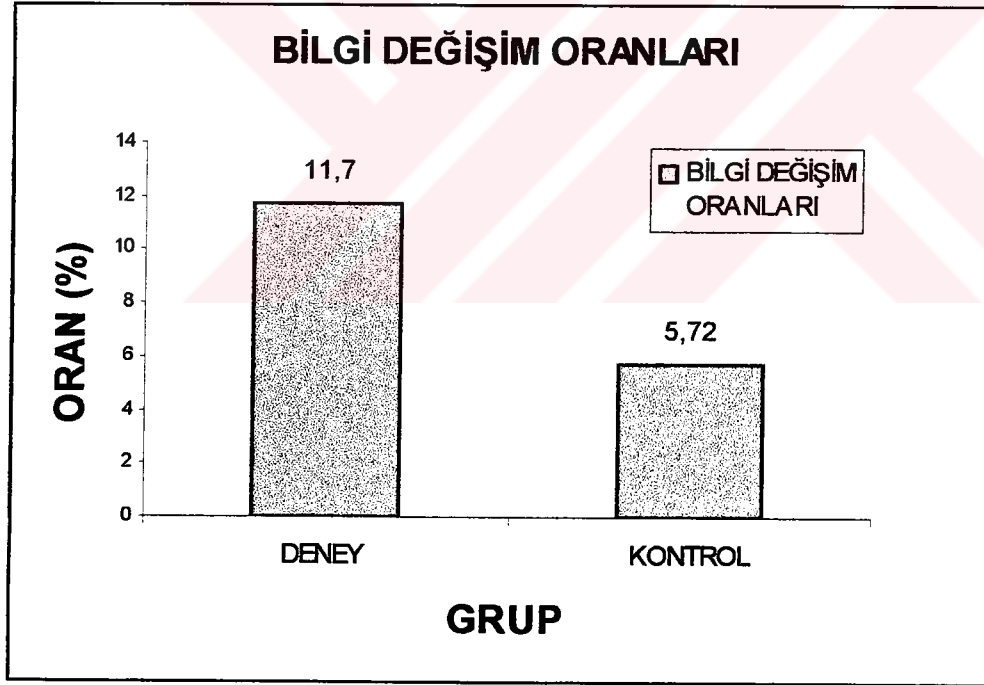
Deney grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubu son test bilgi puanları ortalamasının ön test puan ortalamasına göre daha az oranda arttığı görülmektedir. Kontrol grubu ön test-son test bilgi puanı ortalamaları karşılaştırıldığında testler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($t=-7.385$; $p=0.000$).

Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubuna Alınan Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formundan Aldıkları Son Test Bilgi Puanlarının Ön Test Bilgi Puanlarına Göre Değişim Oranlarının Karşılaştırılması

Gruplar	X	U	p
Deney Grubu(n=30)	11.70		
Kontrol Grubu(n=29)	5.72	249.50	0.005

Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Şekil 3: Deney ve Kontrol Gruplarının Son Test Bilgi Puanlarının Ön Test Bilgi Puanlarına Göre Değişim Oranları



Tablo 6’da deney ve kontrol grubuna alınan primipar annelerin sağlıklı bebek bakımına yönelik bilgi düzeyi değerlendirme formundan aldıkları son test bilgi puanlarının ön test bilgi puanlarına göre değişim oranları karşılaştırılmıştır.

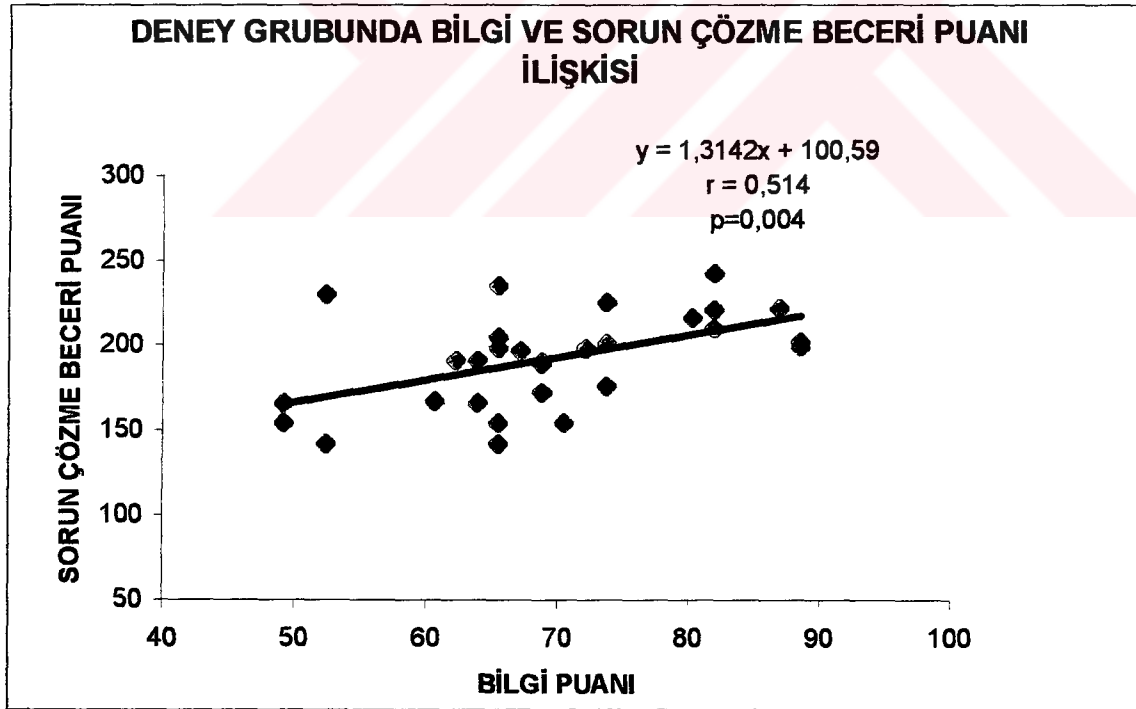
Deney ve kontrol grubu ön-son test bilgi puanları değişim oranları karşılaştırıldığında, deney grubundaki bilgideki artış, kontrol grubundaki artışa göre istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($u= 249.50$; $p=0.005$).



Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubuna Alınan Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formundan Aldıkları Son Test Bilgi Puanları ile Sorun Çözme Beceri Puanlarının İlişkisi

Gruplar		X	SS	r	p
Deney Grubu (n=30)	Bilgi Puanları	69.45	10.78		
	Sorun Çözme Becerileri	191.86	27.59	0.514	0.004
Kontrol Grubu (n=29)	Bilgi Puanları	33.89	6.51		
	Sorun Çözme Becerileri	161.65	36.74	0.008	0.968

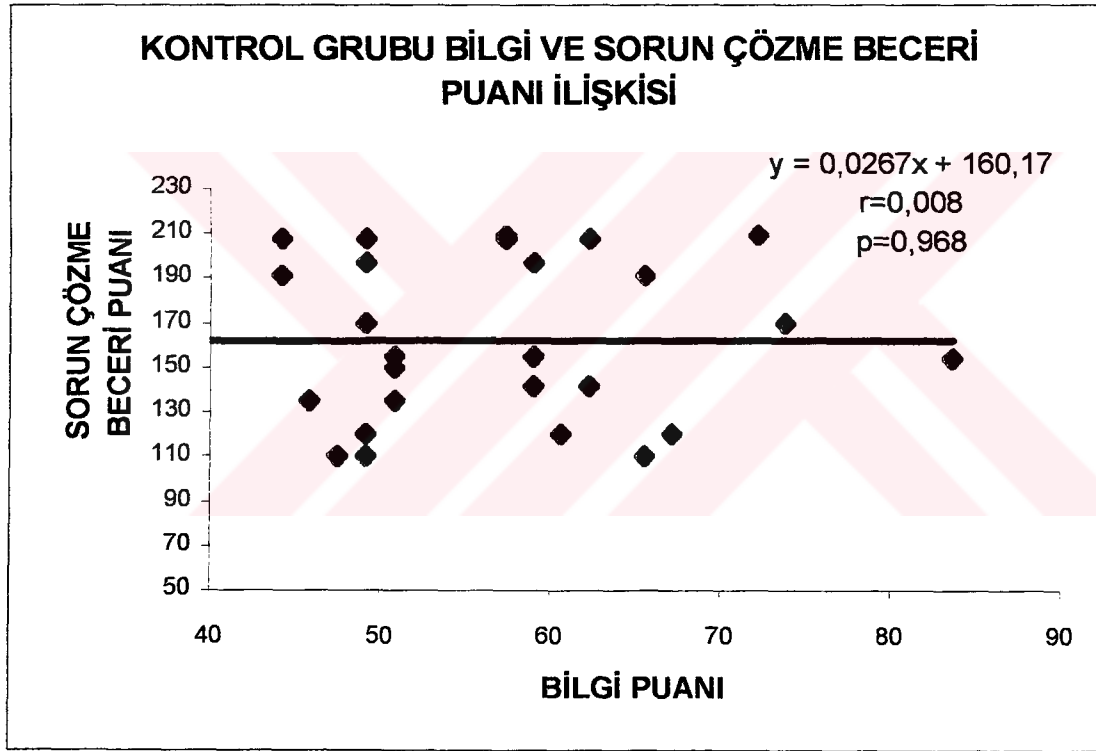
Şekil 4: Deney Grubuna Alınan Primipar Annelerin Son Test Bilgi Puanları ile Sorun Çözme Beceri Puanlarının İlişkisi



Tablo 7'ye bakıldığında kontrol ve deney grubuna alınan annelerin bilgi testinden aldıkları bilgi puanı ortalamaları ile sorun çözme beceri puan ortalamalarının ilişkisi araştırılmaktadır.

Tabloda deney grubunda yer alan annelerin bilgi puanları ile sorun çözme becerileri arasında ilişki olduğu ($r= 0.514$; $p=0.004$); kontrol grubuna alınan annelerin ise bilgi puanları ve sorun çözme becerileri arasında ilişki bulunmadığı ($r= 0.008$; $p=0.968$) görülmektedir.

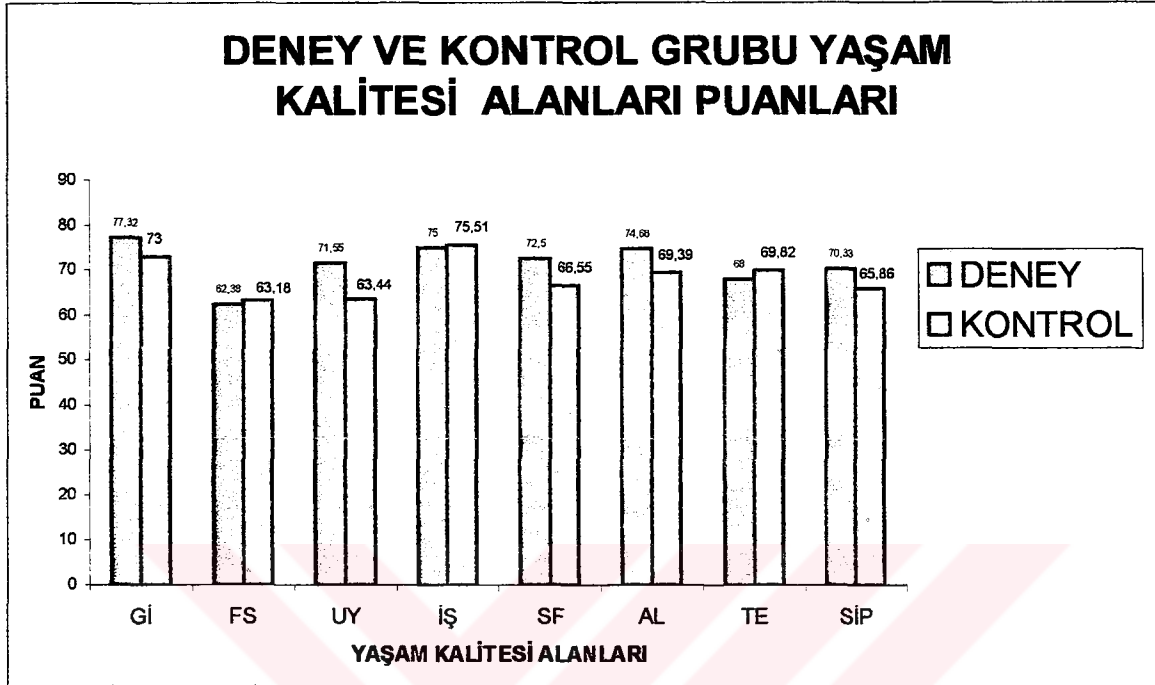
Şekil 5: Kontrol Grubuna Alınan Primipar Annelerin Son Test Bilgi Puanları ile Sorun Çözme Beceri Puanlarının İlişkisi



Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alanları		Deney Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=29)	
		X	SS	X	SS
Genel iyilik	Ön Test	69.23	12.77	69.74	12.85
	Son Test	77.32	10.74	73.00	10.51
Fiziksel Semptom ve Aktivite	Ön Test	61.75	9.96	62.75	9.24
	Son Test	62.38	14.00	63.18	8.60
Uyku	Ön Test	54.66	23.38	53.79	16.51
	Son Test	71.55	18.44	63.44	17.05
İştah	Ön Test	64.33	15.29	65.17	23.39
	Son Test	75.00	21.13	75.51	21.47
Seksüel Fonksiyon	Ön Test	60.16	16.19	60.34	19.40
	Son Test	72.50	20.58	66.55	20.18
Algılama	Ön Test	70.99	11.00	69.07	14.11
	Son Test	74.66	15.35	69.30	15.59
Tıbbi Etkileşim	Ön Test	63.33	11.24	64.82	16.55
	Son Test	68.00	19.14	69.82	21.44
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	Ön Test	67.41	10.81	67.41	12.66
	Son Test	70.33	11.75	65.86	15.19

Şekil 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanların Dağılımı



Gİ: Genel iyilik

FS: Fiziksel semptom ve aktivite

UY: Uyku

İŞ: İştah

SF: Seksüel fonksiyon

AL: Algı

TE: Tıbbi etkileşim

SİP: Sosyal ilişkiler ve iş performansı

Tablo 8 deney ve kontrol grubundaki annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımını göstermektedir.

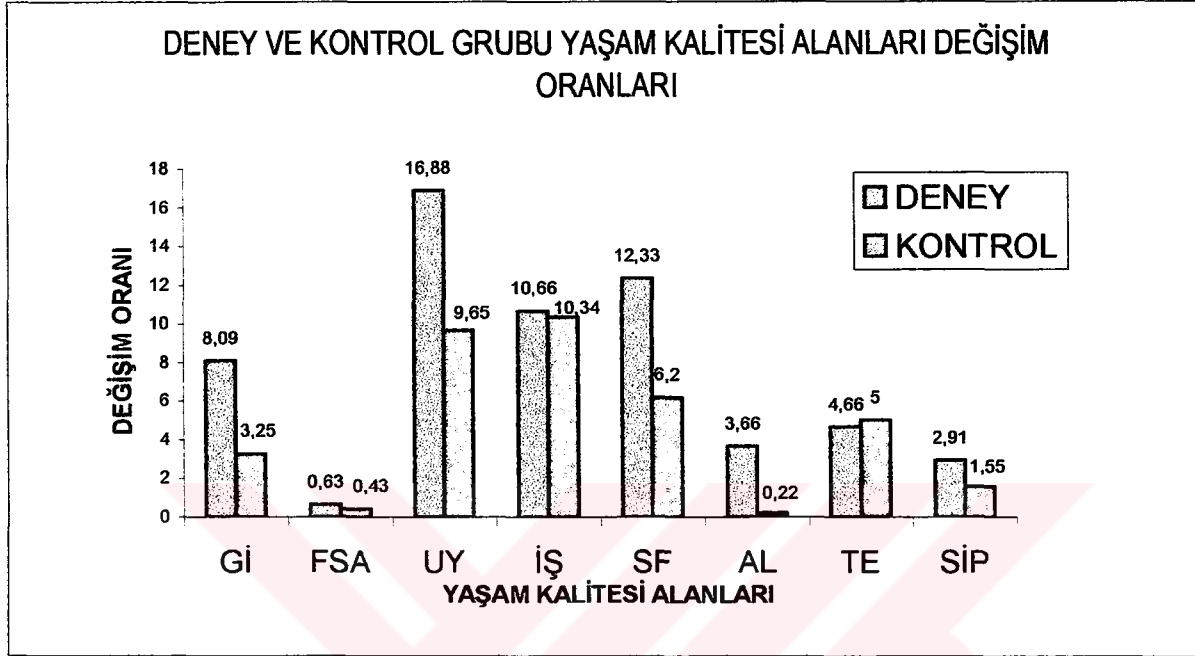
Annelerin gruplara göre yaşam kaliteleri incelendiğinde ön test yaşam kalitesi puanlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Son test yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında ise deney grubundaki annelerin genel iyilik, uyku, seksüel fonksiyon, algılama, ve sosyal ilişkiler alanlarından aldıkları puanların kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Diğer bir yaşam kalitesi alanı olan tıbbi etkileşim alanından alınan puanlar kontrol grubunda deney grubuna göre fazla, fiziksel semptom-aktivite, ve iştah alanlarından alınan puanlar yaklaşık olarak eşit bulunmuştur.

Tablo 9: Deney(n=30) ve Kontrol(n=29) Grubundaki Primipar Annelerin Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Son Test Yaşam Kalitesi Puanlarının Ön Test Yaşam Kalitesi Puanlarına Göre Değişim Oranlarının Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Alanları	Gruplar	% Değişim X	U	P
Genel iyilik	Deney Kontrol	8.09 3.25	368.50	0.312
Fiziksel Semptom ve Aktivite	Deney Kontrol	0.63 0.43	399.50	0.589
Uyku	Deney Kontrol	16.88 9.65	311.00	0.058
İştah	Deney Kontrol	10.66 10.34	395.50	0.541
Seksüel Fonksiyon	Deney Kontrol	12.33 6.20	319.00	0.076
Algılama	Deney Kontrol	3.66 0.22	369.00	0.316
Tıbbi Etkileşim	Deney Kontrol	4.66 5.00	432.50	0.970
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	Deney Kontrol	2.91 1.55	391.00	0.503

Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Şekil 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Son Test Yaşam Kalitesi Puanlarının Ön Test Yaşam Kalitesi Puanlarına Göre Değişim Oranları



Gİ: Genel iyilik

FS: Fiziksel semptom ve aktivite

UY: Uyku

İŞ: İştah

SF: Seksüel fonksiyon

AL: Algı

TE: Tıbbi etkileşim

SİP: Sosyal ilişkiler ve iş performansı

Tablo 9’da deney ve kontrol grubundaki annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları son test yaşam kalitesi puanlarının ön test yaşam kalitesi puanlarına göre değişim oranları karşılaştırılmaktadır. Yaşam kalitesi alanlarından sadece uyku boyutundaki değişim istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($u=311.00$; $p=0.058$). Diğer alanlardaki değişim oranlarının istatistiksel olarak önemli bulunmamasına karşın deney grubunun yaşam kalitesi alanlarında kontrol grubuna göre daha fazla oranda değişim olmuştur.

Tablo 10: Deney ve Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Son Test Yaşam Kalitesi Puanlarının Ön Test Yaşam Kalitesi Puanlarına Göre Değişim Oranlarının, Annelerin Son Test Bilgi Puanı ve Sorun Çözme Becerileri ile İlişkisi

	DENEY GRUBU(n=30)		KONTROL GRUBU(n=29)	
	Sorun Çözme Becerisi	Son Test Bilgi Puanı	Sorun Çözme Becerisi	Son Test Bilgi Puanı
Son Test Bilgi puanı	$r = 0.514^*$ $p = 0.004$	-	$r = 0.008$ $p = 0.968$	-
Genel iyilik	$r = 0.196$ $p = 0.299$	$r = 0.131$ $p = 0.489$	$r = 0.350$ $p = 0.063$	$r = 0.114$ $p = 0.558$
Fiziksel Semptom ve Aktivite	$r = 0.046$ $p = 0.808$	$r = 0.091$ $p = 0.634$	$r = 0.116$ $p = 0.550$	$r = 0.008$ $p = 0.966$
Uyku	$r = 0.094$ $p = 0.620$	$r = 0.098$ $p = 0.606$	$r = 0.210$ $p = 0.273$	$r = 0.019$ $p = 0.921$
İştah	$r = 0.248$ $p = 0.187$	$r = 0.249$ $p = 0.185$	$r = 0.138$ $p = 0.474$	$r = 0.014$ $p = 0.941$
Seksüel Fonksiyon	$r = 0.032$ $p = 0.866$	$r = 0.024$ $p = 0.898$	$r = 0.279$ $p = 0.143$	$r = 0.074$ $p = 0.703$
Algılama	$r = 0.148$ $p = 0.435$	$r = 0.141$ $p = 0.459$	$r = 0.314$ $p = 0.097$	$r = 0.080$ $p = 0.681$
Tıbbi Etkileşim	$r = 0.013$ $p = 0.945$	$r = 0.209$ $p = 0.268$	$r = 0.063$ $p = 0.744$	$r = 0.267$ $p = 0.162$
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	$r = 0.108$ $p = 0.571$	$r = 0.073$ $p = 0.701$	$r = 0.005$ $p = 0.978$	$r = 0.079$ $p = 0.683$

Tablo 10'da deney ve kontrol grubundaki annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ön-son test değişim puanlarının, annelerin son test bilgi puanı ve sorun çözme becerileri ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Kontrol grubunda annelerin problem çözme becerileri ve bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmaz iken($r = 0.008$; $p = 0.968$), Deney grubunda annelerin problem çözme becerileri ve bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli ilişki saptanmıştır($r=0.514$; $p=0.004$).

Tablo 11: Deney Grubundaki Primipar Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(n=30)

Yaşam Kalitesi Alanları	Eğitim Düzeyleri						X ²	p
	İlk-ortaokul n=7		Lise n=19		Yüksekokul n=4			
	X	SS	X	SS	X	SS		
Genel iyilik	73.05	9.73	76.23	10.39	89.99	3.68	7.71	<u>0.021</u>
Fiziksel Semptom ve Aktivite	52.85	13.72	64.03	12.65	71.25	14.93	5.26	0.072
Uyku	73.33	14.90	70.87	21.56	71.66	6.38	0.08	0.996
İştah	70.00	21.60	72.10	20.70	97.50	5.00	5.07	0.079
Seksüel Fonksiyon	72.85	19.54	67.89	20.70	93.75	4.78	7.55	<u>0.023</u>
Algılama	76.18	17.15	70.34	13.73	92.49	3.18	10.45	<u>0.005</u>
Tıbbi Etkileşim	79.28	19.02	63.15	18.64	71.25	16.52	3.03	0.219
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	63.92	11.53	71.05	9.43	78.12	18.86	4.21	0.121

Tablo 11’de, deney grubundaki annelerin eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir.

Tablo 11 incelendiğinde genel iyilik, fiziksel semptom, iştah, seksüel fonksiyon, algılama ve sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarında eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puanının da arttığı görülmektedir. Ancak annelerin yalnızca genel iyilik, seksüel fonksiyon ve algılama alanlarından aldıkları yaşam kalitesi puanlarında görülen artış istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($X^2 = 7.71$; $p = 0.021$; $X^2 = 7.55$; $p = 0.023$; $X^2 = 10.45$; $p = 0.005$).

Tablo 12: Kontrol Grubundaki Primipar Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (n=29)

Yaşam Kalitesi Alanları	Eğitim Düzeyleri						X²	p
	İlk-ortaokul n=8		Lise n=19		Yüksekokul n=2			
	X	SS	X	SS	X	SS		
Genel iyilik	72.85	9.78	72.17	11.22	81.42	2.01	1.80	0.405
Fiziksel Semptom ve Aktivite	66.56	9.72	61.57	8.21	65.00	7.07	1.81	0.404
Uyku	73.32	20.77	58.94	14.78	66.66	0.01	4.53	0.104
İştah	81.25	18.07	73.15	22.37	75.00	35.35	0.64	0.724
Seksüel Fonksiyon	70.62	14.25	63.15	22.12	82.50	17.67	2.32	0.313
Algılama	67.91	19.83	68.24	13.98	84.99	2.35	2.38	0.303
Tıbbi Etkileşim	70.62	20.07	67.36	22.25	90.00	14.14	2.36	0.306
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	65.62	16.94	64.73	15.20	77.50	0.01	2.99	0.224

Tablo 12’de, kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir.

Kontrol grubundaki annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Ancak yüksekokul mezunu annelerin genel iyilik, seksüel fonksiyon, algılama, tıbbi etkileşim, sosyal ilişki alanlarında yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunurken, fiziksel semptom ve aktivite, uyku, iştah alanlarında ilk-ortaokul mezunu annelerin yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Lise mezunu annelerin tüm yaşam kalitesi alanlarında, diğer iki gruptan düşük puanlar aldıkları görülmektedir.

Tablo 13: Deney Grubundaki Primipar Annelerin Evlilik Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(n=30)

Yaşam Kalitesi Alanları	Evlilik Süresi						X ²	p
	2 yıldan az n=20		2-4 yıl n=9		4 yıldan fazla n=1			
	X	SS	X	SS	X	SS		
Genel iyilik	74.85	10.01	82.53	11.55	80.00	-	4.13	0.127
Fiziksel Semptom ve Aktivite	57.54	12.11	71.94	13.62	73.33	-	7.19	<u>0.027</u>
Uyku	71.99	17.51	68.88	21.60	86.66	-	1.01	0.601
İştah	71.00	19.97	87.77	17.15	40.00	-	6.78	<u>0.034</u>
Seksüel Fonksiyon	75.00	18.63	69.44	24.93	50.00	-	1.47	0.477
Algılama	74.82	14.07	75.55	19.14	63.33	-	1.24	0.537
Tıbbi Etkileşim	71.75	15.66	61.11	25.22	55.00	-	3.03	0.220
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	66.87	10.09	76.94	12.97	80.00	-	4.55	0.103

Tablo 13’de deney grubundaki annelerin evlilik sürelerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir.

Tablo 13 incelendiğinde, Fiziksel semptom alanında, evlilik süresi 2-4 yıl ve 4 yıldan fazla olan annelerin yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek olarak belirlenmiştir ($X^2 = 7.19$; $p = 0.027$).

Annelerin iştah durumları incelendiğinde, evlilik süresi 2-4 yıl olan annelerin yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($X^2 = 6.78$; $p = 0.034$).

Annelerin evlilik sürelerine göre diğer yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Ancak, evlilik

süresi 2-4 yıl olan annelerin genel iyilik, iştah, algılama, sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarında yaşam kalitesi puanlarının arttığı görülmektedir. Evlilik süresi 4 yıldan fazla olan annelerin ise, genel iyilik, uyku, sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarında yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 14: Kontrol Grubundaki Annelerin Evlilik Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alanları	Evlilik Süresi						X ²	p
	2 yıldan az n=19		2-4 yıl n=9		4 yıldan fazla n=1			
	X	SS	X	SS	X	SS		
Genel iyilik	69.31	10.38	79.04	6.38	88.57	-	7.23	<u>0.027</u>
Fiziksel Semptom ve Aktivite	61.71	9.53	65.83	6.25	65.50	-	2.34	0.310
Uyku	61.75	17.47	65.92	17.46	73.33	-	2.07	0.354
İştah	78.42	19.79	71.11	25.71	60.00	-	1.09	0.578
Seksüel Fonksiyon	66.31	20.12	66.66	22.63	70.00	-	0.15	0.924
Algılama	68.76	14.83	72.58	17.22	50.00	-	3.09	0.213
Tıbbi Etkileşim	69.21	22.00	72.22	22.37	60.00	-	0.47	0.787
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	64.34	15.11	68.61	16.68	70.00	-	1.10	0.576

Tablo 14 kontrol grubundaki annelerin evlilik sürelerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımını göstermektedir.

Tablo 14’de sadece evlilik süresi 2-4 yıl ve 4 yıldan fazla olan annelerin genel iyilik alanındaki yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek bulunmuştur(X²

=7.23; p =0.027). Ancak kontrol grubunda evlilik süresi 2-4 yıl arasında olan annelerin iştah alanı dışındaki alanlarda yaşam kalitesi puanları yüksek bulunurken, evlilik süresi 4 yıldan fazla olanların iştah, algılama ve tıbbi etkileşim alanları dışındaki alanlardaki yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur.

Tablo 15:Deney Grubundaki Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yardımcılarının Bulunması Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(n=30)

Yaşam Kalitesi Alanları	Yardımcı Bulunma Durumu				U	p
	Var n=21		Yok n=9			
	X	SS	X	SS		
Genel iyilik	80.54	9.96	69.83	8.93	38.00	<u>0.009</u>
Fiziksel Semptom ve Aktivite	64.44	14.27	57.59	12.81	62.00	0.150
Uyku	74.91	16.31	63.70	21.63	63.50	0.164
İştah	77.61	20.47	68.88	22.60	72.00	0.326
Seksüel Fonksiyon	75.71	19.25	65.00	22.77	65.00	0.193
Algılama	76.50	14.50	70.36	17.27	73.50	0.349
Tıbbi Etkileşim	71.90	17.78	58.88	20.12	62.00	0.150
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	71.66	13.02	67.22	7.85	72.00	0.326

Tablo 15’de deney grubundaki annelerin doğum sonu dönemde yardımcıların bulunması durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir.

Tablo 15 incelendiğinde, doğum sonu dönemde yardımcısı olan annelerin yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alanlarından aldıkları puanların olmayanlara göre yüksek olduğu görülmektedir. Ancak sadece genel iyilik alanında görülen fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($u=38.00$; $p= 0.009$).

Tablo 16:Kontrol Grubundaki Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yardımcılarının Bulunması Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(n=29)

Yaşam Kalitesi Alanları	Yardımcı Bulunma Durumu				U	p
	Var n=19		Yok n=10			
	X	SS	X	SS		
Genel iyilik	72.47	11.03	73.99	9.94	86.00	0.701
Fiziksel Semptom ve Aktivite	62.63	8.67	64.25	8.82	92.00	0.910
Uyku	63.50	18.64	63.32	14.48	92.00	0.910
İştah	76.31	23.38	74.00	18.37	82.50	0.573
Seksüel Fonksiyon	67.10	19.67	65.50	22.16	93.00	0.916
Algılama	68.41	15.88	70.99	15.71	87.50	0.735
Tıbbi Etkileşim	70.00	19.07	69.50	26.50	87.50	0.735
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	64.60	17.10	68.25	11.12	87.00	0.735

Tablo 16’da kontrol grubundaki annelerin doğum sonu dönemde yardımcı bulunma durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir.

Tablo 16 incelendiğinde, doğum sonu dönemde yardımcısı olan annelerin yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, algılama ve sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarından aldıkları puanların olmayanlara göre düşük olduğu görülmektedir. Uyku ve tıbbi etkileşim alanlarından aldıkları puanlar her iki grupta da bir birine yakın bulunmuştur. Ancak yardımcısı olan ve olmayan grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanla arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

Annelerin çalışma durumu, eşlerinin eğitim düzeyi, doğum sonu yardım süresi, doğum öncesi bilgi alma durumu, aile yapısı, gelir düzeyi ve doğum öncesi bebek bakma durumlarının yaşam kalitesi alanlarına etkilerini belirlemek amacıyla deney ve kontrol grubunda yapılan istatistiksel analizler sonucunda istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlenmiştir.

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

Bu bölümde, primipar anne adaylarına, gebeliğin son trimestrinden itibaren doğum sonu uyum sağlama çabalarının yoğun yaşandığı postpartum 2. aya kadar; bebek bakımı, ebeveynlik rollerine adapte olma, annenin kendi sağlığı ve bebeğin sağlığı ile ilgili olarak karşılaştığı problemlere yönelik verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin annelerin bilgi düzeyi, bebek bakımı ile ilgili sorun çözme beceri düzeyleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla deneysel olarak yapılan araştırma verilerinin sonuçları tartışılmıştır.

Literatürde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, maddi sıkıntı yaşama durumu, sosyal güvence, hastaya yakınlık derecesi, aile ilişkilerinde değişiklik olması faktörlerinin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (23,41,73). Bu nedenle çalışma grupları oluşturulurken Tablo-1’de belirtilen özellikler açısından anneler gruplanarak deney ve kontrol grubuna rasgele seçilmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan primipar anneler, sosyodemografik ve tanıtıcı özellikleri açısından karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunamamıştır(Tablo-1). Tabloda da görüldüğü gibi deney ve kontrol grubu arasında bu özelliklerden kaynaklanabilecek etkiler en aza indirilmeye çalışılmıştır. Her iki grupta da annelerin yaş ortalaması 23 olup, eğitim düzeyleri lisede yoğunlaşmaktadır. Diğer özelliklerden annelerin çalışma oranları % 23.33 ve % 17.25 arasında, eşleri genelde lise mezunu, evlilik süreleri iki yıldan az ve yarıdan fazlasına doğum sonu dönemde yardımcı olacak bir yardımcı bulunmaktadır. Deney grubundaki annelerin % 43.34’ü ve kontrol grubundaki anneleri % 41.38’i doğum öncesi dönemde hiçbir kaynaktan bilgi almadıklarını belirtirken, annelerin yaklaşık % 65’i daha önce hiç bebek bakımı üstlenmemişlerdir. Bu özelliklere göre çalışmaya alınan annelerin eğitim düzeyleri ve sosyokültürel özellikleri Türkiye’de genel popülasyonda yer alan kadınlardan daha iyi düzeydedir. Bunun nedeni çalışmanın yürütüldüğü kurumun silahlı kuvvetlere ait olması ve çalışmaya alınan annelerin silahlı kuvvetlerde çalışan bireylerin eşlerinden oluşmasıdır.

Araştırmamızda deney grubundaki annelerin danışmanlık sürecinde danıştıkları konuların başında bebek beslenmesi ile ilgili konular (% 17.09) gelmektedir. Bunu bebeğin hastalığı (%12.96), iritabil bebek (%9.32), bebeğin dışkılama örüntüsü (%7.26), bebek banyosu ve vücut bakımı (%7.26), bebekle iletişim konuları izlemektedir(Tablo-2). Vural’ın

çalışmasında (1995) "iritabil bebek", sık karşılaşılan sorunların başında gelmiştir(78). Literatürde tüm bebeklerin % 15-25'inin iritabil bebekler olduğu belirtilmektedir. İritabil bebekler ebeveynlerin kendilerini çok çaresiz ve suçlu hissetmelerine neden olmaktadır ve çoğunlukla çocuğu rahatlatabilecek bir çözüm bulunamadığı için ailede stres yaratmaktadır(39,40). Bu nedenle bu sorunu yaşayan aileler çözüm bulabilmek için danışmanlık istemektedirler. Bizim çalışmamızda ilk sırada yer almamakla birlikte iritabil bebekle ilgili kaygılar başlarda yer almıştır. Bebek beslenmesi, bebeğin hastalığı ve iritabil bebek, doğum öncesi dönemde eğitim verilse de sorunla karşılaşıldığında danışma gereksinimi duyulan konulardır. Adams'ın(1963), çalışmasında bebek bakımı ile ilgili sorular ilk sırada gelmektedir(2). Bizim çalışmamızda annelerin bebeğin dışkılama örüntüleri, bebek bakımı, banyosu ve bebekle iletişim konularında daha az soru sormaları, doğum öncesi dönemde verilen eğitimin etkisinden kaynaklanabilir. Primipar annelerin bebeğin davranış özellikleri ile ilgili kaygı skorlarının diğer alanlardan daha yüksek olduğunu ifade eden Snelson'un(69) çalışmasının aksine bizim çalışmamızda anneler bu kaygılarını dile getirmemişlerdir. Bebekle iletişim ve bebeğin davranış özellikleri ile ilgili olarak araştırmacı tarafından verilen eğitimin, annelerin bu alandaki kaygılarını azalttığı düşünülebilir.

Graef ve arkadaşlarının(1988) çalışmasında, bebek beslenmesi ile ilgili kaygıların ilk sırada geldiği belirtilmektedir. Özellikle ilk 1-2 hafta içerisinde beslenme ile ilgili sorular daha fazla iken, 3-4. haftalara doğru giderek azalmaktadır(33). Bu bulgu bizim araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Bebek beslenmesi ve özellikle emzirme ile ilgili sorunların ilk sırada yer alması nedeniyle diğer eğitim alanlarının dışında sadece bebek beslenmesi konusunda ayrı eğitim programları düzenlenmektedir(30). Graef ve arkadaşlarının(1988) çalışmasında ayrıca annelerin % 97'sinin her telefon görüşmesinde bebekle ilgili konularda kaygılarını dile getirdikleri belirtilmiştir. Bizim araştırmamızda da anneler kendilerinden çok bebekle ilgili konularda danışmanlık istediklerini ifade etmişlerdir(Tablo-2).

Çalışmamızda anneler kendileri ile ilgili problemler konusunda daha az sıklıkta danışmanlık istemişlerdir. Kendileri ile ilgili olarak en sık meme ile ilgili problemler (%5.18) ve aile planlaması konularını (%5.18) danışmışlardır. Bunu doğum sonu cinsellikle ilgili konular (%4.14) izlemiştir(Tablo-2).

Davis'in(1985) çalışmasında anneler % 67 oranında postpartum komplikasyonların önemli olduğunu belirtirken, % 68 oranında bebeğin hastalığının, % 58 oranında bebeğin

beslenmesinin, % 50 oranında göbek bakımının, % 50 oranında derece almanın ve % 50 oranında bebeğin ilaçlarının çok önemli olduğunu ifade etmişlerdir(18). Bebek beslenmesi ile ilgili kaygıların bu çalışmada da % 58 oranda sorun olarak belirtilmesi ve bebeğin hastalığı ile ilgili kaygıların ilk sırada olması bizim çalışmamızla benzerlik gösterirken, postpartum komplikasyonların ikinci sırada yer alması benzerlik göstermemektedir.

Fishbein(1998)'in Postpartum dönemde anneler üzerinde yaptığı çalışmada anneler kendileri ile ilgili olarak; en sık oranda menstürasyon düzeni (%79), emzirme (% 66), bebeğin hastalık belirtilerini tanıma (% 65), vajinal akıntı (% 64), konstipasyon (%63), hemoroid (% 63), normal görünümüne dönme (% 63), iyi bir anne olma (% 60), ile ilgili olarak kaygılarını ifade ederken, daha az oranda, süturlar (% 51), meme bakımı (% 53), yorgunluk (% 55) ile ilgili kaygılarını dile getirmişlerdir(26). Bizim çalışmamızda anneler Fishbein'in çalışmasında daha az oranda ifade edilen meme bakımını(%5.18), aile planlamasını(%5.18) ve doğum sonu cinselliği(%4.14) en sık oranda danışır iken, daha az sıklıkta konstipasyon(% 3.10), postpartum yorgunluk(% 2.60), doğum sonu egzersiz(% 2.60), hemoroid (%2.07) ve emzirirken sigara kullanımı(%1.04) konusunda danışmanlık istemişlerdir. Vural ve Akan'ın(1995) ''Annelerin Doğum Sonu Dönemde Ev Ortamında Kendi Bakımları ve Bebek Bakımı İle İlgili karşılaştıkları Sorunlar ve Bu Sorunlara Yönelik Uygulamalar'' isimli çalışmalarında, meme ile ilgili sorunlar ilk sırada yer almıştır (78).

Annelerin kendileri ile ilgili daha az sıklıkta danışmanlık istemelerinin nedeni, kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde düzenli olarak takip edilmeleri ve poliklinik tarafından doğum sonu dönemde kendilerine bakım konusunda bilgilenmelerini sağlamak amacıyla annelere bir broşürün verilmesi olabilir. Ayrıca anneler, gebelik süresince kendileri ile ilgili çeşitli konularda sağlık personeline danışma fırsatına sahip olduğu halde bebekle ilgili sorunlar bebek doğduktan sonra ortaya çıktığı için annenin daha az bilgiye sahip olduğu bir alan olmaktadır. Bu da annenin doğum sonu dönemde daha sık olarak bebekle ilgili konularda danışmanlık istemesini açıklayabilir. Ayrıca emzirirken sigara kullanımı konusunda az oranda da olsa danışmanlığa gereksinim duyulması, annelerin sigaranın zararları konusunda bilgi sahibi olsalar da uygulamada bu alışkanlıklarından vazgeçme konusuna yeterince önem vermediklerini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan primipar annelerin sağlıklı bebek bakımına yönelik bilgi düzeyi incelenmiş ve değerlendirme formundan aldıkları ön-son test bilgi puanları deney ve kontrol grubuna göre karşılaştırılmıştır(Tablo-3). Deney grubunun ön test bilgi puanları

ortalaması 50.27, kontrol grubunun ön test bilgi puanları ortalaması ise 46.18 bulunmuştur. Ön test bilgi puanları açısından iki grup karşılaştırıldığında, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır($t=1.218$; $p=0.228$)(Tablo-3). Araştırma kapsamına alınan primipar anneler uygulama öncesinde bilgi puanları açısından da gruplanarak, her iki gruba rasgele seçilmişlerdir. Böylece uygulama öncesinde grupların denkliği sağlanarak verilen eğitimin etkinliğinin doğru ölçülmesi hedeflenmiştir.

Verilen eğitim ve danışmanlık hizmeti sonrasında deney grubunun son test bilgi puanları ortalaması 69.45, kontrol grubunun son test bilgi puanları ortalaması 55.56 bulunmuştur. Son test bilgi puanları açısından iki grup karşılaştırıldığında, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($t=4.968$; $p=0.001$)(Tablo-3).

Araştırmanın başlangıcında bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmayan iki grubun bilgi puanlarında, deney grubuna verilen eğitim ve danışmanlık hizmeti sonucunda istatistiksel olarak önemli fark bulunması, verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin bu farkı yarattığı şeklinde yorumlanabilir. Rosenblum(1994) pediatri alanında eğitim programı geliştirilmesinin, bu alanda verilen bakımın etkinliğini artırmada önemli bir unsur olduğunu belirtmektedir(61).

Barkauskas'ın (1983) halk sağlığı hemşirelerinin postpartum dönemde ev ziyareti yaptığı 67 anne-bebek çiftiyle ev ziyareti yapmadığı 43 anne-bebek çiftinin sağlık durumlarını karşılaştırdığı çalışmasında araştırmaya alınan annelerin tamamı, toplum sağlığı hemşiresinin beslenme, diyet, derece okuma, göz bakımı, bebek ağlamaları, bebeği tutma, bebek bakımı ve klinik ziyaretleri konusunda verdiği bilgileri yararlı bulmuşlardır(5).

Golas ve Parks'ın (1986) Erken postpartum dönemde verilen eğitimin annelerin bilgi ve güven dereceleri üzerine etkisini değerlendirdikleri araştırmalarında, eğitim alan annelerin, almayanlara göre 4 haftalık bebeklerinin davranışlarını daha iyi tanıyıp, tepki verdiklerini belirlemişlerdir(31).

Yazıcı(1995), çalışmasında, ilk karşılaşmadan bir ay sonra yaptığı ölçümlerde annelerin bilgi düzeyi değerlendirme testinden aldıkları bilgi puanının, deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak önemli ölçüde arttığını belirlemiştir(81). Golas ve Parks'ın(31) ve Yazıcı'nın(81) bulguları bizim araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Planlı biçimde verilen eğitim ve danışmanlığın annelerin bilgi düzeylerini önemli ölçüde artırdığı söylenebilir.

Deney ve kontrol grubuna alınan primipar annelerin sorun çözme beceri puanları karşılaştırıldığında(Tablo-4) aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır($t=3.579$; $p=0.001$).

Eğitim bireylerin davranışlarında kalıcı davranış değişikliği yaratmaktır. Postpartum dönemde bireysel eğitim modellerinin diğer eğitim modellerinden daha iyi eğitim sağladığı belirlenmiştir(82). Başlangıçta deney grubuna verilen eğitimlerin en fazla dört kişiden oluşan küçük gruplara verilmesi ve annelerin gereksinim duydukları anda sormak istedikleri konularda danışmanlık yapılması eğitimin etkinliğini artırmış ve annelerin bebek bakımı ile ilgili sorun çözme becerilerini etkilemiştir. Kontrol grubunda ise bebek bakımı ile ilgili bilgi puanlarında artış olmasına karşın, bu artışın annelerin sorun çözme beceri puanlarına yansımadağı görölmektedir.

Yazıcı(1995), annelerin öz-bakım gücü, sağlıklı bebeklerinin bakım sorunlarını çözme becerileri ve bu süreçte hemşirenin eğitici rolünün etkisini incelediği çalışmasının sonucunda, sorun-çözme beceri puan ortalamalarının, vaka grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek olduğunu belirlemiştir(81). Yazıcı'nın bulguları bizim araştırma bulgularımızla benzerlik göstermekte olup, planlı biçimde verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin annelerin sorun-çözme beceri puanlarını önemli ölçüde artırdığı söylenebilir. Sorun çözme becerisi, stresörler ve sosyal desteklerden etkilenmektedir(60). Deney grubundaki annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin sosyal destek sağlayarak, annelerin stresini azalttığı ve sorun çözme becerisini artırdığı düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubuna alınan annelerin sağlıklı bebek bakımına yönelik bilgi düzeyi değerlendirme formundan aldıkları ön-son test bilgi puanları karşılaştırıldığında deney grubunun eğitim sonrası bilgi puanlarının ortalamasının önceki puan ortalamasına göre arttığı görölmektedir. Bilgi puanı ortalamaları karşılaştırıldığında ön ve son testler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($t=-10.804$; $p=-0.000$)(Tablo-5).

Kontrol grubunda da ön test bilgi puanına göre son test bilgi puanı artışı istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($t=-7.385$; $p=0.000$). Ancak deney grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubu son test bilgi puanları ortalamasının ön test puan ortalamasına göre daha az oranda arttığı görölmektedir.

Deney grubunda planlı eğitim ve danışmanlık hizmeti sonucunda annelerin bilgi puanlarının arttığı düşünülmektedir. Ancak kontrol grubundaki annelere hiç eğitim ve

danışmanlık hizmeti verilmediği halde bilgi puanlarında istatistiksel olarak önemli artış olması, annelerin bebekleri doğduktan sonra bebeğin bakımını üstlenmek zorunda kalmaları nedeniyle bilgiye kendi çabaları ile ulaşmaları şeklinde açıklanabilir. Ancak kontrol grubundaki annelerin bilgi artışının, deney grubundaki annelerden daha az oranda olması ve tablo 3'te gösterildiği gibi deney grubundaki artışın kontrol grubundaki annelerden istatistiksel olarak önemli ölçüde fazla olması, planlı bir şekilde verilen eğitim ve danışmanlık hizmeti ile annelerin bilgi düzeyinin daha fazla oranda geliştirilebileceği şeklinde yorumlanabilir.

Deney ve kontrol grubunda, primipar annelerin bilgi düzeyi değerlendirme formundan aldıkları son test bilgi puanlarının ön test bilgi puanlarına göre değişim oranları karşılaştırıldığında, deney grubundaki bilgideki artış, kontrol grubundaki artışa göre istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($u=249.50$; $p=0.005$)(Tablo-6).

Başlangıç puanları ile karşılaştırıldığında, eğitim ve danışmanlık hizmeti alan deney grubundaki annelerin bilgi puanlarında kontrol grubundaki annelerin bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak önemli bir değişim olması tablo-3 ve tablo-5' de verilen bulguları, bu doğrultuda verilen eğitim ve danışmanlığın annelerin bebek bakımı konusundaki bilgilerinde artışa neden olduğu bulgusunu desteklemektedir. Anneleri çocuğun evdeki bakımı konusunda eğitmek hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir. Verilen bilgilerin annelerin anlayabilecekleri düzeyde ve gereksinim duydukları konulara yönelik olması gerekmektedir(16). Bizim çalışmamızda verilen eğitimin annelerin danıştıkları konulara göre yönlendirilmesinin, eğitimin etkinliğini artırarak annelerin bilgi puanının artmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Kontrol ve deney grubuna alınan annelerin bilgi testinden aldıkları bilgi puanı ortalamaları ile sorun çözme beceri puan ortalamalarının ilişkisine bakıldığında deney grubunda yer alan annelerin bilgi puanları ile sorun çözme becerileri arasında ilişki olduğu ($r=0.514$; $p=0.004$); kontrol grubuna alınan annelerin ise bilgi puanları ve sorun çözme becerileri arasında ilişki bulunamadığı($r=0.008$; $p=0.968$) görülmektedir(Tablo-7).

Yazıcı'nın(1995) çalışmasında hem vaka hem de kontrol grubunun bakım becerileri ile bilgi düzeyleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur(81). Oysa bizim çalışmamızda kontrol grubundaki annelerin bakım becerileri ile bilgi düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak

önemli bulunmamıştır($r = 0.008$, $p > 0.05$). Bu açıdan çalışmamız farklılık gösterirken, Yazıcı'nın çalışmasında, vaka grubunda yer alan annelerin bakım becerileri ile bilgi düzeyleri arasında bulunan anlamlı ilişki ($r = 0.330$, $p < 0.05$) bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir($r = 0.514$, $p < 0.05$).

Brown ve arkadaşlarının(1998) çalışmasında doğum sonu dönemde anneler kendi bakımları konusunda belirsizlik yaşarken, bazı anneler de bebek bakımını sağlayabilmek için gerekli olan temel bilgilerden yoksun bulunmuşlardır(10). Brown, eğer postpartum dönemde sürekli izlem yapılmazsa, bu annelerin temel sağlık bakım bilgisi için sadece arkadaşlarının ve akrabalarının bilgisine başvurmak ve bu bilgilere güvenmek zorunda kalacaklarını belirtmektedir. Bizim çalışmamızda deney grubunda beceriye yönelik olarak video ile görsel eğitim verilmesi ve annelerin sorun yaşadıklarında araştırmacıyı arayarak danışmanlık alabilme olanaklarının olması, bilgi ve beceri ilişkisini geliştirmiş olabilir. Brown'ın (1998) çalışmasında anneler hastaneden çıkmadan önce verilen taburculuk eğitiminin öneminin sorunlarla karşılaşmadan önce yeterince anlaşılamadığını, evde sorunla yüz yüze geldiklerinde ancak o bilgiye gereksinimleri olduğunu fark ettiklerini ifade etmişlerdir(10). Kontrol grubundaki annelerin bilgi puanlarında artış olmasına karşın, becerilerinin buna paralel olarak artmaması, planlı şekilde öğrenilmeyen bilginin beceriye kolayca dönüştürülemediğini düşündürmektedir. Ayrıca kontrol grubundaki annelerin, gereksinim duyduğu anda danışmanlık alamaması, kendi bilgisinden şüphe ederek sorunlara etkin çözümler geliştirme becerisini engellemiş olabilir. Deney grubundaki anneler, danışmanlık sürecini yazılı olarak değerlendirdiklerinde, **“danışmanlık süreci sayesinde yanlış bilgileri uygulamaya geçirmekten kurtulduklarını”**, **“danışmanlık almasalardı bilgilerinin doğru olup olmadığından emin olamayacaklarını”**, **“ danışmanlık aldıkları için kendilerini güvende hissettiklerini”** ifade etmişlerdir. Ruchala ve James'in(1997) çalışmasında bebek gelişimi konusunda bilgi verilen adolesan annelerin bebek bakımı sağlamada kendine güvenlerinin önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir(63). Görüldüğü gibi bizim çalışmamıza katılan anneler de eğitim ve danışmanlık sürecinin kendilerinde yarattığı güveni ifade etmişlerdir.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde, ön test yaşam kalitesi puanlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Son test yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında ise deney grubundaki

annelerin genel iyilik, uyku, seksüel fonksiyon, algılama, ve sosyal ilişkiler alanlarından aldıkları puanların kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu görülmektedir.

Literatürde cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, meslek, destek faktörleri, çalışma durumu ve gelir durumunun yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir(23,41). Bizim çalışmamızda deney ve kontrol grubunda bulunan anneler bu değişkenler açısından gruplanarak her iki gruba rasgele seçildikleri ve birbirine benzer özellikler taşıdıkları için, bu faktörlerin etkileri en aza indirilmiştir. Bu nedenle verilen eğitim-danışmanlık hizmetinin ve danışmanlık yoluyla sağlanan sosyal desteğin deney grubundaki annelerin yaşam kalitesi puanlarında artışa neden olduğu söylenebilir. Abbey ve Andrews(1985) iç kontrol, sosyal destek ve performansın yaşam kalitesini olumlu yönde; stres, depresyon ve anksiyetenin olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir(1). Bizim çalışmamızda doğum sonu uyum sağlamaya çalışan annelere eğitim ve danışmanlık yoluyla verilen desteğin annelerin iç kontrol, sosyal destek ve performanslarını artırdığı, stres, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasına katkıda bulunarak yaşam kalitesi puanlarını artırdığı düşünülmektedir(1,15). Deney grubundaki annelerden verilen eğitim ve danışmanlık hizmeti ile ilgili yazılı görüşleri alındığında annelerin ifade ettiği, **" kendimi güvende hissettim", " sanki o hep bebeğimin yanında gibi", "kendime güvenmemi sağladı", "bebeğime bakmamda yardımcı oldu, bu yüzden rahat hissettim" , "bu hizmet çok yararlı oldu, çünkü kendinizi güçlü hissediyorsunuz", "bir şeyleri önceden öğrenmek ve bilmek kendime güvenimi artırdı", "ne yapacağım diye çaresiz kalmadım", "sorunları kolaylıkla çözebilme imkanı sağladı"** gibi ifadeler bu yorumu güçlendirmektedir. Kojo-Austin ve arkadaşları(1992) Finlandiya'da kadınların ana sağlığı hizmetlerinden memnuniyetlerini değerlendirdikleri araştırmalarında, annelerin klinik ortamın yoğun atmosferinin dışında, sakin, sadece annelere danışmanlık ve bakım hizmetinin verildiği alanları tercih ettiğini belirlemiştir(42). Annelerin diledikleri zaman ulaşabilecekleri ve sakin bir şekilde karşılanacakları ortamlarda kendilerini rahat hissettikleri ve verilen hizmetten daha iyi yararlandıkları düşünülmektedir

Deney grubu ile kıyaslandığında daha az oranda olmakla birlikte eğitim ve danışmanlık hizmeti almayan kontrol grubunun yaşam kalitesi puanlarında da belli bir oranda artış olması, bu grupta yer alan annelerin de düzenli sağlık hizmeti alabilecekleri bir kurum tarafından desteklenmeleri ile açıklanabilir. Çünkü kontrol grubundaki annelerin sorun yaşadıklarında arayıp bilgi alma olanakları engellenmediğinden, gereksinim duyduklarında kurumdan bilgi almalarının yaşam kalitesi puanlarında artışa neden olduğu düşünülebilir.

Bu sonucu annelerin son test yaşam kalitesi puanlarının ön test yaşam kalitesi puanlarına göre değişim oranlarının karşılaştırıldığı tablo 9'da da görmek mümkündür.

Tablo 9'da deney ve kontrol grubundaki annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ön-son test değişim puanları karşılaştırılmaktadır. Yaşam kalitesi alanlarından sadece uyku boyutundaki değişim istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($u=311.00$; $p=0.058$). Diğer alanlarda da değişimler olmasına karşın istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Ancak değişim oranları incelendiğinde, fiziksel semptom - aktivite , iştah ve tıbbi etkileşim alanlarında iki grubun değişim oranları birbirine yakın bulunurken, genel iyilik, uyku, seksüel fonksiyon, algılama, sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarında deney grubunda kontrol grubuna göre değişim oranlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin annelerin bilgilerini, sorun çözme becerilerini ve kendilerine güvenlerini etkileyerek yaşam kalitesini olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları son test puanlarının ön testten aldıkları puanlara göre değişim oranlarının, annelerin son test bilgi puanı ve sorun çözme becerileri ile ilişkisi değerlendirilmiştir(Tablo-10). Verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin deney grubundaki annelerin yaşam kalitesi puanlarında artışa neden olmasına karşın(Tablo-9), problem çözme becerileri ve bilgi düzeyleri ile yaşam kalitesi değişim puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanamamıştır(Tablo-10). Bu bulguya göre, verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin annelerin sorun çözme beceri puanlarını ve bilgi puanlarını artırmasının anneye sosyal destek sağlayarak annelerde kendine güven ve kontrolün kendisinde olduğu duygusu yarattığı ve annelik rolü performansını olumlu yönde etkileyerek stres, depresyon ve anksiyetelerini azalttığı ve yaşam kalitesini dolaylı olarak etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu yüzden bilgi ve beceri puanlarının yaşam kalitesi ile direk olarak ilişkisi belirlenememekle birlikte, annede yarattığı dolaylı etkinin yaşam kalitesi değişimine neden olduğu düşünülebilir. Gençöz'e göre(29) her kanaldan mümkün oldukça fazla bilgi toplamak sağlıklı uyuma giden önemli bir basamaktır. Literatürde postpartum uyumun duygusal, bilişsel ve fizyolojik uyum süreci olarak değerlendirildiği belirtilmektedir. Ebeveynlik rolleri ile ilgili yeterlilik ve doyum duygusu geliştirme ve anne-bebek bağlılığının gelişmesi anne uyumunun önemli unsurları olarak belirtilmektedir. Bebeğin bakımını gerektiği gibi yapabilme ve bebeği rahatlatabilme

annede doyum yaratırken bir anne olarak yetersizlik hissetme duyguları stres yaratmaktadır(34). Bu bağlamda bizim çalışmamızda bilgi ve sorun çözme beceri puanlarının artışının annelerin bu doyum duygusunu geliştirerek yaşam kalitesini dolaylı olarak etkilediği düşünülebilir.

Deney grubundaki annelerin eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlardan(Tablo-11), genel iyilik, fiziksel semptom, iştah, seksüel fonksiyon, algılama ve sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarında eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puanının da arttığı görülmektedir. Ancak annelerin yalnızca genel iyilik, seksüel fonksiyon ve algılama alanlarından aldıkları yaşam kalitesi puanlarındaki artış istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($X^2 = 7.71$; $p = 0.021$; $X^2 = 7.55$; $p = 0.023$; $X^2 = 10.45$; $p = 0.005$).

Bu bulgular Erdem(1999) ve Kızılcı'nın(1997) bulguları ile benzerlik göstermektedir(23,41). Erdem'in çalışmasında ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan grubun uyku ve seksüel fonksiyon alanları dışındaki yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu ve ortaokul-lise ve üniversite mezunu olan grubun algılama fonksiyonu ile sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarındaki ortalama puanlarının diğer iki gruba göre istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir. Kızılcı'nın çalışmasında da eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların arttığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyinin artması ile birlikte yaşam kalitesi puanlarında artış olması, annelerin eğitim düzeyi arttıkça primipar annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin, yaşam kalitesinin yükselmesine daha fazla katkıda bulunduğu şeklinde yorumlanabilir.

Kontrol grubundaki annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında(Tablo-12) aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Ancak yüksekokul mezunu annelerin genel iyilik, seksüel fonksiyon, algılama, tıbbi etkileşim, sosyal ilişki alanlarında yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunurken, fiziksel semptom ve aktivite, uyku, iştah alanlarında ilk-ortaokul mezunu annelerin yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Lise mezunu annelerin tüm yaşam kalitesi alanlarında, diğer iki gruptan düşük puanlar aldıkları görülmektedir. Bunun nedeni ilkököl mezunu annelerin sayıca az olması ve ortaokul mezunu annelerle aynı grupta yer almaları olabilir. Erdem(1999) ve Kızılcı'nın(1997) çalışmasında da lise mezunları ile

birlikte gruplanan ortaokul mezunlarının okula gitmemiş ve ilkokul mezunlarından daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir(23,41). Bizim çalışmamızda ilk-ortaokul ve lise mezunlarının birbirlerine yakın puanlar aldıkları görülmektedir.

Annelerin evlilik sürelerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde, deney grubunda, evlilik süresi 2-4 yıl ve 4 yıldan fazla olan annelerin fiziksel semptom ve aktivite alanından aldıkları yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek bulunmuştur($X^2=7.19$; $p=0.027$)(Tablo-13).

Annelerin iştah durumları incelendiğinde, evlilik süresi 2-4 yıl olan annelerin yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek bulunmuştur($X^2=6.78$; $p=0.034$).

Annelerin evlilik sürelerine göre diğer yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Ancak, evlilik süresi 2-4 yıl olan annelerin genel iyilik, iştah, algılama, sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarında yaşam kalitesi puanlarının arttığı görülmektedir. Evlilik süresi 4 yıldan fazla olan annelerin ise, genel iyilik, uyku, sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarında yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Aynı şekilde kontrol grubundaki annelerin evlilik sürelerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımına bakıldığında (Tablo 14), sadece evlilik süresi 2-4 yıl ve 4 yıldan fazla olan annelerin genel iyilik alanındaki yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek bulunmuştur($X^2=7.23$; $p=0.027$). Ancak kontrol grubunda evlilik süresi 2-4 yıl arasında olanların iştah alanı dışındaki yaşam kalitesi puanları yüksek bulunurken, evlilik süresi 4 yıldan fazla olanların iştah, algılama ve tıbbi etkileşim alanları dışındaki yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Bu bulgulara göre evlilik süresinin 2 yıldan fazla olmasının annelerin yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunduğu söylenebilir.

Evlilik süresinin uzun olması nedeniyle aile içi dayanışmanın arttığı, sosyal desteğin daha fazla olduğu ve bunların da bebeğin doğumu ile birlikte gelen sorunların çözümlenmesini kolaylaştırıcı bir faktör olabileceği ve yaşam kalitesi puanlarının artmasına katkıda bulunabileceği düşünülebilir.

Annelerin doğum sonu dönemde yardımcılarının bulunması durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde(Tablo-15), deney grubunda doğum sonu dönemde yardımcısı olan annelerin yaşam kalitesi ölçeğinin tüm

alanlarından aldıkları puanların yardımcısı olmayanlara göre yüksek olduğu görülmektedir. Ancak sadece genel iyilik alanında görülen fark, istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($u=38.00$; $p= 0.009$).

Kontrol grubunda yardımcısı olan ve olmayan grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamakla birlikte annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde, doğum sonu dönemde yardımcısı olan annelerin yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, algılama ve sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarından aldıkları puanların olmayanlara göre düşük olduğu görülmektedir. Uyku ve tıbbi etkileşim alanlarından aldıkları puanlar her iki grupta da bir birine yakın bulunmuştur(Tablo-16). Doğum sonu dönemde anneye yardım eden birinin bulunmasının deney grubunda annenin yaşam kalitesi puanlarının artışına katkıda bulunduğu, ancak kontrol grubunda yaşam kalitesine olumlu bir katkı sağlamadığı söylenebilir.

Berterö ve Christina(1993) desteğin yaşam kalitesi kavramının ayrılmaz bir parçası olduğunu belirtmektedir(9).

Kızılcı(1997), kanserli hastalarda sosyal destek sağlayan aile yakınlarının, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini bulmuştur(41). Bu bulgu bizim çalışmamızda deney grubunda doğum sonu dönemde yardım eden bireylerin bulunmasının yaşam kalitesini artırdığı bulgumuzu desteklemektedir. Ancak çalışmamızda deney grubundaki anneler bu destekten yararlanır iken kontrol grubunda yer alan annelerin yararlanamamasının, kontrol grubundaki annelerin düzenli danışmanlık hizmeti almaması sonucu, yardımcı bireylerin sağladığı desteği doğru bir şekilde algılayıp, etkili sorun çözme aracı olarak kullanamamasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Gelişimsel geçiş dönemleri bireyin kendilik kavramı ve kimliğinde de değişim gerektirir ve birey hazır değilse kriz potansiyeli taşır. Kişinin yaşam süresince dönemler arası geçişin başarısını destekleyecek, bilgili ve deneyimli kişilere gereksinimi vardır. Bu kişiler, bireyle ilgilenen arkadaş, komşu, aile üyeleri olabildiği gibi, sağlık çalışanları da olabilir(65). Annelere doğum sonu dönemde yardım edecek bir bireyin olması yanında, annelerin profesyonel bir sağlık görevlisinden danışmanlık hizmeti almasının kriz yaşama olasılığını azaltarak yaşam kalitesini artıran bir faktör olacağı değerlendirilmektedir.

5.2 SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.2.a. Sonuçlar

Primipar anne adaylarına, gebeliğin son trimestrinden, pospartum 2. aya kadar, verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin annelerin bilgi düzeyi, , bebek bakımı ile ilgili sorun çözme beceri düzeyleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada bulguların incelenmesi sonucu aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu annelerin tanıtıcı özellikleri ve bebek bakımına ilişkin bilgi düzeyleri yönünden aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı ve grupların homojen olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$)(Tablo-1).

2. Deney grubundaki annelerin danışmanlık sürecinde danışmanlık istedikleri konular incelendiğinde(Tablo-2);

a. Annelerin en sık bebeklerle ilgili konularda danışmanlık istedikleri, bebekle ilgili olarak danıştıkları konuların başında bebek beslenmesinin geldiği, bunu sırasıyla bebeğin hastalığı, iritabil bebek, bebeğin dışkılama örüntüsü, bebek banyosu-vücut bakımı ve bebekle iletişim konularının izlediği,

b. Annelerin kendileri ile ilgili problemler konusunda daha az sıklıkta danışmanlık istedikleri, kendileri ile ilgili olarak en sık meme ile ilgili problemler ve aile planlaması konularında danıştıkları, bunu doğum sonu cinsellik ve daha az oranda konstipasyon, doğum sonu yorgunluk, doğum sonu egzersiz, hemoroid ve emzirirken sigara kullanma ile ilgili konuların izlediği belirlenmiştir.

3. Deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin bebek bakımına yönelik bilgi puanı ortalamalarına bakıldığında; her iki grupta ön test puan ortalamaları arasında herhangi bir fark bulunamaz iken($p>0.05$), doğumdan sonra ikinci ayda uygulanan son test puan ortalamaları arasında deney grubu lehine istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur($p<0.05$)(Tablo-3).

4. Deney ve kontrol grubuna alınan annelerin doğum sonu ikinci ayda uygulanan sorun çözme beceri puanları karşılaştırıldığında(Tablo-4) aralarındaki farkın deney grubu lehine istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

5. Deney ve kontrol grubuna alınan annelerin sağlıklı bebek bakımına yönelik bilgi düzeyi değerlendirme formundan aldıkları ön-son test bilgi puanları karşılaştırıldığında (Tablo-5),

a. Deney grubundaki annelerin eğitim sonrası bebek bakımına yönelik bilgi puanı ortalamasının önceki puan ortalamasına göre istatistiksel olarak önemli oranda arttığı saptanmıştır($p<0.05$).

b. Deney grubu ile karşılaştırıldığında kontrol grubu bebek bakımına yönelik son test bilgi puanı ortalamasının ön test puan ortalamasına göre daha az oranda artmasına karşın, kontrol grubu ön test-son test bilgi puanı ortalamaları karşılaştırıldığında testler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($p<0.05$).

6. Deney ve kontrol grubuna alınan annelerin bilgi testinden aldıkları bilgi puanı ortalamaları ile sorun çözme beceri puan ortalamalarının ilişkisine bakıldığında deney grubunda yer alan annelerin bilgi puanları ile sorun çözme becerileri arasında ilişki olduğu ($r=0.514$; $p=0.004$); kontrol grubuna alınan annelerin ise bilgi puanları ve sorun çözme becerileri arasında ilişki bulunmadığı($r=0.008$; $p=0.968$) belirlenmiştir(Tablo-7).

7. Deney ve kontrol grubundaki annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ön test yaşam kalitesi puanları birbirine yakın iken, deney grubundaki annelerin genel iyilik, uyku, seksüel fonksiyon, algılama, ve sosyal ilişkiler alanlarından aldıkları son test yaşam kalitesi puanlarının kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu belirlenmiş ve eğitim ve danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunduğu sonucuna varılmıştır(Tablo-8).

8. Deney ve kontrol grubundaki primipar annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları son test yaşam kalitesi puanlarının ön test yaşam kalitesi puanlarına göre değişim oranlarının karşılaştırıldığında(Tablo 9); yaşam kalitesi alanlarından sadece uyku boyutundaki değişim istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($p<0.05$). Diğer alanlarda da değişimler olmasına karşın fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Ancak değişim oranları incelendiğinde, Fiziksel semptom - aktivite , iştah ve tıbbi etkileşim alanlarında iki grubun değişim oranları birbirine yakın bulunurken, genel iyilik, uyku, seksüel fonksiyon, algılama,

sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarında deney grubunda kontrol grubuna göre değişim oranlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre eğitim ve danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesinin artmasında önemli olduğu düşünülebilir.

9. Deney ve kontrol grubundaki primipar annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları son test yaşam kalitesi puanlarının ön test yaşam kalitesi puanlarına göre değişim oranlarının, annelerin son test bilgi puanı ve sorun çözme becerileri ile ilişkisi incelendiğinde, annelerin problem çözme becerileri ve bilgi düzeyleri arasında ilişki saptanırken; problem çözme becerileri, bilgi düzeyleri ve yaşam kalitesi değişim puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanmamıştır($p>0.05$) (Tablo-10).

10. Deney ve kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde(Tablo-11, Tablo 12) ;

a. Deney grubunda; genel iyilik, fiziksel semptom, iştah, seksüel fonksiyon, algılama ve sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarında eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puanının da arttığı görülmektedir. Ancak annelerin yalnızca genel iyilik, seksüel fonksiyon ve algılama alanlarından aldıkları yaşam kalitesi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur($p<0.05$).

b. Kontrol grubundaki annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar, eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır($p>0.05$). Ancak yüksekokul mezunu annelerin genel iyilik, seksüel fonksiyon, algılama, tıbbi etkileşim, sosyal ilişki alanlarında yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunurken, fiziksel semptom ve aktivite, uyku, iştah alanlarında ilk-ortaokul mezunu annelerin yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bu bulgulara göre verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin artmasına daha fazla katkıda bulunabileceği sonucuna varılmıştır.

11. Annelerin evlilik sürelerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde(Tablo-13-14),

a. Deney grubunda, fiziksel semptom ve aktivite alanında evlilik süresi 2-4 yıl ve 4 yıldan fazla olan annelerin, ve iştah alanında evlilik süresi 2-4 yıl olan annelerin yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek olduğu($p<0.05$), diğer yaşam

kalitesi alanlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı görülmüştür.

b. Kontrol grubundaki annelerin sadece genel iyilik alanındaki yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Ancak kontrol grubunda evlilik süresi 2-4 arasında olanların iştah alanı dışındaki ve evlilik süresi 4 yıldan fazla olanların, iştah, algılama ve tıbbi etkileşim alanları dışındaki alanlarda yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur.

Bu bulgulara göre evlilik süresinin uzun olmasının annelerin yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğu değerlendirilmiştir.

12. Annelerin doğum sonu dönemde yardımcıların olması durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde(Tablo-15-16);

a. Deney grubundaki annelerden yardımcısı olanların tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların olmayanlara göre yüksek olduğu, ancak sadece genel iyilik alanında görülen farkın istatistiksel olarak önemli olduğu($p<0.05$),

b. Kontrol grubundaki annelerden yardımcısı olan ve olmayan grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı, ancak annelerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde doğum sonu dönemde yardımcısı olan annelerin yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, algılama ve sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarından aldıkları puanların olmayanlara göre düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu bulgulara göre doğum sonu dönemde anneye yardım eden birinin bulunmasının deney grubunda annenin yaşam kalitesi puanlarının artışına katkıda bulunduğu, ancak kontrol grubunda yaşam kalitesine olumlu bir katkı sağlamadığı sonucuna varılmıştır.

5.2.b. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Doğum öncesi dönemden başlayarak doğum sonu dönemde en az bir yıl süreyle annelere eğitim ve danışmanlık hizmetinin planlı bir biçimde verilmesi, bu amaçla doğuma hazırlık ve doğum sonu bakım sınıflarının oluşturulması,

2. Maliyet ve zaman kaybını azaltmak için hastanede, konusunda uzman hemşirelerden oluşan ve annelere 24 saat telefonla danışmanlık hizmeti veren bir birimin oluşturulması,

3. Farklı boyutlarını görebilmek amacıyla niteliksel araştırma yöntemleri ile planlı verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması,

4. Araştırmanın, toplumumuzu temsil edebilecek, değişik sosyo-kültürel düzeylerdeki anneleri kapsayan, farklı popülasyonlarda tekrarlanması,

5. Doğuma hazırlık ve doğum sonu bakım grupları oluşturulamayan yerlerde, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ve doğum hemşireliği alanında çalışacak hemşirelerin görev içi eğitimlerle bilgilerinin yenilenmesi ve anne eğitimi programları oluşturmaları konusunda yönlendirilmeleri önerilmektedir.

VI. ÖZET

Araştırma, primipar anne adaylarına, gebeliğin son trimestrinden, pospartum 2. aya kadar, bebek bakımı, ebeveynlik rollerine adapte olma, annenin kendi sağlığı ve bebeğin sağlığı ile ilgili olarak karşılaştığı problemlere yönelik olarak verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin annelerin bilgi düzeyi, , bebek bakımı ile ilgili sorun çözme beceri düzeyleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla ön-son test kontrol gruplu deneysel desen kullanılarak yapılmıştır.

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran primipar anneler ile Nisan-Kasım 2000 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, en az ilkokul mezunu olan, doğal yolla gebe kalan, gebeliğinin son trimestirinde olan, normal vajinal yolla doğum yapması planlanan, sağlıklı gebelik geçiren, iletişim kurmakta güçlük yaşamayan 59 primipar anne oluşturmuştur.

Annelerin bilgilendirilmiş onamları alınmış ve araştırmanın verileri Primipar Anneleri Tanıtıcı Bilgi Formu, Primipar Annelerin Sağlıklı Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu, Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu (Bebeğimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum) ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Deney grubundaki annelerle bebek bakımı ve gelişimi konusunda bilgi vermek ve ön ve son test uygulamak üzere 3 defa yüz yüze, danışmanlık etmek ve eğitimin sürekliliğini sağlamak için en az 6 defa telefonla görüşme yapılmıştır. Kontrol grubundaki anneler normal prosedüre bırakılmış, deney grubuna alınan annelere video izlettirilmiştir ve broşür verilmiştir. Doğumdan itibaren araştırmacı tarafından haftada bir kez aranarak bebekle ilgili yaşadıkları problemler belirlenmiş ve gereksinim duydukları alanlarda eğitim ve danışmanlık verilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Ortalamalar, Yüzdelik Hesapları, İki ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Korelasyon, Ki-kare, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

Değerlendirme sonuçlarına göre,

- Annelerin en sık bebeklerle ilgili konularda danışmanlık istedikleri, bebekle ilgili olarak danıştıkları konuların başında bebek beslenmesinin geldiği, kendileri ile ilgili olarak en sık meme ile ilgili problemler ve aile planlaması konularında danıştıkları bulunmuştur.

- Verilen planlı eğitim ve danışmanlık hizmetinin, annelerin bilgi ve sorun çözme beceri düzeyini verilmeyenlere göre önemli ölçüde artırdığı, ayrıca eğitim ve danışmanlık verilen grubun bilgi düzeyi ve sorun çözme beceri düzeyleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur.
- Verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin annelerin yaşam kalitesi alanlarında değişime neden olduğu, fakat gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur.
- Evlilik süresi, eğitim durumu ve doğum sonu yardımcı bulunması durumunun annelerin yaşam kalitesini etkilediği, yaş, eşin mesleği, yardım süresi, çalışma durumu, doğum sonu yardım süresi, aile yapısı, doğum öncesi bebek bakma durumlarının yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur.

Araştırma sonunda, araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda en önemli olarak doğum öncesi dönemden başlayarak doğum sonu dönemde en az bir yıl süreyle annelere eğitim ve danışmanlık hizmetinin planlı bir biçimde verilmesi, bu amaçla doğuma hazırlık ve doğum sonu bakım sınıflarının oluşturulması önerilmiştir.

SUMMARY

The aim of this study was to determine the effect of the education and counselling program lasting from last trimester to postpartum second month on mothers' knowledge level, problem solving skills about childbearing and quality of life. This program was including childbearing information, adaptation to maternal roles, health care of mother and newborn, and some difficulties could be faced in this period. Research was designed as pre and post test with control group research model.

The research was performed in Gulhane Military Medical Academy Obstetric and Gynecological Department between April and November 2000. The sample includes an experiment and a control group of primipar women.

Data were obtained from, Problem Solving Skills Assessment Form, Childbearing Knowledge Level Assessment Form for primipar mothers, Rolls Royce Quality of Life Scale and data assessment form designed by researcher.

The mothers in the experiment group were interviewed three times to have pre and post tests filled and to teach childbearing information. Telephone calls has been done 6 times to provide the maintenance of education. The control group followed to the routine outpatient procedures.

Mothers sought childbearing information, especially about the nurturing the baby, mostly. They asked about breast care and contraception for themselves, mostly. Education and counselling program made an increase on knowledge level and problem solving skills. Knowledge level and problem solving skills were highly correlated after the counselling period.

Education and counselling program also made an increase on quality of life scores but there was not statistically significant difference between the groups. Duration of marriage, educational level, having an asisstant in the house in the post partum period were found to be important on quality of life scores. Contrary, age, husband's job, duration of having assistance in the house, being working, structure of family, and having experience of childbearing before childbirth had no effect on quality of life scores.

KAYNAKLAR

1. Abbey, A., Andrews, F.M.: Modeling the Psychological Determinants of Life Quality, Social Indicators Research, Vol:16, 1-34, 1985.
2. Adams, M.: Early Concerns of Primigravida Mothers Regarding Infant Care Activities, Nursing Research, Vol: 12, No:27, 72-77, Spring-1963.
3. Aksayan, S., Gözüm, S.: Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:2, Sayı:1, 35-42, 1998.
4. Attree, M.; An Analysis of the Concept "Quality" As It Relates To Contemporary Nursing Care, International Journal of Nursing Studies, Vol: 30, No:4, 355-369, 1993.
5. Barkauskas, V.H.: Effectiveness of Public Health Nurse Home Visits to Primiparous Mothers and Their Infants, American Journal of Public Health, Vol:73, No:5, 573-580, May 1983.
6. Beck, C. T.: Early postpartum Discharge Programs in the United States: A Literature Review and Critique, Women and Health, Vol:17, No:1, 125-138, 1991.
7. Beger, D., Cook, C. A. L.: Postpartum Teaching Priorities: the Viewpoints of Nurses and Mothers, Journal of Obstetric, Gynecologic and Newborn Nursing, Vol: 27, No:2, 161-168, March/April 1998.
8. Bellamy, C.: The State of the World's Children 2000, UNICEF, UNICEF House, 3 UN Plaza, New York, NY 10017, USA, 2000.
9. Berterö, C., Christina, A.: Quality of Life of Adults with Acute Leukaemia, Journal of Advanced Nursing, Vol: 18, 1346-1353, 1993.
10. Brown, S.G., Johnson, B.T.: Enhancing Early Discharge with Home Follow-Up: A Pilot Project, JOGNN, Vol:27, No:1, 33-38, January-February 1998.
11. Bull, M., Lawrence, D.: Mothers' Use of Knowledge During the First Postpartum Weeks, JOGNN, 315-320, July/August 1985.
12. Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A., Ziebarth, D. M.: Quality of Life of Adults with Chronic Illness: A Psychometric Study, Research in Nursing and Health, Volume: 12, 347-354.
13. Chapman, J.J., Macey, M.J., Keegan, M., Borum, P., Bennett, S.: Concerns of Breast-Feeding Mothers from Birth to 4 Months, , Nursing Research, Vol:34, No:6, 374-377, November-December 1985.

14. Cimete, G.: Doğum Sonrası Erken Dönemde Anne-Bebek Yakınlaşması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara 1987.
15. Crnic, K.A., Greenberg, M.T., Ragozin, A.S., Robinson, N.M., Basham, R.B.: Effect of Stress and Social Support on Mothers and Premature and Full-Term Infants, Child Development, Vol:54, 209-217, 1983.
16. Çavuşoğlu, H.: Çocuk Sağlığı Sorunları ve Hemşirenin Rolü, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt:1, Ankara Hürbilek Matbaacılık, 1-27, 1994.
17. Dale, A.E.: A Research Study Exploring the Patient's View of Quality of Life Using the Case Study Method, Journal of Advanced Nursing, Cilt:22, 1128-1134, 1995.
18. Davis, J. H., Brucker, M. C., Macmullen, N. J.: A Study of Mothers' Postpartum Teaching Priorities, Maternal-Child Nursing Journal, 41-51, 1985.
19. Diener, E.: Subjective Well-Being, Psychological Bulletin, Vol:95, No:3, 542-575, 1984.
20. Donaldson, N.E.: Fourth Trimester Follow-Up, American Journal of Nursing, 1176-1178, July 1977.
21. Edwards, N. C., Jones, N. S.: A Randomized Controlled Trial of Alternative Approaches to Community Follow-up for Postpartum Women, Canadian Journal of Public Health, Volume 88, No 2, 123-128, March-April 1997.
22. Elmer, E., Maloni, J.A.: Parent Support Through Telephone Consultation, Maternal-Child Nursing Journal, 13-23, 1990.
23. Erdem, E., Çavuşoğlu, H.: Kanserli Çocukların Ebeveynlerinin Yaşam Kalitesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 6, Sayı:1-2, 1-10, 1999.
24. Erdemir, F.: Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:2, Sayı:1, 59-63, 1998.
25. Field, P.A., Renfrew, M.: Teaching and Support: Nursing Input in the Postpartum Period, International Journal of Nursing Studies, Vol: 28, No:2, 131-144, 1991.
26. Fishbein, E.G., Burggraf, E.: Early Postpartum discharge, How Are Mothers Managing?, JOGNN, Vol:27, No:2, 143-148, March-April 1998.
27. Ganz, P.A.: Long-Range Effects of Clinical Trial Interventions on Quality of Life, Cancer Supplement, Cilt:74, Sayı:9, 2620-2623, 1994.
28. Gardner, D.L., Campbell, B.: Assessing Postpartum Fatigue, , MCN, Vol:16, 264-266, September-October 1991.

29. Gençöz, F.: Uyum Psikolojisi, Kriz Dergisi, Cilt:6, Sayı:2, 1-7, Güz-1998.
30. Gilhooly, J., Hellings, P.: Breast-Feeding Problems and Telephone Consultation, Journal of Pediatric Health Care, Vol:6, No:6, 343-348, November-December 1992.
31. Golas, G.A., Parks, P.: Effect of Early Postpartum Teaching on Primiparas' Knowledge of Infant Behavior And Degree of Confidence, Research in Nursing and Health, Vol:9, 209-214, 1986.
32. Grace, J.T.: Mothers' Self-Reports of Parenthood Across the First 6 Months Postpartum, Research in Nursing and Health, Vol:16, 431-439, 1993.
33. Graef, P., McGhee, K., Rozycki, J., Fescina-Jones, D., Clark, J.A., Thompson, J., Brooten, D.: Postpartum Concerns of Breastfeeding Mothers, Journal of Nurse-Midwifery, Vol:33, No:2, 62-66, March-April 1988.
34. Horowitz, J.A., Damato, E.G.: Mothers' Perceptions of Postpartum Stress and Satisfaction, JOGNN, Vol:28, No:6, 595-605, November-December 1999.
35. Jansson, P.: Early Postpartum Discharge, American Journal of Nursing, 547-550, Mayıs 1985.
36. Jepson, S., Holbrook, J.H., Hale, D., Lyon, J.: Management of Upper Respiratory Tract Infections by Telephone, West Journal of Medicine, Vol:160, 529-533, 1994.
37. Johnson, C.M., Borkowski, M.M., Hunter, K.E., Zunker, C.L., Waskiewicz, K., Evans, J.M., Hether, N.W., Coletta, F.A.: Infant Sleep Position: A Telephone Survey of Inner -City Parents of Color, Pediatrics, Vol: 104, No: 5, 1208-1211, November 1999.
38. Johnson, T.S., Brennan, R.A., Flynn-Tymkow, C.D.: A Home Visit Program for Breastfeeding Education and Support, JOGNN, Vol:28, No:5, 480-485, September-October 1999.
39. Keefe, M.R., Fretz, A.F., Kotzer, A.M.: The REST Regimen: An Individualized Nursing Intervention for Infant Irritability, MCN, Vol:22, 17-20, January-February 1997.
40. Keefe, M.R., Fretz, A.F.: Living with an Irritable Infant: Maternal Perspectives, MCN, Vol:16, 255-259, September-October 1991.
41. Kızılcı, S.: Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara 1997.
42. Kojo-Austin, H., Malin, M., Hemminki, E.: Women's Satisfaction with Maternity Health Care Services in Finland, Social Science Medicine, Vol:37, No:5, 633-638, 1993.

43. Lamp, J. M.: Depicting a New Mother's Worst Nightmare, MCN, Volume 17, 83-85, March/April 1992.
44. Lee, N. C., Wasson, D. R., Anderson, M. A., Stone, S., Gittings, J. A.: A Survey of Patient Education Postdischarge, Journal of Nursing Care Quality, Vol:13 No:1, 63-70, October 1998.
45. Ludington-Hoe, S.M.: Postpartum: Development of Maternity, American Journal of Nursing, 1171-1174, July 1977.
46. Lydick, E., Epstein, R.S.: Interpretation of Quality of Life Changes, Quality of Life Research, Cilt:2, 221-226, 1993.
47. Maloney, R.: Childbirth Education Classes: Expectant Parents' Expectations, , JOGNN, 245-248, May/June 1985.
48. Meeberg, G.A.: Quality of Life: A Concept Analysis, Journal of Advanced Nursing, Cilt:18, 32-38, 1993.
49. Moran, C. F., Holt, V.L., Martin, D.P.: What Do Women Want to Know After Childbirth, Birth, Vol:24, No:1, 27-34, March 1997.
50. Murrell, S.A., Norris, F.H.: Quality of Life as the Criterion for Need Assessment and Community Psychology, Journal of Community Psychology, Vol:11, 88-97, April 1983.
51. Nauright, I.P., Moneyham, L., Williamson, J.: Telephone Triage and Consultation: An Emerging Role for Nurses, Nursing Outlook, Vol:47, No:5, 219-226, September-October 1999.
52. Neyzi, O., Bulut, A., Gökçay, G., Uzel, N.: Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler, Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, 1994.
53. Nichols, F.H., Zwelling, E.: Postpartum Adaptation, Maternal-Newborn Nursing: Theory and Practice, W.B. Saunders Company, First Edition, 1997.
54. Norr, K. F., Nacion, K.: Outcomes of Postpartum Early Discharge, 1960-1986 A Comparative Review, Birth, Vol:14, No:3, 135-141, September, 1987.
55. Oda, D.S., Heilbron, D.C., Taylor, H.J.: A Preventive Child Health Program: The Effect of Telephone and Home Visits by Public Health Nurses, American Journal of Public Health, Vol:85, No:6, 854-855, June 1995.
56. Oral, S.N.: Çocuk Sağlığına Giriş, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Grafiker Ofset ve Öncü Ltd. 2. Baskı, Ankara, 159-162, 1997.
57. Özcebe, H., Bertan, M., Akın, L., Akgün, S.(Bertan, M., Güler, Ç.(Editör)); Önemli Bazı

- Çocuk Sağlığı Sorunları, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Grafiker Ofset ve Öncü Ltd. 2. Baskı, 1997, Ankara, 173-185.
58. Özyılkan, Ö., Karaağaoğlu, E., Topeli, A., Kars, A., Baltalı, E., Tekuzman, G., Fırat, D.: A Quetionnaire for the Assesment of Quality of Life in Cancer Patients in Turkey, *Materia Medica Polona*, Vol:27, No:4, 153-156, 1995.
59. Pınar, R.: Diyabetli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1995.
60. Pridham, K., Chang, A.S., Hansen, M.F.: Mothers' Problem Solving Skill And Use Of Help With Infant-Related Issues: The Role Of Importance And Need For Action, *Research in Nursing and Health*, Vol:10, 263-275, 1987.
61. Rosenblum, R. K.: Developing a Pediatric Patient-Family Education Program, *Pediatric Nursing*, Volume 20, No 4, 359-361, July-August, 1994.
62. Roy, S.C.: *Introduction to Nursing: An Adaptation Model*, Second Edition, New Jersey, London, Sydney, Toronto, Prentice Hall, 1984.
63. Ruchala, P.L., James, D.C.: Social Support, Knowledge of Infant Development, and Maternal Confidence Among Adolescent and Adult Mothers, *JOGNN*, 685-689, November-December 1997.
64. Rutenberg, C.D.: Telephone Triage, *American Journal of Nursing*, Vol:100, No:3, 77-81, March 2000.
65. Sayıl, I., Palabıyıkoglu, R., Berksun, O.E.: *Gelişimsel Krizler, Kriz ve krize Müdahale Ders Notları*, A.Ü. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara, 1996.
66. Schwartz, F., Genovese, L., Devitt, K., Gottlieb, T.: Multisite Regional Telephone Care, *Nursing Clinics of North America*, Vol:35, No:2, 527-539, June-2000.
67. Siegel, S.B.: Telephone Follow-Up Programs as Creative Nursing Interventions, *Pediatric Nursing*, Vol:18, No:1, 86-89, January-February 1992.
68. Smeltzer, S. C., Brenda, G. B.: *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*, Seventh Edition, J.B. Lippincott Company, Seventh Edition, 1992.
69. Snelson, W., Mason, L., Hewitt, K., Primiparity and Maternal Perceptions, *Health Visitor*, Vol: 63, No:12, 419-420, December 1990.
70. Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V.: *Biyoistatistik*, 7. Baskı, Ankara, Şahin Matbaası, 1997, 48-204.

71. Taşcı, S.: Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 1998.
72. Taşkın, L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliğine Giriş, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 3. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 1998, 1-17.
73. Tel, H.: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Yaşam Kalitesinin Ve Geliştirilen Hasta İzlem Formunun Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 1998.
74. Timpka, T., Arborelius, E.: The Primary-Care Nurse's Dilemmas: A Study of Knowledge Use And Need During Telephone Consultations, Journal of Advanced Nursing, Vol:15, 1457-1465, 1990.
75. Tribotti, S., Lyons, N., Blackburn, S., Stein, M., Withers, J.: Nursing Diagnoses for the Postpartum Woman, JOGNN, 410-414, November-December 1988.
76. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, H. Ü. Nüfus Etüdları Enstitüsü, Demografic and Health Surveys Macro International Inc., Ankara, 1999.
77. Uysal, M.: Antenatal Bakım Hizmetleri Ve Bu Hizmetlerde Hemşirenin Rolünün İrdelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul 1997.
78. Vural, G.T., Akan, N.: Annelerin Doğum Sonu Dönemde Ev Ortamında Kendi Bakımları Ve Bebek Bakımı ile İlgili Karşılaştıkları Sorunlar ve Bu Sorunlara Yönelik Uygulamalar, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 2, Sayı:1, 37-49, 1995.
79. Weis, M. E., Adams, A. K.: Telephonic Nursing: Empowering Patients at Risk for Preterm Birth, Nursing Administration , Vol:1, No:3, 58-64, 1995.
80. Williams, L.R., Cooper, M.K.; Nurse-Managed Postpartum Home Care, JOGNN, 25-31, January-February 1993.
81. Yazıcı, S.: Annelerin Öz-Bakım Gücü, Sağlıklı Bebeklerin Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri ve Bu Süreçte Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 1995.
82. Zwelling, E.: Childbirth Education in the 1990s and Beyond, JOGNN, Vol:25, No:5, 425-431, June 1996.

PRİMİPAR ANNELERİ TANITICI BİLGİLER FORMU**1. Adınız Soyadınız :****Tarih:****2. Doğum Tarihiniz:****Grubu:****3. Öğrenim Durumunuz?**☐ İlkokul☐ Orta okul☐ Lise☐ Yüksek öğrenim☐ Yüksek lisans- doktora**4. Çalışma Durumunuz?**☐ Çalışıyor☐ Çalışmıyor**5. Eşinizin Öğrenim Durumu?**☐ İlkokul☐ Orta okul☐ Lise☐ Yüksek öğrenim☐ Yüksek lisans- doktora**6. Eşinizin İşi?.....**

7. Evlilik Süreniz?.....

8. Daha önce bebek bakımı üstlenme durumunuz?

☐ Üstlendi

☐ Üstlenmedi

9. Üstlendiyseniz niteliği nedir?

☐ Tamamen

☐ Kısmen

10. Gebeliğinizi ve çocuğunuzu isteme durumunuz?

☐ İstendi

☐ Başlangıçta istenmedi

☐ Hala istenmiyor

11. Doğum sonu bebeğinizin bakımına yardımcı olacak kimse var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

12. Varsa kim yardımcı olacak?

☐ Anne

☐ Bakıcı

☐ Kardeş

☐ Diğer.....

13. Bebeğinizin bakımına yardımcı olacak kimse ne kadar süre ile yardımcı olacak?

☐ 7-10 gün

☐ 11-40 gün

☐ 40 günden fazla

14. Bebek bakımı konusunda hangi kaynaktan bilgi aldınız?

☐ Almadım

☐ Aile büyüklerinden

☐ Hemşireden

☐ Doktordan

☐ Kitaplardan

☐ Diğer.....

15. Aylık gelir durumunuz?.....

16. Her hangi bir sağlık probleminiz var mı?

☐ Var

☐ Yok

Var ise probleminiz nedir?.....

17. Aile yapınız nasıldır?

☐ Çekirdek aile

☐ Geniş aile

☐ Diğer.....



**PRİMİPAR ANNELERİN SAĞLIKLI BEBEK BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ
DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU**

Adı, Soyadı.....

Tarih.....

Deney Grubu:

() Eğitim Öncesi

() Eğitim Sonrası

Kontrol Grubu

() 1. Görüşme

() 2. Görüşme

**1. Bebeğinizle aranızdaki bağı güçlendirmenin yolları nelerdir? (Birden fazla
yanıt verilebilir)**

☐ Göz göze temas kurulmalı☐ Bebeğe dokunulmalı☐ Bebek emzirilmeli☐ Bebekle yumuşak ses tonuyla konuşulmalı☐ Diğer.....☐ Bilmiyorum

2. Yenidoğan bebek için en uygun besin kaynağı hangisidir?

☐ Anne sütü☐ Hazır mama(formül süt)☐ Anne sütü+İnek sütü☐ İnek sütü☐ Diğer.....☐ Bilmiyorum

3. Doğumdan sonra bebeği ilk ne zaman emzirmelidir?

- ☐ Doğumdan bir kaç saat sonra
- ☐ Doğumdan hemen sonra ilk yarım saat içinde
- ☐ İlk ezan sesinden sonra
- ☐ Doğumdan 8 saat sonra
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

4. Bebek emzirildiğinde anne sütü gelmezse ne yapılmalıdır?

- ☐ Emzirmekten vazgeçilip biberonla beslenir
- ☐ Süt yapımını uyarmak için emzirmeye devam edilir
- ☐ Bir öğün biberonla, bir öğün emzirilerek beslenir
- ☐ Biberonla besledikten sonra, emzirmeye de çalışılır
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

5. Bebeğin aç olduğu nasıl anlaşılır? (Birden fazla yanıt verilebilir)

- ☐ Huzursuz olmasından, elini ağzına götürmesinden
- ☐ Ağlamasından
- ☐ Uyanık olmasından
- ☐ Emme hareketlerinden
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

6. Nasıl bir beslenme düzeni bebek için en uygundur?

- ☐ Yarım saatte bir
- ☐ 5 saatte bir
- ☐ İlk 2-3 hafta iki saatte bir, daha sonra 3-4 saatte bir
- ☐ Saat başı
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

7. Yeterli olduğunda anne sütü tek başına kaçınıcı aya kadar verilmelidir?

- ☐ Onikinci aya (1yaş) kadar
- ☐ Yirmidördüncü aya (2 yaş) kadar
- ☐ Dört-altıncı aya kadar
- ☐ İkinci aya kadar
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

8. Beslerken ya da sonrasında bebeğin gazını çıkarmak gerekir mi?

- ☐ Evet ise nasıl.....
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

9. Meme bakımını nasıl yapılmalıdır?

- ☐ Emzirmeden sonra sadece kaynamış su ile temizlenir ve kuru tutulur
- ☐ Karbonatlı su ile temizlenir
- ☐ Sabunlu su ve duru su ile temizlenir
- ☐ Hiç bir şekilde temizlemeye gerek yoktur
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

10. Emzirme sırasında doğru pozisyon nasıl olmalıdır?

- ☐ Bebeğimin omuzları ve gövdesi emziren kişinin gövdesine tam dönük ve dik pozisyonda olmalı ve ağızıyla meme başı etrafındaki koyu alanı tam kavraması sağlanmalıdır
- ☐ Bebek yatar pozisyonda, yüzü hafif emziren kişiye dönük pozisyonda olmalı ve ağızıyla meme başı etrafındaki koyu alanı tam kavraması sağlanmalıdır
- ☐ Bebeğin omuzları ve gövdesi emziren kişinin gövdesine tam dönük ve yatar pozisyonda olmalı ve ağızıyla meme başı etrafındaki koyu alanı tam kavraması sağlanmalıdır
- ☐ Bebek olabildiğince dik tutularak, vücudu yukarı bakacak şekilde beslenmeli ve ağızıyla meme başı etrafındaki koyu alanı tam kavraması sağlanmalıdır
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

11. Yeni doğan bebeği ilk kez ne zaman yıkamalıdır?

- ☐ Doğumdan birkaç gün sonra
- ☐ Göbeği düşünce
- ☐ Kırkı çıkınca
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

12. Bebek ne sıklıkta yıkanmalıdır?

- ☐ Yaz aylarında her gün, kış aylarında haftada 3-4 kez
- ☐ 15 günde bir
- ☐ Yaz-kış haftada bir
- ☐ Yaz aylarında her gün, kış aylarında 15 günde bir
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

13. Bebeğe banyo yaptırılan odanın ısısı kaç derece olmalıdır?

- ☐ Vücut ısısında
- ☐ 25°C civarında
- ☐ 40°C civarında
- ☐ 18°C civarında
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

14. Gün içinde banyo ne zaman yaptırılmalıdır?

- ☐ Yemekten önce
- ☐ Yemekten sonra
- ☐ Sabah kahvaltısından sonra
- ☐ Öğlen yemeğinden sonra
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

15. Bebeğin banyo suyu sıcaklığı ne ile ayarlanmalıdır?

- ☐ Su termometresi ya da ön kolun iç yüzeyi ile
- ☐ El ile
- ☐ Dirsekle
- ☐ Bebeğin ayaklarına az miktarda su dökerek
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

16. Bebeğe banyo yaptırılırken hangi sıra izlenmelidir?

- ☐ Göz-burun-kulak-yüz-baş-gövdenin önü -gövdenin arkası-kolları-bacakları-genital bölge(cinsel organlar)
- ☐ Gövde-kollar-bacaklar-genital bölge-yüz-baş
- ☐ Baş-kollar-bacaklar-genital bölge-gövde
- ☐ Kollar-bacaklar-gövde-genital bölge-baş-yüz
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

17. Bebeği güvenli şekilde uyutabilmek için ne tür önlemler alınmalıdır?

- Karyola korkuluğu** : ☐ Olmalı ☐ Gerek yok
- Yastık** : ☐ Kullanılmalı ☐ Kullanılmamalı
- Yattığı Şilte** : ☐ Yumuşak olmalı ☐ Sert olmalı
- Çarşaf** : ☐ Sentetik olmalı ☐ Pamuklu olmalı
- Pozisyon** : ☐ Yan olmalı ☐ Sırtüstü olmalı ☐ Yüzüstü olmalı

18. Bebeğinizin oyun ve oyuncak özellikleri nasıl olmalıdır? (Birden fazla yanıt verilebilir)

- ☐ Keskin kenarlı olmayan, küçük parçaları olmayan oyuncaklar seçilmelidir
- ☐ Oyun bahçesi cam kenarından uzakta olmalıdır
- ☐ Yumuşak tüylü oyuncaklar bebeğin yatağına koyulmalıdır
- ☐ Ses çıkarmayan oyuncaklar seçilmelidir
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

19. Bebek ilk 2 ayda çocuk uzmanı tarafından hangi aralıklarla izlenmelidir?

- ☐ Ayda bir
- ☐ İlk 48 saatte bir, 15. Günde bir defa, 41. Günde ve 2. Ayda bir defa
- ☐ İlk 72 saatte bir, her 15 günde bir defa
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

20. İlk Bir yılda bebeğin büyüme ve gelişmesi hangi ölçümler yapılarak değerlendirilir?

- ☐ Kilo
- ☐ Boy
- ☐ Baş çevresi
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

21. Bebeğin ilk aşısı ne zaman yapılmalıdır?

- ☐ Doğar doğmaz karma aşı ve çocuk felci aşısı yaptırılmalı
- ☐ İkinci ayın sonunda yaptırılmalı
- ☐ 1 yaşında yaptırılmalı
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

22. Bebeğin ateşi en güvenilir şekilde hangi yolla ölçülebilir?

- ☐ Ağız
- ☐ Makat
- ☐ Koltuk altı
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

23. Bebeğinizin ateşi yüksek ise ne yapılmalıdır(Birden fazla yanıt verilebilir)?

- ☐ Üstündeki giysiler ve örtüler hafifletilir
- ☐ Oda havalandırılır
- ☐ Ilık uygulama ile ateşi düşürülmeye çalışılır
- ☐ Sıkıca örtülerek terletilir
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

24. Bebeğin burun delikleri tıkalı olduğunda ne yapılmalıdır?

- ☐ Hiç bir şey yapılmaz
- ☐ Bükülmüş pamukla temizlenir
- ☐ Burnuna serum fizyolojik damlatılır
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

25. Bebeğin göbeği düşene kadar göbek bakımını nasıl yapılmalıdır?

- ☐ Hekim ya da hemşirenin önerdiği antiseptik solüsyonla/kremle
- ☐ Göbek tozu ile
- ☐ Hiçbir şey yapılmaz
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

26. Bebeğin göbeğinin etrafında kızarıklık, kötü koku ve akıntı olursa ne yapılmalıdır?

- ☐ Hiç bir şey yapılmaz
- ☐ Çocuk pudrası koyulmalıdır
- ☐ Merhem sürülmelidir
- ☐ Doktora götürülmelidir
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

27. Bebekte pişik gelişmesinin sebebi nedir(Birden fazla yanıt verilebilir)?

- ☐ Altını sık değiştirmemek
- ☐ Sıcak
- ☐ Giydirilen iç çamaşırları
- ☐ Bezlerin deterjanla yıkanıp iyi durulanamaması
- ☐ Diğer
- ☐ Bilmiyorum

28. Bebekte pişik gelişirse ne yapılmalıdır(Birden fazla yanıt verilebilir)?

- ☐ Pudra kullanılmalı
- ☐ Pişik kremi sürülmeli ve altı bir süre havalandırılmalı
- ☐ Altı sık sık yıkanmalı
- ☐ Diğer
- ☐ Bilmiyorum

29. Bebeğin başında konak olursa ne yapılmalıdır?

- ☐ Doktora götürülüp, ilaç kullanılmalı
- ☐ Banyodan 1-2 saat önce bu bölge badem yağı/bebe yağı/zeytin yağı ile ovalanıp yıkanmalı
- ☐ Hiçbir şey yapılmamalı
- ☐ Diğer
- ☐ Bilmiyorum

30. Bebek kakasını yaptıktan sonra alt temizliği nasıl yapılmalıdır?

- ☐ Sabunlu su ve duru su ile temizlenip, havlu ile kurulanmalı
- ☐ Kirlettiği bezin temiz bölümü ile silerek, temiz bezi konulmalı
- ☐ Islak pamukla silinip, kurulanmalı
- ☐ Diğer
- ☐ Bilmiyorum

31. Bebeğin bezleri ne ile yıkanmalıdır?

- ☐ Asitsiz sabun ya da sabun tozu ile
- ☐ Deterjanla
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

32. Kız çocuklarında alt temizliği nasıl yapılmalıdır?

- ☐ Gelişigüzel silinebilir
- ☐ Önden arkaya doğru silinmeli
- ☐ Arkadan öne doğru silinmeli
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

33. Bebek hangi durumlarda ağlar (Birden fazla cevap verilebilir)?

- ☐ Karnı aç olduğunda
- ☐ Altını kirlettiğinde
- ☐ Gaz ya da karın ağrısı olduğunda
- ☐ Hastalandığında
- ☐ Pişiği olduğunda
- ☐ Oda sıcaklığı düşük ya da yüksek olduğunda
- ☐ Hoşlanmadığı durumlarda
- ☐ Aşırı ilgilenildiğinde
- ☐ Diğer.....
- ☐ Bilmiyorum

YAŞAM KALİTESİ SKALASI

EK-3

Aşağıda bazı ifadeler verilmiştir. Her ifade ile ilgili 5 seçenek vardır. Lütfen tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ve sizin en son zamanlardaki durumunuza en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Sorular	Evet Bana tamamen uygun	Bana oldukça uygun	Kısmen uygun kısmen değil	Bana pek uygun değil	Hayır bana hiç uygun değil
1. Kendimi sağlıklı hissediyorum	()	()	()	()	()
2. Ara sıra başım dönüyor	()	()	()	()	()
3. Her fırsatta oturur, yatar, dinlenirim	()	()	()	()	()
4. Güç gerektiren işleri zorlanmadan yapıyorum	()	()	()	()	()
5. Kendi işlerimi kendim yapıyorum	()	()	()	()	()
6. İşlerimi mümkün olduğu kadar erteliyorum	()	()	()	()	()
7. Günlük yaşantım değişmedi	()	()	()	()	()
8. İkide bir başım ağrıyor.	()	()	()	()	()
9. Her hangi bir sorunun yok,rahat deliksiz uyuyorum	()	()	()	()	()
10. Düzenli yemek yerim, öğün sektirmem	()	()	()	()	()
11. Fırsat buldukça yürümek isterim	()	()	()	()	()
12. İşe başlamak bana zor geliyor	()	()	()	()	()
13. Sineme, tiyatroya, kahve gibi kalabalık yerlere girmek istemiyorum	()	()	()	()	()
14. Benim için en iyisi evde pinekleme	()	()	()	()	()
15. Dalgınım, kendimi önümdeki işe veremiyorum	()	()	()	()	()
16. Cinsel hayatımda bir sorun yok	()	()	()	()	()
17. Gece uyanıp, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum	()	()	()	()	()
18. Çok ağrım var	()	()	()	()	()
19. İş verimim düştü, çok hata yapar oldum	()	()	()	()	()
20. İş ortamımdan memnunum	()	()	()	()	()
21. Cinsel ilişkiden zevk alamıyorum	()	()	()	()	()
22. Kendimden memnunum	()	()	()	()	()
23. Merdiven ve yokuş çıkarken zorlanıyorum	()	()	()	()	()
24. Düz yolda istediğim kadar yürüyebiliyorum	()	()	()	()	()
25. Cinsel isteğim azaldı	()	()	()	()	()
26. Günlük işler bile bana zor geliyor	()	()	()	()	()
27. Ağrı nedir bilmem	()	()	()	()	()
28. Bir türlü gözüme uyku girmiyor	()	()	()	()	()
29. İşim dışında zevkle yaptığım uğraşlarım var	()	()	()	()	()
30. İştahım yok, yemek için kendimi zorluyorum	()	()	()	()	()
31. İşimi zevkle yapıyorum	()	()	()	()	()
32. Gerginim,en ufak aksaklığa bile sinirleniyorum	()	()	()	()	()
33. Daha önce hiç ilgilenmediğim yeni uğraşlar edindim	()	()	()	()	()
34. Bu durum nedeniyle cinsel ilişkiden zevk alamıyorum	()	()	()	()	()
35. Sabahları uyandığımda kendimi dinç ve uyanmış hissediyorum	()	()	()	()	()
36. Eş dostla gitmek içimden gelmiyor	()	()	()	()	()
37. Unutkanım, isimleri hatırlamakta güçlük çekiyorum	()	()	()	()	()
38. Daha yavaş iş yapar oldum	()	()	()	()	()
39. Her şey bana anlamsız geliyor	()	()	()	()	()
40. Ailemle birlikte olmak hoşuma gidiyor	()	()	()	()	()
41. Bu durumu bir türlü kabullenemiyorum	()	()	()	()	()
42. Kendimi bildim bileli bu kilodayım	()	()	()	()	()

Adınız Soyadınız :

EK-4

Bebeğinizin yaşı :

Tarih :

Protokol No :

SORUN ÇÖZME BECERİLERİ DEĞERLENDİRME FORMU

Bebeğimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum

Açıklama: Sevgili anne, biz sizin yenidoğan bebeğinizin bakımıyla ilgili sorunlara nasıl değindiğinizle ilgileniyoruz. Aşağıdaki maddeleri cevaplarken lütfen, geçen hafta (son yedi gün veya daha fazla) bebeğiniz ve onun bakımıyla ilgili sorunlar karşısında kendinizi nasıl hissettiğinizi düşününüz. Aşağıdaki maddelerin her biri için sizin durumunuzu en iyi gösteren numarayı doğru üzerinde **daire** içine alınız.

Örnek:	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Hiç iyi			Orta			Çok iyi		
	Değil								

Not: Cevaplamada herhangi bir tereddütünüz olursa boş bırakmayıp bana sorunuz.

1. a) Yeni bebeğimin bakımı ile ilgili işlerin nasıl gittiği:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi			Orta			Çok iyi		
Değil								

b) Yaşça daha büyük çocuklarımla bakımı ile ilgili işlerin nasıl gittiği:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi			Orta			Çok iyi		
Değil								

NOT:Daha büyük çocuklara sahip değilseniz cevaplamayınız

2. Bebeğimin bakımı ile ilgili sorunları çözme becerim:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Beceriksizim Orta Oldukça becerikliyim

3. Yaşça daha büyük çocuklarımla bakımı ile ilgili sorunları çözme becerim:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Beceriksizim Orta Oldukça becerikliyim

NOT:Daha büyük çocuklara sahip değilseniz cevaplamayınız

4. Bebek bakımı konusundaki bilgi düzeyim:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç bilgim yok Orta Bilgim çok yeterli

5. Bebeğimin bakımı ile ilgili işleri düşünmeye ve yapmaya harcadığım zaman:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç zaman Orta Düzenli olarak
harcamam zaman harcarım

6. Bebeğimle ilgili işlerin nasıl gittiğini fark etmemin doğruluk derecesi:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç doğru değil Orta Çok doğru

7. Bebeğim için önemli olabilecek değişiklikleri fark etme sıklığım:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Önemli şeyleri Orta Önemli şeyleri
hiç fark edemem sürekli fark ederim

8. Bebeğim için önemli (acil) olabilecek değişikliği en kısa zamanda fark edebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Önemli şeyleri Orta Önemli şeyleri
zamanında fark edemem zamanında fark ederim

Bebeğim hakkında önemli bir şey fark ettiğimde:

9. Bebeğimin bakımı ile ilgili gerekli bilgileri öğrenme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiçbir zaman Orta Her zaman
yeterli bilgi alamam yeterli bilgi alırım

10. Bir şeyin nasıl olduğuna veya niçin geliştiğine yönelik ortaya çıkan fikirlerim:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

11. Bebeğimin bakımının nasıl olması gerektiğini doğru olarak düşünme derecem:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç doğru olarak Orta Tamamıyla doğru
düşünemem olarak düşünürüm

12. Bebeğimin bakımında nelerin gerekli olduğunu öğrenmek için birisinden bilgi almanın yararlı olup olmayacağına karar verme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

13. Bebeğimin bakımı ile ilgili başkasının verdiği güvenilir bilgilerin ne kadarını bildiğimi değerlendirebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

14. Bebeğimin sağlığı ile ilgili önemli bir şey fark ettiğimde, bunun gerçekten ciddi olup olmadığına karar verebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

15. Bebeğim ve bakımı ile ilgili farklı bir şey yapıp yapmamaya karar verebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

Bebeğim ve bakımı ile ilgili farklı bir şey yapmaya karar verdiğimde:

16. Bir an önce bir şey yapmaya veya yapmamaya karar verebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

17. Bebeğimi veya bakımını ilgilendiren bir sorun ve durumla ilgilenebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

18. Bir sorunla karşılaştığında, sorunun çözümlünün nasıl olması gerektiğine karar verebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

- Bebeğimin ve/veya onun bakımı ile ilgili bir şey yapmam gerektiğine karar verdiğimde:**

19. Soruna çözüm getirmekteki başarım:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

20. Sorunu çözmek için daha çok bilgiye ihtiyacım olup olmadığına karar verebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

21. Birisi sorunu çözmeye yardım etmek için bilgi verdiğinde, o bilginin doğru olup olmadığına karar verebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

22. Bir sorun ya da konu ile ilgilendiğimde bu konuyu planlama ve programlama (organize olabilme) durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi organize olamam			Orta			Çok iyi organize olurum		

23. Bir karar verdiğimde ya da plan yaptığımda, bu plan ya da kararı emin olarak yürütebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç emin olamam			Orta			Tam olarak emin olurum		

24. Bebeğimin bakım sorununu çözerken, çözümlerin uygun olup olmadığına karar verme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi değil			Orta			Çok iyi		

25. Bebeğimin bakımı ile ilgili planlarımı uygulamadaki başarı durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç başarılı değilim			Orta			Çok başarılıyım		

Bebeğim ve/veya onun bakımı ile ilgili bir sorun ya da konuyu çözmeye veya uğraşmaya başladığımda:

26. Gerçekten bir şey (sorun) olup olmadığını anlama derecem:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi değil			Orta			Çok iyi		

27. Bebek ve/veya bebeğimin bakımı ile ilgili bir sorun ya da konu ile uğraşma durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Çok kötü			Orta			Çok iyi		

28. Bir şeyler iyi gittiğinde neden iyi gittiğini, iyi gitmediğinde de neden iyi gitmediğini anlayabilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi değil			Orta			Çok iyi		

**SORUN-ÇÖZME BECERİLERİ DEĞERLENDİRME FORMUNUN
ÖLÇEKLERİ VE MADDELERİ:
“BEBEĞİMİN BAKIM SORUNLARI İLE İLGİLENME DURUMUM”**

Ölçek 12: Çocuk Bakım Becerisi

Maddeler

1. Yeni bebeğimin bakımı ile ilgili işlerin nasıl gittiği:
2. Yaşça daha büyük çocuklarımla bakımı ile ilgili işlerin nasıl gittiği:
3. Bebeğimin bakımı ile ilgili sorunları çözme becerim:
4. Yaşça daha büyük çocuklarımla bakımı ile ilgili sorunları çözme becerim:
5. Bebek bakımı konusundaki bilgi düzeyim:

Ölçek 13: Tarama

Maddeler

1. Bebeğimin bakımı ile ilgili işleri düşünmeye ve yapmaya harcadığım zaman:
2. Bebeğim için önemli olabilecek değişiklikleri fark etme sıklığım:
3. Bebeğim için önemli (acil) olabilecek değişikliği en kısa zamanda fark edebilme durumum:

Ölçek 14: Formülasyon (Formüle etme)

Maddeler

1. Bebeğimle ilgili işlerin nasıl gittiğini fark etmemin doğruluk derecesi:
2. Bebeğimin bakımı ile ilgili gerekli bilgileri öğrenme durumum:
3. Bir şeyin nasıl olduğuna veya niçin geliştiğine yönelik ortaya çıkan fikirlerim:
4. Bebek ve bakımının nasıl olması gerektiğini doğru olarak düşünme derecem:
5. Bebeğimin bakımında nelerin gerekli olduğunu öğrenmek için birisinden bilgi almanın yararlı olup olmayacağına karar verme durumum:
6. Bebeğimin bakımı ile ilgili başkasının verdiği güvenilir bilgilerin ne kadarını bildiğimi değerlendirebilme durumum:

Ölçek 15: Ön Değerlendirme

Maddeler

1. Bebeğimin sağlığı ile ilgili önemli bir şey fark ettiğimde, bunun gerçekten ciddi olup olmadığına karar verebilme durumum:
2. Bebeğim ve bakımı ile ilgili farklı bir şey yapıp yapmamaya karar verebilme durumum:

Ölçek 16: Planlama

Maddeler

1. Bir an önce bir şey yapmaya veya yapmamaya karar verebilme durumum:
2. Bebeğimi veya bakımını ilgilendiren bir sorun ve durumla ilgilenebilme durumum:
3. Bir sorunla karşılaştığımda, sorunun çözümünün nasıl olması gerektiğine karar verebilme durumum:
4. Soruna çözüm getirmekteki başarıım:
5. Sorunu çözmek için daha çok bilgiye ihtiyacım olup olmadığına karar verebilme durumum:
6. Birisi sorunu çözmeye yardım etmek için bilgi verdiğinde, o bilginin doğru olup olmadığına karar verebilme durumum:

Ölçek 17: Uygulama

Maddeler

1. Bir sorun ya da konu ile ilgilendiğimde bu konuyu planlama ve programlama (organize olabilme) durumum:
2. Bir karar verdiğimde ya da plan yaptığımda, bu plan ya da kararı emin olarak yürütebilme durumum:
3. Bebeğimin bakımı ile ilgili planlarımı uygulamadaki başarı durumum:

Ölçek 18: Değerlendirme

Maddeler

1. Bebeğimin bakım sorununu çözerken, çözümlerin uygun olup olmadığına karar verme durumum:
2. Gerçekten bir şey (sorun) olup olmadığını anlama derecem:
3. Bebek ve/veya bebeğimin bakımı ile ilgili bir sorun ya da konu ile uğraşma durumum
3. Bir şeyler iyi gittiğinde neden iyi gittiğini, iyi gitmediğinde de neden iyi gitmediğini anlayabilme durumum:

Ölçek 19: Sorun Çözme Süreci

Ölçek 13'den 19'a kadar olan maddeler



PRİMİPAR ANNELER İÇİN DANİSMANLIK FORMU**EK-6****Adı Soyadı : _____****Anneye Yönelik**

<u>Danışma Konuları</u>	<u>Tarih</u>	<u>Eğitim verilme Durumu</u>
Pozpartum Komplikasyonlar		
Dikişler/Epizyotomi		
Medikasyon		
Meme Bakımı		
Mood Değişiklikleri		
Egzersiz		
Banyo Yapma		
Doğum Sonu Ağrılar		
Vajinal Akıntı		
Konstipasyon		
Pozpartum yorgunluk		
Evde Yardım		
İşe Dönme		
Doğum Sonu Cinsellik		

Bebeğe Yönelik

<u>Danışma Konuları</u>	<u>Tarih</u>	<u>Eğitim verilme Durumu</u>
Beslenme		
Kord Bakımı		
Sünnet		
Bebek Hastalığı		
Eliminasyon Örutüleri		
Sarılık		
Bebeği Dışarı Çıkarma		
Oyuncak Seçme		
Well-baby Bakımı		
Medikasyon		
Bebek Emniyeti		
Derece Alma		
Banyo		
Cilt Bakımı		
Geğirme		
Ağlama		
Salya		
Bebeği Giydirme/Bezleme		
Araba Gezintisi		
Bebeği Aileye Tanıştırma		
Ziyaretçi Kabul Etme		
Diğer		

DANIŞMANLIK KRİTERLERİ

1. Kendini tanııtma ve anneyle tanışma
2. Tanışmanın amacının açıklanması ve verilecek hizmetin tanıtılması
3. Anneyi tanımaya yönelik anket uygulanması
4. Danışmak istediği konu olduğunda ulaşabileceği telefon numarasının verilmesi
5. Telefonda danışmanlık edilemeyecek konular için randevu verilerek birebir görüşmeye çağırma
6. Telefonda yönlendirilebileceği konularda telefonla danışmanlık etme
7. Danışmanlık edilen konunun, tarihinin ve verilen eğitimin o kişiye ait danışmanlık formuna kaydedilmesi



EĞİTİM KRİTERLERİ

1. Bebek bakımına ilişkin temel konularda, annelerden en fazla 4 kişilik gruplar oluşturarak eğitim verme
2. Bireysel olarak danıştıkları konularda bire bir eğitim verme
3. Başlangıçta tüm annelerin bebek bakımına ilişkin bilgilerini değerlendirme
4. Annelerin sürekli başvurabilecekleri bir kitapçığı kendilerine verme
5. Kolayca ulaşabilecekleri bir telefon numarası vererek, öğrenmek istedikleri konularda, danışmana ulaşp bilgi alabilmelerini sağlama
6. Çalışma sonunda bilgilerini tekrar değerlendirme



“ Önce Sevgi Sonra Bilinçli Bakım”
Broşürü

1. THE UNITED STATES OF AMERICA