



T.C.
SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOğUM KLİNİğİ

KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ GEBE
OKULU’NDA ANTENATAL EğİTİM ALAN GEBELERİN
DOğUM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Tamara Ouday Saleh

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2021



T.C.
SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOğUM KLİNİğİ

KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ GEBE
OKULU’NDA ANTENATAL EğİTİM ALAN GEBELERİN
DOğUM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Tamara Ouday Saleh

Tez Danışmanı: Op. Dr. Gülfem Başol

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2021

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimim boyunca desteklerini her zaman gösteren Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi Prof. Dr. Ahmet Kale'ye ve çok kıymetli hocam Prof. Dr. Zehra Meltem Pirimoğlu'na,

Değerli katkılarından ve emeklerinden dolayı tez danışmanım sevgili Öğretim Üyesi Op. Dr. Gülfem Başol'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki olarak örnek almaktan gurur duyduğum, her türlü bilgi ve deneyimini sevgiyle paylaşan uzmanım, abim Doç. Dr. Önder Sakin'e,

Her koşulda bana destek olan, yardımını esirgemeyen sevgili uzmanım, abim Doç. Dr. Ali Doğukan Angın'a,

Mesleki ve akademik bilgisini her an benimle paylaşan, her koşulda desteğini gösteren sevgili uzmanım, ablam Op. Dr. Kazibe Koyuncu'ya,

Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlık eğitimi sürecinde tüm bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan kıymetli uzmanlarım; Doç. Dr. Gazi Yıldız'a, Op. Dr. Mehmet Salim Korucu'ya, Op. Dr. Kadir Güzelmeriç'e, Op. Dr. Nilüfer Erçin'e, Op. Dr. Zeynep Kadı Öz'e, Op. Dr. Mehmet Cüneyt Uğuzbalaban'a, Op. Dr. Yakup Solak'a, Op. Dr. Emine Eda Akalın'a, Op. Dr. Elif Cansu Gündoğdu'ya, Op. Dr. Betül Kuru'ya, Op. Dr. Emre Mat'a, Op. Dr. Didar Kurt'a, Op. Dr. Sahra Sultan Kara'ya, Op. Dr. Muharrem Karacaer'e, Op. Dr. Yeliz Çeçen Dönmez'e, Op. Dr. Mustafa Maraşlı'ya, Op. Dr. Muzaffer Seyhan Çıkman'a, Op. Dr. Özlem Özyılmaz'a,

Dört yıllık uzmanlık eğitimim boyunca desteklerini her zaman gösteren sevgili meslektaşlarım Op. Dr. Büşra Topyıldız ve Op. Dr. Hale Ankara Aktaş'a,

Birlikte çalışmaktan gurur ve güven duyduğum meslektaşlarım Dr. Zikri Öztürk ve Dr. Ezgi Özkan'a,

Kliniğimizde birlikte pek çok şey öğrendiğimiz her biri benim için çok kıymetli olan sevgili asistan arkadaşlarıma,

Tüm ebe, hemşire ve hastane personelimize,

Sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tamara Ouday Saleh

İstanbul - 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER	i
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1.GEBE OKULU.....	2
2.2.GEBE OKULUNA BAŞVURMAK	2
2.3. GEBE OKULUNDA VERİLEN EĞİTİMLER	2
2.4. GEBE OKULUNDA KULLANILAN EĞİTİM MATERYALLERİ	2
2.5. GEBE OKULUNA KATILIM VE DEVAMLILIĞIN SAĞLANMASI....	2
2.6. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ GEBE OKULU’NDA VERİLEN EĞİTİM PROGRAMININ KAPSAMI	2
2.7. GEBEDE OLUŞAN DEĞİŞİKLİKLER.....	3
2.8. GEBENİN DOKTOR KONTROLÜNDEKİ TAKİBİ.....	3
2.9. GEBE OKULU, DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMLERİNİN DÜNYA VE ÜLKEMİZDEKİ TARİHSEL GELİŞİMİ.....	4
2.10. DOĞUMA HAZIRLIK SINIFLARININ DÜNYA GENELİNDEKİ TARİHSEL GELİŞİMİ.....	6
2.11. DOĞUMA HAZIRLIK SINIFLARININ ÜLKEMİZDEKİ TARİHSEL GELİŞİMİ	7
2.12. LAMAZE NEFES TEKNİĞİ	8
2.13. LAMAZE SAĞLIKLI DOĞUM METODU	8
2.14. DOĞUMDA UYGULANAN VE GEBE OKULUNDA EĞİTİMİ VERİLEN VE DOĞUMU KOLAYLAŞTIRICI NEFES TEKNİKLERİ	9
2.15. EMZİRME İLE İLGİLİ ÖNEMLİ BİLGİLENDİRMELER	11
2.16. GEBELİK VE EMZİRME	11

2.17. EMZİRME DÖNEMİNDE BESLENME	11
2.18. KOLOSTRUM, ÖZELLİKLERİ	12
2.19. DOĞUM SÜRECİ EĞİTİMİ	12
2.20. MÜDAHALELİ DOĞUM	13
2.21. SEZARYEN DOĞUM İLE MÜDAHALE GEREKEN DURUMLAR ...	13
2.22. GEBELİKTE EGZERSİZ	13
2.23. GEBELİKTE EGZERSİZİN YARARLARI	14
2.24. GEBELİKTE AŞILANMA	15
2.25. GEBELİKTE UYGULANMASI KONTRENDİKE OLAN AŞILAR	15
2.26. DOĞUM SONU BAKIMI VE AİLE PLANLAMASI	16
2.27. DOĞUM SONRASI CİNSEL YAŞAM	16
2.28. DOĞUM SONRASI GEBELİKTE KÖRÖNMA	16
2.29. UZAKTAN EĞİTİM GEBE OKULU	16
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
4. İSTATİSTİK	21
5. BULGULAR.....	22
6. TARTIŞMA	28
7. SONUÇ	34
8. KAYNAKLAR	35

KISALTMALAR

NSD	: Normal Spontan Doğum
C/S (CS)	: Sezaryen Doğum
MÜK C/S (MÜK CS)	: Mükerrer Sezaryen Doğum
dk	: Dakika
g/Dl	: Gram/Desilitre
g	: Gram



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Özellikler	22
Tablo 2: Gebe Okulu ve Kontrol Grubu Gebelerinin Parite İlişkisi	23
Tablo 3: Gebe Okulu ve Kontrol Grubu Gebelerinin Doğum Şekilleri	24
Tablo 4: Gebe Grupları ile Anne ve Bebek Bilgilerinin Değerlendirmesi.....	25
Tablo 5: Gebe Grupları ile Bebek Apgar Skoru Değerlendirmesi	26
Tablo 6: Gebe Grupları Hemogram Değerinin Karşılaştırılması	27



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Doğru Emzirme İçin Memeyi Tutma Şekli.....	12
Şekil 2: Gebelikte Egzersiz.....	15
Şekil 3: Tüp Ligasyonu Sonrası İyileşmiş Fallop Tüpünün Görünümü	18



ÖZET

Amaç: Antenatal eğitim almış, 19-45 yaş aralığında olan, fertil olan, kronik hastalığı olmayan gebelerin, canlı doğum sonuçlarının retrospektif karşılaştırılması

Gereç ve Yöntemler: Bu retrospektif çalışma Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Gebe Okulu'nda 01/01/2018 ile 31/12/2020 tarihleri arasında antenatal eğitim alan gebeler ele alınarak yürütüldü. Çalışmaya gebe okuluna başvuran ve gebe okulundaki eğitimini tamamlayan, sertifika almaya hak kazanan ve doğumunu Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde yapan 19-45 yaş aralığındaki 199 gebe dahil edildi. Çalışmaya kronik hastalığı olan, kronik ilaç kullanımı olan, normal doğum yapmasına ortopedik, nörolojik veya nöroşirürjik predispozan faktörü olan hastalar dahil edilmedi. Ardından aynı tarih aralığında Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde doğum yapan, aynı kriterleri karşılayan ve gebe okulunda eğitim almamış 199 gebe hastane veri tabanından ulaşılarak randomize seçim programı kullanılarak seçildi. İki grubun doğum şekilleri ve doğum sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Gebe okuluna katılan ve gebe okuluna katılmayan grup arasında doğum şekli anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Gebe okuluna katılan grupta primipar oranı gebe okuluna katılmayan gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Gebe okuluna katılan ve gebe okuluna katılmayan grup arasında annelerin yaşı anlamlı ($p=0,010$) farklılık göstermiştir. Gebe okuluna katılan grubunun hastanede kalış süresi anlamlı olarak ($p=0,001$) daha yüksekti. Gebe okuluna katılan ve katılmayan grup arasında doğum haftası anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Gebe okuluna katılan ve katılmayan grup arasında doğum kilosuna anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Gebe okuluna katılan ve katılmayan grup arasında Apgar 1.dakika, Apgar 5.dakika skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir.

Sonuç: Antenatal eğitim almış olmanın gebelerin doğum şekilleri açısından anlamlı bir fark oluşturmadığını gözlemledik. Primipar gebelerin gebe okuluna başvurma oranının daha yüksek olduğunu ve doğum yapma yaşının daha yüksek olduğunu gözlemledik. Gebe okuluna gebelerin hastanede kalış süresinin daha uzun olduğunu gözlemledik.

Anahtar Kelimeler: Gebe okulu, antenatal eğitim

ABSTRACT

Objective: To compare the birth and afterbirth results of the patients who took antenatal classes, who are fertile and are between the ages of 19-45, who do not have chronic diseases and resulted in live birth.

Materials and Methods: This retrospective study was held between Kartal Dr. Lütü Kırdar City Hospital's Antenatal Class attendants who attended the antenatal classes and hospitals' regular patients, between 01/01/2018 and 31/12/2020 who all gave birth in Kartal Dr. Lütü Kırdar City Hospital. Pregnant patients who attended the antenatal classes and successfully completed the program, whose age range was between 19-45 and were a total of 199 patient were included in the study. Patients who had chronic diseases, who had regular use of prescription drugs; who had orthopedic, neurologic or neurosurgical obstacles to give vaginal birth were excluded from the study. The control group was selected from the patients who gave birth in Kartal Dr. Lütü Kırdar City Hospital and did not attend antenatal classes. The control group patients had the same criteria as age and health restrictions as the case group and the total number of control group was 199 patients. Patients were selected through a randomized computed program. Birth and after birth results of the two groups were compared.

Results: The difference between birth type outcomes of the patients who took antenatal classes and the patients who did not take antenatal classes was found to have no significant difference ($p > 0.05$). In the study group, the number of primiparous patients were found to be significantly higher compared to the number of primiparous patients in the control group ($p < 0.05$). The age average of the case and the control groups showed significant difference ($p = 0.010$). The total amount spent in the hospital from the beginning of the labor until being discharged, was significantly longer in the antenatal class education group ($p = 0.001$). Babies' birth weeks did not show significant difference between the two groups ($p > 0.05$). Babies' birth weights did not show significant difference between the two groups ($p > 0.05$). Apgar scores that were measured in first and fifth minutes after birth did not show significant difference between the patients who took antenatal classes and the patients who did not take antenatal classes ($p > 0.05$).

Conclusion: In this study we have observed that, the antenatal classes did not change the birth type outcome. Attending antenatal classes did not make a significant difference in the type of the delivery. We have observed that primiparous patients are more likely to attend antenatal classes and also patient who attend antenatal classes tend to give birth later, compared to the patients who have no antenatal education. We have observed that patients who have attended antenatal classes spend more time in total in hospital compared to the control group.

Keywords: Antenatal Classes, pregnancy school



1. GİRİŞ

Doğum öncesi eğitim; gebe ve gebe adaylarını gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte hazırlayan bilgilendirmeleri kapsayan bir eğitimidir. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'ne doğum öncesi eğitim "Gebe Okulu" statüsünde 2016 yılından beri verilmektedir. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Gebe Okulu'nda eğitimler sorumlu ebe, hemşire, doğum koçu ve kadın doğum uzmanı tarafından verilmektedir.

Günümüzde kadınların doğum hakkında daha profesyonel bilgi sahibi olmak istemeleri, bu deneyimi eşleri ile paylaşmak istemeleri, bedenlerini kontrol etmeyi öğrenmek ve süreci kontrol altında tutmak istekleri onları gebe okullarına yönlendirmiştir (1).

Ülkemizde kamu kuruluşlarında gebe sınıfları ve gebe okulları gebe adayları ve gebeler ile onların yakınları için eğitimler ve sertifikasyon programları düzenlemektedir. Bu programlar talebin artması ile ülke genelinde yaygınlaşmaktadır (1,2,36, 37).

Gebe okulunda verilen ağrı yönetimi, nefes eğitimi, anksiyeteye başa çıkma, pelvik egzersizler gibi eğitimler gebelerin normal doğum konusunda daha cesur olmasını sağlamıştır (2,3,4,35).

Bu çalışmamızda, hastanemizde gebe okulunda eğitimini tamamlamış ve hastanemizde doğum yapmış hastalar ile gebe okulunda eğitim almamış ve hastanemizde doğum yapmış hastaların doğum sonuçlarını karşılaştırmayı hedefliyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBE OKULU

Kadın hastalıkları ve doğum hizmeti veren 2. Ve 3. basamak kamu, üniversite, özel hastaneler ile bunlara bağlı semt polikliniklerinde Bakanlıkça düzenlenmiş doğuma hazırlık sertifika programını tamamlamış kadın hastalıkları uzmanı ve sorumlu ebe varlığında açılmış bilgilendirme programlarıdır (5, 38).

2.2. GEBE OKULUNA BAŞVURMAK

Gebeler, gebe adayları, gebelerin eşleri ve gebelerin yakınları eğitim almak için yakınları ile başvurabilir. Gebe okuluna başvurmak için herhangi bir eğitim şartı aranmamaktadır.

2.3. GEBE OKULUNDA VERİLEN EĞİTİMLER

Gebelikte sağlıklı olmak ve sağlığını korumak, sağlıklı diyet. Gebelikte aktif olmak ve gerekli egzersizleri yapmak. Gebelik ve doğum sırasında ağrı ile baş etmek ve etkin ağrı yönetimini sağlamak. Rahatlama ve nefes teknikleri. Farklı doğum şekilleri ve teknikleri hakkında bilgilendirilmek (vajinal doğum, sezaryen doğum). Ten tene temas. Emzirme, emzirme devamlılığı ve bebek bakımı bilgisi. Doğum sonrası annenin kendi bakımı hakkında genel bilgiler, yara bakımı. Doğum sonrası olası duygusal değişimler hakkında bilgi vermek.

2.4. GEBE OKULUNDA KULLANILAN EĞİTİM MATERYALLERİ

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı tarafından tedarik edilen yazılı materyaller, broşürler, maketler, bakım rehberleri, soru ve cevap kitapçıkları, anatomiye uygun kadın üreme sistem maketleri, gebelik ve lohusa bakım ve danışmanlık atlasları gebe okulları ve danışmanlık hizmeti veren merkezlerde kullanılmaktadır.

2.5. GEBE OKULUNA KATILIM VE DEVAMLILIĞIN SAĞLANMASI

Gebe okuluna katılan gebe ve anne adaylarının devamlılıkları haftalık olarak takip ediliyor, kurs sonunda yeterli katılımı sağlayan gebelere eğitmenler tarafından

katılım sertifikası ve “Eğitimli Anne, Sağlıklı Bebek, Mutlu Aile” bilekliği veriliyor. Eğitimlerin sonunda katılımcılara değerlendirmede bulunabilecekleri anket uygulaması yapılıyor.

2.6. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ GEBE OKULU’NDA VERİLEN EĞİTİM PROGRAMININ KAPSAMI

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Gebe Okulu’nda verilen eğitim programı toplam dört haftayı kapsayan dört modülden oluşmaktadır. Bu modüllerde ana başlıklar altında gebelerin bilgi sahibi olacağı ve yararlanacağı konular anlatılmaktadır. İlk haftada gebelere; Üreme organları ve gebeliğin oluşumu, Gebelikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, Gebelikte beslenme, Gebelikte egzersiz, Gebelikte ilaç kullanımı, Gebelikte hijyen, Gebelikte tehlike belirtileri, Riskli gebelikler (Bkz. Ek 1), Gebelik izlemleri ve rutin yapılan tetkikler, Gebelikte aşılamaya anlatılmaktadır. İkinci haftada gebelere; Doğum süreci, doğumun evreleri, Normal Doğum, Müdahaleli doğum, Sezaryen doğum gerektiren durumlar anlatılmaktadır. Üçüncü haftada gebelere: Nefes egzersizleri ve gevşeme, Doğumda analjezi ve anestezi, Doğumu kolaylaştırıcı yöntemler, Doğum sonrası anne ve bebek bağlanması, Yenidoğanın beslenmesi ve anne sütünün önemi, Emzirme teknikleri anlatılmaktadır (7). Dördüncü haftada gebelere; Doğum sonu dönem ve özellikleri, Doğum sonrası annede meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, Doğum sonu dönemde yenidoğanın ilk bakımı, Lohusalıkta bakım süresi, Doğum sonrası gebelikten korunma ve aile planlaması anlatılmaktadır.

2.7. GEBEDE OLUŞAN DEĞİŞİKLİKLER

Gebelik süresince gebede pek çok fiziksel ve ruhsal değişiklik meydana gelebilir. Bu süreçte bedenindeki ve ruh halindeki değişimlere hazırlıklı olan gebe, sürece daha kolay adapte olur. Gebelik süresinde hamilelerde görülebilecek değişikliklerden bir kısmı şu şekildedir; diş eti hassasiyeti. Dişler fırçalandığında kanama şeklinde kendini belli edebilir. Yemeklerden sonra hazımsızlık ve gaz hissi. Daha önce olmayan kabızlık hissi. Gebeliğin özellikle ilk trimesterinde ortaya çıkan bulantı-kusma hissi. Bulantı ve kusma gebenin sıvı ve yemek alımını kısıtlıyorsa dikkate alınmalıdır. İleri durumlarda hastaneye yatışı gerektirebilir ve yakından takip

edilmelidir. Memelerde büyüme ve gerginlik hissedilebilir, yine memelerde renk koyulaşması izlenebilir. Gebelikle birlikte memede süt yapımı başlar. Gebelerde idrar miktarında artış izlenir ve sık idrar çıkma gözlenir. Özellikle gebeliğin son zamanlarında bu sık idrara çıkma artar. Hareket etmede zorlanma gözlenebilir; baygınlık ve çarpıntı hissi duyulabilir. Gebelikte adet görülmez, bu konuda da bilgi verilmelidir. Gebelikte akıntı artışı olabilir. Gebelik süresince ciltte gerilme, kuruluk, çatlama görülebilir; bunun için gebeye uygun ürünler önerilebilir. Gebelikte şeker hastalığına yatkınlık olabilir. Bu konuda gebeler bilgilendirilmeli ve gerekli tarama testleri yapıp kontrolleri aksatılmamalıdır. 9-12 kg'lık artış normal kabul edilir. Gebelerin normal kabul edilen kiloyu alması beklenir. Sağlıklı ve dengeli bir diyet uygulayarak nutrisyonel olarak tam bir iyilik hali içinde olmaları ve fazla kilo almamaları beklenir. Sadece fiziksel olarak değil, bu süreç duygusal olarak da gebeler ve anne adayları için zorlu geçebilmektedir. Duygusallaşma, içe kapanma gözlenebilir. Bu durumda hem verilen eğitim hem de danışmanlık hizmetleri ile gebelere yalnız olmadıkları anlatılmalı, bu süreci en güzel ve en özel şekilde geçirmeleri için yardım edilmelidir. Gebelikte cinsel hayat mevcuttur. Bu dönemde gebede cinsel istek azalabilir veya artabilir. Bu konuda da gebeye bilgi ve destek verilmelidir (8, 39-41, 47).

2.8. GEBENİN DOKTOR KONTROLÜNDEKİ TAKİBİ

Gebe okuluna başvuran gebelere kendilerini takip eden doktorlarına ne sürede başvurmaları gerektiği ve hangi takipleri yaptırmaları gerektiği konusunda da eğitim verilmektedir. Bu eğitim T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre yapılmaktadır. Bu rehberde göre gebe gebeliği boyunca en az dört kez doktoru tarafından muayene edilmeli ve gebeliği kontrol edilmelidir.

- İlk izlem: bu izlem gebeliğin ilk 14 haftası içinde yapılmalı ve bu izlem için toplam 30 dakika ayrılmalıdır. Gebe ile sağlıklı iletişim kurulmalı, gebenin ayrıntılı öyküsü alınmalı, alışkanlıkları sorgulanmalı, gebelik haftası ile uyumlu muayenesi yapılmalıdır. Her gebeye risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Risk değerlendirmesinin pozitif olması durumunda ileride sevk gerekliliği oluşabileceği bilinmeli ve konuda bilgi

verilmelidir. Bunun için “Gebelikte Risk Değerlendirme Formu” kullanılmalıdır.

İlk izlemde gebeden idrar tetkiki, kan tetkikleri, bakılmalıdır. Hemogram, mümkünse ferritin istenmelidir. Gebe ve eşinin kan grupları Rh uyuşmazlığını değerlendirmek açısından bakılmalı ve bu durum saptanmışsa İndirect Coombs testi bakılmalıdır.

TSH bakılmalıdır. Gebe gestasyonel diyabet açısından risk grubunda ve açlık plazma glukozu 100-126 arasında saptanmışsa glukoz tarama testi yapılmalıdır.

Gebeye fetal anomali taramaları ve USG incelemeleri hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmalıdır:

1. 11-14 haftalar arasında ultrasonografi ile ense saydamlığı ve kombine test
2. 16-20 haftalar arasında maternal serum AFP
3. 16-20 haftalar arasında üçlü/dörtlü test (kombine test yapılmamışsa)
4. 18-22 haftalar arasında fetal anomali taraması

Gebe tarafımıza başvurduğuna gerekli destek ve bağışıklamanın da tamamlanması gerekmektedir. Gebelikte 16. haftadan itibaren demir desteğine başlanması gereklidir. Yine günde 1200 IU (9 damla) olacak şekilde D vitamini takviyesi alınması önerilir. D vitamini takviyesinin 12nci haftadan itibaren alınması önerilir. Eğer gebeden idrar yolu enfeksiyonu tespit etmişsek bunun tedavi edilmesi gerekir.

Tüm işlemlerin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için yapılan izlem ve danışmanlık hizmetlerinin kayıt altına alınması önemlidir.

- İkinci izlem: Gebeliğin 18-24 haftaları arasında yapılan ve 20 dakika süren izlemdir. Hastanın öyküsü tekrarlanmalı, alışkanlıkları yeniden sorgulanmalıdır. Demir takviyesinin hastada herhangi bir şikâyetle yol açıp açmadığı sorgulanmalıdır. Hastanın fizik muayenesi yapılmalıdır. İdrar ve kan tetkiki yenilenmelidir. Hastanın 24-28 hafta arasındaki glukoz tarama testinin yapılması sağlanmalıdır. Yapılan obstetrik ultrasonografide fetüs sayısı, fetal kalp atımı, fetal biyometrik ölçümler, plasenta lokalizasyonu, amniotik sıvı miktarı dikkatle değerlendirilir.

- Üçüncü izlem: Gebeliğin 28-32 haftaları arasında yapılan ve 20 dakika süren izlemdir. Hastanın öyküsü yeniden alınır, alışkanlıkları sorgulanır, şikayetleri sorgulanır, muayenesi tekrarlanır. Hastanın ilkinci izleminden bu yana gelişen herhangi bir yakınması olup olmadığı sorgulanmalıdır. Eller, ayaklar, göz kapakları gibi bölgeler ödem açısından kontrol edilmelidir. Bu preeklampsinin bulgusu olabilir. Tetkikler tekrar edilmeli ve meme muayenesi de yapılmalıdır. Bu aşamada gebeye hızlı kilo alımı, doğum, doğum eylemi ve doğum, lohusalık, doğumu nerede ve kimin tarafından yapılacağının planlanması, anne sütü ve emzirme, postpartum aile planlaması danışmanlığı verilmeye başlanır.
- Dördüncü gözlem: gebeliğin 36-38 haftaları arasında yapılan ve 20 dakika süren izlemdir. Gebenin öyküsü, alışkanlıkları, şikayetleri yeniden sorgulanır. Fizik muayene yapılır. Fetal monitörizasyon yapılır. Meme muayenesi ve vajinal meayene yapılır. Vajinal muayene obstetrik değerlendirme amaçlı yapılır (6).

2.9. GEBE OKULU, DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMLERİNİN DÜNYA VE ÜLKEMİZDEKİ TARİHSEL GELİŞİMİ

Gebelik, kadının yaşamı boyunca pek az kez deneyimleyebileceği; fizyolojik, psikolojik ve biyolojik olarak adaptasyon gerektiren, aileye yeni bir bireyin katılımı ile sonuçlanan, özellikle ilk kez anne ve baba olacak bireylerde endişe yaratabilecek bir süreçtir (9, 42). Çiftler, bu süreçte önceden bilgi ve fikir sahibi olsalar da profesyonel bilgi almadıkları koşullarda, bilgileri yetersiz kalabilmektedir. Her kadının güvenli ve sağlıklı koşullarda doğum yapma ve bu konuda bilgi sahibi olma hakkı vardır. Bu hak 2001 yılında “Barcelona Anne ve Yenidoğan Hakları Deklarasyonu” ile güvence altına alınmıştır. Anne adaylarına, doğumun fizyolojik, sağlıklı, basit ve korku duyulmaması gereken bir süreç olduğu bu bilgilendirmeler ile anlatılmalıdır.

19. yüzyıla kadar kadınlar gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri anneleri, kardeşleri, eve gelen ebeler, profesyonel ebeler tarafından ev ortamında aldı. Endüstri devrimi ile birlikte dezenfeksiyon ve ağrı yönetimi konusunda yapılan ilerlemeler ile kadının ve doğumun evden çıkarak hastaneye taşınması sonucunda gebeler; doğum

sürecinde eşlerinin de yanlarında bulunmasını talep etmeye, daha profesyonel bilgi sahibi olmayı talep etmeye başladılar. Kadınların doğum hakkındaki görüş ve beklentileri bu süreçte değişmiştir.

Doğum eylemi sırasında gebenin beden farkındalığının artması, kendini özel hissetmesi, bu eşsiz yolculuğa hazır ve donanımlı hissetmesi amaçlanmaktadır. Özellikle doğum ağrıları ile nasıl baş edeceğini bilen, kendisini nelerin beklediğini bilen anne baba adaylarının bu sürece daha hızlı adapte oldukları gözlenmiştir. Gebe okulu ve doğuma hazırlık sınıfları bu boşluğu doldurmaktadır.

2.10. DOĞUMA HAZIRLIK SINIFLARININ DÜNYA GENELİNDEKİ TARİHSEL GELİŞİMİ

Dünya genelinde toplu olarak sınıf içinde gebe eğitimi verilmesi kavramı 1930’lu yıllara kadar dayanmaktadır. Günümüze kadar pek çok akımdan etkilenecek gelişerek ve değişerek ulaşmıştır. Lamaze Dick-Read, Kitzinger, Bradley, Leboyer gibi akımlar bunlardan bazılarıdır. 1930’lu yıllarda ilk defa İngiliz Grantly-Dick Read isimli doktor “gevşemenin olduğu yerde gerginlik ve anksiyete olmaz” diyerek doğuma yardımcı bir yöntem geliştirmiştir. Bir diğer yöntem ise Avrupa ve Amerika’da oldukça popüler olan Lamaze yöntemidir. Bu yönteme göre gebe ruhsal ve bedensel olarak doğuma hazırlanmaktadır. Burada Pavlov’un şartlı refleksi söz konusudur. Rus psikologların “psikoprofilaksi” olarak adlandırdığı bu yönteme göre gebenin beyni, bilgiyi alıp onu kabul etmekte, kodlamakta, analiz etmekte ve doğru yanıtı vermek için işlemektedir. Bu bilinci kontrol etme sürecidir. Doğru eğitimi alan gebeler bu kontrol sürecini başarı ile tamamlayabilmektedirler. Buna göre doğum ağrısı başladığında kasılma yerine gevşeme sağlanırsa ve doğru nefes teknikleri uygulanırsa doğum süresi kısalmakta ve daha az ağrı hissedilmektedir.

Amerika’da Lamaze Organizasyonu’nun (Lamaze International) kurumlaşından sonra, Lamaze’nin doğuma yardımcı bir teknik değil, bir doğum felsefesi olduğu kabul edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün de sağlıklı doğum uygulamalarını zenginleştirmiştir. Lamaze yöntemi ile Fransa’da doğumunu gerçekleştiren ve Amerika’ya döndükten sonra bu felsefenin yeterince yaygınlaşmadığını fark eden Marjorie Karmel isimli kadın “Thank you Dr. Lamaze” isimli bir kitap yazarak “doğuma hazırlık sınıflarının Amerika’da yaygınlaşmasına

önayak olmuştur. Elizabeth Bing de bu çalışmalara öncülük etmiş ve bu sınıfların yaygınlaşması için çalışmıştır.

2.11. DOĞUMA HAZIRLIK SINIFLARININ ÜLKEMİZDEKİ TARİHSEL GELİŞİMİ

Gebe okullarının ülkemizdeki geçmişi dünya tarihindeki kadar eski değildir. Ülkemizde gebe eğitim sınıfları 1980li yıllarda başlamış, 2000li yıllarda yaygınlaşmıştır. Son yıllarda ülkemizde gebeler ve eşlerinde gebe sınıflarına katılma isteğinde artış gözlenmektedir. Bu konuda Sağlık Bakanlığının normal doğumu desteklemesi, sosyal medya ve diğer iletişim kanalları ile halkı bilinçlendirmesi büyük önem taşımaktadır. Anne adaylarının doğum sürecini yönetme istekleri, bu süreci eşleri ve sevdikleri ile birlikte geçirmek istemeleri, kendilerine güvenerek müdahalesiz doğumlar yapabileceklerine güvenmeleri sonucunda gebe okullarına olan talep artmış, devletin de doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili politikalarına verdiği önem ve destek de artmıştır.

2.12. LAMAZE NEFES TEKNİĞİ

Marjorie Karmel isimli kadın ilk bebeğini Fransa’da Dr. Fernand Lamaze’nin kliniğinde doğurdu (11). Bu doğum ve deneyim sırasında uygulanan ve öğretilen nefes teknikleri ve doğum uygulamaları ile doğumun ağrısız bir eylem olduğunu keşfetmiş, dolayısı ile doğumun ağrı kesici ilaçlara ihtiyaç duyulmadan gerçekleştirilebileceğini fark etmiştir. Sonrasında bu deneyimlerini “Thank you Dr. Lamaze” adlı kitabında derlemiştir. Marjorie Karmel ve Elizabeth Bing 1960 yılında Amerika’da Amerikan Psikoprofilaksi Derneği’ni (ASPO) kurmuşlardır. Marjorie Karmel, Paris’teki klinikte öğrendiği doğru nefes tekniklerini Amerika’da öğretmeye başlamıştır. Çiftler tarafından çok yoğun ilgi ile karşılanmıştır. Dikkati ağrı ve kasılmadan başka yöne çekerek ilaç ihtiyacını azalmaya yönelmiş, ve doğuma hazırlık sürecindeki gebelerde rahatlama sağlamıştır. Bu yıllarda doğumların tamamen kendiliğinden başlayıp, ilerleyip sonlandığını hatırlatmakta yarar var. İntravenöz herhangi bir müdahale veya sıvı desteği sağlanmamakta, sezaryen oranı %6 olarak belirtilemektedir (11).

Lamaze Nefes Tekniği günümüze uyarlanmış ve hala geçerliliğini korumaktadır. Bu tekniğe göre:

- Nefes sürekli kontrol altında tutulmalıdır. Bu kolaylıkla öğrenilebilir(11).
- Derin ve yavaş nefes alış verişleri gebeyi rahatlatır. Tamamen doğru kabul edilen bir nefes şekli yoktur. Gebe kendini nasıl rahat hissediyorsa o şekilde nefes alabilir, önemli olan nefesin otomatik olarak değil, bilinçli şekilde alınıp verilmesidir (11).
- Doğum eylemi süresince sancılar sıklaştıkça nefes alışverişi değişebilir, nefesler sıklaşıp yüzeyleşebilir (11).
- Konsantrasyon, gözleri açık veya kapalı tutmak, ritmik bir şekilde nefese odaklanmak gebeye yardımcı olabilir (11).
- Lamaze pratiğinde gebeler nefes tekniği ile birlikte pek çok yardımcı teknik kullanırlar, böylece sadece nefese odaklanmış bir şekilde kalmazlar. Yürümek, hafif bir şekilde sallanmak, pilates topu kullanmak, masaj gibi pek çok yardımcı teknik gebenin kurallara bağlı kalma stresini ortadan kaldırarak bu pratiği bir bütün olarak uygulamasına olanak verir (11).
- Fiziksel koşullar her zaman en uygun hale getirileme bile, nefes tekniği gebenin tamamen elinde olan, kontrolü tamamen elinde bulundurduğu bir tekniktir (11).

2.13. LAMAZE SAĞLIKLI DOĞUM METODU

Özellikle Amerika’da kabul gören ve doğum yapacak gebelerin uyguladığı, kliniklerin de eğitim ve doğuma hazırlık sınıflarında çiftlere eğitim verirken yararlandığı ana metot Lamaze Sağlıklı Doğum Metodu’dur. Lamaze Sağlıklı Doğum Metodu, sanılanın aksine sadece doğru nefes alma tekniklerinden oluşmaz. Doğum yapacak gebenin kendini rahat ve güvende hissetmesi için gerekli koşulları altı ana başlıkta toplar.

1. Lamaze Sağlıklı Doğum Pratiği #1: Doğumun kendiliğinden başlamasına izin verilmelidir. Oksitosin, membranların açılması gibi dışarıdan müdahaleler doğumu başlatmak için uygulanmamalıdır. Bebek gelişimini tamamladığında, doğacağı zamana uyum sağlayacak, kendi karar verecektir (13).

2. Lamaze Sağlıklı Doğum Pratiği #2: Doğum sırasında yürümek, hareket etmek ve pozisyon değiştirmek serbesttir. Gebe kendini nasıl rahat hissediyor ise o şekilde hareket özgürlüğüne sahiptir (14).
3. Lamaze Sağlıklı Doğum Pratiği #3: Gebe sevdiği, desteğini hissettiği bir kişiyi yanında bulundurabilmelidir. Bu kişi eş, yakın bir dost, aileden biri veya doula denilen doğum destekçisi olabilir. Bu yakın destekçi tüm doğum süresince gebenin yanında bulunup onun yakında olduğunu hissettirir ve gerekli desteği sağlar (15).
4. Lamaze Sağlıklı Doğum Pratiği #4: Doğum eylemi başladığında medikal olarak gerekmediği sürece tıbbi müdahalelerden kaçınılmalıdır. Daha doğrusu doğumun akışını bozacak herhangi bir müdahale ve kısıtlama yapılmamalıdır. Ancak tıbbi olarak bir gereklilik tespit edilirse müdahale edilmelidir. Gebelerde uygulandığını gördüğümüz sıvı ve yemek kısıtlamaları doğru uygulamalar değildir. Gebe isterse sıvı alabilmeli, yemek yiyebilmelidir. Sürekli fetal monitörizasyon uygun değildir, eğer bir risk faktörü tespit edilmemişse ve gebenin hareketini kısıtlıyorsa fetal monitörizasyon uygun aralıklarla yapılmalıdır. Epidural anestezi, doğum indüksiyonu, epizyotomi yine bu süreçte kaçınmamız gereken ve son anda uygulanması şart ise yapılması gereken uygulamalardır (16).
5. Lamaze Sağlıklı Doğum Pratiği #5: Günümüzde alıştığımız doğum şekli sırtüstü doğum olsa da, sırt üstü doğum yapmaktan kaçınılmalıdır. Vücudun ıkmama isteğine kulak verilmeli ve senkronize bir şekilde sancı ile birlikte gebe ıkmamalıdır (17).
6. Lamaze Sağlıklı Doğum Pratiği #6: Doğum anında ve sonrasındaki ilk bir saate salgılanan oksitosin, ten tene temas, anne ve bebeğin ilk tanışması; anne bebek bağının oluşması için çok önemlidir. Bu nedenle ilk yarım saatte annenin bebeği emzirmesi bu bağın oluşması için çok önemlidir. Doğum sonrası anne ve bebeğin aynı ortamda bulundurulması ve birlikte vakit geçirmesi, onların bağlanmasını güçlendirir (18).

2.14. DOĞUMDA UYGULANAN VE GEBE OKULUNDA EĞİTİMİ VERİLEN VE DOĞUMU KOLAYLAŞTIRICI NEFES TEKNİKLERİ

- Göğüs nefesi: Doğumun ilk evresinde uygulanan ve diyafram kasından yardım alınan nefes şeklidir. Burada burundan nefes alınıp burundan nefes verilir. Sancı artmaya başlayıp tepe noktasına ulaştığı anda nefes ağızdan alınıp verilmeye başlanabilir.
- Karın nefesi: Doğumun ikinci evresinde, bebeğin doğumunu kolaylaştırmak için karın kaslarını da kullanarak yapılan solunumdur. Ağızdan nefes alınır ve nefes tutulmadan, ses ile birlikte nefes ıkınarak verilir. Eğer ıkınma sonrasında ağrı devam ediyorsa yeni nefes ile birlikte yeniden ıkınma devam edilir.
- Yüzeysel nefes: Doğumdan sonra rahatlayarak yüzeysel ve uyumlu nefesler alınmalıdır. Derin ve sık nefesler kandaki karbondioksit oranını azaltarak baygınlığa neden olabilir. Nefes alıp verme sığ ve hafif olmalıdır.

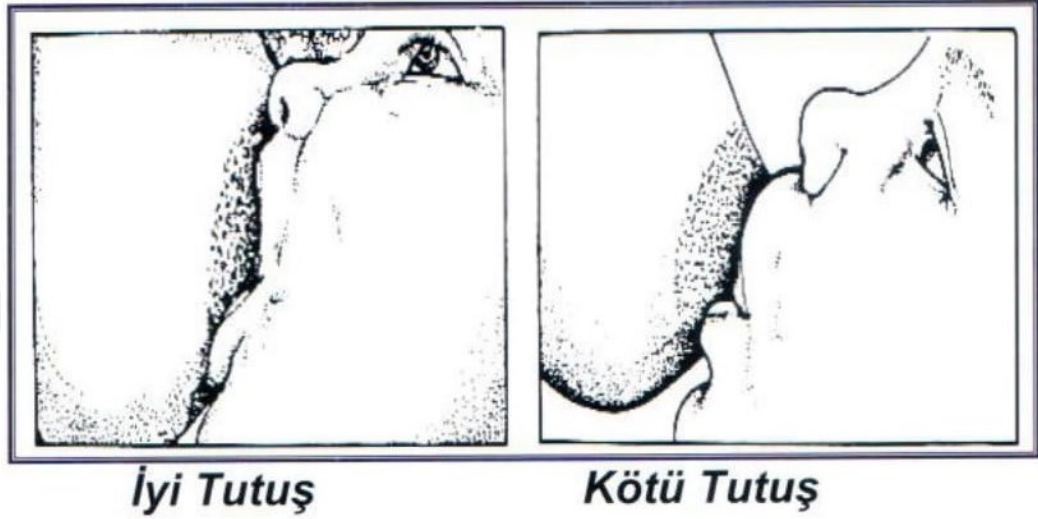
2.15. EMZİRME İLE İLGİLİ ÖNEMLİ BİLGİLENDİRMELER

Doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde ilk emzirme yapılmalıdır. İlk 6 ay sadece anne sütü verilmelidir. 6 aydan sonra ek besinlere başlanmalıdır. 2 yaşına kadar ek besinlerle birlikte emzirilmeye devam edilmelidir.

2.16. GEBELİK VE EMZİRME

Gebelikte prolaktin hormonu sayesinde memede değişiklikler meydana gelerek süt üretimi sağlanır. Bazen doğum yaklaştığında, doğum olmadan da memeden süt salınımı olabilir. Bu doğal bir durumdur. Süt üretimi olan memede sıcaklık artışı ve sertlik olabilir, bu düzenli emzirmeyle azalmaktadır. Halk arasında “ilk süt” olarak adlandırılan kolostrum bebeğin bağışıklığı ve gelişimi için çok önemlidir. Bebeği pek çok hastalıktan korur, bağırsak florasını düzenler, bebeğin beslenmesi için yeterlidir. Doğumdan sonra annenin hemen emzirmesi önerilir. Bebeğin emzirilmesi için belli bir aralık yoktur, bebek her ağladığında emzirilmelidir. Bazı yenidoğan bebekler uykuya meyilli olabilirler. Böyle durumlarda bebekler 3-4 saatte bir uyandırılıp emzirilmelidir (18, 48).

Süt salınımı bebek emdikçe stimule olur. Dolayısı ile bebeğin doğru bir şekilde memeyi emmesi önemlidir. Bebeğin sadece meme ucunu değil, tüm memeyi, areola denilen renkli kısmı da içine alacak şekilde emmesi önemlidir. Böylece biriken tüm sütü alır. Bu süreç prolaktin salınımını ve sonucunda süt salınımını uyarır.



Şekil 1: Doğru Emzirme İçin Memeyi Tutma Şekli (T.C. Sağlık Bakanlığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Emzirme ve Anne Sütü Bilgilendirme Yayınları'ndan alınmıştır.)

2.17. EMZİRME DÖNEMİNDE BESLENME

Emziren annelerin çok yorulmaması ve uykusuz kalmaması önemlidir. Dengeli ve yeterli bir diyet uygulanmasına dikkat edilmelidir. Özellikle sıvı alımına ve su tüketimine özen gösterilmelidir. Günde 10- 15 bardak su içilmelidir. Turşu ve salamura gibi tuzlu yiyeceklerde uzak durulmalıdır. Kırmızı et, tavuk, balık, yumurta, nohut, fasulye, mercimek gibi yiyecekler günde iki öğün yenilmelidir. Ekmek, bulgur, makarna, pirinç gibi yiyecekler az miktarda tüketilmelidir. Asitli içeceklerden kaçınılmalıdır. Sigara ve alkol tüketilmemelidir. Kafein içeren içeceklerden uzak durulmalıdır. Mevsime uygun sebze ve meyveler tüketilmelidir. Bunlar bol su ile yıkanmalıdır.

2.18. KOLOSTRUM, ÖZELLİKLERİ

Antepartum dönemden itibaren sekresyonu başlayabilen ve postpartum 10. güne kadar salgılanan süte kolostrum denir. Yenidoğanın erken ve hızlı büyümesi için

konsantre proteinler içerir. Na, K, Cl, protein ve yağda eriyen vitaminler içerir. Olgun süttten daha az yağ ve laktoz içerir. IgA en yüksek düzeydedir. Çeşitli mikroorganizmalar barındırır. Bifidus florasının oluşmasını sağlar. Mekonyumun atılmasında laksatif etkisi vardır. Polio, Cocksackie B virüs, birkaç tür stafilokok, E.coli gibi patojenlere karşı koruyuculuk sağlar.

2.19. DOĞUM SÜRECİ EĞİTİMİ

Doğum süreci eğitimi, anne adaylarında doğum korkusu, anksiyete, doğum stresiyile başa çıkma, kendini yeterli bulma konularında en önemli eğitimlerden biridir. Dolayısı ile bu eğitim, annenin doğum sürecinde maternal veya fetal bir faktör oluşmaz ise doğum ilerleyişini doğrudan etkileyen eğitimidir. Bu eğitim sırasında gebelere; doğum eyleminin başladığını gösteren belirtilerin neler olduğu, hastanede karşılaşılabacakları ve hazır olmaları gereken prosedürler, doğumun olası süresi, doğumun evreleri, normal doğumun yararları öğretilmektedir (49-51).

2.20. MÜDAHALELİ DOĞUM

Vakum ya da forseps denilen aletler yardımı ile gerçekleştirilen doğuma müdahaleli doğum adı verilir. Bu yardımcı aletler bebeğin doğum kanalında ilerlemekte zorlandığı ve doğumun zor olduğuna işaret edildiği durumlarda doğum eylemini hızlandırmak amacı ile kullanılır.

Günümüzde vakum ve forseps gibi yardımcı aletlerin kullanımı terk edilmektedir. Özellikle forseps kullanımı bebeğin doğumda ciddi travma yaşamasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda asfiksi, serebral palsy, göz sekelleri, kafatası kırıkları, annede sfinkter hasarı gibi pek çok sorun meydana gelmektedir (19).

2.21. SEZARYEN DOĞUM İLE MÜDAHALE GEREKEN DURUMLAR

Sezaryen doğum, bebeğin cerrahi müdahale ile doğurtulması işlemidir. Bunun için doğum eylemi öncesinde veya sırasında ortaya çıkabilen bazı durumlar vardır (52,53). Bebeğin doğum kanalına uygun olmayan bir pozisyonda girmesi (alın, el, ayak vb.), bebeğin doğum kanalında ilerlememesi veya ilerlemesinin durması, bebeğin göbek kordonunun doğum gerçekleşmeden doğum kanalından dışarı sarkması, doğum kanalında doğumu engelleyecek bir enfeksiyonun bulunması bu gerekçelerden

bazılarıdır. Bu durumlarda anne adayı sezaryen doğum hakkında bilgilendirilir. Sezaryen doğumun gerekli olabileceği durumlar anlatılır. Sezaryen doğum gerekliliğinde anne adayının anestezi alması gerekeceği bilgisi verilir. Anestezi şekilleri hakkında bilgi verilir. Bunlar; genel anestezi, spinal anestezi ve epidural anestezi (44).

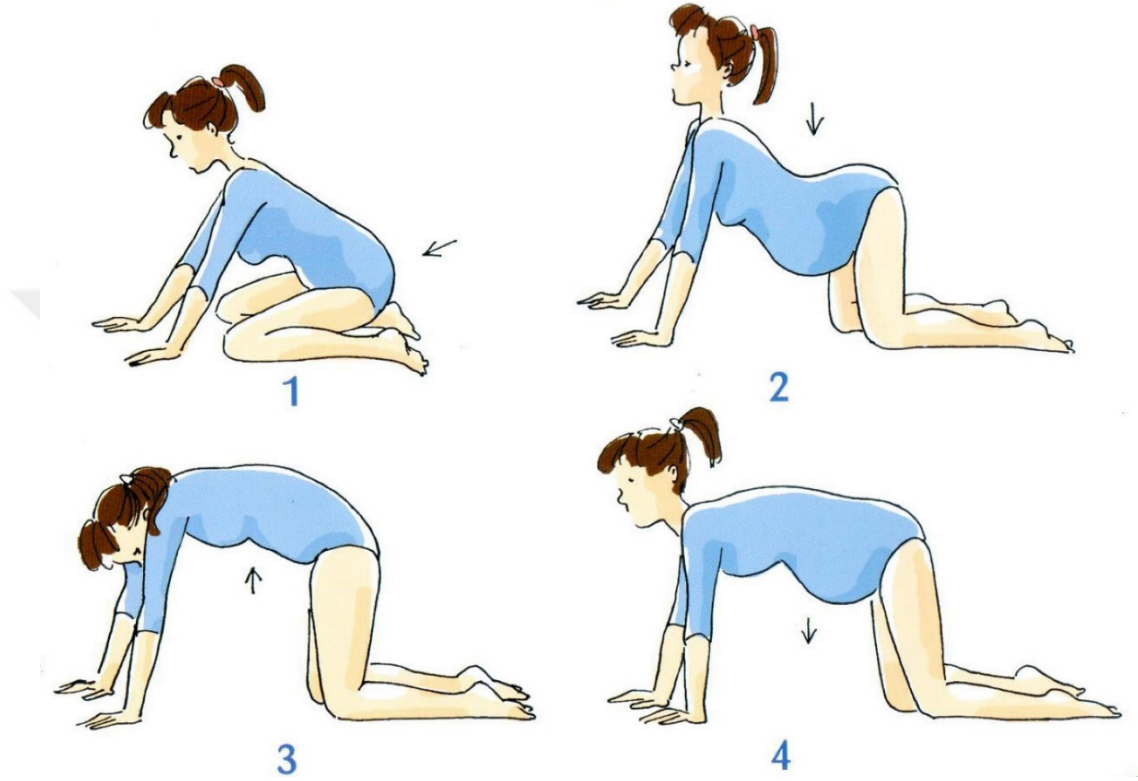
- Genel anestezi: Gebe kendisine verilen anestezi ilaçları etkisi ile tamamen bilincini kaybeder ve uyur. Burada ağrı duymaz ve solunum kaslarını kullanmaz. Solunumuna dışarıdan destek ile yardımcı olunur. Anestezi ilaçları ve gazların bebeğe geçme riski vardır.
- Spinal anestezi: Gebenin belinden uygun uzunlukta, genellikle 9 cm'lik bir kanül ile subaraknoid boşluğa girilerek anestezi madde verilmesi ile yapılır (20). Bu işlem sonrasında hasta bacak ve ayaklarında ağrı hissetmez ancak dokunmaları hisseder. Aynı zamanda hastaya gevşemesine yardımcı olacak maddeler de verilebilir. Bu aşamada bebeğe anestezi madde geçme riski yoktur.
- Epidural anestezi: Bu anestezi şekli spinal anestezi ile benzerlik göstermektedir. Yine bel bölgesinden yapılmaktadır. Ancak burada hasta ayak ve bacaklarda hareket fonksiyonunu kaybetmez. Epidural aralığa yerleştirilen kanül sayesinde ihtiyaç duyulan zamanlarda ağrı kesici dozlar yenilenebilir (21, 44).

2.22. GEBELİKTE EGZERSİZ

Tüm gebelik boyunca hafif ve orta egzersizler haftada 3 kez olarak gebelere önerilmektedir. Ancak servikal yetmezliği olan gebeler, preterm ve düşük öyküsü olan gebeler, ikinci ve üçüncü trimester kanaması olan gebeler, gebelikte hipertansiyon tespit edilen gebelerde egzersiz kontrendikedir.

- Gebelikte lordoz (bel bölgesindeki çukurlaşma) artacağı için gebelerin doğru duruş pozisyonunda durmaları gerekmektedir,
- Gebelerin karın ve bel kaslarını çalıştıran egzersizler yapmalarında yarar vardır
- Gebelerin bir duvarın karşısında durarak statik hareketler yaparak, bel kaslarını çalıştıran hareketler yapmalarında yarar vardır.

- Gebelerin doğum yaklaştıkça yararlanacakları taban kaslarını güçlendiren hareketler yapmalarında yarar vardır. Bunlar; bağdaş kurma, çömelme ve taban kaslarını kasıp gevşetmedir (33).



Şekil 2: Gebelikte Egzersiz (Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, Gebelik ve Lohusalık Danışmanlık Atlası’ndan alınmıştır.)

2.23. GEBELİKTE EGZERSİZİN YARARLARI

Gebelikte düzenli yapılan egzersizler ağırlık merkezi değişen gebelerdeki kas ve eklem ağrılarını azalma konusunda yardımcı olur. Anne adayının uyku düzenini ve yemek alışkanlığını düzenler. Nefesi düzenleyerek stresi azaltır. Bağırsak fonksiyonlarını düzenler. Kaslar esneklik kazanacağı için doğum sırasında kasılmaların daha etkin olması sağlanır.

2.24. GEBELİKTE AŞILANMA

Gebe okulunda gebe aşılırları hakkında da bilgilendirme yapılmaktadır. Gebelikte yapılması güvenli kabul edilen aşılar; Tetanoz difteri toxoidleri (Td), grip

aşısı, Hepatit B aşısı, Meningokok aşısı ve kuduz aşısıdır. Çocukluk ve okul aşıları tamamladığından emin olunan gebeye 1 doz tetanoz aşısı yapılması yeterli kabul edilmektedir (Bkz. Ek 2).

2.25. GEBELİKTE UYGULANMASI KONTRENDİKE OLAN AŞILAR

BCG (Bacille Calmette-Guérin), Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Su çiçeği aşıları kontrendikedir.

2.26. DOĞUM SONU BAKIMI VE AİLE PLANLAMASI

Gebe okulunda annenin doğum sonrası dönemde kendisi ve bebeği ile sağlıklı zaman geçirmesi, yeterli iyileşme ve bakım dönemini sağlaması için eğitimler verilmektedir. Doğum sonrası eve dönen anneye her gün ayakta durmanın önemi anlatılır, eğer varsa dikişlerini temiz ve kuru tutmasının önemi anlatılır. Anne pamuklu iç çamaşırı kullanır ve kanamasını kontrol eder. Pedleri sık aralıklarla değiştirir. Böylece istenmeyen bir durum varlığında hızlıca en yakın sağlık kuruluşuna başvurur. Emzirmeye başlayan anne gün içinde su, doğal meyve suyu, süt, komposto gibi sıvıları bol miktarda tüketmelidir. Dengeli ve sağlıklı 6 öğün şeklinde beslenmelidir. Sigara ve alkol kullanmamalı, emzirme süresince çay, kahve ve gazlı içecekler tüketmemelidir (43).

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için aile planlaması eğitimleri de verilmektedir.

2.27. DOĞUM SONRASI CİNSEL YAŞAM

Doğum sonrası dönemde gebe artık lohusalık denilen, bedeninin doğumdan sonra yenilediği, psikolojik olarak yeni rolü olan anneliğe adapte olduğu bir dönemdedir. Lohusalık döneminde hormonal değişiklikler, annelik rolüne uyum ve emzirme nedeniyle yorgunluk, isteksizlik, cinsel uyarılmada zorluk olabilir. Cinsel ilişki için iki tarafın da hazır hissetmesi gerekmektedir. Bunun için 4-6 hafta kadın bedeninin iyileşmesi için cinsel ilişkinin ertelenmesi önerilir. Kadın bedeninde oluşan değişimler nedeniyle kaygı yaşanması doğaldır, bunların eş ile paylaşılması ve eş ile birlikte danışmanlık alınması önerilir. Cinsel ilişkiyi kolaylaştırmak ve orgazmı

kolaylaştırmak için Kegel egzersizleri önerilmektedir. Bu konuda da danışmanlık hizmeti verilmektedir.

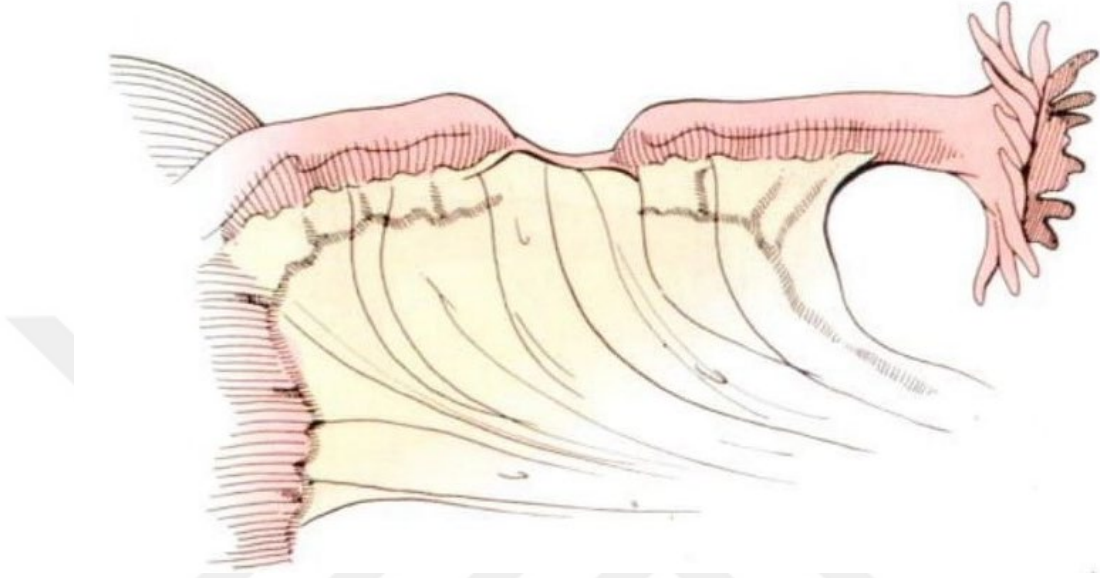
Cinsel ilişkiye başlama kararı verildikten sonra eğer varsa memedeki süt boşaltılmalı ve kuruluk yaşıyor ise su bazlı kayganlaştırıcı sıvı, jel veya krem kullanılmalıdır. Ağrı varsa ilişkiyi sürdürmek için ısrarcı olunmamalıdır.

2.28. DOĞUM SONRASI GEBELİKTEN KORUNMA

Doğum yapan kadın adet görmese bile yeniden gebe kalabilir. Bu nedenle emzirme döneminde etkili korunma için gebeliği önleyici yöntemler konusunda eğitim verilmelidir.

- RİA (Rahim İçi Araç): Eğitimli sağlık personeli tarafından doğumdan 6 hafta sonra rahim kavitesi içine yerleştirilen küçük plastik bir araçtır. Koruyuculuğu yüksektir. Koruyuculuğu uygulama sonrası hemen başlar. 10 yıl süreyle koruyuculuk sağlayabilir.
- Üç aylık iğne: 3 ayda bir kas içine uygulanan ve içinde progesteron içeren iğnelerdir. Emzirmeyi etkilemezler,
- Deri altı implantı: Deri altına yerleştirilen küçük plastik bir düzenektir. Sadece progesteron salgılar. Koruyuculuğu yüksektir ve 3 yıla kadar koruyuculuk sağlar.
- Mini hap: Her gün 1 tane içilen ve içinde 28 tane bulunan, içinde sadece progesteron içeren haplardır.
- Prezervatif: cinsel ilişki sırasında uyarılmış ve erekte penise yerleştirilen kauçuk üretimi esnek bir kılıftır. Spermilerin yumurta ile buluşmasını engeller. Doğru ve düzenli kullanıldığında koruyuculuğu yüksektir.
- Tüp ligasyonu: Kadın yumurta hücrelerinin (oosit) rahme ulaşmasını engelleyen yöntemdir. Bu şekilde sperm ve oosit birleşemez. Çocuk isteklerini tamamladıklarına karar vermiş çiftler için en güvenli yöntemdir. Bu kararın çiftin ortak kararı olması gereklidir. Kadının adet düzeni veya cinsel hayatı, tüp ligasyonu sonrasında etkilenmez.
- Vazektomi: Erkekte sperm kanallarının bağlanması ile gerçekleşen bir yöntemdir. Testiste üretilen spermier meniyle vajinaya boşaltılamayacağı için sperm ve oosit bir araya gelemeyecek ve döllenme olamayacaktır.

Doğurganlığını tamamlayan çiftler için en güvenli yöntemlerdendir ve yine çiftin ortak kararı olması gerekir. Bu işlem erkeğin cinsel isteğini, boşalmayı veya penisin sertleşmesini etkilemez (22).



Şekil 3: Tüp Ligasyonu Sonrası İyileşmiş Fallop Tüpünün Görünümü (Te Linde Jinekolojik Cerrahi Atlası'ndan alınmıştır.)

2.29. UZAKTAN EĞİTİM GEBE OKULU

Sağlık bakanlığına bağlı hastane ve sağlık kuruluşlarında gebe ve gebe adayları ile yakınlarına doğum öncesi eğitim verilmektedir. “Uzaktan Eğitim Gebe Okulu” hastaneye ulaşım sağlayamayan gebe, gebe adayları, eşleri ve yakınları için Sağlık Bakanlığı tarafından; doktor, ebe, hemşire, psikolog ve fizyoterapistlerden oluşan toplam 27 videoluk bir online bilgilendirmedir. Gebelik ve doğum sürecinin gebe ve yakınları için olabildiğince eşsiz yaşanması için hazırlanmış bir yardım ve danışmanlık serisidir. Ayrıca videolarda işaret dili de kullanılmış, işitme engelli gebeler ve gebe adaylarının da eğitimlerden yararlanması amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı bu uygulama ile gebe okulu uygulamasını tüm gebeler ve gebe adayları tarafından ulaşılabilir hale getirmiştir. (<https://khgm.saglik.gov.tr/>)

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu retrospektif çalışma 01/09/2021 ve 30/09/2021 tarihleri arasında Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde 04.12.2020 tarihli 42394 sayılı etik karar onayını takiben yapıldı. Çalışmada Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen prensiplere uyuldu.

Belirtilen tarih aralığında Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Gebe Okulu verileri tarandı. 01/01/2018 ve 30/12/2021 tarihleri arasında hastanemiz gebe okulunda antenatal eğitim almış, eğitimini tamamlamış, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde doğum yapmış tüm gebeler listelendi. Çalışmaya dahil edilmek üzere çalışma kriterlerini sağlayan gebeler kontrol edildi ve 199 gebeye ulaşıldı. Bunlar çalışma grubu olarak belirlendi. Ardından aynı tarih aralığında Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde doğum yapan ancak; antenatal eğitim almamış, gebe okuluna başvurmamış tüm gebeler listelendi. Bu gebelere hastanemizde kullanılan hasta veri tabanından ulaşıldı. Çalışmaya dahil olma kriterlerini sağlayan gebeler listelendi ve bilgisayar ortamında randomizasyon programı kullanılarak 199 gebe kontrol grubu olarak belirlendi.

Çalışmaya alınan çalışma grubu gebelerinin dahil edilme kriterleri:

- Gebe okuluna katılmış olmak, eğitimleri tamamlamış ve sertifika almış olmak
- Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde doğum yapmış olmak
- Canlı doğum ile sonuçlanan doğum yapmış olmak
- 19-45 yaş aralığında olmak
- Kronik bir hastalığı olmamak (hipertansiyon, diyabet vb.)
- Düzenli ilaç kullanımı olmamak (Levotiron vb.)
- Ortopedik, nörolojik veya nöroşirürjik bilinen, vajinal doğuma engel predispozan faktörü olmamak
- Ayrıntılı USG'de bebekte vajinal doğuma engel anomali saptanmamış olması

Çalışmaya alınan kontrol grubu gebelerinin dahil edilme kriterleri:

- Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde doğum yapmış olmak
- Canlı doğum ile sonuçlanan doğum yapmış olmak

- 19-45 yaş aralığında olmak
- Kronik bir hastalığı olmamak (hipertansiyon, diyabet vb.)
- Düz enli ilaç kullanımı olmamak (Levotiron vb.)
- Ortopedik, nörolojik veya nöroşirürjik bilinen predispozan faktörü olmamak



4. İSTATİSTİK

4.1. YÖNTEM

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmada kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca değer, minimum, maksimum, sayı ve yüzdelik dilim) verilmiştir. Ayrıca parametrik testlerin ön şartlarından varyansların homojenliği “Levene” testi ile kontrol edilmiştir. Normallik varsayımına ise “Shapiro-Wilk” testi ile bakılmıştır. İki grup arasındaki farklılıklar değerlendirilmek istendiğinde parametrik test ön şartlarını sağladığı durumda “Student’s t Test”; sağlamadığında ise “Mann Whitney–U testi” kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Fisher’s Exact Test ve Ki Kare testi ile analiz edilmiştir. Beklenen frekansların %20’den küçük olduğu durumlarda bu frekansların analize dahil edilmesi için “Monte Carlo Simülasyon Yöntemi” ile değerlendirme yapılmıştır. $p < 0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Gebe Okulu'nda 2018 ve 2020 yılları arasında eğitim almış ve çalışmaya dahil edilmiş gebeler ile kontrol grubuna dahil edilen gebelerin toplu demografik özellikleri gösterilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Demografik Özellikler (n=398)

		(n (%))
Anne Yaş		27,92±5,53 27 (24;32)
Bebek Doğum Haftası		39,38±1,12 39 (39;40)
Bebek Doğum Kilosu		3386,5±403,7 3398 (3125;3665)
Hastanede Kalış Süresi		1,81±0,991 2 (1;2)
Bebek Apgar Skoru 1. dk		7,95±0,48 8 (8;8)
Bebek Apgar Skoru 5. dk		8,97±0,3 9 (9;9)
Hasta giriş Hemogram değeri (g/dL)		11,86±1,25 12 (11;13)
Hasta çıkış Hemogram değeri (g/dL)		11,08±1,30 11 (10;12)
Grup	Kontrol Grubu	199 (%50)
	Gebe Okulu Grubu	199 (%50)
Gebelik Öyküsü	Eski C/S	55 (%14)
	Multipar	169 (%43)
	Mükerrer C/S	24 (%6)
	Primipar	150 (%37)
Doğum şekli	Sezaryen doğum (C/S)	117 (%29)
	Vajinal doğum (NSD)	281 (%71)

Tablo 1 de araştırmaya katılan 398 anneye ve bebeklerine ilişkin demografik bilgilere yer verilmiştir. Buna göre annelerin yaşları 27,92±5,53, hastanede kalış

süreleri $1,81 \pm 0,991$ gün, hasta giriş Hemogram değerleri $11,86 \pm 1,25$ ve hastaneden çıkış Hemogram değerleri $11,08 \pm 1,30$ olarak bulunmuştur. Bebeklerin Bebek Doğum Haftası $39,38 \pm 1,12$ gün, doğum kiloları $3386,49 \pm 403,7$ gram, birinci dakika Apgar Skorları $7,95 \pm 0,48$ puan ve beşinci dakika Apgar Skorları $8,97 \pm 0,3$ olarak bulunmuştur. Annelerden %50'si gebe okulunda eğitim almış %50'si ise almamıştır. Parite şekilleri %14 eski sezaryen, %43 multipar, %6 mükerrer sezaryen ve %37 primipar şeklinde dağılım göstermiştir. Annelerin doğum şekilleri %29 sezaryen iken %71 vajinal doğumdur.

Tablo 2'de Gebe okuluna başvuran ve kontrol grubunda olan gebelerin pariteleri arasındaki ilişki incelenmiştir:

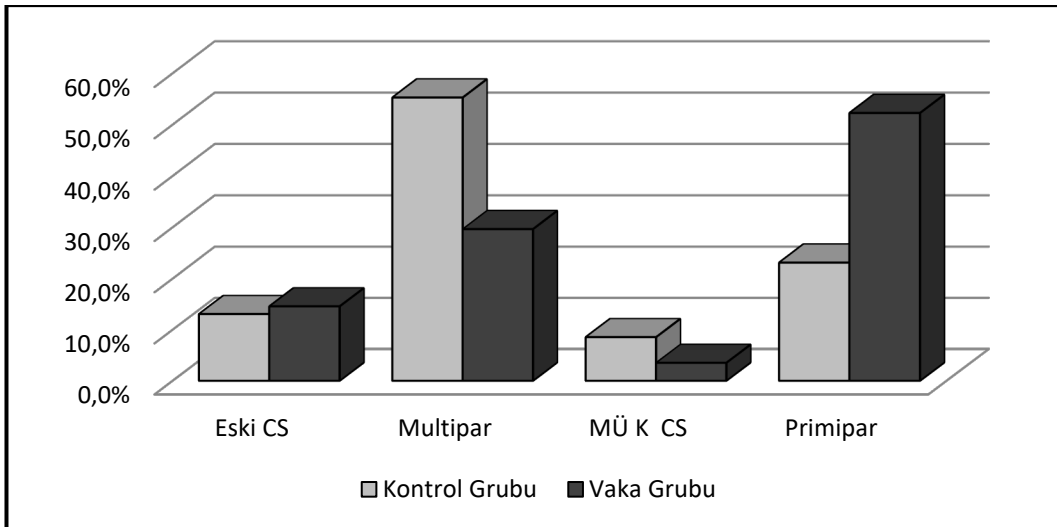
Tablo 2: Gebe Okulu ve Kontrol Grubu Gebelerinin Parite İlişkisi

Parite	Kontrol Grubu		Gebe Okulu Grubu		p
Eski C/S	26	13.1%	29	14.6%	0.771 ^{x2}
Multipar	110	55.3%	59	29.6%	0.000 ^{x2}
Mükerrer C/S	17	8.5%	7	3.5%	0.047 ^{x2}
Primipar	46	23.1%	104	52.3%	0.000 ^{x2}

x²:Ki kare test

Grafik 1'de demografik bilgiler şekil üzerinde gösterilmiştir

Grafik 1:



Tablo 2 incelendiğinde gebe okuluna başvuran gebelerin özellikle primipar gebeler olduğu dikkatimizi çekmektedir. Gebe okuluna katılan gebeler ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ($p=0.000$, $p<0.005$) bulunmuştur. Gebe okuluna katılanların primipar gebeler olması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 3'te Gebe Okulu ve kontrol grubu gebelerinin doğum şekilleri karşılaştırılmıştır:

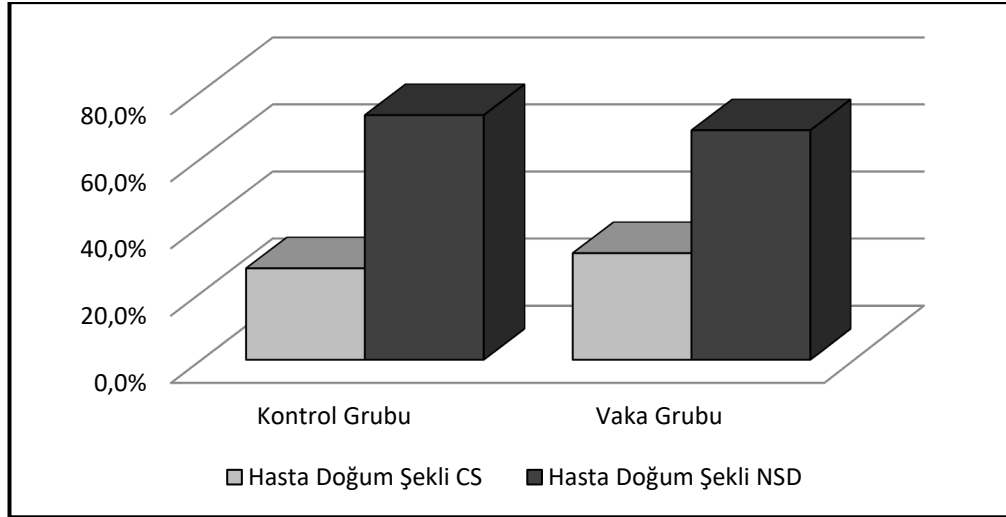
Tablo 3: Gebe Okulu ve Kontrol Grubu Gebelerinin Doğum Şekilleri

		Kontrol Grubu		Gebe Okulu Grubu		p
Hasta doğum şekli	C/S	54	27.1%	63	31.7%	0.322 ^{x2}
	NSD	145	72.9%	136	68.3%	

x²:Ki-kare test

Grafik 2'de hastaların toplam normal doğum ve sezaryen doğum oranları grafik üzerinde karşılaştırılmıştır

Grafik 2:



Tablo 3 incelendiğinde gebe okuluna katılan gebeler ve kontrol grubunun doğum şekilleri karşılaştırılmıştır. ($p=0.322$, $p>0.05$) bulunmuştur. Bu verilere göre gebe okuluna katılan ve katılmayan gebelerin doğum şekilleri arasında anlamlı bir

fark olmadığı söylenebilir. Sezaryen doğum ve vajinal doğum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4’te Gebe Okulu ile kontrol grubunun anne ve bebek bilgileri değerlendirilmiştir.

Tablo 4: Gebe Grupları ile Anne ve Bebek Bilgilerinin Değerlendirmesi

	Gebe Grupları		Test İst.	p
	Kontrol (n=199)	Gebe Okulu (n=199)		
	<i>Ort. ±SS M (Q₁ – Q₃)</i>	<i>Ort. ±SS M (Q₁ – Q₃)</i>		
Anne Yaş	27,37±5,89 26 (23;31)	28,46±5,10 27 (25;32)	-2,569	0,010 ^{2**}
Bebek Doğum Haftası	39,32±1,16 39 (39;40)	39,44±1,085 39 (39;40)	-1,324	0,185 ²
Bebek Doğum Günü	275,36±7,86 275 (270;281)	276,05±7,30 276 (271;282)	-1,078	0,281 ²
Bebek Doğum Kilosu	3371,17±402,76 3375 (3135;3645)	3401,81±405,15 3420 (3115;3675)	-0,757	0,450 ¹
Hastanede Kalış Süresi	1,62±0,76 2 (1;2)	1,99±1,15 2 (1;2)	-3,863	0,001 ^{2**}

^{**}p<0,01

^{*}p<0,05

¹: Student t test (t)

²: Mann-Whitney U test (z)

Özet istatistikler ortalama ± standart sapma ve medyan değer olarak verilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde gebe okuluna katılan gebelerin ve kontrol grubu gebelerinin bebeklerinin doğum haftası (z=-1,324 p=0,185), bebek doğum günü (z=-1,078 p=0,281) ve bebek doğum kilosu (t=-0,757 p=0,450) ile gebe grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Anne yaşı gebe gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (z=-2,569 p=0,010). Kontrol grubunun yaş ortalaması gebe okuluna giden annelerin yaş ortalamasından daha düşüktür. Hastanede kalış süresi de gebe gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (z=-

3,863 p=0,001). Burada da kontrol grubunun hastanede kalış süresi gebe okuluna giden annelerin hastanede kalış süresinden daha düşüktür.

Tablo 5'te gebe okulu gebelerinin bebekleri ile kontrol grubu gebelerinin bebeklerinin 1. ve 5. dakika Apgar skorları karşılaştırılmıştır:

Tablo 5: Gebe Grupları ile Bebek Apgar Skoru Değerlendirmesi

	Gebe Grupları		$TI^{\ddagger}$		$TI^{\&}$	
	Kontrol (n=199)	Gebe Okulu (n=199)	Test İst.	p	Test İst.	p
Bebek Apgar Skoru 1. dk	7,95±0,33 8 (8;8)	7,95±0,60 8 (8;8)	$z=-$ <i>1,291</i>	<i>0,197</i>	$z=-$ <i>2,115</i>	<i>0,03</i> <i>4</i>
Bebek Apgar Skoru 5. dk	8,99±0,174 9 (9;9)	8,95±0,39 9 (9;9)	$z=-$ <i>0,966</i>	<i>0,334</i>		
$TI^{\ddagger}$	$z^*=-13,61$	$z^*=-8,692$				
p	<i>0,001</i>	<i>0,001</i>				

TI: Test istatistikleri

z : Mann Whitney U testi

z^* : Willcoxon testi

† Gruplar arası karşılaştırma

‡ Grup içi karşılaştırma

$^{\&}$ İlk ve Son puan farklarının gruplar arası karşılaştırılması, özet istatistikler *ortalama ± standart sapma*; *ortanca* değer olarak verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde Apgar Skoru için ölçüm zamanlarında gebe gruplarının etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($z=-2,115$ p=0,034). 1. Dakika ve 5. Dakikada alınan Apgar ölçümleri gebe gruplarında farklılık göstermezken kontrol grubundan 1. Dakika alınan Apgar değeri 5. Dakika alınan Apgar değerinden daha düşüktür. Aynı durum Gebe okulu grubu içinde geçerlidir.

Tablo 5'te gebe okulu gebeleri ile kontrol grubu gebelerinin hastaneye yatıştaki ve taburculuktaki hemogram değerleri karşılaştırılmıştır:

Tablo 6: Gebe Grupları Hemogram Değerinin Karşılaştırılması

	Gebe Grupları		$TI^{\dagger}$		$TI^{\&}$	
	Kontrol (n=199)	Gebe Okulu (n=199)	Test İst.	p	Test İst.	p
Hasta giriş Hb değeri (g/dL)	11,83±1,04 12 (11;13)	11,88±1,4 12 (11;13)	$z=-0,831$	$0,406$	$z=-0,276$	$0,783$
Hasta çıkış Hb değeri(g/dL)	11,06±0,99 11 (10;12)	11,1±1,55 11 (10;12)	$z=-0,006$	$0,995$		
$TI^{\ddagger}$	$z^*=-8,938$	$z^*=-8,319$				
p	$0,001$	$0,001$				

Tİ: Test istatistikleri

z: Mann Whitney U testi

z^* : Willcoxon testi

$\dagger$ Gruplar arası karşılaştırma

$\ddagger$ Grup içi karşılaştırma

$\&$ İlk ve Son puan farklarının gruplar arası karşılaştırılması, özet istatistikler *ortalama ± standart sapma*; *ortanca* değer olarak verilmiştir.

Kontrol grubu gebeleri ve gebe okulunda eğitim alan gebelerin hastaneye yatış ve taburculuk sırasında kontrol edilen Hemogram değeri için ölçüm zamanlarında gebe gruplarının etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($z=-0,276$ $p=0,783$, $p>0.05$).

6. TARTIŞMA

Gebe okulları ve antenatal eğitim 1960'lı yıllardan beri hızla gelişerek dünyada ve 1980li yıllardan itibaren de ülkemizde önemli bir yer edinmiştir. Antenatal adaptasyon konusunda yapılan çalışmalar antenatal eğitiminin gerekli ve yararlı olduğunu göstermektedir (10).

Afshar ve ark. yaptığı çalışmaya göre gebe okuluna katılan, doğum planına sahip olan gebeler anlamlı olarak daha yüksek vajinal doğum oranına sahip bulunmuştur. Özellikle nullipar olan, gebe okuluna katılan ve doğum planına sahip gebelerin doğumları %67,4 oranı ile vajinal doğum ile sonuçlanmıştır (12, 23). Biz yaptığımız çalışmada gebe okuluna katılıp eğitimini tamamlayan ve gebe okuluna katılmadan doğum yapan gebelerin doğum şekilleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Vajinal doğum ve sezaryen doğum oranı arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir. İstatistiksel olarak ($p=0,322$; $p>0.05$) verisini bize kontrol grubu ve gebe okuluna katılan gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmektedir. Bu sonuca ulaşmış olmamızın birkaç nedeni olabilir. Kontrol grubuna alınan gebeler, randomize bir program aracılığı ile seçildikleri için doğum öyküleri dikkate alınmadı, dolayısı ile iki grup arasındaki primipar, multipar, eski sezaryen ve mükerrer sezaryen sayıları aynı değildir. Bu sayı ve oranların farklı olması istatistiksel değeri farklı kılmış olabilir.

Cantone ve ark. yaptıkları çalışmaya göre yapılan çalışmalar ve doğum şekli üzerindeki etkileri arasında çelişkili sonuçlar bulunmaktadır (29, 30, 31). Cantone ve ark. yaptığı çalışmada antenatal eğitimin sezaryen oranını %10 azalttığı bulunmuştur. İtalya gibi endüstriyel olarak gelişmiş ülkelerde maternal isteklere ve defansif medikolegal tavırlara karşı koymamak adına sezaryen isteklerine olumlu bakıldığından bahsedilmektedir. Yapılan çalışmada antenatal eğitimlere katılan gebelerin, katılmayan gebelere oranla vajinal doğuma daha oryante olabileceklerinden bahsedilmiştir (29, 45, 46). Bizim yaptığımız çalışmada gebe okuluna katılmış olmanın ve antenatal eğitim almış olmanın doğum şekli üzerine net bir etkisi saptanmamıştır. Vajinal doğum ve sezaryen doğum oranı arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir. İstatistiksel olarak ($p=0,322$; $p>0,05$) verisini bize kontrol grubu ve

gebe okuluna katılan gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

Fabian ve ark. yaptığı çalışmada daha genç yaş grubunda olan, bekar, iş sahibi olmayan, eğitim düzeyi daha düşük olan, küçük şehirde yaşayan ve sigara içen gebeler antenatal dersleri daha az yararlı bulmuştur (24). Bizim yaptığımız çalışmada bulduğumuz sonuçlarda kontrol grubu gebelerinin yaş ortalaması $27,37 \pm 5,89$, gebe okuluna katılan gebelerin yaş ortalaması $28,46 \pm 5,10$ bulunmuştur. Gebe okuluna katılan gebelerin yaş ortalaması daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,010$; $p<0,05$). Bulduğumuz sonuçlar Fabian ve arkadaşlarının yaş ile ilgili verilerini destekler niteliktedir. Artmış yaş ve antenatal eğitim kombinasyonu gebelerin doğum ile ilgili bilgisini arttırmaktadır sonucuna varılabilir.

Hassanzadeh ve ark. yaptığı çalışmaya göre primipar gebeler bebeklerine bakacak anne olarak edindikleri yeni role uyum sağlamak konusunda büyük stres yaşamaktadırlar. Bunun sonucunda bu anneler, gebelik döneminde antenatal eğitim almaya daha meyillidirler (25, 26). Bilgi yetersizliği ve hazırlıksız olma durumu kadınlarda acil müdahale ve anksiyete durumuna yol açarak komplikasyonlara ve artan tıbbi müdahalelere neden olmaktadır (27). Antenatal eğitim almanın anksiyeteyi azalttığı ve ağrıya cevabı iyileştirdiği gösterilmiştir (25, 28). Bizim çalışmamızda da elde ettiğimiz verilen Hassanzadeh ve ark. yaptığı çalışmayı destekler niteliktedir. Gebe okuluna katılan 199 sayıdaki gebeden 104 (52.3%) tanesi primipar iken, kontrol grubundaki 199 gebenin 46 (23.1%) tanesi primipardir. ($p=0,000$; $p<0,05$) bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durumda primipar gebeler gebe okuluna katılmaya ve antenatal eğitim almaya daha meyilli bulunmuştur. Doğum sonrası dönemde gebelere ağrı skorları ve anksiyeteleri ile ilgili anket yapılmadığı için bizim çalışmamızda bu parametreler eksik kalmıştır ve karşılaştırılamamıştır.

Kacperczyk-Bartnik ve ark. yaptığı çalışmaya göre gebe okuluna katılıp eğitimleri tamamlayan gebelerin çoğunluğu primipar gebelerdir (32). Yine aynı çalışmaya göre antenatal eğitim alan ve almayan gebeler karşılaştırıldığında; maternal yaşlar, gestasyonel yaş, beden kitle indeksi ve prematür doğum, asiste doğum ve komorbiditeler arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir (32). Biz de yaptığımız çalışma sonuçlarına göre Kacperczyk-Bartnik ve ark. yaptığı çalışmayı destekler sonuçlar bulduk. Gebe okuluna katılan ve eğitim alan gebelerin çoğu primipar gebelerdir.

Sayısal verilere göre gebe okuluna katılan 199 sayıdaki gebeden 104 (52.3%) tanesi primipar iken, kontrol grubundaki 199 gebenin 46 (23.1%) tanesi primipardir ($p=0,000$; $p<0,05$) ve anlamlı bir fark mevcuttur. Kacperczyk-Bartnik ve ark. yaptığı çalışmadan farklı bir sonuç elde ettiğimiz bir parametre maternal yaşlar olmuştur. Kacperczyk-Bartnik ve ark. yaptığı çalışmada maternal yaşlar arasında anlamlı bir fark izlenmezken bizim yaptığımız çalışmada gebe okuluna katılan gebeler ($28,46\pm5,10$) ile kontrol grubu ($27,37\pm5,89$) gebeleri arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$; $p<0,05$). Kacperczyk-Bartnik ve ark. yaptığı çalışmada karşılaştırılan iki grubun gestasyonel yaşları arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir. Bizim yaptığımız çalışmada gebe okuluna katılan gebeler ve kontrol grubu gebeleri doğum haftaları ve doğurdukları günler açısından değerlendirilmişler ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir. Gebe okuluna katılan gebeler 39 haftalık iken ($39,44\pm1,085$), kontrol grubundaki gebeler ise 39 haftalık iken ($39,32\pm1,16$) doğurmaktadır. İki grup arasında doğum haftası açısından ($p=0,185$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir. Gün olarak bakıldığında ise gebe okuluna katılan gebeler 276 günlük iken ($276,05\pm7,30$), kontrol grubundaki gebeler ise 275 ($275,36\pm7,86$) günlük iken doğurmaktadır. İki grup arasında doğumun gerçekleştiği gün açısından ($p=0,281$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir. Beden kitle indeksi ve asiste doğum bizim çalışmamızda bakılan parametreler olmadığından karşılaştırılamadı. Çalışmanın iyileştirilmesi için göz önüne alınabilir. Prematür doğum ve komorbiditeler bizim çalışmamızdaki dışlama kriterleri olduğundan değerlendirilememiştir.

O’Kelly ve ark. yaptıkları çalışmada hastanede doğum yapan gebelerin postnatal perineal iyileşme dönemlerinde aldıkları antenatal eğitimin etkili olup olmadığını karşılaştırmak istemişlerdir. Bunun için antenatal dönemde verilen postnatal bakım, hijyen ve antisepsi eğitimlerinin etkilerine bakılmak istenmiştir. Bu çalışmada Cochrane database’i kullanılmış ancak hiçbir makale meta-analize dahil edilememiştir. Dolayısı ile antenatal eğitimin perineal iyileşme dönemine etkisi değerlendirilememiştir (34). Bu çalışma pek çok merkezin verilerinin değerlendirileceği bir meta analiz olarak planlanmış ancak sonuç verememiştir. Bizim çalışmamızda bu çalışma ile paralellik kurmamızı sağlayan parametre postnatal

bakımın iyileşmeyi hızlandırıp hastanede kalış süresini kısaltmak olması olarak görülebilir. Bizim çalışmamızda hastanede kalış süresi gebe okuluna giden gebelerde $1,99\pm1,15$ gün, kontrol grubunda $1,62\pm0,76$ olarak hesaplanmıştır. İki grup arasındaki veriler istatistiksel olarak ($p=0,001$; $p<0,05$) anlamlı bulunmuştur. Buna göre gebe okuluna giden ve antenatal eğitim alan grup hastaneden daha uzun sürede taburcu olmuştur. Bizim çalışma grubumuzda bu sonucun değerlendirilmesinde birkaç faktör olabilir. Antenatal eğitim alan gebeler, doğum sancısını tanımakta daha bilgilidir ve hastaneye daha erken aşamada başvurmaktadır. Antenatal eğitim alan gebeler doğum sırasında analjezi talep edebileceklerini biliyor ve analjezi almak doğum sürecini yavaşlatmaktadır.

Pınar ve ark.'nın 132 primipar gebe üzerinde yaptığı çalışmada elde edilen verilerde vaka grubunun doğum konusunda daha düşük endişeye sahip olduğu bulunmuştur. Doğum konusunda daha yüksek düzeyde bilgi sahibi oldukları, gebelik ve postpartum dönemdeki adaptasyon sürecine daha hızlı uyum sağlandığı bulunmuştur. Doğum sancısı ve doğum sonrası emziremeye başlama konusunda elde edilen geri bildirimler vaka grubunda istatistiksel olarak daha pozitif bulunmuştur ($p<0,05$) (28). Pınar ve ark. yaptığı çalışmada vaka grubu gebelerinin bebeklerinin doğum kilosu $3,208\pm282$ gr, kontrol grubu gebelerinin bebeklerinin doğum kilosu $3,411\pm382$ gr bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmiştir ($p<0,05$). İki grubun Apgar skorları aynı izlenmiş (vaka grubu: $7,08\pm0,27$; kontrol grubu: $7,00\pm0,00$, dolayısı ile anlamlı bir fark izlenmemiştir ($p>0,05$), (28). Bizim yaptığımız çalışmada gebe okuluna katılan gebelerin bebeklerinin doğum kilosu $3401,81\pm405,146$ gr, kontrol grubu gebelerinin bebeklerinin doğum kilosu $3371,17\pm402,762$ gr bulunmuştur. Bizim çalışmamızda iki grup arasında doğum kiloları açısından anlamlı bir fark izlenmemiştir ($p=0,450$; $p>0,050$). Bu iki sonuç ele alındığında Pınar ve ark.'dan farklı bir veri elde etmemizde çalışma şemamızın farklı olması neden olmuş olabilir. Pınar ve ark.'ın çalışmasında sadece primipar gebeler ve vajinal doğum yapan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir. Sezaryen ile sonuçlanan doğumlar çalışma dışı bırakılmıştır. Pınar ve ark.'ın çalışmasında vaka grubu sayısı 37, kontrol grubu sayısı 35 gebe barındırmaktadır. Bizim çalışmamızda ise kontrol grubunda 199 ve vaka grubunda 199 gebe bulunmaktadır. Bu etkenler sonucun farklı bulunmasına neden olmuş olabilir. Bizim çalışmamızda gebe okulu eğitimi alan

gebelerin bebeklerinin ve kontrol grubu gebeleri bebeklerinin doğum sonrası 1. dk Apgar skorlarına bakıldığında gebe okulu grubunda $7,95 \pm 0,601$; kontrol grubunda $7,95 \pm 0,33$ bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,197$; $p>0,05$). Bu veri Pınar ve ark. çalışması ile paralel sonuç gösterir niteliktedir. Çalışmamızda aynı zamanda bebeklerde 5. dk'da Apgar skoru karşılaştırıldı. Bu karşılaştırmada gebe okulu grubunda $8,95 \pm 0,39$; kontrol grubunda $8,99 \pm 0,17$ bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,334$; $p>0,05$). Çalışmamızda iki grup arasında Apgar skorları arasında anlamlı fark bulunmamış olsa da bebeklerin 1. dk ve 5. dk Apgar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,034$; $p<0,05$). Hastanemizin “Anne Dostu” hastane olması, doğum sonrasında uygulanan ten tene temas, bebeğin hemen emzirilmesi gibi uygulamalar bebeği olumlu etkileyerek 5. dk Apgar Skorunun anlamlı olarak yüksek ölçülmesini sağlamış olabilir. Pınar ve ark. yaptığı çalışmada vaka grubundaki gebelerin doğum sonrasındaki dönemde taburculuk süreleri, kontrol grubu gebelerine göre daha hızlı olmuştur ancak; bu istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p=0,835$; $p>0,05$). Bizim çalışmamızda hastanede kalış süresi gebe okuluna giden gebelerde $1,99 \pm 1,15$ gün, kontrol grubunda $1,62 \pm 0,76$ olarak hesaplanmıştır. İki grup arasındaki veriler istatistiksel olarak ($p=0,001$; $p<0,05$) anlamlı bulunmuştur. Buna göre gebe okuluna giden ve antenatal eğitim alan grup hastaneden daha uzun sürede taburcu olmuştur. Bizim çalışma grubumuzda bu sonucun değerlendirilmesinde birkaç etken olabilir. Antenatal eğitim alan gebeler, doğumun başlangıç sürecini erken tanımakta daha bilgilidir ve hastaneye daha erken dönemde başvurmaktadır. Antenatal eğitim alan gebeler doğum sırasında analjezi talep edebilecekleri bilgisine sahiptir ve analjezi almak doğum sürecini yavaşlatmaktadır. Bu faktörler elde ettiğimiz sonucun farklı olmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda antenatal eğitim alan ve kontrol grubunda bulunan gebeler; hastaneye doğum için yatış yaptıklarında hemoglobın değerlerine bakıldı. Doğum sonrası ve taburculuk öncesi kontrol amaçlı alınan hemoglobın değerleri ile karşılaştırıldı. Antenatal eğitim alan gebelerin giriş hemoglobın değeri $11,88 \pm 1,4$ g/dL ve çıkış hemoglobın değeri ortalaması $11,1 \pm 1,55$ g/dL bulundu. Kontrol grubundaki gebelerin giriş hemoglobın değeri $11,83 \pm 1,04$ g/dL ve çıkış hemoglobın değeri

ortalama olarak $11,06 \pm 0,99$ g/dL bulundu. İki grubun hastaneye giriş ve çıkış hemoglobin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi ($p=0,783$; $p>0,05$). Antenatal eğitim sırasında anne adaylarına kendi kendine fundus masajı tekniği öğretilmektedir. Doğum sonrası yatakta kanama tespit edildiğinde kanama miktarı ne kadar ise kritik sınırdadır gibi önemli bilgiler verilmektedir. Bu eğitimler doğum sonrası istenmeyen kan kayıplarının önüne geçmiş olabilir (54, 55).



7. SONUÇ

Antenatal eğitim günümüzde dünyada ve ülkemizde yaygınlaşmıştır. Özellikle ilk defa annelik deneyimini yaşayacak olan anne adayları bu sürece hazırlanırken eşleri ve yakınları ile hazırlanabilecekleri, eğitim alabilecekleri, destek görecekları bu profesyonel yardımı talep etmektedirler. Ülkemizde de sağlık profesyonelleri ve yardımcı sağlık ekibi tarafından oluşturulan, Sağlık Bakanlığı'na bağlı pek çok gebe okulu açılmıştır. Gebe okuluna fiziksel olarak ulaşım sağlayamayan gebeler ve yakınları için de online gebe okulu hizmeti başlatılmıştır.

Gebe okulu annenin doğum süreci anksiyetesini yenmesini kolaylaştırmaktadır. Gebe okulu annenin postnatal döneme adaptasyonunu ve anne rolünü sahiplenmesini kolaylaştırmaktadır. Gebe okulu annenin bu süreçte yalnız olmadığı duygusunu aşılama ve öğretilen teknik bilgilerle hem anneye hem de yakınlarına yardımcı olmaktadır. Gebe okulu bebek bakımı konusunda özellikle primipar gebelere ve annelere yardımcı olmaktadır.

Çalışmamızda gebe okuluna başvuran gebelerin kayıt altında tutulmasının ve dökümanite edilmesinin önemini gözlemledik. Gebe okuluna katılan gebeler ve katılmayan gebeler arasında istatistiksel olarak doğum sonucu açısından bir fark gözlemlemedik ancak; antenatal eğitim alan gebeler doğum esnasında aldıkları eğitimden fayda gördüklerini ve nefes, egzersiz çalışmalarını doğumda kullandıklarını belirttiler.

Gebelere postnatal dönemde de adaptasyon süreci için ulaşım anket yaparak gebe okulunun verimliliği artırılabilir. Bu çalışma gebe okulunun geri bildirimi olarak da yapıp, annenin aldığı eğitim değerlendirilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Spiby, Henderson, Slade, Escott, & Fraser. (1999). Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 388–394.
2. Hofberg, K. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505–510.
3. Waldenstrom, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(6), 638–646.
4. Lee, L. Y. K., & Holroyd, E. (2009). Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. *International Nursing Review*, 56(3), 361–368.
5. Sağlık hizmetlerinde gebe bilgilendirme sınıfı, gebe okulu ve doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezlerinin çalışma usul ve esasları madde 3, c.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi.
7. Fabian, H. M., Radestad, I. J., & Waldenstrom, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436–443.
8. Türkiye Aile Sağlığı Planlaması Vakfı Gebelikte Bakım Rehberi, sayfa 4.
9. Yrd. Doç. Dr. Fatma Coşar Çetin, Gebe Okulu, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Aralık-Ocak-Şubat 2017- 2018 tarihli 45. sayıda, sayfa 38-39.
10. Serçekuş, P., & Mete, S. (2010). Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 999–1010.
11. Judith A. Lothian, PhD, RN, LCCE, FACCE, The Journal of Perinatal Education, 20(2), 118–120, doi: 10.1891/1058-1243.20.2.118.
12. Afshar, Y., Wang, E. T., Mei, J., Esakoff, T. F., Pisarska, M. D., & Gregory, K. D. (2016). Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery. *Birth*, 44(1), 29–34.
13. Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE, Healthy Birth Practice #1: Let Labor Begin on Its Own, The Journal of Perinatal Education, 23(4), 178–187.
14. Michele Ondeck, RN, MEd, LCCE, FACCE, Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor, The Journal of Perinatal Education, 28(2), 81–87.
15. Jeanne Green, MT, CD(DONA), LCCE, FACCE, Barbara A. Hotelling, WHNP-BC, CD(DONA), LCCE, IBCLC, Healthy Birth Practice #3: Bring a Loved One, Friend, or Doula for Continuous Support, The Journal of Perinatal Education, 23(4), 194–197.
16. . Judith A. Lothian, PhD, RN, LCCE, FACCE, Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary, The Journal of Perinatal Education, 23(4), 198–206.
17. . (Joyce T. DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE, Marilyn Curl, RNC, CNM, LCCE, FACCE) Healthy Birth Practice #5: Avoid Giving Birth on Your Back and Follow Your Body's Urge to Push, The Journal of Perinatal Education, 23(4), 207–210.

18. Jeannette T. Crenshaw, DNP, RN, NEA-BC, IBCLC, FAAN, LCCE, FACCE, Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together— It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding, *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211–214.
19. Gernot Hudelist, MD, Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: Role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 192, 875–81.
20. Mordecai, M. M., & Brull, S. J. (2005). Spinal anesthesia. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 18(5), 527–533.
21. Gomar, C., & Fernandez, C. (2000). Epidural analgesia-anaesthesia in obstetrics. *European Journal of Anaesthesiology*, 17(9), 542–558.
22. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, Doğum Sonrası Cinsel Yaşam ve Gebelikten Korunma Yöntemleri.
23. Spinelli, A., Baglio, G., Donati, S., Grandolfo, M. E., & Osborn, J. (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 13(2), 94–1017.
24. Fabian, H. M., Radestad, I. J., & Waldenstrom, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436–443.
25. Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, 16.
26. Jakubiec D, Jagielska K, Karmowski M, Kubicka K, Karmowski A, Sobiech KA. Effect of attending childbirth education classes on psychological distress in pregnant women measured by means of the General Health Questionnaire. *Adv Clin Exp Med*. 2014;23(6):953–7. <https://doi.org/10.17219/acem/37351>.
27. Mehdizadeh ARF, Kamali Z, Khoshgoo N. Evaluation of the effectiveness of antenatal preparation for child birth course on the health of the mother and the newborn. *Am J Perinatol*. 2005;22(1):7–9.
28. Pinar G, Avsar F, Aslantekin F. Evaluation of the impact of childbirth education classes in Turkey on adaptation to pregnancy process, concerns about birth, rate of vaginal birth, and adaptation to maternity: a case-control study. *Clin Nurs Res*. 2018;27(3):315–42. <https://doi.org/10.1177/1054773816682331>.
29. Cantone, D., Pelullo, C. P., Cancellieri, M., & Attenu, F. (2017). Can antenatal classes reduce the rate of cesarean section in southern Italy? *Women and Birth*, 30(2), e83–e88.
30. Campero L, Herná'ndez B, Osborne J, Morales S, Ludlow T, Muñoz C. Support from a prenatal instructor during childbirth is associated with reduced rates of cesarean section in a Mexican study. *Midwifery* 2004;20:312–23.
31. Bergstro'm M, Kieler H, Waldenstro'm U. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:794–800.
32. Kacperczyk-Bartnik, J., Bartnik, P., Symonides, A., Sroka-Ostrowska, N., Dobrowolska-Redo, A., & Romejko-Wolniewicz, E. (2019). Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(4), 492–496.

33. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, Gebelik ve Lohusalık Danışmanlık Atlası, 7-8.
34. O’Kelly, S. M., & Moore, Z. E. (2017). Antenatal maternal education for improving postnatal perineal healing for women who have birthed in a hospital setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd012258.pub2.
35. Aktan, N. M. (2012). Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: A secondary analysis. *Clinical Nursing Research*, 21, 183-194.
36. Chen, C. H., Wong, S. Y., & Chang, M. Y. (2001). Women’s perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. *Birth*, 28, 180-185.
37. Finnbogadottir, H., Svalenius, E. C., & Persson, E. K. (2003). Expectant first-time fathers’ experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19, 96-105.
38. Hemminki, E., Heikkila, K., Sevon, T., & Koponen, P. (2008). Special features of health services and register based trials—Experiences from a randomized trial of childbirth classes. *BMC Health Services Research*, 8, Article 126.
39. Cliff D, Deery R. Too much like school: social class, age, marital status and attendance/non-attendance at antenatal classes. *Midwifery* 1997; 13: 139–45
40. Redman S, Oak S, Booth P, Jensen J, Saxton A. Evaluation of an antenatal education programme: characteristics of attenders, changes in knowledge and satisfaction of participants. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1991; 31: 310–6.
41. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int* 2001; 16: 381–8.
42. Nolan ML. Antenatal education: failing to educate for parenthood. *Br J Midwifery* 1997; 5: 21–26.
43. Matthey S, Morgan M, Healey L, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Postpartum issues for expectant mothers and fathers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31: 428–35.
44. Bergstrom M, Kieler H, Waldenstrom U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG*. 2009;116(9):1167–76. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x>.
45. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women’s experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009;25(2):e49–59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>.
46. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1993;72(4):280–5.
47. Simkin P. Just another day in a woman’s life? Women’s long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*. 1991;18(4):203–10.
48. Kronborg H, Maimburg RD, Væth M. Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial. *Midwifery* 2012;28(6):784e90.
49. Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A. & Forslin, L. (1995) Women’s perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery*, 11, 130–137.
50. Koehn, M. (2008) Contemporary women’s perceptions of childbirth education. *Journal of Perinatal Education*, 17 (1), 11–18.

51. Stamler, L.L. (1998) The participants' views of childbirth education: is there congruency with an enablement framework for patient education? *Journal of Advanced Nursing*, 28, 939–947.
52. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(1):45.e1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.043>.
53. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1993;72(4):280–5.
54. Buckland, S. S., & Homer, C. S. E. (2007). Estimating blood loss after birth: Using simulated clinical examples. *Women and Birth*, 20(2), 85–88.
55. Al-Kadri, H. M., Dahlawi, H., Al Airan, M., Elsherif, E., Tawfeeq, N., Mokhele, Y., ... Tamim, H. M. (2014). Effect of education and clinical assessment on the accuracy of post partum blood loss estimation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). doi:10.1186/1471-2393-14-110.