

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**GEBE KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN
DOĞUM SONU TABURCULUĞA HAZIR OLUŞLUK
VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**Hazırlayan
Kamile ALTUNTUĞ**

**Danışman
Doç. Dr. Emel EGE**

Doktora Tezi

**Aralık 2011
KAYSERİ**

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

GEBE KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN
DOĞUM SONU TABURCULUĞA HAZIR OLUŞLUK VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Hazırlayan
Kamile ALTUNTUĞ

Danışman
Doç. Dr. Emel EGE

Doktora Tezi

Aralık 2011
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Kamile ALTUNTUĞ

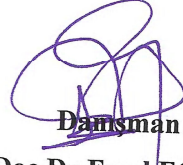
İmza :

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

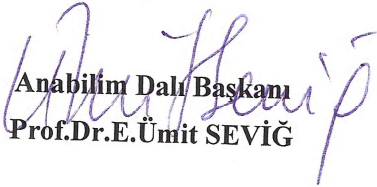
“Gebe Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazır Oluşluk ve Yaşam Kalitesine Etkisi” adlı **Doktora** Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.



Tezi Hazırlayan
Kamile ALTUNTUĞ



Danışman
Doç.Dr.Emel EGE



Anabilim Dalı Başkanı
Prof.Dr.E.Ümit SEViğ

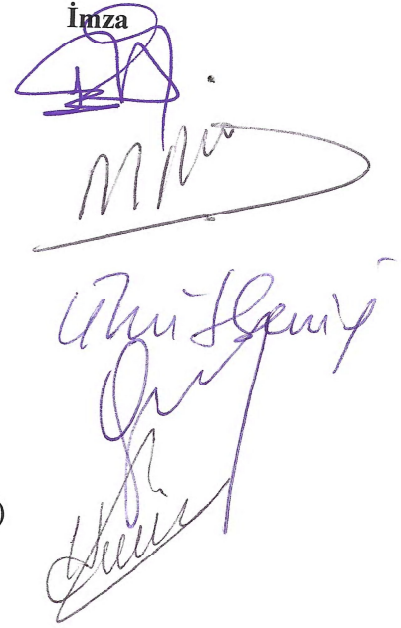
Doç.Dr.Emel EGE danışmanlığında **Kamile ALTUNTUĞ** tarafından hazırlanan **“Gebe Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazır Oluşluk ve Yaşam Kalitesine Etkisi”** konulu bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü **Hemşirelik (Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği)** Anabilim Dalında **Doktora** tezi olarak kabul edilmiştir.

20/ 12/ 2011

JÜRİ

- Danışman : Doç. Dr. Emel EGE (Selçuk Üniv.)
(Doğum-Kadın Sağ ve Has.Hemş. AD)
- Üye : Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER (Erciyes Üniv.)
(Doğum-Kadın Sağ ve Has.Hemş. AD)
- Üye : Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ (Erciyes Üniv.)
(Halk Sağ.Hemş. AD)
- Üye : Prof. Dr. Osman GÜNAY (Erciyes Üniv.)
(Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)
- Üye : Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ (Dokuz Eylül Üniv.)
(Doğum-Kadın Sağ ve Has.Hemş. AD)

İmza



ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof.Dr. Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım

Doç.Dr.Emel EGE'ye,

Tez çalışma süresince her türlü öneri, yardım ve kolaylığı sağlayan, istatistiksel analizine yardım eden Doç.Dr.Belgin AKIN, Yrd.Doç Dr.Saniye ÇİMEN'e,

Geçerlik güvenirlik aşamasında İngilizce Türkçe çevirileri yapan ve görüşlerini sunan

Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ, Prof.Dr.Lale TAŞKIN, Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYABEJİ,

Prof.Dr.Sabahat Gözüm, Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER, Doç.Dr.Belgin AKIN,

Yrd.Doç.Dr.Emine ERDEM, Yrd.Doç.Dr.Salime MUCUK,Okut.Mustafa TAŞBENT'e

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı servis hemşiresi Naciye ÖNEY'e

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında çalışan tüm hemşire ve ebelere,

Anketlerimde yardımcı olan Araştırma Görevlisi Halime Esra KAL'a

Tezin tüm aşamalarında desteklerini hep arkamda hissettiğim bütün arkadaşlarıma ve sevgili yeğenim Kamile Tutku KOÇAK'a,

Çalışmaya katılarak çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan tüm gebelere,

Sabırlarını eksik etmeyen sevgili annem ve aileme teşekkür ederim.

Kamile ALTUNTUĞ

Kayseri, Aralık 2011

GEBE KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU TABURCULUĞA HAZIR OLUŞLUK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Kamile ALTUNTUĞ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doktora Tezi, Aralık 2011

Danışman: Doç.Dr.Emel EGE

ÖZET

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem fizyolojik süreçler olmasına karşın, sağlık hizmeti gereksinimi artar. Ana-çocuk sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yeri olan doğum sonu bakım hizmetlerinin hemşireler tarafından sunulması önemlidir. Doğum sonu dönemde annelerin hastane taburculuğuna hazır oluşluk düzeyini ve doğum sonu yaşam kalitesini yükseltmek önemli bir yaklaşımdır.

Bu çalışma; gebeliğin son trimestrinde verilen eğitimin ve doğum sonu dönemde yapılan izlemlerin, annelerin doğum sonu hastane taburculuğuna hazır oluşluğuna ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşama; Konya merkez Meram ilçesine bağlı bir nolu Aile Sağlığı Merkezinde, doğum sonu dönemdeki 200 anne ile yapılan “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin (MAPP-QOL)” geçerlik güvenirlik çalışmasıdır. İkinci aşama; Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı’nda gerçekleştirilen gebeliğin son trimestrinde verilen eğitimin etkinliğini değerlendiren deneysel bir çalışmadır. Toplam 40 müdahale ve 40 kontrol grubu olmak üzere 80 gebe ile çalışılmıştır. Çalışmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Anne- Bebek Formu, “Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ-YDAF)” ve “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MAPP-QOL)” ile toplanmıştır. Müdahale grubuna doğum ve doğum sonrasına yönelik 3 aşamada eğitim verilmiş, kontrol grubuna eğitim verilmemiş ancak hastanenin rutin hizmetlerinden yararlanmışlardır.

Veriler; Ki kare, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik analizi sonucunda MAPP-QOL’nin Cronbach alfa değeri 0.95 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunda kadınların taburculuğa hazıroluşluk puan ortalaması (157.0 ± 24.1) ve doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalaması (25.7 ± 3.4) kontrol grubuna göre (sırasıyla 147.6 ± 23.6 ; 23.8 ± 2.6) daha yüksek ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Sonuç olarak; eğitimin taburculuğa hazır oluşluğu etkilediği ve doğum sonu yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Taburculuğa hazıroluşluk, yaşam kalitesi, doğum sonu, hemşirelik.

THE EFFECTS OF EDUCATION ADMINISTERED TO PREGNANTS ON READINESS FOR POSTPARTUM DISCHARGE AND THE QUALITY OF LIFE

Kamile ALTUNTUĞ

Erciyes University, Health Sciences Institute

Nursing Department

Doctorate Thesis, December 2011

Counsellor: Associate Professor Dr.Emel EGE

ABSTRACT

Although pregnancy is a physiological process at delivery and postnatal, it is the period when health services are required more. It is essential that prenatal care services, which have an important role in maternal and infant health services, be provided by nurses. It is an important approach to raise the level of being prepared to be discharged from hospital in the postnatal period and the level of life quality of mothers.

It was aimed in this study to determine the effects of the education provided in the last trimester of pregnancy and the postnatal follow up on being prepared to be discharged after delivery and on the life quality. The study was carried out in two phases. First phase; the validity and reliability of 'Postnatal Life Quality Scale (MAPP-QOL)' performed on 200 mothers at number one Family Health Center in Meram, a central town of Konya. Second phase; a experimental study evaluating the effects of training in the last trimester of pregnancy performed at the department of obstetrics and gynaecology of Meram Faculty of Medicine, Selcuk University. A total of 80 pregnant (40 intervention, 40 control group) were studied. The data of the study consisted of personal information form, mother-infant form, Readiness for hospital discharge scale-new mother form (HTHÖ-YDAF) and postnatal quality of life (MAPP-QOL). The intervention group was trained for delivery and postpartum period in three phases, however, control group received no training except the routine services of the hospital.

The data were evaluated with Chi square tests, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis and Spearman Correlation Analyzes.

Cronbach's alpha value of MAPP-QOL was 0.95. The mean point of being prepared to be discharged (157.0 ± 24.1), and the quality of life in the intervention group (25.7 ± 3.4) was higher than in the control group, and difference was statistically significant (147.6 ± 23.6 ; 23.8 ± 2.6 respectively). As a result; education affected the readiness to be discharged from hospital and it was found that it increased the quality of life.

Key Words: Readiness for discharge, quality of life, postpartum, nursing.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1.DOĞUM SONU DÖNEM VE ÖZELLİKLERİ	5
2.2.DOĞUM SONU DÖNEMDE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	7
2.2.1.Anneye Yönelik Eğitim Konuları	8
2.2.2.Yenidoğana Yönelik Eğitim Konuları.....	9
2.2.3.Anne Sütü ve Emzirme ile İlgili Eğitim Konuları.....	9
2.2.4.Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyumda Hemşirenin Rolü.	10
2.3.DOĞUM SONU DÖNEMDE ERKEN TABURCULUK	13
2.4.ERKEN TABURCULUK KRİTERLERİ.....	16
2.5.YAŞAM KALİTESİ.....	18
2.5.1.Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihçesi	18
2.5.2.Yaşam Kalitesi Kavramı.....	18
2.5.3. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SYK) (Health-Related Quality of Life).....	20
2.5.4.Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1.DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE	
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI.....	25
3.1.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.1.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	25

Sayfa no

3.1.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.1.4.Verİ Toplama Araçları.....	26
3.1.4.1.Kişisel Bilgi Formu	26
3.1.4.2.Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	26
3.1.5.Verilerin Toplanması.....	27
3.1.6.Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.2.GEBELİKTE KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU TABURCULUĞA HAZIR OLMA DURUMUNA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	31
3.2.1. Araştırmanın Tipi	31
3.2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.2.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	31
3.2.4.Verİ Toplama Araçları.....	33
3.2.4.1.Kişisel Bilgi Formu	33
3.2.4.2.Yenidoğan Bilgi Formu	33
3.2.4.3.Doğum Sonu Anne- Bebek Formu	33
3.2.4.4.Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu	33
3.2.4.5.Doğum sonu Anne-Bebek Formu ve “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	34
3.2.5.Ön Uygulama.....	35
3.2.6.Verilerin Toplanması.....	35
3.2.7.Verilerin Toplanmasında Hemşirelik Girişimleri	39
3.2.8.Araştırmanın Değişkenleri.....	41
3.2.9.Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.3.ETİK AÇIKLAMALAR	41
4.BULGULAR.....	43
4.1.MAPP-QOL’NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	43
4.1.1.MAPP-QOL’ nin Geçerlik Bulguları.....	45

Sayfa no

4.1.1.1.Dil Geçerliği Bulguları	45
4.1.1.2.Yapı Geçerliği Bulguları	46
4.1.2.MAPP-QOL'nin Güvenirlik Bulguları.....	49
4.1.2.1.Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum.....	49
4.1.2.2.Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	49
4.1.2.3.Madde-Toplam Puan Korelasyonu.....	50
4.2.GEBELİKTE KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU HASTANE TABURCULUĞUNA HAZIR OLMA DURUMUNA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	52
4.2.1.Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	52
4.2.2.Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların HTHÖ-YDAF Puanları ile MAPP-QOL Puanlarına İlişkin Bulgular	58
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	61
5.1.DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN TARTIŞMA.....	61
5.1.1.MAPP-QOL'nin Geçerliğine ilişkin Tartışma	62
5.1.2.MAPP-QOL'nin Güvenirliğine ilişkin Tartışma	64
5.2.GEBELİKTE KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU HASTANE TABURCULUĞUNA HAZIR OLMA DURUMUNA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNE İLİŞKİN ELDE EDİLEN BULGULARIN TARTIŞMASI.....	66
6.KAYNAKLAR	74
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
AWHONN	:Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
ANA	: American Nurses Association
AAP	:American Academy of Pediatrics
ACOG	:American College of Obstetricians and Gynecologists
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
MAPP-QOL	: Maternal Postpartum Quality Of Life (Doğum Sonu Yaşam Kalitesi)
HTHÖ-YDAF	: Readiness for Hospital Discharge – New Mother Form (RHD-NMF) (Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu)

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Çalışma Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=200).....	44
Tablo 4.2. KMO ve Barlett's Test Sphericity Analiz Sonuçları	46
Tablo 4.3. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Doğrulamalı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri.....	46
Tablo 4.4. MAPP-QOL' nin Bağımsız Gözlemciler Arası İlişki.....	49
Tablo 4.5. MAPP-QOL' nin Toplam ve Alt Grupların İç Tutarlılığı (Cronbach alfa).....	50
Tablo 4.6. Madde Toplam Puan Korelasyonları (Pearson's) ve Faktör Yüklerine Göre Dağılımı	50
Tablo 4.7. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	53
Tablo 4.8. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Doğurganlık ve Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımı..	54
Tablo 4.9. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Yeni doğan ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	55
Tablo 4.10. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Doğum Sonu Sürece İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	56
Tablo 4.11. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Doğum sonrası Kendi Bakımı, Bebek Bakımı, Meme Bakımı ve Emzirmeye Ait Yaşadıkları Güçlüklerin Dağılımı.....	57
Tablo 4.12. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Taburculuğa Algılanan Hazıroluşluk Durumuna göre Dağılımı	58
Tablo 4.13. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Puan Ortalaması ile MAPP-QOL Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59

ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.1.	MAPP-QOL'nin Geçerlik ve Güvenirlik Aşamaları	28
Şekil 3.2.	Türkçe MAPP-QOL'nin Geçerlik ve Güvenirlik Değerlendirme.....	29
Şekil 3.3.	Veri Toplama Akış Şeması	38
Şekil 4.1.	Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi	48
Grafik 4.1.	Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Taburculuğa Algılanan Hazıroluşluk Durumu	59
Grafik 4.2.	Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Puan Ortalaması ile MAPP-QOL Puan Ortalamalarının karşılaştırılması	60

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Anne, bebek ve ailenin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan ve ailenin yaşamında kısa bir periyodu içeren doğum sonu dönem; ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değışimlerin meydana geldiği altı haftalık süreyi kapsayan gelişimsel geçiş dönemidir. Bu dönemde annenin hem fizyolojik hem de psikolojik olarak gebelik öncesi durumuna dönmesi ve ailedeki tüm bireylerin yeni rollerine uyum sağlamaları gerekir (1,2). Bu dönemde yeterli profesyonel ve sosyal destek alamayan kadın ve aile için önemli komplikasyonlar söz konusu olabilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin %60'ından fazlası postpartum dönemde gerçekleşmektedir ve annelerin %70'i postpartum bakım almamaktadır (3).

Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (4) verilerine göre kadınların %73.7'si yeterli sayıda doğum öncesi bakım almakta, doğumdan sonraki dört saat içinde annelerin %63'ünün bakımları, bebeklerin %67'sinin ilk sağlık kontrolleri yapılmaktadır. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'na (5) göre ülkemizde anne ölümlerinin %54'ü doğum sonrası dönemde meydana gelmektedir. Yine anne ölümlerinin %20.9'u doğum sonrası birinci günde meydana gelirken, %14.8'i 2-7. günleri arasında, %18.5'i ise doğum sonu birinci haftadan sonra meydana gelmektedir (5). Anne ölümlerinin önemli bir kısmının nedeni doğum sonu kanama ve gebeliğin hipertansif hastalıklarıdır. Bu durumların önlenmesine yönelik yapılacak en önemli aktiviteler arasında doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri yer almaktadır (2,6).

Ülkemizde doğum öncesi izlem Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi İzlem Protokolüne göre risksiz bir gebenin gebeliğinin ilk 12'inci haftasına kadar bir kez, 24'üncü hafta ikinci, 28'inci hafta üçüncü, 32'inci hafta dördüncü, 36'ıncı hafta beşinci ve 39'uncu haftada da altıncı kez olmak üzere gebeliği süresince toplam altı kez izlenmesi, riskli bir gebelik ise izlem sıklığının artırılması gerekmektedir (7). Ülkemizse doğum sonu izlemler ise; doğum sonrası ilk 24 saat hastanede, 2-5. günlerde, 2. haftada ve 4-8. haftalarda olmak üzere en az üç kez evde ya da sağlık kuruluşlarında izlenmesi önerilmektedir (8). Bu dönemde kadında doğum sonu kanamaları, puerperal enfeksiyon (lohusalık humması), puerperal tromboemboli, meme hastalıkları (meme başı çatlakları, meme iltihabı veya absesi, memelerde dolgunluk), kabızlık ve duygusal sorunlar gibi pek çok sağlık sorunu ortaya çıkabilmektedir (9). Ayrıca postpartum uykusuzluk, yorgunluk, duygusal durum, hormonal değişiklikler, beslenme durumu gibi kadının yaşam kalitesini etkileyen pek çok faktörün yanında aile içindeki sorumluluk ve değişiklikler, evdeki işlere geri dönme, bebek bakımı ve sorumluluğunu üstlenme de kadının yaşam kalitesini etkilemektedir (10). Bu rahatsızlıkların en erken dönemde tespit edilip, gereken önlemlerin alınması için doğum sonu dönemdeki izlemlerin düzenli olarak yapılması gerekmektedir (11). Başer ve ark (12) yaptığı çalışmada kadınların %39'una doğum sonu bakım verilmesine karşılık, kadınların verilen bu bakımı yetersiz bulduğu bildirilmektedir. Şenses ve Yıldızoglu (13) çalışmasında kadınların %54.8'i doğum sonu dönemde bebek ve kendi bakımı ile bilgileri kayınvalidelerinden aldıklarını, yalnızca %16.1'i bu bilgiyi sağlık personelinen aldığını belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada; annelerin %61.7'si gebelikleri sırasında beş ya da daha fazla izlenirken doğum sonrası dönemde üç ya da daha fazla izlenen anne oranının %11.1 olduğu, annelerin %56.4' ünün ise doğum sonrası dönemde hiç izlenmediği ve daha çok izlenen gebelerin yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirtilmektedir (8).

Annelerin doğumdan sonra 1-3 gün hastanede yatırılması anne ve bebek sağlığı yönünden büyük önem taşımaktadır. Genel olarak hastanede kalma süresi komplikasyon gelişmeyen vakalar için vajinal doğumdan sonra en az 24 saat, sezaryen ile doğumdan sonra ise en az 48 saat olarak kabul edilmektedir (14). Son yıllarda dünyanın pek çok ülkesinde, herhangi bir komplikasyon olmadığı durumda doğum yapan kadın ve bebeğinin mümkün olduğu kadar erken dönemde taburcu edilmesi anlayışı benimsenmiştir (15). Erken taburculuk hastane maliyetlerini düşürürken, annenin yeni

rolüne alışmasında sağlık personelinin yararlanma fırsatını azaltmaktadır. Erken taburculukla birlikte, doğum yapan kadın ve ailesine geleneksel olarak hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık için var olan süre de kısalmıştır. Bu kısa zaman süreci içinde doğum yapan kadının yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolünü ve bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine, bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması beklenir. Dolayısıyla kadın ve ailesi için hastanede kaldıkları süre çok yoğun ve sıkıntılı geçebilir (16,17).

Doğum sonrası hastanede kalış sırasında annenin kendi fiziksel iyileşmesine odaklanmış olması ve anne olmanın emosyonel etkilerine bağlı olarak dikkat süresi, verilen bilgiyi anlayıp özümsemesi ve bunu evde hatırlamasını etkileyebilmektedir (18). Annelerin doğum sonrası dönemde erken taburcu edildikleri ve bu nedenle annenin taburculuğuna yönelik sağlık hizmetinden yeterince yararlanamadıkları vurgulanmaktadır (16). Ruchala'nın (19) çalışmasında; annelerin taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki bilgi gereksinimi öncelikleri arasında fark olduğunu ayrıca hemşirelerin verdikleri bilgiler ile kadının gereksinim duyduğu bilgilerin farklı olduğu bildirilmiştir.

Doğum sonu döneme yönelik olarak, annelerin hem kendi bakımı, hem de bebek bakımı ile ilgili ortak kaygıları ve öğrenme gereksinimleri yüksektir. Tüm ebeveynler, doğum sonu dönem ile ilgili az ya da çok kaygı yaşamaktadır. Ebeveynlik rolüne ve bebeğin bakımına uyum yapma sürecinde; iç kontrol, sosyal destek ve performans yaşam kalitesini olumlu yönde etkilerken annenin yaşadığı stres, anksiyete, iç kontrol kaybı, performans yetersizliği duyguları annenin fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (20).

Yaşamın her döneminde olduğu gibi gelişimsel dönem olarak değerlendirilen doğum sonu dönemde de sağlığın sürdürülebilmesi için eğitim ve danışmanlık verilmesi gerekmektedir. Hemşire anne ve babayı; normal bebeğin özellikleri, bebekte sık karşılaşılan sorunlar, genel bebek bakımı, bebeğin beslenmesi, bebeğe gerekli olan malzemeler ile annenin doğum sonu kendi bakımına ait gereksinimler konusunda eğiterek özgüvenlerini geliştirmelerini sağlayacaktır. Bilgili olma, kontrolü elinde tutma ve özgüven duyguları annenin baş etme, sorun çözme becerilerini arttırarak yaşam kalitesinin iyileşmesine de katkıda bulunacaktır (2).

Doğumdan sonra kısa sürede (24-48 saat) hastaneden ayrılan annelere eğitim broşürlerinin verilmesi, ebeveyn destek gruplarının hemşire tarafından oluşturulması,

hastaneden taburcu olduktan sonra annelerin telefon ile izlenmesi, ev ziyaretlerinin yapılması annelerin kaygılarının çözülmesinde yardımcı olacaktır (21). Doğum sonu dönemde verilecek kaliteli, etkin bir hemşirelik bakımı anneye bilinçli bir öz bakım, kendi ve bebeğinin bakımında yeterlilik, memnuniyet, bakıma ilişkin doyumda artış, anne- bebek ve aileye sorunsuz, rahat ve sağlıklı bir doğum sonu dönem oluşturacak ve annelerin olumlu sağlık davranışları geliştirmelerine de katkı sağlayacaktır. Ayrıca annelerin taburculuğa hazır oluşluk konusunda düşüncelerinin dikkate alınması, annelerin bakımdan beklentilerinin dikkate alınması, bunlara yönelik girişimlerde bulunulması ve taburculuk süresinin bireysel olarak planlanması da gerekmektedir.

Bu araştırma gebe kadınlara verilen eğitimin;

- Doğum sonu taburculuğa hazır oluşluk,
- Doğum sonu yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

1. Gebelikte ve taburculuk öncesinde eğitim alan kadınların eğitim almayanlara göre taburculuğa hazır oluşluğu daha yeterlidir.
2. Gebelikte ve taburculuk öncesinde eğitim alan kadınların eğitim almayanlara göre doğum sonu yaşam kalitesi puanları daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM SONU DÖNEM VE ÖZELLİKLERİ

Doğum sonu dönem; postpartum, puerperium, loğusalık veya postnatal dönem olarak da adlandırılmaktadır (2,22). Doğum sonu dönem; çoğu kadın için muazzam duygusal, sosyal ve fiziksel bir değişim zamanıdır. Doğum eyleminin bitmesi bebek, plasenta ve membranların doğmasıyla başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin hemen hemen gebelik öncesi duruma geri döndüğü altı haftalık bir dönemi kapsar. Ancak doğum sonu depresyon, anne sütü, doğum sonu destek, cinsellik ve doğum kontrolü ile ilgili kaygılar, mesane ve barsak fonksiyonlarının kontrolü gibi fizyolojik ve psikolojik sorunlarla çoğu zaman bir yıl veya daha uzun sürebilmektedir (22,23,24).

Doğum sonu dönem fizyolojik değişikliklerin olduğu, yenidoğanın doğmasıyla aile sisteminin değiştiği ve kadının annelik rolünü takındığı, yeni role uyumun sağlandığı ve aile üyeleriyle ilişkilerin yeniden tanımlandığı özel bir dönem olup birçok kadın tarafından pozitif olarak yaşanan gelişimsel bir kriz dönemidir. Bu dönemde anne fiziksel durumunun eski haline dönmesi, bebeğin bakımı ile ilgili beceri ve güven geliştirme, bebeği ile iletişim kurmayı başarma, yeni bir birey olan bebeğin aileye katılımı sonucu değişen aile yapısı ve yaşam tarzına uyum sağlama gibi gelişimsel ve fiziksel sorumlulukları başarmak durumundadır (22,23,25).

Doğum sonu süreç; birbirini takip eden 3 farklı dönemden oluşur (26).

1. Başlangıç dönemi (Akut doğum sonrası dönem): Doğumdan sonraki ilk 6- 12 saati içerir. Bu dönemde doğum sonu kanama, amniyotik sıvı embolisi, uterus inversiyonu ve eklampsi gibi acil sorunlar yaşanabilir. Bu dönem sıklıkla yoğun hemşirelik bakımının verildiği ve sık izlemin yapıldığı bir dönemdir. İzlemin azaldığı bir ortamda, ciddi sorunlar oluşabilmektedir.

2. İkinci dönem (Subakut doğum sonrası dönem): Doğum sonrası 2–6 hafta sürer. Bu dönemde, hemodinamik, genito-üriner sistem, metabolizma ve emosyonel durumla ilgili değişiklikler oluşur. Bu değişiklikler akut faza göre daha yavaş oluşur.

3. Üçüncü dönem (Geç doğum sonrası dönem): Doğum sonrası 6 aya kadar devam eden dönemdir.

Doğumdan sonraki ilk birkaç gün anne pasif ve bağımlıdır. Doğum süreci onu yormuştur. Bu nedenle uykuya eğilimlidir. Daha çok doğum eylemi ile ilgili konuşma ihtiyacı içindedir. Konuşkan fakat pasiftir. Bu ilk günlerde anne daha çok alıcı konumunda ve kendine dönüktür. İkinci günden sonra anne doğum sonu sürece uyum sağlamaya başlar. Artık ilgisi bebeğine yönelmiştir, endişeleri daha çok bebeği ile ilgilidir. Sütünün yetmeyeceği, ona yeterince bakamayacağı konusunda endişeleri olur. Bu periyotta anne daha çok verici konumundadır ve bir anne olarak yeterli olduğu konusunda güven kazanmak ister (2,22).

Annenin hastaneden evine dönmesiyle; yaşadığı fiziksel ve ruhsal değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolünü ve bebeğini kabullenmesi, kendine ve bebeğine bakabilmesi beklenmektedir. Anneler bir taraftan kendi bakımlarıyla ve yaşadıkları problemlerle baş etmeye çalışırken, diğer yandan bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için günlük aktivitelerini sürdürmek ve yeni duruma uyum sağlamak durumundadırlar. Postpartum dönemde annenin ve ailenin yeni duruma uyumları için bebek beslenmesi, bebek bakımı, annenin kişisel bakımı, meme bakımı, aile planlaması gibi konularda desteklenmesi ve eğitilmesi gerekmektedir (27,28). DSÖ, anne-bebek ölümlerinin azaltılması için 21. yüzyıl sağlık hedefleri içinde üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması gerektiğini belirtmiştir (29). Son yıllarda üzerinde önemle durulan “üreme sağlığı” kapsamında da doğum sonrası bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (29).

Bu kapsamda ebe ve hemşirelerin, doğum öncesi ve doğum anındaki bakım hizmetleri yanında doğum sonrası bakım, bebek bakımı ve emzirmeye yönelik hizmetleri de annelere sağlamaları gerekmektedir (29).

2.2. DOĞUMSONU DÖNEMDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Ana çocuk sağlığı hizmetleri içerisinde önemli bir yeri olan postpartum bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Genel olarak kadınlar, postpartum bakıma göre prenatal bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kadınların %97'si prenatal bakım hizmetlerinden yararlanırken, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 sonuçlarına göre, Türkiye genelinde gebelikte en az bir kez doğum öncesi bakım hizmeti alma sıklığı %81'dir (30). Dünya Sağlık Örgütü, dünyada kadınların sadece %35'inin postpartum bakım hizmetlerinden yararlandığını belirtmektedir (4). Postpartum bakım hizmetleri içinde daha çok anne ve bebek ölümleri ile ilgili hastalık nedenleri ve bunların kontrol altına alınmasına öncelik verilmektedir. TNSA 2008 sonuçlarına bakıldığında; 2008 öncesindeki beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlar dikkate alındığında, Türkiye'de annelerin % 85'inin, bebeklerin ise %90'ının doğumdan sonraki iki ay içinde bir sağlık personelinin doğum sonrası bakım hizmeti aldığı görülmektedir (4). Doğum sonu dönemde uygulanacak hemşirelik bakım girişimleri, annenin ve bebeğin fiziksel bakımlarını sağlayarak, riskli durumları önlemekte ve ailenin yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyumunu sağlamaya yardım ve rehberlik etmekte, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (31). Eğitim verme hemşirenin en önemli görevlerinden biridir. Perinatolojide çalışan hemşirelerin gebe ve ailesine eğitim vermesi ailenin yeni durumlara uyum sağlaması ve baş etme düzeylerini artırması açısından önemlidir. Ana çocuk sağlığı alanında özellikle koruyucu sağlık hizmetleri açısından gebenin eğitimi büyük önem taşımaktadır (32). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin anne ve bebek açısından sağlıklı geçirilebilmesi için değişik zamanlarda ve içeriklerde çeşitli eğitim ve danışmanlık programları sunulmaktadır. Doğum sonu dönem boyunca devam eden eğitim ve danışmanlık, ailenin gereksinimlerinin belirlenmesine, uygun girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine olanak sağlar (21).

Doğum sonu dönemde hemşirelik bakımının temel amaçları;

- Annenin rahatlığını, dinlenmesini ve bakımını sağlamak,
- Anne-bebek ilişkisini kurmada yardımcı olmak,

- Anne ve bebek bakımına yardımcı olmak ve bilgi vermek,
- Olası komplikasyonları önlemeye çalışmak,
- Annenin bu dönemi fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı geçirmesini sağlamaktır (33,34).

Doğum sonrasında etkili bir hemşirelik bakımı için kuramsal bilgi, klinik deneyim ve empati ile destek gerekmektedir. Buna göre hemşirelerin sorumlulukları 4 noktayı içerir:

- Fiziksel bakımın sağlanması,
- Ruhsal destek,
- Eğitim,
- Doğum sonrasında normalden sapmaları gösteren bulguları tanıyıp değerlendirmedir (1).

Hemşire bu dönemde anne ve yeni doğanın fizyolojik fonksiyonlarını gözlemeli ve bu konudaki gereksinimlerini karşılamalı ve ayrıca ailenin ev ortamında daha nitelikli bir bakım almasını sağlamalıdır (34).

Hemşirelik bakımı kadının bilgisini ve ihtiyaçlarını değerlendirmeye yönelik olmalıdır. Hemşirenin sorumlulukları arasında yer alan eğitimin amacı, lohusanın kendisine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgileri vermek ve gerekli davranış değişikliğini geliştirmektir.

Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses (AWHONN), American Nurses Association (ANA), American Academy of Pediatrics (AAP) ve American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG)' nun anne ve yenidoğantanılanmasında geliştirdikleri rehberdeki eğitim gereksinimi tanılamasında anne ve yeni doğanla ilgili eğitim konuları şu şekildedir (35);

2. 2. 1. Anneye Yönelik Eğitim Konuları

- Dinlenme,
- Boşaltım-kabızlık,
- Perine hijyeni, el temizliği,
- Beslenme
- Erken mobilizasyonun yararları,
- Kanama kontrolü ve uterusun değerlendirilmesi,
- Meme bakımı,

- Banyo,
- Egzersiz,
- Aile Planlaması,
- Lohusalıkta ateş,
- Duygusal uyum,
- Ağrının giderilmesi,
- Cinsel ilişki,
- Loşia.

2. 2. 2. Yenidoğana Yönelik Eğitim Konuları

- Cilt bakımı ve banyo,
- Umblikal kord bakımı,
- Pişik bakımı,
- Gaz çıkarma,
- Yenidoğanın yatma ve tutma pozisyonları,
- Vücut ısı ölçümü,
- Rahatlatma teknikleri,
- Normal büyüme ve gelişme,
- Anne bebek etkileşimi.

2. 2. 3. Anne Sütü ve Emzirme ile İlgili Eğitim Konuları

- Yeterli süt desteği ve dolgunluk,
- Emzirme sıklığı,
- Emzirme pozisyonu,
- Emzirme şekli,
- Sütyen desteği,
- Meme ucu bakımı,
- Emzirmenin yeterli olduğunu anlama yolları,
- Meme ucu çatlaklarının bakımı,
- Beslenme, sıvı alımı ve dinlenmenin önemidir.

Doğum sonrası anneler, hem kendi bakımları hem de bebek bakımı ile ilgili konularda bilgi almak isterler. Yapılan çalışmalarda; annelerin en sık bebeklerle ilgili konularda danışmanlık istedikleri, bebekle ilgili olarak danıştıkları konuların başında bebek beslenmesinin geldiği, bunu sırasıyla bebeğin hastalığı, bebeğin dışkılama örüntüsü,

bebek banyosu, vücut bakımı ve bebekle iletişim konularının izlediği saptanmıştır (21). Diğer taraftan birçok çalışma, postpartum dönemde annelerin sıklıkla epizyotomi, meme dolgunluğu, sezaryen ya da hemoroide bağlı ağrı, konstipasyon, yorgunluk, psikolojik problemler ve destek sistemi eksikliği gibi sorunlar yaşadıklarını ortaya koymaktadır (16). Hemşirelerin doğum sonu dönemdeki fonksiyonlarını istenilen düzeyde yerine getirebilmeleri için, annelerin doğum sonu dönemde gereksinimlerini, beklentilerini, ne düşündüklerini ve neler algıladıklarını bilmeleri gerekir. Böylece gereksinimler doğrultusunda ve annenin aktif katılımıyla; annenin kendine ve bebeğine daha kaliteli bakımın sunulmasını sağlayacaktır (34,36). Değişen sağlık politikaları ile hemşirelerin görev alanı da saha çalışmasına doğru kaymaktadır. Anne, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerinde hemşire tarafından evinde izlenmeli ve temel sağlık hizmetlerinden faydalanması da sağlanmalıdır (33).

2.2.4. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyumda Hemşirenin Rolü

Erken doğum sonu dönem aile üyeleri için artan sorumluluklara, yeni rollere ve günlük hayatlarındaki değişikliklere alışma çabalarının olduğu bir dönemdir (37). Doğum sonu dönemde kadınların erken taburcu olmaları, birçok sağlık problemi yaşamalarına neden olmaktadır. Postpartum dönemdeki sağlık sorunları özellikle ilk günlerde daha çok görülmekte, bu sağlık sorunlarının çoğu 6 haftaya kadar devam etmektedir (33). Doğumdan sonraki ilk günde, sağlık personeli ile yoğun etkileşim içinde olan annenin postpartum döneme uyum yapabilmesinde ailenin yanı sıra, sağlık çalışanlarından, özellikle hemşirelerden aldığı bakım çok önemli yere sahiptir (12,38). Birinci günden sonra evine dönen anneye pasif ve bağımlı dönemi boyunca en çok destek olan kişi eşi ve diğer aile üyeleridir. Postpartum dönemde anneye uygun bir destek sağlanmadığında yeni duruma uyum yapmada sorunlar yaşanabilmekte, fizyolojik ve psikolojik sorunlarla karşılaşılabilir (18,39). Özellikle lohusalığın ilk bir haftası, fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir. Sistemlerdeki hızlı değişimler ve hormonların ani değişiminin yanında annenin içinde bulunduğu fiziksel sorunlar, anne, bebek ve eşin yeni dönemdeki değişimlere uyum sağlayamaması çeşitli ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Anneler doğum sonu dönemde sıklıkla epizyotomi, meme dolgunluğu, sezaryen veya hemoroide bağlı ağrı, konstipasyon, yorgunluk gibi fizyolojik sorunlar yaşamaktadırlar (3).

Doğum sonu dönemde ortaya çıkan duygusal sorunlar, annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon, postpartum psikoz olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Annelik hüznü, normal postpartum değişiklikler olarak kabul edilmektedir. Annelerin %50-80'inde görülmektedir (40). Genellikle doğum sonu 2- 4. günlerde ortaya çıkan, uyku bozukluğu, ağlama, yorgunluk, sıkıntı, endişe gibi belirtilerin görüldüğü bir durumdur. İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya da yapılan metaanaliz çalışmalarında; %13 yaygınlık oranı ile doğum sonu depresyon en sık görülen komplikasyonlardan biri olmuştur (41).

Doğum sonu dönemde babanın ve annenin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir. Bu dönemde annenin ve bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önemlidir (12,38). Doğum sonu dönemde annenin uyumu kendi sağlığını etkilediği kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığını da etkileyen önemli bir durumdur. Aile sağlığı, aile üyelerinin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilmesine, sosyal yaşama katılabilmesine ve aile üyelerinin rollerini, kendisi ve ailesi için sorunluluklarını yerine getirebilmesine bağlıdır. Aile içindeki bu etkileşim ve bağ nedeniyle aile üyelerinden birinin sağlığındaki bozulma, aile içindeki dengeyi bozabilir (42).

Kadın sağlığı hizmet alanında çalışan hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarının yanında, gebeliğin ve doğumun ailenin diğer bireyleri ile de ilgili olduğunu, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığının çevresinden ayrı düşünülmemeyeceğini unutmamaları gerekir (2). Hemşirenin doğum sonu döneme ait özellikleri, normal ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, gerekli girişimlerde bulunabilmesi, önlem alabilmesi ve gereksinimleri doğrultusunda kişileri bilgilendirip destek olabilmesi gerekir. Bu bakımın kalitesi ve niteliği de kadının ileriki yaşamındaki sağlık düzeyini etkilemektedir (43).

Pınar ve ark (36) çalışmalarında doğum sonu dönemdeki kadınların büyük bir kısmının bakımla ilgili beklentilerinin olduğu, annelerin “davranış ve iletişim yönünden” beklentilerinin yüksek olduğunu saptamıştır. Ayrıca ebe/hemşirelerden; destek olunması, bilgi verilmesi, yardımcı olunması, ağrılarının dindirilmesi, bebek bakımı,

sorulara cevap verilmesi gibi beklentileri dikkat çekmektedir. Fidan ve Pınar'ın (44) çalışmalarında annelerin öğrenim düzeyi arttıkça ebe/ hemşireden beklentilerinin azaldığı belirtilmektedir. Yapılan araştırmalar, annelerin eğitim gereksinimlerinin içinde bulundukları döneme göre değiştiğini, eğitim gereksinimlerinin sağlık personeli ve anneler tarafından farklı değerlendirildiğini göstermektedir. Annelerin katılımı ile yapılan değerlendirmelerden sonra, bakım gereksinimleri için birlikte planlama yapılması ve değişen gereksinimlerinin farklı dönemlerde tekrar belirlenerek, buna uygun eğitim verilmesi, ev ziyaretleri ve telefonla izlemle birlikte, eğitimin etkinliğini artıran diğer faktörlerden de yararlanılması gerektiği belirtilmektedir (45,46).

İyi bir prenatal/postnatal eğitim, eğitimcilerin bireysel olarak annelerin ve eşlerinin gereksinimlerine duyarlı olmasını gerektirir. İdeal olan, annelerin ve eşlerinin eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesidir. Eğitimciler; prenatal/postnatal eğitimlerin ilk oturumunda katılımcıların birikim ve deneyimlerini anlamak için zaman ayırmalıdır. Bowman and Ruchala'a göre (45) postnatal eğitim oturumu yeni annelere ne bildiklerini, neyi bilmeye gereksinim duyduklarını ve ne bilmek istediklerini sorarak başlamalıdır.

Hemşireler, temel sağlık hizmetleri kapsamında, kendilerinin ve çocuklarının sağlığını koruyucu davranışlar kazanmaları ve sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için annelere yardım sunan, en önemli sağlık personelidir. Prenatal ve postnatal dönem de hemşirelerin verecekleri hizmet, sadece fiziksel bakımla sınırlı değildir, aynı zaman da destek, eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesini de içermektedir (38).

Doğum sonu dönemde anneliğe uyumda hemşirenin/ ebenin sorumlulukları şöyle sıralanabilir (14,18,47);

- Postpartum 6 haftalık sürede anne ve bebeklere nitelikli bir izlem ve bakımın sağlanması için annelerin yaşadıkları sorunların sağlık personeli tarafından sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir.
- Ebe/hemşireler, ev ziyaretleri sırasında annelere yönelik tam bir değerlendirme yapmalıdırlar. Değerlendirme, annelerle görüşme ile başlamalıdır. Bu görüşmede, annelerle ilgili kişisel, ailesel, obstetrik, tıbbi öykü ve son doğumu ile ilgili bilgiler alınmalı ve riskler araştırılmalıdır. Bunun yanı sıra, annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri ve işi ile ilgili bilgilerde değerlendirilmelidir.

- Değerlendirmeler sonucunda, bakım gereksinimleri planlanarak anne ve yenidoğans Sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık rolleri gerçekleştirilmelidir. Anneler, annelik rolüne uyum yapabilmek, kendi ve yenidoğank bakımını sağlıklı sürdürebilmek için bakım ve eğitim almaya gereksinim duyarlar. Anneler, kendileri ile ilgili olarak, dinlenme, hijyen ve meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler ve doğum sonrası sorunlara yönelik konularda yenidoğank beslenmesi ve bakımı konularında eğitime gereksinim duyabilmektedirler.

2. 3. DOĞUM SONU DÖNEMDE ERKEN TABURCULUK

Gebelik ve doğum olaylarına sağlıklı yaşam deneyimleri olarak bakılması, bu dönemde anne ve ailesine verilen bakımın odak noktası olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin oluşturmaya neden olmuştur. Doğum sonu dönemde hastanede yatış süresinin kısalmasının temel felsefesi içinde de bu anlayış yer almaktadır. Postpartum dönemde hastanede yatış süresi özellikle 1970’li yıllardan bu yana giderek kısalmıştır (48). Birleşik devletlerde 1970 yılında doğum sonrası ortalama hastanede kalış süresi 4.1 gün iken, 1992 yılına kadar vajinal doğum sonrası ortalama hastanede kalış süresi 3.9-2.1 gün, sezaryan doğum sonrası 7.8-4.0 gün şeklinde %37 azalarak ortalama 2.6 güne kadar düşmüştür. Aynı zamanda 1970 ve 1980 yılları boyunca, hastaların doğal doğuma istek duymaya başlamaları, doğum odasında eşlerini istemeleri ve kısa sürede evlerine dönmeyi arzu etmeleri gibi birçok eğilimin bir sonucu olarak bazı hastanelerde aile merkezli obstetrik yaklaşımla erken taburculuk programları geliştirilmeye başlanmıştır (48). 1995 yılında anne ve yeni doğanların daha hazır olmadan, doğumdan hemen sonra hastaneden zorunlu olarak çıkarılması üzerine postpartum erken taburculukta sigorta şirketlerinin güvenilirliğine ilişkin ilk kriz patlak vermiştir. Bunun üzerine ilk kez 1995 Mayıs’ında Maryland’de, ”Anneler ve Yenidoğanların Sağlık Güvenliği Yasası” kabul edilerek, sigorta şirketlerine kadınların doğum sonrası en az 24 saat hastanede kalmaları konusunda sınırlama getirilmiştir. Ayrıca Maryland Yasası bu şekilde sigorta şirketlerini, perinatal bakım klavuzunda belirtilen postpartum kalış şemasındaki tıbbi tavsiyelere göre anne ve yenidoğank bakımını sağlamakla da zorunlu kılmıştır. Konuyla ilgili olarak ikinci kez 1995 yılı haziran’ında New Jersey’de Vali Christine Todd Whitman, sigorta ödemelerinin, sezaryan doğumdan sonra minimum 96 saat, vajinal doğumdan sonra ise minimum 48 saat hastanede kalış giderlerini kapsamaması gerektiğine

dair kanun tasarısını kabul etmiştir (48). Doğum sonu hastanede yatış süresinin kısalmasına neden olan diğer faktörler ise; ev ortamına benzer merkezlere olan talebin artması, sağlık hizmetlerinde aile merkezli yaklaşım modelinin yaygınlaşması ve sigorta şirketlerinin kaliteli ve maliyeti düşük sağlık bakımı verilmesi yönündeki baskılarıdır (48).

Doğum sonu taburculuk süresi hesaplanırken, diğer hastaneye yatış durumlarından farklı olarak, annenin hastaneye yattığı zaman değil, doğum yaptığı saatten taburcu olduğu saate kadar geçen zaman süresi dikkate alınmaktadır. Bu süre göz önüne alındığında; doğum sonu erken taburculuk, vajinal doğum yapan kadınların hastaneden 24 saat ve daha kısa sürede, sezaryen ile doğum yapan kadınların ise 48-72 saat içinde taburcu edilmeleri olarak tanımlanmaktadır (14,49). AAP ve ACOG, doğumdan sonraki 48 saatten daha önce taburcu olmayı doğum sonu erken taburculuk, 24 saat içinde taburcu olmayı ise çok erken taburculuk olarak tanımlamıştır (50). Kaynaklarda farklı bulgular olmasına rağmen literatürde normal doğumdan 48 saat, sezaryenle doğumdan 96 saat sonra taburcu olmanın anne ve bebek sağlığı yönünden uygun bir süre olduğu kabul edilmektedir (14, 51-53).

Ülkemizdeki doğumevlerinin çoğunda doğum yapan anne genellikle 24 saat sonra taburcu edilmektedir. İlk 24 saat, acil olarak gelişebilecek bazı komplikasyonları önlemek için yeterli gibi görülebilir. Ancak annenin evde geçireceği doğum sonu dönemde karşılaşacağı kendi fiziksel bakımı ve bebek bakımına ilişkin olası sorunlara yönelik eğitim vermek için çok kısa bir süredir. Doğumun ilk bir haftası fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir ve doğum sonu komplikasyonların yüksek olduğu bir dönemdir. Yaşanan sağlık sorunları özellikle ilk günlerde çok yaygın görülmekte, çoğu altı haftaya kadar ve bazıları bir yıla kadar devam edebilmektedir (51, 52). Yapılan çalışmalarda, erken taburculuğa bağlı annede en sık yaşanan sorunlar yorgunluk, uykusuzluk, meme problemleri, konstipasyon ve vajinal enfeksiyon ile yenidoğansalığı ile ilgili kaygılar, emzirmeye başlamada yetersizlik, emzirmeyi erken sonlandırma, aşırı ağlama, sarılık ve enfeksiyon (göz, göbek, ağız enfeksiyonu vb.)'dur (12,16,54). Liu et al. (55) çalışmalarında ise; pospartum erken taburcu olan sezaryenle doğum yapan kadınların %53'ünde, vajinal yolla doğum yapan kadınların ise %41'inde hastaneye yeniden yatış gerektiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada, sezaryenle doğum yapan kadınların hastanede kalış süresi azaldıkça, yeniden yatış riskinin arttığı (4 gün

%10, 3 gün %18, ≤ 2 gün ve daha az %21) ifade edilmiştir. Hastaneye yeniden yatış nedenlerinin ise postpartum kanama, enfeksiyon ve bazı hipertansiyon hastalıkları olduğu belirtilmiştir (55). Erken postpartum dönemde sağlık personelinin anneden çok yenidoğan sağlığına öncelik vermesi, taburculuk sonrası ise evde yeterli destek ve bakımın yeterince sağlanamaması annelerin ihmal edilmelerine neden olmaktadır. Oysaki böyle kritik bir dönemde göz ardı edilen fiziksel ve ruhsal sorunlar kadının daha ileriki yaşantısında daha çok rahatsız edebilir ve istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Bu nedenle erken taburculuğun yararlı olabilmesi için; doğum yapan kadının hastanede almaya başladığı sağlık bakımının evde de devam etmesi çok önemli ve gereklidir (14,56). Özellikle kısa süreli hastanede kalışlarda, hastaneden taburcu olmadan önce annelere yazılı bilgilerin yer aldığı broşür verilmesi, ebeveyn destek gruplarının hemşireler tarafından oluşturulması, hastaneden taburcu olduktan sonra annelerin telefonla izlenmesi ve toplum sağlığı hemşireleri tarafından ev ziyaretleri yapılması, annelerin bakıma ilişkin problemlerini çözmede yardımcıdır. Hemşire tarafından sağlanan eğitim ve danışmanlık, annelerin daha doyum verici ebeveynlik deneyimi yaşamasını kolaylaştıracaktır. Ayrıca bakımın sürekliliği, annelerin zaman içinde ortaya çıkan kaygılarını gidermede de yardımcı olacaktır (16,21). Doğum sonu erken taburculuk planlı ev ziyaretleri ile desteklendiğinde ana çocuk sağlığı açısından pek çok avantajı olduğu da bildirilmektedir (57,58).

Doğum sonrası dönemde erken taburculuğun ardından anne ve ailesinin yaşadıkları sorunlarla tek başlarına baş etmek zorunda kalmaları, evde bakıma yönelik hizmetlere yetersiz ulaşım nedeni ile anne ve bebekle ilgili fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar artmakta ve bunlar da taburculuğa hazır oluşluk durumunu değerlendirmeyi önemli hale getirmektedir (59-61).

Evde bakımla desteklenen erken taburculuğun anne ve yenidoğan için güvenli olabilmesi bazı koşullara bağlıdır. Bunlar (62);

- Doğumun normal zamanda ve müdahalesiz olması,
- Doğum sonu dönemde annenin herhangi bir sorun yaşamaması (kanama, involüsyon sürecinde yetersizlik, idrar yapamama gibi),
- Anne ve bebek açısından laboratuvar bulgularının normal olması,
- Yeni doğanın hayati bulgularında, reflekslerinde herhangi bir sorununun olmaması,

- Anne ve bebeğe ilk birkaç gün evde bakabilecek birilerinin olmasıdır.

Evde taburculuk sonrası izlemlerin sürdürülmesinden başka yapılabilecek bir diğer uygulama ise doğum öncesi dönemde anne adayının doğum ve sonrasına hazırlanması amacıyla eğitimin sağlanmasıdır. Ülkemizde ana çocuk sağlığı genel sağlık sorunları arasında önceliğini sürdürmekte ve doğum sonrası hizmetler gelişmekle birlikte istenilen düzeye henüz ulaşılmadığı belirtilmektedir (16,63).

2. 4. ERKEN TABURCULUK KRİTERLERİ

Kanıt temelli yaklaşımlarda doğum sonu erken taburcululuğun neonatal mortalite ve morbidite riskini artırdığı ifade edilmektedir (Kanıt düzeyi II B). Doğum sonu 48 saatten daha önce taburcu edilen annelerin 48 saatten daha uzun sürede taburcu edilenlere göre yeniden hastaneye başvurma olasılıklarının fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca primipar bekâr kadınlarda yenidoğanları ile acile başvurma oranının daha fazla olduğu görülmüştür (Kanıt düzeyi II A) (64). Doğum sonu anne ve yenidoğanın hastanede kalma süresinin azalması ile ilgili literatür gözden geçirildiğinde; annenin morbiditesi üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı ancak yenidoğanın mortalite ve morbiditesinde bir artış olduğu bildirilmiştir (65,66). Bu nedenle anne ve yenidoğanın fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali taburculuk planı yapılırken değerlendirilmelidir. Eğer anne ve bebeği doğumdan sonra 48 saat içinde taburcu edilecekse uzman bir sağlık profesyoneli (anne ve yenidoğan bakımında uzmanlaşmış hemşire gibi) ile yüz yüze görüşülerek değerlendirme yapılması ve sonra taburculuğun planlanması önerilmektedir (Kanıt düzeyi III). Doğumdan 48 saat sonra taburcu edilen düşük riskli anne ve yenidoğanlarda ise ev ziyaretleri yapılmasından çok taburculuktan sonraki 48 saat içinde telefonla takip tavsiye edilmektedir (Kanıt Düzeyi I) (67).

Doğum sonu taburculuğun güvenli olabilmesi için, hem anne hem de bebeğin hastaneden taburcu edilmeden önce bazı kriterleri taşıması gerekmektedir. Anne ve bebekler için belirlenen kriterler aşağıdadır (16,58,64):

- Anne normal ve termde bir gebeliği takiben komplikasyonsuz vajinal doğum yapmalı,
- Anne ve bebek için gerekli görülen laboratuvar testleri değerleri normal sınırlarda olmalı,
- Taburculuğu takip eden 1–2 gün içinde anneye destek olacak birey olmalı,

- Anne, olası komplikasyonların farkında olmalı ve gerektiğinde sağlık personelinin uyarmak için eğitilmiş olması,
- Taburculuk sonrası anne ve bebekte meydana gelebilecek sorunların saptanabilmesi için sağlık kurumlarının evde bakım, telefonla danışmanlık gibi hizmetleri düzenlemesi,
- Yukarıdaki ölçütlere ek olarak, sezaryenle doğum yapan anneler için, yenidoğanın vital bulguları stabil olmalı, emme refleksi güçlü olmalı, boşaltımını yapmış olmalıdır.

Ancak yukarıda belirlenen kriterler esas alınarak pospartum dönemde erken taburcu edilen kadınlarda; pospartum kanama, puerperal enfeksiyon, puerperal tromboemboli, mastitis, engorjman gibi meme hastalıkları ve konstipasyon gibi pek çok sorun ortaya çıkabilmektedir. Aynı şekilde yeni doğanlarda ise etkisiz emme, aşırı ağlama, sarılık ve enfeksiyon (göz, göbek, ağız enfeksiyonu vb.) gibi sorunlara da sık olarak rastlanmaktadır. Brumfield'in çalışmasında belirttiğine göre; pek çok pospartum erken taburculuk çalışması'nda, kadınların %0-43'ünün pospartum dönemde sağlık sorunu yaşadığı bildirilmiştir. Bu çalışmalarda kadınların %2'sinin endometritis, mastitis, epizyotomi enfeksiyonları ya da üriner sistem enfeksiyonları gibi çeşitli enfeksiyonlar nedeniyle ve sadece birinin plasenta retansiyonuna bağlı kanama nedeniyle hastaneye yeniden yatışının yapıldığı bildirilmiştir (48).

Anne ve bebeğin doğumdan sonra erken taburcu edilmelerinin bazı avantajları vardır (68):

- Anne ve bebeğin hastane ortamındaki patojenlere maruz kalma süresi kısalmır,
- Hastane yatakları daha etkin kullanılır,
- Hastane maliyetleri azalır,
- Yeni ailenin stresi ev çevresi ile azaltılır,
- Doğum olayının normal fizyolojik bir olay olarak ele alma bakış açısını güçlendirir,
- Aile bebek arasındaki bağlanma süreci daha hızlı başlatılır,
- Ailenin günlük yaşamı daha kısa sürede normale döner,
- Annenin alışık olduğu çevreye daha kısa sürede dönmesi rahatlığı ve memnuniyeti artırır,
- Anne ve diğer aile üyeleri arasındaki ayrılık daha kısa sürer.

Ayrıca erken taburculuk sonrası aşağıdaki riskler ortaya çıkabilmektedir (69);

- Emzirmeyle ilgili sorun sıklığının artması,
- Sarılık, sepsis ve dehidratasyon gibi yenidoğan problemlerinin tanı ve tedavisinin gecikmesi,
- Annede doğum sonu dönemde oluşabilecek problemlerin tanı ve tedavisinin gecikmesi,
- Taburculuktan sonra anne ve yeni doğanın tekrar hastaneye yatma sıklığının artmasıdır.

2. 5. YAŞAM KALİTESİ

2. 5. 1. Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihçesi

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi; gerek sosyolojik ve gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluğun doğasına ve ‘iyi bir yaşam’ için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir (70,71). Aristo ve ardından gelen çoğu filozofa göre yaşamın temel amacı en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır. Böylece bu hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur. Tıp alanında ise Hipokrat zamanında hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında olabildiğince iyilik halinin en yükseğe çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmekteydi (72). Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak olumlu bir şekilde tanımlamasından sonra “Yaşam Kalitesi” kavramına karşı ilgi son yıllarda oldukça artmıştır. MEDLINE veri tabanına göre (‘quality of life’ anahtar kelimesi ile yapılan inceleme) 1970 yılına kadar sadece 10 makalede bu terime değinilirken; 1991–2000 yılları arasında bu rakam 30813’e ulaşmaktadır. Ancak tüm bu çalışmalarda %30–50 oranında yaşam kalitesinden söz edilmekte iken, yaşam kalitesine ilişkin bir ölçek kullanma oranı ise sadece %2-7’dir (73).

2. 5. 2. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramı ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine karşın oldukça geniş kapsamlıdır ve tanımlamak oldukça zordur (74,75). Yaşam kalitesi pek çok alanı (domain) kapsayan çok faktörlü bir kavramdır. Bir kişinin yaşamının tümüyle iyiye gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu olarak da ele alınan yaşam kalitenin evrensel

olarak kabul görmüş tek bir tanımlaması bulunmamakla birlikte kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır (76).

Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL); kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır. Çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur (77).

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden de bir kavramdır. Berterö and Christina (78), yaşam kalitesini sosyolojik açıdan ele almış ve yaşam kalitesi kavramını, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlarken, bireysel iyilik durumunun bir anlatımı ve yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin kendi yaşamıyla ilgili doyum ifadeleri olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla her bireyin yaşam içeriklerinin değeri bireysel olduğundan yaşam kalitesi kavramı da bireyseldir ve sosyal desteğin yaşam kalitesinin ayrılmaz bir parçası olduğunu ifade etmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, yaşam kalitesi "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamaktadır (79). DSÖ'nün bu tanımı: fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler, ruhsal özellikler olmak üzere altı alanı içermektedir. Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır (80). Sonuç olarak; yaşam kalitesi; fiziksel, sosyal, cinsel, duygusal ve ruhsal olmak üzere çok boyutlu dinamik bir kavramdır (81-82).

Yaşam kalitesinin belirlenmesinde, bireyin kişisel durumu (kişiliği, sorunlarıyla başa çıkma yolları, inançları, emosyonel durumu) ve sosyokültürel durumu (toplum, çevre, kaynaklar, iş) temel faktörler olarak yer almakta, sağlık durumu (hastalığı ve buna bağlı ortaya çıkan bozukluklar, özürlülük ve engellilik durumu) da gerek kişisel gerekse

sosyokültürel durumla etkileşerek yaşam kalitesi üzerinde belirleyici rol oynayabilmektedir (83,84).

2. 5. 3. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SYK) (Health-Related Quality of Life)

Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramına ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlanmıştır (83,85,86). Sağlık araştırmaları alanında “Yaşam Kalitesi”nin değerlendirmesine son yıllarda yoğun bir ilgi duyulmaktadır. Günümüzde yaşam kalitesi kavramına bir başka bakış kazandırılarak kaynağa yönelik çalışmalarla birlikte çeşitli hastalıklar için özel ölçekler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. Artık “Yaşam Kalitesi”nin ölçülmesi, sağlık çalışmalarında ve sağlık politikalarının sonuçlarını değerlendirilmesi ve yeni politikalar üretilmesinde rutin olarak kullanılmaktadır (87).

Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın iyi olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması sayılabilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir. Örneğin, hastalığa bağlı ağrı ve bunun işlevlere getirdiği kısıtlamalar, günlük etkinliklerde başkalarının yardımını gerektirir ve hastanın yaşam kalitesini azaltır. “Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?” gibi basit bir soru, yaşam kalitesinin, resmi olmasa da bir ölçme yoludur (88).

Centers for Diseases Control and Prevention (89) yaşam kalitesini; bir bütün olarak yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlamaktadır. Stucki (87) yaşam kalitesini; sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik hali olarak tanımlarken, Dünya Sağlık örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini; “Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı” olarak tanımlamaktadır (90). Bu tanımla birlikte hastanın kendi yaşamıyla ilgili olarak yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiği üzerine odaklanılmıştır.

Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, diğer yandan kendi çevresiyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Son yıllarda özellikle kronik hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar artmıştır. Ancak doğum sonu annelerde yaşam kalitesi ile ilişkili çalışmalar yetersizdir

2. 5. 4. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik

Tıp bilimlerine yaşam kalitesi 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. Hemşirelik bilminde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yönelik girişimlerde bulunma, uygun bakım verme, yaşamın biyo-psiko-sosyal ve kültürel yönünü içeren esenlik yönünü yükseltmeye dayanır (92).

Hemşireler her zaman bireylerin ve ailelerin sağlık durumlarını gözlemekte, onların yaşam kalitelerini olası en üst düzeye çıkarmak için planlamalar yapmakta ve sonuçlarını değerlendirmektedir. Arslan (21) çalışmasında primipar annelere gebelikte ve doğum sonu bebek bakımı konusunda verilen danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi isimli çalışmasında; Padilla ve arkadaşlarına göre, hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik çalışmaların amaçları şöyle sıralanmıştır;

- Hastanın hastalığa karşı fiziksel ve psikososyal yanıtını (tepkisini) tanılamak
- Hastalık ve tedaviye yönelik olarak semptom yönetimini belirlemek
- Temel rehabilitasyon uygulamalarının etkisini ölçmek
- Sağlık- hastalık sürecindeki zayıf dönemleri tanımak

Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, diğer yandan kendi çevresiyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Son yıllarda özellikle kronik hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar artmıştır. Türkiye'de hemşirelik alanında yaşam kalitesi ile ilişkili olarak yapılan çalışmaların çoğunu kanserli hastalar, kronik hastalığı olan hastalar ve aileleri ile ilgili çalışmalar oluşturmaktadır.

Yaşam kalitesinin iyileştirilmesine önemli katkıları olan doğum deneyimi için hazırlık, bebeğin doğumu ile bitmektedir. Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni

bir düzenin kurulduğu önemli bir dönemdir. Doğum sonu dönem annenin, ebeveynlerin bebek bakımı vermesi için güvenli çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması, yeni rolleri öğrenmesi, aile duyarlılığının geliştirilmesi ve bebekle ilgili problemlerle baş etmesi gereken bir dönemdir. Bebeğine, postpartum rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve beden imgesindeki değişikliklere uyum yapmak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur. 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. Bilimsel olarak anneleri çocuk doğumuna ve bakımına hazırlamanın psikolojik yönden olumlu etkisi vardır. Bu dönem aile için çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olarak yaşanabileceği gibi kriz yaşanan bir dönem olarak ta yaşanabilmektedir (21). Doğum sonu dönem boyunca ebeveynlerin gereksinimlerini karşılamak amacıyla batı toplumlarında birçok 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, baş etme becerileri, bebek büyüme ve gelişmesi, bebek bakımı, bebek eşyaları ve güvenli oyuncak seçme ile ilgili bilgilere yer verilmektedir (2). Doğum sonrası dönemde anne; kontrol kaybı, mahremiyetin kaybı, anne olamama 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 baş etme durumuna bağlıdır. Hemşirelik kişinin uyuma ilişkin tepkilerini artırmayı ve etkin olmayan tepkilerini azaltmayı hedefler. Adaptif tepki belli durumla baş etmek için gereksinim duyulan enerji miktarını azaltan ve diğer süreçler için kullanılacak enerjiyi artıran bir tepkidir (93). Anne doğuma ve bebek/çocuk bakımına hazırlanırsa, bebeğin doğumu ile annenin doyumunu, ve öz saygısı artar. Gebelik sırasında destekleyici ilişkinin, meydana gelen gebelik komplikasyonların oranını, emzirme kararını, ebeveynliğe uyumu ve ebeveyn-bebek etkileşimini etkilediğini göstermekle birlikte, annenin yaşam kalitesini ve anne bebek bağlılığını da etkilemektedir (94).

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 ulaşılabilir 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 (21).

Son 20 yıldır doğum eylemi sırasında ve doğum sonu sağlıkla ilgili görüşleri içine alan pek çok araştırma yapılmıştır (95). Doğum sonu dönemde hastalıklar ile ilgili tedavi yaklaşımları üzerinde çalışmalar yapılırken, doğum sonu eğitim, araştırma ve uygulamalar daha sınırlı yapılmıştır (96). Doğum sonu dönemde kadınların yaşadıkları duygusal değişimler, doğum sonu depresyon araçlarının geliştirilmesine yol açmıştır (97). Geleneksel tıp; doğum sonu dönemde, anemi, inkontinans, puerperal sepsis, hemoraji ve tromboz gibi sorunları tedavi etmekle birlikte yorgunluk, sırt ağrısı, perine ağrısı ve hemoroid ağrısı gibi durumları beklenen durumlar olarak değerlendirip tedavi etmektedir (96). Bu durumlar sağlık çalışanları için minör sağlık sorunu olarak görülürken doğum yapan kadın için yıkıcı etkiye sahip, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler olmuştur. Genellikle sağlık çalışanları geleneksel yöntemler üzerine odaklanarak bu durumu göz ardı etmişlerdir. Bütüncül olarak değerlendirme; kişilerin çok önemli olduğunu düşündükleri şeyleri tanımlamaları için onlara izin vermekle olacaktır. Bu; yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde temel unsurlardan biridir (98).

Postpartum dönemde evdeki işlere geri dönme, bebek bakımı ve sorumlulukları üstlenme, uykusuzluk, yorgunluk, gibi kadının günlük yaşamını dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; kadının yaşam kalitesini de etkilemektedir. Ayrıca annenin yaşam kalitesi annenin yaşı, eğitim düzeyi, duygusal durumu, artan metabolik ihtiyaçları, hormonal değişiklikleri, anemi, beslenme durumu, bulantı, kusma, alkol, sigara alışkanlığı ve doğum şeklinden de etkilenmektedir (99).

Choe et al (100), yaşam kalitesini; fiziksel, zihinsel, sosyal, seksüel, duygusal ve ruhsal iyiliği kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlamaktadır. Pek çok farklı sağlık

alanında kullanılabilen bir yaklaşım olarak bakım alan kadınların bakış açısına göre yaşam kalitesinin ölçülmesi önerilmektedir (101).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak amacıyla metodolojik, gebelikte kadınlara verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazır olma durumu ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak iki aşamada yürütülmüştür.

3.1. DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ’NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Araştırmanın birinci aşamasında annelerin doğum sonu yaşam kalitesini ölçmek amacıyla “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MAPP-QOL)”nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3.1.1. Araştırmanın Tipi

“Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin geçerliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek üzere yapılmış metodolojik bir çalışmadır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

“Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması için Konya merkez Meram ilçesine bağlı bir nolu Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) yapılmıştır. Bir nolu ASM kent merkezinde olduğu ve tüm sosyoekonomik gruptan ailelerin başvurduğu bir merkez olması nedeni ile tercih edilmiştir. Çalışmanın ilk aşamasının verileri 27.07.2009- 30.10.2009 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Ölçek geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının örnek büyüklüğünün saptanmasında madde sayısının 5 katı dikkate alınmıştır. Ölçek uyarlamasında; her bir ölçek maddesi için en az 5, en fazla 10 katı örnek seçilmesi önerilmektedir (102). Bu çalışmada da kullanılacak MAPP-QOL ölçeği toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Araştırmada ölçek madde sayısının 5 katı olan toplam 200 ($40 \times 5 = 200$) kadın örnek gruba oluşturmuştur.

Veri toplanan kadınlarda aşağıdaki kriterler dikkate alınmıştır;

- Okuma- yazma bilme,
- Annelerin doğum sonu 4–6. haftasında olması (orijinal ölçekte veri toplama dönemi),
- Annelerin ve bebeklerin doğum sonu riskli durumlarının olmaması,
- Sözel iletişim kurabiliyor olma,
- Çalışmaya katılmayı kabul ediyor olmadır.

3.1.4. Veri Toplama Araçları

Anneleri tanıtan Kişisel Bilgi Formu ve “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MAPP-QOL)” olmak üzere iki form kullanılmıştır.

3.1.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK I)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür (2,24,45,103,104), incelenerek hazırlanan Kişisel Bilgi Formu; kadının sosyo-demografik özelliklerini içeren 11 sorudan oluşmaktadır.

Sosyo-demografik veriler olarak; kadının yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, evlilik süresi, en uzun yaşanan yer, aile tipi, aylık gelir durumu değerlendirilmiştir.

3.1.4.2. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği [Maternal Postpartum Quality Of Life (MAPP-QOL)] (EK V)

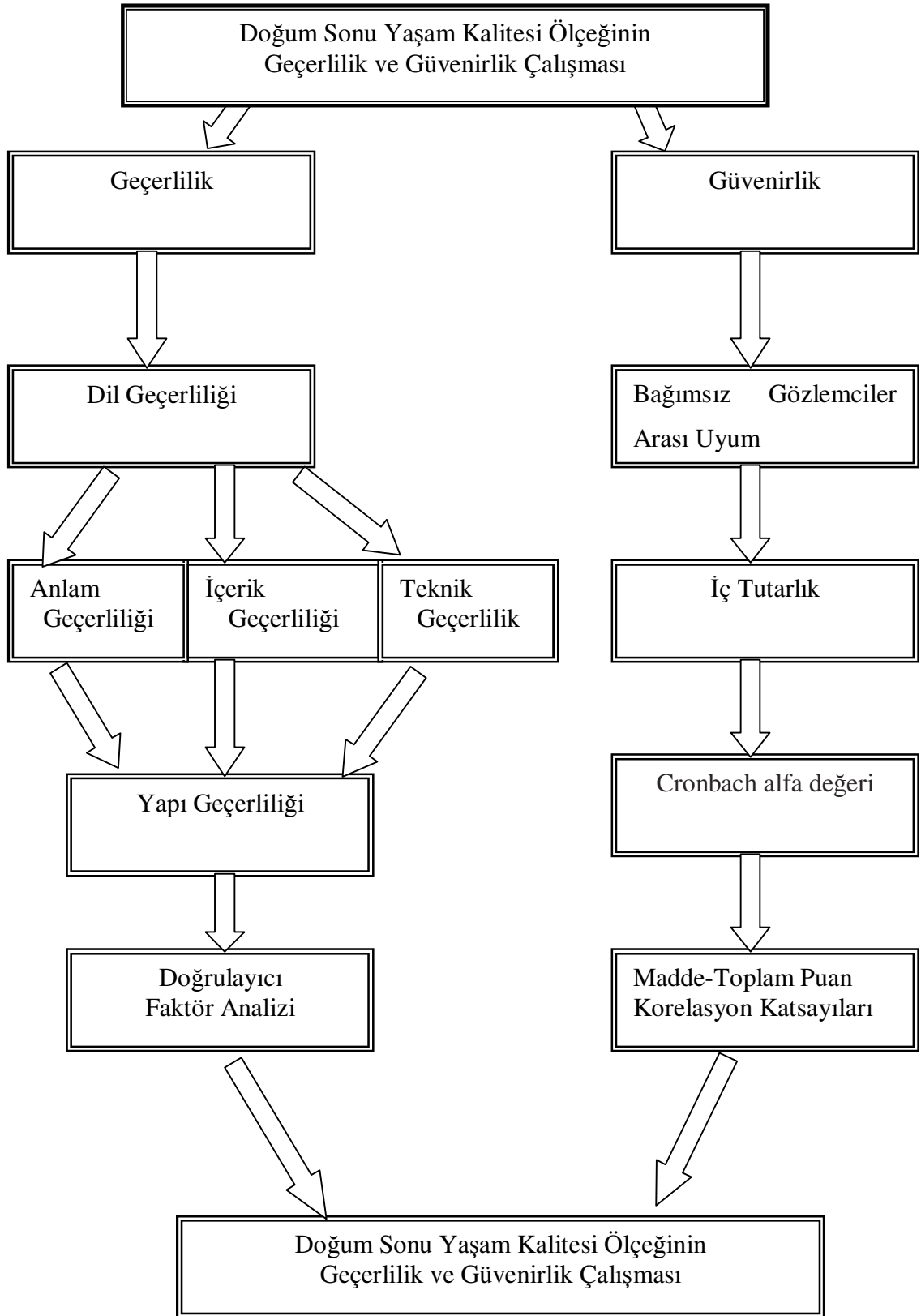
MAPP-QOL ölçeği Hill et al. (103) tarafından geliştirilen; skorlamasında ise Ferrans and Powers’ın (105) Yaşam Kalitesi İndeksi Jenerik Versiyon III’den yararlanılan bir ölçektir. Orijinal ölçek 40 maddeden oluşmakta ve Akrabalık-aile-arkadaş (10 madde), Sosyoekonomik durum (9 madde), Eş (5 madde), Sağlık (8 madde), Psikolojik/bebek (8 madde) olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçek, annelerin hastaneden taburcu olduktan sonraki erken postpartum (6 haftalık) dönemde kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettiklerini değerlendirmektedir. Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde her bir madde ile ilgili memnuniyet, ikinci bölümde ise önemlilik sorgulanmaktadır. Tüm maddeler 6’lı Likert skalasına göre

değerlendirilmektedir. Ölçeğin Memnuniyet ve Önemlilik bölümleri 1'den 6'ya kadar numaralandırılmıştır. 1=Hiç Memnun Değil, 2=Orta Derecede Memnun Değil, 3=Biraz Memnun Değil, 4= Biraz Memnun, 5=Orta Derecede Memnun, 6=Çok Memnun olarak tanımlanmaktadır. Aynı tanımlamalar Önemlilik Bölümü için de geçerlidir. Sorularda sorulan alanla ilgili ne kadar memnun olduğunu ya da o alanın onun için ne kadar önemli olduğunu tanımlayan en doğru şıkkın seçilmesi istenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarını hesaplamak için; 1'den 6'ya kadar olan memnuniyet maddelerin her birinden 3.5 çıkarılmakta (böylece rakamlar -2.5, -1.5, -0.5, 0.5, 1.5, 2.5 olmaktadır), aynı maddeye denk gelen önemlilik skorları çarpılmakta, çarpılarak elde edilen sonuçların hepsi toplanıp 40 tane soru olduğu için 40'a bölünerek, negatif sonuçlar oluşmaması için bölümden elde edilen rakama 15 eklenip sonuç bulunmaktadır. Böylece Yaşam Kalitesi Skoru 0-30 aralığında çıkmaktadır (105). Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin doğum sonu yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar doğum sonu yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin hazırlanmasında İçerik geçerliliğine yönelik olarak konu alanında uzman kişilerden görüş alınmıştır.

3.1.5. Verilerin Toplanması

Doğum sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliğini belirlemek için gerekli izinler alındıktan sonra öncelikle dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Daha sonra oluşturulan metnin, Türkçe dil ve anlam uygunluğu belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığını saptamak için madde toplam puan korelasyonuna ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısına bakılmıştır. Ön uygulama sonrası son şekli verilen MAPP-QOL, yüz yüze görüşme tekniği ile bebeğinin hepatit aşısı ikinci dozunu yaptırmak (4-6. hafta) üzere başvuran annelerden gelişi güzel örneklem yöntemi ile 200 kadına uygulanmıştır. Veri toplama aracının doldurulması yaklaşık 10-15 dakikalık bir süreyi almıştır.



Şekil 3.1. MAPP-QOL'nin Geçerlik ve Güvenirlik Aşamaları

3.1.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Doğum sonu Yaşam kalitesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında verilerin istatistiksel değerlendirmeleri aşağıdaki şekilde verilmiştir.

Geçerlik türü	Geçerlik Şekli
İçerik (Kapsam) Geçerliği	Uzman görüşü
Yapı Geçerliği	Doğrulamalı Faktör analizi
Güvenirlik türü	Güvenirlik Şekli
Bağımsız görüşmeciler arası uyum	Korelasyon Student t test
İç tutarlılık	Cronbach alfa Güvenirlik Katsayısı
Madde toplam puan korelasyonu	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu

Şekil 3. 2. Türkçe MAPP-QOL'nin Geçerlik ve Güvenirlik Değerlendirme

Ölçeğin geçerlik güvenirlik analizinde;

Bir ölçeğin standart bir ölçüm aracı olarak kabul edilebilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması için taşınması gereken özelliklerden birisi “güvenilir” diğeri “geçerli” olmasıdır. Ölçeğin geçerlik çalışmasında, içerik ve yapı geçerliği yapılmıştır. Ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğini değerlendirmede yapılan içerik geçerliliği, 9 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Ölçme aracının ölçtüğünü iddia ettiği teorik yapıyı ne derece ölçebileceğini göstermek için Yapı geçerliliğinden yararlanılmıştır. Yapı geçerliğini değerlendirmek için Doğrulamalı Faktör analizi yapılmıştır.

Aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde tutarlı bir şekilde benzer verilerin elde edilmesini sağlama olanağı vermesi için ölçeğin güvenirliğine yönelik olarak iç tutarlılığı bağımsız gözlemciler arası uyum ile incelenmiştir. Örneklem grubu hariç *MAPP-QOL* ölçeği iki ayrı görüşmeci kullanılarak ölçeğin iç tutarlılığı görüşmeciler arası uyum açısından değerlendirilmiştir. Bu uygulama; araştırmacının kendisi ve ölçeğin nasıl kullanılacağı konusunda eğitim verilen diğeri görüşmeci ile gerçekleştirilmiştir. Bunun için örneklem grubuna uygun özellikteki 30 anne seçilmiştir. Bu annelere öncelikle araştırmacının kendisi ölçeği uygulamış daha sonra da diğeri gözlemci tarafından ölçek aynı anneye tekrar uygulanmıştır. Bağımsız gözlemciler arası uyumu hesaplamak için t-testi, korelasyon yöntemleri kullanılmıştır.

Her bir ölçek maddesinin varyansı (değişimi), toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Madde-toplam puan korelasyon katsayısı, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmiştir. Ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin ölçüsünü değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısına bakılmıştır.

3.2. GEBE KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU TABURCULUĞA HAZIR OLUŞLUK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın ikinci aşamasında; gebelikte kadınlara verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazır olma durumuna ve postpartum dönemdeki yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi incelenmiştir.

3.2.1. Araştırmanın Tipi

Gebelikte kadınlara verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazır olma durumuna ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirmek üzere yapılmış yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran gebeler ile yapılmıştır. Araştırma yerinin tercih nedeni; polikliniğe başvuran gebelerin rutin izlemlerinin yapılması ve eğitim materyallerinin ve bir eğitim odasının bulunmasıdır.

Araştırmanın ikinci aşamasının verileri 17.05.2010 ile 15.12.2010 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran tüm gebeler oluşturmuştur. Polikliniğe 2008 yılı içinde başvuran gebe sayısı 3809'dur. Bu sayının 332'si normal vajinal doğum, 1634'ü müdahaleli vajinal doğum, 1843'ü sezaryen ile doğum yapmıştır.

Örnek büyüklüğü belirlemede; "t testinin uygulandığı deneysel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün belirlenmesi" formülünden yararlanılmıştır (106). Hesaplamada Burucu'nun (107) tez çalışma bulgusundan elde edilen sonuçlar kullanılmıştır. Söz konusu çalışmada Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ- YDAF) toplam puan ortalaması deney grubunda $149,9 \pm 24,1$ kontrol grubunda ise $128,7 \pm 31,8$ 'dir. Hesaplamada alfa (iki yönlü) değeri 0.05 alınmış ve güç 0.80 kabul edilmiştir. Deney ve kontrol grubu arasındaki fark ilgili çalışmada %20 bulunmuştur. Buna göre; standartlaştırılmış etki büyüklüğü en soldaki kolondan 1.00 kabul edilmiş, yukarıdan aşağıya alfa (iki yönlü)=0.05 ve beta=0.20'nin kesişim

yerindeki rakam olan 16 kişi okunarak gerekli kadın sayısı 32 kişi olarak bulunmuştur (106). İstatistiksel analiz açısından örnek grubun 40 müdahale, 40 kontrol olmasına karar verilmiştir. Araştırma başladıktan sonra çeşitli nedenlerle araştırmadan ayrılabilir ya da evlerinden ulaşılamayacak kadınlarda dikkate alınarak beş müdahale, beş kontrol grubuna olmak üzere 10 yedek örneklem gruba alınmıştır. Böylece 45 kişi müdahale ve 45 kişi kontrol grubu olmak üzere örneklem alınmıştır. Kontrol grubuna alınan 45 gebenin üçü erken doğum yaptığı için, ikisi ile de iletişim kurulamadığı için çalışmanın dışında bırakılmıştır. Böylece kontrol grubu 40 gebe ile oluşturulmuştur. Müdahale grubuna alınan 45 gebeden iki gebenin doğum sonrası bebeklerinde sorun olması üç anneye de doğum sonrası ulaşamadığı için beş anne çalışmanın dışında bırakılmıştır. Böylece müdahale grubu da 40 gebe ile oluşturulmuştur.

Örnek büyüklüğü şöyle hesaplanmıştır:

1. Sıfır hipotezi: Gebelikte eğitim alan ve almayanların Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk puanları aynıdır.
2. Alternatif hipotez: Gebelikte eğitim alan ve almayanların Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk puanları farklıdır.
3. Etki büyüklüğü: $\%20 \times 149.9 = 29.98$
4. Standartlaştırılmış Etki Büyüklüğü: standartlaştırılmış etki büyüklüğünü hesaplamak için; beklenen etki büyüklüğü sonuç değişkeninin standart sapmasına bölünür. Örnekte hesap: “etki büyüklüğü/standart sapma = $29.98/24.1 = 1.24$ ”
5. Alfa (iki yönlü): 0.05, Beta=1-güç=1-0.80= 0.20 (106).

Araştırma kapsamına aşağıdaki özelliklere sahip olan gebeler alınmıştır;

- En az ilkokul mezunu olma
- 18 yaş ve üstü olma
- Gebeliğin 32-36. haftalarında olma (multipar veya primipar)
- Riskli gebelik öyküsü olmama
- Kronik hastalık öyküsü olmama
- Sözel iletişim kurabilme
- Çalışmaya katılmayı kabul etme.

3.2.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri;

- Kişisel Bilgi Formu
- Yenidoğan Bilgi Formu
- Doğum Sonu Anne- Bebek Formu
- Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ-YDAF)
- Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MAPP-QOL) ile toplanmıştır.

3.2.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK I)

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik, tıbbi ve obstetrik öyküsünü değerlendirmek amacıyla literatür (2,24,45,103,104), doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Sosyo-demografik özellikleri içerisinde; gebenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, evlilik süresi, en uzun yaşanan yer, aile tipi, aylık gelir durumu sorulmuştur. Tıbbi ve obstetrik öyküsü gebelik haftası, son adet tarihi, muhtemel doğum tarihi, gebelik, doğum, düşük, yaşayan çocuk sayısı, son gebeliğini isteme durumu, doğum öncesi bilgi alma durumunu kapsayan toplam 22 soru ile belirlenmiştir.

3.2.4.2. Yenidoğan Bilgi Formu (EK II)

Araştırma kapsamına alınan doğum yapmış kadınlara uygulanan yenidoğan bilgi formu; doğum şekli, bebeğin doğum ağırlığını içeren iki sorudan oluşmaktadır.

3.2.4.3. Doğum Sonu Anne- Bebek Formu (EK III)

Bu form araştırma kapsamına alınan gebelere doğumdan sonra uygulanmıştır. Formda kadının gebelik ve doğum sürecinde eşinden destek alma durumu, doğum sonu dönemde eşinden evde destek alma durumu, doğum sonu 6 hafta sürecinde evde destek alma durumu ve kimden destek aldığı, doğum sonu dönemde annenin kendi bakımı, bebek bakımı, meme bakımı ve emzirme ile ilgili güçlük yaşama durumlarını belirlemeye yönelik 6 sorudan oluşmaktadır.

3.2.4.4. Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ-YDAF) (EK IV)

Doğum sonrası hastane taburculuğuna hazıroluşluk durumunu saptamak amacıyla “Hastane Taburculuğu İçin Hazır Oluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ-YDAF)” kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Weiss at al (97) ile Weiss and Placentine (108) tarafından yapılmıştır. Hastaneden taburculuğa

hazıroluşluğu annenin algılamasına göre değerlendiren bir ölçek olan HTHÖ-YDAF dört alt boyuttan ve toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte birinci madde annenin planlanan taburculuğa kendini hazır hissetme durumu ile ilgilidir, ikili (dikotom) (evet/hayır) yanıtlanmakta ve puanlamaya dahil edilmemektedir. 2-23 arasındaki maddeler “0” ile “10” arasında likert tipi puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları: 1. Kişisel durum; 2-9. Madde (3. ve 6. madde ters yönde puanlanmaktadır), 2. Bilgi; 10-16. madde, 3. Yetenek; 17-19. madde ve 4. Beklenen destek; 20-23. maddelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan “0” ve en yüksek puan “220”dir. Puanlamada yüksek puan kişinin taburculuğa hazır oluşluğunun yeterli durumda olduğunu düşük puanlar ise yeterli olmadığını göstermektedir.

HTHÖ-YDAF’nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği Akın ve Şahingeri (109) tarafından yapılmıştır. HTHÖ-YDAF’nin geçerliğinin incelenmesinde içerik geçerliliğine yönelik olarak konu alanında uzman kişilerden görüş alınmış yapı geçerliliğine yönelik olarak Temel Bileşenler Analizi-Varimax rotasyon yöntemi ve bilinen grup geçerliliği yönteminden yararlanılmıştır. Ölçeğin güvenirliğine yönelik olarak iç tutarlılığı ve madde toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Güvenirliğin incelenmesinde iç tutarlılığı (internal Consistency)incelemeye yönelik olarak HTHÖ-YDAF’nin toplam ve alt ölçekleri için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. HTHÖ-YDAF’nin güvenirlik katsayısı toplamda (0.70) ve alt ölçeklerden bakım becerisi (0.74) ve beklenen destekte (0.83) yüksek, güç ve baş etme (0.57) alt boyutunda orta derecede iken stres ve yardıma ulaşma bilgisinde (0.32) düşük bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonları 0.21-0.53 arasındadır ($p<0.01$). Ölçeğin istatistiksel değerlendirme açısından toplam puanın kullanılmasının uygun olacağı vurgulanmıştır Akın ve Şahingeri (109). Çalışma grubunda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.86 olarak tespit edilmiştir.

3.2.4.5. Doğum sonu Anne-Bebek Formu ve “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MAPP-QOL) (EK V)

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Hill et al (103) tarafından yapılmıştır. Doğum sonu yaşam kalitesi annenin algılamasına göre değerlendiren bir ölçek olan MAPP-QOL beş alt boyuttan ve toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri “1” ile “6” arasında likert tipi puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları: Akrabalık-aile-arkadaş (10 madde), Sosyoekonomik (9 madde), Eş (5 madde), Sağlık (8 madde), Psikolojik/bebek (8 madde)’tir.

Yaşam Kalitesi Skoru 0-30 aralığında çıkmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin doğum sonu yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar doğum sonu yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Çalışma grubunda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.94 olarak tespit edilmiştir.

3.2.5. Ön Uygulama

Kişisel bilgi formu, Anne- bebek formu, “Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği-Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ-YDAF)” Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı’nda doğum yapan 10 anneye, “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MAPP-QOL)” ‘nin anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla doğum sonu 4. haftasında olan 10 anneye olmak üzere toplam 20 anneye (okuma yazması olan, kriterlere uyan, miadında doğum yapan) ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası anlaşılır olduğu belirlenen formlar değişiklik yapılmadan uygulanmıştır. Ön uygulamaya alınan gebeler müdahale ya da kontrol grubuna alınmamıştır.

3. 2. 6. Verilerin Toplanması

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı polikliniği hemşiresi ile görüşülmüş, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

1. Kontrol Grubunun Verilerinin Toplanması

Müdahale ve kontrol grubunun birbirinden etkilenmesini engellemek ve sonuçların daha sağlıklı olabilmesi için öncelikle kontrol grubunun verileri toplanmıştır. Kontrol grubu gebelere hastanede yapılan rutin yaklaşım ve uygulamalar dışında hiçbir girişim ya da uygulama yapılmamıştır. Kontrol grubu ile üç kez görüşülmüş olup işlemler sırası ile şu şekilde olmuştur;

Birinci görüşme; gebeliğin 32-36. haftası gebe polikliniğinde yapılmıştır.

- Araştırmanın amacı anlatılıp sözlü onamları alınarak “Kişisel Bilgi Formu” doldurulmuştur.
- Gebelerin doğum yaptıkları zaman telefon ile bilgi verebilmeleri için araştırmacının iletişim bilgileri verilmiştir.
- Gebenin doğumundan haberdar olabilmek ve doğum sonu iletişim kurabilmek için gebelerin iletişim bilgileri alınmıştır.

İkinci görüşme; doğum sonu 1-2. günde hastanede yapılmıştır.

- Kontrol grubuna alınan tüm gebeler doğum yaptıkları zaman telefon ile bilgi vermiştir.
- Doğum yapan annelere; hastaneden taburcu olmadan “Yenidoğan bilgi formu” ve “Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu” doldurulmuştur.

Üçüncü görüşme; doğum sonu 4-6.hafta evde yapılmıştır.

- Annelerin doğum sonu 4-6. haftaları hesaplanarak kadınlar evlerinde ziyaret edilmiştir.
- Anneler ile evde yüz yüze görüşülerek “Doğum sonu anne-bebek formu” ve “Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği” doldurulmuştur.
- Veriler tamamlandıktan sonra annelere eğitim kitapçıkları dağıtılmıştır.
- Doğum sonu anne ve bebek bakımına yönelik soruları varsa cevaplandırılmıştır.

2. Müdahale Grubunun Verilerinin Toplanması

Kontrol grubu tamamlandıktan sonra müdahale grubuna anneler kriterlere uygun olarak seçilmiştir. Müdahale grubu ile üç kez görüşülmüş olup işlemler sırası ile şu şekilde olmuştur;

Birinci görüşme; gebeliğin 32-36. haftası gebe polikliniğinde yapılmıştır.

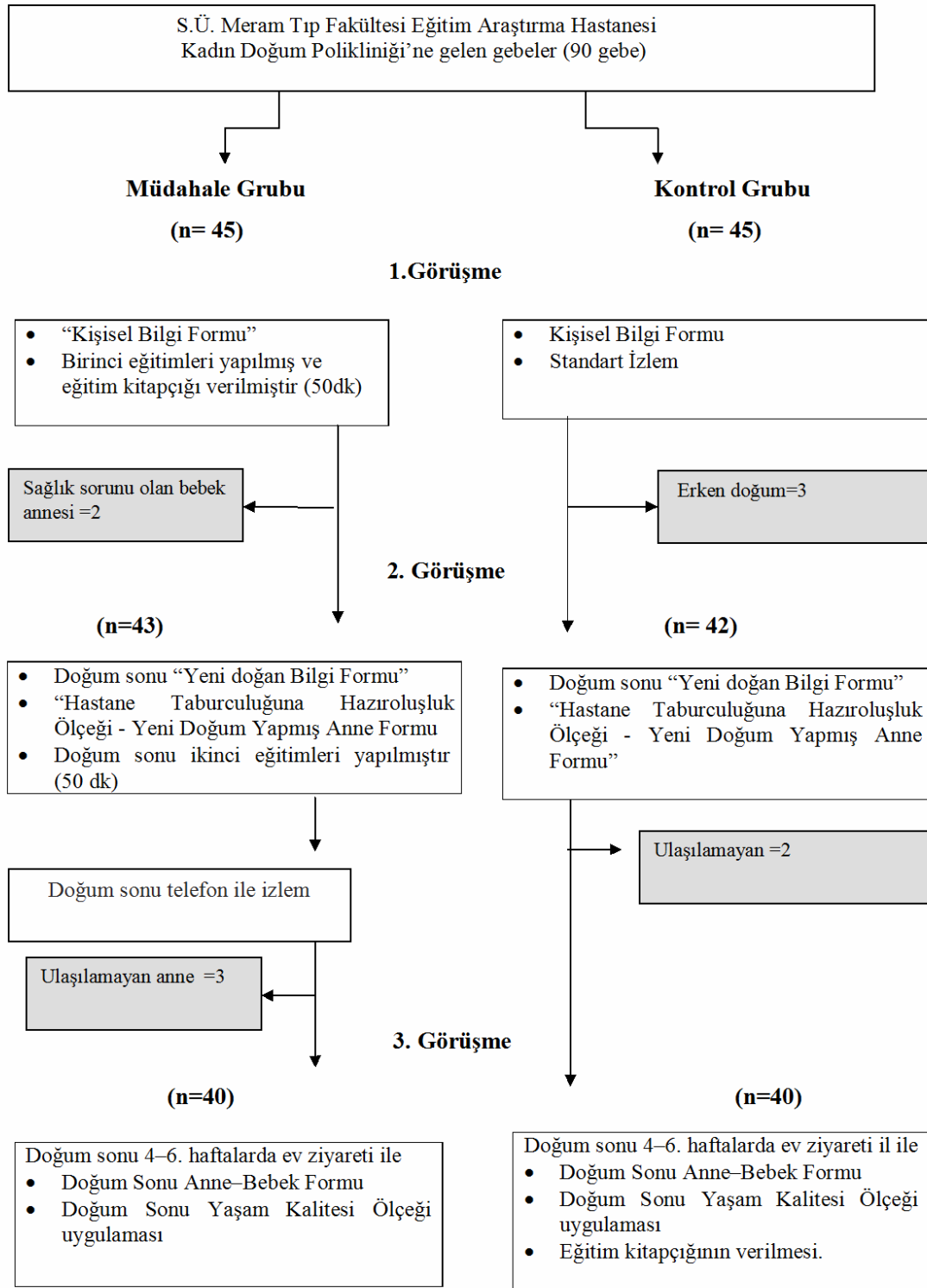
- Araştırmanın amacı anlatılıp sözlü onamları alınarak “Kişisel Bilgi Formu” doldurulmuştur.
- Eğitim odasına davet edilerek gebelere doğuma hazırlık ve doğum sonu süreci içeren ilk eğitimleri yapılmış ve kitapçıkları verilmiştir.
- Gebelerin doğum yaptıkları zaman telefon ile bilgi verebilmeleri için ve doğuma kadar herhangi bir sorusu olduğunda ulaşabilmeleri için araştırmacının iletişim bilgileri verilmiştir.
- Gebenin doğumundan haberdar olabilmek ve doğum sonu iletişim kurabilmek için gebelerin iletişim bilgileri alınmıştır.
- Gebeler doğuma kadar bir kez telefon ile aranarak sorunlarının olup olmadığı öğrenilmiştir.
- Anne-Bebek Vakfı tarafından hazırlanan “Hoş geldin bebek” CD’si izlettirilmiştir.

İkinci görüşme; doğum sonu 1-2. günde hastanede yapılmıştır.

- Doğum yaptıkları belirlenen annelere hastaneden taburcu olmadan ziyaret edilerek, annenin kendi bakımı, bebek bakımı ve emzirme ile ilgili olarak ikinci eğitimleri yapılmıştır
- Hastaneden taburcu olmadan “Yenidoğan Formu ve “Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu” doldurulmuştur.
- Doğum sonrası telefon ile anneler aranarak veya soru sormak üzere araştırmacıyı arayarak danışmanlık sürdürülmüştür.

Üçüncü görüşme; doğum sonu 4-6.hafta evde yapılmıştır.

- Annelerin doğum sonu 4-6. haftaları hesaplanarak anneler evlerinde ziyaret edilmiştir.
- Annelere evde; doğum sonu süreç ile ilgili daha geniş bilgi verilerek üçüncü eğitimleri tamamlanmıştır.
- Anneler ile evde yüz yüze görüşülerek “Doğum sonu anne-bebek formu” ve “Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği” doldurulmuştur.



Şekil 3. 3. Veri Toplama Akış Şeması

3. 2. 7. Verilerin Toplanmasında Hemşirelik Girişimleri

1.Eğitim Programının Amacı

Eğitim programı; gebeliğin son trimestrinde anne ve bebek sağlığını koruma bilincini geliştirmek ve pekiştirmek, annenin doğum ve doğum sonrası döneme uyumunu kolaylaştırmak, anne ve bebek bakımına yönelik bilgi gereksinimlerini gidermek ve bakımda doğru davranışları kazandırmaya çalışmak ve bakım sorumluluğunu almasını sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Eğitim gebeliğin son trimestrinde (32-36.hafta) olan gebelere olmak üzere, doğum öncesi, doğum sonu erken dönemde (1-2. günde) ve doğum sonu 4-6. haftalarında olmak üzere üç kez ve 50’şer dakika olacak şekilde uygulanmıştır.

2. Eğitim Materyalleri

Eğitim süresi dışında bilgi tekrarını sağlamak ve kadınların istedikleri zaman ulaşabilecekleri bir kaynak oluşturmak amacıyla araştırmacı tarafından eğitim kitapçığı hazırlanmıştır (EK XIV). Ayrıca, emzirmeyi içeren afişlerden ve aile sağlığı vakfının hazırlamış olduğu “Hoş Geldin Bebek” CD’sinden yararlanılmıştır. “Hoş Geldin Bebek” CD’sinin kullanımı için Anne-Bebek Vakfı yöneticilerinden gerekli izinler alınmıştır (EK XII).

3. Eğitim İçeriği

Eğitim kitapçığı, konu ile ilgili yerli ve yabancı literatür (104,110,111) bilgileri incelenerek ve konu alanında uzman kişilerin (Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği beş, Halk Sağlığı Hemşireliği iki kişi) fikir ve görüşleri alınarak hazırlanmıştır. Eğitim kitapçığı mümkün olduğunca tıbbi terimlerden kaçınılarak ve parantez içi gerekli açıklamalar yapılarak annelerin anlayabilecekleri bir dilde hazırlanmıştır. Hazırlanan eğitim kitapçığı şu bölümlerden oluşmuştur:

Annenin öz bakımı ile ilgili olarak;

- Doğum sonu fizyolojik değişiklikler,
- Perine hijyeni,
- Karın ağrıları,
- Boşaltım,
- Banyo ve genel hijyen,
- Uyku ve dinlenme,
- Egzersiz,
- Cinsel ilişki,

- İlaç kullanımı,
- Kontrasepsiyon yöntemleri,
- Emzirme ve meme bakımı konuları,

Yenidoğanın bakımı ile ilgili olarak;

- Yenidoğanın özellikleri,
- Bebeğin tutulması, yatırılması,
- Bebeğin banyosu,
- Bebeğin giydirilmesi,
- Göbek bakımı
- Bebekte saptanan sorunlar (pişik, pamukçuk, konak)
- Anne ve bebeğin beslenmesi konularına yer verilmiştir.

4. Eğitimin Yapıldığı Yer ve Süre

Müdahale grubuna uygulanan eğitim Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda eğitim için ayrılan oda da gerçekleştirilmiştir. Odanın duvarlarına motivasyonu sağlamak amaçlı resimler, gebelerin bilgilenmesi için beslenme ve doğuma ilişkin eğitici posterler asılmıştır. Teorik eğitimlerde; CD sürücüsü ve hoparlör sistemi bulunan bilgisayar ve projeksiyon cihazı kullanılmıştır Eğitim sırasında anlatım, tartışma, slayt gösterimi, video gösterim teknikleri kullanılmıştır. Gruplar ortalama 5'er kişilik olarak düzenlenmiştir. Eğitim tek oturumda ve ortalama 50 dakika sürecek şekilde yapılmıştır.

5. Eğitimin Uygulanmasındaki Aşamalar

Araştırmanın ikinci aşamasında gebeliğin son trimestr'inde olan kadınlara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmak isteyenler eğitim odasına alınmıştır. Annelere önce hiçbir açıklama yapılmaksızın Kişisel Bilgi Formu doldurulmuştur. Daha sonra kadınlar U düzeni ile oturtulmuştur. Bu oturma düzeninin tercih edilmesinin nedeni; interaktif eğitim yöntemlerinde bireylerin birbirlerini görmelerinin sağlanmasıyla öğrenmenin kolaylaşmasıdır. Daha sonra annelere hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir. Araştırmacı tarafından kitaptaki başlıklar izlenerek kadınlara, görsel materyal kullanılarak eğitim verilmiştir ve son olarak "Hoş Geldin Bebek" CD'si izlettirilmiştir. Konu anlatımı tamamlandıktan sonra annelerden gelen sorulara cevaplar verilmiştir. Eğitim süresince gruptaki annelere birbirleri ile kendi deneyimlerini paylaşacakları ve soru soracakları rahat bir ortam sağlanmıştır.

3. 2. 8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler;

- Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu puanı,
- Doğum Sonu Yaşam Kalitesi puanıdır.

Bağımsız değişkenler;

- Gebeliğin son trimestrinde (32-36. hafta) verilen eğitimidir.

Kontrol değişkenler;

- Yaş
- Eğitim durumu
- Gelir durumudur.

3. 2. 9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 15.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılıma uymadığı Lilliefors'lu Kolmogorov-Smirnov testi, Histogram grafiği ve normal dağılım eğrisi, Dal-Yaprak grafiği, Box- Plot grafiği, Normal İhtimal grafiği ve Detrended Q_Q İhtimal grafiği ile saptanmıştır ve Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde nonparametrik testler kullanılmıştır.

Verilerin analizinde; gruplar arası farklılığı test etmek için ki-kare testi, iki grup karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında parametrik varsayımlar yerine gelmediği için Kruskal-Wallis testi, değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve gücünü değerlendirmek için korelasyon (Spearman's rho) analizi kullanılmıştır.

Tüm karşılaştırmalarda yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.3. ETİK AÇIKLAMALAR

- Doğum sonu Yaşam Kalitesi Ölçek sahibi Chicago Illinois Üniversitesi öğretim üyesi Dr. Pamela Hill'den e-mail yolu ile yazılı izin alınmıştır (EK XIII)
- Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Selçuklu Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurul Kararı alınmıştır (EK IX).
- Çalışmanın birinci aşaması için; Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek X).

- Çalışmanın ikinci aşaması için; Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliği (EK XI), Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı izni alınmıştır (EK XI).
- Anket formu ve ölçekler doldurulmadan önce bireylere bilgilendirilmiş onam formu okunarak bireylerin sözlü onamları alınmıştır (EK VI, VII, VIII). Çalışmaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler kısaca açıklanmıştır. “Aydınlatılmış Onam” ilkesi, kadınların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “kimliksizlik ve güvenlik” ilkesi ve araştırmaya katılan her bireye eşit davranılarak kontrol grubundaki kadınlara da eğitim kitapçığı verilerek “yeterli ve Doğru Bakım Görme” ilkesi yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Gebeliğin son trimestrinde verilen eğitimin ve doğum sonu dönemde izlemlerin hizmetlerinin sürdürülmesinin annelerin doğum sonu hastane taburculuğuna hazır oluşluğuna ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular iki bölümde ele alınmıştır.

Bölüm 1’de Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin (MAPP-QOL) geçerlik ve güvenirliğine ilişkin bulgular,

Bölüm 2’de gebelikte kadınlara verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazır olma durumuna ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. MAPP-QOL’NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmanın birinci bölümünde MAPP-QOL’nin geçerlik ve güvenirlik bulgular aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4. 1.Çalışma Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=200)

Özellikler	$\bar{X} \pm SD$ Ortanca (%25p-%75p)	
Yaş	27.7±4,9 28.0 (24.0-31.0)	
Aylık gelir toplamı	1370.5±996.1 1000.0 (750.0-1500.0)	
Evlenme yaşı	21.0±2.9 21.0 (19.0-23.0)	
Evlilik süresi	6.7±5.0 6.0 (2.0-10.0)	
İlk doğum yaşı	22.3±3.2 22.0 (20.0-24.0)	
Gebelik sayısı	2.4±1.4 2.0 (1.0-3.0)	
Yaşayan çocuk sayısı	2.0±1.0 2.0 (1.0-3.0)	
Eğitim düzeyi	Sayı	%
İlkokul ve altı	88	44.0
Ortaokul mezunu	37	18.5
Lise mezunu	47	23.5
Üniversite mezunu	28	14.0
Meslek		
Çalışıyor	37	18.5
Çalışmıyor	163	81.5
Eşin öğrenim durumu		
İlkokul ve altı	65	32.5
Ortaokul mezunu	31	15.5
Lise mezunu	60	30.0
Üniversite mezunu	44	22.0
Gelir durumu algısı		
İyi	66	33.0
Orta	113	56.5
Kötü	21	10.5
Sağlık Güvencesi		
Var	188	94.0
Yok	12	6.0
Aile tipi		
Çekirdek	164	82.0
Geniş	36	18.0

Tablo 4.1’de çalışma grubunun tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Annelerin yaş ortalaması 27.7 ± 4.9 , evlenme yaş ortalaması 21.0 ± 2.9 , evlilik süresi 6.7 ± 5.0 , ilk doğum yaşı ortalaması 22.3 ± 3.2 , yaşayan çocuk sayısı 2.0 ± 1.0 , çoğunluğu (%44.0) ilkokul ya da daha az eğitilmiş, %56.5’inin gelir durumu orta düzeydedir, %94.0’u sağlık güvencesine sahiptir ve %82.0’sinin çekirdek ailede yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

4.1.1. MAPP-QOL’ nin Geçerlik Bulguları

4.1.1.1. Dil Geçerliliği Bulguları

Ölçeğin dil geçerliliğini sağlamak amacıyla; anlam geçerliliği, kapsam (İçerik) geçerliliği, teknik geçerliliği yöntemleri kullanılmıştır.

Doğum sonu Yaşam kalitesi Ölçeği’nin (MAPP-QOL) Türkçe çevirisi ile İngilizce orijinali arasındaki dil eşdeğerliliğinin sağlanması ve Türk toplumuna uyarlanması için, üç İngilizce’den Türkçe’ye yabancı dil alanında uzman, beş Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği alanında uzman, iki Halk Sağlığı Hemşireliği alanında uzman tarafından İngilizceden Türkçeye çevirisi yapılmıştır. Yapılan bu değerlendirmeler, araştırmacı ve danışman tarafından tekrar incelenip, her madde için en uygun çeviri belirlenerek Türkçe ölçek oluşturulmuştur. Elde edilen ölçek her iki dili de bilen bir kişi tarafından geri çevirisi yapılarak orijinal İngilizce metinle karşılaştırılıp uygunluğu desteklenmiş ve anlam bütünlüğü sağlanmıştır.

Kapsam (içerik) geçerliliği ölçüm aracının, ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını değerlendirmek için kullanılır. Ölçeğin içerik geçerliliğine yönelik olarak konu alanında uzman kişilerden görüşler alınmıştır. Uzman kişilerden ölçekte bulunan maddelerin ifade şekli, ifadelerin açık ve anlaşılır olup olmadığı, değişik anlamlara neden olup olmadığı üzerine görüşler istenmiştir. Bu amaçla bir Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı, beş Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, iki Halk Sağlığı Hemşireliği, bir İstatistik alanından uzman olmak üzere toplam dokuz uzmanın görüşleri alınmıştır.

Teknik geçerliliği sağlamak için kâğıt-kalem yöntemi kullanılarak ölçeğin ön uygulaması yapılmıştır. Ölçek, Konya Bir nolu ASM’ de doğum sonu dördüncü haftasında olan 10 anneye uygulanarak anlaşılabilirliği saptanmıştır.

4.1.1.2. Yapı Geçerliği Bulguları

Faktör analizi öncesi örneklem yeterliliğini saptamak için Kaise-Meyr-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve örneklem büyüklüğünün yeterliliği için Barlett's test of Sphericity analizi yapılmıştır.

Tablo 4. 2. KMO ve Barlett's Test Sphericity Analiz Sonuçları

Testler	Sonuçlar	
KMO	0.895	P<0.001
Barlett's Test Sphericity	4501.11	

Tablo 4.2'de KMO ve Barlett's Test Sphericity analiz sonuçları yer almaktadır. Faktör analizi öncesi KMO testi sonucu 0.895 ve Barlett's Test Sphericity analizi sonucu 4501.11 olarak saptanmış olup her iki test sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

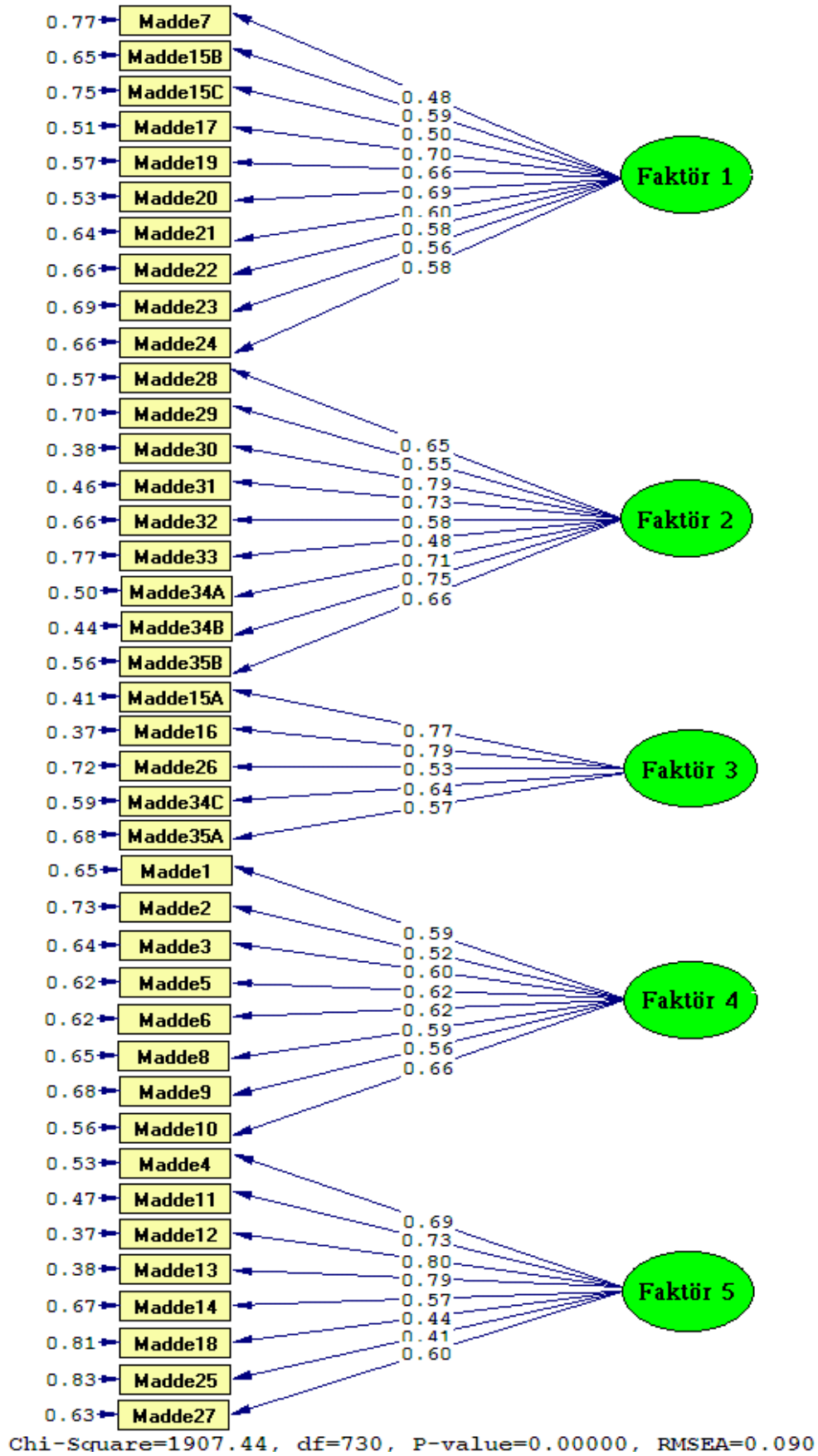
Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanmasında yapı geçerliği için faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizine ilişkin bulgular Tablo 4.3'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 3. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri

DFA Uyumluluk Değerleri	DFA Analizi Sonuçları
Ki-kare / p değeri	1907.44 / $p= 0.00$ ($p<0.05$)
Serbestlik Derecesi	730
Ki-kare değeri: serbestlik derecesi	2.61
RMSEA / p	0.09 ($p< 0.05$)
SRMR	0.07
CFI	0.93
NNFI	0.93
GFI	0.64
AGFI	0.68

Kadınlar için doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri; Ki-kare=1907.44, ($p=0.000$), Serbestlik Derecesi= 730, RMSEA= 0.09 ($p<0.05$), SRMR= 0.07, CFI= 0.93, NNFI= 0.93, GFI= 0.64 ve AGFI = 0.68 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tüm maddelerin doğrulayıcı faktör analiz sonucunda elde edilen faktör yükleri 0.41 ile 0.80 arasında bulunmuştur (Şekil 4.1).



Şekil 4. 1.Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi

4.1.2. MAPP-QOL'nin Güvenirlik Bulguları

Güvenirlik, her ölçme aracının taşıması gereken temel özelliktir. Ölçme aracının verileri doğru toplandığını ve yinelenebilir olduğunu bu özelliği belirler (112).

Bu çalışmada; Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum, iç tutarlılığı değerlendirmede ise “Cronbach Alpha Korelasyon Analizi” ve “Madde Toplam Puan Korelasyonu” kullanılmıştır.

4.1.2.1. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum

Ölçeğin güvenilirliğine yönelik olarak iç tutarlılığı bağımsız gözlemciler arası uyum ile incelenmiştir. Bunun için örneklem grubuna uygun özellikteki 30 anne seçilmiştir. Bu annelere öncelikle araştırmacının kendisi ölçeği uygulamış daha sonra da diğer gözlemci tarafından ölçek aynı anneye tekrar uygulanmıştır.

Tablo 4.4. MAPP-QOL' nin Bağımsız Gözlemciler Arası İlişki

GÖRÜŞMECİLER (n:30)	$\bar{X} \pm SD$	Anlamlılık düzeyi	Korelasyon
I. Görüşmeci	188.6±30.0	t: 0.759, p: 0.451	r: 0.93, p<0.001
II. Görüşmeci	194.6±31.1		

Tablo 4.4'de MAPP-QOL' nin bağımsız gözlemciler arası ilişki yer almaktadır. Ölçek için yapılan bağımsız gözlemciler arası ilişki de korelasyon katsayısı $r=0.93$ bulunmuş ve gözlemciler arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

4.1.2.2. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Ölçeğin iç tutarlılığını saptamak için madde toplam puan korelasyonuna ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısına bakılmıştır.

Tablo 4. 5. MAPP-QOL'nin Toplam ve Alt Grupların İç Tutarlılığı (Cronbach alfa)

Alt Gruplar	İç Tutarlılık (Cronbach alfa)
Psikolojik	0.83
Akrabalık/ Aile-Arkadaş	0.84
Sosyoekonomik	0.87
Eş	0.78
Sağlık	0.81
TOPLAM	0.95

Tablo 4.5'te MAPP-QOL'nin toplam ve alt grupların iç tutarlılığı (Cronbach alfa) yer almaktadır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı toplamda (0.95) ve alt ölçeklerden Psikolojik (0.83), Akrabalık/ Aile-Arkadaş (0.84), Sosyoekonomik (0.87), Eşiniz (0.78), Sağlık (0.81) olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

4.1.2.3. Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Uzman görüşleri sonrası MAPP-QOL'deki her bir maddenin madde toplam puanıyla arasındaki ilişkiyi ve her bir maddenin eşit ağırlıkta olup olmadığını değerlendirmek amacıyla “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı” kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4. 6. Madde Toplam Puan Korelasyonlarına (Pearson's) Göre Dağılımı

Ölçek maddeleri	pearson's	p
1. Sağlığınız	0.510	<0.001
2. Ağrı düzeyiniz	0.555	<0.001
3. Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz	0.513	<0.001
4. Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz	0.701	<0.001
5.Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz	0.589	<0.001
6. Fiziksel Görünüştünüz	0.558	<0.001
7. Uyku Düzeyiniz	0.533	<0.001
8. Memeleriniz	0.519	<0.001
9. Doğum nedeni ile olan dikişleriniz	0.516	<0.001
10. Cinsel Yaşamınız	0.587	<0.001

Tablo 4. 6. Madde Toplam Puan Korelasyonlarına (Pearson's) Göre Dağılımı (Devamı)

11. İç Huzurunuz	0.658	<0.001
12. Genel Olarak Mutluluğunuz	0.691	<0.001
13.Genel Olarak Yaşamınız	0.692	<0.001
14. Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz	0.582	<0.001
15.Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek		
a) Eşiniz	0.698	<0.001
b) Aileniz	0.570	<0.001
c) Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlar	0.502	<0.001
16.Eşiniz İle İlişkiniz	0.717	<0.001
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme yeterliliğiniz	0.702	<0.001
18. Bebeğinizin Sağlığı	0.450	<0.001
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz	0.622	<0.001
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman	0.624	<0.001
21. Ev İşleri için Ayırdığınız Zaman	0.530	<0.001
22. Arkadaşlarınız/akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman	0.534	<0.001
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman	0.499	<0.001
24. Kendiniz İçin ayırdığınız Zaman	0.526	<0.001
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme yeterliliğiniz	0.435	<0.001
26. Eşinizin Sağlığı	0.521	<0.001
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz	0.660	<0.001
28. Yaşadığınız Ev	0.586	<0.001
29. Komşularınız	0.577	<0.001
30.Ekonomik Bağımsızlığınız	0.662	<0.001
31.Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz	0.598	<0.001
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım	0.525	<0.001
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım	0.473	<0.001
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız		
a) Mal Varlığınız	0.545	<0.001
b) Mali Durumunuz	0.630	<0.001
c) Çevresel Koşullarınız (Kavga, Gürültü)	0.625	<0.001
35. İş/Çalışma		
a)Eşin İş	0.637	<0.001
b) Kendi İş	0.634	<0.001

Tablo 4.6’da madde toplam puan korelasyonları (pearson’s) ve faktör yüklerine göre dağılım yer almaktadır. Maddelerin toplam puanla korelasyonları incelendiğinde tüm maddelerin toplam puan korelasyonlarının 0.435–0.717 arasında değiştiği görülmektedir ($p<0.001$).

4.2. GEBELİKTE KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU HASTANE TABURCULUĞUNA HAZIR OLMA DURUMUNA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmada yer alan 40 müdahale 40 kontrol grubunda olmak üzere toplam 80 kadına ait bulgular 3 başlık altında sunulmuştur:

4.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların HTHÖ-YDAF Puanları ile MAPP-QOL Puanlarına ilişkin Bulgular

4.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, eşin yaşı, evlilik süresi, gelir durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, en uzun yaşanan yer yanında doğurganlık ve gebelik özellikleri ile doğum ve doğum sonu sürece ait özelliklerin birbirleri ile benzerliğine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.7’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Çalışmaya katılan müdahale grubundaki annelerin yaş ortalaması 26.3 ± 4.6 , kontrol grubu annelerin 27.6 ± 5.5 olup, müdahale grubundakilerin %42,5’inin, kontrol grubundakilerin ise %37.5’inin lise veya üzeri eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir. Müdahale grubundaki kadınların evlilik süre ortalamasının 4.4 ± 3.3 , kontrol grubu annelerin 6.3 ± 5.1 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale ve kontrol grubu kadınların yaş, evlilik süresi, gelir durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu ve en uzun yaşanan yer açısından benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7)($p<0.05$).

Tablo 4. 7. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanıtıcı Özellikler	Gruplar				Anlamlılık Düzeyi
	Müdahale (n: 40)		Kontrol (n: 40)		
	Ortanca (%25p-%75p)	$\bar{X} \pm SD$	Ortanca (%25p- %75p)	$\bar{X} \pm SD$	
Yaş	26.0 (22.0-29.0)	26.3 ± 4.6	26.5 (23.2–31.0)	27.6 ± 5.5	t=1.178 p=0.242
Eşin Yaşı	30.0 (26.0-29.0)	29.0 ± 3.6	31.0 (27.5-36.0)	31.8 ± 6.1	t =2.491 p= 0.015
Evlilik Süresi	4.0 (2.0-7.0)	4.4 ± 3.3	5.0 (1.5-10.0)	6.3 ± 5.1	t=1.942 p= 0.056
Gelir Durumu (TL)	1000.00 (712.5-1800.0)	1388.7 ±848.3	900.00 (700-1500.0)	1230.0±817.6	t=0.852 p= 0.397
Eğitim Durumu	n	%	n	%	
İlköğretim	23	57,5	25	62,5	X ² =0.208 p=0.648
Lise ve üzeri	17	42,5	15	37.5	
Çalışma Durumu					
Çalışan	9	22.5	6	15.0	X ² =0.738 p=.0390
Çalışmayan	31	77.5	34	85.0	
Eşin Eğitim Durumu					
İlköğretim	23	57.5	21	52.5	X ² =0.202 p=0.653
Lise ve üzeri	17	42.5	19	47.5	
Eşin İşi					
İşçi	9	22,5	16	40.0	X ² =4371 p=0.112
Memur	8	20.0	10	25.0	
Serbest	23	57.5	14	35.0	
En Uzun Yaşanılan Yer					
İl	34	85.0	32	80.0	X ² =.346 p=0.556
İlçe-köy	6	15.0	8	20.0	

*Sütün yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 4. 8. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Doğurganlık ve Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Gruplar				Anlamlılık Düzeyi
	Müdahale (n: 40)		Kontrol (n: 40)		
	Ortanca (%25p- %75p)	$\bar{X} \pm SD$	Ortanca (%25p- %75p)	$\bar{X} \pm SD$	
Gebelik Sayısı	2.0 (1.0-2.0)	1.9± 1.1	2.0 (1.0-3.0)	2.3± 1.5	t=1.115 p= 0.268
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.0 (1.0-1.0)	1.0± 0.2	1.0 (1.0-2.0)	1.4± 0.5	t=2.832 p= 0.008
Düşük Öyküsü	n	%	n	%	
Var	8	20.0	10	25.0	X ² =0.287 p=0.592
Yok	32	80.0	30	75.0	
Küretaj Öyküsü					
Var	10	5.0	9	22.5	X ² =0.069 p=0.793
Yok	30	75.0	31	77.5	
Gebeliği İsteme Durumu					
İsteyen	38	95.0	34	85.0	X ² =2.222 p=0.136
İstemeyen	2	5.0	6	15.0	
Son Gebelik Kaçınıcı Gebelik					
İlk gebelik	19	47.5	17	42.5	X ² =0.202 p=0.653
İki ve üzeri	21	52.5	23	57.5	
Doğum Öncesi Dönemde Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Alma Durumu					
Evet	19	47.5	11	27.5	X ² =3.413 p=0.065
Hayır	21	52.5	29	72.5	

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 4.8’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların doğurganlık ve gebelik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çalışma grubundaki kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması dışında gebelik sayısı, düşük öyküsü, küretaj öyküsü, gebeliği isteme durumu, gebelik sayısı, doğum öncesi dönemde doğum sonu eğitim alma durumunun benzer olduğu belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.9. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Yeni doğan ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Gruplar				Anlamlılık Düzeyi
	Müdahale (n: 40)		Kontrol (n: 40)		
	Ortanca (%25p- %75p)	$\bar{X} \pm SD$	Ortanca (%25p- %75p)	$\bar{X} \pm SD$	
Bebeğin Doğum Ağırlığı	3200.0 (3000.0-3400.0)	3223.7 ±399.3	320.0 (3000.0-3487.5)	3260.6±443.9	t =.391 p= .697
Doğum Şekli	n	%	n	%	
Normal Doğum	12	30.0	9	22.5	X²=0.581 p=.446
Sezaryen	28	70.0	31	77.5	

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 4.9’da müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yeni doğan ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların bebeğin doğum ağırlığı, doğum şekli açısından benzer olduğu belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4. 10. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik ve Doğum Sonu Sürece İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Gruplar				X ²	p
	Müdahale		Kontrol			
Gebelikte Eşten Destek Alma Durumu	n	%	n	%		
Alan	36	90.0	33	82.5	0.949	0.330
Almayan	4	10.0	7	17.5		
Doğum Sonu Evde Destek Alma Durumu					0.4457	0.499
Alan	36	90.0	34	82.0		
Almayan	4	10.0	6	17.0		
Doğum Sonu Evde Destek Alınan Kişi	(n=36)		(n=34)		1.354	0.245
Eş	3	7.5	6	15.0		
Aile (anne-kayınvalide)	33	82.5	28	70.0		

Tablo 4.10’da müdahale ve kontrol grubundaki kadınların doğum ve doğum sonu sürece ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların doğum öncesi dönemde eşten destek alma, doğum sonu evde destek alma durumu ve evde destek alınan kişiler açısından benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4. 11.Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Doğum sonrası Kendi Bakımı, Bebek Bakımı, Meme Bakımı ve Emzirmeye Ait Yaşadıkları Güçlüklerin Dağılımı

Yaşanılan Güçlükler	Gruplar				X ²	p
	Müdahale		Kontrol			
	n	%	n	%		
Annenin Kendi Bakımına Ait Güçlük Yaşama					45.113	<0.001
Evet	6	15.0	36	90.0		
Hayır	34	85.0	4	10.0		
Bebek Bakımına Ait Güçlük Yaşama					57.944	<0.001
Evet	2	5.0	36	90.0		
Hayır	38	95.0	4	10.0		
Meme Bakımı Ve Emzirme İle İlgili Güçlük Yaşama					38.519	<0.001
Evet	0	0.0	26	65.0		
Hayır	40	100.0	14	35.0		

Tablo 4.11’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların anne, bebek ve meme bakımına ait yaşadıkları güçlüklerin dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki annelerin %15.0’ı kendilerinin bakımlarına ait güçlük yaşadığını, %5.0’ bebeklerinin bakımına ait güçlük yaşadığını belirtirken meme bakımına ait hiçbir kadın güçlük yaşamamıştır. Kontrol grubundaki annelerin ise %90.0’ı hem kendilerine ait hem de bebek bakımına ait güçlük yaşadığını belirtirken, %65.0’ı da meme bakımına ait güçlük yaşadığını belirtmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda; anneye ait ve bebeğe ait güçlük yaşama açısından fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

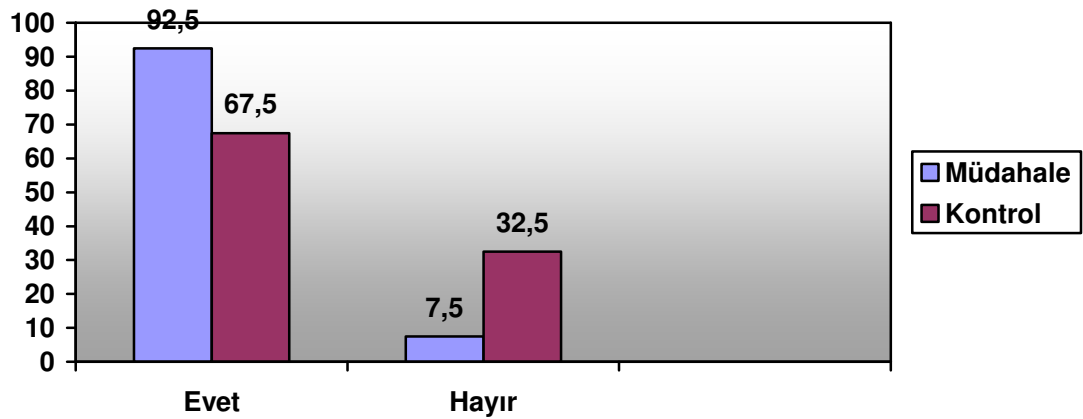
4.2.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların HTHÖ-YDAF Puanları ile MAPP-QOL Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde; müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, eşin yaşı, evlilik süresi, gelir durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, en uzun yaşanılan yer, doğurganlık ve gebelik özellikleri, doğum ve doğum sonu sürece ait özellikler ile Taburculuğa Hazıroluşluk, HTHÖ-YDAF Puanları ve MAPP-QOL puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4. 12.Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Taburculuğa Hazıroluşluk Algısına Göre Dağılımı

Algılanan Hazıroluşluk	Gruplar				X ²	p
	Müdahale		Kontrol			
	n	%	n	%	7.813	0.005
Evet	37	92.5	27	67.5		
Hayır	3	7.5	13	32.5		
Toplam	40	100.0	40	100.0		

Tablo 4.12’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların taburculuğa algılanan hazıroluşluk durumuna ilişkin özellikleri yer almaktadır. Müdahale grubundaki annelerin %92.5’i taburculuğa algılanan hazır oluşluğa evet cevabını verirken, kontrol grubundakilerden %67.5’i evet cevabını vermiştir. İstatistiksel analiz sonucunda; taburculuğa algılanan hazır oluşluk durumunda deney ve kontrol grubu arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($X^2 = 7.813$ $p = .005$). Taburculuğa hazır olmadığını düşünenlerin yüzdesi kontrol grubunda (%32.5), müdahale grubuna göre (%7.5) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12).



Grafik 4. 1. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Taburculuğa Algılanan Hazıroluşluk Durumu

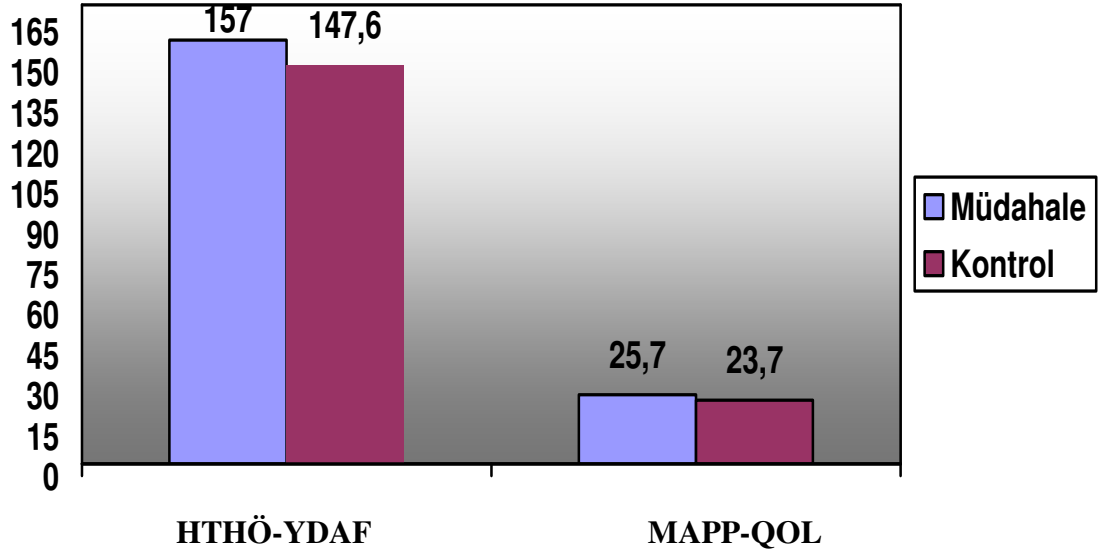
Tablo 4.13. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Puan Ortalaması ile MAPP-QOL Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Gruplar				Anlamlılık Düzeyi
	Müdahale (n: 40)		Kontrol (n: 40)		
	Ortanca (%25p- %75p)	$\bar{X} \pm SD$	Ortanca (%25p- %75p)	$\bar{X} \pm SD$	
Taburculuğa Hazıroluşluk (HTHÖ-YDAF) Puanı	160.5 (141.2-177.7)	157.0±24.1	151.5 (133.0-167.5)	147.6±23.6	Z=-1.993 p=0.046
Doğum Sonu Yaşam kalitesi (MAPP-QOL) Puanı	26.8 (23.7-28.6)	25.8±3.4	24.3 (22.0-25.7)	23.8±2.6	Z=-3.474 p=0.001

Tablo 4.13'te müdahale ve kontrol grubundaki kadınların taburculuğa hazıroluşluk puanları ile doğum sonu yaşam kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Müdahale grubunda kadınların taburculuğa hazıroluşluk puan ortalaması 157.0±24.1 olarak daha yüksek bulunurken, kontrol grubunda taburculuğa hazıroluşluk puan ortalaması 147.6±23.6 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde; taburculuğa hazır oluşlukta müdahale ve kontrol grubu arasında fark olduğu tespit edilmiştir (Z=-1.993 p=0.046).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamalarına ilişkin özellikler incelendiğinde; müdahale grubunda doğumsonu yaşam kalitesi puan ortalaması 25.8±3.4 olarak daha yüksek bulunurken, kontrol grubunda doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalaması 23.8±2.6 olarak bulunmuştur. Yapılan

istatistiksel analizde; doğum sonu yaşam kalitesi ortalaması ile deney ve kontrol grubu arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($Z=-3.474$ $p=0.001$) (Tablo 4.13).



Grafik 4. 2.Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Puan Ortalaması ile MAPP-QOL Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

5. TARTIşMA VE SONUÇ

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi leği'nin geçerlik ve güvenirliğini saptamak amacıyla metodolojik ve gebelikte kadınlara verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazır olma durumu ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular iki bölüm halinde tartışılmıştır. Tartışmayı takiben elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

5.1. DOğUM SONU YAşAM KALİTESİ LEğİ'NİN GEÇERLİK VE GüVENİRLİğİNE İLİşKİN TARTIşMA

İyi bir lme aracıda olması gereken vazgeçilmez iki temel özellik geçerlik ve güvenirliktir (113). Geçerlik, lme aracının ölçülmek istenen özelliği doğru ve tam olarak ölçebilmesidir. Güvenirlik ise, lme aracının ölçülen özelliği tutarlı ve hep aynı şekilde ölçebilme yeteneğidir (113,114). Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçek o kültüre özgü kavramlaştırma ve rneklemeye özelliklerini taşımaktadır. Aynı ölçeğin diğer kültür ya da dillerde uygulanabilmesi için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları “lek uyarlaması” olarak adlandırılmaktadır.

Bu bölümde MAPP-QOL'nin geçerlik ve güvenirliğine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilecektir.

5.1.1. MAPP-QOL'nin Geçerliğine ilişkin Tartışma

Geçerlik, ölçülmek istenen şeyin ölçülebilmüş olma derecesidir. Bir ölçeğin geçerliğini değerlendirmede en çok tercih edilen içerik/kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliğidir (102,114-116). Konu alanında uzman kişilerden alınan görüşler ölçek maddelerinin ifade şekli, içeriği, konu alanına uygunluğu ve böylece Türkçe ölçeğin içerik geçerliliği yönünden ölçülmek istenen özelliği temsil etme gücünün yeterli olduğunu göstermektedir. İçerik geçerliliğini saptamak için hazırlanan ölçek uzman kişilere inceletirilir ve eleştiriler doğrultusunda gözden geçirilerek yeniden hazırlanır. Uzmanların maddelerin anlaşılabilirliğini ve uygunluğunu değerlendirmeleri sonucu aynı fikirde olmaları ölçeğin içerik geçerliği için bir gösterge olarak kabul edilmektedir (117,118). Gözüm ve Aksayan (114) kültürlerarası ölçek uyarlaması yapılırken çeviri sürecinde; çevirmen seçimi, çeviri tekniği ve geri çeviri gibi konulara çok dikkat edilmesi gerektiğini belirtmektedir.

MAPP-QOL'nin Türkçe formunun hazırlanmasında konu alanında ve dil alanında uzman kişilerle grup çevirisi ve geri çeviri yöntemi kullanılarak ölçeğin dil geçerliliği sağlanmaya çalışılmıştır. Türkçeye çevrilen MAPP-QOL'nin maddelerinin dil ve kültüre uygunluğunu değerlendirmek üzere uzman görüşü alınmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda MAPP-QOL geçerli bulunmuştur.

Hill ve ark. (103) orijinal MAPP-QOL'nin içerik geçerliliği için; daha önce yeni doğum yapmış anneler üzerinde yapılan yaşam kalitesi ile ilgili literatür ve Ferrans and Powers'ın Yaşam Kalitesi (119) maddelerini gözden geçirmişler yeni oluşturulan maddeler sonra tekrar gözden geçirilerek içerik geçerliliği elde etmişlerdir.

Bu çalışmada ölçülmek istenen kuramsal yapıya ilişkin belirtilerin doğruluğunun derecesinin gösterilmesi olarak tanımlanan (120) yapı geçerliliğine yönelik olarak faktör analizinden yararlanılmıştır. Faktör analizi öncesi yapılan KMO değerinin 0,50' nin altında olması örnek büyüklüğünün yeterli olmadığını göstermekte ve 0,60-0,69 arasındaki değerler iyi kabul edilmektedir. Örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığının değerlendirilebilmesi için Barlett's test sphericity analizi sonucunun da istatistiksel olarak anlamlı çıkması gerekir (120) Bu çalışmada Faktör analizi öncesi KMO testi sonucu 0,895 ve Barlett's test sphericity analizi sonucu 4501.11 olarak saptanmış olup, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.2.) ($p<0,000$). Çalışmada elde edilen bu değerler örneğin faktör analizi için yeterli

olduğunu göstermektedir. Hill ve ark. (103) orijinal MAPP-QOL'nin KMO test sonucunun 0.94 olduğunu belirtmişlerdir.

Doğum sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçeye uyarlamasında yapı geçerliği için faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi kullanıldı. Doğrulayıcı faktör analizi, eldeki verinin ölçmek istenen değişkenleri ne derece tahmin ettiği hakkında fikir vermektedir (102). Bu analiz sonucunu değerlendirebilmek için bağımsız değerlendirme ölçütlerine başvurmak gerekmektedir. Uyum iyiliği istatistikleri (Goodness of Fit Indices) olarak adlandırılan bu değerler, her bir modelin bir bütün olarak veri tarafından kabul edilebilir bir düzeyde desteklenip desteklenmediğine ilişkin yargıya ulaşılmasına olanak sağlamaktadır. (121,122). Uyum istatistiği değerleri olarak adlandırılan değerler şunlardır;

Ki-kare uyum istatistiği: Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir. Ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülür. Çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür. Çıkan değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (121, 122).

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root-Mean-Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index (GFI) ve Adjusted Goodnes of Fit Index (AGFI)'dir. RMSEA'nın 0,08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0,05'ten küçük olması SRMR'nin 0,10'dan küçük olması, CFI, NNFI değerlerinin 0,90'a eşit ya da üstünde olması, AGFI'nin 0,80'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (121,122). Çalışmada; doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri; Ki-kare=1907.44, (p=0.000), Serbestlik Derecesi= 730, RMSEA= 0.09 (p<0.05), SRMR= 0.07, CFI= 0.93, NNFI= 0.93, GFI= 0.64 ve AGFI = 0.68 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). MAPP-QOL'nin, tüm maddelerin doğrulayıcı faktör analiz sonucunda elde edilen faktör yükleri 0.41 ile 0.80 arasında bulunmuştur (Şekil 1).

Bu doğrultuda ölçeğin dil ve içerik geçerliği yönünden güçlü olduğu ve doğum sonu 4-6. haftalarda olan anneler için geçerli bir ölçek olduğu söylenebilir.

5.1.2. MAPP-QOL'nin Güvenirliğine ilişkin Tartışma

Güvenirlik, her ölçme aracının taşınması gereken temel özelliktir. Ölçme aracının verileri doğru toplandığını ve yinelenebilir olduğunu bu özelliği belirler (112).

Güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbiri ile tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilme gücüdür (115, 116,120). Ölçme aracının ölçmek istediği özelliği ne derece doğru ölçtüğü ile ilişkilidir.

Yapılan bir ölçmede; güvenilirliği belirlemede; Bağımsız gözlemciler arası uyum, iç tutarlılık değerlendirmede ise “Cronbach Alpha Korelasyon Analizi” ve “Madde Toplam Puan Korelasyonu” kullanılabilir. Güvenirlik analizi için ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili olduklarını belirleyen ve madde seçiminde sık kullanılan bir analiz yöntemi olarak güvenilirlik katsayısı hesaplanmaktadır (115,123). Madde-toplam puan korelasyon katsayıları, test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Madde-toplam puan korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir. Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı bir testte madde-toplam puan korelasyonu, Pearson korelasyon katsayısı ile hesaplanır (124). Her madde için elde edilen korelasyonun yüksek olması, o maddenin ölçülen teorik yapıyla bağlantısının da yüksek olduğunu, başka bir deyişle maddenin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu gösterir (115). Kesin olmamakla birlikte madde seçiminde kabul edilebilir katsayının 0.20 hatta 0.25 değerinden büyük olması önerilmekte (123) ve 0.20-0.30 arasında kalan maddelerin zorunlu görülmesi durumunda teste alınabileceği veya maddenin düzeltilmesi gerektiği, 0.20'den daha düşük maddelerin ise teste alınmaması gerektiği söylenmektedir. Genel olarak, madde toplam puan korelasyonu, 0.30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği belirtilmektedir. Madde toplam puan analizi güvenilirlik olduğu kadar, geçerlilik (iç tutarlılık) göstergesi olarak da kabul edilir ve ölçeğin yapı geçerliliğini de yansıtır (124).

Çalışmada, MAPP-QOL'nin 40 maddenin toplam puan korelasyonu (r) katsayılarının $r=0.435-0.717$ arasında olduğu ve her bir madde ile toplam puan arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.6). Bu sonuçlara göre ölçekte var olan tüm maddelerin madde toplam korelasyonu kabul edilebilir sınırlarda olduğunu göstermektedir.

Bağımsız gözlemciler arası uyum, birden çok gözlemcinin, birbirinden bağımsız olarak, aynı şeyleri ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanan bir güvenilirlik ölçütüdür (102, 116). Çalışmada; bağımsız gözlemciler arası korelasyon 0.93 bulunmuş, gözlemciler arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Ölçme aracının iç tutarlılığı aracın belirli bir amaçla, bağımsız birimlerden oluştuğu ve bunların, bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıkları olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır. Aracın bütün birimlerinin ilgilenilen değişkeni ölçme yeteneğinde olduğunu belirleyen bir ölçüttür (112). Likert tipi bir ölçekte yeterli olabilecek alfa katsayısı, 1'e yakın olmalıdır. Literatür'e bakıldığında güvenirliliğin 0.70-0.80 arasında olmasının aracın araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir.

Alpha katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu aşağıdaki şekilde ifade edilebilir.

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derece güvenilir bir ölçektir (102, 115, 124, Şencan, 2005; (Büyüöztürk, 2007; Tezbaşaran, A, 1997).

Likert tipi ölçeklerin güvenilirliğinin incelenmesinde cronbach alfa tekniği önerilmektedir ve ölçme aracı içinde bulunan maddelerin *iç tutarlılığının* bir ölçüsüdür (115, 125 160-162). Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği, Hill ve ark.(103) tarafından geliştirilen, 40 maddeli 6'lı likert tipi bir ölçektir. Doğum sonu annelerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilen bu ölçeğin Hill ve ark. (103) çalışmasında; Cronbach Alpha katsayısı *Akrabalık-aile-arkadaş*, *Sosyoekonomik boyutunda 0.90*, *Eş boyutunda 0.85*, *Sağlık boyutunda 0.82*, *Psikolojik boyutunda 0.90*, toplam ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı ise 0.96 olarak bulunmuştur. Bu çalışma ise; *Akrabalık/ Aile-Arkadaş boyutunda 0.84*, *Sosyoekonomik boyutunda 0.87*, *Eş boyutunda 0.78*, *Sağlık boyutunda 0.81*, *Psikolojik boyutunda 0.834*, toplam ölçek için 0.95 olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Bu sonuçlar, çalışmada kullanılan ölçeğin alt boyut ve toplam iç tutarlılık katsayılarının oldukça yüksek düzeyde ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Cronbach Alfa katsayısına göre, maddelerin birbiri ile iyi ilişki gösterdiği, birbiri ile tutarlı olduğu ve aynı özelliği sorgulayan maddelerden oluştuğu belirlenmiştir.

Geçerlik güvenirliğe yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda doğum sonu dönemde yaşam kalitesini ölçen MAPP-QOL'nin ülkemizde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur.

5.2. GEBELİKTE KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU HASTANE TABURCULUĞUNA HAZIR OLMA DURUMUNA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNE İLİŞKİN ELDE EDİLEN BULGULARIN TARTIŞMASI

Son yıllarda anne ve bebeğin doğumdan sonra annede herhangi bir komplikasyon gelişmedikçe, hastaneden en erken dönemde taburcu edilmeleri önerilmektedir. Literatürde doğum sonu hastanede yatış süresi değerlendirilirken, annenin doğum yaptığı saatten taburcu olduğu saate kadar geçen süre dikkate alınmaktadır. Doğum sonu erken taburculuğu tarif eden değişik zaman sınırları bulunsa da genellikle normal doğumdan sonra hastanede 48 saat ya da daha az süre yatma erken taburculuk, 24 saat ya da daha az süre yatma ise çok erken taburculuk olarak tanımlanmaktadır (14, 127) Weiss et al. (59) doğumdan sonra en az 30 saatten önce taburcu edilen annelerin kendilerini taburculuğa hazır hissetmediklerini, Waldenström et al. (127) ise hastanede bir günden az veya 5 günden fazla kalmanın doğumu olumsuz değerlendirmek için bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca doğum sonu erken taburculukla kadın ve yenidoğana hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri için gerekli süre kısalmaktadır. Ancak anne ve bebekler hastaneden erken taburcu edildikleri durumda mutlaka ev ziyaretleri ile bakım ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesi önerilmektedir (14, 15,128). Bu nedenle erken taburculuk programlarının doğum sonu evde bakım hizmetleri ile desteklenmesi anne ve yenidoğan sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Literatürde taburculuğa hazır oluşluk; eve gitmeye hazır olma olarak tanımlanmaktadır. Hazır oluşluk kararının verilmesinde göz önünde bulundurulması gerekenler; fonksiyonel yeterlilik, evde öz-bakım için hazır oluşluk, sosyal desteğin varlığı, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, bebeğine uyum gibi psiko-sosyal faktörler ve taburculuk sonrasıyla ilgili bilgi sahibi olmaktır. Hastanın taburcu olmak için kendini hazır hissetmesi taburculuk kararının verilmesinde önemli bir unsurdur ve sağlık personeli ile hasta arasında taburculuğa hazır oluşluğu algılama arasında farklılıklar

olabilmektedir (59). Çalışmada annelerin taburculuğa hazır oluşluk algılaması değerlendirildiğinde; müdahale ve kontrol grubu arasında fark olduğu saptanmış, müdahale grubundaki annelerin taburculuğa hazır oluşluk algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10). Çalışmada taburculuğa hazır oluşluk HTHÖ-YDAF puan ortalamaları incelendiğinde; müdahale grubunun puanı $157,0 \pm 24.1$ olarak tespit edilirken, kontrol grubunda puan 147.6 ± 23.6 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.05$). Eğitim verilen grubun taburculuğa daha çok hazır olduğunu ifade etmesi ve HTHÖ-YDAF puan ortalamalarının müdahale grubunda daha yüksek olması verilen eğitimin etkinliğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları kapsamında *“Gebelikte ve taburculuk öncesinde eğitim alan kadınların eğitim almayanlara göre hastane taburculuğuna hazır oluşluğu daha yeterlidir”* hipotezini de doğrulamaktadır.

Yapılan benzer bir çalışmada hastane taburculuğuna hazır oluşluk puan ortalaması deney grubunda 149.3 ± 24.1 , kontrol grubunda 128.7 ± 31.8 olduğu belirtilmiş olup eğitim alan annelerin taburcu olmaya daha hazır olduğu bildirilmiştir (107). Başka bir çalışmada, annelere hastaneden çıkmadan önce verilen taburculuk eğitiminin öneminin sorunlarla karşılaşmadan önce yeterince anlaşılmadığını, evde sorunla yüzyüze geldiklerinde ancak o bilgiye gereksinimlerinin olduğunu fark ettiklerini ifade etmişlerdir (129). Gebeliğin üçüncü trimestrinde anne adaylarına; doğum ve doğum sonrasına yönelik verilen eğitim annenin taburculuğa hazır oluşluğunu etkileyen önemli bir hemşirelik girişimidir. Bu durumun müdahale grubundaki annelerin evdeki yeni hayata uyumu yönünden olumlu bir sonuç olduğu gözlenirken doğum öncesi dönemde eğitim almayan annelerin doğum sonrası taburculuğa hazır olmama yönünden riskli grup olduğu görülmektedir. Bu veriler doğum öncesi dönemde annelere eğitim verilmesinin doğum sonu baş etmeyi desteklediği ancak yeterli olmadığını göstermektedir. Bu nedenle doğum sonu izlem ve danışmanlığın sürdürülmesinin doğum sonu anne ve bebeğin iyilik halinin sürdürülmesinde önemli olduğu söylenebilir.

Doğum sonu dönem anne ve bebeğin gelecekteki yaşantısı için oldukça önemli bir dönemdir. Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, annenin nitelikli bir bakım alması, doğru bilgi tutum ve davranış kazanması ile sağlanabilir. Yapılan çalışmalarda bu dönemde annelerin hem kendi bakımları hem de bebek bakımı ile ilgili eğitim ve rehberlik gereksinimi duydukları saptanmıştır (130). Ayrıca bebeğin sağlığı ile ilgili

olarak; sağlık kuruluğu ve anne arasındaki etkileşim anneyi destekleyici, duyarlı ve bireyselleşmiş olmalıdır (131). Sağlık çalışanlarının da bireyin genel sağlık durumunun geliştirilmesi ve korunmasında olduğu kadar, sağlıklı davranış geliştirmede, eğitim ve danışmanlık rolü de vardır. Doğum sonu dönemde uykusuzluk, yorgunluk, gibi kadının günlük yaşamını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunların yanı sıra ailedeki değişiklikler, evdeki işlere geri dönme, bebek bakımı ve sorumlulukları üstlenme, uykusuzluk yorgunluğa neden olabilmekte ve dolayısıyla annenin yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir (132). Bu nedenle doğum sonu dönemde yaşam kalitesi dikkate alınması ve önem verilmesi gereken bir konudur. Çalışmada MAPP-QOL puan ortalamasının eğitim alan müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.13). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$). Hammoudeh et al. (133) çalışmasında; annelerin doğum sonu yaşamlarından daha az memnun oldukları ifade edilirken Hill et al. (134) çalışmasında; yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının terme yakın bebek dünyaya getiren annelerde, preterm bebek dünyaya getiren annelere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Arslan'ın (21) çalışmasında, doğum sonu uyum sağlamaya çalışan annelere eğitim ve danışmanlık yoluyla verilen desteğin annelerin sosyal destek performanslarını arttırdığı, stres, anksiyete düzeylerini azaltmasına katkıda bulunarak yaşam kalitesi puanlarını arttırdığını ifade etmiştir. Akın ve ark (135) çalışmalarında; doğum sonu izlenen kadınlarda yaşam kalitesi puanının artmış olduğu vurgulanmaktadır. Eğitim-danışmanlık hizmetinin müdahale grubundaki annelerin yaşam kalitesi puanlarında artışa neden olduğu ve doğum sonu kadınların yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemenin yanı sıra verilen eğitimin etkinliğinin bir göstergesi olduğu görülmektedir. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları kapsamında “*Gebelikte, taburculuk öncesinde eğitim alan kadınların eğitim almayanlara göre doğum sonu yaşam kalitesi puanları daha yüksektir* ” hipotezini de doğruladığını göstermektedir.

Özellikle hemşirelerin doğum sonu dönemde annelerdeki duygusal tepkilere karşı duyarlı olması gereklidir. Bu nedenle hemşireler, annelerin eğitim ihtiyaçlarını tespit ederek gerekli eğitim ve desteği sağlamalıdır. Eğitim-danışmanlık hizmetinin ve danışmanlık yoluyla sağlanan sosyal desteğin müdahale grubundaki annelerde yaşam kalitesi puanlarında artışa neden olduğu ve doğum sonu kadınların yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sağlık sorunları, annelik rolünü gerçekleştirdiği doğurganlık dönemine (15-49 yaş) rastlayan gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde ortaya çıkmakta ve yaşamsal önem taşımaktadır (136). Ülkemizde hastanede normal doğum yapan kadınların genellikle ilk 24 saat içinde taburcu edildiği bilinmektedir. Bu süre erken komplikasyonları önlemek, fiziksel ve ruhsal bakıma yönelik eğitim için yeterli değildir (15). Doğumdan sonraki ilk haftalarda anneler farklı zorluklarla karşılaşır ve yeni sorunlara çözüm aramaya çalışırlar. Özellikle lohusalığın ilk bir haftası, fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir. Sistemlerdeki hızlı değişimler ve hormonlarını ani değişiminin yanında annenin içinde bulunduğu fiziksel sorunlar, anne, bebek ve eşin yeni dönemdeki değişimlere uyum sağlayamaması çeşitli ruhsal sorunlara neden olabilmektedir (137). DSÖ, doğumdan sonraki ilk 3-6 gün içinde yapılan ev ziyaretinde, annenin meme bakımının yapılması, enfeksiyon yönünden kontrolü, loşia takibi ve psikolojik yönden değerlendirilmesini, altıncı haftada ise annenin involüsyon sürecinin kontrolü, anemi, konstipasyon ve diğer komplikasyonlar yönünden izlenmesini önermiştir (138). Çalışmada, doğum sonu dönemde annenin kendi bakımı ile ilgili güçlük yaşama yönünden müdahale ve kontrol grubu arasında fark olduğu, kontrol grubunda eğitim almayan annelerin daha çok sorun yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4. 11). Büyükkayacı ve Karataş (139) alışmasında; doğum sonu erken taburculuk sonrası evde bakım hizmeti almayan kontrol grubundaki kadınların, evde bakım hizmeti alan deney grubundaki kadınlara oranla doğum sonu 6 haftalık dönemde yaklaşık olarak bir buçuk kat daha fazla sorun yaşadıklarını belirlemiştir. Literatürde doğum sonu ilk altı hafta içerisinde annelerin sıklıkla uykusuzluk ve yorgunluktan şikâyet ettikleri belirtilmektedir. Ayrıca bu dönemde kadınların en fazla anksiyete, ağlama, içe kapanma, alınganlık, dalgınlık, yalnızlık hissi ve sinirlilik gibi duygusal sorunlar yaşadığı ifade edilmiştir (140). Bu bulguları destekler şekilde müdahale ve kontrol grubu arasında eğitim alan grupların kendi bakımına yönelik daha az sorun yaşadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hem gebeliğin son trimestrinde yapılan eğitimlerin anneyi hastaneden taburcu olmaya hazır hale getirdiği hem de doğum sonu altı haftalık dönemde devam eden eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin doğum sonu yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Doğum sonrası anneler hem kendi bakımları ve hem de bebek bakımı ile ilgili konularda bilgi almak isterler. Bebek bakımında beceri ve güvenin gelişmesi yeni anne

için oldukça önemlidir. Bu zamanda, aileler en çok bireyselleşmiş bir bakıma ve empatik bir sağlık personeline gereksinim duyarlar. Bu nedenle pediatri hemşirelerinin eğitim ve danışmanlık yapması, hem annenin hem de bebeğinin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının sürdürülmesi açısından önemlidir (2). Yapılan çalışmalarla bu dönemde annelerin hem kendi bakımları, hem de bebek bakımı ile ilgili eğitim ve rehberlik gereksinimi duydukları saptanmıştır. Arslan'ın (21) çalışmasında annelerin en çok bebeklerle ilgili konularda danışmanlık istedikleri, bebekle ilgili olarak danıştıkları konuların başında bebek beslenmesinin yer aldığı bildirilmiştir. Çalışmada, doğum sonu dönemde bebek bakımı ile ilgili güçlük yaşama yönünden müdahale ve kontrol grubu arasında fark olduğu, kontrol grubunda eğitim almayan annelerin daha çok sorun yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4. 11). Literatürde, doğumdan sonraki ilk altı hafta içinde yaklaşık her yedi günde annenin öz-bakım ve bebek bakım bilgi gereksiniminde artış olduğu ve primipar annelerin endişelerinin en yüksek oranda bebek bakımına ilişkin olduğu belirtilmiştir (14). Doğum sonu dönemde kadınlarda fizyolojik değişiklikler kadar duygusal ve davranışsal değişikliklerde görülebilmektedir.

Başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için annelerin gebelik sırasında ve doğumu izleyen dönemde, bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmaları, dengeli beslenmeleri, gerekli meme bakımını yapmaları, doğru zaman ve teknikle anne sütünü verebilmeleri konusunda eğitim almaları gerekmektedir. Hemşireler annelerin emzirme davranışlarını doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde değişik roller üstlenerek etkilemektedir (141). Emziren annelerin meme başı derisinde emme travmasına bağlı bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu değişiklikler, eritem ödem, beyaz-koyu renkli lekelenmeler, kabuklanma ve inflamasyondur. Emme travmasının azaltılması için ise meme başlarının prenatal dönemde güçlendirilmesine yönelik egzersizler yapılması ve emzirme sırasında bebeğin memeye doğru bir şekilde yerleştirilmesi önerilmektedir (142). Chen et al (143) Taiwan'da yapılan çalışmada; bebeği anne sütü ile beslemenin; annenin fiziksel durumunu, genel sağlık halini ve ruh sağlığını olumlu etkilediği bulunmuş olup, bebeğini 6 aydan daha fazla anne sütü ile besleyen annelerin yaşam kalitesi puanları 6 aydan daha az besleyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Yılmaztürk (144) ve Akdolun'un (63) yapmış oldukları çalışmalarda doğum öncesi ve doğum sonunda annelere meme bakımı ve gerekli danışmanlık yapıldığında doğum sonu meme sorunlarının daha az yaşandığı tespit edilmiştir. Koç'un (145) yaptığı çalışmada; doğum sonu erken dönemde müdahale

grubundaki kadınların yaklaşık yarısında, kontrol grubundaki kadınların ise çoğunluğunda meme sorunu görüldüğü tespit edilmiştir. Bu durumun doğum öncesi bakım hizmetleri içinde memelerin emzirmeye hazırlanmaması, koruyucu meme bakımı yapılmamasından kaynaklandığı, meme bakımı yapılan, emzirme eğitimi verilen müdahale grubunda ilerleyen günlerde meme sorunlarının çok azaldığı belirtilmiştir. Büyükkayacı ve Karataş'ın (139) çalışmalarında; kontrol grubundaki kadınların deney grubundaki kadınlara göre doğum sonu 6 haftalık dönemde yaklaşık olarak bir buçuk kat daha fazla sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada müdahale grubundaki annelerin meme bakımı ve emzirme ile ilgili kadınların tamamı sorun yaşamadıklarını belirtirken eğitim almayan kontrol grubundaki annelerin büyük çoğunluğunun (%65.0) ise sorun yaşadığını bildirmiştir. Bu durum meme bakımı ile ilgili eğitim almanın doğum sonu dönemde güçlüğü azalttığı, eğitim almanın sorun çözümünde etkili olduğunu da göstermektedir. Doğum yapmış olan kadınlara özellikle bebek beslenmesi konusunda destek olunması ve doğru emzirme tekniklerinin öğretilmesinin meme sorunlarının ilerlemesini önlediği ve annenin doğum sonu yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Ülkemizde sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen bazı ölçekler olmasına karşın anneler için doğum sonu yaşam kalitesini ölçen spesifik bir ölçek yoktur. Ülkemizde yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda çoğunlukla kanser hastaları ile çalışılmaktadır. Günümüzde artık daha özel alanlar için de yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle doğum sonu döneme özel yaşam kalitesini ölçen araçlar bulunmamaktadır. Bu amaçla geçerlik ve güvenilirliği yapılan doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak gebeliğinin son trimestrinde verilen eğitimin; kadınlarda hem hastane taburculuğa hazıroluşlukta hem de doğum sonu yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Sonuç: Gebeliğin son trimestrinde verilen eğitimin; doğum sonrası taburculuğa hazır olma durumu ve doğum sonu yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmaya göre eğitimin taburculuğa hazır oluşluğu etkilediği ve doğum sonu yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır.

- Müdahale grubundaki kadınların taburculuğa hazıroluşluk puan ortalaması ile yaşam kalitesi puan ortalamasının eğitim almayan gruba göre daha yüksek olduğu,

- Gebelikte verilen eğitim-danışmanlık hizmetinin müdahale grubundaki annelerin taburculuğa hazır olma durumunu ve yaşam kalitesini arttırdığı,
- Müdahale grubundaki annelerin büyük çoğunluğunun kendi bakımı, bebeğinin bakımı ile ilgili daha az güçlük yaşadıkları, ancak tamamının meme ve emzirme ile ilgili sorun yaşamadığı,
- Taburculuğa hazırloluşluk ile kadınların yaş, eşin yaşı, evlilik süresi, gelir durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, bebeğin doğum ağırlığı arasında ilişki olmadığı,
- Yaşam kalitesi puanı ile yaş, eşin yaşı, yaşayan çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Öneriler: Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Doğum öncesi dönemden başlayarak doğum sonu dönemde annelere eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlı bir biçimde verilmesi, bu amaçla doğuma hazırlık ve doğum sonu bakım sınıflarının oluşturulması,
- Maliyeti ve zaman kaybını azaltmak amacıyla doğum sonu döneme yönelik hastanelerde konusunda uzman hemşirelerden oluşan telefon ile danışmanlık birimlerinin oluşturulması,
- Araştırmanın değişik sosyokültürel özellikte ve farklı gruplarda (multipar, primipar ve diğer risk gruplarında) ve farklı postpartum dönemlerde yapılması,
- Doğum sonu dönemde kadınların ve bebeklerinin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla psikososyal destek, gereksinim duyulan konularda birebir eğitim ve evde bakım hizmetlerinin verilmesi,
- Doğum sonu taburculuk zamanının tespitinde kadının gereksinimleri doğrultusunda planlama yapılması,
- Gebelik ve doğum sonu dönemde verilen hizmetlerin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,
- Doğum sonu taburculuğa hazırloluşluğu değerlendirmek için uygulayıcıların daha kolaylıkla kullanabileceği ölçeğin kısa formunun araştırmacılar tarafından geliştirilmesi,

- Geçerlik ve güvenirliği yapılan doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinin farklı gruplarda test edilmesi önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Burroughs A, Leifer G. Postpartum Period: Maternity Nursing An Mintroductory Text (8 nd ed), Philadelphia, W.B. Saunders Company 2001;212.
2. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 4. Baskı, Sistem Ofset, Ankara 2009: 351-378.
3. Deller B, Decamp K. Postpartum Care. Global Health Technical Briefs, Access program/JHPIEGO , www.maqweb.org , Erişim Tarihi: 15.04.2010.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara 2009.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara 2006.
6. Açıklan İ. Türkiye’de Ana Sağlığı Ve Aile Planlaması, Sağlık Bakanlığı, Anne–Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. www.saglik.tr.net /Cinsel Sağlık Türkiye Aile Planlaması html: Erişim Tarihi: 15.12.2009.

7. T. C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”, www.saglik.gov.tr, Genelge 2010/27, 03.05.2010, Erişim Tarihi: 15.09.2011.
8. Akın A, Mıhçıokur S. Dünya’da ve Türkiye’de anne ölümleri. Sağlık ve Toplum 1998; 4(5):37-44.
9. Williams A, Herron-Marx S, Carolyn H. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. Midwifery 2007; 23(4), 392–403.
10. Erdem E, Çavuşoğlu H. Kanserli Çocukların Ebeveynlerinin Yaşam Kalitesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 6 (1-2), 1-10.
11. Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B, Beşer E. Güvenli olmayan doğumlar ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4(6): 321–329.
12. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14: 54-58.
13. Şenses M, Yıldızoğlu İ. Sekiz Ayrı İldeki Kaynana ve Gelinlerin Loğusalık ve Çocuk Bakımında Geleneksel Uygulamaları. Çocuk Forumu 2002; 5(2): 44-48.
14. Mandl KD, Homer CJ. Effect of a Reduced Postpartum Length of Stay Program on Primary Care Services Use by Mothers and Infants. Pediatrics, 2000; 106(4),937-941.
15. Atıcı İ. Doğum Sonu Erken Taburculukta Lohusalara Verilecek Sağlık Eğitimi ve Evde Bakımın Postpartum Komplikasyonlar ve Anksiyete Düzeyine Etkisi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Erzurum 2000.
16. Gölbaşı Z, Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde bakım Hizmetleri ve Hemşirelik, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7(2): 15-22.
17. O’Connor K, Mowat DL, Scott HM, et al. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge, Can J Public Health 2003;94(2):98-104.
18. Yıldız D, Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar, Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50 (4): 294-298.
19. Ruchala PL. Teaching new mothers: priorities of nurses and postpartum women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2000; 29 (3), 265-273.

20. Edhborg M, Seimyr L, Lundh W, Witstrom AM. Fussy child-difficult parenthood? Comparisons between families with a “depressed” mother and non-depressed mother 2 month postpartum. *J Reprod Infant Psychol* 2000; 18: 225-238.
21. Arslan F. Primipar Annelere Gebelikte ve Doğum Sonu Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Doktora Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara 2001.
22. Pillitteri A. Maternal Child Health Nursing: Care of Childbearing & Childbearing Family, Fourth Edition, Lippincott Company, Philadelphia 2003; 595-717.
23. Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter?, *Birth* 2005; 32(2):86-92.
24. Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care – what’s new? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007; 19:561–567.
25. Aktan N. Functional status after childbirth:a review of the literature, *Clin Nurs Res* 2007; 16 (3), 195-211.
26. Çiçek N, Mungan T. Klinikte Obstetrik Ve Jinekoloji; Lohusalık Fizyolojisi ve Bakımı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2007; 185- 195.
27. Perla L. Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery, *J Nurs Care Qual* 2002; 16 (2); 60-66.
28. Maternity Center Association. Recommendations from Listening to mothers: the first national U.S. survey of women’s childbearing experiences *Birth*; 2004;31(1):61-5.
29. Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası Geliştirme Çalışması Mevcut Durum ve Sorunlar Taslak Rapor, Ankara 2000.
30. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı ana Çocuk Sağlığı ve aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara 2004.
31. Çıtak BN, Çoşkuner PD. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3 (3), 81-87
32. Littleton LY, Engebreston JC. Maternity Nursing Care (5nd.ed) Clifton Park,NY: Thomson/Delmar Learning, 617-691.

33. Atıcı İ, Gözüml S. Postpartum erken taburculukta lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problemler ve anksiyete üzerine etkisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 8(2), 77-91.
34. Mucuk S, Güler N. Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu, Sağlık Bilimleri Dergisi 2002; 11(1): 21-29.
35. Simpson RK, Creehan PA. Perinatal Nursing, 2nd Edition, Lippincott Company, Philadelphia, 2001; 446-667.
36. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler; Dicle Tıp Dergisi 2009;36 (3), 184-190.
37. Pillitteri A. Maternal Child Health Nursing:Care of Childbearing&Childbearing Family, Fourth Edition, Lippincott Company, Philadelphia 2003: 595-717.
38. Arslan F, Uzun Ş. Hemşirenin postnatal eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin incelenmesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28, 736-742.
39. Warren PL. First-time mothers: social support and confidence in infant care. J Adv Nurs 2005; 50: 479-488.
40. Özgür E, Bez Y. Doğum sonrası hüzn ve doğum sonrası depresyon, Konuralp Tıp Dergisi 2009;1(1):32-37.
41. Gaynes BN, Gavin N,Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes. Evidence Report/TechnologyAssessment No. 119. AHRQ Publication No. 05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
42. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6), 479-484.
43. Fenwick J, Barclay L, Schmied V. Struggling to mother: a consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. J Perinat Neonat Nurs 2001;15:49-64.
44. Fidan D, Pınar G. Doğum Yapmış Annelerin Empatik İletişim Açısından Ebe ve Hemşirelerden Beklentileri. 4. Uluslararası 11. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Başkent Üniversitesi İhsan Doğramacı Konferans Salonu, 5-8 Eylül, 2007:64.
45. Bowman KG, Ruchala PL. A comparison of the postpartum learning needs of adolescent mothers and their mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35(2) 250-256.

46. Altuntuğ K, Acar A. Doğum sonu dönemde primipar anne ve ebe/hemşirelerin eğitim önceliklerinin karşılaştırılması. *Sted* 2011;20(4),163-168.
47. Derya Beydağ K. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007;6(6): 479-484.
48. Brumfield Cynthia G. MD. Early postpartum discharge. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41(3): 611-625.
49. Galbraith AA, Egerter SA, Marchi KS, Chavez G, Braveman PA. Newborn early discharge revisited: are california newborns receiving recommended postnatal services?, *Pediatrics* 2003; 111, 364-371.
50. Malkın JD, Garber S, Broder MS and Kecler E. Infant mortality and early postpartum discharge, *Obstet Gynecol* 2000; 96(2): 183-188.
51. Eaton AP. Early postpartum discharge: recommendations from a preliminary report to congress, *Pediatrics* 2001; 107:400-403.
52. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, et al. Effects of a law against early postpartum discharge on newborn follow-up, adverse events, and HMO expenditures. *N Engl J Med* 2002; 347:2031–2038.
53. Heck KE, Schoendorf KC, Chávez GF, Braveman P. Does postpartum length of stay affect breastfeeding duration? A population-based study. *Birth* 2003; 30:153-159.
54. Gözümlü S, Kılıç D. Health problems related to early discharge of Turkish women, *Midwifery* 2005; 21(4): 371-378.
55. Liu S et al. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: A population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(3): 681-687.
56. Lichtenstein B, Brumfield C, Cliver S et al. Giving birth, going home: Influences on when low-income women leave hospital *Health* 2004; 8(1): 81-100.
57. Darj E, Stalnacke B. Very early discharge from hospital after normal deliveries. *Ups J Med Sci* 2000; 105:57-66.
58. Büyükkayacı DN. Postpartum erken taburculuk sonrası evde bakım, *TAF Prev Med Bull* 2009;8(1). 73-82.
59. Weiss ME, Ryan P, Lokken L. Validity and reliability of the perceived readiness for discharge after birth scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(1): 34-35.

60. Weiss M, Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Birth* 2004; 31(2),93-101.
61. Kaya B, Akdolun NB. Postpartum evde bakım hizmetleri ve ebe/hemşirenin sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011; 6(16): 19-32.
62. Anonymous. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics Evanston* 2004;113(5):134-136.
63. Akdolun Balkaya N. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe - hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002; 6:42-49.
64. Cargill Y, Martel M. Postpartum maternal and newborn discharge. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29 (4):357-359.
65. Millar KR, Gloor JE, Wellington N, Jovbert GI. Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2000;16(3):145-50.
66. Meara E, Katagal UR, Atherton HD, Lieu TA. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics* 2004;113(6):1619–27.
67. Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc nisan 2011>
68. Dana SN, Wambach KA. Patient satisfaction with an early discharge home visit programme. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32(2): 190-198.
69. Paul IM, Phillips TA, Widome PA, Hollenbeak CS. Cost-Effectiveness of postnatal home nursing visits for prevention of hospital care for jaundice and dehydration. *Pediatrics*.2004; 4(1): 1015-1023.
70. Osterfeld E. Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Amsterdam, Kluwer. 1994; p 19-34.
71. Işık A, Meriç M. Hayatın Kalitesi (Quality Of Life) Kavramının Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt; *Ege Akademik Bakış* 2010; 10 (1): 421-434.
72. Levine RJ. Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective. In: Spilker B (editor). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1996; 51:p 489-95.

73. Bowling A. Measuring health:a review of quality of life measurement scales. Second edition Buckingham. Open University Press.1998;p 1-23.
74. Karabulut ÖÖ, İz BF. Yaşlılarda yaşam kalitesi, Hemşirelik Forumu 2002; 5(6), 51-53.
75. Whalen GF, Ferrans CE. Quality of life as an outcome in clinical trials and cancer care: A primer for surgeons. J Surg Oncol 2001; 77: 270-6.
76. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2006; 28 (2):81-89.
77. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: Springer Verlag. 1994: p 41-57.
78. Berterö C, Christina A. Quality of life of adults with acute leukaemia, J Adv Nurs 1993,18(9):1346-1353.
79. The WHOQOL Group. What Quality of Life. World Health Forum. 1996; 17:354-356.
80. Kaya M. Ankara’da 112 acil yardım hizmetleri çalışanlarının öznel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, Sağlık Toplum Dergisi 2004; 14 (4): 9-18.
81. Symon A, McGreavey J, Picken C. Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index. BJOG.2003;110:865-868.
82. Symon A,MacKay A, Ruta D. Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-generated Index. J Adv Nurs.2003;42:21-29.
83. Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü, Birinci Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir 2004.
84. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abdinia N, Zayeri F, Khanafshar N. A survey of Relationship Between Anxiety, Depression and Duration of Infertility, BMC Women’s Health 2004;4(9):334-337.
85. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri, Romatizma 2005;1(20):55-62.
86. Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2003;13(2):3-8.
87. Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatology. Toronto: Mosby 2003: p 517-530.

88. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği İstanbul 2006; ss 65-7.
89. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 2000; p 5.
90. WHO 2003, What Is The Efficacy/Effectiveness Of Antenatal Care And The Financial And Organizational Implications? www.euro.who.int/Document/E82996.pdf. Erişim Tarihi: 14.06.2009.
91. Taşcı S. Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara 1998.
92. Pınar R. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Sendrom 1997; 9:108-111.
93. Marriner A. Nursing Theorists and Their Work. The C.V. Mosby Company, St Louis. 1986; s:297-307.
94. Meighan M. Mercer's Maternal Role Attainment Theory in Nursing Practice in Alligood MR, Tomey AM, Nursing Theory Utilization and Application (2 th ed), chapter:17. Mosby 2002: p 367-383.
95. Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C et al. Randomized controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up. BMJ 2005; 330(7487), 337.
96. Albers LL. Health problems after childbirth. J Midwifery Womens Health 2000; 45(1): 55-57.
97. Lee DT, Yip AS, Chiu HF, Leung TY, Chung TK. Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory? J Affect Disord 2001; 63: 233-238.
98. Simons J, Mannion J, Morison L. How the health visitor can help when problems between parents add to postnatal stres. J Adv Nurs 2003; 44(4):400-409.
99. Pung LC, Millighan R. A Framework for the study of childbearing fatigue. ANS Adv Nurs Sci 1993; 15(4): 60-70 .
100. Choe MA, Padilla GV, Chae YR, Kim S. The meaning of health-related quality of life in a Korean sample. Int J Nurs Stud. 2001; 38 (5): 557-566.
101. Roebuck A, Furze G, Thompson DR. Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. J Adv Nurs 2001; 34(6): 787-794.

102. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik (1. Baskı), Seçkin Yayıncılık, Ankara 2005; ss:105-403.
103. Hill PD, Aldağ JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Development of a questionnaire to measure maternal postpartum quality of life. J Nurs Meas 2007; 14(3):205-220.
104. Okumuş H, Mete S. Anne babalar için “Doğuma hazırlık”, Deomed Medikal Yayıncılık, Birmat Matbaacılık, İstanbul 2009.
105. Ferrans and Powers Quality of Life Index, <http://www.uic.edu/orgs/qli/>. Erişim Tarihi: 12.06.2008.
106. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri- SPSS Uygulamaları. 3. Baskı, Emek Ofset Ltd. Şti, Ankara; 2005; ss: 382- 395.
107. Burucu R. Gebeliğin Üçüncü Trimestrinde Gebelere Verilen Eğitimin Doğum sonu Taburculuğa Hazıroluşluk Düzeyine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2009.
108. Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. J nurs Meas 2006;14(3):163-180.
109. Akın B, Şahingeri M. Hastane taburculuğuna hazıroluşluk ölçeği- yeni doğum yapmış anne formu (HTHÖ- YDAF)’nın Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirliği, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010; 13(1):7-14.
110. Freda MC. Perinatal Patient Education A Practical Guide With Education Handouts For Patients, Lippincott Williams & Wilkins 2002; 21-31.
111. Doğum Öncesi Eğitim, Program Hazırlayanlar ve Eğiticiler için Rehber, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul 2000.
112. Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. içinde: İ. Erefe (Ed), Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Ankara: Odak ofset 2002: ss 171-187.
113. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30(3), 211-216.
114. Gözüm S, Aksayan S Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2002; 4(1): 9-19.
115. Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. 2. Baskı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara 1997.

116. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Yayın Dağıtım. 10. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti 2000; ss: 136-153.
117. Gözüm S, Aksayan S. Kültürler arası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003, 4(1): 3-14.
118. Deniz KZ. Psikolojik ölçme aracı uyarlama. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Dergisi 2007: 40(1), 1-16.
119. Ferrans, C, Powers. M. Psychometric assessment of the quality of life index. Res Nurs Health 1992; 15(1): 29-38.
120. Dempsey PA, Dempsey AD. Using Nursing Research – Process, Critical Evaluation and Utilization. 5th Edition, Lippincott, Philadelphia-New York; 2000.
121. Şimşek ÖF, Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları, Cem Web Ofset, Ankara 2007.
122. Harrington D. Confirmatory Factor Analysis. Oxford University Press. Newyork, USA 2009.
123. Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir 2002; ss: 661-73.
124. Büyüköztürk S. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Eğitim Yönetimi Dergisi, 2002;ss: 470-433.
125. Tavşanel E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi (2. Baskı). Ankara: Atlas Yayınevi 2002; ss:17-61.
126. Lawdermik DL, Perry SE, Bobak IM. Maternal- Newborn Home Care, Maternity and Women's Health Care, St Lovis, Mosby, 1997; p : 637-665.
127. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85(5): 551-560.
128. Biliker MA. Güvenli Annelik. Aktüel Tıp Dergisi-Kadın Sağlığı Özel Sayısı 2003; 6 (1): 37-44.
129. Brown SG, Johnson BT. Enhancing early discharge with home follow-up: a pilot Project. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1998; 27(1): 33-38.

130. Doğaner G. Vaginal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin Ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2005.
131. Lawhon G. Facilitation of parenting the premature infant within the newborn intensive care unit. *J Perinat Neonatal Nurs* 2002; 16(1) :71-82 .
132. Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. *Current Medical Diagnosis & Treatment. Lange Medical Books/ McGraw- Hill, Newyork, Chicago* 2002; p 30-31.
133. Hammoudeh W, Mataria A, Wick L, Giacaman L. In search of health: quality of life among postpartum Palestinian women. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009; 9(2): 123-132.
134. Hill PD, Aldag JC, Demirtas H, Zinaman MJ, Chatterton RT. Mood states and milk output in lactating mothers of preterm and term infants. *J Hum Lact* 2006; 22(3): 305-314 .
135. Akın B, Ege E, Koçoğlu D, Demirören N, Yılmaz S. Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month postpartum period in Turkey. *J Obstet Gynaecol Res* 2009; 35(1): 86-93.
136. Jackson D, Mannix J. Mothering and women's health: I love being a mother but there is always something new to worry about. *Aust J Adv Nurs* 2003; 20: 30-37.
137. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey, 2009; *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2009; 10: 14-20
138. WHO.UNICEF, & UNFPA. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: WHO 2007.
139. Büyükkayacı DN, Karataş N, Sezaryen sonrası erken taburcu olan kadınlara verilen evde bakım hizmetinin anne sağlığına ve öz bakım gücüne etkisi, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2011; 20(1): 54-67.
140. Lane DA, Kauls LS, Ickovics JR et al. Early postpartum discharge: impact on distress and outpatient problems. *Arch Fam Med* 1999; 8(3): 237-245.
141. Erenel AŞ, Eroğlu K. Doğum Sonrası İlk Altı Ayda Ev Ziyareti Yoluyla Desteklenen Emzirme Eğitimi Modelinin Etkili Emzirme Davranışı Üzerine Etkisi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 12(2): 43-54.
142. Symon A. A review of mother's prenatal and postnatal quality of life. *Health Qual Life Outcomes*.2003;1:38.

143. Chen Y, Chie W, Kuo S, Lin Y, Lin S, Chen P. The association between infant feeding pattern and mother's quality of life in Taiwan. *Qual Life Res* 2007; 16(8): 1281-1288.
144. Yılmaztürk Y. Postpartum dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin ölçülmesi, Yüksek lisans tezi, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Eskişehir 2010.
145. Koç G. Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi; Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara 2005.

EK-I

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

ANKET NO:

A-SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

I. Görüşme Tarihi:

II. Görüşme Tarihi:

III. Görüşme Tarihi:

Adınız - Soyadınız:

Adres:

Telefon: Ev:

Cep:

1. Yaşınız:

2. Eğitim Durumunuz:

a. İlköğretim

b. Lise ve üzeri

3. Çalışma Durumunuz

a. Çalışıyor

b. Çalışmıyor

4. Eşinizin yaşı:

5. Eşinizin Eğitim Durumu

a. İlköğretim

b. Lise ve üzeri

6. Eşinizin işi:

a. İşçi

b. Memur

c. Serbest

d. Diğer.....

7. Evlilik süresiniz:

8. En uzun yaşadığınız yer:

a. İl

b. İlçe

c Köy

9. Aile tipiniz:

a. Çekirdek

b. Geniş

10. Toplam aylık geliriniz(TL):

11. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a. İyi

b. Orta

c. Kötü

12. Sosyal güvence durumu:

1. Var

2. Yok

B.GEBELİK VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ

1. Son adet tarihiniz:
2. Muhtemel doğum tarihiniz
3. Gebelik haftası:
4. Gebelik sayınız:
5. Yaşayan çocuk sayısı:
6. Düşük öyküsü:
 - a. Evet
 - b. Hayır
7. Küretaj öyküsü:
 - a. Evet
 - b. Hayır
8. Gebeliği isteme durumunuz:
 - a. Evet
 - b. Hayır
9. Son gebelik kaçınıcı gebeliğiniz:
 - a. İlk gebelik
 - b. İkinci ve üzeri
10. Doğum öncesi dönemde doğum sonu döneme yönelik bilgi aldınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

EK II

FORM 2: YENİDOĞAN BİLGİ FORMU

1. Doğum şekliniz

a. Normal b. Sezaryan

2. Bebeğinizin doğum ağırlığı:

EK III

DOĞUM SONU ANNE- BEBEK FORMU

1. Gebelik sürecinde eşinizden destek aldınız mı?

a. Evet b. Hayır

2. Doğum sonu dönemde evde destek aldınız mı?

a. Evet b. Hayır

3. Doğum sonu dönemde evde kimden destek aldınız?

a. Eş b. Aile (anne, kayınvalide vb.)

4. Doğum sonu dönemde kendi bakımınız ile ilgili güçlük yaşadınız mı?

a. Evet b. Hayır

5. Doğum sonu dönemde bebek bakımı ile ilgili güçlük yaşadınız mı?

a. Evet b. Hayır

6. Doğum sonu dönemde meme bakımı ve emzirme ile ilgili güçlük yaşadınız mı?

a. Evet b. Hayır

EK IV

Hastane Taburculuğu için Hazıroluşluk Ölçeği-Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ-YDAF)

Lütfen yanıtlarınızı işaretleyin ya da daire içine alın. Yanıtların çoğu 0 dan 10 a kadar 10 üzerinden derecelendirilmiştir. Sayıların altındaki kelimeler 0 ya da 10 un ne anlama geldiğini göstermektedir. Nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan 0 ile 10 arasındaki sayıyı seçiniz. Örneğin 7 yi işaretlemeniz 0'dan çok 10'a yakın hissettiğiniz anlamına gelir.

1. Hastaneden taburcu olacağınızı düşündüğünüzde, planlandığı şekilde eve gitmeye hazır olduğunuza inanıyor musunuz?	() Hayır () Evet
2. Eve gitmeye fiziksel(bedensel) olarak ne kadar hazırsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hazır değil Tamamen hazır
3. Bugünkü ağrınızı yada rahatsızlığınızı nasıl tanımlarsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ağrı/rahatsızlık yok Şiddetli ağrı/rahatsızlık var
4. Bugünkü gücünüzü (kuvvetinizi) nasıl tanımlarsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zayıf Güçlü
5. Bugünkü enerjinizi (dinçliğinizi/ zindeliğinizi) nasıl tanımlarsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Düşük enerji Yüksek enerji
6. Bugün kendinizi ne kadar stresli hissediyorsunuz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok fazla
7. Eve gitmeye duygusal olarak ne kadar hazırsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hazır değil Tamamen hazır
8. Eve gittikten sonra ilk birkaç günde kendinize bakabilmek için fiziksel becerilerinizi nasıl tanımlarsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yapamama (başaramama) Tamamen yapabilme (başarabilme)
9. Eve gittikten sonra ilk birkaç günde bebeğinize bakabilmek için fiziksel becerilerinizi nasıl tanımlarsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yapamama (başaramama) Tamamen yapabilme (başarabilme)
10. Eve gittikten sonra kendi bakımınızı yapma konusunda ne kadar şey biliyorsunuz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir şey bilmiyor Her şeyi biliyor
11. Eve gittikten sonra bebeğinizin bakımını yapma konusunda ne kadar şey biliyorsunuz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir şey bilmiyor Her şeyi biliyor
12. Eve gittikten sonra kendiniz ve bebeğinizde gözlenmesi gereken sorunları değerlendirme konusunda ne kadar şey biliyorsunuz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir şey bilmiyor Her şeyi biliyor

13. Eve gittikten sonra sorunlarla karşılaştığınızda kimi / ne zaman arayacağınız konusunda ne kadar şey biliyorsunuz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir şey bilmiyor Her şeyi biliyor
14. Eve gittikten sonra yapmanıza izin verilen ve verilmeyen şeyler (örneğin dikişlerin bakımı, göbek bakımı ve cinsel ilişki) konusunda ne kadar şey biliyorsunuz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir şey bilmiyor Her şeyi biliyor
15. Eve gittikten sonra sizin ve bebeğinizin ihtiyaç duyacağı tıbbi bakım izlemleri konusunda (örneğin bebeğinizin tetkikleri, kendi kontrolleriniz) ne kadar şey biliyorsunuz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir şey bilmiyor Her şeyi biliyor
16. Eve gittikten sonra toplum içinde var olan hizmetler ve bilgi kaynakları konusunda ne kadar şey biliyorsunuz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir şey bilmiyor Her şeyi biliyor
17. Ev yaşamının gereklerini (örneğin yemek ve temizlik yapma) karşılamakla ne kadar iyi başa çıkabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça iyi
18. Kişisel bakımınızı (örneğin dikişler, ameliyat kesisi, meme bakımı, hijyen, banyo, tuvalet, yeme içme) ne kadar iyi yapabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça iyi
19. Bebeğinizin bakımını ne kadar iyi yapabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça iyi
20. Eve gittikten sonra ne kadar duygusal destek alabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok fazla
21. Eve gittikten sonra kişisel bakımınızla ilgili ne kadar yardım alabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok fazla
22. Eve gittikten sonra ev işleri ile ilgili (örneğin yemek pişirme, temizlik, alış-veriş, bebek bakımı) ne kadar yardım alabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok fazla
23. Bebek bakımı ile ilgili ne kadar yardım alabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok fazla

EK V**Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MAPP-QOL)****Bölüm 1**

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç memnun değil**2= Orta derecede memnun değil****3= Biraz memnun değil****.....den ne kadar memnunsunuz?****4= Biraz memnun****5=Orta derecede memnun****6= Çok memnun**

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?	Hiç Memnun Değil	Orta Derecede Memnun Değil	Biraz Memnun Değil	Biraz Memnun	Orta Derecede Memnun	Çok Memnun
1. Sağlığınız	1	2	3	4	5	6
2. Ağrı düzeyiniz	1	2	3	4	5	6
3. Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz	1	2	3	4	5	6
4. Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz	1	2	3	4	5	6
5. Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz	1	2	3	4	5	6
6. Fiziksel Görünüştünüz	1	2	3	4	5	6
7. Uyku Düzeyiniz	1	2	3	4	5	6
8. Memeleriniz	1	2	3	4	5	6
9. Doğum nedeni ile olan dikişleriniz	1	2	3	4	5	6
10. Cinsel Yaşamınız	1	2	3	4	5	6
11. İç Huzurunuz	1	2	3	4	5	6
12. Genel Olarak Mutluluğunuz	1	2	3	4	5	6
13.Genel Olarak Yaşamınız	1	2	3	4	5	6
14. Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz	1	2	3	4	5	6
15.Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden	1	2	3	4	5	6
B) Ailenizden	1	2	3	4	5	6
C) Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlardan	1	2	3	4	5	6
16.Eşiniz İle İlişkiniz	1	2	3	4	5	6

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?	Hiç Memnun Değil	Orta Derecede Memnun Değil	Biraz Memnun Değil	Biraz Memnun	Orta Derecede Memnun	Çok Memnun
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme yeterliliğiniz	1	2	3	4	5	6
18. Bebeğinizin Sağlığı	1	2	3	4	5	6
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz	1	2	3	4	5	6
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman	1	2	3	4	5	6
21. Ev İşleri için Ayırdığınız Zaman	1	2	3	4	5	6
22. Arkadaşlarınız/akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman	1	2	3	4	5	6
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman	1	2	3	4	5	6
24. Kendiniz İçin ayırdığınız Zaman	1	2	3	4	5	6
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme yeterliliğiniz	1	2	3	4	5	6
26. Eşinizin Sağlığı	1	2	3	4	5	6
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz	1	2	3	4	5	6
28. Yaşadığınız Ev	1	2	3	4	5	6
29. Komşularınız	1	2	3	4	5	6
30. Ekonomik Bağımsızlığınız	1	2	3	4	5	6
31. Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz	1	2	3	4	5	6
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım	1	2	3	4	5	6
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım	1	2	3	4	5	6
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığınız	1	2	3	4	5	6
B) Mali Durumunuz	1	2	3	4	5	6
C) Çevresel Koşullarınız	1	2	3	4	5	6
35. İş/Çalışma						
A) Eşinizin İş	1	2	3	4	5	6
B) Kendi İşiniz	1	2	3	4	5	6

Bölüm 2

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanla ilgili ne kadar önemli olduğunu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç önemli değil

2= Orta derecede önemli değil

3= Biraz önemli değil

4= Biraz önemli

5=Orta derecede önemli

6= Çok önemli

.....ne kadar önemli?

NE DERECEDE ÖNEMLİ?	Hiç Önemli Değil	Orta Derecede Önemli Değil	Biraz Önemli Değil	Biraz Önemli	Orta Derecede Önemli	Çok Önemli
1. Sağlığınız	1	2	3	4	5	6
2. Ağrı düzeyiniz	1	2	3	4	5	6
3. Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz	1	2	3	4	5	6
4. Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz	1	2	3	4	5	6
5. Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz	1	2	3	4	5	6
6. Fiziksel Görünüşünüz	1	2	3	4	5	6
7. Uyku Düzeyiniz	1	2	3	4	5	6
8. Memeleriniz	1	2	3	4	5	6
9. Doğum nedeni ile olan dikişleriniz	1	2	3	4	5	6
10. Cinsel Yaşamınız	1	2	3	4	5	6
11. İç Huzurunuz	1	2	3	4	5	6
12. Genel Olarak Mutluluğunuz	1	2	3	4	5	6
13.Genel Olarak Yaşamınız	1	2	3	4	5	6
14. Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz	1	2	3	4	5	6
15.Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden	1	2	3	4	5	6
B) Ailenizden	1	2	3	4	5	6
C) Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlardan	1	2	3	4	5	6
16.Eşiniz İle İlişkiniz	1	2	3	4	5	6

NE DERECEDE ÖNEMLİ?	Hiç Önemli Değil	Orta Derecede Önemli Değil	Biraz Önemli Değil	Biraz Önemli	Orta Derecede Önemli	Çok Önemli
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme yeterliliğiniz	1	2	3	4	5	6
18. Bebeğinizin Sağlığı	1	2	3	4	5	6
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz	1	2	3	4	5	6
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman	1	2	3	4	5	6
21. Ev İşleri için Ayırdığınız Zaman	1	2	3	4	5	6
22. Arkadaşlarınız/akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman	1	2	3	4	5	6
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman	1	2	3	4	5	6
24. Kendiniz İçin ayırdığınız Zaman	1	2	3	4	5	6
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme yeterliliğiniz	1	2	3	4	5	6
26. Eşinizin Sağlığı	1	2	3	4	5	6
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz	1	2	3	4	5	6
28. Yaşadığınız Ev	1	2	3	4	5	6
29. Komşularınız	1	2	3	4	5	6
30. Ekonomik Bağımsızlığınız	1	2	3	4	5	6
31. Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz	1	2	3	4	5	6
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım	1	2	3	4	5	6
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım	1	2	3	4	5	6
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığınız	1	2	3	4	5	6
B) Mali Durumunuz	1	2	3	4	5	6
C) Çevresel Koşullarınız	1	2	3	4	5	6
35. İş/Çalışma						
A) Eşinizin İş	1	2	3	4	5	6
B) Kendi İşiniz	1	2	3	4	5	6

EK VI

KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU-MÜDAHALE GRUBU

BİLGİLENDİRME

Bu araştırma gebelikte verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazır olma durumuna ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmada anket formu ve ölçeklerin doldurulacaktır. Ölçeklerde hastaneden taburculuğa hazır olup olmadığınıza ve doğum sonu dönemden ne kadar memnun ve sizin için ne kadar önemli olduğuna ilişkin sorular bulunmaktadır. İlk anket formunuz doldurulduktan sonra ortalama 50 dk sürecek olan eğitiminiz yapılarak doğum sonu eğitim kitapçığınız verilecektir. Daha sonra biri doğum sonu hastanede kaldığınız sürede olmak üzere diğeri de taburcu olduktan sonra evde (4-6. haftalarda) olmak üzere 2 kez daha eğitim verilecektir.

Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Bu durum sizin ilaç almanıza etki etmeyecektir.

Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Kamile ALTUNTUĞ

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

EK VII

KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU-KONTROL GRUBU

BİLGİLENDİRME

Bu araştırma gebelikte verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazır olma durumuna ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmada anket formu ve ölçekler doldurulacaktır. Ölçeklerde hastaneden taburculuğa hazır olup olmadığınıza ve doğum sonu dönemden ne kadar memnun ve sizin için ne kadar önemli olduğuna ilişkin sorular bulunmaktadır. İlk anket formunuz doldurulduktan sonra doğum yaptığınızda hastaneden taburculuğa hazıroluşluk ölçeği doldurulacaktır. doğumdan sonra 4-6. haftalarda ev ziyareti yapılarak doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği doldurulacak ve doğum sonu eğitim kitapçığınız verilecektir.

Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Bu durum sizin ilaç almanıza etki etmeyecektir.

Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Kamile ALTUNTUĞ
Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

EK VIII

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Bu araştırmada gebeliğin son trimestrinde verilen eğitimin ve doğum sonu dönemde danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesinin annelerin hastaneden taburculuğa hazıroluşluğuna ve yaşam kalitesine etkisi incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecek ve bu sorunun çözülmesine katkı sağlayacaktır. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Kamile ALTUNTUĞ

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

EK IX

ETİK KURUL KARARI



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



SAYI : B.30.2.SEL.0.28.00.00/270- 028
KONU :

04.01.2011

Sayın :
Doç.Dr. Emel EGE
S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

27.12.2010 tarihli "Gebelikte Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonrası Taburculuğa Hazır Olma Durumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı araştırma projeniz, Komisyonumuzun 30.12.2010 tarihli toplantısında görüşülmüş olup; başvurunuzun değerlendirilmesi ile ilgili, 30.12.2010 tarih ve 2010/43 nolu Fakültemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu kararı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. A.Kagan KARABULUT
Dekan

Adres: S.Ü. Selçuklu Tıp Fakültesi Dekanlığı Alaaddin Keykubad kampüsü 42079 – Selçuklu / KONYA
Tel: (0332) 241 21 81 , Faks: (0332) 241 21 84 , Elektronik Posta : stip@selcuk.edu.tr
Web Adresi : www.stip.selcuk.edu.tr , Bilgi için :Dekanlık Tel : 241 00 41 / 1089

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 09

Toplantı Tarihi : 30.12.2010

Karar Sayısı 2010/43 S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç.Dr. Emel EGE'nin "Gebelikte Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonrası Taburculuğa Hazır Olma Durumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı projesi görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Doç.Dr. Emel EGE'nin, gebelikte kadınlara verilen eğitimin doğum sonrası taburculuğa hazır olma durumu ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amaçlı olan "Gebelikte Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonrası Taburculuğa Hazır Olma Durumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı araştırma projesinin kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR

30/12/2010

Mahmut KESİK
Sekreter

EK X

SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı: B.10.4.ISM.4.42.0005 – 350.02 / 2399

025727 23.07.2009

Konu : Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
Hakkında Çalışma

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu'nda görevli Öğr. Gör. Kamile ALTUNTUĞ'un " Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik" konulu çalışmayı 1 Nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde 27 Temmuz- 30 Ağustos tarihleri arasında yapmak istediğine dair vermiş olduğu dilekçesi ekte sunulmuş olup,

Söz konusu çalışmasının Öğr. Gör. Kamile ALTUNTUĞ tarafından 27 Temmuz – 30 Ağustos tarihleri arasında yapılmasını;
Olurlarınıza arz ederim.

Dr. H. Murat KAYA
Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR
23/07/2009
Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ
Sağlık Müdürü

EK XI

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİ İZİNİ



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ



SAYI : B.30.2.SEL.0.H1.01.00/9574
KONU :Tez Çalışması

25/02/2010

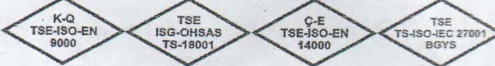
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

S.Ü.Konya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğretim Elemanı Kamile ALTUNTUĞ'un 15.02.2010 tarihli dilekçesi ekte gönderilmiş olup; ilgilinin bölümünüzde doktora tez çalışması yapması uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Doç.Dr.Hamdi ARBAG
Koordinator A.
HASTANE BAŞHEKİMİ

EK: Dilekçe ve ekleri (23 sayfa)

Adres: S.Ü. Meram Tıp Fak.Hastanesi, Akyokuş 42080-Merem / KONYA,
Tel: (0332) 223 60 00, Faks: (0332) 223 65 22
Elektronik posta : mtiphos@selcuk.edu.tr,
Web Adresi : www.meramtıp.com.tr
Bilgi için :BAŞHEKİMLİK 223 65 21



EK XII

HOŞ GELDİN BEBEK'CD KULLANIM İZNİ



ANNE ve BEBEK SAĞLIĞI VAKFI

Kızıltoprak İttri dede sok. Bema apt. No:35/11 Kadıköy İstanbul
T: 0(216)349 69 06 Tel-Faks 0(216)3475340
e-mail: info@annevebebek.org www.annevebebek.org

20/04/2010

Sayın Kamile Altundağ;

14.04.2010 tarihinde göndermiş olduğunuz mailinizdeki açıklamalarınız dikkate alınmıştır. Belirttiğiniz görevlerde kullanmak üzere istemiş olduğunuz "Hoş Geldin Bebek" isimli cd yi kullanmanızda bir sakınca olmadığı düşünülmüş ve bir kopyasının size gönderilmesine karar verilmiştir. Görevlerinizde başarılar dileriz.

**ABS VAKFI YÖNETİM KURULU BAŞKANI
MUSTAFA KEMAL ÖZKOZACI**

ANNE VE BEBEK SAĞLIĞI VAKFI
Zühtüpaşa Mahallesi Dede Sok. 35/11
Berna Apt. Kızıltoprak-Kadıköy/İST.
Tel:(0216) 349 69 06 Faks:(0216) 347 53 40
www.annevebebek.org
info@annevebebek.org

EK XIII

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

[Flag this message](#)

Re: about Questionnaire

Sunday, November 16, 2008 11:38 AM

From:

"kamile altuntug" <kaltuntug@yahoo.com>

[View contact details](#)

To:

"Pamela Hill" <phill@uic.edu>

Dear Pam,

Thanks a lot. If I have questions, I will write you. I have your manuscript. Sincerely
your. Kamile

--- On **Fri, 11/14/08, Pamela Hill** <phill@uic.edu> wrote:

From: Pamela Hill <phill@uic.edu>

Subject: Re: about Questionnaire

To: kaltuntug@yahoo.com

Date: Friday, November 14, 2008, 9:32 PM

Dear Kamile,

You have my permission to translate the tool into Turkish. Please find the attached questionnaires. You will need to use the article from J Nursing Measurement for scoring and deletion of one item. If you have questions please let me know.

Sincerely,

Pam

At 03:55 PM 11/14/2008, you wrote:

College of Nursing,
University of Illinois,
Quad Cities Regional Program,
1515 5th Avenue, Moline, IL 61215.
Chicago

I have read your article about "Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire" (2006). It is a very good study, congrulation.

I work as a lecturer in nursing department in University, and I am a doctoral student about obstetric and gynecologic. I want to translate Turkish language your "Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire" and I want to study validity and reliability. Please confirm me about permission. If you can send inventory which you use in your research I really very glad. I am sure it will help me a lot. Then I let you know about my research results. Thank You very much.

EK XIV

DOĞUM SONU EĞİTİM KİTAPÇIĞI

DOĞUM SONU EĞİTİM KİTAPÇIĞI



HOŞ GELDİN BEBEK

HAZIRLAYAN
KAMİLE ALTUNTUĞ

KONYA- 2010

Sevgili Anne Adayı;

Büyük bir merakla beklediğiniz bebeğimize kavuşma zamanınız yaklaşmaktadır. Bebeğimize kavuştuktan sonra da rahat ve huzurlu olabilmeniz için bilmeniz gereken bazı konular var. Bebeğinizin doğumundan sonra, bebeğiniz ve sizin sağlığını için neler yapmanız gerektiği bu kitapçıkta açıklanmıştır.

Size verdiğimiz eğitimi uygularsanız anne olma sürecini başarıyla tamamlayabilirsiniz.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
LOHUSALIK	
- Lohusalık Akıntısı.....	2
- Doğum Sonrası Dikişlerin Bakımı	2
- Doğum Sonrası Erken Ayağa Kalmak.....	2
- Karın (Rahim) Ağrısı.....	3
- Boşaltım.....	3
- İstirahat – Uyku ve Dinlenme	3
- Annelik Hüznü.....	3
- İlaç Kullanımı.....	4
- Gebeliği Önleyici Yöntem Seçimi.....	5
- Cinsel İlişki.....	5
- Lohusalıkta Beslenme	5
- Doğum sonu izlem.....	5
- DOĞUM SONUEGZERSİZ	6
- DOĞUM SONRASI BEBEK BAKIMI VE EMZİRME	7
- Yeni Doğan Bebeğin Özellikleri	7
- Bebeğin Cinsel Organı.....	7
- Bıngıldak.....	7
- Yeni Doğan Bebeğin Temizliği.....	7
o Bebek Banyosu.....	8
o Bebeğin Göbek Bakımı.....	9
o Altının Değiştirilmesi.....	9
- Bebeğin Giysileri.....	10
- Yeni Doğanın Odası ve Uyku.....	10
- Bebek Beslenmesi.....	10
- Anne Sütü ve Emzirme.....	11
- Gaz Çıkarması.....	11
- Anne Sütünün Sağılması.....	14
o Sütün elle sağılması.....	14
o Sütün el pompası ile sağılması.....	14
o Elektrikli pompa ile süt sağma.....	14
- Meme Bakımı.....	15
- Sık Karşılaşılan Emzirme Problemleri.....	16
- Çökük Meme Başı.....	16
- Bebeğinizin Aşıları.....	16
- Bebeğiniz İçin Yapılması Gereken Tarama Testleri.....	16
o Topuk kanı.....	16
o Doğuştan Hipotroidizm.....	16
o İşitme testi.....	17
- Bebeğe Saptanabilecek Sorunlar.....	17
o Yenidoğan Sarılığı.....	17
o Konak.....	17
o Pamukçuk.....	17
o Pişik.....	17
o Bebeğe gaz sancısı (Kolik).....	18
KAYNAKLAR.....	19

LOHUSALIK

Doğumdan sonraki 6 haftalık dönem “*Doğum Sonrası Dönem*” ya da “*Lohusalık Dönemi*” olarak adlandırılır. Bu dönem çok önemlidir. Çünkü annenin üreme organları bu dönemde gebelikten önceki haline dönerken, göğüslerde de emzirmeye uyum sağlamak ve sütün salınımını desteklemek için gereken değişiklikler olacaktır.

Lohusalık Akıntısı

Nedeni: rahminiz kasılarak küçülmektedir, kasılırken içinde kalan bazı küçük dokular, akıntılar ve kan dışarı atılmaktadır.

- İlk 1-3. gün taze kanla karışık ve KOYU KIRMIZI renklidir.
- 4-10. gün rahim iç yüzeyi iyileşmeye başladığından kan miktarı azalır ve PEMBE bir renk alır,
- Kanama 11–21. günden, 6 haftaya kadar sürebilir. Kanama artık açık SARIMSI bir renk alır,
- Akıntı emzirirken, ayakta dururken ve hareketli haldeyken artabilir endişelenmeyiniz.
- Akıntının olduğu dönemde temiz ped (satılan hijyenik ped) ya da ütülenmiş bez kullanınız
- Pedlerinizi 4-6 saatte bir değiştiriniz
 1. Kötü kokulu akıntı, parlak kırmızı renkli, bol miktarda akıntı varsa,
 2. Akıntı içinde büyük parçalar varsa,
 3. Akıntı 6 haftadan fazla sürmüştse,
 4. Rengi açıldıktan sonra tekrar kırmızıya dönmüşse MUTLAKA DOKTORA MÜRACAAT EDİNİZ

EĞER DİKİŞLEİNİZ VAR İSE;

Doğum sonrasında oluşan sıyrıklar ya da doğum sonrası atılan dikişler nedeniyle mikrop kapma ihtimali artmış durumdadır. Buna engel olmak için;

- Tuvalet öncesi ve sonrası ellerinizi mutlaka sabun ve su ile yıkayınız,
- Akıntı ve kanamanızın miktarını ve yapısını kontrol ediniz,
- Tuvalet sonrası 2 dakika temiz su veya doktorunuzun önerdiği ilaçlı su (antiseptikli solüsyon) ile temizlik yapınız. Bu esnada temizliği önden arkaya doğru yapmaya dikkat ediniz (yani idrarınızı yaptığınız bölgeden büyük abdestinizi yaptığınız bölgeye doğru),
- Bölgeyi kuru tutmaya özen gösteriniz,
- Banyonuzu ayakta duş şeklinde yapınız,
- Kanama olmasa bile ped 4–6 saatte bir değiştirilmelidir. Uzun süre değiştirilmeyen pedler enfeksiyona neden olabilir.
- İç çamaşırlarınız beyaz, pamuklu olmalı ve sık sık değiştirilmeli, yüksek ısıda yıkanıp, ütülenmelidir.

Doğum Sonrası Erken Ayağa Kalkmak Önemlidir

- Doğum sonrası erken dönemde ayağa kalkmanız sizin,
 1. Kan dolaşımınızı hızlandırır,
 2. Rahminizin daha çabuk toparlanmasını sağlar,
 3. Bağırsaklarınızın çalışmasını ve idrar yapmanızı kolaylaştırır,
 4. Kendinizi daha dinç hissetmenizi sağlar.

Karın (Rahim) Ağrısı

- Adet ağrısına benzeyen bu ağrıların nedeni toparlanmaya çalışan rahminizin kasılmasıdır,
- Doğumdan sonra hemen başlayacak olan ağrılar ilk günlerde daha fazla olup sonraları azalarak devam edecektir,
- Bebek emerken ağrı artabilir, korkmayınız; rahminizin küçülmeye çalıştığını gösterir.

Boşaltım

İdrar Yapma

- Normal doğum yapmışsanız doğum sonrası 6 saat içinde ilk idrarınızı yapmalısınız. İlk idrarınızı yaparken biraz sıkıntınız olabilir, yapmakta zorlanabilirsiniz. Rahat ve kendinizi kasmadan, ılık oturma banyosu, cinsel bölgeye ılık su dökmek, su sesi dinlemek, gibi girişimlerle idrarınızı yapmayı deneyebilirsiniz.
- Sezaryen ameliyatı geçirmişseniz idrar sondanız çıkartıldıktan sonra yine ilk idrarınızı yapmanız sizi biraz zorlayabilir. Rahat olup kendinizi kasmadan, su sesi dinleyerek, cinsel bölgenize ılık su dökerek ya da ılık suda oturma banyosu ile idrarınızı yapabilirsiniz. İdrar yaparken oluşabilecek olan yanma hissi ise birkaç idrar yapımından sonra azalacak ve tamamen geçecektir.
- İdrar yolu enfeksiyonunu önlemek için günde 10-15 su bardağı su içilmesi önemlidir.

Bağırsaklarınızın Çalışması (Kabızlık)

Doğumdan sonra ilk birkaç gün bağırsak hareketleriniz yavaşlayabilir ve bu nedenle de kabızlık ve gaz sancısı problemi gelişebilir. Buna engel olmak için, normal doğum sonrası sonra kendinizi iyi hissettiğinizde, sezeryanla doğumdan sonra ise ilk 8 saat sonra hareket etmeye başlamalısınız. Meyve suları, kompostolar, sebze ve meyveler, kepekli ekmek gibi gıdaları tercih ediniz.

İstirahat – Uyku ve Dinlenme

- Doğumdan sonra eski halinize dönmeniz 4–6 haftayı bulacaktır
- Gece uykunuzu tam almalısınız, gündüzleri de mümkünse 2–3 saat uyumalısınız. Bebeğe bakabilecek kimse yoksa bebeğiniz uyurken siz de uyumaya çalışırsanız, bu dinlenmenize yardımcı olacaktır.
- Doğum sonu ziyarete gelenler uyku ve dinlenmenizi engelleyebilir. Mümkün olduğu kadar ziyaretleri sınırlandırmalısınız. Bu nedenle bu dönemde eşiniz ve aile bireylerinden yardım almanız gereklidir.

Annelik hüznü

Doğumdan sonra mutluluk ve hüznü bir arada yaşayabilirsiniz. İlk bir hafta gülerken aniden ağlama, küçük bahanelerle ağlama isteği normaldir. Bu durum hormonal değişiklikler nedeni ile meydana gelmektedir ve annelik hüznü olarak bilinmektedir. Uyku problemleri, halsizlik, baş ağrıları, yoğun üzüntü, yalnızlık, kimsesizlik, huzursuzluk hissedilebilir. Bu durum aile desteği ile kendiliğinden geçirilir.

ENDİŞELENMEYİN! BU DURUM GENELLİKLE TEDAVİ GEREKTİRMEZ VE KENDİLİĞİNDEN GEÇER.

Ancak içinizde var olan sıkıntı bir hafta sonra da devam ediyorsa, azalma yerine artıyorsa bu durum doğum sonu depresyonun habercisi olabilir. Mutlaka doktora başvurmanız gerekir.

Sıkıntı hissettiğiniz dönemde;

- Bebeğinize kavuşmuş olmanın mutluluğunu hatırlayınız,
- Bebeğinizle ilgilenin, ancak aile bireylerinden yardım isteyiniz,
- İyi dinlenin ve iyi besleniniz,
- Hemşire ya da ebenizle (sağlık ocağı/ hastane) iletişim halinde olunuz,
- Eşinizle duygularınızı mutlaka paylaşınız,
- Öğrenmek istediğiniz ve merak ettiğiniz konularda mutlaka sorular sorun ve yardım isteyiniz.

İlaç Kullanımı

Lohusalık döneminde kullanılan ilaçlar sütünüzle bebeğinize geçebileceği için doktorunuzun önerdiği ilaçlar dışında herhangi bir ilaç kullanmayınız.

Gebeliği önleyici yöntem seçimi

Doğum sonrası gebelikten korunmak için eşinizle birlikte karar vereceğiniz etkili bir yöntem kullanabilirsiniz. 40 gününüz dolduğunda ilişki olmadan, yaşadığınız yerde bir doğumevi ya da Aile planlaması merkezine başvurup bilgi alabilirsiniz.

Emzirme döneminde kullanabileceğiniz yöntemler.

- Prezervatif (kondom, kılıf)
- Rahim İçi Araç
- Üç aylık iğneler

Prezervatif (Kondom, Kılıf): Eşinizin cinsel organına takarak uygulayabileceği bir yöntemdir. Gebe kalmanızı yüksek oranda engeller. Bu yöntemi kullanırken:

- Her seferinde ayrı bir kondom kullanılmalı,
- İlişkiye başlamadan takılmalı,
- İlişki sonrası musluk altında delik olup olmadığı kontrol edilmeli, delik ise ertesi gün sağlık ocağı ya da hastaneye müracaat edilmeli,
- Kullanılan kondomlar çocukların eline geçmeyecek şekilde imha edilmelidir.

Rahim içi araç (Spiral, RİA): Rahim içine yerleştirilen küçük ince bir şeydir. Gebe kalmanızı yüksek oranda engeller. Doğumdan hemen sonra takılabilir. Ancak bu dönemde düşme olasılığı yüksektir. Bu nedenle normal doğumdan 6 hafta sonra (38-42. günler arasında) takılması uygun olur. Sağlık ocakları ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezlerinde ücretsiz olarak uygulanmaktadır. Emziliklik döneminde de rahatlıkla kullanılabilir. Sezaryen ameliyatı olmuşsanız doğumdan 8 hafta sonra takılması uygun olur. Sekizinci haftanın bitiminde herhangi bir aile planlaması merkezine başvurmanız halinde önce muayeneniz yapıp ardından da sorun yoksa rahim içi aracınız uygulanabilir.

Üç Aylık İğneler(Depo Provera): 3 ayda bir yapılan iğnelerdir. 3 ay boyunca gebelikten korur. İğnelerin 3 ayda bir aynı günde yapılması gereklidir. Emziriyorsanız üç aylık olan iğneyi doğum sonu 38.- 42. günler arasında ilk dozu uygulanabilir. Eğer adet kanamalarınız başlamışsa adetin 1-5 günü arasında yapılmalıdır.

**EMZİRMEK SİZİ GEBELİKTE Korumayabilir!!!
BU NEDENLE MUTLAKA ETKİLİ BİR AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ
KULLANMALISINIZ.**

Cinsel İlişki

Doğum sonrası rahim kolay iltihaplanabilir. Bu nedenle cinsel aktivite için 6 haftanın (42 gün) geçmesini ve kanamanın bitmesini beklemek doğru bir davranıştır.

- Kanama ve doğum sonu kanlı akıntılar kesilmişse,
- Doğum kanalı iyileşmişse,
- Ağrı hissedilmiyorsa,

CİNSEL İLİŞKİNİN SAKINCASI YOKTUR.

Lohusalıkta Beslenme

- Sigara ve alkol kesinlikle kullanmayınız,
- Çay, kahve yerine süt, ayran, taze meyve suyu tercih ediniz,
- Süt tüketemiyorsanız, yoğurt, muhallebi, peynir tüketiniz
- Sebze yemeye özen gösteriniz,
- Et, karaciğer gibi besinler tüketiniz,
- Şeker, bal, reçel yerine pekmez tercih ediniz,
- Günde 10–15 bardak su içiniz,
- Doktorunuzun önerdiği vitamin ilaçlarınız varsa düzenli kullanınız.



**LOHUSALIK VE EMZİRME DÖNEMİNDE ZAYIFLAMA DİYETİ UYGULAMAYIN.
YETERLİ VE DENGELİ BESLENME SÜTÜNÜZÜN MİKTARINI VE KALİTESİNİ ETKİLER**

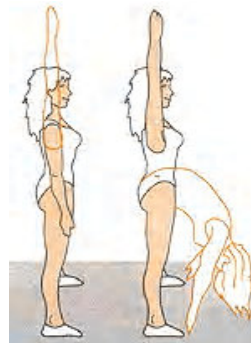
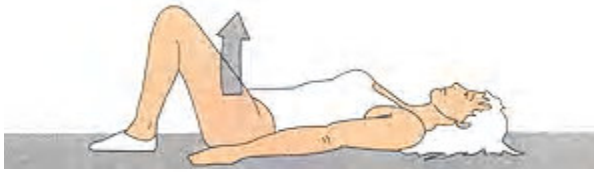
Doğum Sonrası İzlem: doğum sonrası ilk izlemiz; 24 saat içinde hastanede yapılmaktadır. Daha sonraki izlemelerinizi (42. güne kadar ve sonrası) sağlık kuruluşlarında yaptırmalısınız.

DOĞUMSONU EGZERSİZ

Doğum sonu yapacağınız hafif hareketlerle en erken 3 ay sonra eski formunuza dönebilirsiniz, ama karın kaslarının eski halini alması daha uzun süre alır. Sezeryan ile doğum yapanlar karın hareketlerine 2 hafta sonra başlamalıdır.

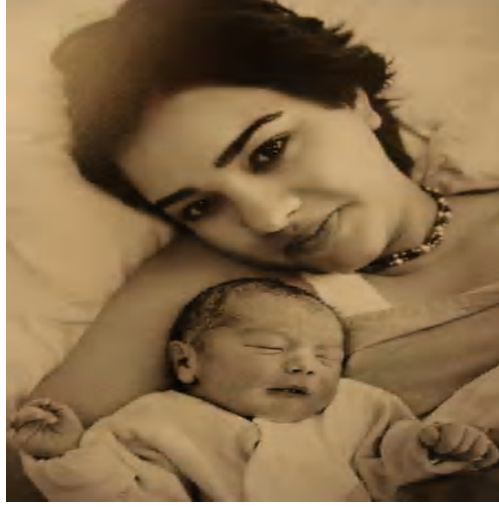
KARIN SARGISI KASLARI TEMBELLEŞTİRDİĞİ İÇİN KULLANMAYINIZ.

Kural olarak aktiviteye yavaş başlamalısınız. Ama hiçbir hareket için kendinizi zorlamayınız. Yeterince istirahat ettikten ve bedeniniz gerekli güce eriştikten sonra daha önce rahatlıkla yapamadığınız beden hareketlerini yeniden deneyebilirsiniz.



Egzersizler aralıksız 10 kere, günde en az 2 veya 3 kez tekrar edilmelidir. Her tekrarın sonunda 30 saniyelik rahatlama süresine yer verilmelidir. Sonraki günlerde sayı arttırılabilir.

DOĞUM SONRASI BEBEK BAKIMI VE EMZİRME



Yeni doğan bebeğin özellikleri:

Doğumdan sonraki ilk dört hafta yeni doğan dönemidir. Anne karnındaki dönem artık sona ermiştir. Bebek solunum, vücut ısısı, kan dolaşımı ve sindirim faaliyetlerini kendisi yerine getirmek zorundadır. Bu sırada destek olacak kişi elbette sizsiniz.

Yeni doğanın günde 15–18 saat uyuyup 4 saatlik zaman diliminde de 45–50 dakika ancak uyanık kaldığı gözlenir. Bebeğiniz doğduğunda duymaya başlayacak, 20 cm mesafeyi görebilecek, beyaz ve siyah rengi de ayırt edebilecektir. Koku alabilir, meme başını arar, tat alır ve tatlı sıvıları tercih eder. Asla şekerli su verilmemelidir, çünkü memenizi alması zorlaşacaktır. Kucaklanmaktan hoşlanır ve okşandıkça sakinleşirler.

Bebeğin cinsel organı

Kız bebeklerin cinsel organları biraz şiş olabilir, anneden geçen hormonlardan ötürü beyaz-pembe akıntı da görülebilir ve meme başı biraz şiş olabilir, hiçbir müdahalede bulunmayınız. Hepsi zamanla kendiliğinden geçecektir. Erkek bebeklerin de haya torbası şiş, rengi pembe ya da koyu kahverengi olabilir, zamanla normal rengine ve büyüklüğüne dönecektir, hiçbir girişimde bulunmayınız.

Bıngıldak

Bebeğinizin kafası vücudunun diğer bölümlerine göre daha büyüktür. Baş doğum şekline göre biraz arkaya doğru uzuncadır. Başında üzeri kemikle kaplı olmayan yumuşak bir alan bulunur, bu alana “bingıldak” adı verilir. En geç 1–1.5 yaş civarında da kapanması beklenir.

Yeni doğan bebeğin temizliği

Yeni doğanda genel temizlik (banyo) ve bölgesel temizlik (el, yüz, kulak vb. vücut organlarının temizliği) yapılmalıdır. Bebeğin temizliği ve rahatlaması için her gün banyo yapmaya ihtiyacı vardır. Fakat ilk banyo göbek kordonu düştükten sonra yapılmalıdır. Bebeğinizi emzirdikten 1-2 saat sonra yıkamanız uygun olur. Bazı aileler bebeklerini sabahları yıkarken, bazıları da akşamları son emzirmeden önce yıkamayı tercih ederler. Hepsi de uygundur, çünkü böylelikle bebeğiniz belli bir tempoya alışır. Bazen koşullara göre değişiklik yapmak gerekebilir.

Bebek banyo yapacağında;



1. Banyo için kullanılacak malzemeler ve bebeğin temiz giysileri önceden hazırlanmalıdır.
2. Banyo yaptırılacak ortam, hava akımının olmadığı 22–23 C ısıda olmalıdır. Suyun sıcaklığı ise el bileğinize damlattığınızda yakmayacak ısıda (35–37) C olmalıdır.
3. Banyonun yaptırılacağı bebek küvetinin içine havlu ya da küvet filesi konmalı bebeğin sert zeminle temas etmesi engellenmelidir. Küvete 10 cm yüksekliğe kadar ılık su konmalıdır.
4. Bebeği yıkayan kişi önce yüzü üste gelecek şekilde bebeği koluna yatırmalı, kolunu bebeğin başının arkasından sol kolunun altına doğru uzatarak tutmalıdır. Diğer eliyle poposun dan tutarak suya önce bebeğin ayaklarını sokmalıdır. Bebeği yıkayan kişi bir eliyle onu sıkıca kavrayıp diğer eliyle sabunlamalıdır.
5. Bebeğin göğüs kısmını yıkadıktan sonra bebeği çevirerek sırt kısmını yıkamalıdır.
6. En son başını yıkayıp duruladıktan sonra yumuşak bir havluya sararak kurulamalıdır. Ayrıca bebeklerin her gün el, yüz, burun, kulak, göz, ayak, bacak ve üreme organlarının temizlikleri yapılmalıdır. Bezi 3–4 saatte bir değiştirilmeli ve sık sık kontrol edilmelidir. Zamanında bez değişimi yapılmaması tahrişe ve pişiğe neden olur.



Bebeğin göbek bakımı

Bebek doğar doğmaz göbek kordonu kesilir ve bir kısmı bebekte kalır. Bebekte kalan kısım yaklaşık 1–2 hafta içinde kurur ve düşer. Bu sürede göbeği sadece temiz ve kuru tutmak yeterli olacaktır. Bebeğinizin göbeği düşünceye kadar banyo yaptırmayınız, vücudunu silerek temizleyiniz. Bezini göbeğine değmesine engel olacak şekilde göbek altından bağlamalısınız, böylece kuru kalmasını sağlayabilirsiniz. Göbek düştükten sonra banyosunu yaptırabilirsiniz. Göbeğinde **KIZARIKLIK, AKINTI, KANAMA, ŞİŞLİK**, varsa mutlaka en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz.

Bebeğin giysileri

Giysileri bebeğin cildine zarar vermeyecek pamuklu ürünlerden seçmelisiniz. Rahat giydirilebilir ve yumuşak olmalıdır. Çamaşırlar ilk kullanımdan ve kirlendikten sonra diğer çamaşırlardan ayrı olarak deterjan ve çamaşır suyu kullanmadan sabun tozu ile yıkanmalıdır. Mümkünse güneşte kurutup, ütölüyerek kullanınız.

Altının değiştirilmesi

Yeni doğanlarda günde 6–8 kez bez değiştirmek gerekir. Sık bez değiştirme pişikleri engeller. Silip kabaca temizledikten sonra mümkünse ılık suyla yıkayıp kurulayıp, ardından biraz havalandırarak tekrar bez bağlanmalıdır. Bebeğinizin altını değiştirirken önden arkaya doğru silmeye özen göstermelisiniz. Bir kez sildiğiniz bezi tekrar kullanmamalısınız. Kız bebeklerde, dışkıdaki mikropların idrar yolu enfeksiyonu yapma riski nedeniyle silme işlemine dikkat edilmelidir. Alt için pişik önleyici kremler kullanılmalıdır. Islak mendiller yerine; yıkanmış, pamuklu ürünlerle silinmesi önerilir. Pudra kullanımı önerilmez. Günde bir kez bebeğin altının ılık suyla yıkanması pişiği engeller. Bunlara rağmen pişik olursa doktorunuza başvurunuz.



Yeni doğanın odası ve uyku

Yeni doğan bebek için mümkünse sessiz ve fazla aydınlık olmayan bir oda seçilmelidir. Odanın temizliğine özen gösterilmeli, oda her fırsatta havalandırılmalıdır. Nem oranını iyi denetlemek koşuluyla ısı 22–23 °C olmalıdır.. Dış dünyayı yeni gören bebek için gözü fazla yoracak çok canlı ve koyu renklerden uzak durulmalıdır. Gece ya da gündüz aralıksız uyku süresi 2–3 saati geçmez. Zamanla bebeğin uyanık kaldığı süre artar. Gündüzleri bol ışıklı, hareketli ortamlarda tutulmalı, emzirirken veya altını değiştirirken onunla konuşmalısınız. Uyuması gereken sürelerde ise odadaki ışığın şiddeti düşürülmeli, uyku saatlerinde çamaşır makinesi, elektrik süpürgesi gibi aletler çalıştırmama ve bebeğin ilgisini çekecek hareketlerde bulunmamalısınız.

Bebeğinizin başını, boynunu ve tüm vücudunu aynı düzlemde olacak şekilde yatırınız. Mutlaka sağ yanına yatırın, aksi halde bebeğinizin kustuğu şeyler nefes borusuna kaçarak bebeğin nefes alamamasına neden olur. Eğer bebek vaktinden önce uyanırsa kesinlikle yatağından almamalı, hafifçe sırtına vurarak ve sıvazlayarak tekrar uyumasını sağlamalısınız.



Bebek Beslenmesi

Bebeğin midesi çok küçüktür, o nedenle az ve sık beslenmesi gereklidir. İlk günler gerek bebeğin çok kuvvetli ve uzun süreli emememesinden, gerekse sizin sütünüzün henüz yeterince artmamış olmasından bebeğinizi her istediğinde emzirmelisiniz. İlk 6 ay sadece anne sütü vermeli hiçbir ek gıda vermemelisiniz (su ve şeker dahil). İlk günler sık emzirmekle süt miktarı artacaktır. Bebeğiniz günde 5-8

kez idrar yapıyorsa sütünüz yeterlidir. ilk 1-2 gün siyaha yakın ve yapışkan bir kaka yapar, sonraki günlerde kakının rengi açılacaktır (Saman sarısı renginde olur).

EMZİRMEK İÇİN BİLE BEBEĞİ UYKUDAN UYANDIRMAYIN. ZATEN SIK ARALIKLARLA UYANDIĞI İÇİN, BEBEĞİN UYANIK OLDUĞU SAATLERDE EMZİRMELİSİNİZ.



Anne sütü ve Emzirme

Doğumdan sonra ilk 1-2 saatte bebeğiniz son derece uyanıktır, emmeye hazırdır ve memenizi kolaylıkla alabilir. Bu nedenle bebeğinizi doğumdan sonraki ilk yarım saatte memeye tutmanız gerekir. Gece ve gündüz bebeğinizi istediğinde emzirin ve her emzirmede memeyi kendisinin bırakmasını bekleyin.

Anne sütü bebeğinizin ihtiyaç duyacağı tüm besin maddelerini içerir. Başka ek gıdaya gerek yoktur.

Anne sütü ve emzirme önemlidir. Çünkü;

- Anne sütü bebeği solunum yolu enfeksiyonu ve alerjik hastalıklardan korur.
- Anne sütü bebeğinizin ilk aşısıdır. Bebeğinizi hastalıklara karşı koruyucudur.
- Bebek için sindirimi çok kolay bir besindir.
- Her zaman hazır, temiz ve ucuzdur.
- Anne ve bebek arasındaki sevgi bağını güçlendirir.
- Bebeğin kolay büyümesini sağlar ve zekasını artırır.
- Annenin doğum öncesi vücut yapısına geri dönüşünü kolaylaştırır.
- Sizi rahim ve meme kanserinden koruyucudur.

Emzirme süresi

Bebeğinizi 6 aylık olana kadar hiçbir ek gıda vermeksizin yalnızca anne sütü ile **besleyiniz**. Daha sonra ek gıdalarla birlikte emzirmeye devam edebilirsiniz. Doğumdan itibaren bebeğiniz her istediğinde emzirebilirsiniz. Bebekten bebeğe değişmekle birlikte, bebeğin ortalama memede kalma süresi 10–15 dakikadır. Bebek büyüdükçe bu süre kısalabilir.

“HER AÇIDAN SAĞLIKLI ANNE VE SAĞLIKLI BİR BEBEK SAHİBİ OLMAK İÇİN BEBEĞİNİZİ DÜZENLİ OLARAK EMZİRİN”



Emzirmede doğru tutuş önemlidir.

- Bebeğinizi rahat ve gevşek bir şekilde tutunuz,
- Bebeğinizin başını, ensesini, omuzlarını dirseğinizin iç yüzü ya da bir yastıkla destekleyiniz,
- Bebeğin başı ve gövdesini düz bir şekilde aynı hizada bulundurunuz,
- Bebeğin sadece başı değil tüm vücudunu destekleyiniz.
- Meme ucunu makas yapmayınız, bu tutuş şekli süt kanallarını tıkayarak bebeğinize sütün gitmesini zorlaştıracaktır. Bunun yerine bebek memeyi aldıktan sonra dört parmağınız memenin altında başparmağınız da üste gelecek şekilde "C" pozisyonu ile memeyi kavrayınız,
- Memenin kahverengi kısmının tamamının bebeğin ağzında olmasını sağlayınız.
- Emerken bebeğin alt çenesi memenize değecek şekilde tutunuz.
- Bebeğin sakin ve huzurlu olarak emmesi, arada dinlenmesi bebeği de sizi de rahatlatacaktır.
- Bebek tek meme ile doymuşsa sonraki emzirmeye diğer meme ile devam etmelisiniz. İki memeyi de emmişse ikinci memeden başlayarak tekrar emzirmeye devam etmelisiniz,
- Geceleri de aynen gündüzleri gibi sık emzirmelisiniz.



MEMEYİ DOĞRU EMEN BEBEK



MEMEYİ YANLIŞ EMEN BEBEK

Gaz çıkarma

Emzirme süresince ara ara bebeğin yuttuğu havanın çıkarılması gereklidir. Bebeğin gazını çıkarmak için bebeği omzunuza alın ve sırtını aşağıdan yukarıya yavaşça sıvazlayın, ritmik bir şekilde nazikçe vurun. Ağzından biraz süt gelme ihtimaline karşı omzunuza temiz bir havlu ya da bez örtebilirsiniz.



Bebeğinizi Daha Verimli Emzirmek İçin:

- Siz de bebeğinizle birlikte istirahat ediniz,
- Beslenmenize özen gösterin. Günde 3 ana, 3 ara öğün olmak üzere 6 öğün besleniniz.
- En az iki bardağı süt olmak üzere bol bol (10–15 bardak) sulu gıda tüketiniz,
- Rahat bir ortamda emziriniz,
- Yatarak ya da oturarak emzirebilirsiniz, ancak bebeğinizin burnunun tıkanmadığından emin olunuz,
- Yatarak emziriyorsanız, başını kucağınızda tuttuğunuz gibi zeminden biraz yüksekte olmasına dikkat ediniz,
- Her emzirmeden sonra mutlaka gazını çıkartınız,
- İlk birkaç gün bebek her istediğinde emzirin, daha sonra bebeğinizi kendiliğinden süreyi belirleyecektir.
- Bir memeyi en az beş, en fazla otuz dakika emziriniz,
- Emzirme ile ilgili sorularınız için kendi sağlık ocağınızdan destek alabilirsiniz.



Çalışan Anneler ve Anne Sütü

* Hem sütünüzün artması hem de bebeğiniz anne sütünden daha çok faydalanması için doğum izninde ve evde olduğunuz sürede sık sık emziriniz.

- * İşe giderken normalden yarım saat erken kalkın, bebeğinizi iyice emzirdikten sonra kalan sütünüzü temiz bir kaba sağınız,
- * Kaynar su ile çalkalanmış cam veya porselen bir kaba sütü koyunuz,
- * Sütü ağzı kapalı olarak oda ısısında 8 saat, buzdolabında 24 saat, buzlukta 3 ay, derin dondurucuda 6 ay saklayabilirsiniz.
- * Sütü bebeğe vermeden önce kaynatmayın, ısıtmayın. Çünkü ısıtma içindeki mikrop öldürücü faktörleri yok eder. Dış ortamda ya da ılık su içinde bekleterek sütün ılımasını sağlayabilirsiniz.
- * İş yerinizde koşullar uygun ise sütünüzü sağıp biriktirebilirsiniz. Koşullar uygun değilse sütünüzü sağıp atın. Böylelikle bebeğinize daha çok süt üretebilirsiniz.

Anne sütünün elle sağılması

- * Meme başınızı temizleyiniz ve sütünüzü saklayacağınız kaynatılmış temiz cam kap hazırlayınız.
- * Oturur veya hafif öne eğik pozisyonda olunuz.
- * Baş parmak üstte, diğerleri altta olacak şekilde memenin koyu kısmının gerisinden memenizi kavrayınız.
- * Parmaklarınızı birbirine doğru basturarak memenizi sıkıştırırken, hafifçe öne doğru çekiniz.
- * Ancak meme başınızı sıkıştırmayın, zedelenmesine neden olabilirsiniz
- * Aynı işlemi diğer memenize de uygulayınız.



Anne sütünün el pompası ile sağılması

- * Memeye yerleştirilecek kısım düz olarak ve meme ucu tam ortaya gelecek şekilde memeye yerleştiriniz,
- * Piston ritmik ve yumuşak hareketlerle çekilmeli ve bırakılmalıdır.



Elektrikli pompa ile süt sağma

- * Memeye yerleştirilecek kısım meme ucu tam ortaya gelecek şekilde olmalıdır.
- * Makinanın sağış gücü en düşükten başlayıp ağrı olmayana kadar dereceli olarak yükseltilmelidir.



BEBEĞİNİZİ EMZİREMEDİĞİNİZ DURUMLARDA SÜT MİKTARININ AZALMAMASI İÇİN 3 SAATTE BİR SÜTÜNÜZÜ SAĞINIZ



Meme bakımı

- Günlük duş alabilirsiniz, emzirmeden önce memelerinizi herhangi bir temizleyici ile temizlemenize gerek yoktur. Günlük duş alamadığınız zamanlarda; Her emzirmeden önce mümkünse memeleri ılık su ile yıkayın, ya da duru su ile ıslatılmış bir parça pamukla, narince siliniz ve kurulayınız.
- Ara sıra, memenizdeki sütü sağlamak isteyebilirsiniz ya da bu gerekli olabilir. Bunun için en iyi yöntem, elle sağma ve sağılan sütün kaşık ile bebeğe verilmesidir.
- Emziren anneler için özel sütyenler vardır. Önden düğmeli kıyafetler giymek rahatlık sağlayabilir.
- Sütünüz fazla, bebek emiyor ve memeleriniz hala dolgun kalıyorsa kalan sütü elle sağarak ya da süt sağma pompaları ile boşaltabilirsiniz

- Günlük duş alarak memelerinizin de yıkanmasını sağlayın, duş alamazsanız günde bir kez sadece ılık su ile memelerinizi yıkayıp kurulayabilirsiniz.
- Günde 15–30 dakika memelerinizi havalandırabilirsiniz.
- Sütünüz akıyorsa göğüs bezi kullanabilirsiniz, ancak bezi her emzirmede değiştirmeniz gerekir

Sık Karşılaşılan Emzirme Problemleri

Emzirme döneminde en sık karşılaşılan sorunlardan biri olan meme başı çatlaklarına engel olmak için:

- Pamuklu ve kolay yıkanır kumaştan üretilmiş sütyenleri tercih ediniz,
- Memenizi sabun gibi kurutucu maddelerle yıkamayınız, hazır ıslak mendillerle kesinlikle silmeyiniz,
- Bebeğinizi emzirirken memenizin kahverengi kısmını ağıza tam almasını sağlayınız,
- 2-3 saatte bir 15-20 dakika emziriniz,
- Emzirme işlemi bitirirken bebeğin ağızından kuvvetlice çekmeyiniz, küçük parmağınızla bebeğinizin ağızının kenarına dokunarak meme ile arasında boşluk oluşturup yavaşça çıkarınız,
- Eğer çatlak var ise; emzirme işlemi bittikten sonra doktorunuzun önerdiği pomat ya da bir miktar anne sütünü meme başına sürmelisiniz. Meme başına süt sürmüşseniz kurumasını bekleyiniz, pomat sürmüşseniz birkaç dakika bekledikten sonra çamaşırınızı giyiniz.

Çökük Meme Başınız Varsa: Her emzirmeden önce memelerinize masaj yapınız, meme başının iki yanına iki başparmağınız ya da işaret parmağınızla bastırarak meme başının dışarı çıkmasını sağlayınız.

Bebeğinizin Aşıları

Aşılar çocukları birçok tehlikeli hastalıklardan korur. Aşılanmamış çocuklarda beslenme bozukluğu, sakatlık ve ölümler aşıları olanlardan daha sık görülür. Bebeğinizin ilk aşısı (Hepatit B) doğumhanede yapılmaktadır. Diğer aşıları için doğumdan sonraki birinci ayın sonunda bağlı bulunduğunuz sağlık ocağına giderek aşılarını yaptırabilirsiniz. Diğer aşılarının yapılma zamanı ile ilgili bilgileri de aşılarını yaptırdığınız sağlık ocaklarından öğrenebilirsiniz. Elinize sağlık ocağından verilen aşı kartlarını kaybetmemelisiniz.

BEBEĞİNİZİN SAĞLIKLI OLMASI İÇİN, AŞILARINI TAM VE ZAMANINDA YAPTIRINIZ.

Bebeğiniz için yapılması gereken tarama testleri:

Topuk kanı: Fenilketonüri hastalığını erken saptamak için yapılan testtir. Bu hastalık erken tespit edildiğinde uygun diyet tedavisi ile önlenir. . Erken tespit edilmez ise çocuğun zihinsel özrü olmasına neden olur. Bu test için bebeğin beslendikten sonra topuğundan kan alınır. Bunun için ilk topuk kanı hastanede yattığınız sürede alınacaktır. İkinci kez topuk kanı için; doğumunuzdan 1 hafta sonra bebeğinizi bağlı bulunduğunuz sağlık ocağına götürmeniz gerekmektedir.

Doğuştan Hipotroidizm: Tiroid hormon yetersizliği sonucu görülen doğuştan olabilen bir rahatsızlıktır. Bebekten topuk kanı alınarak tespit edilebilir.

İşitme testi: Bebeğinizde doğuştan işitme kaybının olup olmadığını tespit etmek için yapılan testtir. Her bebeğe doğumdan sonra hastaneden çıkmadan önce bu test uygulanır.

Bebekte Saptanabilecek Sorunlar;

Yenidoğan Sarılığı

Çoğu bebeklerin doğumundan 2.-4. günlerde görülür. Bu fizyolojik sarılıktır. Başlangıçta sarılık ciltlerinde ve gözlerinin beyaz kısımlarında fark edilir. Eğer kandaki değeri yükselmeye devam ederse, sarı görüntü yavaş yavaş gövde ve bacaklara yayılır. Bu durumda mutlaka sağlık kuruluşuna başvurmalsınız. Bebeğinizin topuğundan alınan kan ile bilirubin düzeyine bakılır. Bilirubin düzeyinde yükselme az ise bebeğinizi evde sık emzirerek takip edebilirsiniz. Eğer bilirubin düzeyinde yükselme devam ederse bebeğinizi hastaneye getirmeniz gereklidir. Sarılık normal zamanında doğan bebeklerde genellikle 7 günde, erken doğan (prematür) bebeklerde 14 günde geçer.

Konak

Bebeğinizin saç derisi üzerindeki pul pul deri döküntüsü şeklinde görülür. Bebeğinizin derisinde gerektiğinden fazla çalışan yağ bezleri konak oluşumuna neden olur. Ciddi bir durum değildir. Bu kabukları yok etmek için bebeğin kafasına parfümsüz bir bebek yağıyla masaj yapıp daha sonra ince dişli bir tarakla taramanız yeterli olur. Bebeğin kafası terledikçe konak daha kötüleşebileceği için bebeğin kafasını mümkün olduğunca kuru ve serin tutmak faydalı olacaktır.

Pamukçuk

Bebeğin yanaklarının iç tarafında bazen de dilde, damağında ve silmekle kolayca çıkmayan, beyaz ya da sarı, hafif kabarık lekeler görülüyorsa ve beslenirken ağlıyorsa pamukçuk olmuş demektir. Enfeksiyonun kendisi tehlikeli değildir, ancak ağrı yapar ve bebeğin beslenmesini aksatır. Pamukçuktan şüpheleniyorsanız doktorunuza danışın, pamukçuk tedavisi için doktorunuzun tavsiye edeceği merhem veya ilaçları kullanabilirsiniz.

Pişik

Bebeğin bezlendiği bölgenin nem oranı yüksek olduğundan ve çok az hava aldığından kimyasal maddelerle dışkı ve idrardan kaynaklanan tahriş, ayrıca bezlerin ve giysilerin sürtünmesi pişiğe yol açar. Pişiğin en iyi tedavisi ÖNLEMEDİR. Bezlenen bölgenin kuru ve temiz tutulması önlemenin esas ilkesidir. Koruyucu önlemler işe yaramaz ve bebekte pişik olursa şunlar yapılmalıdır;

- Bölgenin nemli kalmaması için sık sık bez değiştiriniz,
- Bebeğin poposunu mümkün olduğunca kapatmayınız. Üşümeyeceğinden eminseniz bu şekilde birkaç saat uyumasına izin verebilirsiniz. Hazır beze birkaç delik açarak içeri hava girmesini sağlayabilirsiniz.
- Bebek idrar ve dışkı yaptığında poposunu sadece suyla iyi yıkayın ve bebeği iyice kurulayınız. Gerekirse poposuna kalın bir merhem tabakası sürünüz, talk pudrası kullanmayınız.
- Bebeğinizde pişik tekrarlıyorsa, kullandığınız bezi değiştiriniz.

EĞER.....

- Bebeğinizdeki pişik 3–4 gün içinde geçmezse,
- Pişik bölgesinde iltihap dolu kabarcıklar ya da açık yaralar oluşursa,
- Pişik giderek kötüleşirse,
- Pişik alt bezinin kapladığı alanın dışına taşarsa,
- Bebekte ateş ya da başka hastalık belirtileri ortaya çıkarsa,

SAĞLIK KURULUŞUNA MÜRACAAT EDİNİZ

Bebekte gaz sancısı (Kolik)

Gaz sancısı olarak bilinen ve akşam saatlerine doğru daha sık olan kolik tüm bebeklerde görülebilir. Gaz; beslenme esnasında hava yutulması nedeni ile görülür. Genellikle bebek 2-3 haftalık olduğunda başlar, 3. ayda kendiliğinden geçer. Bebek huzursuzdur ve sürekli ağlayabilir.

Koliğin bilinen bir tedavisi olmamakla birlikte bazı önlemler alınabilir:

- Bebeğinizin aç olmadığından emin olunuz,
- Bebeğinizin gazını her beslenmeden sonra dik tutarak ve hafifçe arkasına vurarak çıkarınız,
- Bebeğinizi emziriyorsanız lahana, karnabahar, baklagiller gibi gaz yapan gıdalardan kaçınınız,
- Müzik dinletme, bebek arabasında ileri geri gezdirme, kucakta veya beşikte sallama, karnına ılık yağ ile masaj yapabilirsiniz,
- Bu dönemde sabırlı olunuz ve özellikle çok gergin olduğunuz, bebeğinizin saatlerce susmadığı dönemlerde yarım saat bile olsa bebeği başkasına bırakarak dışarı çıkınız.

HER BEBEK, KENDİNE ÖZGÜDÜR. BİRİNİ RAHATLATAN YÖNTEM DİĞERİNDE HİÇ İŞE YARAMAYABİLİR



KAYNAKLAR

1., (2000) Doğum Öncesi Eğitim. Program Hazırlayanlar ve Eğiticiler için Rehber, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul.
2. Atıcı İ (2000), “Doğum Sonu erken Taburculukta Loğusalara Verilecek Sağlık Eğitimini Ve Evde Bakımın Postpartum Komplikasyonlar Ve Anksiyete Düzeyine Etkisi”, Erzurum, Yüksek Lisans tezi
3. Freda MC. (2002) Perinatal Patient Education A Practical Guide With Education Handouts For Patients, Lippincott Williams & Wilkins, 21-31.
4. Gilbert ES, Harmon JS, (2002) Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, Çev. Editörü: Prof. Dr. Lale Taşkın, Palme Yayıncılık, Ankara.
4. Koç G (2005), Annelere Yönelik Doğum Sonu Anne Ve Bebek Bakımı Eğitim Kitapçığı, Ankara.
5. Reeder Sharon R et al, (1997) Maternity NursingFamily, Newborn and Women’s Health Care, Eighteenth Edition, Lippincott Comp., USA. 474-499.
6. Okumuş H, Mete S (2009) Anne babalar için “Doğuma hazırlık”, Deomed Medikal Yayıncılık, Birmat Matbaacılık, İstanbul.
7. Taşkın L, (2005) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, “Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı” (2005), Ankara
9. http://www.ankaralianneler.com/ANKAN/Bebek_cocuk/annesutu.htm
10. http://www.annevebebek.org/tr/abs_anasayfa.htm

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı: Kamile ALTUNTUĞ

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 15 Temmuz 1968, Konya

Tel: +90 332 223 35 48

Fax: +90 332 241 62 1

email: kaltuntug@selcuk.edu.tr

Yazışma Adresi: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kampüs

42080 Selçuklu/KONYA

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2002
Lisans	Hacettepe Üniversitesi	1994
Lise	Seydişehir Lisesi, Konya	1985

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2010- Halen	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Öğr. Gör.
1996-2010	Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksek Okulu	Öğr. Gör.
1988–1996	Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi	Hemşire

YABANCI DİL: İngilizce

YAYINLAR

1. **Altuntug K**, Acar A. Doğum sonu dönemde primipar anne ve ebe/hemşirelerin eğitim önceliklerinin karşılaştırılması. *Sted* 2011;20(4),163-168.
2. Ege E, Akın B, **Altuntug K**, Kal HE, Bıçakçı H. Kürtaj polikliniğine başvuran kadınların acil kontrasepsiyon bilgi ve uygulamaları, *Genel Tıp Derg* 2011; 21(1):5-10
3. **Altuntug K**, Kızılırmak A, Kartal B, Başer M. Perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13 (3): 62-65.
4. Kartal B, Kızılırmak A, **Altuntug K**, Bayraktar E, Başer M. Ebelerin doğum eylemi sırasında perine masajı uygulamaları. *Sağlıcakla* 2009; 14:10-12.
5. Ege E, Akın B, **Altuntug K**, Arıöz A, Koçoğlu D. Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler, *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi* 2009; 6: 197-205.
6. Ege E, B Akın, **Altuntug K**, Benli S, Arıöz A. Prevalence of urinary incontinence in the 12-month postpartum period and related risk factors in Turkey. *Urol Int* 2008; 80(4): 355-61.
7. Ege E, B Akın, **Altuntug K**. Opinions of midwifery students on adolescent sexuality and reproductive health in Turkey. *Social Behavior And Personality* 2008;36(7): 965-972.
8. **Altuntug K**, Ege E, Başer M, Mucuk S. Doğum sonu dönemde kadınların kontrasepsiyon konusunda bilgi alma ve uygulama durumları. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2008; 22(2): 84-89.
9. Demirören N, Akın B, Benli S, **Altuntug K**. Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin insülin tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1996; 12(3):27-35.
10. Kalkan S, **Altuntug K**, Güngör S. Digital kullanan kalp hastalarının ilaç ve kullanıma ilişkin bilgilerinin saptanması, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1996; 12(3):51-59.
11. Akın B, **Altuntug K**. Ölümcül hastanın psikolojik gereksinimleri, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 1996; 4(4): 35-38.
12. Akın B, Demirören N, Benli S, **Altuntug K**, Hemşirelerin ölümcül hasta bakımı konusundaki düşünceleri ve eğitim düzeyi ile ilişkisi, *Türk Hemşireler dergisi* 1996.
13. **Altuntug K**, Benli S. Baş- boyun tümörlü hastalarda post-operatif hemşirelik bakımı, *Türk Hemşireler Derneği "Hemşire" Dergisi* 1995; 45:5-6.
14. **Altuntug K**, Kızılırmak A, Kartal B, Başer M, Perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi, 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, Ankara 2009; ss:366.
15. Ege E, B Akın, **Altuntug K**, Benli S, Arıöz A. Postpartum bir yıllık dönemdeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler, 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara 2007. (Sözel Bildiri)
16. **Altuntug K**, Ege E, Akın B, Kaya A, Öney N, Benli S. Anxiety level in infertility women and related factors". 8. Congress of the European Society of Gynecology, Roma, Italy, 10-13 september, 2009. (Poster Bildiri)
17. **Altuntug K**, Kızılırmak A, Başer M, Ege E. Anxiety level in infertility couples." 8. Congress of the European Society of Gynecology, Roma, Italy, 10-13 september 2009 (Sözel Bildiri)
18. Ege E, Akın B, **Altuntug K**, Kal HE, Bıçakçı H. Knowledge and practices of emergency contraception of women who apply for induced abortion policlinic in Turkey. 8. Congress of the European Society of Gynecology, Roma, Italy, 10-13 september 2009. (Sözel Bildiri)
19. Kızılırmak A, **Altuntug K**, Baser M, Korkmaz Z. The level of anxiety at he preterm pregnant. 8th Congress of the European Society of Gynecology. Roma 13 September 2009. (Poster Bildiri)

20. Ege. E, Akın B, **Altuntuğ K**, Arıöz A, Koçoğlu D. Erken doğumda risk faktörlerinin belirlenmesi, 1. Ulusal Ebelik Kongresi, 20-22 Haziran, İstanbul 2007. (Poster Bildiri)
21. Ege. E, Akın B, **Altuntuğ K**. Ebelik öğrencilerinin adolesanlarda cinsel sağlık/üreme sağlığı konusundaki düşünceleri, 1. Ulusal Ebelik Kongresi, 20-22 Haziran, İstanbul 2007. (Poster bildiri)
22. **Altuntuğ K**, Acar A, Akın B. Doğum Sonu Dönemde Verilecek Eğitim Konularının Önceliğinin Primipar Anne Ve Ebe/Hemşire Yönünden Karşılaştırılması, Gata HYO 2003. (Poster bildiri)
23. **Altuntuğ K**, E Ege, M Başer, Mucuk S. Doğum sonu dönemde kadınların kontrasepsiyon konusundaki bilgi ve uygulamaları, 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 15-18 Ocak, Bursa 2009. (Poster Bildiri)
24. Güleser GN, **Altuntuğ K**, Bir Kültür Çalışması Örneği: Konar-Göçer Hayat Süren Romanlar Hemşirelik Ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çanakkale 2009. (Sözel Bildiri)