T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

EV ZİYARETLERİ İLE YÜRÜTÜLEN GEBE İZLEMLERİNİN PERİNATAL SONUÇLARA ETKİSİ

AYÇA DEMİR YILDIRIM

DANIŞMAN
PROF. DR. NEVİN HOTUN ŞAHİN

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2022

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 23.02.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

Prof. Dr. Ergül ASLAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

Prof. Dr. Selda SEÇGİNLİ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

Prof. Dr.Nurdan DEMİRCİ
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Meltem DEMİRÖZ BAL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ayça Demir Yıldırım

İTHAF

Canım oğlum Barış Çınar'a ve anne adayı olan tüm gebelere ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimine başlayabilememe destek olan, doktora eğitim sürecim boyunca sevgiyle, sabırla ve güzel yüreğiyle yanımda olan, akademik bilgi birikimime ve bireysel gelişimime kendi bilimsel katkısı, emekleri ve kocaman yüreği ile tezime ışık tuttuğu gibi tüm hayatımda da idol bir akademisyen olan saygıdeğer hocam ve tez danışmanın Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin'e,

Tez çalışmam ve doktora eğitimim boyunca ilgi, destek ve katkılarıyla yanımda olan hocalarım Prof. Dr. Ergül Aslan ve Prof. Selda Seçginli'ye,

Doktora eğitimime başlarken iş yaşantısının ve akademik gelişimin bir arada olabileceği inancıyla beni destekleyen Kadıköy İlçe Sağlık Müdürü Dr. Neslihan Uyar'a,

Mesleki yaşantım boyunca akademik gelişimimi destekleyen omuz omuza çalıştığım meslektaşlarım Ebe Leyla Erdoğdu'ya, Ebe Ayşegül Çalışkan'a ve Kadıköy İlçe Sağlık Müdürlüğünde birlikte çalıştığım tüm dostlarıma,

Hem mesleki yaşamımda hem özel hayatımda hep yanımda olan, tüm engelleri birlikte aştığım, akademik çalışmalarda beni tamamlayan, özel yaşamımda sıcacık dost olan Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Yılmaz Esencan'a

Tüm hayatım boyunca benim yanımda olan, tüm zorluklarla başetmemi kolaylaştıran, her daim bana güvenen canım aileme,

Yaşama tutunmamı kolaylaştıran, tüm kalbimi dolduran, hayatın zor ve çetin yollarındaki engellerin aşılmasında bana destek olan hayat arkadaşım Kerem Eray Yıldırım'a ve canımın diğer bir parçası olan oğlum Barış Çınar Yıldırım'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Xİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... XİV
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ XV
ÖZET ..... XVİİ
ABSTRACT ..... XVİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 6
2.1. Kanıta Dayalı Ev Ziyareti Modelleri 6
2.1.1. Çocuk Ebeveyn Güçlendirme Projesi (Child Parent Enrichment Project -CPEP) 7
2.1.2. Erken Başlangıç-Ev Temelli Seçenek (Early Head Start–Home-Based Option-EHS-HBO) 8
2.1.3. Adölesan Anneler için Erken Müdahale Programı (Early Intervention Program for Adolescent Mothers-EIP) 9
2.1.4. Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı (Health Access Nurturing Development Services (HANDS) Program) 11
2.1.5. Annelik ve Erken Çocuklukta Sürdürülen Ev Ziyareti Programı (Maternal Early Childhood Sustained Home-Visiting Program-MECSH) 11
2.1.6. Anne Bebek Sağlığı Programı (Maternal Infant Health Program-MIHP) 12
2.1.7. Toplumda Anne Savunucuları (Mothers' Advocates in the Community-MOSAIC) 13
2.1.8. Bebek Sevgisi Annelere Sosyal Yardım Çalışanı Programı (North Carolina Baby Love Maternal Outreach Workers-MOW-Program) 14
2.1.9. Hemşire Aile Ortaklığı (Nurse-Family Partnership-NFP)® 15
2.1.10. Yenidoğan Hemşireleri (Nurses for Newborns®) 17
2.1.11. Toplum Temelli Aile Kaynakları ve Desteği Programı (Oklahoma's Community-Based Family Resource and Support-CBFRS-Program) 18

2.1.12. Ebeveyn-Çocuk Yardım Programı (Parent-Child Assistance Program-PCAP) 18
2.1.13. Erken Çocuklukta Ebeveyn Becerileri ve Bağlanma (Promoting Parental Skills and Enhancing Attachment in Early Childhood-CAPEDP-Trial) 19
2.1.14. Kaynak Anneleri Programı (Resource Mothers Program).....20
2.2. Ev Ziyaretinde Ebe ve Hemşirelerin Yetkinlikleri.....20
2.3. Türkiye'de Ev Ziyaretlerinde Güncel Durum 22
2.4. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri.....23
2.4.1. Geleneksel Doğum Öncesi Bakım Modeli.....23
2.4.2. Odaklanmış Doğum Öncesi Bakım Modeli 24
2.4.3. Temel Doğum Öncesi Bakım.....24
2.4.4. Hedefe Yönelik Doğum Öncesi Bakım 25
2.4.5. Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'nin (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) Doğum Öncesi Bakım Kılavuzu, 2017 26
2.4.6. Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü'nün (National Institute for Health and Care Excellence-NICE) Doğum Öncesi Bakım Kılavuzu, Ağustos 2021-Güncelleme 26
2.4.7. Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organisation) Doğum Öncesi Bakım Kılavuzu, 2015-2016 ve 2018-Güncelleme 27
2.4.8. Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Programı 28
2.5. Doğum Öncesi Bakım Eğitimleri- Doğuma Hazırlık Eğitimleri 30
2.5.1. Dünyada Doğum Öncesi Eğitimler 30
2.5.2. Türkiye'de Doğum Öncesi Eğitimler.....31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....33
3.1. Araştırmanın Tipi.....33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....33
3.3. Araştırmanın Amacı.....33
3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....33
3.5. Araştırmanın Evren-Örneklemi.....34
3.6. Araştırmanın Randomizasyonu.....35
3.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....36
3.8. Araştırma Dışlanma Kriterleri.....36
3.9. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....38

3.9.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2) 39
3.9.2. Gebe izlem Son Değerlendirme Formu (Ek-2.1) 39
3.9.3. Perinatal Bilgi Formu-Ön Test, Son Test (Ek-3) 39
3.9.4. Doğum Sonu Görüşme Formu (Ek-4) 40
3.9.5. Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği (Ek-5) 40
3.9.6. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (Ek-6) 40
3.9.7. Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlem Memnuniyet Formu (Ek-7) 41
3.9.8. Ev Ziyareti Gebe İzlem Formu (Ek-8) 41
3.10. Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlem Eğitim Kitapçığı (Ek-9) 41
3.11. Araştırma Verilerinin Toplanması 45
3.12. Araştırmanın Uygulama Basamakları 48
3.12.1. Girişim Grubu Uygulama Basamakları 48
3.12.2. Kontrol Grubu Uygulama Basamakları 51
3.13. Araştırmanın İzinleri 51
3.14. Klinik Araştırma Kaydı 51
3.15. Araştırmanın Sınırlılıkları 52
3.16. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri 52
3.17. Verilerin Değerlendirilmesi 52
4. BULGULAR 55
4.1. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerine Ait Bulgularının Karşılaştırılması 55
4.1.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere Ait Bulguların Karşılaştırılması 55
4.1.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Gebe İzleme İlişkin Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 55
4.2. Gebelerin Perinatal Bilgi Formu Ev Ziyareti Öncesi (Ön Test) ve Sonrasına (Son Test) Ait Bulguların Karşılaştırılması 55
4.2.1. Girişim Grubunun Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması 55
4.2.2. Kontrol Grubunun Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması 55
4.2.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması 55

4.2.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma Ait Özellikleri İle Perinatal Bilgi Formu Son Test Bulgularının Karşılaştırılması 55
4.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 55
4.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 55
4.5. Girişim ve Kontrol Gruplarının Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....55
4.5.1. Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği Puan Ortalaması ile Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Sosyo-Demografik Verilerinin Karşılaştırılması 55
4.5.2. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması ile Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Sosyo-Demografik Verilerinin Karşılaştırılması...55
4.6. Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Bulgular 55
4.6.1. Girişim Grubunun Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Görüşlerinin Özellikleri 56
4.6.2. Girişim Grubunun Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Memnuniyetlerinin Dağılımı.....56
4.1. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 56
4.1.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Ait Bulgularının Karşılaştırılması 56
4.1.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Gebe İzleme İlişkin Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 63
4.2. Gebelerin Perinatal Bilgi Formu Ev Ziyareti Öncesi (Ön Test) ve Sonrasına (Son Test) Ait Bulguların Karşılaştırılması.....74
4.2.1. Girişim Grubunun Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması 74
4.2.2. Kontrol grubunun Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması 80
4.2.3. Girişim ve Kontrol gruplarının Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması 86
4.2.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma Ait Özellikleri İle Perinatal Bilgi Formu Son Test Bulgularının Karşılaştırılması 89
4.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 92

4.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 100
4.5. Girişim ve Kontrol Gruplarının Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....106
4.5.1. Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği Puan Ortalaması ile Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Sosyo-Demografik ve Doğuma İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması 107
4.5.2. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması ile Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Sosyo-Demografik ve Doğuma İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması 113
4.6. Ev Ziyareti İle Yürütülen Gebe İzlemleri Hakkında Görüşlere Ait Bulgular...119
4.7. Girişim Grubunun Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemleri Hakkında Görüşlere Ait Bulgular.....119
4.7.1. Girişim Grubunun Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Memnuniyetlerinin Dağılımı.....121
5. TARTIŞMA 124
5.1.1. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerine Ait Bulguların Tartışılması.....124
5.1.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik ve Obstetrik Bulgularının Tartışılması.....124
5.1.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Gebe İzlem Özelliklerine Ait Bulgularının Tartışılması.....124
5.2. Gebelerin Perinatal Bilgi Formu'na Ait Bulgularının Tartışılması 124
5.2.1. Girişim ve Kontrol Gruplarının Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Tartışılması 124
5.2.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma Ait Özellikleri ile Perinatal Bilgi Formu Son Test Bulgularının Tartışılması 124
5.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma İlişkin Bulguların Tartışılması 124
5.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması.....125
5.5. Girişim ve Kontrol Gruplarının Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasına Ait Bulgularının Tartışılması125
5.6. Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması 125
5.6.1. Girişim Grubunun Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Memnuniyet Bulgularının Tartışılması.....125

5.1. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerine Ait Bulguların Tartışılması.....125
5.1.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik ve Obstetrik Bulgularının Tartışılması.....125
5.1.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Gebe İzlem Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması.....129
5.2. Gebelerin Perinatal Bilgi Formuna Ait Bulgularının Tartışılması.....132
5.2.1. Girişim ve Kontrol Gruplarının Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Tartışılması.....134
5.2.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma Ait Özellikleri İle Perinatal Bilgi Formu Son Test Bulgularının Tatışılması.....135
5.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma İlişkin Bulguların Tartışılması.....136
5.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması.....139
5.5. Girişim ve Kontrol Gruplarına Uygulanan Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ve Emzirme Özyeterliliği Ölçeği Puan Ortalamaları Bulgularının Tartışılması.....140
5.5.1. Girişim ve Kontrol Gruplarının Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puan Ortalama Bulgularının Tartışılması.....140
5.5.2. Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği Puan Ortalama Bulgularının Tartışılması.....141
5.6. Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....142
5.6.1. Girişim Grubunun Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Memnuniyet Bulgularının Tartışılması.....142
KAYNAKLAR.....148
FORMLAR.....172
ETİK KURUL KARARI.....213
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....216
ÖZGEÇMİŞ.....217

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: DSÖ Doğum Öncesi Bakım Modeli.....28
Tablo 3-1: Perinatal Bilgi Formu Güvenirlik Analizi Sonuçları.....40
Tablo 3-2: Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlem Eğitim Kitapçığı 42
Tablo 3-2: Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlem Eğitim Kitapçığı (Devam).....43
Tablo 3-3: Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlem Programı 48
Tablo 3-4: Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlemleri Programı.....50
Tablo 3-5: Verilerin Değerlendirmesinde Kullanılan İstatistiki Yöntemler 53
Tablo 3-6: Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Güvenirlik Analizi Sonuçları 53
Tablo 3-7: Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Normallik Analizi Sonuçları 54
Tablo 4-1: Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 57
Tablo 4-2: Girişim ve Kontrol Grubunun Fiziksel Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 59
Tablo 4-3: Girişim ve Kontrol Grubunun Yaşam Biçimi Alışkanlıklarına Ait Bulguların Karşılaştırılması 60
Tablo 4-4: Girişim ve Kontrol Grubunun Obstetrik Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 62
Tablo 4-5: Girişim ve Kontrol Grubunun Gebe İzlem Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 64
Tablo 4-6: Girişim ve Kontrol Gruplarının Aile Sağlığı Merkezinde Aldığı Doğum Öncesi Bakım Niteliğine Ait Bulguların Karşılaştırılması 68
Tablo 4-7: Girişim ve Kontrol Grubunun Tüm Gebelik İzlemlerinde Bakılan Parametrelerinin Dağılımı.....70
Tablo 4-8: Girişim Grubunun Gebe İzlem Değerlerinin Normallik Analizi Sonuçları 72
Tablo 4-9: Girişim Grubunun Perinatal Bilgi Formundaki İfadelerinin Dağılımı.....75
Tablo 4-10: Kontrol Grubunun Perinatal Bilgi Formundaki İfadelerinin Dağılımı....81
Tablo 4-11: Girişim ve Kontrol Gruplarının Perinatal Bilgi Formuna Ait Ön Test ve Son Test Bilgi Puanı Karşılaştırılması 87
Tablo 4-12:Katılımcıların Perinatal Bilgi Puanı ile Doğuma İlişkin Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 90
Tablo 4-13: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğum Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 93

Tablo 4-14: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğum Deneyimi Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 99

Tablo 4-15: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 101

Tablo 4-16: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğum Sonu Dönem Bebeğin Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması 104

Tablo 4-17: Girişim ve Kontrol Grubunun Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 106

Tablo 4-18: Girişim ve Kontrol Grubunun Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....106

Tablo 4-19: Girişim Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....108

Tablo 4-20: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğuma İlişkin Özellikleri ile Emzirme Özyeterlilik Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....112

Tablo 4-21: Girişim Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri ile Edinburgh Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....114

Tablo 4-22: Girişim ve Kontrol Grubunun İnnatal Döneme İlişkin Özellikleri ile Edinburgh Depresyon Ölçek Puanının Karşılaştırılması 118

Tablo 4-23: Girişim Grubunun Ev Ziyaretlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....120

Tablo 4-24: Girişim Grubunun Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Memnuniyetlerinin Dağılımı.....122

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Hedefe Yönelik Doğum Öncesi Bakımın İşleyişi 25
Şekil 3-1: G* Power 3.1.9.2 Program ile Örneklem Hesaplaması.....34
Şekil 3-2: Araştırmanın Örneklemi.....35
Şekil 3-3: Örneklemin Randomizasyonu 36
Şekil 3-4: Consort 2010 Akış Diyagramı (Schulz ve ark., 1995; Sunay ve ark., 2003) 37
Şekil 3-5: G*Power 3.1.9.2 Programı ile Araştırmanının Gücünün Hesaplanması....38
Şekil 3-6: : Ev ziyareti Çantası (Eğitim Malzemeleri).....44
Şekil 3-7: Ev ziyareti Çantası (Medikal Malzemeler) 44
Şekil 3-8: Covid-19 Pandemi Ev Ziyareti Hazırlık Listesi 45
Şekil 3-9: Araştırma Akış Şeması.....47

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)

ark.: Arkadaşları

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ATT: Acil Tıp Teknisyenliği

CAPEDP: Promoting Parental Skills and Enhancing Attachment in Early Childhood (Erken Çocuklukta Ebeveyn Becerileri ve Bağlanma)

CBFRS: Community-Based Family Resource and Support (Toplum Temelli Aile Kaynakaları ve Desteği)

CPEP: Child Parent Enrichment Project (Çocuk Ebeveyn Güçlendirme Projesi)

DDA: Düşük Doğum Ağırlığı

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistksel Kitabı)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EDDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EDT: Erken Doğum Tehtidi

EHS-HBO: Early Head Start–Home-Based Option (Erken İyi Başlangıç-Ev Temelli Seçenek)

EIP: Early Intervention Program for Adolescent Mothers (Adölesan Anneler için Erken Müdahale Programı)

FKA: Fetal Kalp Atımı

GA: Güven Aralığı

gr: Gram

HANDS: Health Access Nurturing Development Services (Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı)

HomVEE: Home Visiting Evidence of Efectiveness (Ev Ziyareti Kanıt Etkileri)

IUGG: Intra Uterin Gelişme Geriliği

KGİ: Kapsam Geçerlilik İndeksi

KGO: Kapsam Geçerlilik Oranı

MECSH: Maternal Early Childhood Sustained Home-Visiting Program (Annelik ve Erken Çocuklukta Sürdürülen Ev Ziyareti Programı)

MIHP: Maternal Infant Health Program (Anne Bebek Sağlığı Programı)

MOSAIC: Mothers' Advocates in the Community (Toplumda Anne Savunucuları)

MOW: Maternal Outreach Workers (Annelere Sosyal Yardım Çalışanları)

NFN: Nurses for Newborns (Yenidoğan Hemşireleri)

NFP: Nurse-Family Partnership (Hemşire Aile Ortaklığı)

NICE: National Institute for Health and Care Excellence Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)

NST: Non-Stres Test

P-CAP: Parent-Child Assistance Program (Ebeveyn-Çocuk Yardım Programı)

RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışmalar

TAP Vakfı: Türkiye Aile Planlaması Vakfı

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

USS: Ulusal Sağlık Sistemi

vb.: Ve başkası, ve başkaları, ve benzeri, ve benzerleri, ve bunun gibi

WHO: World Health Organization

ÖZET

Demir Yıldırım, A. (2022). Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerinin Perinatal Sonuçlara Etkisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları AD. Doktora Tezi. İstanbul.

Anahtar Kelimeler: Doğum Öncesi Bakım, Ev Ziyareti, Doğuma Hazırlık Eğitimi, Doğum, Doğum Sonu Dönem

Gebelikte bir program eşliğinde ev ziyareti, olası olumsuz doğum sonuçlarını önlemek için kapsamlı ve önemli bir stratejidir. Araştırmanın amacı, birinci basamakta yürütülen doğum öncesi bakımın ev ziyaretleri ile desteklenerek yürütülmesinin perinatal sonuçlara etkisini incelemektir. Temmuz 2020-Ocak 2022 tarihleri arasında randomize kontrollü ön test son test kontrollü deneysel bir araştırma olarak yürütüldü. Kadıköy bölgesinde aile sağlığı merkezlerinde kayıtlı ilk trimesterda olan 32 gebe girişim, 32 gebe kontrol grubu olmak üzere toplam 64 gebe ile başlanıp 56 gebe ile araştırma tamamlandı. Gebelerin ilk izlemi aile sağlığı merkezinde yapıldı ve sonraki izlemler ev ziyareti izlem programına göre sürdürüldü.

Araştırma verileri gebelerden Tanıtıcı Bilgi Formu, Perinatal Bilgi Formu, Doğum Sonu Görüşme Formu, Emzirme Öz Yeteriliği Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ile toplandı. Araştırma; girişim grubundaki gebelerin ev ziyareti ile yürütülen gebe izlem programından tam bir memnuniyet duymasını ve kontrol grubuna göre nitelikli bir doğum öncesi bakım almasını sağladı. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlem programı ile girişim grubunun Perinatal Bilgi Formu puanları anlamlı olarak yükseldi. Girişim grubunda Perinatal Bilgi Formu puanı arttıkça gebelerin vajinal doğum planlama oranları anlamlı olarak arttı. Ancak girişim grubu ile kontrol grubu arasında vajinal doğum yapma oranları açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Ev ziyareti ile girişim grubundaki kadınların ilk emzirme ve sonraki emzirme süreleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yükseldi. Sonuç olarak ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri, gebelerin perinatal döneme özgü bilgi durumlarının, vajinal doğum yapma isteklerinin, ilk emzirme ve sonraki emzirme sürelerinin artmasında etkili bir model olduğu belirlendi.

ABSTRACT

Demir Yıldırım, A. (2022). Effects of The Pregnant Follow-Up Conducted With Home Visits on The Perinatal Outcomes. Istanbul University Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Obstetric and Gynecologic Nursing. Doctoral Thesis. Istanbul

Key Words: Antenatal Care, Home Visits, Childbirth Education, Birth, Postpartum Period

Home visits with a program during pregnancy is a comprehensive and important strategy to prevent possible adverse birth outcomes. The aim of the study is to examine the effects of prenatal care in primary care, supported by home visits, on perinatal outcomes. Between July 2020 and January 2022, a randomized controlled pre-test post-test controlled experimental study was conducted. In the Kadıköy region, the study was started with a total of 64 pregnants, 32 of whom were in the first tremester registered in family health centers, and 32 of them were in the control group, and the research was completed with 56 pregnants. The first follow-up of the pregnants was done in the family health center and the following follow-ups were continued according to the home visit follow-up program.

Research data were collected with the Introductory Information Form, Perinatal Information Form, Postpartum Interview Form, Breastfeeding Self-Efficacy Scale and Edinburg Postnatal Depression Scale of the pregnant women. Research; ensured that the pregnant women in the intervention group were fully satisfied with the pregnant follow-up program carried out with home visits and received a qualified prenatal care compared to the control group. Perinatal Information Form knowledge scores of the intervention group increased significantly with the pregnant follow-up program carried out with home visits. As the perinatal knowledge score increased in the intervention group, the rates of vaginal birth planning of pregnant women increased significantly. However, no significant difference was found between the intervention group and the control group for normal vaginal delivery rates. With the home visits, the first breastfeeding and subsequent breastfeeding times of the women in the intervention group increased significantly compared to the control group. As a result, it was determined that the follow-up of pregnant women with home visits was an effective model in increasing the knowledge status of pregnant women for the perinatal period, their desire to have a vaginal delivery, and the duration of first breastfeeding and subsequent breastfeeding.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelikte programlı ev ziyareti uygulaması, oluşabilecek olumsuz doğum sonuçlarını önlemek için kapsamlı ve önemli stratejik bir adımdır. Literatürdeki çalışmalar ev ziyaretleri ile bire bir sağlık personeli tarafından verilen bakımın, psikososyal destek sağlama, sosyal hizmet ve beslenme desteği ile sağlıklı doğum öncesi davranışları teşvik edebileceğini ileri sürmektedir (Olds ve ark., 2014).

Standart doğum öncesi bakım (DÖB) yerine programlı ev ziyareti ile yürütülen DÖB programları fark yaratma potansiyeline sahiptir. Yapılan ev ziyaretlerinin etkili olabilmesi için ev ziyaretçileri sadece kadınlara belirli davranışların riskleri ve değerleri hakkında bilgi vermekle kalmamalı, aynı zamanda davranış değişikliği için bireyselleştirilmiş stratejiler geliştirmelerine yardımcı da olmalıdır (Honda ve ark., 2021; Olds ve Kitzman, 1993; Zinsser ve ark., 2020).

Evde bakım kavramı; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakımının sürekli ve etkili biçimde sürdürülmesi amacını güden, bireye ve aileye yaşadığı ortamda sunulan sağlık bakım hizmetleri yaklaşımıdır (Babyeva ve Kim, 2018). Evde bakım geçmişte tedaviye (hospitalizasyona) gerek duyulan birçok önemli sağlık sorununa yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanması olarak algılanmıştır. Sağlık hizmetlerinin 224 sayılı Sağlığın Sosyalizasyonu Yasası (Sağlık Bakanlığı, 1961) çıkmadan önceki yıllarda ev ziyaretleri daha çok evde hasta muayenesi ve bulaşıcı hastalıklarda alınacak önlemleri kapsamıştır. Ancak 1960'lı yıllarda sağlığın sosyalizasyonu ile birlikte koruyucu sağlık hizmeti günlük yaşamın bir parçası haline gelmiş, gebe kadınlar, bebekler, okul öncesi çocuklar ve yaşlılar gibi sağlıklı ancak risk altındaki gruplara verilen sağlığı koruyucu ve geliştirici bakım yeni bir boyut kazanmıştır.

Doksanlı yıllarda doğum öncesi gebe izlemlerinde ev ziyaretinin önemi birçok çalışma ile ortaya konulmuştur. Günümüzde de yaşama sağlıklı bir başlangıç ve gebelere ulaşmada daha umut verici bir model olduğu için ev ziyaretleri literatürdeki çalışmalarla desteklenmektedir (Brookes ve ark., 2006; Filene, 2013; Stamuli ve ark., 2015; WHO, 2014). Bir Cochrane çalışması, kadınların katı randevu sisteminden ziyade esnek ev

ziyaretlerini daha çok tercih ettiğini orta dereceli kanıt olarak yayınlamıştır (Downe ve ark., 2019).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre doğum öncesi bakımda dört ve üzeri bakım alma oranı 2013 yılına kadar belli bir ivme ile yükselirken, 2013-2018 yılları arasında söz konusu oranda belirgin bir değişim olmamıştır. Ülkemizde toplam doğurganlık hızı 2,3 olmakla birlikte bölgelere göre değişim göstermektedir. Adölesan evlenme yaşı %15, adölesan anne olma oranı ise %4'tür. Kadınların doğum şekilleri ise %54 oranında sezaryen doğum ile sonuçlanmaktadır. Kadınların %29'u kilolu ve %30'u obezdir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) verilerine göre kadınların sigara içme oranları %13,1'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2014). Ülkemizde gebe kadınlarda sigara içme durumlarını yansıtacak sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu konuda yapılan bir çalışmada gebelik öncesi sigara içen kadınların gebelikte sigara içme oranı %37 olarak bildirilmiştir (Kanat ve ark., 2020). Kadın sağlığı ve üreme sağlığı verilerine bakıldığında ülkemizin sürdürebilir kalkınma göstergelerinden "maternal mortalite" ve "sağlıklı ve kaliteli yaşam" hedeflerini hayata geçirecek olan koruyucu sağlık hizmetleri sunumu için yeni modellere ihtiyaç bulunmaktadır. Maternal mortalite oranını düşürmek ve gebelikte sağlıklı, kaliteli yaşam için ise doğum öncesi bakım önemli bir anahtardır. Ülkemizde yürütülen doğum öncesi bakım en az dört izlem şeklindedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). Güncel doğum öncesi bakım rehberleri ise gebeler ile daha fazla temas önermektedir. Yürütülen doğum öncesi bakım sonuçlarının takip edilmesi, yükseltilmesi için modellere ihtiyaç bulunmaktadır. Ülkemiz için ise Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu 'Doğum Öncesi Bakım Rehberi'nin birinci basamak izlemleri için ülkemiz verileri ve kültürüne uygun tasarlanmış bir model eşliğinde sunulmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Günümüzde ev ziyaretlerinin rutin doğum öncesi hizmetlerinin kullanımını geliştirdiğine dair güçlü bir kanıt yoktur, bu konuda kanıt temelli araştırmalara gereksinim vardır.

Dünyada farklı alanlara yönelik hizmet sunan 50 farklı ev ziyareti modeli bulunmaktadır. Ana hedefleri; anne, çocuk sağlığı ve ebeveynlerin yaşamlarının sağlıklı şekillenmesinde ortak rol oynamaktır. Bu modellerin çoğu kanıta dayalı olarak hizmet yürütmektedir. İçlerinde maternal sonuçları olan 14 model bulunmaktadır. Modellerden

bazılarının maternal sonuca etkileri çok iyi düzeylerde iken bazılarının daha düşük olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (HomVEE, 2019). Her model kendi içinde de izlem süresi ve hizmeti yürüten kişiler olarak farklılık göstermektedir. Bazı ev ziyareti modelleri gebelik ile başlayıp yenidoğan iki yaşına gelene kadar sürmekte iken bazıları da daha kısa süreli olabilmektedir. Bazı modeller hemşireler tarafından yürütülmekte, bazı modeller hemşire süpervizörlüğünde paraprofesyonel (eğitim, sağlık, mühendislik ve hukuk gibi çeşitli meslek dallarında profesyonellere yardımcı olmak üzere eğitilmiş, ancak profesyonel lisansa sahip olmayan kişilere verilen bir iş unvanıdır) ve nonprofesyonel (doğum yapmış ve emzirmiş mentör anneler) kişilerce yürütülmektedir. Diğer modellerde de sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, çocuk ruh sağlığı uzman yardımcıları ve/veya bu alanda paraprofesyoneller yürütücüdür (HomVEE, 2019).

Ev ziyareti modelleri birçok çalışma ile araştırılmaya devam etmekle birlikte yürütülen araştırma sonuçları farklılıklar gösterebilmektedir. Lee ve ark'nın yürüttüğü randomize kontrollü araştırmada 30 haftalık gebe kadınlara yapılan ev ziyareti müdahalesinin (Siyah ve İspanyol: 65%; 18 yaş altı: 24,6%) erken doğum tehdidi (EDT)'ni önlemek için etkili olduğu gösterilmiştir (5,1% karşı 9,8%; p=0,022). Randomize kontrollü araştırmalardan bazıları ise ev ziyareti müdahalesinin EDT insidansını azaltmada önemli bir etkisi olmadığını göstermektedir (Ichikawa ve ark., 2015; E. Lee ve ark., 2009; McLaughlin ve ark., 1992). Literatürdeki bu farklılıkların yürütülen programların ev ziyaretçi çeşitliliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ev ziyaretçileri tek bir meslek olarak yürütüldüğünde sonuçlar daha ortak olabilmektedir. Örneğin hemşire ve ebeler tarafından ziyaret edilen modeller ile yürütülen araştırmalarda kendiliğinden doğum oranları, vajinal doğumlar yüksek iken epidural anestezi oranları daha düşük bulunmaktadır (Olds ve ark., 2004). Bu sebeplerden ötürü de ev ziyaret programlarının doğasını tam olarak anlamak için, ziyaretçinin mesleği, ziyaretlerin içeriği ve ziyaretçinin aile ile etkileşimi ve niteliği dahil olmak üzere diğer yönleri de incelenmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anne ve bebek ölümünün azalması için 1987 yılında güvenli annelik programını geliştirmiştir. Güvenli annelik anne ve çocuk sağlığının en üst düzeye çıkarılması programıdır (Sağlık Bakanlığı, 2009). Bu da ancak doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın en üst düzeyde verilmesi ile mümkün olabilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bakımın öncelikli ve özellikli bir yeri vardır.

Özellikle doğum öncesi ve doğum sonrası izlemlerinin birinci basamakta izlenmesi, gebe, lohusa ve yenidoğan sağlığı, bağışıklama, eğitim ve danışmanlıkların verilmesi, riskin erken dönemde tespit edilmesi gibi koruyucu hizmetlere erişimi arttırır ve istenmeyen sonuçların da azalmasını sağlar (Karakaya ve Coşkun, 2013).

Doğum öncesi bakıma ve ev ziyaret modellerine yol gösterecek uluslararası rehberler vardır. Bunlara örnek olarak; The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) gebelik rehberleri, World Health Organization (WHO) rehberleri öncelikli olarak yararlanılan kaynaklar arasında yer almaktadır (Baysoy ve Özkan, 2012).

Ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde bugünün sağlık anlayışı halen hastalıkların tedavisi ve hasta bakımı üzerinde yoğunlaşmaktadır. Oysa birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler ve ebeler koruyucu sağlık bakımı ile sağlıklı birey ve sağlıklı aile, birey aile işlevselliğini geliştirmek için önemli adımlar atmışlardır (Aktaş, 2012). Ev ziyaretlerinin süresi, sıklığı ve yoğunluğu kanıta dayalı birçok sonucu ortaya çıkarmaktadır. Özellikle yaşam tarzı ile ilgili gelişen riskleri ve erken doğum risklerini azalttığı sonuçlar arasındadır (Goyal, ve ark., 2013). Doğum öncesi dönemde yapılan ev ziyaretleri gebe kadınların ve ailelerinin kendi yaşam alanları içerisinde bir bütün olarak değerlendirilmesine imkan sağlayan sürekli ve geniş kapsamlı sağlık bakımının bir parçası olarak görülmektedir (Dağlar ve ark., 2015). Ülkemizde gebelere yönelik ev ziyaretleri ilk olarak 1960 yıllarda Sağlığın Sosyalizasyon Yasası ile sağlık ocakları tarafından yürütülmeye başlanmış ve özellikle gebelerin tespiti yapılan ev ziyaretleri ile sağlanmıştır. Aile Hekimliği sistemine 2010 yılında tüm ülkede geçiş yapılmış ve sağlıkta dönüşüm yasası ile yeni bir sisteme geçilmiştir. Aile Hekimliği yönetmeliğinde ev ziyaretleri tanımlanmakla birlikte uygulamada eksiklikler görülmektedir (Durusoy ve ark., 2011).

Doğum öncesi bakımda ev ziyaretleri yöntemi sağlık bakım sunucuları (hemşireler, ebeler) tarafından kadınlara kendi evlerinde sunulduğunda maternal ve neonatal olumlu sonuçlar alınmaktadır (Olds ve Kitzman, 1993). Ülkemiz kadınlarına en iyi şekilde ve eşit hizmeti önceleyen koruyucu sağlık hizmetleri verilmelidir. Bunun için, kadınların gebelik süreçlerini daha sağlıklı geçirdiği, aldığı hizmetten daha memnun olduğu, doğumun fizyolojisi bozulmadan vajinal doğum yaptığı, doğum sonrası hem

kendi bakımı hem de bebek bakımındaki bilgilerinin tam olduğu ve emzirme sürecinin öz yeterliliklerini sağladığı maliyet etkin bir modele ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu araştırma ile birinci basamakta yürütülen doğum öncesi bakım sürecinin yeni bir model olarak programlı ev ziyaretleri ile desteklenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmada kullanılan ev ziyareti ile desteklenen gebe izlemi modeli ile kadınların hizmet alımından memnuniyetinin artması, nitelikli bir doğum öncesi bakım alması ve bunun sonucunda da gebelik risklerinin azaltılması hedeflenmektedir. Bunlara ek olarak, kadınların, gebelik ve doğum, doğum sonrası dönemler hakkında eğitim alması, vajinal doğuma hazırlanması, doğum sonrası annenin emzirme konusunda öz yeterliliklerinin artması ve doğum sonrası depresyon belirtilerinin düşürülmesi hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Ev ziyareti uygulamaları 1800'lerin sonlarına dayanan bir geçmişe sahiptir. Bu ziyaretler hemşireler tarafında yürütülmüştür. Hemşire ev ziyareti, dezavantajlı ailelere yönelik önleme ve erken müdahaleye odaklanarak sağlıkta eşitliği teşvik etmek için tasarlanmış bir ebeveyn beceri geliştirme stratejisidir. Sürekli Evde Bakım Ziyareti programları, hemşireler veya ebeler tarafından genellikle en az iki yıl olmak üzere uzun bir süre boyunca verilir. Bu tür programların teorik temelleri tipik olarak insan ekolojisi, öz yeterliliği ve insan bağlılığı konularını içermektedir. Sürekli Evde Bakım Ziyareti programlarının olağan hizmetlere göre etkileri, 1970'lerden beri çeşitli ülkelerde ve sağlık sistemi bağlamlarında randomize kontrollü çalışmalarla (RKÇ) test edilmiştir. Bu araştırmaların yapıldığı Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (Olds, 2008), Birleşik Krallık (Robling ve ark., 2016), Avustralya (Goldfeld ve ark., 2017, 2018, 2019; Kemp ve ark., 2013), Almanya (Jungmann ve ark., 2015) ve Hollanda (Mejdoubi ve ark., 2015) gibi ülkelerde yapılmış çalışmalarda çeşitli maternal sonuçlar üzerinde olumlu etkiler olduğunu bildirmektedir (Beatson ve ark., 2021).

2.1. Kanıta Dayalı Ev Ziyareti Modelleri

Ev ziyareti hizmet modeli çok uzun bir geçmişe sahiptir. Yirminci yüzyılın başlangıcında yardım kuruluşları aracılığı ile yürütülen ev ziyaretleri 1930'lardan itibaren klinikler, kurumlar veya ajanslar tarafından yürütülmeye başlamıştır. Halk Sağlığı kurumları üzerinden yapılan ev ziyaretleri halk sağlığı hemşireleri tarafından üstlenilmiştir (Rector, 2002). Hemşire ev ziyaretçi programı, titizlikle değerlendirilen bir ev ziyaret programıdır. Bu program sağlık kuruluşu veya yerel yönetimler tarafından desteklenmektedir. Hemşire ev ziyareti girişimi kanıt düzeyinde sonuçlara bakılan araştırmalar ile devamlılığını sağlamaktadır. Bu araştırmalarla, halk sağlığı hemşiresinin yürüttüğü ev ziyareti hizmetleri sayesinde hem adölesan gebeliklerin getirdiği yüksek risklerin azalmasına, hem de çocukların sağlıklı gelişmesi ve kötü muamele görme risklerinin azalmasına katkı sağlamaktadır. Genç annelere ebeveynlik konusunda eğitimler verilerek annenin, yenidoğan ve çocuğun sağlığı ve böylelikle de ailenin sağlığında olumlu sonuçlara katkı sağlanabileceği gösterilmektedir (Rector, 2002).

Dünyada farklı alanlara yönelik kanıta dayalı hizmet sunmakta olan 50 farklı ev ziyareti modeli bulunmaktadır. Bu modeller içinde maternal sonuçları olan 14 model

bulunmaktadır. Bu modellerin bazıları maternal sonuca etkileri çok iyi düzeylerde iken bazılarının daha düşük olduğu araştırmalarla gösterilmiştir (Fernandes-Alcantara, 2016; HomVEE, 2019). Yürütülen ev ziyareti modelleri kendi içinde izlem süresi ve hizmeti yürüten kişiler açısından farklılıklar göstermektedir. Bunların bir kısmı gebelik ile başlayıp yenidoğan iki yaşına gelene kadar sürmekte iken bazı ev ziyaretleri daha kısa süreli olabilmektedir.

Ev ziyareti modellerinin neredeyse çoğu hemşireler tarafından yürütülmektedir. Fakat bazı modeller hemşire süpervizörlüğünde paraprofesyoneller (eğitim, sağlık, mühendislik ve hukuk gibi çeşitli meslek dallarında profesyonellere yardımcı olmak üzere eğitilmiş, ancak profesyonel lisansa sahip olmayan kişiler) ve nonprofesyoneller (doğum yapmış ve emzirmiş mentör anneler) ile yürütüldüğü görülmektedir (HomVEE, 2019). Bu modeller kısaca aşağıda özetlenmiştir.

2.1.1. Çocuk Ebeveyn Güçlendirme Projesi (Child Parent Enrichment Project - CPEP)

Çocuk Ebeveyn Güçlendirme Projesi, Kaliforniya Üniversitesinde Richard Barth tarafından pilot program olarak çocuk istismarını önleme amaçlı geliştirilmiştir. Bu program sağlıklı ebeveyn ve çocuk ilişkisini sağlamak için gebelik döneminden itibaren sorunları belirleme ve çözme becerisi geliştirmektedir. Aynı zamanda ebeveynlerin bebek bakımının zorluklarını yönetmesine yardımcı olmaktadır. Programın hedef kitlesi çocuk istismarı riski taşıyan gebe kadınlardır. Program ziyaretçileri halk sağlığı ve sosyal hizmet uzmanları tarafından yetiştirilen paraprofesyonel ebeveynlerden oluşmaktadır. Gebeler, izlem sırasında dokuz maddelik bir kontrol listesinde iki veya daha fazla risk faktörü belirlenmiş ise, Çocuk Ebeveyn Güçlendirme Projesi programına yönlendirilmektedirler (Barth, 1991).

Çocuk Ebeveyn Güçlendirme Projesi ev ziyaretçileri tarafından gebelere altı aylık süre içinde ayda iki kez olmak üzere ev ziyareti yapılan bir programdır (HomVEE, 2012). Programın anne sağlığı açısından sonuçlarını izleyen bir randomize kontrollü çalışmada gebelerin doğum için hastaneye yatış süresinde müdahale grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark yarattığı gösterilmektedir. Bunun yanında doğum nedeniyle kaygı ve endişelere, beslenme durumuna, doğum öncesi bakıma ve gebelik sorunlarına etkisi bulunmadığı gösterilmiştir (Barth, 1991; Bennett ve ark., 2007). Son yıllarda yapılan bir

maliyet analizinde ise programın anne sağlığı kısmında özellikle anksiyete ve depresyon sorunlarında maliyet etkin bir model olduğu bulunmuştur (Washington State Institute for Public Polic, 2019).

2.1.2. Erken Başlangıç-Ev Temelli Seçenek (Early Head Start–Home-Based Option-EHS-HBO)

Erken Başlangıç-Ev Temelli Seçenek, aileleri güçlendirmek ve özellikle bebeklerin ve küçük çocukların gelişimini artırmayı amaçlayan kapsamlı bir girişimdir. Erken Başlangıç, ekonomik açıdan dezavantajlı gebe kadınlara ve dezavantajlı ailelere çocukları anaokuluna başlayana kadar hizmet sunmaktadır. Programın odak noktası hem ebeveynler hem de çocuklardır. Ev tabanlı hizmet, eğitimli personel tarafından haftalık ev ziyaretleri şeklinde yürütülmektedir. Programın amacı, ebeveynlik becerilerini besleyerek evde öğrenme ortamını geliştirmek ve çocukların büyümesini ve gelişimini sağlıklı bir şekilde desteklemektir (Walsh ve ark., 2020). Erken Başlangıç Programının bilimsel dayanağı; çocuğun bilişsel, davranışsal ve fiziksel gelişminin iyi olabilmesi için doğum öncesi dönemden itibaren ebeveynlerle çalışmak gerektiğidir (Kisker ve ark., 1999; Tarullo ve ark., 1999).

Erken Başlangıç Programı, doğum öncesi eğitim ve doğum öncesi bakım yönlendirmelerini kapsamaktadır. Ev ziyaretleri program paketinde ek olarak iki paket doğuma hazırlık sınıfları bulunmaktadır. Doğum öncesi bakımda cinsel sağlık, beslenme gibi konular yer almaktadır. Doğuma hazırlık ve ev ziyareti hizmetleri hemşireler tarafından verilmektedir. Erken Başlangıç-Ev Temelli Seçenek için hedef grubu düşük gelirli gebe kadınlar ve doğumdan sonra üç yaşına kadar çocuğu olan ailelerdir. Erken Başlangıç-Ev Temelli Seçenek, gebe kadınlar için doğum öncesi sağlıklı sonuçları elde etmeyi, küçük yaştaki çocukların gelişimini arttırmayı ve sağlıklı aile işlevlerini geliştirmeyi amaçlamaktadır (Walsh ve ark., 2020).

Erken Başlangıç Programı babaları dahil etmek için de özel çaba harcayan bir modeldir. Yürütülen tüm ev ziyaretlerine babalar da davet edilerek ebeveyn rollerini benimsemelerine katkı sağlamaktadır (Kisker ve ark., 1999). Erken Başlangıç Programı; ebeveynliğe hazırlık ve sağlıklı davranış geliştirmeye odaklıdır (Lindsay Asawa ve Dissertation, 2008).

Erken Başlangıç ev ziyareti programı uygulamalarının sonuçlarını değerlendirmek için yapılan araştırmalarda, anne sağlığı ve ebeveynlik konularında olumlu sonuçların olduğu az da olsa kanıtlarla gösterilmektedir (Green ve ark., 2020). Yapılan çalışmalarda bu program müdahalesi ile özellikle genç anneler kendi kendine yetebilme özellikleri kazandırmaktadır (Kisker ve ark., 1999). Başka bir çalışmada ise (toplam 1 514 kişi) Erken Iyi Başlangıç ev ziyareti programına dahil olan ailelerin programa katılmadan önce düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma oranı %10 iken programa dahil olduktan sonra %4 oranında düşük doğum ağrlıklı bebek sahibi olduğu bulunmuştur (Kisker ve ark., 1999). Yine bir çalışmada programa dahil olan annelerin gebelik sıklıklarının daha düşük (%22,9) iken kontrol grubunun daha çok (%27,1) olduğu görülmektedir (Love ve ark., 2002). Erken Başlangıç Programı yöntemi ile ev ziyaretinin ebeveyn stresi ve başa çıkma ve sosyal desteğe ihtiyaç durumlarını inceleyen bir araştırmada programa dahil olan ebeveynler daha az stresli çıkmış ve ebeveyn olarak başa çıkma ise zaman içinde olumlu bir sonuç vermiştir (Mckelvey ark., 2015).

Ev ziyareti programları açısından tek bir yaklaşım olmasa da, Aile Yaşam Eğitimi ile sunulan metodoloji, içerik ve eğitim, Erken Başlangıç-Ev Temelli Seçeneği güçlendirme potansiyeline sahiptir. Aile Yaşam Eğitimi, çocuk, ebeveyn ve aile refahını teşvik etmek için temel olarak önleme, eğitim ve işbirliğini vurgular. Aile Yaşamı Eğitimcisi sertifikasına sahip profesyoneller, çocuk gelişimi, ebeveynlik, aile ilişkileri ve ailelerle güçlü yönlere dayalı bir yaklaşımın nasıl kullanılacağı konusunda ileri düzeyde bilgiye sahiptir (Walsh ve ark., 2020).

2.1.3. Adölesan Anneler için Erken Müdahale Programı (Early Intervention Program for Adolescent Mothers-EIP)

15-19 yaş arasında gebe kalan kadınlar adölesan anne olarak tanımlanmaktadır (Aracena ve ark., 2009). Dünyada bir çok ülkede adölesan anne oranı azalsa da her yıl 12 milyon adölesan gebe kalmakta ve bunların 777 bini doğum yapmaktadır. 15-19 yaş arasındaki kadınlardan her yıl 10 milyonu istenmeyen gebeliğe maruz kalmaktadır (WHO, 2020). Adölesan anneler yüksek medikal sorunlar, psikolojik ve sosyal sorunları barındırmaktadırlar (Cappleman ve ark., 1982).

Adölesan Anneler için Erken Müdahale Programı, genç annelerin öz yönetim becerileri, stres ve depresyon ile başa çıkma tekniklerini öğrenerek aile, akranlar ve sosyal

kurumlarla etkili iletişim kurma becerileri sağlamak için tasarlanmıştır. Aynı zamanda adölesan annelerin sosyal yeterlilik kazanması ve hedeflerine ulaşmasına yardımcı olmaktadır. Adölesan Anneler için Erken Müdahale Programı amaçlaçları; a) Gebelik sırasında ve sonrasında anne sağlığı davranışlarını iyileştirmek, b) Doğum sonuçlarını ve anne ve bebek sağlığını iyileştirmek, anne bakım becerilerini geliştirmek, c) Sık gebelik tekrarını engellemektir (Koniak-Griffin ve ark., 2003). Adölesan Anneler için Erken Müdahale Programına ilçe sağlık departmanına veya hemşirelik bakımı için başka bir sağlık hizmetleri kurumuna sevk edilmiş olan veya yetersiz hizmve arkan azınlık gruplarından gebe adölesanlar dahil edilmektedir. Hedef grubu 14 ila 19 yaşları arasında ve 26. veya daha az gebelik haftasında olan, ilk gebeliği olan, ve bebeği doğurmayı planlayan adölesan gebelerden oluşmaktadır. Adölesan Anneler için Erken Müdahale Programında görevli ev ziyaretçi hemşireler, ilçe sağlık departmanında ortalama beş yıllık deneyime, hemşirelik lisans derecesine ve California eyaletinden bir halk sağlığı hemşireliği sertifikasına sahip olması gerekmektedir (Koniak-Griffin ve ark., 1999, 2000, 2002, 2003).

Adölesan Anneler için Erken Müdahale Programı sağlık, cinsellik ve aile planlaması, annelik rolü, yaşam becerileri ve sosyal destek olmak üzere beş ana alanda bakım odaklı yürütülen bir programdır (Koniak-Griffin ve ark., 2003). Adölesan Anneler için Erken Müdahale Programı, maksimum 17 ev ziyareti içerecek şekilde tasarlanmıştır: iki doğum öncesi ve 15 doğum sonrası (her biri 1,5 ila 2 saat) olacak şekildedir. Ancak, ziyaretlerin sayısı annenin uygunluğuna bağlı olarak aileler arasında farklılık göstermektedir (Koniak-Griffin ve ark., 2003).

Adölesan Anneler için Erken Müdahale Programı kapsamında adölesan annelerin perinatal sonuçlarının olumlu olduğu, erken doğum oranının çok düşük olduğu ve düşük doğum ağırlığı sonuçlarının azaldığı görülmektedir. Annelerin çoğu vajinal doğum gerçekleştirmektedir (Koniak-Griffin ve ark., 2000). Benzer programlarda yapılan çalışmalarda adölesan annelerin olumlu doğum deneyimleri yaşadıkları da görülmektedir (Thompson ve ark., 1982). Adölesan anne olmanın getirdiği yüksek risklerin elimine edildiği ya da bu risklerin düşürüldüğü görülmektedir (Cappleman ve ark., 1982).

2.1.4. Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı (Health Access Nurturing Development Services (HANDS) Program)

Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı, 2000 yılında başlayan ev ziyaret programıdır. Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı, gebelik sürecinde olan veya en fazla üç aylık bir bebeği olan anneleri kapsamaktadır. Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı, gebelik ve doğum sonuçlarını iyileştirmek, çocuğun büyümesini ve gelişimini artırmak, güvenli evler oluşturmak ve kendi kendine yeten aileleri teşvik etmek için tasarlanmıştır. Program ekibi, bir program koordinatörü, hemşire veya sosyal hizmet uzmanı, bir aile destek çalışanı (profesyonel veya paraprofesyonel) ve veri giriş personelinden oluşur (Arthur, 2001; Williams ve ark., 2017).

Paraprofesyoneller bir lisans derecesine sahip olsa da olmasa da ev ziyaretçisi olarak başlamadan önce yüksek kalitede bakım verebilecek şekilde eğitimden geçerler ve düzenli denetlenirler. Profesyonel personel ise lisanslı halk sağlığı hemşirelerinden oluşur (Williams ve ark., 2017). Programın çıktılarına bakılan 2 253 adet Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı ile daha az; preterm doğum, düşük doğum tartısı, gebeliğe bağlı hipertansiyon ve doğumda maternal komplikasyon yaşanmıştır. Aynı zamanda daha iyi doğum öncesi bakım alma, gebelikte alınan kilo, emzirme, ve sağlıklı beslenme sonuçlarına ulaşılmıştır (Williams ve ark., 2017). Risk faktörlerini belirlemek için yapılan bir araştırmada 64 aile ile Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı ev ziyareti programı yürütülmüş ve benzer sonuçlar almakla birlikte doğum sonrası depresyon ve ev içinde sigara içimi, ev içi şiddet gibi konularda da olumlu sonuçlar alındığı görülmüştür (Ferguson ve Vanderpool, 2013).

2.1.5. Annelik ve Erken Çocuklukta Sürdürülen Ev Ziyareti Programı (Maternal Early Childhood Sustained Home-Visiting Program-MECSH)

Annelik ve Erken Çocuklukta Sürdürülen Ev Ziyareti Programı evrensel bir anne, çocuk ve aile sağlığı sistemi altında uygulanmaktadır. Bu sistem, tüm kadınlar için ücretsiz doğum öncesi bakım hizmetlerine erişimi garanti etmekte ve doğumdan beş yaşına kadar çocuklara ücretsiz sağlık hizmeti sağlamaktadır. Annelik ve Erken Çocuklukta Sürdürülen Ev Ziyareti modeli, gebelik sırasında ve sonrasında anne ve çocuk sağlığı sonuçlarını geliştirmek için tasarlanmış ev ziyareti modelidir. Bu model Avustralya'daki geleneksel doğum sonrası bakımı da geliştirmektedir. Ekolojik bir

çerçeveye dayanan Annelik ve Erken Çocuklukta Sürdürülen Ev Ziyareti, bireylerin, ailelerin ve toplum düzeylerinde ailelerin ve çocukların sağlığını ve refahını etkileyen sorunları ele almaktadır.

Annelik ve Erken Çocuklukta Sürdürülen Ev Ziyareti yerel birinci basamak sağlık hizmeti tarafından uygulanmaktadır. Programın ugulandığı ülkeler; Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere ve Güney Kore'dir (Kemp ve ark., 2017). Annelik ve Erken Çocuklukta Sürdürülen Ev Ziyareti modeli, bir hemşire ve ebe ekibi, bir hemşire veya ebe koordinatörü ve bir sosyal hizmet uzmanının yanı sıra amirler, yöneticiler ve idari personel tarafından uygulanmaktadır (Koniak-Griffin ve ark., 2002; Rector, 2002). Rutin doğum öncesi bakım sırasında ebeler tarafından gebelere risk değerlendirmeleri yapılır ve bu risk değerlendirmelerinden herhangi birinde evet cevabı çıkması durumunda veya doğum sonrası Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği uygulandığında depresyon bulguları çıkması durumunda kadın Annelik ve Erken Çocuklukta Sürdürülen Ev Ziyareti programına alınmaktadır (Kemp ve Harris, 2012). Bu Ev Ziyareti programının uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada, annelerin anne olma konusundaki güven, bilgi ve deneyimlerinde, çocukların sağlığında ve gelişiminde ve savunmasız aileler için çocukların gelişimi için olumlu bir ortamda önemli gelişmeler gösterdiği bulunmuştur (Kemp ve ark., 2011).

Programın anneler üzerindeki etkilerine bakılan bir araştırmaya göre, kadınlar ebeveynlik konusunda kendilerine güvenebildiklerini, duygusal refahlarını olumlu yönde etkilediği, sağlık yardımı arama davranışı kazandıkları konusunda olumlu sonuçlar bulunmuştur (Zapart ve ark., 2016). Annelik ve Erken Çocuklukta Sürdürülen Ev Ziyareti Programını yütüten ebe ve hemşirelerin sürekli ev ziyareti programını yürütmesi ile ilgili değerlendirme sonucunda aile ile iletişim ve aileye yeteri kadar zaman ayırma, aile ile güven ilişkisi kurma ve kadınları destekleyen ve güçlendiren, onlara güven veren ortamlar sundukları görülmüştür (Kardamanidis ve ark., 2009).

2.1.6. Anne Bebek Sağlığı Programı (Maternal Infant Health Program-MIHP)

Anne Bebek Sağlığı Programı, Michigan'da yaşayan ve Medicaid sigorta yararlanıcıları olan gebe kadınlara ve bebeklere doğum öncesi ve doğum sonrası ev ziyareti sağlamaktadır. Medicaid, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde sınırlı gelir ve

kaynaklara sahip bazı insanlar için tıbbi maliyetlere yardımcı olan bir federal ve eyalet programıdır.

Anne Bebek Sağlığı Programı ile gebelere kapsamlı risk taraması, doğum öncesi ve sonrası bakımı ve standart program protokollerine yerleştirilmiş kanıta dayalı müdahaleler (örneğin, sigarayı bırakma ve motivasyonel görüşme) yapılmaktadır. Bu müdahaleler ile sağlıklı gebeliklere ve olumlu doğum sonuçlarına odaklanılmaktadır. Anne Bebek Sağlığı Programı, lisanslı bir sosyal hizmet uzmanı, bir ebe, bir hemşire, bebek ruh sağlığı uzmanı, emzirme danışmanı ve bir diyetisyenden oluşan ekip tarafından ev ziyaretini sunmaktadır (Meghea ve ark., 2013). Medicaid sigorta kapsamında olan kadınlar özel sağlık sigortası olan kadınlara oranla istenmeyen gebelikler, doğum öncesi bakıma geç ulaşmak, gebelik sırasında sigara içmek ve düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olmak gibi yüksek riskli durumlara sahiptirler (Meghea ve ark., 2013).

Anne Bebek Sağlığı Programı ile yapılan araştırma sonuçlarına göre ev ziyareti programına dahil olan kadınların doğum öncesi ve sonrası bakım hizmeti alma oranında artış olduğu ve erken doğum ve düşük doğum tartısını azalttığı görülmektedir (Meghea ve ark., 2013; Roman ve ark., 2014). Anne Bebek Sağlığı Programı ev ziyareti programı ile kadınların aldıkları doğum öncesi bakımın yeterli nitelikte olduğu görülmektedir (Meghea ve ark., 2013). Aynı araştırmada gebeler ikinci trimesterda yapılan taramalara teşvik edilmiş ve böylelikle ölü doğum oranlarında ciddi bir düşüş bulunmuştur (Meghea ve ark., 2015). Avusturalya'da yaşayan aborjinlerin maternal mortalitesinin yüksek olması nedeniyle aborjinli gebelere Anne Bebek Sağlığı Programı uygulanmış ve olumlu yönde fark yaratan sonuçlara ulaşılmıştır. Programın doğum öncesi ve doğum sonrası olumlu sonuçlar veriyor olması nedeniyle Avusturalya da birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi önerilmiştir (Kildea ve ark., 2010).

2.1.7. Toplumda Anne Savunucuları (Mothers' Advocates in the Community-MOSAIC)

Toplumda Anne Savunucuları, eş şiddetini azaltmak ve kadınların zihinsel ve fiziksel sağlığını geliştirmek için tasarlanmıştır. Program sosyal destek stratejisi hakkında araştırma kanıtlarından yararlanmaktadır. Bu ev ziyareti modeli; hemşireler, profesyonel uzmanlar (paraprofesyonel) ve profesyonel olmayan (mentör) akranlar tarafından dezavantajlı topluluklarda yaşayan yeni annelere yapılan rastgele ziyaretlerdir. Bu

ziyaretler ile birlikte telefon görüşmeleri yoluyla aile içi şiddeti önleme faaliyetleri ile kadınlar desteklenmektedir (Taft ve ark., 2009, 2011). Yapılan araştırma sonucunda ev ziyareti müdahalesinin uzun vadeli sonuçları anne ve çocuk için duygusal ve fiziksel sağlık sonuçlarını iyileştirmede bazı başarılar bildirmiştir (Taft et ve ark., 2009). Müdahalenin sonuçları içinde doğum sonrası depresyon skorunu azalttığı, yaşam kalitesinde artışa neden olduğu bulunmuştur (Taft ve ark., 2011).

2.1.8. Bebek Sevgisi Annelere Sosyal Yardım Çalışanı Programı (North Carolina Baby Love Maternal Outreach Workers-MOW-Program)

Kuzey Karolayn Bebek Sevgisi Annelere Sosyal Yardım Çalışanı Programı, doğum öncesi ve sonrası kadınlara destek hizmetleri sağlamaktadır. Aynı zamanda sosyal, duygusal, gelişimsel engeli olan veya çocuğunda bu yönde riski olan ailelere hizmet vermektedir. Annelere Sosyal Yardım Çalışanı Programı, koruyucu sağlık hizmeti almayan kadın ve bebeklere toplum temelli sosyal yardım ve sosyal destek sağlamak için geliştirilmiş bir programdır. Devlet düzeyinde, düşük gelirli gebe ve ebeveynlik açısından riskli olan ve Medicaid'e kayıtlı olan gebe kadınlara uygulanmaktadır.

Annelere Sosyal Yardım Çalışanı Programının üç stratejisi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi psikodinamik model oluşturarak gebelik ve doğumla ilgili olumlu sağlık sonuçları almak, ikincisi eğitim modeli oluşturarak kadınlara uzmanlardan eğitimlerin ulaştırılmasını sağlamak, üçüncüsü ise her iki modeli birleştirerek sağlık eğitimi ve bilgiyi dağıtmada bir kombinasyon sağlamaktır (Navaie-Waliser, 1999).

Annelere Sosyal Yardım Çalışanı Programı, toplum sağlığı savunucularını paraprofesyonel olarak kullanan bir doğum öncesi ev ziyareti sosyal destek müdahalesidir. Anne Sosyal Yardım Çalışanı programı ev ziyaretçileri yaklaşık 60 saatlik eğitim alırlar. Bunlar: (1) ev ziyareti teknikleri; (2) ulaşım ihtiyaçları değerlendirmesi; (3) anne ve çocuk sağlığı eğitimi; (4) program müşterilerinin yaşam durumlarının değerlendirilmesi; (5) program müşterilerine uygun hizmetlerin tanımlanması ve bunlara erişim konusunda yardımcı olmak; (6) ilişki kurma, iletişim, problem çözme ve duygusal ve aile desteği alanlarında beceri geliştirme; (7) ihtiyaç duyulan hizmetler için yönlendirme; ve (8) savunuculuk yapmak şeklindedir. Her Annelere Sosyal Yardım Çalışanı Programı ev ziyaretçisi, yılda maksimum 25 ila 30 aile ile çalışır (Navaie-Waliser ve ark., 2000).

Annelere Sosyal Yardım Çalışanı Programı ev ziyaretleri yoluyla gebelerin koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımına, sağlıklı davranışlara teşvik eder ve ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olur. Bunların yanında psikolojik sağlığı geliştirilmesine katkı sağlarlar. Anne Sosyal Yardım Çalışanı Programı hizmetleri 28. gebelik haftasından önce başlayıp ve doğum sonrası ilk bir yılı kapsamaktadır (Navaie-Waliser ve ark., 2000).

Yapılan bir araştırma sonucuna göre gebelikte Annelere Sosyal Yardım Çalışanı Programı desteği alan kadınların ortalama benlik saygısı ve depresyon puanlarında kontrol grubuna göre önemli farklılıklar bulunmuştur. Kontrol grubunun biraz daha düşük benlik saygısı ve daha yüksek depresyon seviyeleri olduğu görülmüştür. Gebelik sırasında algılanan ortalama stres puanları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Navaie-Waliser ve ark., 2000).

2.1.9. Hemşire Aile Ortaklığı (Nurse-Family Partnership-NFP)®

Hemşire Aile Ortaklığı, birincil kanıta dayalı ev tabanlı programlardan biridir. Hemşire Aile Ortaklığı, ilk gebelikten itibaren çocuğun ilk iki yılı boyunca düşük gelirli annelere hemşireler tarafından ziyaretler sağlanmaktadır (Beasley ve ark., 2017). Hemşire Aile Ortaklığı programı hemşire ev ziyaretçileri, düşük gelirli, ilk kez anne olan gebelerin sağlıklı gebelik geçirmelerini, çocuklarının bakımı ve kendi kişisel gelişimlerini sağlamaktadır. Hemşire Aile Ortaklığı, doğum öncesi dönemde anne sağlığını iyileştirmek ve doğum sonuçlarını olumlu şekilde geliştirmek, çocuk sağlığı ve gelişimini yükseltmek ve ailelerin ekonomik kendi kendine yeterliliğini ve/veya anne yaşamında gelişimi hedeflemektedir.

Hemşire Aile Ortaklığı programı ABD'de 43 eyalette 1996'dan beri 200 bin aileye ulaşmaktadır. Hemşire Aile Ortaklığı programı İngiltere ve Almanya'da da uygulanmaya başlanmıştır (Heckman ve ark., 2017)

Hemşire Aile Ortaklığı programı ile yürütülen ev ziyaretlerinde gebelere tavsiye edilen ziyaret sıklığı doğum öncesi ilk dört ziyaret haftalık, sonraki ziyaretler iki haftada bir, doğum sonrası ise ilk altı ziyaret haftalık daha sonra iki haftada bir olacak şekilde toplamda 23 ile 26 arasında değişen ziyaretler şeklindedir (Holland ve ark., 2018; Olds, 2006).

Hemşire Aile Ortaklığı programının ev ziyaretleri amacı gebelikte sağlıklı beslenme, sigara ve alkol kullanımından kaçınma ve düzenli doğum öncesi bakımın sağlanmasıdır. Programın temel amacı olumlu doğum sonuçlarına odaklanmaktır. Doğum sonrası anne sağlığı ve yeni doğan sağlığının yükseltilmesi ve ilerleyen yıllarda çocuk sağlığına olumlu katkılar sağladığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Dawley ve ark., 2007).

Ev ziyaretçileri ve hemşirelik süpervizörlerinin en az hemşirelik lisans derecesine sahip, kayıtlı profesyonel hemşirelerden oluşması gerekmektedir. Hemşire Aile Ortaklığı, denetçilerin hemşirelik alanında yüksek lisans derecesine sahip olmasını tercih etmektedir. Model aynı zamanda hemşire ev ziyaretçilerinin ve hemşirelik süpervizörlerinin yüz yüze ve web tabanlı hizmet öncesi ve devam eden eğitim oturumlarına katılmasını gerektirmektedir. Hemşire Aile Ortaklığı, hemşire ev ziyaretçilerinin hem uzaktan hem de yüz yüze eğitim formatlarında üç temel eğitim oturumu tamamlamasını şart koşmaktadır. Hemşirelik süpervizörleri, hemşire ev ziyaretçileri ile aynı temel eğitim oturumlarını tamamlamaktadır. Ayrıca, iki kişisel oturum da dahil olmak üzere, denetçiler için tasarlanmış dört giriş eğitimi oturumunu tamamlamaları gerekmektedir (Kitzman ve ark., 2000; Olds ve ark., 2004, 2014; Olds ve Kitzman, 1993).

Hemşire Aile Ortaklığı programı dahilinde yapılan ziyaretlerle doğuma hazırlık sınıflarına daha fazla katılım, sağlıklı davranış geliştirme, doğum sırasında yakınları ile daha iyi bir iletişim, erken doğum, düşük doğum tartısı gibi olumlu maternal sonuçlara ulaşılmaktadır (Olds ve ark., 1988).

Yapılan bir prospektif kohort çalışmasında hemşirelerin ev ziyareti ile annelere gebelikte ruh sağlığını destekleyici ve öz yeterliliğini güçlendirici bakım verdiğinde uzun vadede olumlu sonuçlar elde edildiği görülmektedir (Enoch ve ark., 2016).

Farklı dizayn edilmiş Hemşire Aile Ortaklığı programların içinde ev ziyareti gebelik sürecinden itibaren başladığında maternal ve neonatal açıdan daha fazla başarılı sonuçlar elde edildiği görülmektedir (Holland ve ark., 2014). Hemşire Aile Ortaklığı programının etkinliğine bakan randomize kontrollü bir çalışmada annelere gebelikte

yapılan ev ziyaretleri ile düşük doğum tartısında azalma, sigara içme oranında azalma gibi sonuçlara ulaşılmıştır (Owen-Jones ve ark., 2013).

Hemşire Aile Ortaklığı programı ile yapılan ev ziyaretlerinde primipar ve multiparlar gebelerin risk faktörleri karşılaştırılmış ve multiparlar gebelerin kümülatif risklerinin daha fazla olduğu bulunmuş fakat hizmet kullanım düzeyleri aynı çıkmıştır. Multiparlar gebelerin risk faktör yükünün artma sebebinin artan çocuk bakımı yükü ve buna bağlı stresle ilişkli olduğu ifade edilmiştir (Lanier ve Jonson-Reid, 2014).

Randomize kontrollü bir çalışmada Hemşire Aile Ortaklığı programı modeli ile yapılan doğum öncesi yedi doğum sonrası 26 ev ziyareti müdahalesi ile kadınların gebelik sonrası gebe kalma oranlarında düşüş olduğu, iki doğum arasındaki sürenin arttığı bulunmuştur (Kitzman ve ark., 2000). Yine başka bir randomize kontrollü çalışma sonucuna göre tüm nedenlere bağlı anne ölümlerinin azalmasında ve önlenebilir bebek ölümlerinin azalmasında etkisi olduğu bulunmuştur (Olds ve ark., 2014)

2.1.10. Yenidoğan Hemşireleri (Nurses for Newborns®)

Kar amacı gütmeyen, toplum temelli bir kuruluş olan Yenidoğan Hemşireleri, 1991 yılında, doğumdan veya yoğunbakımdan taburcu olduktan sonraki birkaç gün içinde acil serviste yenidoğan görülme sıklığını azaltmak amacıyla kurulmuştur. Yenidoğan Hemşireleri, yeni doğan konusunda eğitilmiş hemşireler tarafından gebelik dönemi ve doğum sonrası dönemde kadınlara ve ailelere ev ziyaretleri düzenlemektedir. Bu ziyaretlerde çocuk sağlığı izlemi, ebeveynlerin eğitimi ve desteği ile bebek ölümlerini, çocuk istismarını ve ihmalini azaltmaya yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Ev ziyaretleri prenatal vizitler ile başlayıp 18 aya kadar devam etmektedir (Jonson-Reid ve ark., 2013).

Ev ziyaretçileri, Ulusal Hemşirelik Akredite programına kayıtlı hemşirelerden oluşmaktadır. Bunun yanında anne ve çocuk sağlığı konusunda beş yıllık deneyime veya yenidoğan yoğun bakım ünitesinde veya özel bakım kreşinde üç yıllık deneyime sahip olması gerekmektedir. Ev ziyartlerinin erken doğan bebeklerde etkisini inceleyen 17 çalışmanın incelendiği sistematik derleme sonucuna göre yenidoğanlarda morbidite oranında azalma, ebeveyn-çocuk etkileşiminde artma, bebek gelişiminde daha iyi sonuçlar gösterilmiştir (Goyal, ve ark., 2013). Goyal ve ark. yürüttüğü bir araştırmada hemşirelerin gebelikte ev ziyaretleri sıklığı ne kadar artarsa o kadar erken doğum riskinin

azalacağı ve preterm bebek sayısının da azalacağı sonucuna ulaşmıştır (Goyal ve ark., 2013).

2.1.11. Toplum Temelli Aile Kaynakları ve Desteği Programı (Oklahoma's Community-Based Family Resource and Support-CBFRS-Program)

1996 yılında çocuk istismarı ve ihmalini azaltmak için Çocuk İstismarı Önleme ve Tedavi Yasası değişiklikleri ile Toplum Temelli Aile Kaynakları ve Desteği Programı tasarlanmıştır. Oklahoma'nın Toplum Temelli Aile Kaynakları ve Desteği Programı modelinin, annelerin ve bebeklerinin sağlıklı gelişmelerinin sağlanması ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi gibi amaçları bulunmaktadır. Model, anne ve çocuk sağlığı ve sosyal gelişimlerini desteklemek için tasarlanmıştır (Culp ve ark., 2004).

Program, yüksek lisans düzeyindeki yöneticilerin gözetimi altında çocuk gelişimi uzmanları tarafından yürütülmektedir. Ev ziyaretçisi çocuk gelişimci uzmanları anne sağlığı ve yenidoğan sağlığı hizmetleri kapsamında 40 saatlik eğitim almaktadır. Eğitim müfredatı doğum öncesi dönem, beslenme, alkol, sigara, fetal büyüme ve gelişme, doğum ve aile planlaması konularından oluşmaktadır. Program yaklaşık 10 ev ziyaretinden oluşmaktadır. Programın yürütülmesi ile anne sağlığı sonuçları çıktılarına bakılan araştırmalarda annenin sigara içme durumu, iki gebelik arasında geçen süre, sağlık hizmetine ulaşma ve aşılanma oranlarına bakıldığında kontrol gruplarına oranla daha anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır (Culp ve ark., 2004, 2007).

2.1.12. Ebeveyn-Çocuk Yardım Programı (Parent-Child Assistance Program-PCAP)

Ebeveyn-Çocuk Yardım Programı doğum öncesi madde maruziyetini önlemek için kadınları gebelik sırasında madde kullanımını bırakmaya motive etmeyi ya da madde kullanımından uzak durmak için mücadele eden kadınlara ve ayrıca bir sonraki gebeliklerden kaçınmalarına yardımcı olmayı gerektirdiği fikrine dayanmaktadır. Ebeveyn-Çocuk Yardım Programı gebelik sırasında ağır alkol veya uyuşturucu bağımlılığını bildiren ve toplum sağlığı hizmetinden faydalanmayan kadınları hedeflemektedir. Kadınlar gebelik sırasında veya doğum sonrası altı aya kadar takip edilmektedir (Grant ve ark., 2009; Grant, 2003) . Yapılan bir çalışmaya göre zararlı madde kullanımı olan annlere Ebeveyn-Çocuk Yardım Programı ile ev ziyareti yapıldığında annelerin %81'inin düşük riskli doğum yaptığı, sadece %13'ünün doğum

sırasında alkol veya ilaca maruz kaldığı, annelerin %90'ının tedavi edildiği (%66'sı ilk ay içinde, %48'i ilk altı ay içinde, %41'i ilk bir yıl içinde) bildirilmiştir. Aynı çalışma sonucuna göre annelerin %65'i basit düzenli bir aile planlaması yöntemi kullanıyor iken %52'si hormonal yöntem, rahim içi araç kullanmaktadır (Grant, 2011). Programın 1991'den günümüze kadar olan çıktılarının yayınlandığı raporda da Grant ve ark. bulduğu sonuçlar ile benzer çıkmıştır (Stoner ve Ernst, 2020)

2.1.13. Erken Çocuklukta Ebeveyn Becerileri ve Bağlanma (Promoting Parental Skills and Enhancing Attachment in Early Childhood-CAPEDP-Trial)

Erken Çocuklukta Ebeveyn Becerileri ve Bağlanma: Ruh Sağlığı Sorunlarına Bağlı Risklerin Azaltılması ve Dayanıklılığın Geliştirilmesi Projesi' dir. Hemşire-Aile Ortaklığı modeli ve Kanada Hemşire-Aile Ortaklığı'nın uyarlaması olan Perinatal Sağlık ve Erken Çocukluk için Entegre Hizmetlere benzer çerçevededir. Model, Bandura'nın öz-yeterlik teorisine, Bronfenbrenner'ın İnsani Gelişimin Ekolojik Modeline ve Bowlby'nin bağlanma teorisine dayanmaktadır. Erken Çocuklukta Ebeveyn Becerileri ve Bağlanma Projesi, Fransa'nın halka açık ücretsiz anne-çocuk destek ve önleme hizmetleri sistemini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır. Programın hedef kitlesini 26 yaşından küçük, 27 haftadan daha az gebeliği olan ve Erken Çocuklukta Ebeveyn Becerileri ve Bağlanma Projesine aktif olarak katılmak için yeterince akıcı bir şekilde Fransızca konuşan anneleri kapsamaktadır. Ev ziyaretçileri klinik psikologlardır (Saïas ve ark., 2012). Ev ziyaretleri doğum öncesi altı kez, doğum sonrası ilk üç ay sekiz kez ve ilk altı ay ve birinci yıl olmak üzere toplam 44 ziyaretten oluşur (Tereno ve ark., 2013).

Doğum sonrası annelerin depresyon düzeyini ölçen retrospektif bir çalışmada annelere gebeliğin yedinci ayından itibaren ev ziyaretleri yapılmış ve kontrol grubuna göre müdahale grubunda olan annelerin Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği skorları daha düşük çıkmıştır (Dugravier ve ark., 2013). Randomize kontrollü bir çalışmada müdahale grubundaki annelerin psikolojisi ve çocuğun psikopatolojisi, standart bakım alanlara göre daha üstün olduğu bulunmuştur (Tubach ve ark., 2012). Başka bir randomize kontrollü çalışma sonuçlarına göre ise Erken Çocuklukta Ebeveyn Becerileri ve Bağlanma programına dahil olan annelerin Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği skorları ilk doğum sonrası birinci ayda ve ikinci kez doğum sonrası üçüncü ayda yapılmış ve kontrol gruplarına göre depresyon skorları daha düşük çıkmıştır (Guedeney ve ark., 2013).

2.1.14. Kaynak Anneleri Programı (Resource Mothers Program)

Kaynak Anneleri Programı toplum sağlığı çalışanları tarafından oluşturulmuş bir ev ziyareti programıdır (Bouye, 2005). Kaynak Anneler Programında toplum içinden seçilen başarılı ebeveynler, ev ziyaretçileri olarak eğitilmiş kişilerden oluşmaktadır. Kaynak Anneler Programı genç gebe ve ebeveyn olan kadınlara eğitim ve sosyal destek sağlamak için geliştirilmiştir. Kaynak Anneler Programı, gebelik sırasında ve sonrasında ebeveyn ve çocuk sağlığının gelişimini ve sağlığın iyileştirmesi ve sosyal destek sağlamasını amaçlamaktadır. Kaynak Anneler Programı tarafından sunulan birincil hizmet, ev ziyaretleri yoluyla eğitim desteğidir (Julnes ve ark., 1994). Bu programın yürütüldüğü araştırmaların birinde perinatal sonuçların iyileştirilmesinde sosyal desteğe bakılmış ve müdühale grubundaki annelerin doğum öncesi bakım oranlarının daha iyi olduğu, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin daha az olduğu görülmüştür (Heins ve ark., 1987). Kaynak Anneler programının adölesan annelerin risk faktörlerinin azaltılmasında da katkı sağladığı görülmektedir (Julnes ve ark., 1994). Programın anneler üzerinde olumlu doğum sonuçları olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Julnes ve ark., 1994; Konefal, 1991; Rogers ve ark., 1995).

2.2. Ev Ziyaretinde Ebe ve Hemşirelerin Yetkinlikleri

Yetkinlik, profesyonel personelin standartlaştırılmış görevleri yerine getirme yeteneğidir. Yetenek basitçe bilgi, beceri ve tutum alanıdır. Ebe ve hemşirelerin yetkinlikleri ve davranışları, yetenekleri merkezlidir. Mesleki yeterlilikler, kişinin kendi uygulamalarına yansıması yoluyla geliştirilir. Geliştirilen yetkinlik, pratiğe tekrar bakabilme becerisidir (Lee ve ark., 2017). Ev ziyareti uygulaması yapan ebe ve hemşirelerin belli yetkinlekleri olmalıdır. Lee ve ark. ebe ve hemşirelerin ev ziyaretleri ile ilgili yetkinliklerini dokuz ana başlıkta ortaya koymuştur (Lee ve ark., 2017).

Etkili iletişim kurmak ve çalışma ortaklığı: Aileyi tanımak, annenin durumunu anlamak, destekleyici konuşma yapmak, aile ilişkilerine odaklanmak, profesyonel sınırları korumak.

Kanıta dayalı bilgi ve becerileri kullanma: Annelere sürekli bir psikolojik destek sunmak, depresif belirtileri saptamak ve gerekli sevkeleri gerçekleştirmek, sürekli

ziyaretlerde sistematik olarak yer almak, aile de gebelik ve bebeğin katılımı ile birlikte gelişen değişimi desteklemek.

Meslektaşlar ve multidisipliner bir ekip işbirliği içinde çalışmak: İş arkadaşlarıyla ve multidisipliner bir ekiple işbirliği yapmak.

Grup çalışmasını üstlenmek: Lider annelerle buluşmak.

Birinci basamak sağlık hizmeti yaklaşımı kullanma: Annenin ve bebeğin sağlığı hakkında klinik kararlar almak.

Ailenin kapasitesini ve dayanıklılığını geliştirmek: Ailenin güçlü yanlarını kullanmak, ailedeki olumlu değişikliklere odaklanmak.

Mesleki bilgiye sahip olmak: Doğum öncesi, doğum sonrası dönemde anne ve yeni doğan bebeğin sağlığını yönetmek, temel ebeveynlik bilgisine sahip olmak (besleme, bakım vb.) çocuk gelişimi ve oyun bilgisine sahip olmak.

Pratik becerileri uygulama: Dikkatli gözlemler yapmak, öngörülü rehberlik sağlamak, ailenin durumuna göre esnek bir çalışma sağlamak.

Aile ile 'birlikte' çalışmak ve aileyi desteklemek: Aile liderliğindeki katılımı kolaylaştırma, aileyi korumak ve desteklemek şeklindedir.

Amerikan Hemşireler Birliğinin de evde bakım için tanımladığı yetkinlikler bulunmaktadır. Bu yetkinlikler ise üç ana başlık altında toplanmıştır (Sezer ve Kadioglu, 2015).

Temel Yetkinlikler: Değerlendirme, bakım planlama, klinik karar verme, iletişim, kültürel sorumluluk, uygulama becerileri.

Organizasyonel Yetkinlikler: Zaman yönetimi ve organizasyonel beceriler, bakım koordinasyonu, gelişmiş teknolojiyi kullanabilme.

Sistem Yetkinlikleri: Hasta savunuculuğu ve sistem bilgisidir.

Evde bakım kapsamında verilen sağlık hizmetlerinde ebe ve hemşire hastaneye göre daha bağımsız bir uygulayıcıdır. Ebe ve hemşirelerin kritik düşünme, özgüven, liderlik özelliği, güçlü iletişim becerisi, yeterli bilgi düzeyi ve karar verme yetisine sahip olması gereklidir (Sezer ve Kadioglu, 2015).

Ev ziyareti programları ile ilgili yapılmış bir meta-analizde, hemşire ve ebenin yürüttüğü ev ziyaret programlarında, doğum öncesi dönem ve doğum sonrası dönem boyunca maternal ve fetal sağlık yararına büyük başarı elde edilmektedir (Olds ve ark., 2004).

2.3. Türkiye'de Ev Ziyaretlerinde Güncel Durum

Evde sağlık hizmetleri bireyi çevresi ile bir bütün olarak değerlendirmek ve koruyucu sağlık hizmetleri sunumunu kaliteli hale getirmek açısından çok önemlidir. Evde sağlık hizmeti bireyin aile ortamı, sevgi, destek, anlayış, yakınlık, sıcaklık gibi durumların daha iyi gözlenmesine yarar sağlar (Suvak ve Akbıyık, 2019).

Onsekizinci yüzyılda temel sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü mekan evler iken 20. yüzyıla gelindiğinde bu hizmetler hastaneye taşınmıştır. Türkiye'de ev ziyareti kavramı ilk olarak 19 temmuz 1931 yılında Umumi Hıfzısıhha Kanunu 1852 sayılı 21 nolu kararda görülmektedir (Çoban ve ark., 2014). Bu ziyaretlerde hemşireler çocukların büyüme ve gelişmelerini ve genel sağlık takiplerini yapmaktadır. Yine aynı kanun ile bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve beslenme giderlerinin karşılanması gibi bölge dispanserlerine kayıtlı çocukların tedavilerinin yapıldığına dair düzenleme bulunmaktadır (Çoban ve ark., 2014).

1963 yılında sağlığın sosyalizasyon yasası ile birlikte evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamlayan bir unsur olarak görülmüştür. Sağlık ocakları sisteminde toplumda sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve etkisinin arttırılması içinde ev ziyaretleri yaygın bir şekilde uygulanmıştır. Ev halkı tespit fişleri ile gebeliklerin tespiti, yenidoğan bebeklerin tespiti gibi sağlık hizmetine en çok ihtiyaç duyan kesime sağlık hizmeti götürülmüştür (Dündar ve Murat Oral, 2004).

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Güvenli Annelik Projesi ile birlikte doksanlı yıllarda lider kadınlar tarafından ev ziyaretleri yapılarak aile planlaması, gebelik ve çocuk bakımı ve sağlığı ile ilgili eğitimler yapılmıştır (TAP Vakfı, 2021).

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında 2000'li yıllar da Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile birinci basamak sağlık hizmetleri tamamen değişmiş ve evde sağlık hizmetleri aile hekimliği sistemine bırakılmıştır. Aile hekimliği yönetmeliğinde nufüsa kayıtlı kişilerin altı ay içerisinde ev ziyareti yapılması gerektiği maddesi bulunmaktadır. Ayrıca her aile hekimliği birimi için ev ziyaret günleri ve saatleri yönetmelikçe tanınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013b). Aile Hekimliği yönetmeliğinde ev ziyaretlerinin adı yer almakta fakat ev ziyaretinin tanımı, ev ziyaretinde neler yapılacağı ve uygulamada eksiklikler görülmektedir (Durusoy ve ark., 2011).

2.4. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

Doğum öncesi bakım gebelik sürecinde anne ve bebeğe en iyi sağlık koşulları sağlamak için uzman sağlık profesyonelleri tarafından gebe kadınlara ve adölesanlara verilen bakımdır (Dayyani ve ark., 2021). Aynı zamanda doğum öncesi bakım, halk sağlığı hizmeti bakış açısı ile yürütülen ve bütünsel bir yaklaşım sergileyen bir hizmettir. İyi bir doğum öncesi bakım hizmeti, bireylerin, toplumun ve gelecek nesillerin sağlığı da dahil olmak üzere halk sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ayrıca iyi bir perinatal sağlık hizmeti sağlamak için yüksek kalitede, ücretsiz ve kolayca erişilebilen doğum öncesi bakım hayati bir öneme sahiptir (Dayyani ve ark., 2021).

Doğum öncesi bakımın verilmesinde farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar 1800'lü yıllardan günümüze kanıtlarla değişime uğrayarak ya da aynı kalarak devam eden bakım modelleridir. Geçmişten günümüze doğum öncesi bakım yaklaşımında; geleneksel, hedefe yönelik, odaklanmış ve temel doğum öncesi bakım modelleri kullanılmıştır (Ngxongo, 2018).

2.4.1. Geleneksel Doğum Öncesi Bakım Modeli

Geleneksel doğum öncesi bakımın geçmişine baktığımızda iki yüz yıl öncesinde başladığı bilinmektedir. Uzun yıllar boyunca doğum öncesi bakımla anne ve fetüse yönelik fayda sağlayacak programlar ve müdahaleler yapılmıştır. Yapılan birçok

araştırma ile etkinliği ve faydaları kanıtlanmıştır. Geleneksel doğum öncesi bakım genellikle klinik hizmetlere odaklanır. Özellikle komplikasyonları önleme, fiziksel değerlendirme ve risk değerlendirmesini öne çıkarır. Fakat gebeliğin psikososyal yönleri gibi durumları göz ardı eden bir yaklaşım sergilemektedir. İzlem periyodu gebeliğin tespitinden başlayarak 28. gebelik haftasına kadar dört hafta da bir, 36. haftaya kadar iki haftada bir ve sonrasında haftalık izlemler şeklindedir (Ngxongo, 2018).

2.4.2. Odaklanmış Doğum Öncesi Bakım Modeli

Araştırmacılar tarafından 2001 yılında önerilen ve 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından benimsenen hedef odaklı bir doğum öncesi bakım yaklaşımıdır (Villar ve Bergsjo, 2002) .

DSÖ, gebe kadınların ilk değerlendirmesinden sonra iki gruba ayrılması gerektiğini savunmaktadır: Düşük risk faktörlerine sahip olan kadınlar için azaltılmış doğum öncesi bakım sayısı önerirken, yüksek risk faktörlerine sahip gebeliklerin hastane yönetimi ile doğum öncesi bakım ziyaret sayısını arttıran bir yaklaşım önermektedir. Odaklanmış doğum öncesi bakım modeli, sağlık profesyonellerinin az olduğu ve sağlık altyapılarının sınırlı olduğu, sınırlı kaynakları olan ülkeler için en iyi yaklaşım olduğu belirtilmektedir (Carroli ve ark., 2001; Villar ve Bergsjo, 2002). Gelişmekte olan ülkeler tarafından da kullanılan ideal bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Danışmanlık, muayene ve acil obstetrik bakım gibi bir amaca hizmet eden yaklaşımı vardır ve bakımın yararları kanıtlanmıştır (Carroli ve ark., 2001; Villar ve Bergsjo, 2002).

DSÖ, gebe kadının, sağlıklı gebelik sürdürmeye rehberlik edecek özel odaklı izlemlerin yürütüldüğü tüm gebelik boyunca yayılmış en az dört kapsamlı kişiselleştirilmiş doğum öncesi ziyaretine katılmasını önermektedir. Odaklanmış doğum öncesi bakım modelinin izlem takvimi; ilk izlem 16. hafta, ikinci izlem 28. hafta, üçüncü izlem 32. hafta ve dördüncü izlem 36. hafta şeklindedir (Villar ve Bergsjo, 2002).

2.4.3. Temel Doğum Öncesi Bakım

Temel doğum öncesi bakım yaklaşımı, odaklanmış doğum öncesi bakım yaklaşımının değiştirilmiş bir versiyonu olduğu söylenmektedir. Temel doğum öncesi bakımın odaklanmış doğum öncesi bakım yaklaşımına benzer birçok özelliğe

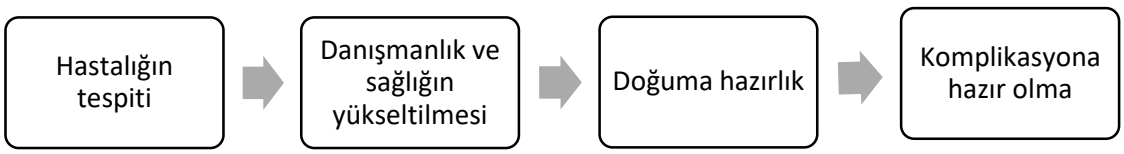
bulunmaktadır. Bunlar, tüm gebe kadınların erken doğum öncesi bakıma katılımına odaklanması ve düşük riskli gebelerin toplam doğum öncesi bakım ziyaret sayısını gebelik başına minimum dört veya beş ziyaretle sınırlamayı içermektedir (Ngxongo, 2018; Pattinson, 2007).

Temel doğum öncesi bakım her gebe kadının alması gereken minimum doğum öncesi bakım olarak tanımlamaktadır. Temel doğum öncesi bakım yaklaşımı kaliteli araştırma kanıtlarından geliştirilmiştir ve etkili olduğu gösterilmiştir. Temel doğum öncesi bakım yaklaşımı, mevcut herhangi bir programı değiştirmeyi amaçlamaz, ancak tüm kaynakları birleştirmeyi ve kullanımlarını kolaylaştırmayı amaçlar (Ngxongo, 2018).

Binyıl Kalkınma Hedeflerinin dördüncü ve beşinci maddelerinde temel doğum öncesi bakım yaklaşımının anne ölümlerini azaltabileceği ve anne sağlığını iyileştirebileceği inancına dayalı bir kalite iyileştirme stratejisi olarak tanıtılmıştır. Temel doğum öncesi bakım yaklaşımı, doğum öncesi bakım hizmetlerinin her ebe veya hemşire tarafından sağlanabilmesi için asgari düzeye kadar basitleştirilmiştir (Ngxongo ve ark., 2016).

2.4.4. Hedefe Yönelik Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım ziyaretleri zamanlamasına bağlı olarak hedefleri farklıdır. Komplike olmayan bir gebelikte minimum sekiz izlemi hedeflemektedir. Bir kadın ilk üç aylık dönemden sonra doğum öncesi bakıma gelmesi ile birlikte, önceki hedefler birleştirilerek bakım genişletilmektedir. Gebelik süresince tüm ziyaretlerde tespit edilen sorunları ele alınmaktadır (Fortney, 1995; Yuster, 1995).



Şekil 2-1: Hedefe Yönelik Doğum Öncesi Bakımın İşleyişi

Hedefe yönelik doğum öncesi bakım yaklaşımı izlem periyodu ilk 12 hafta içinde birinci izlem, 13-28 haftalarda ikinci ve üçüncü izlem, 29-40. haftalar arasında dördüncü, beşinci, altıncı, yedinci ve sekizinci izlem yapılacak şekildedir (Ngxongo, 2018).

Doğum öncesi bakım, farklı sağlık hizmetleri ve politik gerçekleri yansıtan ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Pek çok yüksek gelirli ülkede, kadınların seçme ve sağlık hizmetlerinde özerklik hakları doğum öncesi bakıma daha kadın merkezli bir yaklaşımın gelişmesine yol açmıştır. Tüm profesyonellerin "ortak çalışma yöntemlerini ve ortak bir felsefeyi" paylaştığı "bakımın sürekliliği" modelleri dahil olmak üzere çeşitli "alternatif" bakım biçimleri denenmiştir (Dayyani ve ark., 2021). Kanıta dayalı çalışmalar ışığında dünyada birçok ülke kendi geliştirdikleri (ülkelerinde yaşayan kadınların ihtiyaçları doğrultusunda) kanıta dayalı rehberler ile doğum öncesi bakımı uygulamaktadır.

Uluslararası rehberlerden bazıları şunlardır; The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), DSÖ ve NİCE'ın doğum öncesi bakım kılavuzları.

2.4.5. Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'nin (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) Doğum Öncesi Bakım Kılavuzu, 2017

Doğum öncesi bakım kılavuzları incelendiğinde toplam 12-14 arasında izlem yapılmasını önermektedir (ACOG, 2017). Daha önce sorunsuz gebelik öyküsü olan, medikal ve obstetrik problemi olmayan multipar gebelerde izlem sıklığı azaltılabilir.

- 28. gebelik haftasına kadar 2 haftada bir,
- 29 – 35. haftalar arasında 2 haftada bir,
- 36. haftadan sonra haftalık izlem yapılmaktadır.

2.4.6. Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü'nün (National Institute for Health and Care Excellence-NICE) Doğum Öncesi Bakım Kılavuzu, Ağustos 2021-Güncelleme

NICE kılavuzunda kadın merkezli bir bakım sunmaktadır.

- Kadınlar ve aileleri her zaman nezaket, saygı ve onurla muamele görmelidir.
- Kadının, eşinin ve ailesinin bakımları ve bebeği ile ilgili görüş, inanç ve değerleri her zaman aranmalı ve saygı gösterilmelidir.

İzlem sıklığı; komplikasyonsuz nullipar gebelere 10 izlem ve komplikasyonsuz multipar gebelere 7 izlem önerilmektedir (NICE, 2021).

2.4.7. Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organisation) Doğum Öncesi Bakım Kılavuzu, 2015-2016 ve 2018-Güncelleme

2015 yılında yayınlanan doğum öncesi bakımda toplamda dört izlem önerilmektedir.

1.izlem: 16. haftadan önce (mümkün olduğunca erken haftada olması önerilir)

2.izlem:24-28 hafta

3.izlem:30-32 hafta

4.izlem:36-38 hafta

Beklenen doğum tarihinden sonra iki hafta içinde doğurmazsa kontrole gelmesi önerilir (5. izlem).

2016 yılında DSÖ, doğum öncesi gebelik komplikasyonları riskini azaltmak, kadınlara pozitif gebelik deneyimi sunmak ve doğum öncesi bakımın kalitesini iyileştirmek için yeni bir dizi öneri yayınladı:

- Pozitif bir gebelik deneyimine odaklanma
- Sadece anne ve bebek sağlığı odaklı değil,
- Pozitif doğum ve
- Olumlu bir annelik deneyimini sağlamayı amaçlamaktadır.

Bu önerilerlebirlikte izlemlerin amacı;

- Kadın Merkezli
- Mortalite ve morbiditenin azaltılması

- Kadının görüşlerini dikkate alan saygılı bir bakım sağlamak
- Sağlık sistemlerinde hizmet sunumunu optimize etme

Pozitif gebelik deneyim önerileri ile birlikte toplamda dört olan izlem sayısı da gebeliğin fark edilmesi ile doğum öncesi bakım alma toplamda sekiz temas olarak güncellenmiştir (Liu ve ark., 2019; WHO, 2016).

Tablo 2-1: DSÖ Doğum Öncesi Bakım Modeli

DSÖ 2015 Doğum Öncesi Bakım Modeli	DSÖ 2016 Doğum Öncesi Bakım Modeli
İlk Trimester	
İzlem/ziyaret 1: 8-12 hafta	Görüşme/Temas 1: 0-12 hafta
İkinci Trimester	
İzlem/ziyaret 2: 24-26 hafta	Görüşme/Temas 2: 20 hafta
	Görüşme/Temas 3: 26 hafta
Üçüncü Trimester	
İzlem/ziyaret 3: 32 hafta	Görüşme/Temas 4: 30 hafta
İzlem/ziyaret 4: 36-38 hafta	Görüşme/Temas 5: 34 hafta
	Görüşme/Temas 6: 36 hafta
	Görüşme/Temas 7: 38 hafta
	Görüşme/Temas 8: 40 hafta

Daha önceki rutin standart ziyaretlerde; izlemlerin yenidoğan ve aile merkezli bir bakım amacı bulunmaktayken, yeni önerilerle 2016 sonrası tanımlanan izlemler; kadın merkezli, mortalite ve morbiditenin azaltılması, kadının görüşlerini dikkate alan saygılı bir bakım sağlamak ve sağlık sistemlerinde hizmet sunumunu optimize etmek amacı bulunmaktadır.

2.4.8. Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Programı

Anne sağlığı düzeyini yükseltmek ve anne ölümlerini azaltmak amacıyla rutin hizmetler arasında yer almakta olup ülke genelinde uygulanmaktadır. Hazırlanan

“Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi"ne göre gebelerin herhangi bir riski yoksa en az dört kez izlemi sağlanmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

Bu izlemler;

1. İzlem İlk 14. haftada

2. İzlem (18-24 hafta)

3. İzlem (28-32 hafta)

4. İzlem (36-38 hafta) yapılır.

Son dönemde doğum öncesi bakım modelleri ile ilgili yapılan çalışmalarda sekiz temasın önemi ortaya konulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü rutin doğum öncesi bakımı ile ilgili 2016 yılında kanıta dayalı önerilerde bulunmuş, 2003 yılında önermiş olduğu dört izlemi en az sekiz temas olarak değiştirmiştir. Birinci trimesterde bir, ikinci trimesterde iki, üçüncü trimesterde beş temas olacak şekilde öneride bulunmuştur (Liu ve ark., 2019; WHO, 2016). Doksanlı yıllarda doğum öncesi dönemde gebe izlemlerinde evde ziyaretin önemi birçok çalışma ile ortaya konulmuştur. Günümüzde de yaşama sağlıklı bir başlangıç ve gebelere ulaşmada daha umut verici bir model olduğu için evde ziyaret çalışmalarla desteklenmektedir (Brookes ve ark., 2006; Filene, 2013; Stamuli ve ark., 2015; WHO, 2014). Yapılan Cochrane çalışması, kadınların katı randevu sisteminden ziyade esnek ev ziyaretlerini daha çok tercih ettiği orta derece de kanıtla sunmuştur (Downe ve ark., 2019).

Gebelikte doğum öncesi bakım ve eğitimlerin amacı; anne adayının ve çiftin, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin risklerin erken belirlenmesi ve bu dönemleri sağlıklı geçirmelerini sağlamaktır.

TNSA 2018 verilene göre doğum öncesi bakımda dört ve üzeri bakım alma oranının 2013-2018 arasında değişim hızı belirgin olarak yavaşladığı rapor edilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019).

Ülkemizde doğum öncesi bakım sayısını arttıracak ve nitelikli bakım modellerine ihtiyaç bulunmaktadır.

2.5. Doğum Öncesi Bakım Eğitimleri- Doğuma Hazırlık Eğitimleri

Doğum öncesi bakım sırasında gebelere gebelik haftalarına uygun konularda eğitim ve danışmanlıklar verilmektedir. Bu eğitim ve danışmanlıkların amacı, kadının gebelik süresince karşısına çıkabilecek sağlık durumlarını bilmesi ve hazırlıklı olması, bu durumlara karşı bir sağlıklı davranış geliştirmesi, gebelik doğum doğum sonrası gibi daha önce deneyimlemediği yada eksik bildiği konularda bilgili ebeveyn olmasını ve beceri kazanmasını sağlamaktır (Elmas ve ark., 2017; Yılmaz Esencan ve ark., 2018). Bu eğitimlerin içinde gebelikte yaşanılan yakınmalar, tehlike işaretleri, gebelik egzersizleri, doğumun nasıl olduğu, rahatlama, gevşeme,nefes gibi çalışmaların yapıldığı ve doğum sonrası anne ve bebeğin bakımı, anne sütü ve emzirme eğitimi gibi konular bulunmaktadır (Elmas ve ark., 2017).

Gebelik döneminde verilen eğitimler sadece gebe kadına değil onun ailesi ve çevresinin fiziksel ve psikososyal açıdan uyumuna, bakım ve destek olarak da bir çok yarar sağlamaktadır (Yılmaz Esencan ve ark., 2018).

Yapılan çalışmalar doğum öncesi dönemde alınan eğitimlerin gebelerde doğum korkusunu azaltmakta, pozitif doğum beklentisini ve doğumdan memnuniyet düzeyini arttırmakta; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasısını ve annelerin doğum sonu dönemde sosyal destek alma durumlarını olumlu yönde etkilemektedir (Akın ve ark., 2016).

Doğuma hazırlık sınıfları dünyada bir çok ülkede farklı özelliklerde ve farklı programlarda yürütülmektedir. Programlı grup eğitimlerinin yanı sıra bireysel kişiye özelleşmiş gebe eğitimleri yapılmaktadır (Dinç ve ark., 2014). Katılımcıların ortaklaştığı ve belli bir hafta birbirini takip eden eğitimler yapılmaktadır. Gebe eğitmilerin konu başlıklarına özel eğitim grupları da yürütülmektedir (Brixval ve ark., 2015).

2.5.1. Dünyada Doğum Öncesi Eğitimler

Doğum öncesi eğitimler sağlık profesyonelleri tarafından geliştirilmiş, geleneksel olarak doğum ve doğum odaklı olmuştur, ve gebeliğin son haftalarında sunulan programlarla sınırlı olan doğum öncesi bakımın temel bileşinidir (Svensson ve ark., 2008).

Doğum öncesi eğitimler yirminci yüzyılın ortalarında kadınların doğumda yaşadıkları ağrıyı azaltmak amacıyla bir kaç seanstan oluşan eğitimlerdir. Bu yıllarda Fransız Okulu doğumda hipnoz ve kendi kendine telkin yöntemleri kullanılmış, İngiliz Okulu Dick Read korkusuz doğum adlı kitabı çıkmış korku-gerginlik-ağrı formülü ile kadınların rahatlama nefes alma teknikleri ve egzersiz yöntemi kullanılmış, Rus Okulu Pavlov'un klasik koşullanma kuramı üzerinden doğumda pozitif düşünceye odaklanma yöntemi kullanılmış, yine Fransız Okulu Dr Lameze bir partner ile sevgi dolu bir ortamın yaratılacağı geliştirilmiş bir teknik yöntemi kullanılmıştır. Yirminci yüzyılın ortalarında son olarak İspanya'da annenin ve babanın doğum hakkında daha fazla bilgi sahibi olarak, korkularından arınması için zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmış eğitimler yapılmıştır (Fernández-Arroyo, 2019).

Bu yöntemeler uygulandıkça olumlu perinatal sonuçlar alınmış ve her ülkede doğumda kadınlara yönelik bakımın iyileştirilmesi için farklı eğitim yöntemleri ortaya çıkmıştır. Bunlar; Lamaze, Bredly Methodu, Farkındalık Temelli Doğum, Aktif Doğum, Haptonomi, Odent Methodu, Psikoprofilaksi ve Solunum Otojeni, Harper-Suda Doğum, Hypnobirthing, İçgüdüsel Doğum, Karşılama Bilinci yöntemleridir (Fernández-Arroyo, 2019).

2.5.2. Türkiye'de Doğum Öncesi Eğitimler

Doğum öncesi bakımın bir parçası olan doğum öncesi eğitimler Türkiye'de 1960 yılında çıkan sağlığın sosyalizasyonu sonucunda ortaya çıkan birinci basamaka sağlık hizmetleri içerisinde ilk resmi gebe izlemlerinde bahsedilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık ocağı uygulamasında gebe izlemleri köy ebeleri, sağlık ocağı ebe ve hemşireleri tarafından yapılmış ve gebelere eğitimler verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1964).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında aile hekimliği sistemine geçilmiş ve gebe izlemleri ve eğitimleri aile hekimliği birimlerinde görevli aile sağlığı çalışanı (Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru, ATT) tarafından verilmeye başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013a).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı ile sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesi ve erişilebilirliğinin arttırılması hedeflenmiştir. Bu hedefler kapsamında üreme sağlığı

hizmetleri için ‘Gebe Bilgilendirme Sınıfları’nın önemine değinilmiştir. Gebelerin doğum öncesi dönemde gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlere dair bilgilenmesini hedefleyen bilgilendirme ve danışmanlık hizmetinin sunulması için Sağlık Bakanlığı 2014/28 Sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi’ni yayınlamıştır. Daha sonra 09 Ekim 2018 tarihinde yayınladığı genelge ile kamu sağlık kurumları, üniversite ve özel hastanelerinin bünyesinde hizmet verecek birimlerde; gebe okulu (kamu ve üniversite hastanelerinde) , gebe bilgilendirme sınıfı (Aile Sağlığı Merkezi) ve doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezi (özel kurumlarda) biçiminde gruplandırmış, eğitim ve eğiticilerin standartlarını belirlemiştir (Buran ve ark., 2020; Dinç ve ark., 2014).

Gebe eğitimleri üzerine yapılmış ulusal ve uluslarası bir çok literatür bulunmaktadır. Gebe okullarında yürütülen araştırmalarda gebelerin doğum korkusunun eğitim öncesi ve sonrasına göre daha az olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunumuştur (Altıparmak ve Coşkun, 2016; Brixval ve ark., 2015; Tuna ve ark., 2021). Doğum öncesi hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerle yapılan çalışmalarda gebelerin vajinal doğum yapma oranlarının arttığı görülmektedir (Ferguson ve ark., 2013; Karkın ve ark., 2021; Özceylan ve ark., 2020; Yılmaz Esencan ve ark., 2018). Gebe eğitimine katılan kadınların doğum sonrası erken emzirmeleri olumlu etkilenmiş ve ten tene temas uygulama oranları yüksek bulunmuştur (Yılmaz Esencan ve ark., 2018). Gebelerin eğitim öncesi ve sonrası depresyon düzeylerine bakılan bir araştırmada gebelerde eğitimin depresyonu azaltıcı bir etkisi olduğu bulunmuştur (Şayık ve ark., 2019). Doğum öncesi eğitimler kadınların daha rahat bir gebelik, pozitif bir doğum deneyimi geçirmesine olanak sağladığı gibi psikososyal açıdan olumlu sonuçları da bulunmaktadır (Buran ve ark., 2020; Svensson ve ark., 2009). Bu sebeple de doğum öncesi bakımın ayrılmaz bir parçasıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma gebelere yönelik programlı ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin perinatal sonuçlarını incelemek amacıyla randomize kontrollü ön test son test karşılaştırmalı deneysel desende bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul iline bağlı Kadıköy ilçesi bölgesinde yer alan aile sağlığı merkezlerine kayıtlı ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun gebeler ile Temmuz 2020-Ocak 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Kadıköy ilçesinin araştırma bölgesi seçilmesinde sosyo kültürel düzeyin yüksek olması ve gebelerin doğum öncesi dönemde eğitim arayışlarının daha fazla olacağı düşüncesi etkili olmuştur.

3.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinin perinatal sonuçlara etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

H1- Ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinde girişim grubunun Perinatal Bilgi Formu puanı kontrol grubuna göre daha fazla olacaktır.

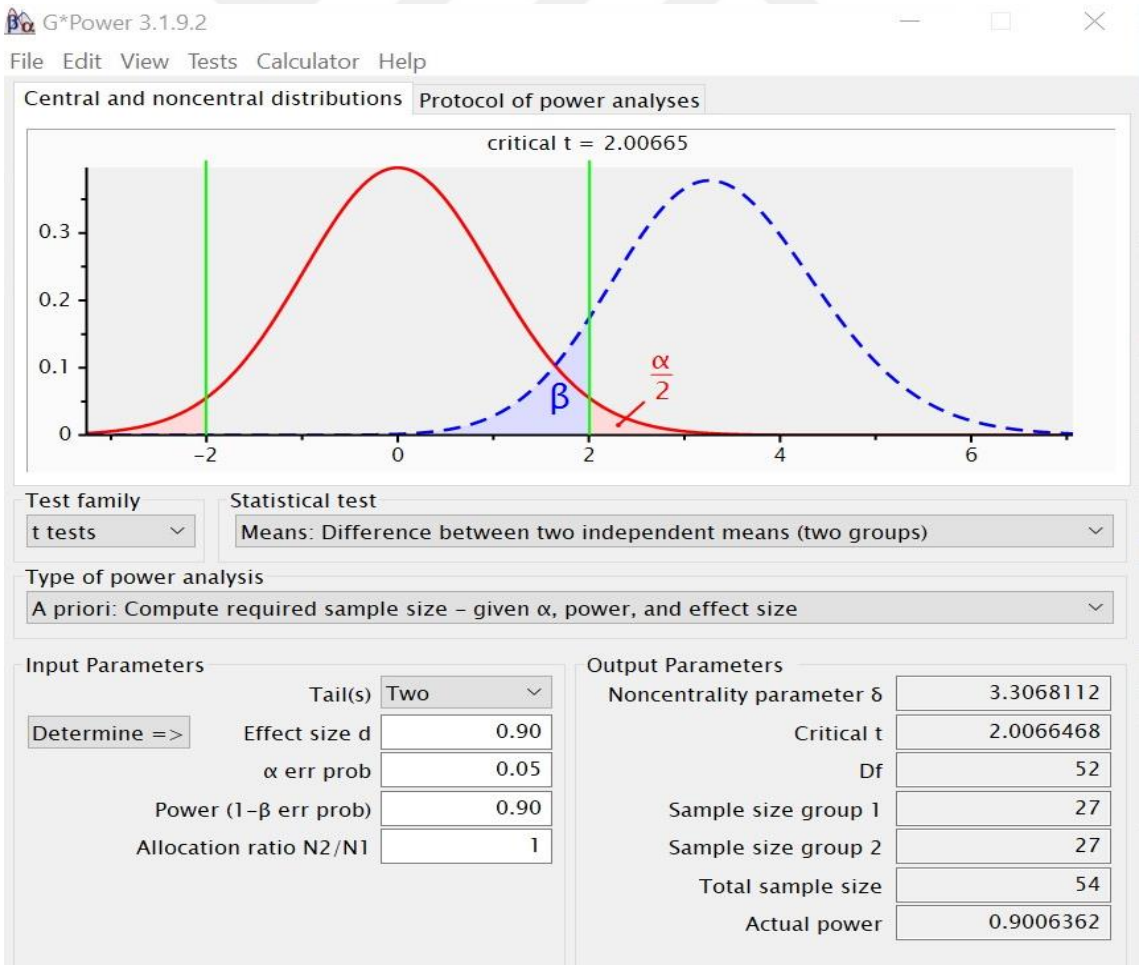
H2- Ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinde girişim grubunun vajinal doğum yapma oranı kontrol grubuna göre daha fazla olacaktır.

H3- Ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinde girişim grubunun doğum sonu Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları kontrol grubuna göre daha az olacaktır

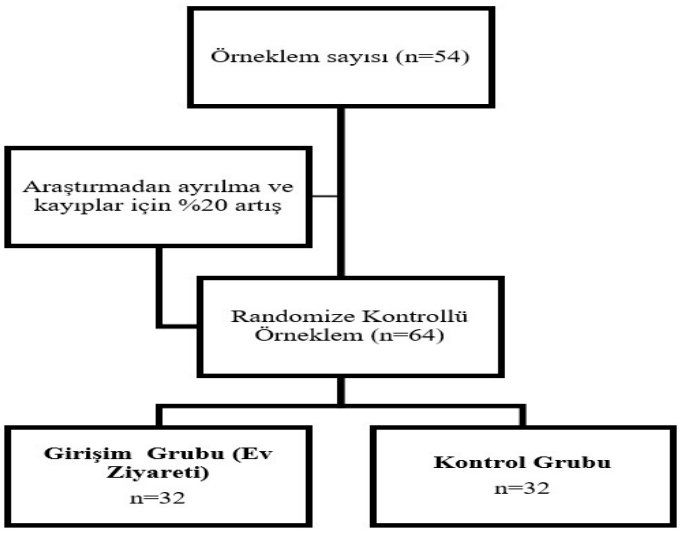
H4- Ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinde girişim grubunun doğum sonu Emzirme Öz Yeterliliği puanları kontrol grubuna göre daha fazla olacaktır.

3.5. Araştırmanın Evren-Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul iline bağlı Kadıköy ilçesinin merkezindeki Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'lerine kayıtlı gebeler oluşturmaktadır. Örneklem sayısını belirlemek için güç analizi yapılmıştır. Güç analizi G-power programı kullanılarak hesaplanmıştır. Güç, sıfır hipotezi reddetme olasılığını, yani istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde etme olasılığını ifade eder (*G * Power 3.1 Manual* , 2017). Örnek hesaplaması için araştırmanın etki büyüklüğü için literatür taraması yapılmış ve TNSA 2018'de verilen doğum öncesi bakım dört ve üzeri alan oranı kullanılarak (%90), ve Güven Aralığı (GA) %90 olarak hesaplama yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı reddetme ihtimali ve her gebenin risk potansiyeli taşıması nedeniyle örneklem sayısı %20 arttırılmış ve toplamda 64 gebe araştırmaya alınmıştır. Araştırmada 64 gebe iki gruba ayrılmıştır. Birinci grup (n=32 gebe) ev ziyareti yapılan girişim grubunu, ikinci grup (n= 32 gebe) kontrol grubunu oluşturmuştur.



Şekil 3-1: G* Power 3.1.9.2 Program ile Örneklem Hesaplaması



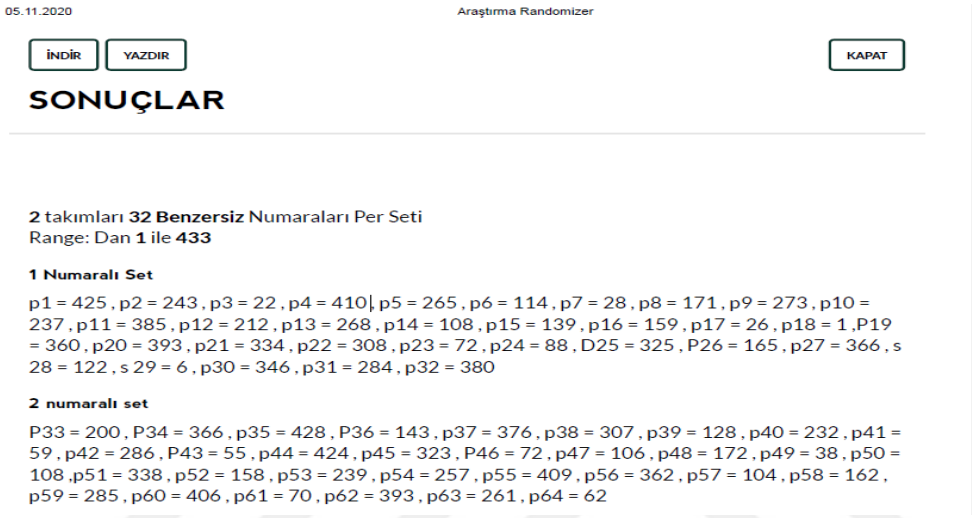
Şekil 3-2: Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemi için Kadıköy İlçe Sağlık Müdürlüğünün Ulusal Sağlık Sistemi (USS) Yönetim modülünde kayıtlı bulunan birinci trimester tüm gebeler listelenmiştir. USS'de toplam 1780 gebe kayıtlı çıkmıştır. Bu gebelerin içerisinden araştırma kriterleri doğrultusunda gebeliği ilk 14 hafta arasında bulunan gebeler listelenmiş ve 433 gebe birinci trimesterda bulunmuştur. Toplam 433 gebeden 32 girişim, 32 kontrol grubuna gebelerin randomize seçilebilmesi için randomizer.org sitesinden seçim yapılmıştır (Şekil 3-2).

3.6. Araştırmanın Randomizasyonu

USS'den listelenmiş ilk 14 hafta içerisinde olan 433 gebe randomizer.org sitesine iki gruplu olarak girilmiştir. İki gruba 32 benzersiz numaralı set oluşacak şekilde toplam 64 rakam seçmesi komutu verilmiştir. Bu doğrultuda Şekil 3-3'de verilen rakamlar çıkmıştır. USS listesindeki rakam sıralamasına göre random çıkan rakamlar basit rastgale yöntem ile gruplara gebeler atanmıştır. İlk grup girişim grubunu oluşturmuştur. Randomize atanan numaralara denk gelen listedeki gebeler girişim grubuna atanmıştır. Bu kişilerden araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler olduğunda, kendisinden sonra ilk gelen gebe aranmıştır. Bu işlem örneklem sayısı girişim grubunda 32 olunca tamamlanmıştır. Örneklemde randomize olarak seçilen ve girişim grubunda olan gebeler tek tek aranarak araştırma konusunda bilgi verilmiş ve araştırmaya katılımları için sözel onayları alınmıştır (Ek-1).

İkinci grup kontrol grubudur. Kontrol grubu için randomize atanan numaralara denk gelen gebeler atanmıştır. Örneklemde randomize olarak seçilen kontrol grubunda olan gebeler tek tek aranarak araştırma konusunda bilgi verilmiş ve araştırmaya katılımları için sözel onayları alınmıştır. Bu kişilerden araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler olduğunda, kendisinden sonra ilk gelen gebe dahil edilerek örneklem sayısı 32 olana kadar işlem devam etmiştir.


05.11.2020 Araştırma Randomizer

İNDİR YAZDIR KAPAT

SONUÇLAR

2 takımları **32 Benzersiz** Numaraları Per Seti
Range: Dan **1** ile **433**

1 Numaralı Set

p1 = 425 , p2 = 243 , p3 = 22 , p4 = 410 , p5 = 265 , p6 = 114 , p7 = 28 , p8 = 171 , p9 = 273 , p10 = 237 , p11 = 385 , p12 = 212 , p13 = 268 , p14 = 108 , p15 = 139 , p16 = 159 , p17 = 26 , p18 = 1 ,P19 = 360 , p20 = 393 , p21 = 334 , p22 = 308 , p23 = 72 , p24 = 88 , D25 = 325 , P26 = 165 , p27 = 366 , s 28 = 122 , s 29 = 6 , p30 = 346 , p31 = 284 , p32 = 380

2 numaralı set

P33 = 200 , P34 = 366 , p35 = 428 , P36 = 143 , p37 = 376 , p38 = 307 , p39 = 128 , p40 = 232 , p41 = 59 , p42 = 286 , P43 = 55 , p44 = 424 , p45 = 323 , P46 = 72 , p47 = 106 , p48 = 172 , p49 = 38 , p50 = 108 ,p51 = 338 , p52 = 158 , p53 = 239 , p54 = 257 , p55 = 409 , p56 = 362 , p57 = 104 , p58 = 162 , p59 = 285 , p60 = 406 , p61 = 70 , p62 = 393 , p63 = 261 , p64 = 62

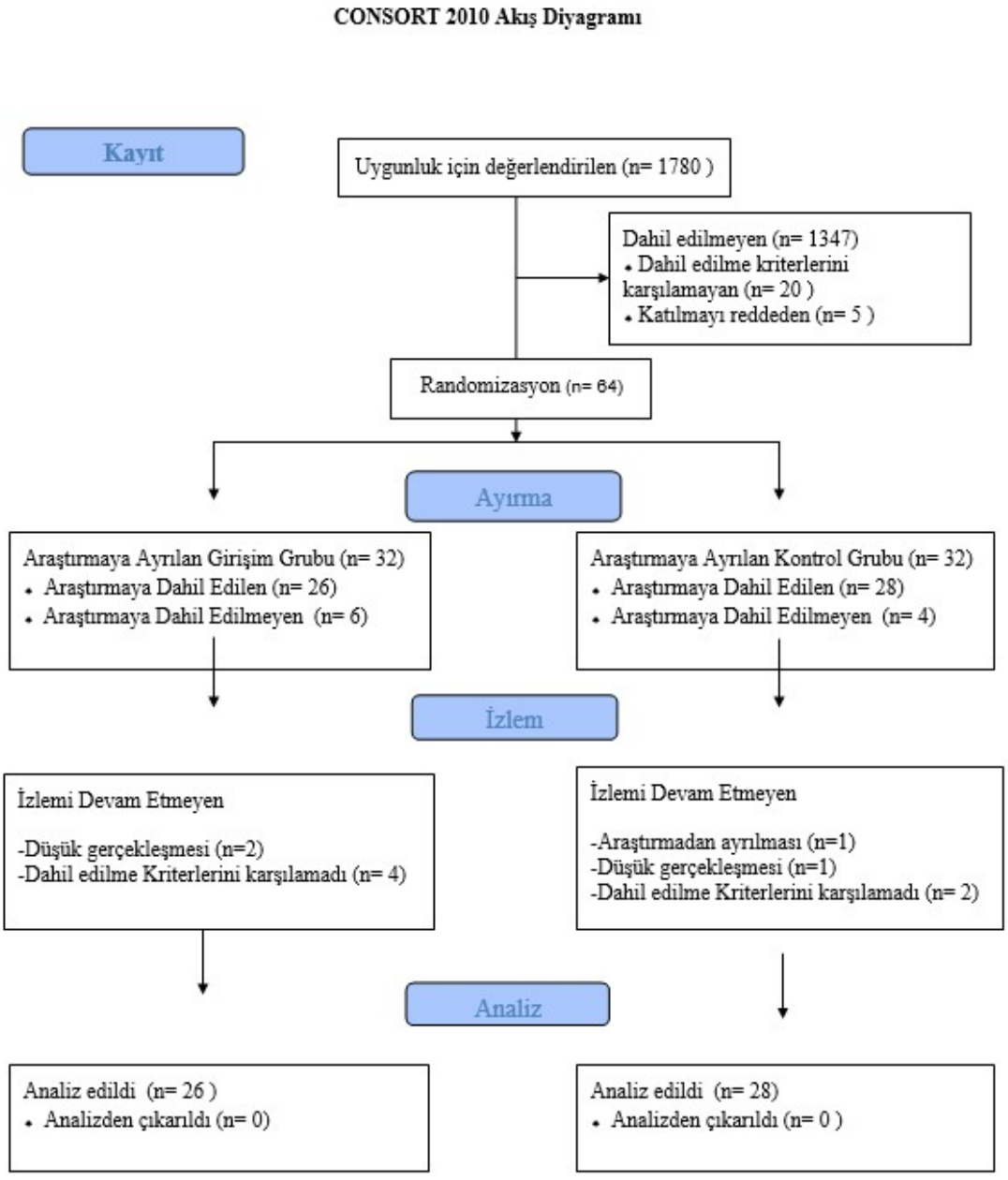
Şekil 3-3: Örneklemin Randomizasyonu

3.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Primipar olması.
2. Yüksek riskli gebeliğinin olmaması.
3. Tek fetus bulunması.
4. İnfertilite tedavisi ile gebe kalmamış olması.
5. Psikiyatrik bir tanı almamış olması.

3.8. Araştırma Dışlanma Kriterleri

1. Ana dilinin Türkçe olmaması
2. Planlı, periyodik bir gebe okulu kursuna katılmış olması

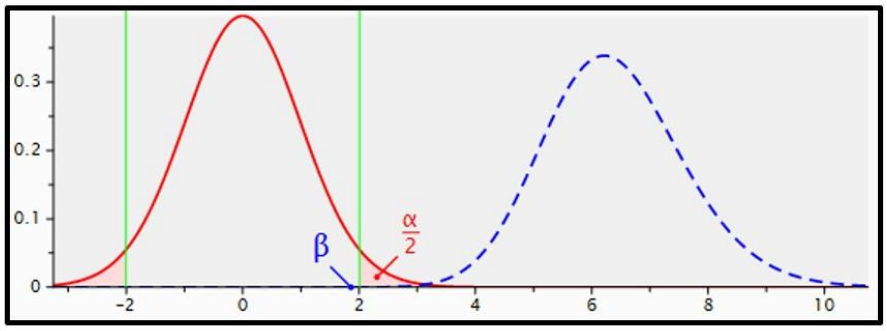


Şekil 3-4: Consort 2010 Akış Diyagramı (Schulz ve ark., 1995; Sunay ve ark., 2003)

Girişim grubunda bulunan 32 gebeden iki gebe düşük gerçekleşmesi nedeniyle ev ziyareti ve ASM izlemi başlamadan örneklemden çıkmıştır. Bir gebe preeklempsi gelişmesi nedeniyle birinci ASM izleminden itibaren, bir gebe ise gestasyonel diyabet gelişmesi nedeniyle ikinci ASM izleminden itibaren çalışmadan çıkmıştır. İki gebe intrauterin gelişme geriliği nedeni ile ikinci ev ziyaretinden itibaren çalışmadan çıkmıştır. Toplamda 26 gebe ile ASM izlemeleri, ev ziyareti izlemeleri ve eğitimleri tamamlanmıştır.

Kontrol grubunda bulunan 32 gebeden bir gebe molar gebelik, bir gebe düşük, bir gebe intrauterin gelişme geriliği ve bir gebe ise çalışmaya devam etmek istememesi nedeniyle çalışmadan çıkmıştır. Toplamda 28 gebe ile çalışma yürütülmüştür.

Araştırma sırasında girişim grubundan ve kontrol grubundan ayrılan gebelerin araştırma gücüne etkisinin olup olmadığına bakmak için çalışmanın gücü "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak bakılmıştur. Girişim grubu 26, kontrol grubu 28 olmak üzere 54 kişiye uygulanan analiz sonucunda $\alpha = 0.05$ düzeyinde, etki büyüklüğü 1.7145 olarak bulunmuş ve post-hoc olarak hesaplanan çalışmanın gücü 0.99 olarak hesaplanmıştır. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi gereken power değeri 0.67'dir. Bu durumda araştırmanın gücü çok iyi çıkmıştır (Şekil 3-5).



t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis:	Post hoc: Compute achieved power		
Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size d	=	**1.7145280**
	α err prob	=	0.05
	Sample size group 1	=	**26**
	Sample size group 2	=	**28**
Output:	Noncentrality parameter δ	=	6.2952559
	Critical t	=	2.0066468
	Df	=	52
	Power (1−β err prob)	=	**0.9999876**

Şekil 3-5: G*Power 3.1.9.2 Programı ile Araştırmanının Gücünün Hesaplanması

3.9. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma süresince gebelerden veriler doğum öncesi ve doğum sonu dönemde toplanmıştır. Tüm araştırma veri toplama formları literatür ışığında araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Beydağ ve Mete, 2010; Burçin, 2017; Ecem, 2019; Özge, 2018; Öztürk, 2018; Şahin ve ark., 2019; Sinem, 2019; Yıldırım Varışoğlu, 2009; Yılmaz,

2019). Araştırmada doğum sonu dönemde Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekler için yazarlardan onayları alınmıştır.

Araştırma Covid-19 pandemisi sürecinde yürütülmesi nedeniyle gebelerin fiziksel temaslarını ve Covid-19 enfeksiyonu bulaş riskini azaltmak için tüm veri toplama formları online platform (Google anket) üzerinden yapılmıştır.

Doğum öncesi tüm veri toplama formları girişim grubunda izlemler esnasında online yöntem ile doldurulması sağlanmıştır. Kontrol grubu ve tüm doğum sonrası anketler ise sadece online olarak doldurulmuştur.

3.9.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2)

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo demografik verileri, medikal öyküsü, obstetrik özellikleri, doğum öncesi bakıma yönelik verileri, sağlıklı ve riskli davranış durumunu tanımlayan ve doğum öncesi dönemde aldığı eğitim başlıklarını içeren verileri toplamak üzere toplam 46 sorudan oluşan bir formdur. Bu form araştırmacılar tarafından literatürdeki araştırmalar rehberliğinde geliştirilmiştir (Burçin, 2017; Çakır ve ark., 2019; Ecem, 2019; Yanıkkerem, 2018).

3.9.2. Gebe izlem Son Değerlendirme Formu (Ek-2.1)

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş gebelerin son ev ziyareti izlemi yapıldıktan sonra doğum öncesi bakımın, sağlıklı ve riskli davranışların değerlendirildiği toplam 23 soruluk veri toplama formudur (Ergin ve ark., 2010; Tuz Doğaner, 2014).

3.9.3. Perinatal Bilgi Formu-Ön Test, Son Test (Ek-3)

Gebelerin doğum öncesi bakımda doğuma hazırlık eğitimlerine başlamadan önce araştırmacılar tarafından literatürden faydalanılarak (Beydağ ve Mete, 2010; Şahin ve ark., 2019; Burçin, 2017) geliştirilmiş olan; gebelik, doğum, doğum sonrası sürece dair bilgi durumunu değerlendiren doğru ve yanlış (0,1) şeklinde puanlanan toplam 35 sorudan oluşan veri toplama formudur. Ev ziyaretleri tamamlandıktan sonra aynı form son test olarak tekrar uygulanmıştır. Perinatal Bilgi Formu'nun güvenirliliği Kuder-Richardson yöntemi ile hesaplanmıştır. Güvenirlilik katsayısı için 0,80 ve üzeri olması önerilmektedir (Bademci, 2011). Perinatal Bilgi Formu'nun güvenirlilik katsayısı ön test için 0,83, son test için 0,87 bulunmuştur (Tablo 3-1).

Tablo 3-1: Perinatal Bilgi Formu Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Kuder-Richardson güvenirlik katsayıları	$\bar{X}$	SS
Ön Test	0,832	18,03	5,86
Son Test	0,873	25,51	6,17

3.9.4. Doğum Sonu Görüşme Formu (Ek-4)

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan formun birinci bölümünde; doğum şekli, doğum haftası, doğum tartısı, doğumda uygulanan müdahaleler, ten tene temas gibi doğum sürecini tanımlayan toplam 27 sorudan oluşan, ikinci bölümde ise doğum sonu döneme ait annenin bakımı, uyku durumu, emzirme durumu ve sosyal desteği hakkında toplam 12 sorudan oluşan bir formdur (Aksakallı ve ark., 2012; Ergin ve ark., 2010).

3.9.5. Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği (Ek-5)

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği 1999 yılında Dennis tarafından geliştirilen 33 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.96 bulunmuştur. Ölçeğin 2003 yılında 14 maddelik Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu geliştirilmiştir. Öçeğin Kısa Formu Tokat Aluş, Okumuş ve Dennis tarafından 2010 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği yapılmıştır. Kısa form ölçeğin madde-toplam korelasyonu 0.60'ın altında ve Cronbach alpha değeri 0.94 bulunmuştur. Emzirme Öz-Yeterliliği Kısa Form Ölçeği 5 puanlı Likert Tipi ölçeğidir 1= "Hiç emin değilim" ve 5 = "Her zaman eminim". Ölçekten alınabilir minimum puan 14 maximum 70 yüksek puan, yüksek emzirme öz-yeterliliği göstergesidir (Aluş Tokat ve ark., 2010).

3.9.6. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (Ek-6)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ); 10 maddeden oluşan, dörtlü Likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. EDDÖ'nün Türkçe uyarlaması 1996 da Engindeniz tarafından gerçekleştirilmiştir. Aydın ve arkadaşları ise 2003 de Türkçe geçerlilik güvenirliği yapılmıştır. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2. ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve

10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. Aydın ve arkadaşlarınınn yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin duyarlılığının ve özgüllüğünün olduğunda sırasıyla %84 ve %88, kesme değeri ise 12,5 olarak kabul edildi. Cronbach alfa değeri 0.79'dur. Ölçeğin pozitif tahmin ettirici değeri %30,3 ve negatif tahmin ettirici değeri %94,5 olarak bulunmuştur (Aydin ve ark., 2004).

3.9.7. Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlem Memnuniyet Formu (Ek-7)

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş doğum öncesi bakımın programlı ev ziyaretinde alınan memnuniyeti değerlendirebilmek üzere hazırlanmış 20 sorudan oluşan formdur.

3.9.8. Ev Ziyareti Gebe İzlem Formu (Ek-8)

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş gebe izleminde öykü ve izlem basamaklarının kayıt edildiği bir formdur.

3.10. Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlem Eğitim Kitapçığı (Ek-9)

Gebelere ev ziyareti sırasında verilen eğitimlerin başlıklarına göre dört ev ziyaretinden oluşan ve bilgilerin tekrar edilebilmesi için bir eğitim kitapçığı hazırlanmıştır (EK-10). Eğitim kitapçığının içeriği;

- Gebelik Süreci
- Gebelikte Sık Görülen Yakınmalar ve Çözüm Önerileri
- Gebelikte Tehlike İşaretleri
- Doğumun Anatomisi ve Fizyolojisi
- Doğum Eylemi ve Doğumun Evreleri
- Doğum Korkusu
- Doğumda Kullanılan Ağrıyı Azaltmada İlaç Dışı Yöntemler
- Doğumnu Planlanması, Hastane Seçimi
- Doğum Sonrası Anne ve Yenidoğan Bakımı
- Anne Sütü ve Emzirme'dir.

Hazırlanan eğitim kitapçığı 10 uzmana değerlendirmesi için gönderilmiştir. On uzmandan gelen değerlendirmeler için kapsam geçerlilik oranı (KGO) ve kapsam geçerlilik indeksleri (KGİ) hesaplanmıştır.

KGÖ için p=0,05 anlamlılık düzeyinde 10 uzmana düşen minimum değer KGO= 0,62 dir (Veneziano ve Hooper, 1997). KGÖ için p=0,05 anlamlılık düzeyinde 10 uzmana düşen minimum değer KGO= 0,62 dir. Eğitim kitapçığının 10 uzmanın değerlendirmesi sonucunda KGO minimum değer 0,65 çıkmıştır. KGO ortalamaları ile KGİ=0,75 çıkmıştır (KGİ≥KGO) (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018) (Tablo 3-2).

Ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemi eğitim kitapçığı bölüm ve içerikleri uzmanlardan alınan değerlendirme ölçütüne göre kapsam geçerliliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 3-2: Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlem Eğitim Kitapçığı

Bölümler	**Öneriler**	**Uygun (1)**	**Geliştirilmeli (2)**	**Gereksiz (3)**	**KGO**
Kitapçığın Başlığı					
Kitapçığın başlığı, çalışmanın amacını yansıtmaktadır.		10	0	0	1,00
Kapak					
Kapak sayfası uygun olarak hazırlanmıştır.		10	0	0	1,00
İçindekiler					
İçindekiler sayfası uygun olarak hazırlanmıştır.		10	0	0	1,00
İçindekiler sayfasında yer alan sayfa numaralandırılmıştır.		9	1	0	0,80
Giriş					
Ev ziyaretinde yapılacak eğitimin amacını açıklar		9	1	0	0,80
Birinci Ev Ziyareti					
Birinci Ev Ziyaretinde neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır		9	1	0	0,80
Birinci Doğuma Hazırlık Eğitimi		8	2	0	0,65

Tablo 3-3: Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlem Eğitim Kitapçığı (Devam)

Bölümler	Öneriler	Uygun (1)	Geliştirilmeli (2)	Gereksiz (3)	KGO
Gebelik Süreci		8	2	0	0,65
Gebelikte Yakınmalar ve Çözüm Önerileri		8	2	0	0,65
Gebelikte Fiziksel Aktivite		8	2	0	0,65
Hangi Durumlarda Beklenmeden Hastaneye Başvurulmalı		8	2	0	0,65
İkinci Ev Ziyareti					
İkinci Ev Ziyaretinde neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır		9	1	0	0,80
İkinci Doğuma Hazırlık Eğitimi		8	2	0	0,65
Doğum Nasıl Olur		8	2	0	0,65
Doğumun Belirtileri		9	1	0	0,80
Üçüncü Ev Ziyareti					
Üçüncü Ev Ziyaretinde neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır		9	1	0	0,80
Üçüncü Doğuma Hazırlık Eğitimi		8	2	0	0,65
Doğum Dalgaları ile Birliktelik		8	2	0	0,65
Doğumun Planlanması		8	2	0	0,65
Dördüncü Ev Ziyareti					
Dördüncü Ev Ziyaretinde neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır		10	0	0	1,00
Dördüncü Doğuma Hazırlık Eğitimi		9	1	0	0,80
Lohusalık Bakımı		8	2	0	0,65
Bebek Bakımı		9	1	0	0,80
Anne Sütü ve Emzirme		9	1	0	0,80
Ek-1 Gebelik Egzersiz Örnek Resimler		9	1	0	0,80
Eğitim Materyalinde kullanılan kaynaklar günceldir.		10	0	0	1,00

Gebe Ev Ziyareti Çantasında Bulunan Temel Malzemeler

Gebelere yapılan ev ziyaretlerinde ev ziyareti çantası oluşturulmuştur. Bu çantada gebenin evde izleminin yapılabilmesini sağlayacak medikal aletler ve evde verilecek olan doğuma hazırlık eğitimi için maket ve eğitimi materyaller yer almaktadır. Her ev ziyaretinde izlemlerin kayıt edildiği ve veri toplama formları da hazır bulundurulmuştur.



Şekil 3-6: : Ev ziyareti Çantası (Eğitim Malzemeleri)

Çantada yer alan malzemeler;

•Kan basıncı aleti ve steteskop •Pamuk, flaster, sargı bezi ve diğer pansuman malzemeleri •Alkol, batikon gibi antiseptik solüsyonlar • Fetal Kalp Atım (FKA) borusu (fötoskop) • El Dopleri

• Termometre • El kantarı • Baskül • Mezura • Enjektör • Sabun, el havlusu • Atık torbası (plastik poşet) • Non steril eldiven • Steril Eldiven • Basit idrar analizlerini yapmak için gerekli malzemeler (protein, şeker stripleri vb.) Basit kan testleri yapmak için gerekli malzemeler (kapiller tüp, glukometre vb.)



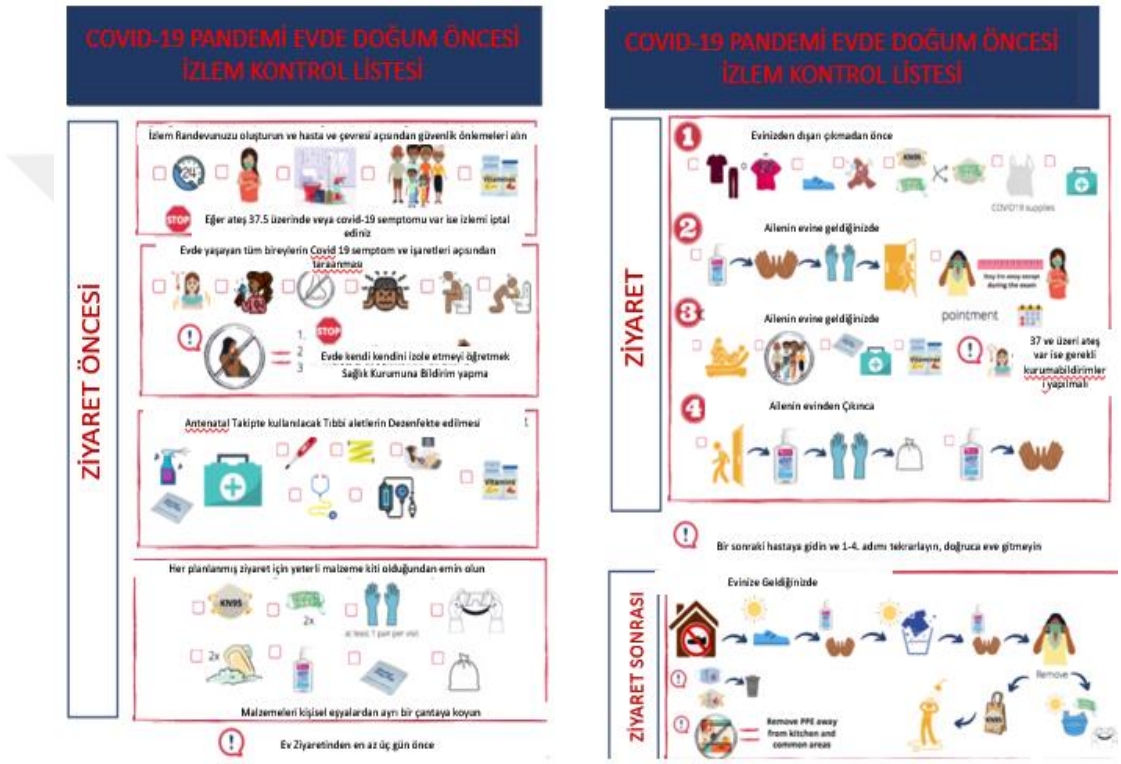
• Gebelik ve doğum Atlası,
• Uterus Maketi
• Pelvis Maketi
• Bebek
• Meme maketi
• Süt sağma malzemeleri
• Göğüs bakımı malzemeleri

Şekil 3-7: Ev ziyareti Çantası (Medikal Malzemeler)

• Doğum sırasında kullanılabilecek nonfarmakolojik yöntemlerden yağlar, masaj topu, sıcak uygulama kemeri

Ev Ziyaretlerinde COVİD-19'a Yönelik Alınan Önlemler

Covid-19 Pandemisi nedeniylede ev ziyaretlerinde maske ve hijyene son derece özen gösterildi, ev ziyaretlerinin 120 dakikanın üzerine çıkmaması sağlandı. Covid-19 Enfeksiyonu nedeniyle ev ziyaretlerinde gebenin ve sağlık çalışanının korunması sağlanacak şekilde planlandı (Hernandez ve ark., 2020). Ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinin ev ziyaretleri sırasında uyulacak tedbirleri Şekil 3-8'de verildiği şekilde gerçekleştirildi.

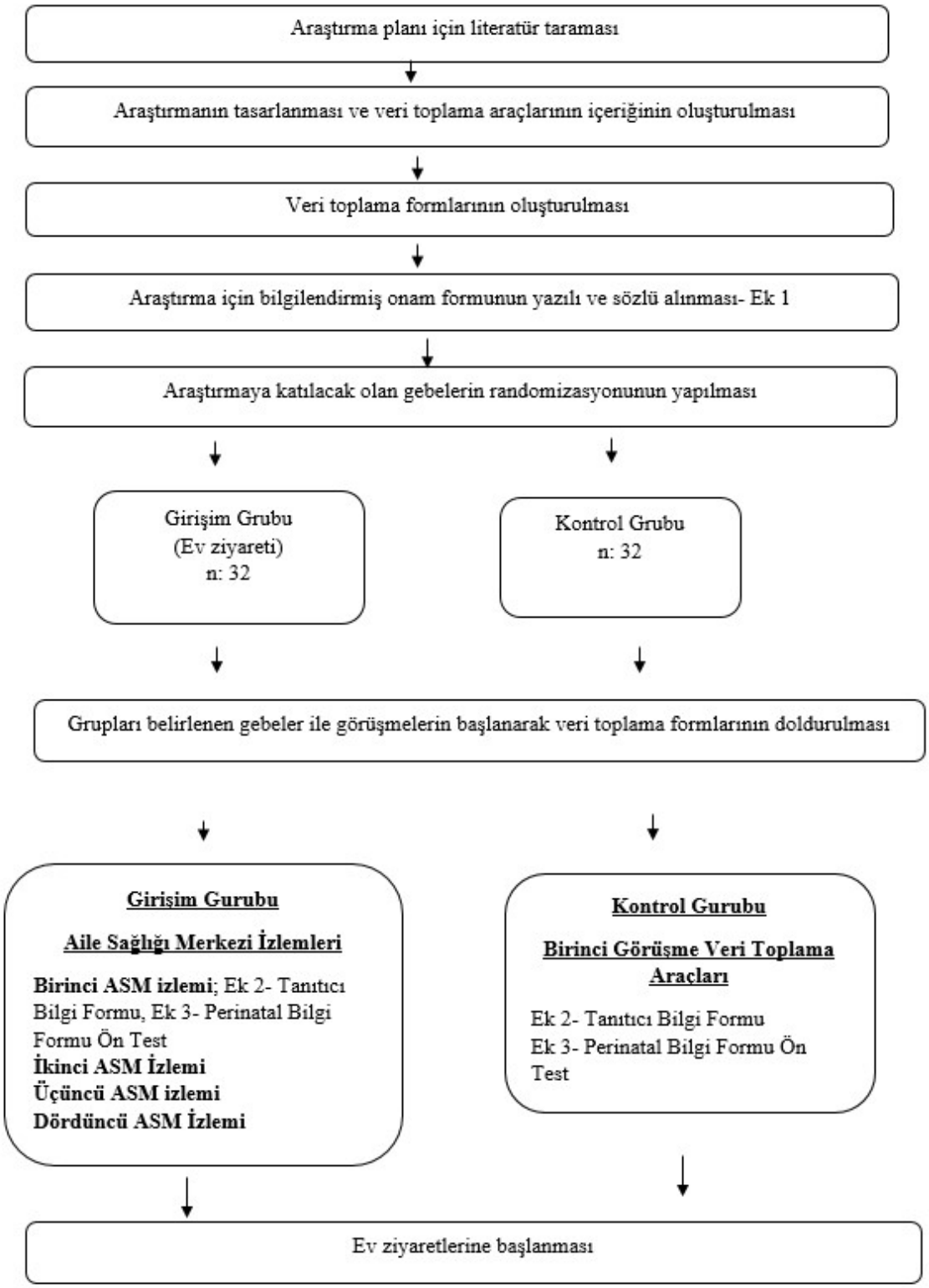


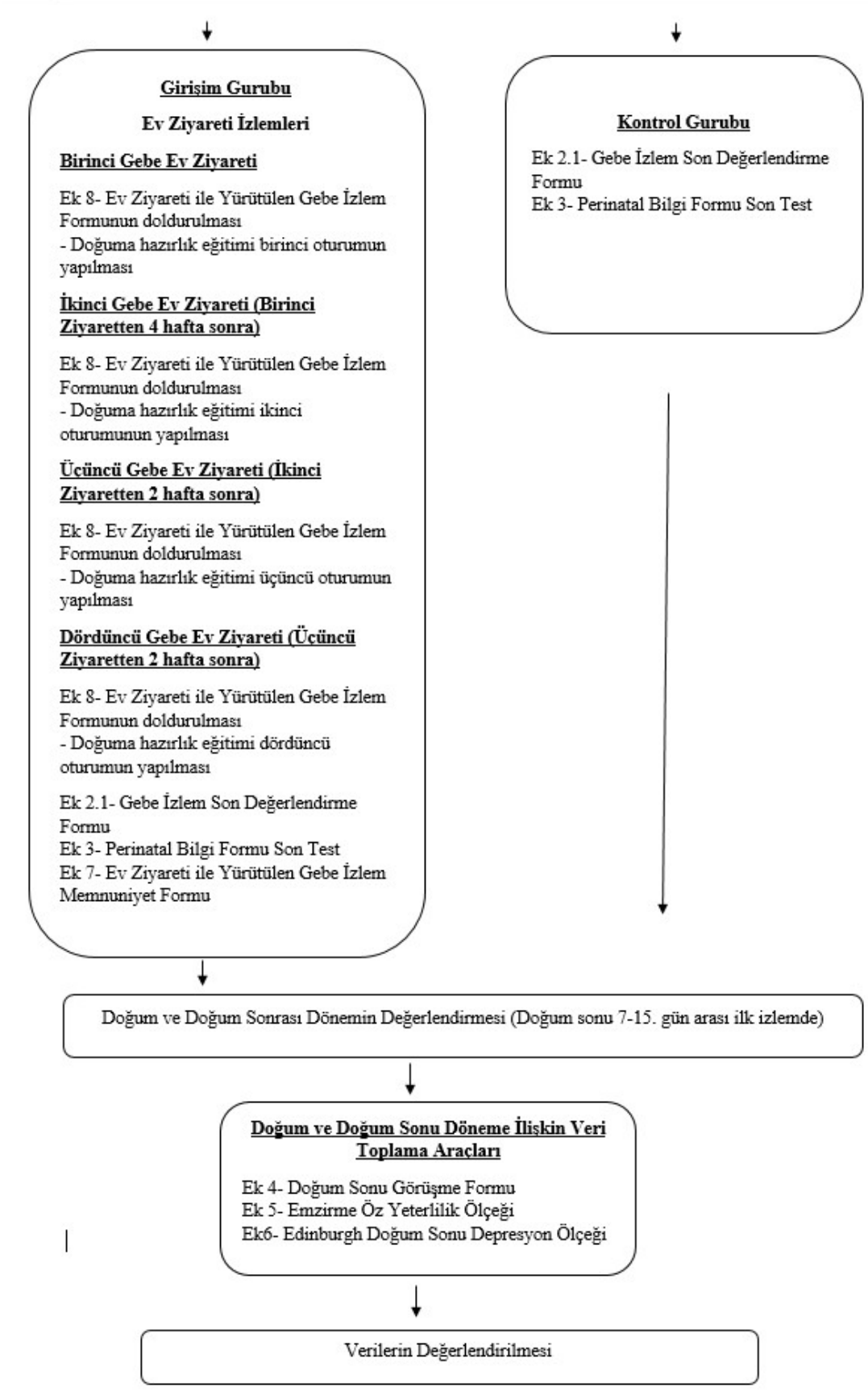
Şekil 3-8: **Covid-19 Pandemi Ev Ziyareti Hazırlık Listesi**

3.11. Araştırma Verilerinin Toplanması

Birinci basamakta gebelerin aile hekimliği yazılım sistemine tespit olarak düşmesi üzerine, DSÖ 2016 doğum öncesi bakım modeline göre hazırlanmış olan ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemleri ASM'de dört, gebelerin evlerinde dört olmak üzere toplam sekiz izlem olacak şekilde yapılmıştır. Araştırma verileri bu izlemlerde toplanmıştır.

Araştırma Akış Şeması





Şekil 3-9: Araştırma Akış Şeması

3.12. Araştırmanın Uygulama Basamakları

Araştırma girişim ve kontrol grubu ile doğum öncesi ve doğum sonrası iki aşamada veri toplanmıştır (Şekil 3-9). Birinci aşamada gebelere ASM'deki izlemler ile ev ortamındaki izlemler yapılmış, daha sonra doğum ve doğum sonu döneme ait anne ve bebeğin bakımına ait veriler geri dönük olarak özbildirime dayalı olarak toplanmıştır.

3.12.1. Girişim Grubu Uygulama Basamakları

Girişim grubu gebelerin izleminde, DSÖ'nün 2016 yılında yayınladığı doğum öncesi bakım rehberinin önerdiği sekiz izlem sayısı esas alınmıştır (WHO, 2016). Bu izlemlerin içerikleri DSÖ'nün ve Sağlık Bakanlığının DÖB rehberlerinde yararlanılarak ev ziyareti izlemleri ve ASM izlemleri araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018; UNICEF ve World Health Organization, 2015). Ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinin ilk dört izlemi ASM'de yapılmış, geri kalan dört izlem ise ev ortamında toplam sekiz izlem yapılmıştır. Ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinin eğitim içeriği doğuma hazırlık olması nedeniyle üçüncü trimesterden itibaren başlamış, bu izlem haftaları da DSÖ'nün doğum öncesi bakım rehberine uygun şekilde planlanmıştır (Tablo 3-3).

Tablo 3-4: Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlem Programı

İzlem	Hafta	Yer	Yapılanlar
Birinci İzlem	0-14	ASM	DÖB rehberi doğrultusunda rutin izlem
İkinci izlem	18-24	ASM	DÖB rehberi doğrultusunda rutin izlem
Birinci İzlem	28-30	**Ev**	**DÖB rehberine ek olarak doğuma hazırlık eğitimleri**
Üçüncü izlem	28-32	ASM	DÖB rehberi doğrultusunda rutin izlem
İkinci izlem	32-34	**Ev**	**DÖB rehberine ek olarak doğuma hazırlık eğitimleri**
Üçüncü İzlem	34-36	**Ev**	**DÖB rehberine ek olarak doğuma hazırlık eğitimleri**
Dördüncü izlem	36-38	ASM	DÖB rehberi doğrultusunda rutin izlem
Dördüncü izlem	36-38	**Ev**	**DÖB rehberine ek olarak doğuma hazırlık eğitimleri**
	Doğum sonu		
	2. hafta	Online	Doğum Sonu Dönem Görüşmesi

3.12.1.1. Girişim Grubu Aile Sağlığı Merkezi İzlemleri

Gebelere rutin izleminde Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Rehberi basamakları uygulanmıştır. Bu basamaklar şu şekildedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018);

- Birinci ASM İzlemi (İlk 14 hafta)

Gebeliğin ilk 14 haftası içerisinde yapıldı. İlk ziyarette gebenin kişisel bilgileri (yaş, akraba evliliği mi, eğitim düzeyi vb.), ailedeki sağlık öyküsü, alışkanlıklar, tıbbi öyküsü, önceki gebelikleri ve mevcut gebeliği hakkında bilgiler alındı. Gebenin fizik muayenesi ve laboratuvar testleri yapıldı (idrar tahlili, kan tetkiki, gerekli görülen diğer tahlilleri yapılır). İlk trimestere özgü danışmanlıklar verildi. Demir, D vitamini, folik asit gibi anemi profilaksisi uygulandı, bağışıklama yapıldı.

- İkinci ASM İzlemi (18-24. haftalar)

Gebenin fiziksel muayenesi ve laboratuvar testleri yapıldı (idrar tahlili, kan tetkiki, gerekli görülen diğer tahliller). Gebeliğin 24-26. haftaları arasında glukoz tarama testinin yapılması önerildi. Obstetrik Ultrasonografi yapılması önerildi. İkinci trimester ile ilgili konular hakkında danışmanlık verildi.

- Üçüncü ASM İzlemi (28-32. Haftalar)

Gebenin fiziksel muayenesi ve laboratuvar testleri yapıldı (idrar tahlili, kan tetkiki, gerekli görülen diğer tahliller). Üçüncü trimestera özgü danışmanlıklar verildi.

- Dördüncü İzlemi (36-38. Haftalar)

Gebenin fiziksel muayenesi ve laboratuvar testleri yapıldı (idrar tahlili, kan tetkiki, gerekli görülen diğer tahliller). Doğuma özgü danışmanlıklar verildi.

3.12.1.2. Girişim Grubu Ev Ziyareti İzlemleri

Gebelere ev ziyareti eşliğinde izlemlerinin yapılması ve doğuma hazırlık eğitimlerinin verilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın DÖB rehberi ve DSÖ'nün 2016 da güncellenen doğum öncesi bakım rehberine uygun şekilde ev ziyaret izlem ve eğitimleri uygulandı. Ev ziyaretleri toplamda dört kez yapıldı. Bu ziyaretlerde gebelik izlemleri ve doğuma hazırlık eğitimleri verildi. Dört ziyarette yapılan izlem basamakları ve verilen eğitim Tablo 3-4'de verildi.

Tablo 3-5: Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlemleri Programı

Ev Ziyareti Sayısı	Gebelik Haftası	Yöntem	Ziyarette Gebe İzlemi*	Ziyarette verilen Doğuma Hazırlık Oturumu***	Uygulama Süresi
Birinci	28-30 Hafta	Anlatım, Soru-cevap, Power Point Sunum, Egzersizleri gösterme	Veri toplama formları** İletişim Öykü alımı Fizik Muayene Risk değerlendirmesi	Birinci Oturum Gebeliğin Anatomi ve Fizyolojisi ve Gebelik Egzersiz Gebelikte Yakınmalar ve çözüm önerileri Gebelikte Tehlike İşaretleri	0-30 dk izlem 30-90 dk eğitim
İkinci	32-34 Hafta	Anlatım, Soru-cevap, Power Point Sunum, Maketlerle sunum	İletişim Öykü alımı Fizik Muayene Risk değerlendirmesi	İkinci Oturum Doğum Korkusu Doğumun Anatomisi ve Fizyolojisi Doğum Eylemi	0-20 dk izlem 20-90 dk eğitim
Üçüncü	34-36 Hafta	Anlatım, Soru-cevap, Power Point Sunum, Maketlerle sunum	İletişim Öykü alımı Fizik Muayene Risk değerlendirmesi	Üçüncü Oturum Doğumda Kullanılan Non-Farmokolojik Yöntemler Doğumun Planlanması ve Doğum Merkezinin Seçimi	0-20 dk izlem 20-90 dk eğitim
Dördüncü	36-38 Hafta	Anlatım, Soru-cevap, Power Point Sunum, Maketlerle sunum	Veri toplama formları İletişim Öykü alımı Fizik Muayene Risk değerlendirmesi	Dördüncü Oturum Doğum Sonrası Anne ve Yenidoğan Bakımı Anne Sütü ve Emzirme	0-20 dk izlem 20-90 dk eğitim
Açıklamalar	*İzlemde programlı ev ziyareti gebe izlemi tanıtıcı formu kullanıldı. Tanıtıcı formlar rehberin 10-12. Sayfalarında yer almaktadır. **, Ek 1- Bilgilendirmiş Onam Formu, Ek 2- Tanıtıcı Bilgi Formu, Ek 3- Perinatal Bilgi Formu, Ek 2.1- Gebe İzlem Son Değerlendirme Formu, Ek 6- Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlem Memnuniyet Formu, Ek 4- Doğum Sonu Görüşme Formu, Ek 5- Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği, Ek 6- Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Ek 7- Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlem Formunun doldurulması, Ek 8- Ev Ziyareti İle Yürütülen Gebe İzlem Eğitim Kitapçığı **Doğuma hazırlık oturumları rehberde her ev ziyaretinde literatür bilgi ışığında verilmiştir.				

3.12.2. Kontrol Grubu Uygulama Basamakları

Kontrol grubuna dahil olan gebeler çalışmaya katılmayı onayladıktan sonra sözlü ve yazılı bilgilendilmiş onamları alındı. Kontrol grubuna rutin doğum öncesi bakım dışında bir girişim yapılmadı. Gebelere birinci görüşmede online olarak Tanıtıcı Bilgi Formu, Perinatal Bilgi Formu ön test uygulandı.

Kontrol grubu gebelere 36-38. haftalar arasında online olarak Perinatal Bilgi Formu- Gebe İzlem Son Değerlendirme Formu uygulandı.

Doğum sonrası online olarak Doğum Sonu Görüşme Formu, Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği uygulandı.

3.13. Araştırmanın İzinleri

Etik Kurul İzni: Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 27/08/2020 tarih 10 nolu karar ile çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır.

Kurum İzni: Etik kurul izinin çıkmasından hemen sonra İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni için dosya hazırlanmış ve il sağlık müdürlüğüne başvurulmuştur. Covid-19 Pandemi nedeniyle kurum dışından araştırmacının kabul edilmemesi nedeniyle araştırmanın yürütüleceği Kadıköy İlçe Sağlık Müdürlüğünden bir kişinin isminin eklenmesi ile araştırma başvurusu İl Sağlık Müdürlüğüne yapılması mümkün olmuştur. Araştırma Kurum izni ise 28/10/2020 E.6362 sayılı yazı ile onayı çıkmıştır.

Ölçek İzinleri: Çalışmada kullanılmış olan Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasını yapmış olan yazarlardan elektronik posta yolu ile izinler alınmıştır.

Bilgilendirilmiş Onam: Çalışma Helsinki Deklerasyonuna uygun olarak yürütülmüş ve tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-1).

3.14. Klinik Araştırma Kaydı

Araştırmanın randomize kontrollü bir çalışma olması nedeniyle ClinicalTrials.gov adresine araştırmanın kaydı yapılmış ve ClinicalTrials ID: NCT04628598 numarası alınmıştır.

3.15. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir ilçede kayıtlı gebelerden seçilmiş olması, gebelerin sosyo ekonomik ve sosyokültürel durumu ülkemizdeki gebeleri temsil etmiyor olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

3.16. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemleri, bağımlı değişkenlerini Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puanı, Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanı ve Perinatal Bilgi Formu puanı oluşturmaktadır

3.17. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002).

Tablo 3-6: Verilerin Değerlendirmesinde Kullanılan İstatistiki Yöntemler

Analiz Edilen Parametreler	Kullanılan İstatistiki Yöntem
Tanıtıcı Bilgi Formu'na Ait Veriler	Tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Ki kare
Gebe Izleme Ait Veriler	Tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Normallik analizi, Bonferroni
Perinatal Bilgi Formuna Ait Veriler	Tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Bağımsız t test, Bağımlı t test, Kuruskal Wallis Test
Doğum Sürecine Ait Veriler	Tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Ki kare
Doğum Sonu Döneme Ait Veriler	Tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Ki kare
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği	İç Tutarlılık Analizi (Cronbach alpha), Bağımsız t test
Perinatal Bilgi Formu	Güvenirlilik Analizi (Kuder Richardson 20 (K-20)
Evde Gebe İzlemi ve ASM'de Gebe İzlemine ilişkin veriler	Tanımlayıcı istatistiksel metodlar,

Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımlı aşama karşılaştırılmasında ise tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan izlemi bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için ise Ki kare analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık değerlendirilmesi için $p \leq 0,05$ kabul edilmiştir.

Tablo 3-7: Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçek	Cronbach's Alpha
Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği	0,861
Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	0,899

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları Tablo 3-6'de verilmiştir. Ölçeklerin geneli incelendiğinde, Edinburgh Postpartum depresyon ölçeğinin 0.861, emzirme öz yeterlilik ölçeğinin ise 0.899 olarak bulunmuş ve iyi derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.60'tan büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir.

Tablo 3-8: Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Normallik Analizi Sonuçları

Ölçek	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği	0,691	0,327	Normal
Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	-0,552	0,316	Normal

Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları Tablo 3-7'de verilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±3 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

4. BULGULAR

Araştırma girişim grubunda 26 gebe, kontrol grubunda 28 gebe ile tamamlanmıştır. Veriler 20.11.2020-01.08.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma bulguları beş ana başlıkta değerlendirilmiştir. Bunlar;

4.1. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerine Ait Bulgularının Karşılaştırılması

4.1.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere Ait Bulguların Karşılaştırılması

4.1.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Gebe İzleme İlişkin Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

4.2. Gebelerin Perinatal Bilgi Formu Ev Ziyareti Öncesi (Ön Test) ve Sonrasına (Son Test) Ait Bulguların Karşılaştırılması

4.2.1. Girişim Grubunun Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması

4.2.2. Kontrol Grubunun Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması

4.2.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması

4.2.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma Ait Özellikleri İle Perinatal Bilgi Formu Son Test Bulgularının Karşılaştırılması

4.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

4.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

4.5. Girişim ve Kontrol Gruplarının Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

4.5.1. Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği Puan Ortalaması ile Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Sosyo-Demografik Verilerinin Karşılaştırılması

4.5.2. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması ile Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Sosyo-Demografik Verilerinin Karşılaştırılması

4.6. Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Bulgular

4.6.1. Girişim Grubunun Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Görüşlerinin Özellikleri

4.6.2. Girişim Grubunun Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Memnuniyetlerinin Dağılımı

4.1. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Tanıtıcı Bilgi Formu ile gebelerin sosyo-demografik özellikleri, fiziksel aktiviteye dair bilgileri, obstetrik özellikleri, gebe izlemelerinde yapılan basamakların içerikleri, doğum öncesi dönemde aldığı vitamin bilgisi ve doğum öncesi dönemde aldığı eğitim başlıklar gibi gebeleri tanımlayacak bilgilerin girişim ve kontrol grubunda karşılaştırmasına ait bulgulara yer verildi.

4.1.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Ait Bulgularının Karşılaştırılması

Araştırma katılımcılarının doğum öncesi döneme ilişkin verileri Tablo 4-1'de verilmiştir.

Tablo 4-1: Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Değişkenler		**Girişim**		**Kontrol**		**Test Değeri**	**p**
		n	**%**	**n**	**%**		
Yaş ($\bar{X}$±SS, 31.62±4.46)	20-27	7	26,9	3	10,7	2,685**	0,275
	28-35	16	61,6	19	67,9		
	36 ve üzeri	3	11,5	6	21,4		
Medeni Durum	Evli	26	100,0	28	100,0	-	-
Hane Halkı Sayısı	2	24	92,4	28	100,0	2,102**	0,227
	3	1	3,8	0	0,0		
	4	1	3,8	0	0,0		
Eğitim Durumu	Ortaokul	1	3,8	0	0,0	1,097**	0,481
	Üniversite ve üzeri	25	96,2	28	100,0		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	18	69,2	26	92,9	4,987**	**0,029***
	Çalışmıyor	8	30,8	2	7,1		
Çalışma Alanı	Kamu	4	15,4	8	28,6	8,229**	**0,040***
	Özel	18	69,2	17	60,7		
	Serbest meslek	0	0,0	3	10,7		
	Diğer	4	15,4	0	0,0		
Eş Yaş ($\bar{X}$±SS, 34.38±5.11)	20-27	5	19,2	0	0,0	7,990**	**0,009***
	28-35	15	57,7	14	50,0		
	36 ve üzeri	6	23,1	14	50,0		
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul	1	3.,8	1	3,6	6,068**	**0,036***
	Lise	5	19,3	0	0,0		
	Üniversite ve üzeri	20	76,9	27	96,4		
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	26	100,0	26	92,9	1,929**	0,491
	Çalışmıyor	0	0,0	2	7,1		
Gelir Durumu	Gelir giderden çok	7	26,9	8	28,6	0,411**	0,920
	Gelir gidere eşit	16	61,5	18	64,3		
	Gelir giderden az	3	11,6	2	7,1		
Sosyal Güvence Durumu	SGK	13	50,0	13	46,5	0,808**	0,912
	Emekli Sandığı	3	11,5	2	7.,1		
	Bağ-Kur	2	7,7	2	7,1		
	Özel Sağlık Sigorta	8	30,8	11	39,3		
Evlilik Süresi ($\bar{X}$±SS, 35.81±22.50)	20 ay altı	9	34,6	6	21,4	3,685**	0,167
	21-30 ay	8	30,8	5	17,9		
	31 ay ve üstü	9	34,6	17	60,7		
Eş ile İlişki Durumu	Son derece iyi	12	46,2	23	82,1	**	**0,010***
	İyi	14	53,8	5	17,9		
Toplam		**26**	**100,0**	**28**	**100,0**		

*p<0,05, **Ki kare analizi

Girişim ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerine ait bulguların karşılaştırılması Tablo 4-1'de verilmiştir. Katılımcıların grupları ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır.

Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %26,9'unun 20-27, %61,6'sının 28-35, %11,5'inin 36 ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların %10,7'sinin 20-27, %67,9'unun 28-35, %21,4'ünün 36 ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4-1). Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde girişim ve kontrol grubu katılımcıların %100'ünün evli olduğu görülmektedir.

Katılımcıların hane halkı sayısı incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %92,4'ünün 2, %3,8'inin 3, %3,8'inin 4, kontrol grubu katılımcıların %100'ününü 2 olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %3,8'inin ortaokul, %96,2'sinin üniversite ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların tamamının üniversite ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4-1).

Katılımcıların grupları ile çalışma alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubunun %69,2'sinin, kontrol grubunun ise %60,7'sinin özel sektörde çalıştığı görülmektedir.

Katılımcıların grupları ile eşlerinin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubunun %57,7'sinin 28-35 yaş aralığında, kontrol grubunun %50'sinin 28-35 yaş aralığında ve %50'sinin ise 36 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4-1).

Katılımcıların grupları ile eşlerinin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubunun %76,9'unun, kontrol grubunun %96,4'ünün eğitim durumunun üniversite ve üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların eş çalışma durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %100'ünün çalıştığı, kontrol grubu katılımcıların %92,9'unun çalıştığı, %7,1'inin çalışmadığı görülmektedir (Tablo 4-1).

Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %26,9'unun gelir giderden çok, %61,.5'inin gelir gidere eşit, %11,6'sının gelir giderden az; kontrol grubu katılımcıların %28,6'sının gelir giderden çok, %64,3'ünün gelir gidere eşit, %7,1'inin gelir giderden az olduğu görülmektedir (Tablo 4-1).

Katılımcıların sosyal güvence durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %50'sinin SGK, %11,5'inin emekli sandığı, %7,7'sinin Bağ-Kur, %30,8'inin özel sağlık sigortası; kontrol grubu katılımcıların %46,5'inin SGK, %7,1'inin Bağ-Kur, %7,1'inin Bağ-Kur, %39,3'ünün özel sağlık sigortası olduğu görülmektedir.

Katılımcıların evlilik süreleri incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %34,6'sının 20 ay altı, %30,8'inin 21-30 ay, %34,6'sının 31 ay ve üstü; kontrol grubu katılımcıların %21,4'ünün 20 ay altı, %17,9'unun 21-30 ay, %60,7'sinin 31 ay ve üstü olduğu görülmektedir (Tablo 4-1).

Katılımcıların grupları ile eşleri ile ilişki durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubunun %53,8'inin eşleri ile durumunun iyi, kontrol grubunun ise %82,1'inin son derece iyi olduğu görülmektedir (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Girişim ve Kontrol Grubunun Fiziksel Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Değişkenler		Girşim		Kontrol		Test Değeri	p
		n	%	n	%		
Boy ($\bar{X}$±SS, 164.81±5.52)	160 cm ve altı	5	19,3	7	25,0	3,701**	0,194
	161-165 cm	14	53,8	8	28,6		
	166 ve üstü	7	26,9	13	46,4		
Gebelik Öncesi Kilo ($\bar{X}$±SS, 59.95±12.82)	50 ve altı	5	19,2	6	21,4	2,837**	0,258
	51-60	9	34,6	5	53,6		
	61 ve üzeri	12	46,2	7	25,0		
Şimdiki Kilo ($\bar{X}$±SS, 64.30±14.59)	50 ve altı	2	7,7	3	10,7	0,425**	0,925
Toplam	**26**	**100,0**	**28**	**100,0**			

*p<0,05, **Ki kare analizi

Katılımcıların boyları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %19,3'ünün 160 cm ve altı, %53,8'inin 161-165 cm, %26,9'unun 166 ve üstü; kontrol grubu katılımcıların %25'inin 160 cm ve altı, %28,6'sının 161-165 cm, %46,4'ünün 166 ve üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların gebelik öncesi kiloları incelendiğinde, girişim

grubu katılımcıların %19,2'sinin 50 ve altı, %34,6'sının 51-60, %46,2'sinin 61 ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların %21,4'ünün 50 ve altı, %53,6'sının 51-60, %25'inin 61 ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4-2).

Katılımcıların şimdiki kiloları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %7,7'sinin 50 ve altı, %42,3'ünün 51-60, %50'sinin 61 ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların %10,7'sinin 50 ve altı, %46,4'ünün 51-60, %42,9'unun 61 ve üzeri olduğu görülmektedir. (Tablo 4-2).

Tablo 4-3: Girişim ve Kontrol Grubunun Yaşam Biçimi Alışkanlıklarına Ait Bulguların Karşılaştırılması

	Değişkenler	**Girişim**		**Kontrol**		**Test**	**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**Değeri**	
Gebelik Öncesi Sigara İçme Durumu	Evet	4	15,4	8	28,6	1,356**	0,202
	Hayır	22	84,6	20	71,4		
Gebelikte Sigara İçme Durumu	Evet	2	7,7	1	3,6	0,436**	0,472
	Hayır	24	92,3	27	96,4		
Gebelik Öncesi Alkol Alma Durumu	Evet	13	50,0	17	60,7	0,627**	0,303
	Hayır	13	50,0	11	39,3		
Gebelikte Alkol Alma Durumu	Evet	2	7,7	0	0,0	2,237**	0,227
	Hayır	24	92,3	28	100,0		
Fiziksel Aktivite Yapma Durumu	Gebelik öncesi ve gebelikte yapmaya devam ediyorum	5	19,2	8	28,6	1,235**	0,784
	Gebelik öncesi yapardım, gebelikte bıraktım	13	50,0	11	39,3		
	Gebelikten önce yapmıyordum, gebelikte yapmaya başladım	1	3,8	2	7,1		
	Gebelikten önce de gebelikte de yapmıyorum	7	26,9	7	25,0		
Toplam		**26**	**100,0**	**28**	**100,0**		

*p<0,05 **Ki kare analizi

Katılımcıların gebelikte sigara içme durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %7,7'sinin gebelikte sigara içtiği, %92,3'ünün içmediği; kontrol grubu

katılımcıların %3,6'sının gebelikte sigara içtiği, %96,4'ünün içmediği görülmektedir. Katılımcıların gebelik öncesi alkol durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %50'sinin gebelik öncesi alkol tükettiği, %50'sinin tüketmediği; kontrol grubu katılımcıların %60,7'sinin gebelik öncesi alkol tükettiği, %39,3'ünün tüketmediği görülmektedir (Tablo 4-3).

Katılımcıların gebelikte alkol alma durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %7,7'sinin gebelikte alkol tükettiği, %92,3'ünün tüketmediği; kontrol grubu katılımcıların %100'ününü gebelikte alkol tüketmediği görülmektedir (Tablo 4-3).

Katılımcıların fiziksel aktivite yapma durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %19,2'sinin gebelik öncesi ve gebelikte yapmaya devam ediyorum, %50'sinin gebelik öncesi yapardım, gebelikte bıraktım, %3,8'inin gebelikten önce yapmıyordum, gebelikte yapmaya başladım, %26,9'unun gebelikten önce de gebelikte de yapmıyorum cevaplarını verdikleri; kontrol grubu katılımcıların %28,6'sının gebelik öncesi ve gebelikte yapmaya devam ediyorum, %39,3'ünün gebelik öncesi yapardım, gebelikte bıraktım, %7,1'inin gebelikten önce yapmıyordum, gebelikte yapmaya başladım, %25'inin gebelikten önce de gebelikte de yapmıyorum cevaplarını verdikleri görülmektedir (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Girişim ve Kontrol Grubunun Obstetrik Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Değişkenler		Girşim		Kontrol		Test Değeri	p
		n	%	n	%		
Planlı Gebelik Olma Durumu	Evet	23	88,5	24	85,7	0,090**	0,543
	Hayır	3	11,5	4	14,3		
Gebelik Haftası ($\bar{X}$±SS, 12.27±2.09)	11 hafta ve altı	8	30,8	7	25,0	0,234**	0,941
	12-13 hafta	10	35,4	12	42,9		
	14 hafta ve üstü	8	30,8	9	32,1		
Gebelik Sayısı	1	24	92,3	25	89,3	0,147**	0,536
	2 ve daha fazla	2	7,7	3	10,7		
İlk Gebelik Yaşı ($\bar{X}$±SS, 30.94±4.56)	20-27	9	34,6	4	14,2	4,537**	0,099
	28-35	16	61,5	19	67,9		
	36 ve üzeri	1	3,9	5	17,9		
Düşük Durumu	Evet	3	11,5	1	3,6	1,248**	0,277
	Hayır	23	88,5	27	96,4		
İsteğe Bağlı Gebelik Sonlandırma Durumu	Evet	3	11,5	1	3,6	1,248**	0,277
	Hayır	23	88,5	27	96,4		
Toplam		**26**	**100,0**	**28**	**100,0**		

*p<0.05, **Ki kare analizi

Girişim ve kontrol grubunun obstetrik özelliklerine ait bulguların karşılaştırılması Tablo 4-4'de verilmiştir. Katılımcıların grupları ile obstetrik özellikleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda katılımcıların grupları ile obstetrik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Katılımcıların planlı gebelik durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %88,5'inin planlı, %11,5'inin plansız; kontrol grubu katılımcıların %85,7'sinin gebeliğinin planlı, %14,3'ünün plansız olduğu görülmektedir (Tablo 4-4).

Katılımcıların gebelik haftaları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %30,8'inin 11 hafta ve altı, %35,4'ünün 12-13 hafta, %30,8'inin 14 hafta ve üstü; kontrol grubu katılımcıların %25'inin 11 hafta ve altı, %42,9'unun 12-13 hafta, %32,1'inin 14 hafta ve üstü olduğu görülmektedir (Tablo 4-4).

Katılımcıların gebelik sayıları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %92,3'ünün 1, %7,7'sinin 2 ve daha fazla; kontrol grubu katılımcıların %89,3'ünün 1, %10,7'sinin 2 ve daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların ilk gebelik yaşları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %34,6'sının 20-27, %61,5'inin 28-35, %3,9'unun 36 ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların %14,2'sinin 20-27, %67,9'unun 28-35, %1,.9'unun 36 ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4-4).

Katılımcıların düşük durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %11,5'inin düşük yaşadığı, %88,5'inin yaşamadığı, kontrol grubu katılımcıların %3,6'sının düşük yaşadığı, %96,4'ünün yaşamadığı görülmektedir. Katılımcıların isteğe bağlı gebelik sonlandırma durumu incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %11,5'inin gebelik sonlandırma işlemi yaptırdığı, %88,5'inin gebelik sonlandırma işlemi yaptırmadığı; kontrol grubu katılımcıların %3,6'sının gebelik sonlandırma işlemi yaptırdığı, %96,4'ünün gebelik sonlandırma işlemi yaptırmadığı görülmektedir (Tablo 4-4).

4.1.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Gebe İzleme İlişkin Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan gebelerin ASM'de yapılan izlemleri ve ev ziyaretlerinde yapılan izlemlerine ait bulguları, girişim ve kontrol grubunun izlem parametrelerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4-5: Girişim ve Kontrol Grubunun Gebe İzlem Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Değişkenler			Girişim		Kontrol		Test Değeri	p
			n	%	n	%		
Gebelik Tanısının Koyulduğu Yer		Devlet Hastanesi	3	11,6	1	3,6	1,280**	0,547
		Özel Hastane	20	76,8	23	82,1		
		ASM	3	11,6	4	14,3		
Gebelik İlk İzlem Zamanı		4. haftada	13	50,0	15	53,6	0,069**	0,504
		5-8. haftada	13	50,0	13	46,4		
Gebelik Düzenli İzlem Yeri		Devlet Hastanesi	2	7,7	0	0,0	54,000**	**0,000***
		Özel Hastane	0	0,0	28	100,0		
		ASM	1	3,8	0	0,0		
		ASM+Özel	25	88,5	0	0,0		
Gebelik Düzenli İzlemi Yapan Kişi		Kadın doğum uzmanı	0	0,0	28	100,0	54,000**	**0,000***
		Ebe+Kadın Doğum Uzmanı	26	100,0	0	0,0		
İzlem Esnasında Mahremiyeti Koruyucu Önlem Alınma Durumu		Evet	21	80,7	1	3,6	0,946**	0,519
		Hayır	5	19,3	27	96,4		
Birinci Tetanoz Aşısı Durumu		Evet	21	80,7	5	17,9	21,373**	**0,000***
		Hayır	5	19,3	23	82,1		
İkinci Tetanoz Aşısı Durumu		Evet	23	88,5	4	14,3	4,368**	**0,000***
		Hayır	3	11,5	24	85,7		
Gebelik Boyunca Alınan Destek	Folik asit	Evet	23	88,5	15	53,6	7,871**	**0,005***
		Hayır	3	11,5	13	46,4		
	Demir	Evet	15	57,7	20	71,4	1,115**	0,220
		Hayır	11	42,3	8	28,6		
	Multivitamin	Evet	19	73,1	18	64,3	0,483**	0,345
		Hayır	7	26,9	10	35,7		
	D vitamini	Evet	15	57,7	28	100,.0	14,877**	**0,000***
		Hayır	11	42,3	0	0,0		

Tablo 4-5: Girişim ve Kontrol Grubunun Gebelik İzlem Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması (Devam)

Değişkenler			Girişim		Kontrol		Test Değeri	p
			n	%	n	%		
Danışmanlıkta Bilgi Verilen Konu	Gebelikte tehlike belirtileri	Evet	26	100,0	8	28,6	11,471**	**0,002***
		Hayır	0	0,0	20	71,4		
	Gebelikte beslenme	Evet	26	100,0	13	50,0	-	-
		Hayır	0	0,0	13	50,0		
	Doğum	Evet	26	100,0	6	21,4	17,063**	**0,000***
		Hayır	0	0,0	22	78,6		
	Gebelik egzersizleri	Evet	26	100,0	8	28,6	11,471**	**0,002***
		Hayır	0	0,0	20	71,4		
	Bebek beslenmesi /emzirme	Evet	26	100,0	3	10,7	26,897**	**0,000***
		Hayır	0	0,0	25	89,3		
	Aile planlaması	Evet	26	100,0	2	7,2	30,643**	**0,000***
		Hayır	0	0,0	26	92,8		
	Doğumun nerede, kim tarafından yapılacağı	Evet	26	100,0	7	25,0	14,182**	**0,001***
		Hayır	0	0,0	21	75,0		
Toplam			**26**	**100,0**	**28**	**100,0**		

*p<0,05, **Ki kare analizi

Katılımcıların gebelik tanısı konulan yerler incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %11,6'sının devlet hastanesi, %76,8'inin özel hastane, %11,6'sının aile sağlığı merkezi; kontrol grubu katılımcıların %3,6'sının devlet hastanesi, %82,1'inin özel hastane, %14.,3'ünün aile sağlığı merkezi olduğu görülmektedir. Katılımcıların grupları ile gebelik tanısının koyulduğu yer karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4-5).

Katılımcıların gebelik ilk kontrol zamanları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %50'sinin 4. haftada¸%50'sinin 5-8. haftada; kontrol grubu katılımcıların %53,6'sının 4. haftada, %46,4'ünün 5-8. haftada olduğu görülmektedir. Katılımcıların grupları ile ilk kontrol zamanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4-5).

Katılımcıların gebelikte düzenli kontrol yerleri incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %3,8'inin aile sağlığı merkezinde, %88,5'inin hem aile sağlığı merkezi hemde özel hastanede; kontrol grubu katılımcıların %100'ünün özel hastane olduğu görülmektedir. Katılımcıların grupları ile gebelikte düzenli kontrol yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05) (Tablo 4-5).

Katılımcıların gebelikte düzenli kontrol yapan kişi incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların sadece kadın doğum uzmanı takibi yaptırmamakta hepsi (%100) hem ebe hemde kadın doğum uzmanı; kontrol grubu katılımcıların %100'ünün kadın doğum uzmanı olduğu görülmektedir. Katılımcıların grupları ile düzenli kontrol yapan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05) (Tablo 4-5).

Katılımcıların kontrollerde mahremiyeti koruyucu önlem alınma durumu incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %80,7'sinin önlem alındığı, %19,3'ününü önlem alınmadığı; kontrol grubu katılımcıların %96,4'ününü önlem alındığı, %3,6'sının önlem alınmadığı görülmektedir. Katılımcıların grupları ile kontrollerde mahremiyeti koruyucu önlem alma karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4-5).

Katılımcıların birinci tetanoz aşısı durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %80,7'sinin olduğu, %19,3'ünün olmadığı; kontrol grubu katılımcıların %17,9'unun olduğu, %82,1'inin olmadığı görülmektedir. Katılımcıların grupları ile birinci tetanoz aşısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05) (Tablo 4-5).

Katılımcıların ikinci tetanoz aşısı durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %88,5'inin olduğu, %11,5'inin olmadığı; kontrol grubu katılımcıların %14,3'ünün olduğu, %85,7'sinin olmadığı görülmektedir. Katılımcıların grupları ile ikinci tetanoz aşısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05) (Tablo 4-5).

Katılımcıların gebelik boyunca folik asit alma durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %88,5'inin aldığı, %11,5'inin almadığı; kontrol grubu katılımcıların %53,6'sının aldığı, %46,4'ünün almadığı görülmektedir. Katılımcıların grupları ile gebelik boyunca folik asit alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4-5).

Katılımcıların gebelik boyunca demir desteği alma durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %57,7'sinin aldığı, %42,3'ünün almadığı; kontrol grubu katılımcıların %71,4'ünün aldığı, %28,6'sının almadığı görülmektedir. Katılımcıların grupları ile gebelik boyunca demir desteği alma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç görülmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-5).

Katılımcıların gebelik boyunca multivitamin desteği alma durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %73,1'sinin aldığı, %26,9'unun almadığı; kontrol grubu katılımcıların %64,3'ünün aldığı, %35,7'sinin almadığı görülmektedir. Katılımcıların grupları ile gebelik boyunca multivitamin desteği alma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç görülmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-5).

Katılımcıların grupları ile gebelik boyunca alınan desteğin D vitamini alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubun katılımcılarının %57,7'sinin, kontrol grubu katılımcıların ise %100'ünün gebelik boyunca D vitamini kullandığı görülmektedir (Tablo 4-5).

Katılımcıların grupları ile gebeliğe dair danışmanlık alma durumu ve danışmanlığı aldığı kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcıların gebeliğe dair danışmanlık alma durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %100'ünün aldığı; kontrol grubu katılımcıların %46,4'ünün aldığı, %53,6'sının almadığı görülmektedir. Danışmanlık alan katılımcıların kimden danışmanlık aldıkları incelendiğinde, deney grubu katılımcıların %19,3'ünün kadın doğum uzmanı, %80,7'sinin ebe; kontrol grubu katılımcıların %76,9'unun kadın doğum uzmanı, %15,4'ünün ebe, %7,7'sinin aile hekimi olduğu görülmektedir (Tablo 4-5).

Danışmanlıkta bilgi verilen konular incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %100'ünün gebelikte tehlike belirtileri, gebelikte beslenme, doğum, gebelik egzersizleri, bebek beslenmesi /emzirme, aile planlaması, doğumun nerede, kim tarafından yapılacağı konularında; kontrol grubu katılımcıların %28,6'sının gebelikte tehlike belirtileri,

%50'sinin gebelikte beslenme, %21,4'ünün doğum, %28,6'sının gebelik egzersizleri, %10,7'sinin bebek beslenmesi /emzirme, %7,2'sinin aile planlaması, %25'inin doğumun nerede, kim tarafından yapılacağı konularında danışmanlık aldığı görülmektedir. Katılımcıların grupları ile danışmanlıkta bilgi verilen konular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Girişim ve Kontrol Gruplarının Aile Sağlığı Merkezinde Aldığı Doğum Öncesi Bakım Niteliğine Ait Bulguların Karşılaştırılması

		Girişim		Kontrol	
		n	**%**	**n**	**%**
1. ASM İzlemi	İzlem basamakları iyi derecede tamamlanmış*	26	100,0	0	0,0
	İzlem basamakların da orta derecede tamamlanmış**	0	0,0	4	14,3
	İzlem basamakların da az derecede tamamlanmış***	0	0,0	3	10,7
	İzlem hiç yapılmamış	0	0,0	21	75,0
2. ASM İzlemi	İzlem basamakları iyi derecede tamamlanmış	26	100,0	0	0,0
	İzlem basamakların da orta derecede tamamlanmış	0	0,0	5	17,8
	İzlem basamakların da az derecede tamamlanmış	0	0,0	8	28,6
	İzlem hiç yapılmamış	0	0,0	15	53,6
3. ASM İzlemi	İzlem basamakları iyi derecede tamamlanmış	26	100,0	0	0,0
	İzlem basamakların da orta derecede tamamlanmış	0	0,0	6	21,4
	İzlem basamakların da az derecede tamamlanmış	0	0,0	3	10,7
	İzlem hiç yapılmamış	0	0,0	19	67,9
4. ASM İzlemi	İzlem basamakları iyi derecede tamamlanmış	26	100,0	0	0,0
	İzlem basamakların da orta derecede tamamlanmış	0	0,0	2	7,1
	İzlem basamakların da az derecede tamamlanmış	0	0,0	3	10,7
	İzlem hiç yapılmamış	0	0,0	23	82,1

*İyi derecede tamamlanmış: 1-2 puan **orta derecede tamamlanmış: 2-4 puan *** az derecede tamamlanmış:5-6 puan, Doğum öncesi bakım hizmetinin niteliği için "tetanoza karşı bağışıklama, izlemlerin herhangi birinde ağırlık, hemoglobin, kan basıncı ölçümü, bebeğin kalp sesinin dinlenmesi (ÇKS) ve gebelikte demir hapı kullanılması" durumuna göre, her bir kritere bir puan verilerek, altı puan üzerinden "Doğum Öncesi Bakım Nitelik Puanı" verilmiştir (Özvarış ve Akın, 2002).

Katılımcıların gruplarına göre ASM'de doğum öncesi bakım durumlarının karşılaştırılması Tablo 4-6'da verilmiştir. Girişim grubu katılımcıların birinci izlenim durumları incelendiğinde %100'ünün izlem basamakları iyi derecede tamamlanmış olduğu görülmektedir. Kontrol grubu katılımcıların birinci izlenim durumları incelendiğinde %14,3'ünün izlem basamakların da orta derecede tamamlanmış,

%10,7’sinin izlem basamakların da az derecede tamamlanmış, %75’inin izlem hiç yapılmamış olduğu görülmektedir.

Girişim grubu katılımcıların ikinci izlenim durumları incelendiğinde %100’ünün izlem basamakları iyi derecede tamamlanmış olduğu görülmektedir. Kontrol grubu katılımcıların ikinci izlenim durumları incelendiğinde %17,8’inin izlem basamakların da orta derecede tamamlanmış, %28,6’sının izlem basamakların da az derecede tamamlanmış, %53,6’sının izlem hiç yapılmamış olduğu görülmektedir (Tablo 4-6).

Girişim grubu katılımcıların üçüncü izlenim durumları incelendiğinde %100’ünün izlem basamakları iyi derecede tamamlanmış olduğu görülmektedir. Kontrol grubu katılımcıların üçüncü izlenim durumları incelendiğinde %21,4’ünün izlem basamakların da orta derecede tamamlanmış, %10.7’sinin izlem basamakların da az derecede tamamlanmış, %67,9’unun izlem hiç yapılmamış olduğu görülmektedir (Tablo 4-6).

Girişim grubu katılımcıların dördüncü izlemin durumları incelendiğinde %100’ünün izlem basamakları iyi derecede tamamlanmış olduğu görülmektedir. Kontrol grubu katılımcıların dördüncü izlenim durumları incelendiğinde %7,1’inin izlem basamakların da orta derecede tamamlanmış, %10,7’sinin izlem basamakların da az derecede tamamlanmış, %82,1’inin izlem hiç yapılmamış olduğu görülmektedir (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Girişim ve Kontrol Grubunun Tüm Gebelik İzlemlerinde Bakılan Parametrelerinin Dağılımı

Değişkenler		Girişim		Kontrol		Test Değeri	p
		n	%	n	%		
Boy Ölçümü	Evet	26	100,0	14	50,0	15, 043**	**0,000***
	Hayır	0	0,0	14	50,0		
Kilo Ölçümü	Evet	26	100,0	27	96,2	0,946**	0,331
	Hayır	0	0,0	1	3,8		
Kan Basıncı Ölçümü	Evet	26	100,0	26	92,8	1,929**	0,165
	Hayır	0	0,0	2	7,2		
Nabız sayımı	Evet	26	100,0	20	71,5	8,720**	**0,003***
	Hayır	0	0,0	8	28,5		
Kan Sayımı	Evet	26	100,0	20	71,5	8,720**	**0,003***
	Hayır	0	0,0	8	28,5		
İdrar tetkiki	Evet	26	100,0	23	82,1	5,117**	**0,024***
	Hayır	0	0,0	5	17,9		
Karın muayenesi	Evet	26	100,0	7	25,5	31,909**	**0,000***
	Hayır	0	0,0	21	75,5		
Ödem Kontrolü	Evet	26	100,0	4	14,3	40,114**	**0,000***
	Hayır	0	0,0	24	85,7		
Varis Kontrolü	Evet	26	100,0	2	7,2	46,561**	**0,000***
	Hayır	0	0,0	26	92,8		
Bebeğin Kalp atışlarının dinlenmesi	Evet	26	100,0	28	100,0	-	-
	Hayır	0	0,0	0	0,0		
Risk değerlendirmesi	Evet	26	100,0	23	82,1	5,117**	**0,024***
	Hayır	0	0,0	5	17,9		
Toplam		**26**	**100,0**	**26**	**100,0**		

*p<0,05, **Ki kare analizi

Katılımcıların grupları ile gebelikleri süresince yapılmış olan izlemlerde uygulanan paremetreleri ki kare analizi ile karşılaştırılmış ve bulgular Tablo 4-7'de verilmiştir. Boy ölçümü girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %50'sinin yapıldığı görülmektedir. Katılımcıların grupları ile boy ölçümü arasına istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05).

Katılımcıların gruplar ile kilo ölçümü arasında istatistkisel olarak anlamlı bulunmamaktadır (p>0,05). Kilo ölçümü girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %96,2'sinin yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların gruplar ile kan basıncı ölçümü arasında istatistkisel olarak anlamlı bulunmamaktadır (p>0,05). Kan basıncı ölçümü girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %92,8'inin yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların grupları ile nabız sayımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05). Nabız sayımı girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %71,5'inin yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların grupları ile kan sayımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05). Kan sayımı girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %71,5'inin yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların grupları ile idrar tetkiki arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05). İdrar tetkiki girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %82,1'inin yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların grupları ile karın muayenesi (leopold manevrası) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05). Karın muayenesi girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %25,5'inin yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların grupları ile ödem kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05). Ödem kontrolü girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %14,3'ünün yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların grupları ile varis kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05). Varis kontrolü girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %7,2'sinin yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-7).

Bebeğin kalp atışlarının dinlenmesi girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %100'ünün yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların grupları ile risk değerlendirmesi arasına istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05). Risk değerlendirmesi girişim grubunun %100'ünün; kontrol grubunun %82,1'inin yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Girişim Grubunun Gebe İzlem Değerlerinin Normallik Analizi Sonuçları

			Çarpıklık	Basıklık	Durum
Diastolik Kan Basıncı	EV	1. İzlem	0,284	-0,747	Normal
		2. İzlem	0,294	-0,882	Normal
		3. İzlem	-0,112	-0,339	Normal
		4. İzlem	0,229	-0,719	Normal
	ASM	1. İzlem	-0,127	-1,095	Normal
		2. İzlem	0,081	-0,911	Normal
		3. İzlem	-0,294	-0,240	Normal
		4. İzlem	0,040	-0,501	Normal
Sistolik Kan Basıncı	EV	1. İzlem	-0,014	-0,581	Normal
		2. İzlem	-0,452	-0,249	Normal
		3. İzlem	-0,099	-0,722	Normal
		4. İzlem	-0,141	-0,624	Normal
	ASM	1. İzlem	-0,090	-0,337	Normal
		2. İzlem	-0,068	-0,876	Normal
		3. İzlem	0,231	-0,676	Normal
		4. İzlem	-0,188	0,871	Normal
Nabız	EV	1. İzlem	0,044	-0.606	Normal
		2. İzlem	0,415	-0,033	Normal
		3. İzlem	0,333	0,225	Normal
		4. İzlem	0,504	0,309	Normal
	ASM	1. İzlem	0,889	-0,555	Normal
		2. İzlem	0,683	-0,234	Normal
		3. İzlem	0,221	-1,390	Normal
		4. İzlem	0,795	-0,717	Normal
Solunum	EV	1. İzlem	-0,276	-0,779	Normal
		2. İzlem	0,783	0,981	Normal
		3. İzlem	0,044	0,562	Normal
		4. İzlem	0,171	-0,887	Normal
	ASM	1. İzlem	-0,295	1,794	Normal
		2. İzlem	0,791	-0,284	Normal
		3. İzlem	-0,107	1,343	Normal
		4. İzlem	1,441	1,421	Normal
Beden Isısı	EV	1. İzlem	0,891	1,459	Normal
		2. İzlem	0,492	1,315	Normal
		3. İzlem	1,611	2,729	Normal
		4. İzlem	2,573	2,683	Normal

Tablo 4-8: Girişim Grubunun Gebe İzlem Değerlerinin Normallik Analizi Sonuçları (Devam)

			Çarpıklık	Basıklık	Durum
Anemi Bulgusu	ASM	1. İzlem	-0,040	-0,979	Normal
		2. İzlem	-0,250	-0,081	Normal
		3. İzlem	-0,026	-0,423	Normal
		4. İzlem	-0,178	-1,062	Normal
	EV	1. İzlem	0,305	-0,964	Normal
		2. İzlem	0,079	-0,227	Normal
		3. İzlem	-0,007	-0,694	Normal
		4. İzlem	-0,079	-1,228	Normal
Fetal Kalp Hızı	ASM	2. İzlem	-0,456	-0,.37	Normal
		3. İzlem	-0,571	1,864	Normal
		4. İzlem	0,209	-1,362	Normal
	EV	1. İzlem	0,062	-0,477	Normal
		2. İzlem	0,527	1,149	Normal
		3. İzlem	-1,365	1,794	Normal
		4. İzlem	1,304	0,997	Normal

Araştırmada kullanılan değerlerin normallik analizi sonuçları Tablo 4-8'de verilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±3 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre diastolik değerlerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre diastolik değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre sistolik değerlerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre sistolik değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre nabız değerlerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre nabız değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre solunum değerlerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda

katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre solunum değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre beden ısısı değerlerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre beden ısısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre anemi bulgusu değerlerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda katılımcıların ASM'de izlemlerine göre anemi bulgusu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Fark yaratan izlemi bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. 1. İzlem anemi bulgusu değerlerinin, 3. İzleme göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların evde izlemlerine göre anemi bulgusu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre fetal kalp hızı değerlerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda katılımcıların ASM'de ve evde izlemlerine göre fetal kalp hızı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

4.2. Gebelerin Perinatal Bilgi Formu Ev Ziyareti Öncesi (Ön Test) ve Sonrasına (Son Test) Ait Bulguların Karşılaştırılması

Katılımcı tüm gebelerin birinci trimesterlarında ilk izlemde ve üçüncü trimester 36. haftada sekizinci izlemde doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası döneme ait bilgi durumları, girişim ve kontrol grubundaki gebelerin bilgi puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Katılımcıların bilgi puanları ile doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bulguların karşılaştırılmasına yer verildi.

4.2.1. Girişim Grubunun Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması

Girişim grubundaki gebelerin ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinde verilen eğitimlerden önce ve eğitimlerden sonra Perinatal Bilgi Formu'nda verdikleri cevaplara ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-9: Girişim Grubunun Perinatal Bilgi Formundaki İfadelerinin Dağılımı

İfadeler	Ön Test						Son Test					
	Fikrim Yok		Yanlış		Doğru		Fikrim Yok		Yanlış		Doğru	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal gebelik süresi 38 haftadır.	1	3,8	7	26,9	18	69,3	0	0,0	2	7,7	24	92,3
Gebelikte utersun büyüklüğü değişmez.	15	57,7	0	0,0	11	42,3	2	7,7	1	3,8	23	88,5
Gebelikte hormonların değişimine bağlı olarak ciltte değişiklikler meydana gelir.	0	0,0	3	11,5	23	88,5	0	0,0	3	11,5	23	88,5
Kadınların çoğunluğunda pelvis darlığı vardır.	16	61,5	1	3,9	9	34,6	3	11,5	2	7,7	21	80,8
Anne ve bebek bağlanması doğumdan sonra başlar.	4	15,4	4	15,4	18	69,2	0	0,0	4	15,4	22	84,6
İki doğum arası süre için 2 ay yeterlidir	12	46,2	1	3,8	13	50,0	0	0,0	1	3,8	25	96,2
Gebede herhangi bir sağlık sorunu yoksa vajinal doğum yapması uygundur.	1	3,8	2	7,7	23	88,5	0	0,0	5	19,2	21	80,8
Gebelikte egzersiz yapılması doğum süresini kısaltır.	3	11,5	12	46,2	11	42,3	0	0,0	12	46,2	14	53,8
Kanama, görme ve bilinç kaybı gebelikte normaldir.	4	15,4	3	11,5	19	73,1	0	0,0	1	3,8	25	96,2
Doğum, normal fizyolojik bir olaydır.	1	3,8	4	15,4	21	80,8	0	0,0	4	15,4	22	84,6
Doğum, kendiliğinden başlayan ve uterusun kasılmasıyla bebeğin dışarı atılmasıdır.	6	23,1	3	11,5	17	65,4	0	0,0	3	11,5	23	88,5
Genç gebeler sezaryenle doğum yapmalıdır.	2	7,7	2	7,7	22	84,6	0	0,0	1	3,8	25	96,2
Epizyotomi, tüm doğumlarda yapılmalıdır.	21	80,8	0	0,0	5	19,2	1	3,8	2	7,7	23	88,5
Kadına duygusal ve fiziksel destek verilmesi doğumun kolay geçmesine etkisi yoktur	0	0,0	6	23,1	20	76,9	0	0,0	5	19,2	21	80,0
Doğumda müzik, masaj vb. teknikler yararlıdır	1	3,8	2	7,7	23	88,5	0	0,0	4	15,4	22	84,6
Doğumun aktif döneminde vücut ısısındaki suya girmek tehlikelidir	13	50,0	2	7,7	11	42,3	2	7,7	4	15,4	20	76,9
Doğumda yiyecek-içecek yenmesi sakıncalıdır	12	46,1	10	38,5	4	15,4	3	11,5	9	34,6	14	53,8

Tablo 4-9: Girişim Grubunun Perinatal Bilgi Formundaki İfadelerinin Dağılımı (Devamı)

İfadeler	Ön Test						Son Test					
	Fikrim Yok		Yanlış		Doğru		Fikrim Yok		Yanlış		Doğru	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doğumda ayakta durma, yürüme ve çömelme gibi pozisyonlar tercih edilmemelidir.	10	38,5	6	23,1	10	38,4	0	0,0	1	3,8	25	96,2
Bebek doğar doğmaz kordon kesilmelidir	11	42,3	11	42,3	4	15,4	0	0,0	2	7,7	24	92,3
Nişane, doğumun başladığını gösteren bir belirtidir	10	38,5	2	7,7	14	53,8	0	0,0	4	15,4	22	84,6
Doğum ağrısı belli aralıklarla tekrarlayan, genellikle çok şiddetli ve kendine has özellikleri olan bir ağrıdır	5	19,2	2	7,7	19	73,1	0	0,0	4	15,4	22	84,6
Bebek iri ise sezaryenle doğum yapılmalıdır.	8	30,8	7	26,9	11	42,3	1	3,8	5	19,2	20	76,9
Sezaryenle doğumdan sonra vajinal doğum yapılmaz	7	26,9	4	15,4	15	57,7	1	3,8	3	11,5	22	84,6
Doğum sonrası 1 saatte birden fazla ped kanama olur.	18	69,2	6	23,1	2	7,7	1	3,8	4	15,4	21	80,8
Doğum sonrası perine hijyenine dikkat edilmelidir	10	38,5	0	0,0	16	61,5	0	0,0	4	15,4	22	84,6
Doğum sonrası ilk haftalar annelerde annelik hüznü görülebilir	8	30,8	1	3,8	17	65,4	0	0,0	3	11,5	23	88,5
Doğum sonrası korunmasız cinsel ilişkiye başlanabilir	10	3,5	4	15,4	12	46,1	1	3,8	1	3,8	24	92,3
Doğum sonrası annelik hüznü uzaması normaldir.	12	46,1	10	38,5	4	15,4	0	0,0	1	3,8	25	96,2
İlk 6 ay anne sütü ve ek gıda verilebilir.	6	23,1	8	30,7	12	43,2	0	0,0	2	7,7	24	92,3
Bebeğin göbek bakımında batikon kullanılır.	19	73,1	5	19,2	2	7,7	0	0,0	1	3,8	25	96,2
Bebeğin banyo suyu hazır su olmalıdır.	16	61,5	2	7,7	8	30,8	0	0,0	1	3,8	25	96,2
Bebeğe banyo sonrası uygulanan masajlar rahatlamasına yardımcı olur.	2	7,7	2	7,7	22	84,6	0	0,0	4	15,4	22	84,6
Anne sütü beslenme ile arttırılabilir.	5	19,2	16	61,5	5	19,2	0	0,0	12	46,2	14	53,8
Anne sütü 3-3-3 (oda ısısında 3 saat, buz dolabında 3 gün, derin dondurucuda 3 ay) kuralı ile saklanmalıdır.	14	53,8	1	3,8	11	42,4	0	0,0	4	15,4	22	84,6

Girişim grubunun Perinatal Bilgi Formu'ndaki ifadelerin dağılımı Tablo 4-9'de verilmiştir. "Kadınların çoğunluğunda pelvis darlığı vardır." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %61,5'i fikrim yok, %3,9'u yanlış, %34,6'sı doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %11,5'i fikrim yok, %7,7'si yanlış, %80,8'i doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

"Anne ve bebek bağlanması doğumdan sonra başlar." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %15,4'ü fikrim yok, %15,4'ü yanlış, %69,2'si doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %15,4'ü yanlış, %84,6'sı doğru cevabını vermiştir. "İki doğum arası süre için 2 ay yeterlidir." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %46,2'si fikrim yok, %3,8'i yanlış, %50'si doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8'i yanlış, %96,2'si doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

"Gebede herhangi bir sağlık sorunu yoksa vajinal doğum yapması uygundur." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %3,8'i fikrim yok, %7,7'si yanlış, %88,5'i doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %19,2'si yanlış, %80,8'i doğru cevabını vermiştir. "Gebelikte egzersiz yapılması doğum süresini kısaltır." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %11,5'i fikrim yok, %46,2'si yanlış, %42,3'ü doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %46,2'si yanlış, %53,8'i doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

"Kanama, görme ve bilinç kaybı gebelikte normaldir." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %15,4'ü fikrim yok, %11,5'i yanlış, %73,1'i doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8'i yanlış, %96,2'si doğru cevabını vermiştir. "Doğum, normal fizyolojik bir olaydır." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %3,8'i fikrim yok, %15,4'ü yanlış, %80,8'i doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %15,4'ü yanlış, %84,6'sı doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

"Doğum, kendiliğinden başlayan ve uterusun kasılmasıyla bebeğin dışarı atılmasıdır." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %23,1'i fikrim yok, %11,5'i yanlış, %65,4'ü doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %11,5'i yanlış, %88,5'i doğru cevabını vermiştir. "Genç gebeler sezaryenle doğum yapmalıdır." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %7,7'si fikrim yok, %7,7'si yanlış, %84,6'sı doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8'i yanlış, %96,2'si doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

“Epizyotomi, tüm doğumlarda yapılmalıdır.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %80,8’i fikrim yok, %19,2’si doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8’i fikrim tok, %7,7’si yanlış, %88,5’i doğru cevabını vermiştir. “Kadına duygusal ve fiziksel destek verilmesi doğumun kolay geçmesine etkisi yoktur” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %23,1’i yanlış, %76,9’u doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %19,2’si yanlış, %80’i doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

“Doğumda müzik, masaj vb. teknikler yararlıdır” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %3,8’i fikrim yok, %7,7’si yanlış, %88,5’i doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %15,4’ü yanlış, %84,6’sı doğru cevabını vermiştir. “Doğumun aktif döneminde vücut ısısındaki suya girmek tehlikelidir” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %50’si fikrim yok, %7,7’si yanlış, %42,3’ü doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %7,7’si fikrim yok, %15,4’ü yanlış, %76,9’u doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Doğumda yiyecek-içecek yenmesi sakıncalıdır.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %46,1’i fikrim yok, %38,5’i yanlış, %15,4’ü doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %11,5’i fikrim yok, %34,6’sı yanlış, %53,8’i doğru cevabını vermiştir. “Bebek doğar doğmaz anne ile ten tene temas yapılmalıdır.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %3,8’i fikrim yok, %11,5’i yanlış, %84,7’si doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %11,5’i yanlış, %88,5’i doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

“Doğumda ayakta durma, yürüme ve çömelme gibi pozisyonlar tercih edilmemelidir.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %38,5’i fikrim yok, %23,1’i yanlış, %38,4’ü doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8’i yanlış, %96,2’si doğru cevabını vermiştir. “Bebek doğar doğmaz kordon kesilmelidir.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %42,3’ü fikrim yok, %42,3’ü yanlış, %15,4’ü doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %7,7’si yanlış, %92,3’ü doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

“Nişane, doğumun başladığını gösteren bir belirtidir.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %38.5’i fikrim yok, %7,7’si yanlış, %53,8’i doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %15,4’ü yanlış, %84,6’sı doğru cevabını vermiştir. “Doğum ağrısı belli aralıklarla tekrarlayan, genellikle çok şiddetli ve kendine has özellikleri olan bir ağrıdır.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %19,2’si fikrim yok, %7,7’si

yanlış, %73,1'i doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %15,4'ü yanlış, %84,6'sı doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

"Bebek iri ise sezaryenle doğum yapılmalıdır." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %30,8'i fikrim yok, %26,9'u yanlış, %42,3'ü doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8'i fikrim yok, %19,2'si yanlış, %76,9'u doğru cevabını vermiştir. "Sezaryenle doğumdan sonra vajinal doğum yapılmaz." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %26,9'u fikrim yok, %15,4'ü yanlış, %57,7'si doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8'i fikrim yok, %11,5'i yanlış, %84,6'sı doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

"Doğum sonrası 1 saatte birden fazla ped kanama olur." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %69,2'si fikrim yok, %23,1'i yanlış, %7,7'si doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8'i fikrim yok, %15,4'ü yanlış, %88,8'i doğru cevabını vermiştir. "Doğum sonrası perine hijyenine dikkat edilmelidir." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %38,5'i fikrim yok, %61,5'i doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %15,4'ü yanlış, %84,6'sı doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

"Doğum sonrası ilk haftalar annelerde annelik hüznü görülebilir." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %30,8'i fikrim yok, %3,8'i yanlış, %65,4'ü doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %11,5'i, yanlış, %88,5'i doğru cevabını vermiştir. "Doğum sonrası korunmasız cinsel ilişkiye başlanabilir." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %38,5'i fikrim yok, %15,4'ü yanlış, %46,1'i doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8'i fikrim yok, %3,8'i yanlış, %92,3'ü doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

"Doğum sonrası annelik hüznünün uzaması normaldir." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %46,1'i fikrim yok, %38,5'i yanlış, %15,4'ü doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8'i yanlış, %96,2'si doğru cevabını vermiştir. "İlk 6 ay anne sütü ve ek gıda verilebilir." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %23,1'i fikrim yok, %30,7'si yanlış, %43,2'si doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %7,7'si yanlış, %92,3'ü doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

"Bebeğin göbek bakımında batikon kullanılır." ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %23,1'i fikrim yok, %30,7'si yanlış, %43,2'si doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %7,7'si yanlış, %92,3'ü doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

“Bebeğin banyo suyu hazır su olmalıdır.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %61,5’i fikrim yok, %7,7’si yanlış, %30,8’i doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %3,8’i yanlış, %96,2’si doğru cevabını vermiştir. “Bebeğe banyo sonrası uygulanan masajlar rahatlamasına yardımcı olur.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %7,7’si fikrim yok, %7,7’si yanlış, %84,6’sı doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %15,4’ü yanlış, %84,6’sı doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

“Anne sütü beslenme ile arttırılabilir.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %19,2’si fikrim yok, %61,5’i yanlış, %19,2’si doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %46,2’si yanlış, %53,8’i doğru cevabını vermiştir. “Anne sütü 3-3-3 (oda ısısında 3 saat, buz dolabında 3 gün, derin dondurucuda 3 ay) kuralı ile saklanmalıdır.” ifadesine ön testte girişim grubu katılımcıların %53,8’i fikrim yok, %3,8’i yanlış, %42,4’ü doğru; son testte girişim grubu katılımcıların %15,4’ü yanlış, %84,6’sıdoğru cevabını vermiştir (Tablo 4-9).

4.2.2. Kontrol grubunun Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması

Kontrol grubundaki gebelerin ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinde verilen eğitimlerden önce ve eğitimlerden sonra Antenal Bilgi Formu’nda verdikleri cevapların bulguları yer almaktadır.

Tablo 4-10: Kontrol Grubunun Perinatal Bilgi Formundaki İfadelerinin Dağılımı

İfadeler	Ön Test						Son Test					
	Fikrim Yok		Yanlış		Doğru		Fikrim Yok		Yanlış		Doğru	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal gebelik süresi 38 haftadır.	2	7,1	11	39,3	15	53,6	0	0,0	8	28,6	20	71,4
Gebelikte utersun büyüklüğü değişmez.	15	53,6	2	7,1	11	39,3	7	25,0	1	3,6	20	71,4
Gebelikte hormonların değişimine bağlı olarak ciltte değişiklikler meydana gelir.	0	0,0	1	3,6	27	96,4	0	0,0	0	0,0	28	100,0
Kadınların çoğunluğunda pelvis darlığı vardır.	18	64,3	2	7,1	8	28,6	9	32,1	5	17,9	14	50,0
Anne ve bebek bağlanması doğumdan sonra başlar.	2	7,1	1	3,6	25	89,3	2	7,1	1	3,6	25	89,3
İki doğum arası süre için 2 ay yeterlidir	11	39,3	0	0,0	17	60,7	5	17,9	1	3,6	22	78,6
Gebede herhangi bir sağlık sorunu yoksa vajinal doğum yapması uygundur.	4	14,3	3	10,7	21	75,0	1	3,6	4	14,3	23	82,1
Gebelikte egzersiz yapılması doğum süresini kısaltır.	4	14,3	10	35,7	14	50,0	3	10,7	12	42,9	13	46,4
Kanama, görme ve bilinç kaybı gebelikte normaldir.	4	14,3	3	10,7	21	75,0	2	7,1	0	0,0	26	92,9
Doğum, normal fizyolojik bir olaydır.	0	00	0	0,0	28	100,0	0	0,0	0	0,0	28	100,0
Doğum, kendiliğinden başlayan ve uterusun kasılmasıyla bebeğin dışarı atılmasıdır.	6	21,4	1	3,6	21	75,0	3	10,7	1	3,6	24	85,7
Genç gebeler sezaryenle doğum yapmalıdır.	1	3,6	0	0,0	27	96,4	1	3,6	0	0,0	27	96,4
Epizyotomi, tüm doğumlarda yapılmalıdır.	19	67,9	0	0,0	9	32,1	12	42,9	0	0,0	16	57,1
Kadına duygusal ve fiziksel destek verilmesi doğumun kolay geçmesine etkisi yoktur	1	3,6	1	3,6	26	92,9	0	0,0	1	3,6	27	96,4
Doğumda müzik, masaj vb. teknikler yararlıdır	3	10,7	0	0,0	25	89,3	0	0,0	0	0,0	28	100,0
Doğumun aktif döneminde vücut ısısındaki suya girmek tehlikelidir	13	46,4	1	3,6	14	50,0	11	39,3	2	7,1	15	53,6
Doğumda yiyecek-içecek yenmesi sakıncalıdır	9	32,1	12	42,9	7	25,0	4	14,3	14	50,0	10	35,7
Bebek doğar doğmaz anne ile ten tene temas yapılmalıdır	4	14,3	2	7,1	22	78,6	0	0,0	0	0,0	28	100,0
Doğumda ayakta durma, yürüme ve çömelme gibi pozisyonlar tercih edilmemelidir.	18	64,3	3	10,7	7	25,0	2	7,1	4	14,3	22	78,6

Tablo 4-10: Kontrol Grubunun Perinatal Bilgi Formundaki İfadelerinin Dağılımı (Devam)

İfadeler	Ön Test						Son Test					
	Fikrim Yok		Yanlış		Doğru		Fikrim Yok		Yanlış		Doğru	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bebek doğar doğmaz kordon kesilmelidir	8	28,6	10	35,7	10	35,7	7	25,0	9	32,1	12	42,9
Nişane, doğumun başladığını gösteren bir belirtidir	13	46,4	3	10,7	12	42,9	3	10,7	2	7,1	23	82,1
Doğum ağrısı belli aralıklarla tekrarlayan, genellikle çok şiddetli ve kendine has özellikleri olan bir ağrıdır	2	7,1	1	3,6	25	89,3	0	0,0	0	0,0	28	100,0
Bebek iri ise sezaryenle doğum yapılmalıdır.	10	35,7	7	25,0	11	39,3	6	21,4	13	46,4	9	32,1
Sezaryenle doğumdan sonra vajinal doğum yapılmaz	3	10,7	10	35,7	15	53,6	5	17,9	7	25,0	16	57,1
Doğum sonrası 1 saatte birden fazla ped kanama olur.	8	28,6	4	14,3	16	57,1	1	3,6	2	7,1	25	89,3
Doğum sonrası perine hijyenine dikkat edilmelidir	11	39,3	5	17,9	12	42,9	4	14,3	8	28,6	16	57,1
Doğum sonrası ilk haftalar annelerde annelik hüznü görülebilir	4	14,3	16	57,1	8	28,6	2	7,1	23	82,1	3	10,7
Doğum sonrası korunmasız cinsel ilişkiye başlanabilir	16	57,1	8	28,6	4	14,3	9	32,1	10	35,7	9	32,1
Doğum sonrası annelik hüznü uzaması normaldir.	10	35,7	7	25,0	11	39,3	5	17,9	10	35,7	13	46,4
İlk 6 ay anne sütü ve ek gıda verilebilir.	1	3,6	27	96,4	0	0,0	0	0,0	28	100,0	0	0,0
Bebeğin göbek bakımında batikon kullanılır.	3	10,7	23	82,1	2	7,1	2	7,1	24	85,7	2	7,1
Bebeğin banyo suyu hazır su olmalıdır.	15	53,6	12	42,9	1	3,6	6	21,4	22	78,6	0	0,0
Bebeğe banyo sonrası uygulanan masajlar rahatlamasına yardımcı olur.	24	85,7	2	7,1	2	7,1	15	53,6	4	14,3	9	32,1
Anne sütü beslenme ile arttırılabilir.	9	32,1	19	67,9	0	0,0	2	7,1	26	92,9	0	0,0
Anne sütü 3-3-3 (oda ısısında 3 saat, buz dolabında 3 gün, derin dondurucuda 3 ay) kuralı ile saklanmalıdır.	5	17,9	0	0,0	23	82,1	0	0,0	0	0,0	28	100,0

Kontrol grubunun Perinatal Bilgi Formu'ndaki ifadelerin dağılımı Tablo 4-10'da verilmiştir, "Normal gebelik süresi 38 haftadır," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %7,1'i fikrim yok, %39,3'ü yanlış, %53,6'sı doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %28,6'sı yanlış, %71,4'ü doğru cevabını vermiştir.

"Gebelikte utersun büyüklüğü değişmez," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %53,6'sı fikrim yok, %7,1'i yanlış, %39,3'ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %25'i fikrim yok, %3,6'sı yanlış, %71,4'ü doğru cevabını vermiştir, "Gebelikte hormonların değişimine bağlı olarak ciltte değişiklikler meydana gelir," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %3,6'sı yanlış, %96,4'ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %100'ü doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

"Kadınların çoğunluğunda pelvis darlığı vardır," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %64,3'ü fikrim yok, %7,1'i yanlış, %64,3'ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %32,1'i fikrim yok, %17,9'u yanlış, %50'si doğru cevabını vermiştir, "Anne ve bebek bağlanması doğumdan sonra başlar," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %7,1'i fikrim yok, %3,6'sı yanlış, %89,3'ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %7,1'i fikrim yok, %3,6'sı yanlış, %89,3'ü doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

"İki doğum arası süre için 2 ay yeterlidir," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %39,3'ü fikrim yok, %60,7'si doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %17,9'u fikrim yok, %3,6'sı yanlış, %78,6'sı doğru cevabını vermiştir, "Gebede herhangi bir sağlık sorunu yoksa vajinal doğum yapması uygundur," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %14,3'ü fikrim yok, %10,7'si yanlış, %75'i doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %3,6'sı fikrim yok, %14,3'ü yanlış, %82,1'i doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

"Gebelikte egzersiz yapılması doğum süresini kısaltır," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %14,3'ü fikrim yok, %35,7'si yanlış, %50'si doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %10,7'si fikrim yok, %42,9'u yanlış, %46,4'ü doğru cevabını vermiştir, "Kanama, görme ve bilinç kaybı gebelikte normaldir," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %14,3'ü fikrim yok, %10,7'si yanlış, %75'i doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %7,1'i fikrim yok, %92,9'u doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Doğum, normal fizyolojik bir olaydır,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %100’ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %100’ü doğru cevabını vermiştir, “Doğum, kendiliğinden başlayan ve uterusun kasılmasıyla bebeğin dışarı atılmasıdır,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %21,4’ü fikrim yok, %3,6’sı yanlış, %75’i doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %10,7’si fikrim yok, %3,6’sı yanlış, %85,7’si doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Genç gebeler sezaryenle doğum yapmalıdır,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %3,6’sı fikrim yok, %96,4’ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %3,6’sı fikrim yok, %96,4’ü doğru cevabını vermiştir, “Epizyotomi, tüm doğumlarda yapılmalıdır,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %67,9’u fikrim yok, %32,1’i doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %42,9’u fikrim tok, %57,1’i doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Kadına duygusal ve fiziksel destek verilmesi doğumun kolay geçmesine etkisi yoktur” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %3,6’sı fikrim yok, %3,6’sı yanlış, %92,9’u doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %3,6’sı yanlış, %96,4’ü doğru cevabını vermiştir, “Doğumda müzik, masaj vb., teknikler yararlıdır” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %10,7’si fikrim yok, %89,3’ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %100’ü doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Doğumun aktif döneminde vücut ısısındaki suya girmek tehlikelidir” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %46,4’ü fikrim yok, %3,6’sı yanlış, %50’si doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %39,3’ü fikrim yok, %7,1’i yanlış, %53,6’sı doğru cevabını vermiştir, “Doğumda yiyecek-içecek yenmesi sakıncalıdır,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %32,1’i fikrim yok, %42,9’u yanlış, %25’i doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %14,3’ü fikrim yok, %50’si yanlış, %35,7’si doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Bebek doğar doğmaz anne ile ten tene temas yapılmalıdır,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %14,3’ü fikrim yok, %7,1’i yanlış, %78,6’sı doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %100’ü doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Doğumda ayakta durma, yürüme ve çömelme gibi pozisyonlar tercih edilmemelidir,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %64,3’ü fikrim yok, %10,7’si yanlış, %25’i doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %7,1’i fikrim yok, %14,3’ü yanlış, %78,6’sı doğru cevabını vermiştir, “Bebek doğar doğmaz kordon

kesilmelidir," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %28,6'sı fikrim yok, %35,7'si yanlış, %35,7'si doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %25'i fikrim yok, %32,1'i yanlış, %42,9'u doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

"Nişane, doğumun başladığını gösteren bir belirtidir," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %46,4'ü fikrim yok, %10,7'si yanlış, %42,9'u doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %10,7'si fikrim yok, %10,7'si yanlış, %82,1'i doğru cevabını vermiştir, "Doğum ağrısı belli aralıklarla tekrarlayan, genellikle çok şiddetli ve kendine has özellikleri olan bir ağrıdır," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %7,1'i fikrim yok, %3,6'sı yanlış, %89,3'ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %100'ü doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

"Bebek iri ise sezaryenle doğum yapılmalıdır," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %35,7'si fikrim yok, %25'i yanlış, %39,3'ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %21,4'ü fikrim yok, %46,4'ü yanlış, %32,1'i doğru cevabını vermiştir, "Sezaryenle doğumdan sonra vajinal doğum yapılmaz," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %10,7'si fikrim yok, %35,7'si yanlış, %53,6'sı doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %17,9'u fikrim yok, %25'i yanlış, %57,1'i doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-11).

"Doğum sonrası 1 saatte birden fazla ped kanama olur," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %28,6'sı fikrim yok, %14,3'ü yanlış, %57,1'i doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %3,6'sı fikrim yok, %7,1'i yanlış, %89,3'ü doğru cevabını vermiştir, "Doğum sonrası perine hijyenine dikkat edilmelidir," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %39,3'ü fikrim yok, %17,9'u yanlış, %42,9'u doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %14,3'ü fikrim yok, %28,6'sı yanlış, %57,1'i doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

"Doğum sonrası ilk haftalar annelerde annelik hüznü görülebilir," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %14,3'ü fikrim yok, %57,1'i yanlış, %28,6'sı doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %7,1'i fikrim yok, %82,1'i, yanlış, %10,7'si doğru cevabını vermiştir, "Doğum sonrası korunmasız cinsel ilişkiye başlanabilir," ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %57,1'i fikrim yok, %28,6'sı yanlış, %14,3'ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %32,1'i fikrim yok, %35,7'si yanlış, %32,1'i doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Doğum sonrası annelik hüznünün uzaması normaldir,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %35,7’si fikrim yok, %25’i yanlış, %39,3’ü doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %17,9’u fikrim yok, %35,7’si yanlış, %46,4’üi doğru cevabını vermiştir, “İlk 6 ay anne sütü ve ek gıda verilebilir,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %3,6’sı fikrim yok, %96,4’ü yanlış; son testte kontrol grubu katılımcıların %100’ü yanlış, cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Bebeğin göbek bakımında batikon kullanılır,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %10,7’si fikrim yok, %82,1’i yanlış, %7,1’i doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %7,1’i fikrim yok, %85,7’si yanlış, %7,1’i doğru cevabını vermiştir, “Bebeğin banyo suyu hazır su olmalıdır,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %53,6’sı fikrim yok, %42,9’u yanlış, %3,6’sı doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %21,4’ü fikrim yok, %78,6’sı yanlış cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Bebeğe banyo sonrası uygulanan masajlar rahatlamasına yardımcı olur,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %85,7’si fikrim yok, %7,1’i yanlış, %7,1’i doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %53,6’sı fikrim yok, %14,3’ü yanlış, %32,1’i doğru cevabını vermiştir, “Anne sütü beslenme ile arttırılabilir,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %32,1’i fikrim yok, %67,9’u yanlış; son testte kontrol grubu katılımcıların %7,1’i fikrim yok, %92,9’u yanlış cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

“Anne sütü 3-3-3 (oda ısısında 3 saat, buz dolabında 3 gün, derin dondurucuda 3 ay) kuralı ile saklanmalıdır,” ifadesine ön testte kontrol grubu katılımcıların %17,9’u fikrim yok, %82,1’i doğru; son testte kontrol grubu katılımcıların %100’ü doğru cevabını vermiştir (Tablo 4-10).

4.2.3. Girişim ve Kontrol gruplarının Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan gebelerin Perinatal Bilgi Formu’nun ön test ve son test karşılaştırmalarına ait bulgular yer almıştır.

Tablo 4-11: Girişim ve Kontrol Gruplarının Perinatal Bilgi Formuna Ait Ön Test ve Son Test Bilgi Puanı Karşılaştırılması

		Ön Test		Son Test		Test Değeri	p
		$\overline{X}$	SS	$\overline{X}$	SS		
Doğum Öncesi Döneme Ait Bilgi Puanı	Girişim	5,57	1,94	7,61	1,49	-6,656***	**0,000***
	Kontrol	5,67	1,86	6,82	1,24	-3,184***	**0,004***
	Test Değeri	-0,196**		2,121**			
	p	0,845		**0,039***			
		Ön Test		**Son Test**		**Test Değeri**	**p**
		$\overline{X}$	SS	$\overline{X}$	SS		
Doğuma Ait Bilgi Puanı	Girişim	8,38	3,32	12,61	2,56	-8,731***	**0,000***
	Kontrol	9,25	2,17	11,17	2,22	-4,804***	**0,000***
	Test Değeri	-1,141**		2,203**			
	p	0,259		**0,032***			
		Ön Test		**Son Test**		**Test Değeri**	**p**
		$\overline{X}$	SS	$\overline{X}$	SS		
Doğum Sonu Döneme Ait Bilgi Puanı	Girişim	4,26	2,37	9,50	1,94	-11,014***	**0,000***
	Kontrol	2,82	1,36	3,75	1,32	-3,195***	**0,004***
	Test Değeri	2,772**		12,787**			
	p	**0,008***		**0,000***			
		Ön Test		**Son Test**		**Test Değeri**	**p**
		$\overline{X}$	SS	$\overline{X}$	SS		
Toplam Bilgi Puanı	Girişim	18,23	6,98	29,73	5,53	-10,760***	**0,000***
	Kontrol	17,75	4,63	21,75	3,57	-5,139***	**0,000***
	Test Değeri	0,300**		6,336**			
	p	0,765		**0,000***			

*p<0,05, **Bağımsız t testi, ***Bağımlı t testi

Katılımcıların gruplarına göre ön test ve son test bilgi puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, iki bağımlı aşama karşılaştırılmasında ise bağılı t testi uygulanmıştır (Tablo 4-11). Bunun sonucunda katılımcıların gruplarına göre ön test doğum öncesi döneme ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Katılımcıların gruplarına göre son test doğum öncesi döneme ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Girişim grubunun doğum öncesi döneme ait bilgi puanlarının kontrol grubundan daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Girişim grubunun ön test ve son test doğum öncesi döneme ait bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test doğum öncesi döneme ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Son test gebelik ile ilgili bilgi puanları ön test doğru sayılarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Kontrol grubunun ön test ve son test doğum öncesi döneme ait bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test doğum öncesi döneme ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Son test doğum öncesi döneme ait bilgi puanlarının ön test doğru sayılarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Katılımcıların gruplarına göre ön test doğuma ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların gruplarına göre son test doğuma ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubunun doğuma ait bilgi puanlarının kontrol grubundan daha fazla olduğu görülmektedir.

Girişim grubunun ön test ve son test doğuma ait bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test doğuma ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Son test doğuma ait bilgi puanlarının ön test doğru sayılarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Kontrol grubunun ön test ve son test doğuma ait bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test doğuma dair bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Son test doğuma ait bilgi puanlarının ön test doğru sayılarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Katılımcıların gruplarına göre ön test doğum sonu döneme ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubunun doğum sonu döneme ait bilgi puanlarının kontrol grubundan daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Katılımcıların gruplarına göre son test doğum sonu döneme ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubunun doğum sonu döneme ait bilgi puanlarının kontrol grubundan daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Girişim grubunun ön test ve son test doğum sonu döneme bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test doğum sonu döneme ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Son test doğum sonu döneme ait bilgi puanlarının ön test doğru sayılarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Kontrol grubunun ön test ve son test doğum sonu döneme ait bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test doğum sonu döneme ait bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Son test doğum sonu döneme ait bilgi puanlarının ön test doğru sayılarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Katılımcıların gruplarına göre ön test doğum öncesi döneme ait bilgi durumlarında toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların gruplarına göre son test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubunun toplam bilgi puanları kontrol grubundan daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Girişim grubunun ön test ve son test toplam bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Son test toplam bilgi puanlarının ön test toplam bilgi puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Kontrol grubunun ön test ve son test toplam bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Son test toplam bilgi puanlarının ön test toplam bilgi puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

4.2.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma Ait Özellikleri İle Perinatal Bilgi Formu Son Test Bulgularının Karşılaştırılması

Araştırma katılımcılarının Perinatal Bilgi Formu'nda son test bilgi puanları ile doğuma ilişkin bulguların karşılaştırlaması yer almaktadır.

Tablo 4-12:Katılımcıların Perinatal Bilgi Puanı ile Doğuma İlişkin Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Değişkenler			Girişim		Test Değeri	p	Kontrol		Test Değeri	p
			n	MR*			n	MR*		
Toplam Bilgi Puanı	Gerçekleşen Doğum Şekli	Spontan vajinal doğum	3	18,67	8,863***	**0,031****	2	6,5	4,120***	0,390
		Müdahaleli vajinal doğum (epidural, epizyotomi)	4	21,75			2	17,5		
		Müdahaleli vajinal doğum (vakum, forseps)	0	0,0			2	11,75		
		Acil Sezaryen doğum	12	11,96			8	18,06		
		Planlı Sezaryen doğum	7	9,21			14	13,57		
Toplam Bilgi Puanı	Doğuma Gitmede Karar Verme Şekli	Kasılmaların sıklaşması	5	19,40	3,857***	0,277	9	17,11	1,636***	0,651
		Suyu gelmesi	2	12,50			33	12,17		
		Doktor zamanı belirledi	16	11,81			13	13,92		
		Diğer	3	13,33			3	11,50		
Toplam Bilgi Puanı	Hastaneye Gittiğinde Açıklık Durumu	1-3 cm	8	18,38	7,209***	0,125	9	13,78	3,045***	0,550
		4-6 cm	3	15,33			2	23,25		
		7 cm ve üzeri	2	16,50			1	8,50		
		Açıklık yok	12	9,63			10	13,65		
		Bilmiyor	1	9,50			6	15,08		
Toplam Bilgi Puanı	Hastaneye Gittiğinde Kasılma Durumu	30 dk'da bir	1	23,00	9,978***	**0,041****	2	20,50	3,382***	0,496
		20-15 dk'da bir	2	23,00			1	13,50		
		10-5 dk'da bir	5	18,40			5	11,30		
		Kasılma yok	16	10,13			19	14,24		
		Bilmiyor	2	14,00			1	24,50		

MR=Mean Rank, **p<0,05, ****Kuruskal Wallis Test

Katılımcıların Perinatal Bilgi Formu'nda, katılımcıların toplam bilgi puanları ile doğuma ilişkin özellikleri karşılaştırılmış, kruskal wallis test yapılmıştır (Tablo 4-12).

Girişim grubundaki gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlere ilişkin bilgi puanı arttıkça vajinal doğum ortalaması (21,75) artmaktadır, Bu da gebelerin bilgi durumu yükseldikçe vajinal doğum sayısının arttığını göstermektedir ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4-12).

Kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlere ilişkin bilgi puanı arttıkça vajinal doğum (17,5) ve acil sezaryen ortalaması (18,06) artmaktadır. Gebelerin bilgi puanı arttıkça vajinal doğum sayıları artmaktadır fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Girişim grubundaki gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlere ilişkin bilgi puanı arttıkça doğuma gitmede karar verme şekli olarak kasılmaların sıklaşması ortalaması (23,00) artmaktadır. Bu da gebelerin bilgi durumu yükseldikçe doğum işaretlerinden olan kasılmaların sıklaşmasını bekleyerek doğuma gittiklerini göstermektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlere ilişkin bilgi puanı arttıkça doğuma gitmede karar verme şeklinde doktorun belirledi zaman ortalaması (15,19) artmaktadır. Gebelerin bilgi puanları arttıkça vajinal doğum sayıları artmaktadır fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Girişim grubundaki gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlere ilişkin bilgi puanları arttıkça doğuma giderken açıklığının olma sayısı ortalaması (18,38) artmaktadır. Bu da gebelerin bilgi durumu yükseldikçe doğum işaretlerinden olan serviks açıklığı olduktan sonra doğuma gittiklerini göstermektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlere ilişkin bilgi puanları arttıkça doğuma giderken açıklığının olma sayısı ortalaması (23,25)

artmaktadır. Gebelerin bilgi durumu yükseldikçe doğum işaretlerinden olan serviks açıklığı olduktan sonra doğuma gittiklerini göstermektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4-12).

Girişim grubundaki gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlere ilişkin bilgi puanalrı arttıkça doğuma giderken kasılmasının olma sayısı ortalaması (23,00) artmaktadır. Bu da gebelerin bilgi durumu yükseldikçe doğum işaretlerinden olan kasılma düzene girdikten sonra doğuma gittiklerini göstermektedir ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 4-12).

Kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlere ilişkin bilgi puanları arttıkça doğuma giderken kasılma olma sayısı ortalaması (20,50) artmaktadır. Gebelerin bilgi durumu yükseldikçe doğum işaretlerinden olan serviks açıklığı olduktan sonra doğuma gittiklerini göstermektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4-12).

4.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Katılımcıların doğuma ait özellikleri ve bu özelliklerin girişim ve kontrol grubu içinde karşılaştırılmaları yapılmıştır. Gebelerin doğuma ilişkin planladıkları ve yaşadıkları tanımlayıcı ve ki kare analizleri ile gösterilmiştir.

Tablo 4-13: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğum Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

	Değişkenler	Girişim		Kontrol		Test Değeri	p
		n	%	n	%		
Planlanan Doğum Yönteminin Gerçekleşme Durumu	Evet	10	38,5	16	57,1	2,139**	0,420
	Hayır	15	57,7	11	39,3		
	Emin değil	1	3,8	1	3,6		
Planlanan Doğum Şekli	Normal	21	80,8	14	50,0	6,217**	**0,032***
	Sezaryen	5	19,2	12	42,9		
	Planlamadı	0	0,0	2	7,1		
Gerçekleşen Doğum Şekli	Spontan vajinal doğum (spontan)	3	11,5	2	7,1	5,554**	0,209
	Müdahaleli vajinal doğum (epidural, epizyotomi)	4	15,4	2	7,1		
	Vajinal doğum (vakum, forseps)	0	0,0	2	7,1		
	Acil Sezaryen doğum	12	46,2	8	28,7		
	Planlı Sezaryen doğum	7	26,9	14	50,0		
Doğum Haftası ($\bar{X}$±SS, 38.81±1.33)	36-37	1	3,8	6	21,4	8,079**	**0,018***
	38-39	13	50,0	18	64,3		
	40 ve üzeri	12	46,2	4	14,3		
Doğum Yeri	Devlet hastanesi (koğuş tipi-çok kişinin olduğu odalar)	1	3,8	1	3,6	0,003**	0,957
	Özel Hastane	25	96,2	27	96,4		
Doğum İçin Hastaneye Gitme Karar Verme Sebebi	Kasılmaların sıklaşması	5	19,3	9	32,1	1,702**	0,677
	Suyun gelmesi	2	7,7	3	10,7		
	Doktorun zamanı belirlemesi	16	61,5	13	46,5		
	Diğer	3	11,5	3	10,7		

Tablo 4-13: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğum Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması (Devam)

	Değişkenler	Girişim		Kontrol		Test Değeri	p
Doğuma Gidildiğinde Açıklık Durumu	1-3 cm	8	30,8	9	32,1	4,297**	0,391
	4-6 cm	3	11,5	2	7,1		
	7 cm ve üzeri	2	7,7	1	3,6		
	Açıklık yok	12	46,2	10	35,7		
	Bilmiyor	1	3,8	6	21,4		
Doğuma Gidildiğinde Kasılma Varlığı	Evet	10	38,5	9	32,1	0,236**	0,777
	Hayır	16	61,5	19	67,9		
Doğuma Gidildiğinde Kasılma Durumu	30 dk'da bir	1	3,8	2	7,1	1,472**	0,934
	20-15 dk'da bir	2	7,7	1	3,6		
	10-5 dk'da bir	5	19,2	5	17,9		
	Kasılma yok	16	61,5	19	67,9		
	Bilmiyor	2	7,7	1	3,6		
Doğuma Gidildiğinde Amniyon Kesesinin Açılma Durumu	Evet	2	7,7	4	14,3	0,593**	0,670
	Hayır	24	92,3	24	85,7		
Doğumda Müdahale Yapılma Durumu	Evet	24	92,3	27	96,4	0,436**	0,604
	Hayır	2	7,7	1	3,6		

Tablo 4-13: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğum Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması (Devam)

Değişkenler			Girişim		Kontrol		Test Değeri	p
Doğumda Uygulanan Müdahaleler	Damar Yolu Durumu	Evet	20	76,9	25	89,3	1,484**	0.223
		Hayır	6	23,1	3	10,7		
	Sürekli NST Durumu	Evet	11	42,3	9	32,1	0,597**	0.574
		Hayır	15	57,7	19	67,9		
	Lavman Durumu	Evet	4	15,4	2	7,1	0,927**	0.413
		Hayır	22	84,6	26	92,9		
	Perine Tıraşı Durumu	Evet	4	15,4	1	3,6	2,239**	0.184
		Hayır	22	84,6	27	96,4		
	Yataktan Kalkmama	Evet	2	7,7	4	14,3	0,593**	0.670
		Hayır	24	92,3	24	85,7		
	Oksitosin Durumu	Evet	5	19,2	4	14,3	0,237**	0.724
		Hayır	21	80,8	24	85,7		
	Ağrı Kesici Durumu	Evet	9	34,6	8	28,6	0,228**	0.771
		Hayır	17	65,4	20	71,4		
	Epizyotomi Durumu	Evet	5	19,2	7	25,0	0,260**	0.747
		Hayır	21	80,8	21	75,0		
Doğumun Sezaryen Olma Sebebi		Hekimin planlaması	8	30,8	7	25,0	2,685**	0,497
		Korku	0	0,0	3	10,7		
		Endikasyon varlığı	11	42,3	11	39,3		
		Bilmiyor	7	26,9	7	25,0		
Doğumda Problem Yaşama Durumu		Evet	7	26,9	3	10,7	2,347**	0,169
		Hayır	19	73,1	25	89,3		
Toplam			**26**	**100.0**	**28**	**100,0**		

*p<0,05, **Ki kare analizi

Girişim ve kontrol grubunun doğum özelliklerine ait bulguların karşılaştırılması Tablo 4-13'de verilmiştir. Katılımcıların grupları ile doğum sonrası özellikleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır.

Katılımcıların planlanan doğum yönteminin gerçekleşme durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %38,5'inin evet, %57,7'sinin hayır, %3,8'inin emin değilim; kontrol grubu katılımcıların %57,1'inin evet, %39,3'ünün hayır, %3,6'sının emin değilim cevabını verdikleri görülmektedir (Tablo 4-13).

Katılımcıların grupları ile planlanan doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcıların planlanan doğum şekilleri incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %80,8'inin normal, %19,2'sinin sezaryen; kontrol grubu katılımcıların %50'sinin normal, %42,9'unun sezaryen, %7,1'inin plansız olduğu görülmektedir (Tablo 4-13).

Katılımcıların doğum şekli incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %11,5'inin vajinal doğum (spontan), %15,4'ünün vajinal doğum (müdahaleli; suni sancı, epidural), %46,2'sinin acil sezaryen doğum, %26,9'unun planlı sezaryen doğum; kontrol grubu katılımcıların %7,1'inin vajinal doğum (spontan), %7,1'inin vajinal doğum (müdahaleli; suni sancı, epidural), %7,1'inin vajinal doğum (müdahaleli; vakum, forseps), %28,7'sinin Acil Sezaryen doğum, %50'sinin Planlı Sezaryen doğum olduğu görülmektedir (Tablo 4-13).

Katılımcıların doğum haftaları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %3,8'inin 36-37, %50'sinin 38-39, %46,2'sinin 40 ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların %21,4'ünün 36-37, %64,3'ünün 38-39, %14,3'ünün 40 ve üzeri olduğu görülmektedir.

Katılımcıların grupları ile doğum haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcıların doğum yerleri incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %3,8'inin devlet hastanesi, %96,2'sinin özel hastane; kontrol grubu katılımcıların %3,6'sının devlet hastanesi, %96,4'ünün özel hastane olduğu görülmektedir (Tablo 4-13).

Katılımcıların doğum için hastaneye gitme karar verme şekli incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %19,3'ünün kasılmalarının sıklaştığı, %7,7'sinin suyunun geldiği, %61,5'inin doktorun zamanını belirlediği, %11,5'inin diğer; kontrol grubu katılımcıların %32,1'inin kasılmalarının sıklaştığı, %10,7'sinin suyunun geldiği, %46,5'inin doktorun zamanını belirlediği, %10,7'sinin diğer olduğu görülmektedir (Tablo 4-13).

Katılımcıların doğuma gidildiğinde açıklık durumu incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %30,8'inin 1-3 cm, %11,5'inin 4-6 cm, %7,7'sinin 7 cm ve üzeri, %46,2'sinin açıklık olmadığı, %3,8'inin bilmediği; kontrol grubu katılımcıların %32,1'inin 1-3 cm, %7,1'inin 4-6 cm, %3,6'sının 7 cm ve üzeri, %35,7'sinin açıklık olmadığı, %21,4'ünün bilmediği görülmektedir (Tablo 4-13).

Girişim grubu katılımcıların %38,5'inin doğuma girildiğinde kasılma olduğu, %61,5'inin olmadığı; kontrol grubu katılımcılarının %32,1'inin kasılma olduğu, %67,9'unun olmadığı görülmektedir (Tablo 4-13).

Katılımcıların doğuma girildiğinde kasılma durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %3,8'inin 30 dk'da bir, %7,7'sinin 20-15 dk'da bir, %19,2'sinin 10-5 dk'da bir, %61,5'inin kasılması olmadığı, %7,7'sinin bilmediği; kontrol grubu katılımcıların %7,1'inin 30 dk'da bir, %3,6'sının 20-15 dk'da bir, %17,9'unun 10-5 dk'da bir, %67,9'unun kasılması olmadığı, %3,6'sının bilmediği görülmektedir (Tablo 4-13).

Katılımcıların doğuma gidildiğinde amniyon kesesinin açılma durumu incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %7,7'sinin evet, %92,3'ünün hayır; kontrol grubu katılımcıların %14,3'ünün evet, %85,7'sinin hayır cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4-13).

Katılımcıların doğumda uygulama yapılma durumu inceleme durumu incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %92,3'ünün evet, %7,7'sinin hayır; kontrol grubu katılımcıların %96,4'ünün evet, %3,6'sının hayır cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcılara yapılan uygulamalar incelendiğinde, girişim grubu katılımcılarının %76,9'una damar yolu, %42,3'üne sürekli NST, %15,4'üne lavman, %15,4'üne perine tıraşı, %7,7'sine yataktan kakmama, %19,2'sine oktitosin, %34,6'sına ağrı kesici,

%19,2'sine epizyotimi uygulandığı görülmektedir. Kontrol grubu katılımcıların %89,3'üne damar yolu, %32,1'ine aralıksız NST, %7,1'ine lavman, %3,6'sına perine tıraşı, %14,3'üne yataktan kakmama, %14,3'üne oktitosin, %28,6'sına ağrı kesici, %25'ine epizyotimi uygulandığı görülmektedir (Tablo 4-13).

Katılımcıların doğumlarının sezaryen olma sebepleri incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %30,8'inin hekimin planladığı, %42,3'ünün endikasyon olduğu, %26,9'unun bilmediği; kontrol grubu katılımcıların %25'inin doktorunun planladığı, %10,7'sinin korktuğu, %39,3'ünün endikasyon olduğu, %25'inin bilmediği görülmektedir (Tablo 4-13).

Girişim grubu katılımcıların %26,9'unun doğumda problem yaşadığı, %73,1'inin yaşamadığı; kontrol grubu katılımcıların %10,7'sinin doğumda problem yaşadığı, %89,3'ünün yaşamadığı görülmektedir (Tablo 4-13).

Tablo 4-14: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğum Deneyimi Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Değişkenler		Girişim		Kontrol			
		n	%	n	%	Test Değeri	p
Doğumda Destek Durumu	Evet	23	88,5	23	82,1	0,427**	0,706
	Hayır	3	11,5	5	17,9		
Doğumhane Ortamı Hakkında Beklenti Karşılama Durumu	Evet	16	61,5	20	71,4	0,593**	0,566
	Hayır	10	38,5	8	28,6		
Doğumhane Ortamı	Ortam loş ve sessiz	2	7,7	0	0,0	4,040**	0,686
	Odanın içi ev gibi	0	0,0	1	3,6		
	Doğumda serbest olabilecek alan vardı	1	3,8	1	3,6		
	Doktor, Ebe, Hemşire nazik davrandı	15	57,7	18	64,3		
	Gürültülü	1	3,8	0	0,0		
	Kalabalık	7	26,9	8	28,6		
Doğum Deneyimi	Son derece beklediği gibi	3	11,5	6	21,5	6,311**	0,178
	Beklediği gibi	6	23,1	7	25,0		
	Biraz	5	19,2	10	35,7		
	Beklediği gibi değil	4	15,4	3	10,7		
	Hiç beklediği gibi değil	8	30,8	2	7,1		
Doğumda Memnuniyet Durumu	Son derece memnun	5	19,2	9	32,1	5,056**	0,302
	Memnun	5	19,2	9	32,1		
	Biraz	7	26,9	7	25,0		
	Memnun değil	4	15,4	1	3,6		

*p<0,05, **Ki kare analizi

Girişim grubu katılımcıların %88,5'inin doğumda destek aldığı, %11,5'inin almadığı; kontrol grubu katılımcıların %82,1'inin doğumda destek aldığı, %17,9'unun almadığı görülmektedir. Girişim grubu katılımcıların %61,5'inin doğumhane ortamının beklentisinin planladığı gibi olduğunu, %38,5'inin planlandığı gibi olmadığını; kontrol grubu katılımcıların %71,4'ünün doğumhanenin planladığı gibi olduğunu, %28,6'sının planlandığı gibi olmadığını belirttiği görülmektedir (Tablo 4-14).

Katılımcıların doğumhane ortamları incelendiğinde, %7,7'sinin ortam loş ve sessizdi, %3,8'inin doğumda serbest olabilecek alan vardı, %57,7'sinin doktor, ebe, hemşire bana çok nazik davrandı, %3,8'inin gürültülü, %26,9'ünün kalabalık; kontrol

grubu katılımcıların %3,6'sının odanın içi evimde gibi hissettirdi, %3,6'sının doğumda serbest olabilecek alan vardı, %64,3'ünün doktor, ebe, hemşire bana çok nazik davrandı, %28,6'sının kalabalık olarak değerlendirdiği görülmektedir (Tablo 4-14).

Katılımcıların doğum beklenti durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %11,5'inin son derece beklediğim gibi, %23,1'inin beklediğim gibi, %19,2'sinin biraz, %15,4'ünün beklediğim gibi değil, %30,8'inin hiç beklediğim gibi değil; kontrol grubu katılımcıların %21,5'inin son derece beklediğim gibi, %25'inin beklediğim gibi, %35,7'sinin biraz, %10,7'sinin beklediğim gibi değil, %7,1'inin hiç beklediğim gibi değil cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4-14).

Katılımcıların doğum memnuniyet durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %19,2'sinin son derece memnun, %19,2'sinin memnun, %26,9'unun biraz, %15,4'ünün memnun değil, %19,2'sinin hiç memnun değil; kontrol grubu katılımcıların %32,1'inin son derece memnun, %32,1'inin memnun, %25'inin biraz, %3,6'sının memnun değil, %7,1'inin hiç memnun değil cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4-14).

4.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Katılımcıların doğum sonu döneme ait özellikleri ve bu özelliklerin girişim ve kontrol grubu içinde karşılaştırılmaları yapılmıştır. Gebelerin doğumda bebeklerini emzirme durumu, tensel temas kurabilme durumları, doğumdan memnuniyetleri, doğum sonrası destek durumları gibi özellikleri tanımlayıcı ve ki kare testleri yapılarak gösterilmiştir.

Gebelerin doğum sonu dönemde Emizrme Öz Yeterlilik Ölçek puanları hesaplanmış ve bu puan ile sosyo-demografik özellikleri ve doğum sonu döneme ilişkin özellikleri karşılaştırılmaları Kruskal Wallis Testleri yapılarak gösterilmiştir.

Tablo 4-15: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Değişkenler			Girişim		Kontrol		Test Değeri	p
			n	%	n	%		
Doğum Sonrası Taburculuk Zamanı		12 saat sonra	0	0,0	1	3,6	3,747**	0,308
		24 saat sonra	9	34,6	7	25,0		
		48 saat sonra	17	65,4	17	60,7		
		3 gün ve daha üzeri	0	0,0	3	10,7		
Doğum Sonrası Bakım Destek Durumu		Evet	26	100,0	28	100,0	-	-
		Hayır	0	0,0	0	0,0		
Doğum Sonrası Bakım Destekçisi		Eş	8	30,8	13	46,4	3,011**	0,440
		Anne	15	57,7	14	50,0		
		Abla	2	7,7	0	0,0		
		Kayınvalide	1	3,8	1	3,6		
Doğum Sonrası Destek	Annenin Bakımı	Evet	26	100,0	24	85,7	4,011**	**0,045***
		Hayır	0	0,0	4	14,3		
	Bebek Bakımı	Evet	24	92,3	23	82,1	1,235**	0,423
		Hayır	2	7,7	5	17,9		
	Ev Hijyeni	Evet	24	92,3	22	78,6	2,016**	0,253
		Hayır	2	7,7	6	21,4		
	Beslenme	Evet	22	84,6	20	71,4	1,356**	0,332
		Hayır	4	15,4	8	28,6		
	Hareket Etme	Evet	5	19,2	8	28,6	0,644**	0,530
		Hayır	21	80,8	20	71,4		
	Kişisel Bakım	Evet	12	46,2	13	46,4	0,000**	0,984
		Hayır	14	53,8	15	53,6		
	Emzirme	Evet	9	34,6	8	28,6	0,228**	0,771
		Hayır	17	65,4	20	71,4		
Doğum Sonu Kanama Miktarı		Normal	24	92,3	20	71,4	3,895**	**0,048***
		Normal Değil	2	7,7	8	28,6		
Doğum Sonrası Uyku Süresi ($\bar{X}$±SS, 5.61±1.35)		5 saat ve altı	9	34,6	18	64,3	4,747**	**0,029***
		5 saat üzeri	17	65,4	10	35,7		
Gece Uyanma Sıklığı ($\bar{X}$±SS, 3.33±0.93)		3 kez ve altı	15	57,7	21	75,0	1,817**	0,250
		3 kez üzeri	11	42,3	7	25,0		
Toplam			**26**	**100,0**	**28**	**100,0**		

*p<0.05, **Ki kare analiz

Katılımcıların doğum sonrası taburcu olma zamanları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %34,6'sının 24 saat sonra, %65,4'ünün 48 saat sonra; kontrol grubu katılımcıların %3,6'sının 12 saat sonra, %25'inin 24 saat sonra, %60,7'sinin 48 saat sonra, %10,7'sinin 3 gün ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4-15).

Girişim ve kontrol grubu katılımcıların %100'ünün doğum sonrası bakım desteği aldığı görülmektedir. Katılımcıların doğum sonrası bakım desteğini kimden aldıkları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %30,8'inin eş, %57,7'sinin anne, %7,7'sinin abla, %3,8'inin kayınvalide; kontrol grubu katılımcıların %46,4'ünün eş, %50'sinin anne, %3,6'sının kayınvalide olduğu görülmektedir (Tablo 4-15).

Katılımcıların grupları ile doğum sonu annenin bakımı konusunda destek alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubu katılımcıların %100'ünün bakım yapan kişinin annenin kişisel bakımına katıldığı; kontrol grubu katılımcıların %85,7'sinin bakım yapan kişinin annenin kişisel bakımına katıldığı, %14,3'ünün katılmadığı görülmektedir (Tablo 4-15).

Girişim grubu katılımcıların %92,3'ünün bebek bakımı, %92,3'ünün ev hijyeni, %84,6'sının yemek yapma, %19,2'sinin hareket etme, %46,2'sinin kişisel bakım, %34,6'sının emzirme ile ilgili destek aldığı görülmektedir (Tablo 4-15).

Kontrol grubu katılımcıların %82,1'inin bebek bakımı, %78,6'sının ev hijyeni, %71,4'ünün yemek yapma, %28,6'sının hareket etme, %46,4'ünün kişisel bakım, %28,6'sının emzirme ile ilgili destek aldığı görülmektedir (Tablo 4-15).

Katılımcıların grupları ile doğum sonu kanama miktarının uygunluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcıların doğum sonu kanama miktarı durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %92,3'ünün normal, %7,7'sinin normal değil; kontrol grubu katılımcıların %71,4'ünün normal, %28,6'sının normal değil cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4-15).

Katılımcıların grupları ile doğum sonrası uyku süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcıların doğum sonrası uyku süreleri incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %34,6'sının 5 saat ve altı, %65,4'ünün 5 saat üzeri; kontrol grubu katılımcıların %64,3'ünün 5 saat ve altı, %35,7'sinin 5 saat üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4-15).

Katılımcıların gece uyanma sıklığı incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %57,7'sinin 3 kez ve altı, %42,3'ünün 3 kez üzeri; kontrol grubu katılımcıların %75'inin 3 kez ve altı, %25'inin 3 kez üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4-15).

Tablo 4-16: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğum Sonu Dönem Bebeğin Özelliklerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Değişkenler		Girişim		Kontrol		Test Değeri	p
		n	%	n	%		
Bebeğin Cinsiyeti	Kız	9	34,6	14	50,0	1,305**	0,284
	Erkek	17	65,4	14	50,0		
Bebeğin Kilosu (gr) ($\bar{X}$±SS, 3132.62±479.39)	2500 altı	1	3,9	2	7,4	1,652**	0,438
	3000-4000	25	96,1	25	89,2		
	4001 ve üzeri	0	0	1	3,2		
Bebeğin Boyu ($\bar{X}$±SS, 49.12±3.11)	50 cm altı	12	46,2	12	42,9	0,059**	0,808
	50 cm ve üstü	14	53,8	16	57,1		
Tentene Temas Yapılma Durumu	Evet	14	53,8	21	75,0	2,645**	0,155
	Hayır	12	46,2	7	25,0		
İlk Emzirme Zamanı	Doğumhanede hemen	2	7,7	6	21,4	11,203**	**0,010***
	ilk 30 dk	4	15,4	11	39,3		
	ilk 1 saat	16	61,5	5	17,9		
	İlk 3 saat	4	15,4	6	21,4		
Bebeğin Emme de Problem Yaşama Durumu	Evet	5	19,2	3	10,7	0,775**	0,460
	Hayır	21	80,8	25	89,3		
Bebeğin Emme Süresi	5 dk ve daha az	9	34,6	8	28,6	9,427**	**0,023***
	5-10 dk	14	53,9	8	28,6		
	10-15 dk	0	0,0	7	25,0		
	15-30 dk	3	11,5	5	17,9		
Doğum Sonrası Bebeği Emzirme Durumu	Güzel	11	42,3	21	75,0	7,377**	**0,021***
	İyi ama desteğe ihtiyacı var	12	46,2	7	25,0		
	Diğer	3	11,5	0	0,0		
Emzirme Sıklığı	1-3 kez	1	3,8	3	10,7	3,755**	0,330
	4-5 kez	0	0,0	3	10,7		
	6-10 kez	15	57,7	14	50,0		
	11-15 kez	10	38,5	8	28,6		

*p<0,05, **Ki kare analizi

Girişim ve kontrol grubunun doğum sonrası bebek ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4-16'de verilmiştir. Katılımcıların grupları ile doğum sonrası bebek ve doğumhane ile ilgili özellikleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır.

Katılımcıların bebeklerinin cinsiyetleri incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %34,6'sının kız, %65,4'ünün erkek; kontrol grubu katılımcıların %50'sinin kız, %50'sinin erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların bebeklerinin kiloları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %3,9'unun 2500 gr'ın altı, %96,1'ünün 2500-4000 gr arası; kontrol grubu katılımcıların %7,4'ünün 2500 gr'ın altı, %89,2'sinin 2500-4000 gr arası, %3,2'sinin 4001 gr ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4-16).

Katılımcıların bebeklerinin boyu incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %46,2'sinin 50 cm altı, %53,8'inin 50 cm üstü; kontrol grubu katılımcıların %42,9'unun 50 cm altı, %57,1'inin 50 cm üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların tentene temas yapılma durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %53,8'inin evet, %46,2'sinin hayır; kontrol grubu katılımcıların %75'inin evet, %25'inin hayır cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4-16).

Katılımcıların grupları ile ilk emzirme zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcıların ilk emzirme zamanları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %7,7'sinin doğumhanede hemen, %15,4'ünün ilk 30 dk, %61,5'inin ilk 1 saat, %15,4'ünün ilk 3 saat; kontrol grubu katılımcıların %21,4'ünün doğumhanede hemen, %39,3'ünün ilk 30 dk, %17,9'unun ilk 1 saat, %21,4'ünün ilk 3 saat olduğu görülmektedir (Tablo 4-16).

Girişim grubu katılımcıların %19,2'sinin bebeklerinin emme de problem yaşadığı, %80.8'inin yaşamadığı; kontrol grubu katılımcıların %10,7'sinin bebeklerinin emme de problem yaşadığı, %89,3'ünün yaşamadığı görülmektedir. Katılımcıların grupları ile bebeği emzirme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcıların bebeklerinin emme süreleri incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %34,6'sının 5 dk ve daha az, %53,9'unun 5-10 dk, %11,5'inin 15-30 dk; kontrol grubu katılımcıların %28,6'sının 5 dk ve daha az, %28,6'sının 5-10 dk, %25'inin 10-15 dk, %17,9'unun 15-30 dk olduğu görülmektedir (Tablo 4-16).

Katılımcıların grupları ile doğum sonrası bebeği emzirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05). Katılımcıların doğum sonrası bebeği emzirme durumları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %42,3'ünün güzel, %46,2'sinin iyi ama desteğe ihtiyacım var, %11,5'inin diğer; kontrol grubu katılımcıların %75'inin güzel, %25'inin iyi ama desteğe ihtiyacım var cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4-16).

Katılımcıların emzirme sıklıkları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %3,8'inin 1-3 kez, %57,7'sinin 6-10 kez, %38,5'inin 11-15 kez; kontrol grubu katılımcıların %10,7'sinin 1-3 kez, %10,7'sinin 4-5 kez, %50'sinin 6-10 kez, %28,6'sının 11-15 kez olduğu görülmektedir (Tablo 4-16)

4.5. Girişim ve Kontrol Gruplarının Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4-17: Girişim ve Kontrol Grubunun Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Grup	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p
Girişim	52,80	7,63	0,266**	0,791
Kontrol	52,14	10,38		

*p<0,05, **Bağımsız t testi

Katılımcıların gruplarına göre emzirme öz yeterlilik ölçeği puanlarını karşılaştırmak için bağımsız t testi uygulanmıştır (Tablo 4-17). Bunun sonucunda katılımcıların gruplarına göre emzirme öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 4-18: Girişim ve Kontrol Grubunun Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Grup	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p
Girişim	8,76	5,46	1,062**	0,293
Kontrol	7,35	4,27		

*p<0,05, **Bağımsız t testi

Katılımcıların gruplarına göre edinburgh postpartum depresyon ölçeği puanlarını karşılaştırmak için bağımsız t testi uygulanmıştır (Tablo 4-18). Bunun sonucunda katılımcıların gruplarına göre edinburgh postpartum depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

4.5.1. Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği Puan Ortalaması ile Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Sosyo-Demografik ve Doğuma İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması

Araştırma katılımcılarının Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği puan ortalaması ile sosyodemografik verileri ve doğuma ilişkin verilerin karşılaştırıldığı bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-19: Girişim Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Değişkenler		Girişim		Test Değeri	p	Kontrol		Test Değeri	p
		$\bar{X}$	SS			$\bar{X}$	SS		
Yaş	20-27	50,86	9,41	0,364***	0,699	45,67	14,57	0,801***	0,460
	28-35	53,81	7,20			53,58	10,97		
	36 ve üzeri	52,00	7,21			50,83	5,34		
Medeni Durum	Evli	52,81	7,64	-	-	52,14	10,38	-	-
Hane Halkı Sayısı	2	52,79	7,91	0,144***	0,866	52,14	10,38	-	-
	3	56,00	-			-	-		
	4	50,00	-			-	-		
Eğitim Durumu	Ortaokul	65,00	-	1,687**	0,105	-	-	-	-
	Üniversite ve üzeri	52,32	7,37			52,14	10,38		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	52,83	7,21	0,025**	0,980	51,46	10,47	-1,266**	0,217
	Çalışmıyor	52,75	9,05			61,00	1,41		
Çalışma Alanı	Kamu	51,50	8,58	0,997***	0,384	54,88	9,70	2,228***	0,129
	Özel	52,00	7,83			52,82	10,42		
	Diğer	57,75	5,12			41,00	6,08		
Eş Yaş	20-27	52,40	10,21	0,141***	0,870	-	-	0,358**	0,723
	28-35	53,47	7,41			52,86	11,78	1,171**	0,252
	36 ve üzeri	51,50	7,15			51,43	9,16		
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul	53,00	-	0,032***	0,969	64,00	-		
	Lise	52,00	9,03			-	-		
	Üniversite ve üzeri	53,00	7,71			51,70	10,31		

Tablo 4-19: Girişim Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (Devam)

Değişkenler		Girişim		Test Değeri	p	Kontrol		Test Değeri	p
		$\bar{X}$	SS			$\bar{X}$	SS		
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	52,81	7,64	-	-	51,38	10,39	-1,420**	0,168
	Çalışmıyor	-	-			62,00	0,00		
Gelir Durumu	Gelir giderden çok	49,57	7,85	1,029***	0,373	52,50	6,68	0,124***	0,884
	Gelir gidere eşit	54,44	7,66			51,61	12,29		
	Gelir giderden az	51,67	6,66			55,50	0,71		
Sosyal Güvence Durumu	SGK	51,69	6,82	0,961***	0,429	53,08	12,65	0,431***	0,733
	Emekli Sandığı	53,00	10,39			49,50	9,19		
	Bağ-Kur	61,50	4,95			44,50	0,71		
	Özel Sağlık Sigortası	52,38	8,37			52,91	8,70		
Evlilik Süresi	20 ay altı	53,67	5,59	0,087***	0,917	52,67	10,65	0,948***	0,401
	21-30 ay	52,13	8,17			57,60	9,21		
	31 ay ve üstü	52,56	9,55			50,35	10,60		
Eş ile İlişki Durumu	Son derece iyi	55,75	7,78	1,913**	0,068	52,52	11,37	0,408**	0,687
	İyi	50,29	6,79			50,40	3,44		

*p<0,05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Girişim grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre öz yeterlilik ölçeğinin puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır (Tablo 4-19). Girişim grubu katılımcılarının yaşlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Girişim grubu katılımcılarının hane halkı sayılarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının eğitim durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının çalışma durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-19).

Girişim grubu katılımcılarının çalışma alanlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının eşlerinin yaşlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının eşlerinin eğitim durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-19).

Girişim grubu katılımcılarının gelir durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının sosyal güvence durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının evlilik sürelerine göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının eşleri ile ilişki durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-19).

Kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre öz yeterlilik ölçeğinin puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır (Tablo 4-19). Kontrol grubu katılımcılarının yaşlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05). Kontrol grubu katılımcılarının çalışma durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Kontrol grubu katılımcılarının çalışma alanlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).Kontrol grubu katılımcılarının eşlerinin yaşlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).Kontrol grubu katılımcılarının eşlerinin eğitim durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05) (Tablo 4-19).

Kontrol grubu katılımcılarının eşlerinin çalışma durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).Kontrol grubu katılımcılarının gelir durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).Kontrol grubu katılımcılarının sosyal güvence durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05) (Tablo 4-19).

Kontrol grubu katılımcılarının evlilik sürelerine göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05). Kontrol grubu katılımcılarının eşleri ile ilişki durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05) (Tablo 4-19).

Tablo 4-20: Girişim ve Kontrol Grubunun Doğuma İlişkin Özellikleri ile Emzirme Özyeterlilik Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Değişkenler		Girişim		Test Değeri	p	Kontrol		Test Değeri	p
		$\bar{X}$	SS			$\bar{X}$	SS		
İlk Emzirme Zamanı	Doğumhanede hemen	59,00	0,00	3,328***	**0,038****	7,13	4,56	0,354***	0,557
	İlk 30 dk	44,75	2,98			8,40	2,60		
	İlk 1 saat	52,68	7,98						
	İlk 3 saat	58,25	2,62						
Emzirme süresi	5 dk dan daha az	52,00	8,27	0,618***	0,548	48,62	15,84	1,335***	0,286
	5-10 dk	54,14	7,98			49,00	8,83		
	10-15 dk	-	-			56,28	4,38		
	15-30 dk	49,00	1,73			57,00	4,30		
Emzirme becerisi	Güzel	56,00	6,32	2,026***	0,155	53,52	10,51	1,515***	0,229
	İyi ama desteğe ihtiyacı var	49,83	8,45			48,00	9,45		
	İyi değil	53,00	5,19			-	-		
Emzirme Sıklığı	1-3 kez	56,00	-	2,898***	0,075	43,00	8,18	1,513***	0,236
	4-5 kez	-	-			58,33	12,50		
	6-10 kez	49,93	6,40			50,80	9,60		
	11-15 kez	56,80	8,09			55,00	10,19		

*** Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılımcıların doğum sonrası emzirme özellikleri ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4-20'da gösterilmiştir.

Girişim grubundaki gebelerin doğum sonrası ilk emzirme zamanı ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) Kontrol grubunda istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (Tablo 4-20).

Girişim grubundaki gebelerin doğum sonrası emzirme süresi ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) Kontrol grubunda da benzer sonuç bulunmuştur (Tablo 4-20).

Girişim grubundaki gebelerin emzirme sıklığı ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) Kontrol grubunda da benzer sonuç bulunmuştur (Tablo 4-20).

Girişim grubundaki gebelerin emzirme becerisi ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) Kontrol grubunda da benzer sonuç bulunmuştur (Tablo 4-20).

4.5.2. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması ile Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Sosyo-Demografik ve Doğuma İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması

Araştırma katılımcılarının Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puan ortalaması ile sosyodemografik verileri ve doğuma ilişkin verilerin karşılaştırıldığı bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-21: Girişim Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri ile Edinburgh Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Değişkenler		Girişim		Test Değeri	p	Kontrol		Test Değeri	p
		$\bar{X}$	SS			$\bar{X}$	SS		
Yaş	20-27	0,266***	0,768	0,266***	0,768	4.67	4.16	0.869***	0.432
	28-35	8,50	6,06			7,37	4,50		
	36 ve üzeri	11,00	5,57			8,67	3,50		
Medeni Durum	Evli	-	-			7,36	4,27	-	-
Hane Halkı Sayısı	2	2,065***	0,150	- 2,065***	- 0,150	7,36	4,27	-	-
	3	2,00	-			-	-		
	4	17,00	-			-	-		
Eğitim Durumu	Ortaokul	-0,324**	0,749	-0,324**	0,749	-	-	-	-
	Üniversite ve üzeri	8,84	5,57			7,36	4,27		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	0,863**	0,397	0,863**	0,397	7,15	4,03	-0,905**	0,374
	Çalışmıyor	7,38	5,04			10,00	8,49		
Çalışma Alanı	Kamu	1,078***	0,357	1,078***	0,357	6,00	4,75	1,151***	0,332
	Özel	9,78	6,04			7,47	4,12		
	Diğer	5,75	2,99			10,33	3,21		
Eş Yaş	20-27	0,737***	0,489	0,737***	0,489	-	-	-0,087**	0,931
	28-35	8,00	4,80			7,29	5,15		
	36 ve üzeri	11,17	7,28			7,43	3,37		

Tablo 4-21: Girişim Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri ile Edinburgh Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (Devam)

Değişkenler		Girişim		Test Değeri	p	Kontrol		Test Değeri	p
		$\bar{X}$	SS			$\bar{X}$	SS		
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul	9,00	-	0,057***	0,945	12,00	-	1,112**	0,276
	Lise	8,00	5,87			7,19	4,25		
	Üniversite ve üzeri	8,95	5,64			7,31	3,81		
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	8,77	5,46	-	-	8,00	11,31	-0,217**	0,830
Gelir Durumu	Gelir giderden çok	11,43	7,89	1,386***	0,270	7,50	4,87	0,878***	0,428
	Gelir gidere eşit	7,44	3,46			7,72	4,07		
	Gelir giderden az	9,67	7,51			3,50	3,54		
Sosyal Güvence Durumu	SGK	9,00	6,15	0,208***	0,890	7,00	4,26	0,688***	0,568
	Emekli Sandığı	7,00	5,00			8,00	2,83		
	Bağ-Kur	7,00	0,00			11,50	3,54		
	Özel Sağlık Sigortası	9,50	5,63			6,91	4,64		
Evlilik Süresi	20 ay altı	7,56	4,45	0,363***	0,700	8,83	2,79	3,121***	0,062
	21-30 ay	9,00	6,97			3,40	4,10		
	31 ay ve üstü	9,78	5,31			8,00	4,24		
Eş ile İlişki Durumu	Son derece iyi	7,83	6,31	-0,803**	0,430	7,39	4,57	0,089**	0,930
	İyi	9,57	4,72			7,20	2,86		

*p<0,05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Girişim grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır (Tablo 4-21). Girişim grubu katılımcılarının yaşlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Girişim grubu katılımcılarının hane halkı sayılarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının eğitim durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının çalışma durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-21).

Girişim grubu katılımcılarının çalışma alanlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının eşlerinin yaşlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının eşlerinin eğitim durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-21).

Girişim grubu katılımcılarının gelir durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının sosyal güvence durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-21).

Girişim grubu katılımcılarının evlilik sürelerine göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Girişim grubu katılımcılarının eşleri ile ilişki durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-21).

Kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır (Tablo 4-21).

Kontrol grubu katılımcılarının yaşlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kontrol grubu katılımcılarının çalışma durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-21).

Kontrol grubu katılımcılarının çalışma alanlarına göre Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kontrol grubu katılımcılarının eşlerinin yaşlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kontrol grubu katılımcılarının eşlerinin eğitim durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-21).

Kontrol grubu katılımcılarının eşlerinin çalışma durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kontrol grubu katılımcılarının gelir durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kontrol grubu katılımcılarının sosyal güvence durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-21).

Kontrol grubu katılımcılarının evlilik sürelerine göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kontrol grubu katılımcılarının eşleri ile ilişki durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-21).

Tablo 4-22: Girişim ve Kontrol Grubunun İnnatal Döneme İlişkin Özellikleri ile Edinburgh Depresyon Ölçek Puanının Karşılaştırılması

Değişkenler		Girişim		Test Değeri	p	Kontrol		Test Değeri	p
		$\bar{X}$	SS			$\bar{X}$	SS		
Doğumda Destek Alma	Evet	8,52	5,48	0,574****	0,452	7,13	4,56	0,354***	0,557
	Hayır	10,66	6,02			8,40	2,60		
Doğum Beklentisi	Son derece beklediği gibi	4,00	2,00	727***	0,583	8,33	4,13	0,963***	0,446
	Beklediği gibi	9,50	2,16			7,85	4,05		
	Biraz beklediği gibi	8,00	8,00			5,40	4,37		
	Beklediği gibi değil	10,25	4,57			8,66	1,52		
	Hiç beklediği gibi değil	9,75	6,60			10,50	7,77		
Doğumdan Memnuniyeti	Son derece memnun	3,40	2,79	2,802***	**0,046****	6,77	4,17	0,976***	0,440
	Memnun	9,60	2,60			6,66	5,14		
	Biraz memnun	8,14	4,94			7,28	2,92		
	Memnun değil	13,75	6,99			8,00	-		
	Hiç memnun değil	10,20	5,80			13,00	4,24		

**** Bağımsız t test, *** Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılımcıların doğum deneyimleri ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4-22'da gösterilmiştir.

Girişim grubundaki gebelerin doğumda destek alma durumu ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) Kontrol grubunda da benzer sonuç bulunmuştur (Tablo 4-22).

Girişim grubundaki gebelerin doğumun nasıl geçtiği ile ilgili durumu ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) Kontrol grubunda da benzer sonuç bulunmuştur (Tablo 4-30).

Girişim grubundaki gebelerin doğumdan memnuniyeti ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) Kontrol grubunda istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (Tablo 4-22).

4.6. Ev Ziyareti İle Yürütülen Gebe İzlemleri Hakkında Görüşlere Ait Bulgular

Girişim grubundaki gebelere ev ziyaretlerinde yapılan izlemlerle ilgili görüşleri hakkında bulgular verilmiştir. Gebelerin ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerine ilişkin memnuniyetlerine dair bulgular Tablo 4-23'de gösterilmiştir.

4.7. Girişim Grubunun Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemleri Hakkında Görüşlere Ait Bulgular

Araştırma katılımcılarının ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin içeriği ve ev ziyaretçisinin değerlendirmesini yaptığı bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-23: Girişim Grubunun Ev Ziyaretlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Değişkenler		Girişim	
		n	%
Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerinden Memnun Kalma Durumu	Evet	26	100,0
	Hayır	0	0,0
Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerinin Eksiksiz Yapıldığını Düşünme Durumu	Evet	26	100,0
	Hayır	0	0,0
İzlem Tarihinin Gelmesini Sabırsızlıkla Beklediği Sağlık Hizmet Sunucusu	Evde Ebe Takibi	16	61,6
	Kadın Doğum Uzmanı	5	19,2
	İkisi de	5	19,2
Eğitimlere Eş Katılımı	Evet	24	92,3
	Hayır	2	7,7
Doğumunu Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerini Yapan Ebenin Yaptırmasını İsteme Durumu	Evet	26	100,0
	Hayır	0	0,0
Doğumunu Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemelerini Yapan Ebenin Katılmasını İsteme Durumu	Evet	26	100,0
	Hayır	0	0,0
Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerinin Evde Fiziksel Aktivite Yapma Durumuna Katkısı	Gebelikte fiziksel aktivite yapmayı sağladı	24	92,3
	Yapmayı tercih etmedi,	2	3,7
Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerinden Aldığınız Fiziksel Aktivite Eğitimini Uygulayabilme Durumu	Evet	24	92,3
	Hayır	2	3,7
Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerinin Gebelik Yakınmaları Konusunda Gebeliği Kolaylaştırma Durumu	Evet	26	100,0
	Hayır	0	0,0
Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerinden Alınan Eğitim Sonrası Başedilen Gebelik Yakınmaları	İdrar kaçırma	2	7,7
	Mide Bulantısı veya Kusma	2	7,7
	Sırt ağrısı	3	11,5
	Kasıklarda ağrı	3	11,5
	Ciltte Değişiklikler	2	7,7
	Birden fazla yakınmaya	14	53,8
Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerinden Alınan Hizmeti Evde Değil de Bir Sağlık Kurumunda Almayı Tercih Etme Durumu	Evet	3	11,5
	Hayır	23	88,5
Sağlık Kurumunda Olması Durumunda Her Hafta Bu Eğitimlere Düzenli Katılım Sağlama Durumu	Evet	10	38,5
	Hayır	16	61,5
Toplam		**26**	**100,0**

Girişim grubunun ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemine yönelik görüşlerinin dağılımı Tablo 4-23'de verilmiştir. Katılımcıların %100'ünün programlı ev ziyareti ile izlemlerden memnun kaldığı görülmektedir.

Katılımcıların ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerin eksiksiz yapıldığını düşünme durumuna göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %100'ünün evet cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların izlem tarihinin gelmesini sabırsızlıkla beklediği sağlık hizmet sunucusuna göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %61,6'sının evde ebe takibi, %19,2'sinin kadın doğum uzmanı ve %19,2'sinin ise ikisi de olduğu görülmektedir. Katılımcılarım eğitimlere eş katılımlarına göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %92,3'ünün evet, %7,7'sinin hayır olduğu görülmektedir (Tablo 4-23).

Katılımcıların %100'ünün doğumunu ev ziyareti ile yürütülen gebelik izlemelerini yapan ebenin yaptırmasını istediği ve ev ziyareti ile yürütülen gebelik izlemelerini yapan ebenin katılmasını istediği görülmektedir. Katılımcıların ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin evde fiziksel aktivite yapma durumuna katkısı göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %92,3'ünün gebelikte fiziksel aktivite yapmamı sağladı, %3,7'sinin ise yapmayı tercih etmedim cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların aldığınız fiziksel aktivite eğitimini uygulayabilme durumuna göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %92,3'ünün evet, %3,7'sinin ise hayır cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4-23).

Katılımcıların ev ziyaretlerinde gebelik yakınmaları konusunda gebeliği kolaylaştırma durumuna göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %100'ünün evet cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların gebelikte oluşan yakınma konusunda alınan eğitimlere göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %7,7'sinin idrar kaçırma, %7,7'sinin mide bulantısı veya kusma, %11,5'inin sırt ağrısı, %11,5'inin kasıklarda ağrı, %7,7'sinin ciltte değişiklikler ve %53,8'inin birden fazla yakınma olduğu görülmektedir (Tablo 4-23).

Katılımcıların ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden alınan hizmeti evde değil de bir sağlık kurumunda almayı tercih etme durumuna göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %11,5'inin evet, %88,5'inin hayır cevabını verdiği görülmektedir. katılımcıların sağlık kurumunda olması durumunda her hafta bu eğitimlere düzenli katılım sağlama durumuna göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %38,5'inin evet, %61,5'inin hayır cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4-23).

4.7.1. Girişim Grubunun Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Memnuniyetlerinin Dağılımı

Tablo 4-24: Girişim Grubunun Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Memnuniyetlerinin Dağılımı

İfadeler	Evet		Hayır		Kararsızım	
	n	%	n	%	n	%
Ev ziyaretinin süresinden memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Yapılan doğum öncesi izlemin kapsamından memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Kendisi ile ilgilenen Ebe veya Hemşirenin bilgi donanımından memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Prenatal bakıma ilişkin yeterli bilgi vermesinden memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Ziyaret randevusuna uyumundan memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Gebeyi evinde ziyaret etmesinden memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Yapılan ev ziyareti sıklığından memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Yapılan uygulamalara ilişkin bilgilendirmesinden memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Ev ziyaretine gelen ebe veya hemşirenin iletişimden memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Ev ziyaretine gelen ebe veya hemşirenin davranış biçiminden memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Ev ziyaretine gelen ebe veya hemşirenin gebeyi memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Mahremiyete gösterilen saygıdan memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Gebenin bakım gereksinimlerinin farkında olmasından memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Ev ziyaretine gelen ebe veya hemşireden aldığı bakımın kalitesinden memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Ev ziyaretine gelen ebe veya hemşireye soru sormaktan çekinmemekten memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Ev ziyareti sırasında aldığı eğitim başlıklarından memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Ev ziyareti sırasında aldığı eğitimin içeriğinden memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Ez ziyareti sırasında aldığı eğitim ile ilgili materyallerden memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Uygulamaların hijyenik olmasından memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0
Ziyaretlerden genel memnuniyet durumu memnun musunuz?	26	100,0	0	0,0	0	0,0

Girişim grubunun ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden memnuniyetlerinin dağılımı Tablo 4-24'de verilmiştir. Katılımcıların %100'ünün tüm ifadelere evet cevabını verdiği ve ifadelerin hepsinden memnun olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Ev ziyareti uygulamaları, doğum öncesi bakımı iyileştirmek için yapılan erken müdahale hizmeti olarak kabul edilmektedir. Yürütülen ev ziyaretlerinde gebelere kendilerinin ve çocuklarının sağlıklı yaşam davranışı geliştirmesi ve sağlıklarını yükseltme, ebeveynlik becerileri, aile planlaması konularında hizmet verilmektedir. Randomize klinik çalışmalarda hemşire ve/veya ebe tarafından yapılan ev ziyareti müdahalesi ile hem anne hem de çocuklarda olumlu sağlık sonuçları elde edilmiştir (Kitzman ve ark., 2000; Koniak-Griffin ve ark., 2003; Olds, 2006; Olds ve ark., 2014).

"Ev ziyareti" geniş yelpazesi olan bir programdır. Bu programın çatısının altında doğum öncesi eğitim, annelik dersleri (Koniak-Griffin ve ark. 2000), ailelere doğum öncesi bakım, emzirme desteği (Edwards ve ark. 2013) ve sosyal destek, sevk hizmetleri (Lee ve ark. 2009) hakkında bilgi sağlayan çok sayıda program ve model bulunmaktadır (Williams ve ark., 2017).

Birinci basamakta yürütülen doğum öncesi bakım sürecinin yeni bir model olarak ev ziyaretleri ile desteklenmesini amaçlayan bu çalışmada, gebelere ASM'de ve evde olmak üzere toplamda sekiz izlemin yapıldığı doğum öncesi bakım ve doğuma hazırlık eğitimleri verilmiştir. Bu kapsamda ev ziyaretleri ile yürütülen gebe izlemlerinin perinatal sonuçlara etkisi incelenmiştir. Literatürdeki ev ziyareti çalışmalarının sonuçları ve ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin perinatal sonuçları tartışılmıştır. Tartışma altı ana başlık altında toplanmıştır.

5.1.1. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerine Ait Bulguların Tartışılması

5.1.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik ve Obstetrik Bulgularının Tartışılması

5.1.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Gebe İzlem Özelliklerine Ait Bulgularının Tartışılması

5.2. Gebelerin Perinatal Bilgi Formu'na Ait Bulgularının Tartışılması

5.2.1. Girişim ve Kontrol Gruplarının Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Tartışılması

5.2.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma Ait Özellikleri ile Perinatal Bilgi Formu Son Test Bulgularının Tartışılması

5.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

5.5. Girişim ve Kontrol Gruplarının Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasına Ait Bulgularının Tartışılması

5.6. Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.6.1. Girişim Grubunun Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Memnuniyet Bulgularının Tartışılması

5.1. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerine Ait Bulguların Tartışılması

Araştırma katılımcılarının tanıtıcı bilgileri iki alt başlıkta verilmiştir. İlk başlıkta sosyodemografik özelliklere ait bulgular literatürde bulunan çalışmalarla tartışılmıştır. İkinci başlık ise doğum öncesi izlemlere ait bulgular literatürde bulunan sonuçlarla tartışılmıştır.

5.1.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik ve Obstetrik Bulgularının Tartışılması

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özellikleri, literatürde bulunan benzer çalışmalara göre farklılıklar taşımaktadır.

Literatürde ev ziyaretileri ile ilgili yapılmış olan araştırmaların çoğunun dezavantajlı grup olan adölesan gebelerle yürütüldüğü görülmüştür (Aracena ve ark., 2009; Enoch ve ark., 2016; Julnes ve ark., 1994; Koniak-Griffin ve ark., 1999, 2000, 2002, 2003; E. Lee ve ark., 2009; Thompson ve ark., 1982). Fakat farklı yaş grupları ile yürütülenler de vardır. Paraprofesyonellerece yürütülen bir araştırmada ev ziyareti yapılan gebelerin yaş ortalaması 32,0 iken kontrol grubunun 32,4 bulunmuştur (Taft ve ark., 2011). Yapılan başka bir çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların yaş ortalaması 25,7 bulunmuştur (Ferguson ve Vanderpool, 2013). Genç anneler ile yapılan bir çalışmada ev ziyareti yapılan grup ve kontrol grubunun yaş ortalamaları benzerdir (17,9) (Robling ve ark., 2016). Rector'ün yürüttüğü ev ziyareti yapılan kadınların yaş ortalaması 22,9'dur (Rector, 2002). Randomize kontrollü çalışma da ev ziyareti yapılan kadınların yaş ortalaması 22,5 kontrol grubununun yaş ortalaması 22,2'dir ve istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (Dugravier ve ark., 2013). Randomize kontrollü başka bir çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların yaş ortalaması 21,27, kontrol grubunun yaş ortalaması 21,53'dür (Jungmann ve ark., 2015). Yine randomize kontrollü bir çalışmada ev ziyareti yapılan grubun yaş ortalaması 27,6, kontrol grubunun yaş ortalaması 27,7'dir (Kemp ve ark., 2013). Roman ve ark. yürüttüğü çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların yaş ortalaması 25,3, kontrol grubunun yaş ortalaması 26,7 dir (Roman ve ark., 2014). Randomize kontrollü bir

çalışmada ev ziyareti yapılan gebelerin %24,6'sı, kontrol grubunun %19,2'si 18 yaş altındadır (Lee ve ark., 2009). Yapılan bir araştırmada ev ziyareti yapılan kadınların yaş ortalaması 25,3, kontrol grubu kadınların yaş ortalaması 25,5'dir (Meghea ve ark., 2013). Randomize kontrollü başka bir çalışmada ev ziyareti yapılan gebelerin yaş ortalaması 27,6 kontrol grubunun 27,9'dur (Goldfeld ve ark., 2019). Ev ziyaretlerinin etkinliğine bakan randomize kontrollü bir çalışmada; deney grubu yaş ortalaması 30,5 kontrol grubu yaş ortalaması ise 30'dur (Ichikawa ve ark., 2015). Araştırma katılımcıların yaş ortalaması 31,62±4,46 olduğu görülmekle birlikte gruplara arasında bir fark bulunmamıştır (Tablo 4-1). Çalışmadaki yaş ortalaması açısından literatürdeki araştırmalardan çok da farklılık göstermemektedir.

Medeni durum birçok ülkede farklılıklar gösterebilmektedir. Özellikle adölesan gebeler ile yürütülen araştırmalarda evli olan kadın sayısı oldukça düşük olabilmektedir. Ev ziyaretlerinin etkinliğine bakan randomize kontrollü bir çalışmada; ev ziyareti yapılan grubun %72,2 si evli, %27,8'i bekar, kontrol grubunun %64,4'ü evli, %35,6'sı bekar bulunmuştur (Ichikawa ve ark., 2015). Randomize kontrollü diğer bir çalışmada evli olan kadınlar müdahale grubunda %80,6, kontrol grubunda %84,9'dur (Kemp ve ark., 2013). Randomize kontrollü başka bir çalışmada ev ziyareti grubunun %70,3'ü, kontrol grubu ise %76,2'si evli ve ya partneri ile birlikte yaşadığı görülmüştür (Goldfeld ve ark., 2019) Araştırma sonuçlarından farklı olarak literatürde ev ziyareti yapılan gebe gruplarında evli olanların sayısının çok az olduğu görülmektedir. Genç annelerle yapılan bir çalışmada; müdahale grubunda evli olan %9, kontrol grubunda evli olan ise %11 olduğu tespit edilmiştir (Robling ve ark., 2016). Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı uygulaması ile yapılan çalışmada girişim grubunun %22,1'u evli iken kontrol grubu %25,7'si evlidir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Williams ve ark., 2017). Yapılan başka bir çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların %67,9'u evli veya partneri ile yaşadığı tespit edilmiştir (Ferguson ve Vanderpool, 2013). Primipar ve multipar gebelerle yapılan ev ziyaretlerinde gebelerin %83,2'si bekar, ayrılmış ya da eşini kaybetmiştir (Lanier ve Jonson-Reid, 2014). Yapılan bir çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların %33,2'si kontrol grubunun %21,9'u evlidir (Roman ve ark., 2014). Paraprofesyonellerece yürütülen bir araştırmada ev ziyareti yapılan kadınların %32'si evli, kontrol grubunun ise %26'sı evlidir (Taft ve ark., 2011). Çalışmada katılımcıların medeni durumları incelendiğinde girişim ve kontrol grubundaki gebelerin tamamının evli olduğu görülmektedir. Ülkemizde kültürel olarak gebelik durumu bekar annelerde pek görülmemekte bu sebeple bu sonucun normal olduğu düşünülmektedir.

Randomize kontrollü bir çalışma da eğitim durumlarına bakıldığında ev ziyareti grubunun %54,5'u liseden daha az bir eğitim diplomasına sahip iken kontrol grubunun %49,5'i liseden daha az bir diplomaya sahiptir (Jungmann ve ark., 2015). Yapılan başka bir çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların %21,9'i lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu görülmüştür (Ferguson ve Vanderpool, 2013). Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı ile yapılan çalışmada girişim grubu ve kontrol grubunun %33'ü 12 yıl ve üzeri eğitim almıştır (Williams ve ark., 2017). Primipar ve multipar gebelerle yapılan ev ziyaretlerinde gebelerin eğitim durumlarının incelemesinde okul diploması olmayan %37,7, lise mezun oranı %37,4, kollej derecesi ise % 24,1'dir (Lanier ve Jonson-Reid, 2014). Rector'ün yürüttüğü çalışmada gebelerin %36.8'i lise ve üzeri eğitim almıştır (Rector, 2002). Randomize kontrollü bir çalışmada eğitim durumlarına bakıldığında müdahale grubunun lise mezunu %83, lisans ve üzeri mezunu %17 iken kontrol grubunun lise mezunu %80,4, lisans ve üzeri mezun %19,6'dir (Kemp ve ark., 2013). Paraprofesyonellerece yürütülen bir araştırmada mezuniyet durumları açısından lise veya daha az bir diplomaya sahip olma durumu ev ziyareti yapılan grup için %47 iken kontrol grubunda %51 dir (Taft ve ark., 2011). Randomize kontrollü başka bir çalışmada ev ziyareti grubu lise mezuniyeti %65.1, üniversite mezuniyet oranı ise %10 iken kontrol grubu lise mezuniyet oranı %63.9, üniversite mezuniyet oranı %11.3'dür (Goldfeld ve ark., 2019). Literatürdeki çalışmalardan farklı olarak araştırmada gebelerin eğitim durumlarının yüksek olduğu görülmektedir. Girişim grubundaki gebelerin %96,2'sinin üniversite ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların %100'ünün üniversite ve üzeri olduğu görülmektedir. Çalışmanın yürütüldüğü Kadıköy bölgesi sosyo kültürel açıdan ülke ortalamasına göre yüksek bir ilçe (Dertürk, 2017) olması nedeniyle bu sonucun normal olduğu düşünülmüştür.

Randomize kontrollü çalışmada gelir durumlarına incelendiğinde girişim grubundaki gebelerin %85'inin, kontrol grubundaki gebelerin %80,9'unun düşük gelir grubunda olduğu tespit edilmiştir (Jungmann ve ark., 2015). Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde, girişim grubundaki gebelerin %26,9'unun geliri giderinden çok, %61,5'inin geliri giderine eşit, %11,6'sının geliri giderinden az; kontrol grubu katılımcıların %28,6'sının geliri giderinden çok, %64,3'ünün geliri giderine eşit, %7,1'inin geliri giderinden az olduğu görülmektedir (Tablo 4-1).

Primipar ve multipar gebelerle yapılan ev ziyaretlerinde gebelerin %50,9'u çalışmıyorken, %16 sı öğrenci, tam zamanlı çalışan oranı %12,3, yarı zamanlı çalışan oranı

%10,6'dır (Lanier ve Jonson-Reid, 2014). Yapılan başka bir çalışmada ev ziyareti uygulanan kadınların %70,3'ünün ise işssiz olduğu görülmüştür (Ferguson ve Vanderpool, 2013).

Literatürde yer alan ev ziyareti araştırmaları gebelikte riskli durumlar oluşturabilecek konularda annelere hizmet vermeye odaklanmıştır. Gebelikte riskli davranışlardan birisi de gebelikte sigara içme durumudur. Randomize kontrollü araştırmada ev ziyareti yapılan gebelerden %29,2'sinin gebelikte sigara içtiği; kontrol grubu katılımcıların %24,9'unun gebelikte sigara içtiği görülmüştür (Lee ve ark., 2009). Genç Annelerle yapılan bir çalışmada; müdahale grubunda bulunan gebelerde sigara içme oranı %44, içmeme oranı %56, kontrol grubunda sigara içme oranı %42, içmeme oranı %58 bulunmuştur. (Robling ve ark., 2016). Ev ziyaretlerinin etkinliğine bakan randomize kontrollü bir çalışmada deney grubunda gebelikte sigara içme oranı %11,2, alkol kullanma %10,0, kontrol grubunda ise sigara içme %20.0, alkol kullanım oranı %12.1 dır (Ichikawa ve ark., 2015). Primipar ve multipar gebelerle yapılan ev ziyaretlerinde gebe iken sigara içme oranı %24,4, alkol %4,2'dir. (Lanier ve Jonson-Reid, 2014). Yapılan bir çalışmada ev ziyareti yapılan gebelikte sigara içme durumu ev ziyareti yapılan kadınlarda %30,6, kontrol grubunda %28,4 dür (Roman ve ark., 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) verilerine göre kadınların sigara içme oranları %13,1'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2014). Araştırmada her iki gebe grubu içinde sigara içme alışkanlığı çok düşüktür (Tablo 4-3). Bölgede yaşayan kadınların eğitim durumlarının yüksek olması nedeniyle ülke oranlarına göre daha düşük sigara içme olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların grupları ile çalışma alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Girişim grubunun %69,2'sinin, kontrol grubunun ise %60,7'sinin özel sektörde çalıştığı görülmektedir (Tablo 4-1).

Araştırmada katılımcıların çalışma durumu ve çalıştığı kurumlar gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4-1). Gruplar arasında eğitim durumları ve gelir durumları birbirine benzer olması nedeniyle ortaya çıkan bu farkın tesadüfi olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde gebelerin eşlerinin yaşı ve eşin eğititim durumu da tesadüfi olarak gruplar arasında fark çıkmıştır. Bu verilerin çalışma sonuçlarını ve verilen bakımı etkilemediği düşünülmektedir. İstatistiksel olarak da çok büyük bir fark olmaması nedeniyle de önemsiz görülmüştür.

5.1.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Gebe İzlem Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

Maternal ve fetal sağlığın sürdürülmesi ve doğum öncesi bakımın devamlılığı için gebeliğin planlı olması çok önemlidir (Yurtsever ve Set, 2018).

Randomize kontrollü bir çalışmada planlı gebelik oranı ev ziyareti yapılan kadınlarda %60,7, kontrol grubunda %63,5 bulunmuştur (Dugravier ve ark., 2013). Primipar ve multipar gebelerle yapılan ev ziyaretlerinde gebelerin %85,1'i istenmeyen bir gebelik yaşamaktadır (Lanier ve Jonson-Reid, 2014). Randomize kontrollü başka bir çalışmada ev ziyareti grubunda istenmeyen gebelik oranı %18, kontrol grubunda istenmeyen gebelik oranı %16,6 çıkmıştır (Jungmann ve ark., 2015). TNSA 2018 sonuçlarına göre, ülkemizde gebeliklerin %75'i istenmiş, %11'i daha sonra olması istenmiş ve %15'i istenmemiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019). Katılımcıların planlı gebelik durumları incelendiğinde, girişim grubundaki gebelerin %88,5'inin planlı, %11,5'inin plansız; kontrol grubu katılımcıların %85,7'sinin planlı, %14,3'ünün plansız olduğu görülmektedir. Ülke durumuna göre araştırma katılımcılarının planlı gebelik oranları çok daha iyi olduğu görülmektedir.

Uluslararası kılavuzlar ve güncel DSÖ Doğum öncesi bakım kılavuzu (WHO, 2016) gebelerin izlem sıklıklarının en az sekiz olması yönünde önerileri bulunmaktadır. Uluslararası çalışmalarda ev ziyaretleri ile izlem araştırmaları mevcut iken ulusal literatürde ev izlemlerine yönelik araştırmaya rastlanmamıştır. Uluslararası literatürde yapılan çalışmalarda ev ziyaret sayısı çeşitlilik göstermektedir. Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı ile yapılan bir çalışmada gebelere ortalama 12,9 prenatal ev ziyareti yapılmıştır (Williams ve ark., 2017). Başka bir çalışmada ise gebelere doğum öncesi dönem toplam sekiz kez ev ziyareti yapılmıştır (Culp ve ark., 2004). Randomize kontrollü bir çalışmada iki haftada bir toplamda 12 kez ev ziyaretleri yapılarak gebelere doğum öncesi bakım sağlanmıştır (E. Lee ve ark., 2009). Goldfield ve ark. yürüttüğü randomize kontrolü çalışmada gebeliği 20 hafta ve üzerinde olan kadınlara üç kez ev ziyareti yapılmıştır (Goldfeld ve ark., 2017). Adölesanlarla yapılan bir çalışmada ise annelere gebelik boyunca toplam 17 ev ziyareti düzenlenmiştir (Koniak-Griffin ve ark., 2000). Ulusal alanda ev ziyareti çalışmamaları bulunmaması nedeniyle DSÖ önerileri kapsamında araştırma izlem sıklığı toplam sekiz olacak şekilde yürütülmüştür. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden girişim grubuna dört izlem evde dört izlem aile sağlığı merkezinde olmak üzere toplam sekiz izlem yapılmıştır. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği DÖB rehberinde dört izleme ek olarak evinde dört izlem daha eklenmesi ve izlem sıklığı arttırılması gebelerin hem birinci basamak sağlık kuruluşları olan

aile sağlığı merkezilerini kullanmalarını hem de nitelikli doğum öncesi bakım almalarını sağlamıştır.

Literatürde ev ziyaretleri ile ilgili yürütülen deneysel çalışmalarda izlemi yapan kişiler çeşitlilik göstermekle birlikte birçok araştırmada gebe izlemlerin hemşireler ve ebeler tarafından yapıldığı görülmektedir (Olds ve ark., 2014). Ulusal literatürde farklı metodolijik yapılmış olan çalışmalarda ise gebelerin gebe izlemlerinin çoğunluğunun kadın doğum uzmanları tarafından yapıldığı görülmektedir (Aksu, 2020; Durusoy ve ark., 2011; Kıssal ve Kartal, 2019). Araştırmada katılımcıların düzenli gebelik kontrollerini yapan sağlık profesyonelleri incelendiğinde, girişim grubundaki gebelerin tamamı hem ebe hem de kadın doğum uzmanı; kontrol grubu katılımcıların tamamının kadın doğum uzmanı tarafından izlendiği bulunmuştur. Katılımcıların grupları ile düzenli kontrol yapan sağlık profesyoneli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu durum araştırmanın ulusal verilerle benzerlik göstermekle birlikte sağlık sisteminde poliklinik sistemi üzerinden hekim odaklı yasaların olmasındandır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerine dahil olan girişim grubu hekim muayenelerine devam etmiş olmakla birlikte eş zamanlı aile sağlığı merkezinde gebe izlemlerini de devam ettirmiştir. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden, düzenli kontrole gittiği yer olarak ASM kullanılması, tetanoz birinci ve ikinci doz bağışıklaması, alınan vitamin desteği (folik asit, D vit) gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden alınabilecek izlem basamaklarında anlamlı bir fark yaratmıştır (Tablo 4-5).

Doğum öncesi bakım sayısının yanında niteliğininde maternal ve fetal mortalite-morbiditenin azaltılmasında önemli bir yeri vardır. Maghea ve ark. yürüttüğü araştırmada ev ziyaretleri yapılan kadınların %39,6, kontrol grubundaki gebelerin %38,16 yetersiz doğum öncesi bakım almış iken ev ziyareti grubu %64,75, kontrol grubu %63,46 yeterli doğum öncesi bakım almıştır (Meghea ve ark., 2013). Primipar ve multipar gebelerle yapılan çalışmada ev ziyaretleri yapılamayan grupta yetersiz doğum öncesi bakım alma oranı %21,1'dir (Lanier ve Jonson-Reid, 2014). Retrospektif olarak yürütülen bir araştırmada kadınların gebelikte izlemlerini nerede ve kimler tarafından yapıldığı incelenmiş ve kadınların %80,9'unun hastanede izlem yaptırdığını, %14,3'ünün ise ASM'de izleme gittiği tespit etmişlerdir (Çatak ve ark., 2012). Gebelerin prenatal bakım alma durumlarını inceleyen bir çalışmada gebelerin %24,5'i ASM'de izlemlere gittiğini ifade etmiştir (Aksu, 2020). Bir kadın doğum hastanesinde doğum yapan gebelerin doğum öncesi bakım alma durumlarını incelenmiş ve gebelikte kadınların izlem için yalnızca %34'ünün ASM'ne gittiği tespit edilmiştir (Taş ve ark., 2019).

İzmir'de gebeler ile yürütülen bir çalışamda kadınların aile hekimliğinde izleme gitme oranlarına bakıldığında %85'nin aile sağlığı merkezinde izleme gittiği ve gebelerin %30'u 1-3 kez izleme gittiği, %25'i 4-5 kez izleme gittiği, %37,1'nin ise 6 ve üzeri sayıda gittiği görülmüştür. Başka bir çalışmada birinci izlemde gebelerin %62.9'u tam izlenmiş, %37.1 ise hiç izlenmemiş, ikinci izlemde %70'i tam izlenmiş, %10'u eksik, %20'si ise hiç izlenmemiş, üçüncü izlemde %77'si tam izlenmiş, %17'si eksik izlenmiş, %6'sı hiç izlenmemiş, dördüncü izlemde %74,6'sı, %17,6'sı eksik izlenmiş, %7,8'i hiç izlenmemiştir (Durusoy ve ark., 2011). Karabük Toplum Sağlığı Merkezi bölgesindeki doğum öncesi bakımı inceleyen bir araştırmada gebelerin haftasına göre izlemi tam olmayanlar grubun %28,6'sını oluşturmaktadır. Doğum yapan gebelerde en az dört izlem yapılanlar %66,7'dir. Her üç gebeden birisi nicel açıdan yetersiz izlenmiştir (Çatak ve ark., 2012). Araştırmada ASM'de doğum öncesi bakıma katılma oranlarına bakıldığında girişim grubunda bulunan gebelerin tamamı dört izlemede tam katılım göstermiş ve iyi derecede izlem basamakalarını tamamlamıştır. Kontrol grubu ise birinci izlemde %75'ine, ikinci izlemde %53'üne, üçüncü izlemde %67,9'una, dördüncü izlemde %82,1'ine hiç ASM'de izlem yapılmamış olduğu görülmektedir (Tablo 4-6). Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerine dahil olmuş olmak aynı zamanda gebelerin birinci basamak olan aile sağlığı merkezlerine tüm gebe izlemleri için gelmeyi sağladığı gibi koruyucu sağlık hizmeti veren ASM'lerinden hizmet alımınıda sağladığı düşünülmektedir. Araştırma sırasında gebelerin birinci basamakta gebelik izlemlerinin kapsamlı bir şekilde yapıldığı yönünde bilgi eksiklikleri bulunduğuna dair gözlem yapılmıştır. Prekonsepsiyonel dönemden başlayarak tüm kadınlara gebe kaldıktan itibaren birinci basamakta gebelik izlemlerinin yapılmasının yaygınlaştırılması için gebelere ASM'de yürütülen doğum öncesi bakımın içeriği ve eğitimlerin içerikleri hakkında bilgilendirici mektup, broşür veya kamu spotları yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte ev ziyaretlerinin nitelikli gebe izlemlerin yapılmasında bir araç olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

Evde gebelere izlem sırasında yapılan parametlerin değerlendirilmesini veren çalışmalar incelendiğinde evde gebe izlemi ile ortaya çıkan hipertansiyon, diyabet gibi risklerin verildiği görülmüştür (Aracena ve ark., 2009; Goyal, Hall, ve ark., 2013; Kemp ve ark., 2013; Meghea ve ark., 2015; Roman ve ark., 2014; Williams ve ark., 2017). Ulusal literatürde ise ev ziyareti ile doğum öncesi bakım uygulamasına yönelik bir araştırma olmadığından araştırma bulguları hastane ve ASM çalışmaları ile karşılaştırılmıştır. ASM'de verilen doğum öncesi bakımı nitelik ve nicelik açısından değerlendiren bir araştırmada gebelerin her izlemde rutin yaptırması gereken vital bulguların, fetal kalp seslerinin dinlenmesi gibi parametrelerin eksik yapıldığı

tespit edilmiştir (Ergin ve ark., 2010). Karabük Toplum Sağlığı Merkezi bölgesindeki doğum öncesi bakımı inceleyen bir araştırmada gebelik boyunca kan basıncı hiç ölçülmeyen dokuz, ağırlığı ölçülmeyen 10 kadın bulunmaktadır. %62,5'inin boyu hiç ölçülmemiş, %13'ünün FKA hiç dinlenmemiştir. Gebelerin %81,4'ünün kalp atımı hiç dinlenmemiştir (Çatak ve ark., 2012). Gebelerin prenatal bakım alma durumlarını inceleyen bir çalışmada gebelerin izlemlerinde %95,2 ile çocuk kalp atım ölçümü, %94,4 ile kan basıncı ölçümü, demir desteği, tetanos aşısı, %90,7 ile kan tahlili takibi ile %63,5 ile kilo ve boy ölçümlerinin yapıldığı tespit edilmiştir. Gebelere %37,3'üne abdominal muayene, %10,7'sine meme muayenesi yapıldığı belirlenmiştir (Aksu, 2020). Doğum öncesi bakımın içeriğinin incelendiği bir çalışmada ise kan testi/kan grubu (%94.3), demir desteği (%92), kilo takibi (%90.2), tetanoz aşısı (%88.4), kan basıncı izlemi (%88.4), idrar testi (88.4), D vitamini desteği (%82.1), glukoz tarama testi (%76.8), kalsiyum desteği (%74.4) ve ödem takibi (%71.4) yapıldığı görülmüştür (Kıssal ve Kartal, 2019). Araştırmada girişim grubu gebelerinin izlem basamaklarının tam yapılmış olduğu ancak kontrol grubunun izlem basamaklarında eksikler olduğu görülmüştür. Girişim gurubu ile kontrol grubu arasında izlem parametrelerinden boy ölçümü, nabız sayımı, kan ve idrar tetkikleri, karın muayenesi, ödem ve varis kontrolü ve risk değerlendirmesi uygulamaları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4-7). İzlem parametrelerinde kontrol grubunun sadece kadın doğum uzmanı tarafından izlemiş olması ve izlem parametrelerinden ebe ve hemşirelerin takibini yaptığı nabız ölçümü, karın muayanesi, ödem ve varis kontrolü gibi parametrelere hekimlerin bakmadığı düşünülmektedir. Aynı zamanda bu parametlerin bakılmış olmasına rağmen gebe bunun farkında olmama ya da bilmiyor olması ihtimalide bulunmaktadır. Fakat böyle bile olsa ev ziyareti yapılan kadınların doğum öncesi bakım parametreleri konusunda da daha bilinçli oldukları sonucunu ortaya çıkmaktadır.

5.2. Gebelerin Perinatal Bilgi Formuna Ait Bulgularının Tartışılması

Gebelik sırasında kadınlar, yaşam tarzı alışkanlıklarını değiştirme motivasyonunu geliştirmek de dahil olmak üzere çeşitli psikolojik değişiklikler yaşamaktadırlar. Yaşam boyu öğrenme yaklaşımı yoluyla davranış değişikliğini desteklemek ve "Sağlık 2020" hedeflerine (WHO, 2015) ulaşılmasına yönelik olarak ebeler ve hemşireler tarafından verilen eğitimler gebelerin sağlıklı yaşam davranışı geliştirmelerini sağlamaktadır (Zinsser ve ark., 2020).

Uluslararası literatürde yapılan ev ziyareti çalışmalarında gebelere doğum öncesi dönemde eğitimler verildiği görülmüştür. Halk sağlığı hemşirelerinin yürüttüğü ev ziyareti

çalışmasında gebelikte kendi kendine bakım, doğum için hazırlık, sağlıklı bebek bakımı, bağışıklama, doğum sonrası iyileşme, anne ve bebek beslenmesi, ev güvenliği ve aile planlaması ile ilgili konularda danışmanlıklar verildiği görülmüştür (Koniak-Griffin ve ark., 2003). Yapılan başka bir ev ziyareti çalışmasında gebelere ev ziyaretinde verilen eğitim başlıkları çocuk gelişimi, anne ebeveynlik rolü, çocuk sağlığı, anne kişisel sağlığı, anne yaşamı kursu şeklindedir (Culp ve ark., 2004). Randomize kontrollü bir çalışma ile gebelere ev ziyaretinde doğum öncesi eğitimleri verilmiştir (Lee ve ark., 2009). Adölesanlarla yapılan bir araştırmada gebelere ev ziyaretlerinde sağlık, cinsellik ve aile planlaması, annelik rolü, yaşam becerileri ve sosyal destek, sağlık hizmeti kullanımını, doğuma hazırlanmayı ve gebelik sırasında kendi kendine bakıma yönelik eğitimler verilmiştir (Koniak-Griffin ve ark., 2000). Ulusal literatürde ise ev ziyareti ile gebe izleme yönelik bir araştırma bulunmadığından sağlık kurumlarında verilen eğitimlerin sonuçları araştırmanın sonuçları ile tartışılmıştır, Prenatal bakım alma durumlarını inceleyen çalışmada gebelerin %94,4'ünün gebelikte olabilecek yakınmalar hakkında %32'sinin ise gebelikte riskli durumlar hakkında bilgilendirildiği saptanmıştır, Kadınların %36,3'ü doğum hakkında, %20,5'i doğumun yapılacağı yer ve %13,3'ü doğum sonrası eğitim hakkında bilgilendirilmiştir. Gebelerin %17,3'ü emzirme hakkında bilgi alırken %56,8'i gebelikte beslenme hakkında bilgilendirilmedikleri tespit edilmiştir (Aksu, 2020). Doğum öncesi bakımın içeriğinin değerlendirildiği bir çalışmada kadınların %56,3'ü gebelikte beslenme ve diyet, %52,4'ü gebelikte acil durumlar, %51,2'si doğumun başlama belirtileri konusunda bilgi aldığını bildirmiştir. Gebelik süresince en az alınan beş eğitim konusu olarak ağız ve diş sağlığı (%25,9), gebelikte egzersiz ve hareket (%36,0), sigara ve alkol kullanımı (%39,6) ve hijyen ve genel vücut bakımı (%39,9) olarak saptanmıştır (Kıssal ve Kartal, 2019). Araştırmada gebe izlemde girişim grubundaki gebelerin tamamının gebelikte tehlike belirtileri, gebelikte beslenme, doğum, gebelik egzersizleri, bebek beslenmesi /emzirme, aile planlaması, doğumun nerede, kim tarafından yapılacağı konularında danışmanlık almıştır. Kontrol grubu katılımcılarının ise çok azı bu başlıklarda eğitimler almıştır (Tablo 4-5). Katılımcıların grupları ile danışmanlıkta bilgi verilen konular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Araştırma ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri sayesinde gebelerin tüm perinatal konularda eğitim ve danışmanlığa ulaşma imkanlarının olduğu görülmektedir. Gebelerin sağlık kuruluşlarından doğuma hazırlık eğitimleri alamadıkları durumlarda ev ziyareti gebelerin kendi konfor alanları içinde eğitime ulaşmasını sağlamaktadır. Araştırma süresince gebelere sağlık kuruluşu yerine evlerinde bu hizmete ulaşmaktan memnuniyet duydukları, ev ziyaretleri sayesinde eşlerinin eğitimlere

katılma durumu olduğunu, fiziksel aktivite konusunda motivasyon sağladığını ve gebelikte yaşanılan yakınmalarda kendisi için kolaylaştırıcı bir etken olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4-9). Gebelerin ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden aldıkları eğitimler ile bu modelden duydukları memnuniyetin paralel olduğu düşünülmektedir.

5.2.1. Girişim ve Kontrol Gruplarının Perinatal Bilgi Formu Ön Test ve Son Test Bulgularının Tartışılması

Endonezya'da yapılan bir doğum öncesi bakım müdahalesi olarak gebelere verilen eğitim öncesi ve sonrası bilgi durumlarına bakılmış ve eğitim öncesi müdahale grubu ile kontrol grubu arasında bir bilgi durumu açısından istatistiksel olarak fark bulanamamıştır. Eğitim sonrası müdahale grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,78, df = 44,73, p = 0,001) (Nuraini ve Parker, 2005). Doğum öncesi verilen eğitimin gebelerin bilgi düzeyine etkisine bakan bir çalışmada üreme organ yapı-işleyişi ve gebeliğin oluşumu konularını içeren, gebelikte oluşan değişiklikler ve olağan şikayetlerle baş etme, gebelikte öz bakım gereksinimleri, gebelikte tehlike işaretleri, doğum eylemi ve lohusalık dönemi, emzirme ve aile planlaması konularında eğitim verilmiş ve bu konuların her biri için eğitim öncesi ve sonrasında aldıkları puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001) (Altıparmak ve Coşkun, 2016). Gebelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışma sonucunda göre gebelerin bilgi puan ortalaması eğitimden önce 13,74±2,99 iken eğitim sonrasında 16,94±1,73 puan bulunmuştur (p<0,0001) (Akkuş ve ark., 2018). Araştırmada ev ziyaret öncesinde Perinatal Bilgi Formu ön testinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaz iken sonrasındaki son testte gruplar arasına istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4-11). Gebelerin Perinatal Bilgi Formu puanlarına bakıldığında katılımcıların grupları ile son test toplam bilgi paunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Girişim grubundaki gebelerin ön test ve son test toplam bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test toplam bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05) (Tablo 4-12). Kadınlar gebeliklerinde bilgi arayışında olurlar ve perinatal döneme ait bilgi edinecek kitap, dijital ortamlar ile bilgiye ulaşma imkanları bulunmaktadır. Bu sebeple de gebelerin gebelik haftaları ilerledikçe bilgi birikimlerinin artması müdahaleden bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır. Fakat aynı zamanda ev ziyareti modeli ile de gruplar arasında son test bilgi puanları ileri derecede istatistiksel farklılık yarattığı da

görülmektedir. Her ne kadar gebeler bilgi arayışı kendiliğinden olsa da ev ziyareti doğru bilgiye ulaşma konusunda fırsat yaratmaktadır. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden girişim grubunun Perinatal Bilgi Formu puanı kontrol grubuna göre daha fazla olacaktır (H_1) hipotezi kabul edildi.

5.2.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma Ait Özellikleri İle Perinatal Bilgi Formu Son Test Bulgularının Tatışılması

Doğuma hazırlık eğitimleri yapılan araştırma sonuçlarına göre doğum şeklini etkilemektedir (Spong ve ark., 2012). Doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum sonuçlarına etkilerine bakılan bir çalışmada eğitim alan gebelerin almayan gebelere oranla daha fazla vajinal doğum yaptıkları istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Gluck ve ark., 2020). Başka bir araştırmada ise doğuma hazırlık sınıfı eğitimi alan gebelerin vajinal doğum oranlarının sezaryen doğum oranlarından daha fazla bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Afshar ve ark., 2016). Primipar gebelerin doğuma hazırlık eğitimi alarak doğum öz yeterliliklerinin araştırıldığı bir çalışmada doğum öncesi dönemde eğitim alan gebelerin daha fazla vajinal doğum yaptıkları görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,043$) (Çankaya ve Şimşek, 2021). Gebe bilgilendirme sınıfında eğitim almış gebelerin doğum şekillerine bakan bir çalışma sonuçlarına göre eğitim alan hem primipar kadınların hemde multipar kadınların vajinal doğum oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,000$) (Karkın ve ark., 2021). Yapılan başka bir çalışmada doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan ve almayan gebeler karşılaştırıldığında, eğitim almayan gebelerin sezaryen doğum oranlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Özceylan ve ark., 2020). Doğuma hazırlık eğitiminin sonuçlarını inceleyen bir çalışmada ise vajinal doğum oranları ve doğum yaptığı yer ile vajinal doğum yapma arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Yılmaz Esencan ve ark., 2018). Girişim grubundaki gebelerin Perinatal Bilgi Formu puanları arttıkça vajinal doğum ortalaması (21,75) artmaktadır. Bu da gebelerin toplam bilgi puanları yükseldikçe vajinal doğum sayısının arttığını göstermektedir. Perinatal Bilgi Formu puanı artışı ile vajinal doğum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri ile gebelerin Perinatal Bilgi Formu puanları arttıkça vajinal doğum oranlarının arttığı gözlenmektedir fakat doğrudan doğum şekline etkisinin olmadığı da bilinmektedir (Tablo 4-12). Bu etkinin ortaya çıkmamasında gebelerin ev ziyareti ile perinatal bilgi puanları artsa da sağlık hizmetlerinin yapılanmasından kaynaklı engeller bulunmaktadır. Gebeler perinatal dönem doğru bilgilerini sağlık kuruluşlarının sundukları sağlık hizmetlerinin eksiklikleri nedeniyile kullanamamakta ya da doğum sırasında desteklenememeleri nedeniyle

doğuma etkisinden faydalanamamaktadırlar. Bu sebeple gebelikte ev ziyareti izlemleri sonrasında doğum hizmetlerini de kapsayacak bir model oluşturulması vajinal doğumların artmasına katkı koyacaktır.

5.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğuma İlişkin Bulguların Tartışılması

Ev ziyaretleri müdahaleleri olumlu doğum sonuçlarına odaklanan kanıta dayalı bir bakım modelidir. Gebelere ev ziyaretleri ile yapılan çalışmalarda doğum şekillerine odaklanmaktan ziyade maternal ve fetal sağlığı etkileyecek durumlara bakıldığı görülmüştür.

Randomize kontrollü bir çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların doğum şekillerine bakıldığında %80 vajinal doğum, %3 müdahaleli vajinal doğum, %17 sezaryen doğum iken kontrol grubu %68,8 vajinal doğum, %9,7 müdahaleli vajinal doğum,%21,5 sezaryen doğum olduğu bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Kemp ve ark., 2013). Adölesan gebelerle yapılan bir çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların kontrol grubu kadınlara göre daha fazla vajinal doğum sayısına sahiptir (Koniak-Griffin ve ark., 1999). Başka bir adölesan grubu ile yapılan çalışmada ise doğum şekli (vajinal ve sezaryen doğum) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Koniak-Griffin ve ark., 2000). Yapılan başka bir çalışmada ise girişim grubunun %77.3'ü kontrol grubunun %100 vajinal doğum yapmıştır (Cappleman ve ark., 1982). Sağlık Bakanlığının ulusal verilerine göre sezaryen oranları %54,4'dür. İstanbul'da ise bu oran %58,9'dur (Sağlık Bakanlığı, 2020). Araştırmada katılımcıların doğum şekli incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %11,5'inin vajinal doğum (spontan), %15,4'ünün vajinal doğum (müdahaleli; suni sancı, epidural), %46,2'sinin acil sezaryen doğum, %26,9'unun planlı sezaryen doğum yaptıkları bulunmuştur. Kontrol grubu katılımcıların %7,1'inin vajinal doğum (spontan), %7,1'inin vajinal doğum (müdahaleli; suni sancı, epidural), %7,1'inin vajinal doğum (müdahaleli; vakum, forseps), %28,7'sinin acil sezaryen doğum, %50'sinin planlı sezaryen doğum olduğu görülmektedir (Tablo 4-13). Araştırma girişim grubundaki gebelerin %80,8'i vaginal doğum planlamaları, ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin gebelerin vaginal doğum planlaması yönünde etkisi olduğunu göstermektedir ($p<0,05$). Gebelerin vajinal doğum yapma oranlarının arttırılması için yapılan araştırmalar tek başına doğum öncesi müdahalelerin yeterli olmadığını göstermektedir. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri vajinaldoğum planlarını etkilemekte, kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında daha fazla vajinal doğum yaptıkları görülmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratamamaktadır. Eğitimde gördüğü desteği doğum sırasında görememesi ve

hekim odaklı bir doğum süreci yürütülmesi sezaryen oranlarının düşürülememesine neden olmaktadır.

Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri kadınların vajinal doğumu planlamalarında önemli bir etki yaratmakatadır. Bu modelle kadınların perinatal bilgilerinin artttırılması amaçlanmış ve perinatal doğru bilgi sayıları arttıkça vajinal doğum oranlarının artacağı düşünülmüştür ancak sağlık politikaları nedeniyle gebe doğru bilgiye sahip olmasına rağmen planladığı doğumu gerçekleştiremediği düşünülmektedir. Ancak doğum sürecini hekimlerin yönetmesi nedeniyle ya da gereksiz müdehaleler nedeniyle çoğu gebelik sezaryen doğumla sonuçlanmaktadır. Ülkemizde sezaryen doğum oranlarının azaltılamamasıının nedenleri arasında hem doğumda ebelik hizmetlerinin eksik bırakılması hem de malpraktis gibi hekimleri tehdit eden hukuki süreçlerin bulunmasıdır. Bu durum ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin vajinal doğuma etkisi olması yönünde engel oluşturmaktadır. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden girişim grubunun vajinal doğum yapma oranı kontrol grubuna göre daha fazla olacaktır (H_2) hipotezi reddedildi.

Doğuma hazırlık eğitiminin doğum sonuçlarına etkisini değerlendiren bir çalışmada eğitim alan gebelerin ve almayan gebelere oranla epidural anestezi uygulaması daha az, herhangi bir perine yırtığı olması eğitim alan gebelerde almayan gebelere oranla daha fazla ve epizyotomi uygulaması eğitim alan gebelerin almayan gebelere oranla daha azdır. Fakat doğumda uygulanan müdahaleler ile eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Gluck ve ark., 2020). Araştırmada gebelere doğumda yapılan uygulamalar incelendiğinde her iki grupta da müdahale yöntemlerinin birçoğunun uygulandığı görülmektedir (Tablo 4-13). Bu sebeple literatür ile benzerlik taşımaktadır.

Doğuma hazırlık eğitiminin doğum sonuçlarına etkisine bakan bir çalışmada eğitim alan gebelerin en çok fetal kalp atım hızında bozulma nedenli sezaryan doğum gerçekleşmiş iken kontrol grubunda ise en çok başarısız induksiyon sonrası sezaryan doğum gerçekleştiği görülmüştür (Gluck ve ark., 2020). Yapılan başka bir çalışmada ise girişim grubundakilerin %31'ine kontrol grubunun %13'üne doğum sırasında ağrı kesici kullanılmış, tamamına bölgesel anestezi verilmiş olduğu görülmüştür (Cappleman ve ark., 1982). Araştırmada katılımcıların doğumlarının sezaryen olma sebepleri incelendiğinde, girişim grubundaki gebelerin %30,8'inin doktorunun planladığı, %42,3'ünün endikasyon olduğu, %26,9'unun bilmediği; kontrol grubundaki gebelerin %25'inin hekiminin planladığı, %10,7'sinin korktuğu, %39,3'ünün endikasyon olduğu, %25'inin bilmediği görülmektedir (Tablo 4-13).

Ev ziyareti modellerinin özellikle preterm doğum üzerinde etkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı ile yapılan araştırma sonrasında preterm doğum oranı girişim grubunda %10,6 iken kontrol grubunda %13,7 çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001) (Williams ve ark., 2017). Yapılan bir araştırmada doğum haftası deney grubunda 38,7, kontrol grubunda 38,1 çıkmış ve istatistiksel olarak analamlı bulunmuştur (Ichikawa ve ark., 2015). Başka bir çalışmada ise doğum öncesi gebelik haftası girişim grubunda ortalama 39,89±1,33 kontrol grubunda 38,78±1,40'dır ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Cappleman ve ark., 1982). Ev ziyareti müdahalesinin yapıldığı bir çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların erken doğum oranı %12,7, düşük doğum tartısı oranı %4,8 çıkmıştır (Ferguson ve Vanderpool, 2013). Ev ziyaretlerinin etkilerine incelenen bir çalışmada; Doğum öncesi 26 haftadan önce ev ziyaretlerine başlanması ve sekiz ve üzeri ev ziyareti yapılması erken doğum oranını düşürdüğü (Ods Ratio: 0,38) istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (95% confidence interval [CI]: 0,16–0,87) (Goyal ve ark., 2013). Adölesan annelerle yapılan bir çalışmada ev ziyareti yapılan gebelerin %5.8'i erken doğum yapmışken, kontrol grubunun %8,5'i erken doğum yapmıştır (Koniak-Griffin ve ark., 2000). Doğum öncesi bakım programı ile ev ziyareti ile doğum sonuçlarına inceleyen çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların erken doğum yapma oranı %11,2, kontrol grubunun ise erken doğum yapma oranı ise %11,7 bulunmuştur (Roman ve ark., 2014). Ev ziyareti müdahalesinin preterm eylem olmasının önüne geçtiğine dair birçok çalışma olduğu görülmektedir ve araştırma sonuçları benzerlik göstermektedir. Katılımcıların doğum haftaları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %3,8'inin 36-37, %50'sinin 38-39, %46,2'sinin 40 ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların %21,4'ünün 36-37, %64,3'ünün 38-39, %14,3'ünün 40 ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların grupları ile doğum haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05). Literatür ile benzer olarak ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri erken doğum üzerinde etkisi olduğu görülmektedir (Tablo 4-13). Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerine dahil olan gebelerin neredeyse yarısı miada kadar beklemiş ya da miadı geçirdiği görülmektedir. Bu da yine hem gebenin vajinal doğum yapma planı ile örtüşmekte hem de doğumun kendi fizyolojinde gerçekleşmesi gerektiği bilgisini gebelerin çok iyi oturtuğunu göstermektedir. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin doğumda gebenin destekleneceği şekilde bir model olarak geliştirilmesi durumunda gebelerin vajinal doğum yapma olasıklarının artacağı öngörülmeltedir.

5.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

Fetal sağlık açısından ev ziyaretlerinin düşük doğum ağırlığına etkisi olduğunu ifade eden çalışmalar vardır. Afrikan Amerikalı kadınlarla düşük doğum ağırlığını önlemek için ampirik olarak türetilmiş randomize kontrollü bir müdahale çalışmasında, halk sağlığı hemşireleri tarafından yapılan ev ziyaretleri ile bildirilen düşük doğum ağırığı (DDA <2,500 g) oranı, kontrol grubunda %22,4, müdahale grubunda ise %9,1 olmuştur. Ev ziyaretinin DDA de etkili olduğu bildirilmiştir (Norbeck ve ark., 1996). Başka bir ev ziyareti araştırmasında ise doğum ağırlığı ev ziyaretine gidilen grupda 2 905 gr, kontrol grubunda 2 767 gr çıkmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Ichikawa ve ark., 2015). Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı ile yapılan ev ziyareti araştırmasında düşük doğum ağırlıklı bebek girişim grubunda %7,2 iken kontrol grubunda %12,4 çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0,001$) (Williams ve ark., 2017). Ferguson ve Vanderpool'un yürüttüğü çalışmada da ev ziyareti yapılan kadınların düşük doğum tartısı oranı %4,8 ile kontrol grubuna göre çok düşük çıkmıştır (Ferguson ve Vanderpool, 2013). Ev ziyaret sayısının etkilerini inceleyen bir çalışmada ise; doğum öncesi 26 haftadan önce ev ziyaretlerine başlanması ve sekiz ve üzeri ev ziyareti yapılmasının düşük doğum tartısı olasılığını düşürdüğü (Hazard ratio: 0,32) görülmektedir (95% CI: 0,15–0,68) (Goyal ve ark., 2013). Randomize kontrollü bir çalışmada ev ziyaretleri yapılan gebelerin DDA bebek doğurma riski (%5,1) kontrol grubuna göre (%9,8; AOR=0,43; %95 GA=0,21, 0,89) önemli ölçüde daha düşük çıkmıştır (Lee ve ark., 2009). Ev ziyareti müdahalesi ile izlenen gebelerin doğum sonu fetal sağlık açısından düşük doğum tartısını etkilemesi üzerine çok farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bu çalışmaların yanı sıra doğum tartısına etkisi bulunmayan araştırmalarda bulunmaktadır. Adölesan annelerle yapılan bir çalışmada ev ziyareti yapılan annelerde hiç düşük doğum tartılı bebek bulunmaz iken kontrol grubunda bir gebe düşük doğum tartısı ile doğmuştur (Koniak-Griffin ve ark., 1999). Ev ziyareti sonuçlarını inceleyen başka bir çalışmada ise bebek doğum ağırlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Koniak-Griffin ve ark., 2000). Yapılan bir çalışmada doğum öncesi doğum kilosu girişim grubunda 3115,42±366,54 gr kontrol grubunda 2940,56±599,99 gr çıkmış istatistiksel olarak fark bulunamamıştır (Cappleman ve ark., 1982). Adölesanlarla yapılan başka bir çalışmada da ev ziyareti yapılan ve kontrol grubu için düşük doğum tartısı her iki grupta da benzer bulunmuştur (Koniak-Griffin ve ark., 1999). Kitzman ve ark. yürüttüğü araştırmada ev ziyareti müdahalesinin düşük doğum tartısı üzerinde anlamlı bir sonuç olmadığı bulunmuştur (Kitzman ve ark., 2000). Başka bir

araştırmada da ev ziyareti yapılan kadınların düşük doğum tartısı %8,2, kontrol grubunun ise %9,0 dir (Roman ve ark., 2014). Araştırmada katılımcıların bebeklerinin kiloları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %38,5'inin 3000 gr ve altı, %42,3'ünün 3001-3500 gr arası, %19,2'sinin 3501 gr ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların %42,9'unun 3000 gr ve altı, %46,4'ünün 3001-3500 gr arası, %14,3'ünün 3501 gr ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4-16). Literatürle benzer şekilde araştırmada doğum tartısı üzerinde bir etkisi bulunamamıştır.

Annenin doğum sonrası destek alımı ile ilgli literatürde hangi konularda ve kimden destek beklediği ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bu çalışmalarda gebelerin daha çok doğum sonrası bebeğin bakımında destek aradıkları görülmektedir (Aksakallı ve ark., 2012; Gülşen ve Merih, 2018). Araştırmada gebelerin doğum sonrası annenin bakımında daha fazla destek aldıkları görülmektedir. Annenin bakımı konusunda gruplar arasında anlamlı fark çıkması ev ziyareti yapılan gebelerin kendi bakımları ile ilgili ihtiyacını doğum öncesi dönemde tespit etmeleri ve annelerinden bu bakımı talep etmelerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Doğum sonu dönemde uyku kalitesinin doğum yapmamış kadınlarla karşılaştırıldığında daha kötü olması beklenir (Erçel, 2019). Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerine dahil olan gebelerin uyku sürelerinin daha uzun olduğu görülmektedir (Tablo 4-15). Uyku süresi ile gruplar arasında fark ortaya çıkmasının sebebi ev ziyareti yapılan kadınların kendi bakımlarında daha fazla destek almaları ve perinatal doğru bilgilerinin annelerin uyku sürelerinin daha uzun olmasına etki ettiği düşünülmektedir.

5.5. Girişim ve Kontrol Gruplarına Uygulanan Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ve Emzirme Özyeterliliği Ölçeği Puan Ortalamaları Bulgularının Tartışılması

Literatürde yapılan ev ziyareti çalışmalarının çoğu doğum sonrası dönemde de devam etmektedir. Bu çalışmalarda çocuk ve ailenin sosyal, eğitim, bakım, davranış, emzirme ve psikolojik yönden doğum sonu sonuçlara bakılmaktadır (Guedeney ve ark., 2013; Lanier ve Jonson-Reid, 2014).

5.5.1. Girişim ve Kontrol Gruplarının Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puan Ortalama Bulgularının Tartışılması

Gebelik döneminde rutin doğum öncesi bakım sırasında psikososyal yönden sıkıntılı olduğu tespit edilen kadınlar ev ziyareti bakımına alınmakta ve depresyon düzeylerinin ev ziyareti ile düşürüldüğüne dair çalışmalar bulunmaktadır (Taft ve ark., 2009). Ayrıca doğum sonrası kadınların depresyon düzeyleri ölçülerek depresif durumda olan ya da DSM-IV (Mental

Bozuklukların Tanısal ve İstatistksel Kitabı-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanısına uygun olan kadınlara ev ziyareti yapılarak bakım verilmektedir (Heh ve ark., 2008; Howard ve ark., 2011; Perra ve ark., 2015; Ueda ve ark., 2006).

Ev ziyareti müdahalelerinden Annelere Sosyal Yardım Çalışanı programı ile yürütülen çalışmada ev ziyareti yapılan kadınların kontrol grubuna göre daha az Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanına sahip olduğu bulunmuştur (Navaie-Waliser ve ark., 2000). Birleşik Krallık'ta yaşayan kadınlar ile yürütülmüş olan ev ziyaretlerinde doğum sonrası depresyon durumları retrospektif olarak değerlendirilmiş ve kadınların %17,5'i geçmişte doğum sonrası depresyon yaşadığını bildirmiştir (Perra ve ark., 2015). Randomize kontrollü bir çalışmanın sonuçlarına göre ev ziyareti yapılan gebelerin doğum sonrası üçüncü ayında Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanı ortalama 9.4, kontrol grubunun Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları ortalama 8,6 çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Dugravier ve ark., 2013). Araştırmada katılımcıların gruplarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Ev ziyareti programı gebelik döneminde uygulanması sonucunda doğum sonrası depresyona etkisi bakılmış erken dönemde Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği uygulanması nedeniyle sonuçların gruplar arasında farkın anlamlı çıkmadığı düşünülmektedir. Literatürde bulunan ev ziyareti müdahaleleri daha ileri doğum sonu dönemlerde bakıldığından depresyon puanlarında fark yaratmaktadır. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden girişim grubunun doğum sonu Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları kontrol grubuna göre daha az olacaktır (H_3) hipotezi reddedildi.

5.5.2. Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği Puan Ortalama Bulgularının Tartışılması

Doğum sonu dönemde annelerin emzirmeleri açısından ev ziyaretleri çok önemlidir ve aynı zamanda ev ziyareti müdahalesi ile emzirme oranlarının artışını sağlamaktadır (Bennett ve ark., 2007; L Kemp ve ark., 2013).

Sağlık Erişimine Destekleyici Hizmetleri Geliştirme Programı kapsamında girişim grubundaki gebelerin emzirme oranı %54.9 kontrol grubunun %57 çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Williams ve ark., 2017). Randomize kontrollü bir çalışmada doğum sonrası hemen emzirmeye başlatılma oranı müdahale grubunda %87,2 iken kontrol grubunda %85,1 çıkmıştır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (L Kemp ve ark., 2013). Ev ziyareti ile yapılan araştırmalar ile benzer şekilde araştırmada katılımcıların gruplarına göre Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05). Ancak bununla birlikte doğum sonu ilk emzirme zamanı, bebeğin emme süresi ve doğum sonrası bebeği emzirme durumu ile gruplar arasında fark çıkmıştır (Tablo 4-16). Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puanı olarak gruplara arasında fark çıkmasada ev ziyaretinin emzirmede önemli bir etki yarattığı görülmektedir. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri ile ilk emzirmesinde etki yaratarak emzirmenin de devamlılığına katkı koyacağı düşünülmektedir. Doğum sonrası altıncı ay, bir yaş ve iki yaşlarda bebeklerin emzirmelerinin kontrol edileceği doğum öncesi dönemde başlayıp doğum sonu dönemi de kapsayan ev ziyareti programları ile kanıtlara ulaşılabileceği düşünülmektedir. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden girişim grubunun doğum sonu Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puanları kontrol grubuna göre daha fazla olacaktır (H_4) hipotezi reddedildi.

Doğuma hazırlık eğitimi alan anneler ile yapılan bir çalışmada eğitim alan annelerin %60'ı doğumhanede emzirebilmiş iken kontrol grubundaki kadınların %54,1'i doğumhanede emzirmiştir fakat istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Gluck ve ark., 2020). Benzer şekilde doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlarda ilk bir saat emzirme %54,4 oranında bulunmuştur (Yılmaz Esencan ve ark., 2018). Topaloğlu'nun yürüttüğü araştırmada doğum sonu dönemde emzirme eğitimi alan annelerin emzirme öz yeterliliği puanının daha yüzksek olduğu bulunmuştur (Topaloğlu, 2019). Doğum öncesi bakım alma durumlarının bakıldığı retrospektif bir çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan kadınların doğumda emzirme zamanları karşılaştırılmış, eğitim alan kadınların ilk bir saat içerisinde emzirme oranları daha yüksek çıkmış ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (Taş ve ark., 2019). Girişim grubundaki gebelerin doğum sonrası ilk emzirme zamanı ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Literatürle benzer şekilde ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği puanını yükselttiği görülmektedir (Tablo 4-19). Gruplar arasında bu farkın ev ziyaretleri izlemleri sırasında gebelerin emzirme eğitimi almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.6. Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.6.1. Girişim Grubunun Ev Ziyareti ile Yürütülen Gebe İzlemlerine İlişkin Memnuniyet Bulgularının Tartışılması

Gebelerin ebe ve hemşirelerden aldıkları bakımdan memnuniyetinin arttığına dair birçok araştırma mevcuttur (Biró ve ark., 2003; Fawole ve ark., 2008; Langdon ve ark., 2016;

Oveysi ve Apay, 2021; Pitaloka ve Rizal, 2006). Bununla birlikte klinikte alınan doğum öncesi bakımdan memnuniyetsizliği ortaya koyan araştırmalar da mevcuttur (Amooti-Kaguna ve Nuwaha, 2000; Oladapo ve Osiberu, 2009). Memnuniyetin azalmasına neden olan faktörlerin incelendiği araştırmalarda gebelerin beklentilerinin karşılanmaması (Muslu ve Yanikkerem, 2020; Tuz Doğaner, 2014), klinikte uzun süreli beklemesi, sağlık personelinin tutumu, hastaneye ulaşım gibi durumların öne çıktığı görülmüştür (Atar Gürel, 2005; Durusoy ve ark., 2011).

Ev ziyareti ile yürütülen gebe izleminden memnuyetin değerlendirildiği çalışmaların kısıtlı olması ile birlikte klinikte doğum öncesi bakımdan memnuniyetin araştırtırıldığı çalışmalar bulunmaktadır. DSÖ'nün rutin doğum öncesi bakım modeli ile ilgili yaptığı sistematik derleme çalışmasında doğum öncesi bakım sıklığının artması ile kadınlarda genel memnuniyetin arttığı tespit edilmiştir (Carroli ve ark., 2001). Doğum öncesi bakımın kalitesinin incelendiği bir çalışmada doğum öncesi bakımdan memnuniyet oranı %81,4 bulunmuştur (Oladapo ve Osiberu, 2009). Doğum öncesi bakımın kalitesi ile memnuniyetin ilişkili olduğu faktörlere bakıldığında kişinin dini, paritesi ve yaşayan çucuk sayısının artması ile bakımdan memnuniyet arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Fakat yaş, evli olma, kadınların aylık kazançları, etnik köken, kocanın çalışma durumu, eğitim düzeyi, gebelik süresi, doğum öncesi ziyaretlerin sıklığı ve daha önceki gebeliğinde doğum öncesi bakım alma gibi konular, doğum öncesi bakımın kalitesindeki genel memnuniyet ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (Oladapo ve Osiberu, 2009). Fawole ve ark.'nın doğum öncesi bakımın değerlendirmesini yaptığı çalışmada kadınlarını %96,5'inin memnun olduğu görülmüştür (Fawole ve ark., 2008). Gebelerin aldıkları perinatal bakımdan memnuniyeti araştıran bir çalışmada perinatal bakım memnuniyeti ölçeği kullanılmış ve ölçek puan ortalaması 79,83±12,62 çıkmış ve kadınların orta derece memnun oldukları görülmüştür (Tuz Doğaner, 2014).

Ev ziyareti ile doğum öncesi bakımdan memnuniyet ile ilgili kısıtlı çalışma sonuçları bulunmaktadır. Right@home ev ziyareti modeli ile ev ziyareti yapılan kadınların %75'i ziyaretten memnun olduklarını ifade etmişlerdir (Goldfeld ve ark., 2017). Benzer şekilde doğum öncesi dönemde ev ziyareti yapılan gebelerin memnuniyetine bakılan çalışmada da gebelerin neredeyse tamamı (%94,6) ev ziyaretinden memnun kaldığı ifade edilmiştir (Dağlar ve ark., 2015). Araştırmada katılımcıların tamamının ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden memnun kaldığı görülmektedir (Tablo 4-21). Literatürdeki araştırmalarda, gebelerin perinatal dönemde aldıkları bakımdan memnuniyetleri hakkında veriler

bulunmaktadır. Yapılan çalışmaların genellikle gebelerin aldıkları hizmetten ve/veya eğitimden memnuniyetlerine odaklandığı görülmektedir. Verilen eğitimler ve hizmetlerin de sağlık kurumlarında gerçekleştirildiği ve farklı memnuniyet ölçüm araçları ile değerlendirildiği görülmektedir. Bu çalışmaların tersine ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri ile gebelere verilen hizmet ve eğitimler kendi konfor alanları olan evlerinde verilmiş olması gebelerde tam bir memnuniyet yaratmıştır.

Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri, gebelerin doğum öncesi bakımdan alacakları hizmeti maksimum kapasitede almalarına fayda sağlamaktadır. Gebenin izleme gitmesini engelleyecek çocuk bakımı, evden çıkamama, sağlık kurumlarının çalışma saatlerinin çalışan kadın için uygun olmaması gibi olumsuz koşulların ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri ile ortadan kaldırılabildiği görülmektedir. Gebe ev ziyareti ile yaşantısını planlamakta daha bağımsız olduğu gibi bu ziyaretlerde aldığı bakımı eşi veya ailesi eşliğinde alma avantajına da sahip olmaktadır. Böylelikle ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden tam memnuniyetin çıkması da mümkün olabilmektedir.

Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin içeriğinin güncel kılavuzlara göre hazırlanmış olması da hizmetin kaliteli verilmesini sağlamış bu da gebenin evde izlemi yapan kişiye işini eksiksiz yaptığı ile ilgili bir güven oluşmasını sağlamıştır (Tablo 4-20). Gebelik sırasında yaşanabilecek idrar kaçırma, mide bulantısı, sırt ağrısı, kasıklarda ağrı, ciltte yaşanan değişiklikler ile ilgili fizyolojik yakınmaları ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri ile daha kolay baş ettiği gebeler tarafından ifade edilmiştir. Tüm gebelik süresi boyunca hem sağlık kuruluşunda hem de kendi özel alanı olan evinde izlemlerini yapanın aynı kişi olması ile kurulan güven ilişkisi, sorunların çözümünü desteklemektedir. Bu güven ilişkisi ile birlikte doğal olarak da gebelerin izlemlerini yapan kişinin doğum süreçlerinde de yanlarında olmasını ve hatta doğumunu yaptırmasını istemesine neden olmuştur.

Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri; bilimsel içerik açısından, doğum öncesi bakımın verilişinde tüm medikal aletlerin ev ortamına ev ziyareti çantası ile getirilmesi ve izlemde kullanılması yönünden gebelerin tam memnun oldukları görülmektedir. Ev ziyaretçisinin iletişimi, davranışı ve bilgi donanımı yönünden, perinatal döneme ait eğitimlerin verilmesinde kullanılan materyallerin güncel ve görsel olarak doyurucu olması yönünden gebeler memnuniyet duyduklarını ifade etmişlerdir. Ev ortamında olma, ev ziyareti sıklıkları renduvuların zamanında gerçekleşmesi de ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin güçlü yönlerinden biri olmuştur. Ev ziyaretçisinin pandemi koşullarında dahi hijyen yönünden taviz

vermemesi ve gebelerin bu süreç içerisinde enfekte olmaması da memnuniyeti arttıracak önemli maddedir.

Literatürdeki araştırmalarda kadınların memnuniyetlerinin artmasını sağlayan temel etmenlerin bakımın şekli ve niteliği olduğu görülmektedir. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinden tam memnuniyet sağlanmasında ise kadının kendi özel ve güvenli alanı olan ev ortamında olması, aile merkezli bakım alması, gebenin evde izlemlerinin yapılması, her ev ziyaretinde eğitim ve danışmanlık verilmesi, yapılan ziyaretlerin sürekli olması gibi faktörler katkı sunmaktadır.

Araştırmanın Sonuçları;

- Katılımcıların gebelikte düzenli kontrol yerleri incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %3,8'inin ASM'de, %88,5'inin hem ASM hem de özel hastanede; kontrol grubu katılımcıların %100'ünün özel hastane olduğu görülmektedir. Katılımcıların grupları ile gebelikte düzenli kontrol yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).
- Katılımcıların grupları ile hem birinci doz hem de ikinci doz tetanoz aşısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).
- Katılımcıların folik asit kullanımı ve D vitamini kullanımı ile grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).
- Katılımcıların grupları ile gebeliğe dair danışmanlık alma durumu ve danışmanlığı aldığı kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).
- Katılımcıların gebe izlemde yapılan fizik muayeneden boy ölçümü, nabız sayımı, varis ölçümü, ödem ölçümü, kan sayımı, idrar tetkiki, abdominal muayene, fetal kalp seslerinin dinlenmesi ve risk değerlendirmesi parametrelerine bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmuş ($p<0,05$), kilo ölçümü ve kan basıncı ölçümünde gruplar arasında fark bulunmamıştır.
- Katılımcıların ev ziyareti müdahalesi ile ASM'de doğum öncesi bakıma tam katılım göstermeleri sağlanmış, kontrol grubunda ise doğum öncesi bakıma katılım ve izlemde yapılacak parametrelerin eksik yapıldığı gözlenmiştir.
- Girişim grubunun Perinatal Bilgi Formu ön test ve son test toplam bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Son test toplam bilgi puanlarının ön

test toplam bilgi puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun ön test ve son test toplam bilgi puanları incelendiğinde, ön test ve son test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Son test toplam bilgi puanlarının ön test toplam bilgi puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir.

- Katılımcıların grupları ile planlanan doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcıların planlanan doğum şekilleri incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %80,8'inin normal, %19,2'sinin sezaryen; kontrol grubu katılımcıların %50'sinin normal, %42,9'unun sezaryen, %7,1'inin plansız olduğu görülmektedir
- Katılımcıların doğum şekli incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %11,5'inin vajinal doğum (spontan), %15,4'ünün vajinal doğum (müdahaleli; suni sancı, epidural), %46,2'sinin acil sezaryen doğum, %26,9'unun planlı sezaryen doğum yaptığı görülmektedir. Kontrol grubu katılımcılarının ise %7,1'inin vajinal doğum (spontan), %7,1'inin vajinal doğum (müdahaleli; suni sancı, epidural), %7,1'inin vajinal doğum (müdahaleli; vakum, forseps), %28,7'sinin acil sezaryen doğum, %50'sinin planlı sezaryen doğum olduğu görülmektedir.
- Katılımcıların doğum haftaları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %3,8'inin 36-37, %50'sinin 38-39, %46,2'sinin 40 ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların %21,4'ünün 36-37, %64,3'ünün 38-39, %14,3'ünün 40 ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların grupları ile doğum haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).
- Katılımcıların bebeklerinin kiloları incelendiğinde, girişim grubu katılımcıların %38,5'inin 3000 gr ve altı, %42,3'ünğn 3001-3500 gr arası, %19,2'sinin 3501 gr ve üzeri; kontrol grubu katılımcıların %42,9'unun 3000 gr ve altı, %46,4'ünğn 3001-3500 gr arası, %14,3'ünün 3501 gr ve üzeri olduğu görülmektedir.
- Katılımcıların gruplarına göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).
- Katılımcıların gruplarına göre Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).
- Girişim grubundaki gebelerin doğum sonrası ilk emzirme zamanı ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) Kontrol grubunda istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır.

- Katılımcıların tamamının evde yapılan gebelik izlemlerinden memnun kaldığı görülmektedir.

Araştırma sonucunda ortaya çıkan öneriler;

- Ülkemizde doğum öncesi bakım uygulaması halen dört izlem şeklindedir. DSÖ'nün önerileri kapsamında sekiz izlem yapılması için sağlık kuruluşunda yapılan izlemlere ev ziyaretleri eşliğinde izlemler eklenmesi önerilir.
- Prekonsepsiyonel dönemden başlayarak tüm kadınlara gebeliğin başından itibaren birinci basamakta gebelik izlemlerinin yapılmasının yaygınlaştırılması için gebelere ASM'de yürütülen doğum öncesi bakımın içeriği ve eğitimlerin içerikleri hakkında bilgilendirici mektup, broşür veya kamu spotları yapılmalıdır.
- Doğuma hazırlık eğitimini evde almayı talep eden gebeler için ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri kamu hizmeti olarak sunulmalıdır.
- Her ASM'de gebe bilgilendirme sınıfı açılması ve bu sınıfları ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri ile yapılması önerilmektedir.
- Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri sadece doğum öncesi dönemde değil doğum ve doğum sonu dönemlerde devam ettirilen bir model olarak yürütülmesi vajinal doğum oranlarını arttırılabilir.
- Araştırmanın farklı bölgelerde yaşayan gebeler için ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri ile araştırmalar yapılması önerilir
- Ülkemizde gebelere yönelik devlet tarafından yürütülen programlı bir ev ziyareti hizmeti bulunmamaktadır. Gebelere ulaşabilmek için ülkemiz için ulusal bir programa ihtiyaç bulunmaktadır. Ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemleri ulusal sağlık hizmeti içerisinde uygulanabilir bir modeldir.

KAYNAKLAR

ACOG. (2017). Guidelines for Perinatal Care Eighth Edition. In *American Academiy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologist* . Erişim 10.02.2021, https://lccn.loc.gov/2017020397

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. Erişim (11.09.2021), https://doi.org/10.1111/BIRT.12263

Akın, B., Yeşil, Y., Yücal, Ü., & Boyacı, B. (2016). Evaluating The Birth Satisfaction Of The Pregnants Who Had Preparatory Training For Delivery and Those Who Didn T Have. *International Refereed Journal of Gynaecological Diseases And Maternal and Child Health*, *8*, 1–1. Erişim (17.10.2021), https://doi.org/10.17367/JACSD.2016823639

Akkuş, İ. H., Kaya, F., Eren, S., Pirinçci, E., Bulut, İ., Nayır, T., & Atılgan, R. B. (2018). Elazığ İlindeki Gebelere Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi . *Van Tıp Dergisi*, *25*(2), 100–107. Erişim (09.11.2021), doi: 10.5505/vtd.2018.86570

Aksakallı, M., Çapık, A., Ejder Apay, S., Pasinlioğlu, T., & Bayram, S. (2012). Loğusaların Destek Ihtiyaçlarının ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *3*(3), 129–135. Erişim (31.12.2021)https://doi.org/10.5505/PHD.2012.57441

Aksu, S. (2020). Balıkesir İl Merkezindeki Gebe Kadınların Prenatal Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *9*(3), 179–188. Erişim (17.10.2021), https://dergipark.org.tr/en/pub/balikesirsbd/722552

Aktaş, D. (2012). *Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Bakim Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi*. (Yayınlanmış Doktora Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erişim (31.08.2021), http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/1483/6ae86fef-a907-4d89-9cc7-60f86407e913.pdf?sequence=1

Altıparmak, S., & Coşkun, A. M. (2016). Doğum Öncesi Verilen Eğitimin Gebenin Bilgi Düzeyi Ile Memnuniyet Durumuna Etkisi. *Journal of Human Sciences*, *13*(2), 2610–2624. Erişim (17.10.2021), https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/3744

Aluş Tokat, M., Okumuş, H., & Dennis, C. L. (2010). Translation and Psychometric Assessment Of The Breast-Feeding Self-Efficacy Scale—Short Form Among Pregnant and Postnatal Women In Turkey. *Midwifery*, *26*(1), 101–108. Erişim (30.09.2021),

https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2008.04.002

Amooti-Kaguna, B., & Nuwaha, F. (2000). Factors Influencing Choice Of Delivery Sites In Rakai District Of Uganda. *Social Science & Medicine* , *50*(2), 203–213. Erişim (28.09.2021), https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00275-0

Aracena, M., Krause, M., Pérez, C., Méndez, M. J., Salvatierra, L., Soto, M., Pantoja, T., Navarro, S., Salinas, A., Farah, C., & Altimir, C. (2009). A Cost-Effectiveness Evaluation of A Home Visit Program For Adolescent Mothers. Journal ofHealth Psychology, *14*(7), 878–887. Erişim (28.09.2021), https://doi.org/10.1177/1359105309340988

Arthur, M. (2001). Qualitative evaluation of Kentucky's Health Access: Nurturing Development Services Program - ProQuest. In *Spalding University. ProQuest Dissertations Publishing*. Erişim (21.09.2021), https://www.proquest.com/docview/304776891?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true

Atar Gürel, S. (2005). Doğum Öncesi Bakım Almada Türkiye'de Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Perinatoloji Dergisi*, *13*(2), 215–220. Erişim (10.01.2022), https://perinataldergi.com/Files/Archive/tr-TR/Articles/PD-20050131144tr.pdf

Babyeva B and Kim N. (2018). Universal Progressive Model of Home-Visiting Services For Pregnant Women and Young Children At The Primary Health Care Level Methodical Recommendations for Implementation in Primary Health Care Organizations Astana, 2018 Ministry Of Health Of The Republic. *Ministry Of Health Of The Republic Of Kazakhstan*. Erişim (27.08.2021), https://www.unicef.org/kazakhstan/sites/unicef.org.kazakhstan/files/2018-11/%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%B0%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%BB_FINAL_0.pdf

Bademci, V. (2011). Kuder-Richardson 20, Cronbach'ın Alfası, Hoyt'un Varyans Analizi, Güvenirlilik Kuramı Ve Ölçüm Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma. *Dicle University Journal of Ziya Gokalp Education …*, *17*, 173–193. Erişim (24.02.2022), http://zgefdergi.com/Makaleler/1405737560_17_12_Bademci.pdf

Barth, R. (1991). An Experimental Evaluation Of In-Home Child Abuse Prevention Services. *Child Abuse & Neglect*, *15*(4), 363–375. Erişim (31.08.2021), https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90021-5

Baysoy, N. G., & Özkan, S. (2012). Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Medical Journal*, *23*(3), 77–90. Erişim (31.08.2021),

https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRRME1qVXhNUT09/gebelik-oncesi-prekonsepsiyonel-bakim-halk-sagligi-perspektifi

Beasley, L. O., Ridings, L. E., Smith, T. J., Shields, J. D., Silovsky, J. F., Beasley, W., & Bard, D. (2017). A Qualitative Evaluation of Engagement and Attrition in a Nurse Home Visiting Program: From the Participant and Provider Perspective. *Prevention Science 2017 19:4*, *19*(4), 528–537. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1007/S11121-017-0846-5

Beatson, R., Molloy, C., Perini, N., Harrop, C., & Goldfeld, S. (2021). Systematic Review: An Exploration of Core Componentry Characterizing Effective Sustained Nurse Home Visiting Programs. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(6), 2581–2594. Erişim (28.09.2021), https://doi.org/10.1111/JAN.14755

Bennett, C., Macdonald, G., Dennis, J., Coren, E., Patterson, J., Astin, M., & Abbott, J. (2007). Home-Based Support For Disadvantaged Adult Mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Erişim (31.08.2021) https://doi.org/10.1002/14651858.CD003759.PUB2/EPDF/FULL

Beydağ, K. T., & Mete, S. (2010). Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalişmasi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *11*(1), 16–24. Erişim (06.11.2021), https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/33958

Biró, M. A., Waldenström, U., Brown, S., & Pannifex, J. H. (2003). Satisfaction With Team Midwifery Care For Low- and High-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, *30*(1), 1–10. Erişim (06.12.2021), https://doi.org/10.1046/J.1523-536X.2003.00211.X

Bouye, K. (2005). The Resource Mothers Program: How Community Health Workers Can Reduce Low Birth Weight Among African-American Clients In WIC Programs - ProQuest. In *Ohio State University*. Erişim (02.10.2021), https://www.proquest.com/docview/305430316?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true

Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Lauemøller, S. G., Andersen, S. K., Due, P., & Koushede, V. (2015). The Effect of Antenatal Education In Small Classes On Obstetric and Psycho-Social Outcomes - A Systematic Review. *Systematic Reviews*, *4*(1). Erişim (17.10.2021), https://doi.org/10.1186/S13643-015-0010-X

Brookes, S. J., Summers, J. A., Thornburg, K. R., Ispa, J. M., & Lane, V. J. (2006). Building Successful Home Visitor–Mother Relationships and Reaching Program Goals In Two Early Head Start Programs: A Qualitative Look At Contributing Factors. *Early Childhood Research Quarterly*, *21*(1), 25–45. Erişim (27.08.2021),

https://doi.org/10.1016/J.ECRESQ.2006.01.005

Buran, G., Olgaç, Z., & Karaçam, Z. (2020). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Kadınların Doğum Şekli, Korkusu ve Deneyimine Etkisi: Sistematik Derleme. *Life Sciences (NWSALS)*, *15*(4), 41–54. Erişim (17.10.2021), https://doi.org/10.12739/NWSA.2020.15.4.4B0035

Burçin, B. P. (2017). Nullipar Gebelere Verilen Eğitim Ve Danişmanliğin Doğum Korkusuna Ve Doğuma Yönelik Tutuma Etkisinin Belirlenmesi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Sağlik Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlik Bilimleri Enstitüsü. Erişim (30.09.2021), https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=JNxxfqXF0gT-uZ-v349UHw&no=HYHzKe4K4R_FIvAF0vcnTA

Çakır, E. Ö., Öner, C., Çetin, H., & Şimşek, E. E. (2019). Evaluation of Prenatal Care Services in Istanbul Adalar District. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 111–118. Erişim (06.11.2021), https://doi.org/10.21763/TJFMPC.569443

Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clinical Nursing Research*, *30*(6), 818–829. Erişim (09.11.2021), https://doi.org/10.1177/1054773820916984

Cappleman, M. W., Thompson, R. J., DeRemer-Sullivan, P. A., King, A. A., & Sturm, J. M. (1982). Effectiveness Of A Home Based Early Intervention Program With Infants Of Adolescent Mothers. *Child Psychiatry and Human Development 1982 13:1*, *13*(1), 55–65. Erişim (28.09.2021), https://doi.org/10.1007/BF00709982

Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Mugford, M., Lumbiganon, P., Farnot, U., & LastNameBersgjø, P. (2001). WHO Systematic Review of Randomised Controlled Trials of Routine Antenatal Care. *Lancet (London, England)*, *357*(9268), 1565–1570. Erişim (04.10.2021), https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04723-1

Çatak, B., Davas Aksan, A., & Zincir, M. (2012). Karabük Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *11*(2), 153–162. Erişim (17.10.2021), doi: 10.5455/pmb.20110725054246

Chan, Y. H. (2003). Biostatistics 101: data presentation . *Singapore Med J* . , *44*(6), 280–285. Erişim (15.11.2021), https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14560857/

Çoban, M., Esatoğlu, E., İzgi, C., (2014). Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat Içindeki Tarihsel Değişimi *Historical evolution of home care applications in legislative base in Turkey*. *1*(3), 154–176. Erişim (14.10.2021),

www.resmigazete.gov.tr

Culp, A. M., Culp, R., Anderson, J., & Carter, S. (2007). Health and safety intervention with first-time mothers. *Health Education Research*, *22*(2), 285–294. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.1093/HER/CYL079

Culp, A. M., Culp, R. E., Hechtner-Galvin, T., Howell, C. S., Saathoff-Wells, T., & Marr, P. (2004). First-Time Mothers In Home Visitation Services Utilizing Child Development Specialists. *Infant Mental Health Journal*, *25*(1), 1–15. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.1002/IMHJ.10086

Dağlar, G., Uçar, T., Evcili, F., & Bilgiç, D. (2015). Doğum Öncesi Ev Ziyareti Hizmeti Verilen Gebelerin Memnuniyet Düzeyleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, *4*(4). Erişim (31.08.2021), https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/220074

Dawley, K., Loch, J., & Bindrich, I. (2007). The Nurse-Family Partnership. *The American Journal of Nursing*, *107*(11). Erişim (30.09.2021), https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2007/11000/The_Nurse_Family_Partnership.31.aspx

Dayyani, I., Lou, S., & Jepsen, I. (2021). Midwives' Provision of Health Promotion in Antenatal Care: A Qualitative Explorative Study. *Women and Birth*. Erişim (04.10.2021), https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2021.01.010

Dertürk, K. (2017). Türkiye'nin En Eğitimli Ilçesi KADIKÖY. *Gazete Kadıköy*. Erişim (10.01.2022), http://www.gazetekadikoy.com.tr/yasam/turkiyenin-en-egitimli-ilcesi-kadikoy-h11530.html

Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T., & Günaydın, S. (2014). Gebe Eğitimi. *HSP*, *1*(1), 68–76. Erişim (17.10.2021), https://archhealthscires.org/Content/files/sayilar/19/68-76.pdf

Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Gülmezoglu, A. (2019). Provision and Uptake of Routine Antenatal Services: A Qualitative Evidence Synthesis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *6*(6). Erişim (27.08.2021), https://doi.org/10.1002/14651858.CD012392.PUB2

Dugravier, R., Tubach, F., Saias, T., Guedeney, N., Pasquet, B., Purper-Ouakil, D., Tereno, S., Welniarz, B., Matos, J., group, the C. study, Guedeney, A., & Greacen, T. (2013). Impact of a Manualized Multifocal Perinatal Home-Visiting Program Using Psychologists on Postnatal Depression: The CAPEDP Randomized Controlled Trial. *Plos One*, *8*(8), e72216. Erişim (02.101.2021), https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0072216

Dündar, E., & Murat Oral, A. (2004). Manisa'da Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Hane Halkı Risk Profili ve Etkili Etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi; 13*(5), 183–185. Erişim (14.10.2021), https://www.ttb.org.tr/sted/sted0504/manisa.pdf

Durusoy, R., Davas, A., Ergin, I., Hassoy, H., & Tanık, F. A. (2011). İzmir'de Ikinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından Izlenme Sıklıkları Ve Etkileyen Etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, *9*(1), 1–15. Erişim (31.08.2021), https://doi.org/10.20518/TJPH.173051

Ecem, M. H. (2019). *Antenatal Dönemdeki Eğitimlerin Gebelikteki Riskli Durumlara İlişkin Farkindalik Ve Bilgi Düzeyine Etkilerinin Değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Lütfü Kırdar Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi.Erişim (30.09.2021), https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=-sh0BEF9SGrrfrypsAwdAA&no=ALQmi33wzdejefqxV2jsbQ

Elmas, S., Yeygel, Ç., & Saruhan, A. (2017). Doğum Öncesi Eğitim Modelleri Eşliğinde Doğal Doğum. *Anadolu Hem ve Sağ Bil Derg*, *20*(4), 299–303. Erişim (17.10.2021), https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/400219

Enoch, D. M.-A., Kitzman, D. H., Smith, D. J. A., Anson, D. E., Hodgkinson, D. C. A., Goldman, D. D., & Olds, D. D. L. (2016). A Prospective Cohort Study of Influences on Externalizing Behaviors Across Childhood: Results From a Nurse Home Visiting Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *55*(5), 376. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2016.02.007

Erçel, Ö. (2019). *Postpartum Dönem Kadınlarında Uyku Ve Yaşam Kalitesi* [Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Erişim (30.12.2021) http://dspace.trakya.edu.tr/xmlui/handle/trakya/4459

Ergin, F., Aksu, H., & Demiröz, H. (2010). Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Bakim Hizmetlerinin Nicelik Ve Niteliği . *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *13*, 4. Erişim (17.10.2021), https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29558

Fawole, A. O., Okunlola, M. A., & Adekunle, A. O. (2008). Clients' Perceptions of The Quality of Antenatal Care. *Journal of the National Medical Association*, *100*(9), 1052–1058. Erişim (06.12.2021), https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)31443-7

Ferguson, J., & Vanderpool, R. C. (2013). Impact of a Kentucky Maternal, Infant, and Early Childhood Home-Visitation Program on Parental Risk Factors. *J Child Fam Stud*, *22*, 551–558. Erişim (28.09.2021), https://doi.org/10.1007/s10826-012-9610-4

Ferguson, S., Davis, D., & Browne, J. (2013). Does Antenatal Education Affect Labour And

Birth? A Structured Review Of The Literature. *Women and Birth*, *26*, 5–8. Erişim (06.11.2021), https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.09.003

Fernandes-Alcantara, A. L. (2016). *Maternal and Infant Early Childhood Home Visiting (MIECHV) Program: Background and Funding*. Erişim (28.09.2021), www.crs.gov

Fernández-Arroyo, M. F. (2019). Childbirth Education: Comparative Analysis. *Childbirth*. Erişim (17.10.2021), https://doi.org/10.5772/INTECHOPEN.88021

Filene, J. H., Snell, E., Lee, H., Knox, V., Michalopoulos, C., & Duggan, A. (2013). *First Annual Report from the Mother and Infant Home Visiting Program Evaluation-Strong Start | MDRC*. OPRE Report 2013-54. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Erişim (06.01.2021) https://www.mdrc.org/publication/first-annual-report-mother-and-infant-home-visiting-program-evaluation-strong-start

Fortney, J. (1995). Antenatal Risk Screening and Scoring: A New Look. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *50 Suppl 2*, S53–S58. Erişim (04.10.2021), https://doi.org/10.1016/0020-7292(95)02487-W

*G * Power 3.1 manual* . (2017). Erişim (28.09.2021), https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPowerManual.pdf

Gluck, O., Pinchas-Cohen, T., Hiaev, Z., Rubinstein, H., Bar, J., & Kovo, M. (2020). The Impact Of Childbirth Education Classes On Delivery Outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *148*(3), 300–304.Erişim (09.11.2021), https://doi.org/10.1002/IJGO.13016

Goldfeld, S., Price, A., Bryson, H., Bruce, T., Mensah, F., Orsini, F., Gold, L., Hiscock, H., Smith, C., Bishop, L., Jackson, D., & Kemp, L. (2017). 'right@home': A Randomised Controlled Trial of Sustained Nurse Home Visiting From Pregnancy to Child Age 2 Years, Versus Usual Care, to Improve Parent Care, Parent Responsivity And The Home Learning Environment At 2 Years. *BMJ Open*, *7*(3), e013307. https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2016-013307

Goldfeld, S., Price, A., & Kemp, L. (2018). Designing, Testing, and Implementing A Sustainable Nurse Home Visiting Program: right@home. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1419*(1), 141–159. Erişim (27.10.2021), https://doi.org/10.1111/NYAS.13688

Goldfeld, S., Price, A., Smith, C., Bruce, T., Bryson, H., Mensah, F., Orsini, F., Gold, L.,

Hiscock, H., Bishop, L., Smith, A., Perlen, S., & Kemp, L. (2019). Nurse Home Visiting for Families Experiencing Adversity: A Randomized Trial. *Pediatrics*, *143*(1). Erişim (26.10.2021), https://doi.org/10.1542/PEDS.2018-1206

Goyal, N. K., Hall, E. S., Meinzen-Derr, J. K., Kahn, R. S., Short, J. A., Ginkel, J. B. Van, & Ammerman, R. T. (2013). Dosage Effect of Prenatal Home Visiting on Pregnancy Outcomes in At-Risk, First-Time Mothers. *Pediatrics*, *132*(Suppl 2), S118. Erişim (31.08.2021), https://doi.org/10.1542/PEDS.2013-1021J

Goyal, N. K., Teeters, A., & Ammerman, R. T. (2013). Home Visiting and Outcomes of Preterm Infants: A Systematic Review. *Pediatrics*, *132*(3), 502–516. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.1542/PEDS.2013-0077

Grant, T. M., Ernst, C. C., Streissguth, A., & Stark, K. (2009). Preventing Alcohol and Drug Exposed Births in Washington State: Intervention Findings From Three Parent-Child Assistance Program Sites. Erişim (02.10.2021), *Http://Dx.Doi.Org/10.1081/ADA-200056813*, *31*(3), 471–490., https://doi.org/10.1081/ADA-200056813

Grant, T. (2003). *The Parent-Child Assistance Program*. Parent-Child Assistance Program Outcomes Suggest Sources of Cost Savings for Washington State. Erişim (02.10.2021), http://www.bls.gov/data/inflation_calculator.htm

Grant, TM. (2011). *Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Management and Policy Perspectives of FASD - Google Kitaplar* (Wiley publishers). Erişim (02.10.2021), https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=TiSL4txuYN0C&oi=fnd&pg=PA193&dq=ParentChild+Assistance+Program+&ots=gxld51Tfbe&sig=Df2gfozlO45U-9D0zqbjiVg9OWo&redir_esc=y#v=onepage&q=Parent-Child Assistance Program&f=false

Green, B. L., Ayoub, C., Bartlett, J. D., Furrer, C., Chazan-Cohen, R., Buttitta, K., Von Ende, A., Koepp, A., & Regalbuto, E. (2020). Pathways To Prevention: Early Head Start Outcomes In The First Three Years Lead To Long-Term Reductions In Child Maltreatment. *Children and Youth Services Review*, *118*, 105403. Erişim (03.09.2021), https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2020.105403

Guedeney, A., Wendland, J., Dugravier, R., Saïas, T., Tubach, F., Welniarz, B., Guedeney, N., Greacen, T., Tereno, S., & Pasquet, B. (2013). Impact Of A Randomized Home-Visiting Trial On Infant Social Withdrawal In The Capedp Prevention Study. *Infant Mental Health Journal*, *34*(6), 594–601. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.1002/IMHJ.21413

Gülşen, Ç., & Merih, Y. D. (2018). Doğum Sonu Dönemde Anneler Kimden Hangi Desteği

Bekliyor? *Journal of Women's Health Nursing Jowhen*, *4*(1), 20–34. Erişim (02.01.2021) https://dergipark.org.tr/en/pub/kashed/issue/37442/322051

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*. Erişim (27.08.2021), https://www.google.com/search?q=2018+Türkiye+Nüfus+ve+Sağlık+Araştırması.+Hacettepe+Üniversitesi+Nüfus+Etütleri+Enstitüsü&oq=2018+Türkiye+Nüfus+ve+Sağlık+Araştırması.+Hacettepe+Üniversitesi+Nüfus+Etütleri+Enstitüsü&aqs=chrome..69i57.866j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Doğum Öncesi Bakim Yönetim Rehberi. *Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925 , 978-975-590-686–7*. Erişim (27.08.2021), www.sistemofset.com.tr

Heckman, J. J., Holland, M. L., Makino, K. K., Pinto, R., & Rosales-Rueda, M. (2017). *An Analysis Of The Memphis Nurse-Family Partnership Program*. Nber Working Paper. Erişim (30.09.2021), https://www.nber.org/system/files/working_papers/w23610/w23610.pdf

Heins, H., Nance, N., & Ferguson, J. (1987). Social Support In Improving Perinatal Outcome: The Resource Mothers Program. *Obstetrics and Gynecology*, *70*(2), 263–266. Erişim (02.10.2021), https://europepmc.org/article/med/3601290

Hernandez, S., Oliveira, J. B., Mendoza Sosof, C., Lawrence, E., & Shirazian, T. (2020). Adapting Antenatal Care In A Rural LMIC During COVID-19: A Low Literacy Checklist To Mitigate Risk For Community Health Workers. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *151*(2), 289–291. Erişim (29.09.2021), https://doi.org/10.1002/IJGO.13332

Holland, M. L., Olds, D. L., Dozier, A. M., & Kitzman, H. J. (2018). Visit Attendance Patterns in Nurse-Family Partnership Community Sites. *Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, *19*(4), 516. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1007/S11121-017-0829-6

Holland, M. L., Xia, Y., Kitzman, H. J., Dozier, A. M., & Olds, D. L. (2014). Patterns Of Visit Attendance In The Nurse-Family Partnership Program. *American Journal of Public Health*, *104*(10), e58–e65. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302115

HomVEE. (2012). *Child Parent Enrichment Project (CPEP)*. Home Visiting Evidence of Effectiveness. Erişim (31.08.2021), https://homvee.acf.hhs.gov/

HomVEE. (2019). *Home Visiting Evidence of Effectiveness*. U.S. Department of Health &

Human Services Administration for Children & Families. Erişim (27.08.2021), https://homvee.acf.hhs.gov/outcomes/maternal health/In Brief

Honda, C., Naruse, T., Yamana, H., & Yamamoto-Mitani, N. (2021). Infant Injury Prevention Education For Pregnant Women Attending Antenatal Class: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(17). Erişim (27.08.2021), https://doi.org/10.3390/ijerph18179393

Howard, L. M., Flach, C., Mehay, A., Sharp, D., & Tylee, A. (2011). The Prevalence Of Suicidal Ideation Identified By The Edinburgh Postnatal Depression Scale In Postpartum Women In Primary Care: Findings From The RESPOND Trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *11*(1), 1–10. Erişim (27.08.2021), https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-57/TABLES/4

Ichikawa, K., Fujiwara, T., & Nakayama, T. (2015). Effectiveness of Home Visits in Pregnancy as a Public Health Measure to Improve Birth Outcomes. *PLoS ONE*, *10*(9). Erişim (27.08.2021), https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0137307

Filene, J.H., Snell, E., Lee, H., Knox, V., Michalopoulos, C., Duggan, A. (2013). First Annual Report from the Mother and Infant Home Visiting Program Evaluation-Strong Start | MDRC. OPRE Report 2013-54. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Erişim (27.08.2021), https://www.mdrc.org/publication/first-annual-report-mother-and-infant-home-visiting-program-evaluation-strong-start

Jonson-Reid, M., Constantino, J., Drake, B., Kohl, P., Luke, D., Weaver, N., Lanier, P. J., & Louis, S. (2013). *Child Maltreatment Prevention and Health Promotion: Examining the Effectiveness of a Nurse Home-Visiting Program*. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Washington University In St. Louis Brown School of Social Work Erişim (02.10.2021), https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2144&context=etd

Julnes, G., Konefal, M., Pindur, W., & Kim, P. (1994). Community-Based Perinatal Care For Disadvantaged Adolescents: Evaluation Of The Resource Mothers Program. Journal of Community Health, 19(1). DOI: 10.1007/BF02260520 Erişim (02.10.2021), chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fcontent%2Fpdf%2F10.1007%2FBF02260520.pdf

Jungmann, T., Brand, T., Dähne, V., Herrmann, P., Günay, H., Sandner, M., & Sierau, S. (2015). Comprehensive evaluation Of The Pro Kind Home Visiting Program: A Summary Of

Results. *Mental Health & Prevention*, *3*(3), 89–97. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.1016/J.MHP.2015.06.001

Kanat, A. S. E., Erken, R. R., Til, A., & Kasal, H. (2020). Yarı Kırsal Bölgede Annelerin Gebelik Ve Doğum Sonrası Sigara Içme Davranışı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, *24*(1), 23–31. Erişim (27.08.2021), https://doi.org/10.15511/TAHD.20.00123

Karakaya, E., & Coşkun, A. (2013). Diyarbakır İli Toplum Tabanlı Güvenli Annelik Uygulamasının Değerlendirilmesi. *Journal of Education and Research in Nursing*, *10*, 20–28. Erişim (27.08.2021), https://jer-nursing.org/tr/diyarbakir-ili-toplum-tabanli-guvenli-annelik-uygulamasinin-degerlendirilmesi-13269

Kardamanidis, K., Kemp, L., & Schmied, V. (2009). Contemporary Nurse Uncovering psychosocial needs: Perspectives of Australian child and family health nurses in a sustained home visiting trial VIRGINIA SCHMIED. *Public Health Offi Cer*, *33*(1), 50–58. Erişim (28.09.2021), https://doi.org/10.5172/conu.33.1.50

Karkın, P. Ö., Sezer, G., Şen, S., & Duran, M. (2021). Gebe Bilgilendirme Sınıfının Doğum Şekline Etkisi The Effect of Antenatal Education Class on The Type of Delivery. *Araştırma Makalesi-Original Article Kocaeli Med J*, *10*(2), 156–159. Erişim (17.10.2021), https://doi.org/10.5505/KTD.2021.10692

Kemp L, Cowley S, & Byrne F. (2017). Maternal Early Childhood Sustained Home-visiting (MECSH): A UK update. Journal of Health Visiting, 5(8), 392–397 | 10.12968/johv.2017.5.8.392. *Journal of Health Visiting*, *5*(8), 392–397. Erişim (28.09.2021), sci-hub.se/10.12968/johv.2017.5.8.392

Kemp, L, Harris, E., McMahon, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T., Schmied, V., & Aslam, H. (2013). Benefits Of Psychosocial Intervention and Continuity of Care by Child and Family Health Nurses In The Pre- and Postnatal Period: Process Evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(8), 1850–1861. Erişim (27.10.2021), https://doi.org/10.1111/JAN.12052

Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, Schmied V, Aslam H, & Zapart S. (2011). Child and Family Outcomes of A Long-Term Nurse Home Visitation Programme: A Randomised Controlled Trial. *Archives of Disease in Childhood*, *96*(6), 533–540. Erişim (28.09.2021), https://doi.org/10.1136/ADC.2010.196279

Kemp, Lynn, & Harris, E. (2012). The Challenges of Establishing and Researching A Sustained Nurse Home Visiting Programme Within The Universal Child and Family Health Service System. Journal of Research in Nursing *17*(2), 127–138. Erişim (28.09.2021),

https://doi.org/10.1177/1744987111432228

Kildea, S., Kruske, S., Barclay, L., & Tracy, S. (2010). "Closing The Gap": How Maternity Services Can Contribute To Reducing Poor Maternal Infant Health Outcomes For Aboriginal And Torres Strait Islander Women. *Rural and Remote Health*, *10*, 1383. Erişim (30.09.2021), http://www.rrh.org.au

Kisker, E. E., Love, J. M., Raikes, H., Boller, K., Paulsell, D., Rosenberg, L., Coolahan, K., & Berlin, L. J. (1999). *Leading the Way: Characteristics and Early Experiences of Selected Early Head Start Programs, Volume I: Cross-Site Perspectives*. Administration on Children, Youth and Families Department of Health and Human Services. Erişim (03.09.2021), https://www.acf.hhs.gov/opre/report/leading-way-characteristics-and-early-experience-selected-early-head-start-programs-0

Kitzman, H., Olds, D., Sidora, K., Henderson, C., Hanks, C., Cole, R., Luckey, D., Bondy, J., Cole, K., & J, G. (2000). Enduring Effects Of Nurse Home Visitation On Maternal Life Course: A 3-Year Follow-Up Of A Randomized Trial. *JAMA*, *283*(15), 1983–1989. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1001/JAMA.283.15.1983

Kıssal, A., & Kartal, B. (2019). Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadinlarin Doğum Öncesi Bakim İçeriğinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(1), 35–41. Erişim (17.10.2021), https://doi.org/10.30934/kusbed.481681

Konefal, M. (1991). *Norfolk Resource Mothers Program evaluation - ProQuest* [Old Dominion University. ProQuest Dissertations Publishing]. Erişim (02.10.2021), https://www.proquest.com/docview/303968856?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true

Koniak-Griffin, D., Anderson, N., Brecht, M., Verzemnieks, I., Lesser, J., & Kim, S. (2002). Public Health Nursing Care For Adolescent Mothers: Impact on Infant Health and Selected Maternal Outcomes At 1 Year Postbirth. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *30*(1), 44–54. Erişim (20.09.2021), https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00330-5

Koniak-Griffin, D., Anderson, N., Verzemnieks, I., & Brecht, M. (2000). A Public Health Nursing Early Intervention Program for Adolescent Mothers: Outcomes From Pregnancy Through 6 Weeks Postpartum. *Nursing Research*, *49*(3), 130–138. Erişim (20.09.2021), https://doi.org/10.1097/00006199-200005000-00003

Koniak-Griffin, D., Mathenge, C., Anderson, N. L., & Verzemnieks, I. (1999). An Early Intervention Program for Adolescent Mothers: A Nursing Demonstration Project. *Journal*

of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, *28*(1), 51–59. Erişim (20.09.2021), https://doi.org/10.1111/J.1552-6909.1999.TB01964.X

Koniak-Griffin, D., Verzemnieks, I., Anderson, N., Brecht, M., Lesser, J., Kim, S., & Turner-Pluta, C. (2003). Nurse Visitation for Adolescent Mothers: Two-Year Infant Health and Maternal Outcomes. *Nursing Research*, 127–136. Erişim (20.09.2021), https://journals.lww.com/nursingresearchonline/fulltext/2003/03000/nurse_visitation_for_adolescent_mothers__two_year.9.aspx

Langdon, R. J., Yousefi, P. D., Relton, C. L., & Suderman, M. J. (2016). Doğumda Anne Memnuniyetini Artıran Bazı Ebelik Bakım Modelleri. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Özel Sayısı*, *32*(1). Erişim (06.12.2021), https://doi.org/10.2/JQUERY.MIN.JS

Lanier, P., & Jonson-Reid, M. (2014). Comparing Primiparous and Multiparous Mothers in a Nurse Home Visiting Prevention Program. *Birth*, *41*(4), 344–352. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.1111/BIRT.12120

Lee, E., Mitchell-Herzfeld, S., Lowenfels, A., Greene, R., Dorabawila, V., & DuMont, K. (2009). Reducing Low Birth Weight Through Home Visitation: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, *36*(2), 154–160. Erişim (27.08.2021), https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2008.09.029

Lee, J., June, K., & Cho, S. (2017). Competencies of Nurses in a Maternal Early Childhood Sustained Home-Visiting Program. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, *28*(4), 397–409. Erişim (27.09.2021), https://doi.org/10.12799/JKACHN.2017.28.4.397

Lindsay Asawa, by E., & Dissertation, A. (2008). *Reducing The Risk Of Child Maltreatment Through The Early Head Start Program* (Asawa B Lİnd (Ed.)). (Yayınlanmış Doktora Tezi) ProQuest Information and Learning Company. Erişim (02.10.2021), https://www.mendeley.com/catalogue/84cf7f18-ff9a-3ba4-8125-3c5ed5060769/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B78110f9e-a534-3228-a7fb-4f3c71450785%7D

Liu, N., Li, P., Wang, J., Chen, D., Sun, W., & Zhang, W. (2019). Effects of Home Visits For Pregnant and Postpartum Women on Premature Birth, Low Birth Weight and Rapid Repeat Birth: A Meta-Analysis and Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Family Practice*, *36*(5), 533–543. Erişim (31.08.2021), https://doi.org/10.1093/FAMPRA/CMZ009

Love, J. M., Kisker Ellen Eliason, Ross Christine, & Brady-Smith Christy. (2002). *Making a Difference in the Lives of Infants and Toddlers and Their Families: The Impacts of Early Head Start. Vol. II: Final Technical Report Appendixes. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research*. Child Outcomes Research and Evaluation Office of Planning, Research, and Evaluation Administration for Children and Families and the Head Start Bureau Administration on Children, Youth and Families Department of Health and Human Services. Erişim (31.08.2021), https://www.researchgate.net/publication/254430930_Making_a_Difference_in_the_Lives_of_Infants_and_Toddlers_and_Their_Families_The_Impacts_of_Early_Head_Start_Vol_II_Final_Technical_Report_Appendixes_Princeton_NJ_Mathematica_Policy_Research

Mckelvey, L., Schiffman, R., Brophy-Herb, H., Bocknek, E., Fitzgerald, H., Reischl, T., Hawver, S., & Cunningham Deluca, M. (2015). Examining Long-Term Effects of An Infant Mental Health Home-Based Early Head Start Program on Family Strengths and Resilience. *Infant Mental Health Journal*, *36*(4), 353–365. Erişim (03.09.2021), https://doi.org/10.1002/IMHJ.21518

McLaughlin, F. J., Altemeier, W. A., Christensen, M. J., Sherrod, K. B., Dietrich, M. S., & Stern, D. T. (1992). Randomized Trial of Comprehensive Prenatal Care for Low-Income Women: Effect on Infant Birth Weight. *Pediatrics*, *89*(1). Erişim (27.08.2021), https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1727996/

Meghea, C. I., Raffo, J. E., Zhu, Q., & Roman, L. (2013). Medicaid Home Visitation and Maternal and Infant Healthcare Utilization. *American Journal of Preventive Medicine*, *45*(4), 441–447. https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2013.05.005

Meghea, C. I., You, Z., Raffo, J., Leach, R. E., & Roman, L. A. (2015). Statewide Medicaid Enhanced Prenatal Care Programs and Infant Mortality. *Pediatrics*, *136*(2), 334–342. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1542/PEDS.2015-0479

Mejdoubi, J., Heijkant, S., Leerdam, F., Heymans, M., Crijnen, A., & Hirasing, R. (2015). The Effect Of Voorzorg, The Dutch Nurse-Family Partnership, On Child Maltreatment And Development: A Randomized Controlled Trial. *PloS One*, *10*(4). Erişim (26.10.2021), https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0120182

Muslu, A., & Yanikkerem, E. (2020). Doğum Beklentileri ve Deneyimleri Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik Güvenirlik Çalışması. *DEUHFED* , *13*(4), 231–244. Erişim (06.12.2021), https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/736004

Navaie-Waliser, M. (1999). *An Evaluation of the Participants, Impacts and Cost Effectiveness*

of the North Coraline BabY Love Maternal Outreach Worker Program. (Yayınlanmış Doktora Tezi) The Universty of North Carolina. Erişim (30.09.2021), https://www.mendeley.com/catalogue/c6b25578-0fcf-39cb-a0ad-47b28dc25a59/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bc6b25578-0fcf-39cb-a0ad-47b28dc25a59%7D

Navaie-Waliser, M., Martin, S. L., Tessaro, I., Campbell, M. K., & Cross, A. W. (2000). Social Support and Psychological Functioning Among High-Risk Mothers: The Impact of the Baby Love Maternal Outreach Worker Program. *Public Health Nursing*, *17*(4), 280–291. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1046/J.1525-1446.2000.00280.X

Ngxongo, T. (2018). Basic Antenatal Care Approach to Antenatal Care Service Provision. *Selected Topics in Midwifery Care*. Erişim (04.10.2021), https://doi.org/10.5772/INTECHOPEN.79361

Ngxongo, T., Maureen, N., & Nomthandazo, G. (2016). Evidence of Application of The Basic Antenatal Care Principles Of Good Care and Guidelines In Pregnant Women's Antenatal Care Records. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, *8*(2), 1–6. Erişim (04.10.2021), https://doi.org/10.4102/PHCFM.V8I2.1016

NICE. (2021). *Antenatal Care NICE Guideline*. Erişim (03.10.2021), www.nice.org.uk/guidance/ng201

Norbeck, J., DeJoseph, J., & Smith, R. (1996). A Randomized Trial of an Empirically-Derived Social Support Intervention to Prevent Low Birthweight Among African American Women. *Social Science & Medicine (1982)*, *43*(6), 947–954. Erişim (21.09.2021), https://doi.org/10.1016/0277-9536(96)00003-2

Nuraini, E., & Parker, E. (2005). Improving Knowledge of Antenatal Care (ANC) Among Pregnant Women: A Field Trial In Central Java, Indonesia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, *17*(1), 3–8. Erişim (09.11.2021), https://doi.org/10.1177/101053950501700102

Oladapo, O. T., & Osiberu, M. O. (2009). Do Sociodemographic Characteristics of Pregnant Women Determine Their Perception of Antenatal Care Quality? *Maternal and Child Health Journal*, *13*(4), 505–511. Erişim (06.12.2021),https://doi.org/10.1007/S10995-008-0389-2

Olds, D. L. (2006). *The Nurse – Family Partnership : An Evidence- Based Preventive Intervention*. *27*(1), 5–25. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1002/imhj.

Olds, D. L. (2008). Preventing Child Maltreatment and Crime with Prenatal and Infancy Support of Parents: The Nurse-Family Partnership. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology*

and Crime Prevention, *9*(S1), 2. Erişim (26.10.2021), https://doi.org/10.1080/14043850802450096

Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1988). Improving The Life-Course Development of Socially Disadvantaged Mothers: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation. *American Journal of Public Health*, *78*(11), 1436–1445. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.2105/AJPH.78.11.1436

Olds, D. L., & Kitzman, H. (1993). Review of Research on Home Visiting for Pregnant Women and Parents of Young Children. *The Future of Children*, *3*(3), 53. Erişim (25.08.2021), https://doi.org/10.2307/1602543

Olds, D. L., Kitzman, H., Knudtson, M. D., Anson, E., Smith, J. A., & Cole, R. (2014). Effect of Home Visiting by Nurses on Maternal and Child Mortality: Results Of A 2-Decade Follow-Up of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, *168*(9), 800–806. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1001/JAMAPEDIATRICS.2014.472

Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L., Luckey, D. W., Holmberg, J., Ng, R. K., Isacks, K., Sheff, K., & Henderson, C. R. (2004). Effects of Home Visits by Paraprofessionals and by Nurses: Age 4 Follow-Up Results of a Randomized Trial. *Pediatrics*, *114*(6), 1560–1568. Erişim (31.08.2021), https://doi.org/10.1542/PEDS.2004-0961

Oveysi, M., & Apay, S. E. (2021). Doğumda Algılanan Destekleyici Bakım ve Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi . *Genel Tıp Dergisi*, *31*(3), 232–238. Erişim (06.12.2021), https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1983524

Owen-Jones, E., Bekkers, M.-J., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., Hood, K., Gregory, J. W., Kemp, A., Kenkre, J., Martin, B. C., Montgomery, A., Moody, G., Pickett, K. E., Richardson, G., Roberts, Z., Ronaldson, S., Sanders, J., Stamuli, E., Torgerson, D., & Robling, M. (2013). The Effectiveness and Cost-Effectiveness of The Family Nurse Partnership Home Visiting Programme for First Time Teenage Mothers in England: A Protocol for The Building Blocks Randomised Controlled Trial. *BMC Pediatrics 2013 13:1*, *13*(1), 1–13. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-114

Özceylan, G., Toprak, D., & Aile, R. (2020). Gebe Okullarinin Doğum Şekilleri Üzerine Etkisi Effect Of Pregnant Schools On Birth Types. *KOU Sag Bil Derg*, *6*(2), 145–149. Erişim (17.10.2021), https://doi.org/10.30934/kusbed.632582

Özge, Ç. E. (2018). İstanbul İli Adalar İlçesi Aile Sağliği Merkezlerinde Gerçekleştirilen Gebe İzlemlerinin Nitelik Ve Nicelik Açisindan Değerlendirilmesi (Tipta Uzmanlik Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Lütfü Kırdar Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi.

Erişim (30.09.2021), https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=Tx9mi5Bvcn6BgBAWrVwqvA&no=fO5TJ2935AJDVr2VZXsqgg

Öztürk, R. (2018). *Antenatal Dönemde Verilen Anne Sütü Ve Emzirme Eğitiminin Emzirme Başarisina Ve Emzirme Özyeterliliğine Etkisi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Erişim (29.09.2021), http://dspace.balikesir.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12462/3481/Rukiye_Öztürk.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Özvarış, Ş. B., & Akın, A. (2002). *Türkiye'de Doğum Öncesi Bakim Hizmetlerinden Yararlanma*. Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı UNFPA. Ankara. 212. Erişim (10.01.2022), http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_oncesi.pdf

Pattinson, R. C. (2007). Basic Antenatal Care Handbook. In *Maternal and Infant Health Care Strategies Research Unit Obstetrics and Gynaecology Department, University of Pretoria*. Erişim (04.10.2021), https://www.sexrightsafrica.net/wp-content/uploads/2016/11/Basic-Antenatal-Care-Handbook-ISBN-copy.pdf

Perra, O., Phillips, R., Fyfield, R., Waters, C., & Hay, D. F. (2015). Does Mothers' Postnatal Depression Influence The Development Of Imitation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(11), 1231–1238. Erişim (11.11.2021), https://doi.org/10.1111/JCPP.12413

Pitaloka, D., & Rizal, A. . (2006). Patients' Satisfaction in Antenatal Clinic Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia. *Jurnal Kesihatan Masyarakat*, *12*(1), 9–18. Erişim (03.09.2021),https://www.researchgate.net/publication/228465522_Patients%27_satisfaction_in_Antenatal_Clinic_Hospital_Universiti_Kebangsaan_Malaysia

Rector, E. (2002). *Early Head Start: Home Visiting and Parenting Group Program Uptake. An Implementation Study*. Erişim (03.09.2021), https://www.proquest.com/openview/df16c6c4bb04aea1d009a8c0bf686cfc/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

Robling, M., Bekkers, M.-J., Bell, K., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., Martin, B. C., Gregory, J. W., Hood, K., Kemp, A., Kenkre, J., Montgomery, A. A., Moody, G., Owen-Jones, E., Pickett, K., Richardson, G., Roberts, Z. E. S., Ronaldson, S., Sanders, J., … Torgerson, D. (2016). Effectiveness of a Nurse-Led Intensive Home-Visitation Programme For First-Time Teenage Mothers (Building Blocks): A Pragmatic Randomised

Controlled Trial. *The Lancet*, *387*(10014), 146–155. Erişim (27.08.2021), https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00392-X

Rogers, M. M., Peoples-Sheps, M. D., & Sorenson, J. R. (1995). Translating Research into MCH Service: Comparison of A Pilot Project and a Large-Scale Resource Mothers Program. *Public Health Reports*, *110*(5), 563. Erişim (02.10.2021), http//pmc/articles/PMC1381632/?report=abstract

Roman, L., Raffo, J. E., Zhu, Q., & Meghea, C. I. (2014). A Statewide Medicaid Enhanced Prenatal Care Program: Impact on Birth Outcomes. *JAMA Pediatrics*, *168*(3), 220–227. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1001/JAMAPEDIATRICS.2013.4347

Sağlık Bakanlığı. (1961). *Sağlik Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkinda Kanun*. Resmi Gazete Tarih : 12/1/1961 Sayı : 10705. Erişim (27.08.2021), https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf

Sağlık Bakanlığı. (1964). *Sağlik Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkinda Yönetmelik*. Resmi Gazete Tarihi : 9.9.1964, No : 11802. Erişim (17.10.2021), https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.63470.pdf

Sağlık Bakanlığı. (2013a). *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. Resmî Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28539. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

Sağlık Bakanlığı, T. C. (2013b). *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete. Erişim (14.10.2021), https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

Sağlık Bakanlığı, T. C. (2018). *Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik*. Resmî Gazete Tarihi: 15.02.2008 Resmî Gazete Sayısı: 26788. Erişim (09.11.2021), https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=11969&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık İstatistiği Yıllığı 2019*. Erişim (09.11.2021)https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf

Sağlık Bakanlığı, T.C., Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2009). Cinsel

Sağlik / Üreme Sağliği No: 2-B Güvenli Annelik Katilimci Kitabi. *Sağlık Bakanlığı ISBN 975-590-136-1* .

Şahin, S., Güler, D. S., Özdemir, K., & Ünsal, A. (2019). Assessment of Level of Knowledge on Childbirth and Fear of childbirth Among Pregnant Women. *Medical Journal of Bakirkoy*, *15*(1), 5–14. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.4274/BTDMJB.galenos.2017.20170603015031

Saïas, T., Lerner, E., Greacen, T., Simon-Vernier, E., Emer, A., Pintaux, E., Guédeney, A., Dugravier, R., Tereno, S., Falissard, B., Tubach, F., Group, the C. S., & Revah-Levy, A. (2012). Evaluating Fidelity in Home-Visiting Programs a Qualitative Analysis of 1058 Home Visit Case Notes from 105 Families. *PLOS ONE*, *7*(5), e36915. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0036915

Şayık, D., Arı, S., Kaya, Y., & Kaya Usta, E. (2019). Gebe Eğitiminin Anne ve Babanın Anksiyete, Depresyon Düzeylerine Etkisi The Effects of Pregnancy Training on The Levels of Anxiety and Depression of the Mother and Father. *Osmangazi Tıp Dergisi*, *41*(1), 23–31. Erişim (17.10.2021), https://doi.org/10.20515/otd.417377

Schulz, K. F., Chalmers, I., Hayes, R. J., & Altman, D. G. (1995). Empirical Evidence of Bias: Dimensions of Methodological Quality Associated With Estimates of Treatment Effects in Controlled Trials. *JAMA*, *273*(5), 408–412. Erişim (10.01.2022), https://doi.org/10.1001/JAMA.1995.03520290060030

Sezer, A., & Kadioglu, H. (2015). Evde Bakım Hemşireliği: Mesleki Yetkinlikler ve EğitimStandartları. *F.N. Hem. Derg*, *23*(2), 160–165. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.17672/fnhd.37608

Shao, A. T. (2002). Marketing Research : An Aid to Decision Making. In *Cincinnati, Ohio : South-Western/Thomson Learning* (2nd ed., p. 610). South-Western/Thomson Learning. Erişim (15.11.2021), https://www.worldcat.org/title/marketing-research-an-aid-to-decision-making/oclc/970593605?referer=di&ht=edition

Sinem, G. (2019). *Doğum Öncesi Eğitimin Doğum Sonrasi Benlik Saygisina Etkisi*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi) Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Erişim (30.09.2021), https://acikerisim.ege.edu.tr/xmlui/handle/11454/68842

Spong, C. Y., Berghella, V., Wenstrom, K. D., Mercer, B. M., & Saade, G. R. (2012). Preventing the First Cesarean Delivery: Summary of a Joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstetrics and*

Gynecology, *120*(5), 1181. Erişim (10.01.2022), https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182704880

Stamuli, E., Richardson, G., Duffy, S., Robling, M., & Hood, K. (2015). Systematic Review of The Economic Evidence on Home Visitation Programmes For Vulnerable Pregnant Women. *British Medical Bulletin*, *115*(1), 19–44. Erişim (27.08.2021), https://doi.org/10.1093/BMB/LDV032

Stoner, S., & Ernst, C. (2020). *Parent-Child Assistance Program (PCAP) 1991-Present*. University of Washington, Alcohol and Drug Abuse Institute. Erişim (02.10.2021), http://www.pcapwa.org

Sunay, D., Şengezer, T., Oral, M., & Aktürk, Z. (2003). CONSORT 2010 Raporu: Randomize Paralel Grup Çalışmalarının Raporlanmasında Güncellenmiş Kılavuzlar The CONSORT Statement: Revised Recommendations for Improving the Quality of Re-ports of Parallel Group Randomized Trials. *Euras J Fam Med* , *2*(1), 1–10. Erişim (10.01.2022), www.consort-statement.org

Suvak, Ö., & Akbıyık, D. İ. (2019). Aile Hekimliğinde Ev Ziyaretleri ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Psikososyal Müdahale Açısından Değeri. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular*, *10*(6), 36–40. Erişi (14.10.2021), https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-aile-hekimliginde-ev-ziyaretleri-ve-evde-saglik-hizmetlerinin-psikososyal-mudahale-acisindan-degeri-87012.html

Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2008). Effective Antenatal Education: Strategies Recommended by Expectant and New Parents. *The Journal of Perinatal Education*, *17*(4), 33. https://doi.org/10.1624/105812408X364152

Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2009). Randomised-Controlled Trial of Two Antenatal Education Programmes. *Midwifery*, *25*(2), 114–125. Erişim (06.11.2021), https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2006.12.012

Taft, A. J., Small, R., Hegarty, K. L., Lumley, J., Watson, L. F., & Gold, L. (2009). MOSAIC (MOthers' Advocates In the Community): Protocol and Sample Description of A Cluster Randomised Trial of Mentor Mother Support to Reduce Intimate Partner Violence Among Pregnant or Recent Mothers. *BMC Public Health 2009 9:1*, *9*(1), 1–13. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-159

Taft, A. J., Small, R., Hegarty, K. L., Watson, L. F., Gold, L., & Lumley, J. A. (2011). Mothers' AdvocateS In the Community (MOSAIC)- Non-Professional Mentor Support To Reduce Intimate Partner Violence and Depression In Mothers: A Cluster Randomised Trial In

Primary Care. *BMC Public Health 2011 11:1*, *11*(1), 1–10. Erişim (30.09.2021), https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-178

TAP Vakfı. (2021). *Güvenli Annelik Eğitim ve Danışmanlık Programı* . Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. Erişim (14.10.2021), https://www.tapv.org.tr/programlar/guvenli-annelik/

Tarullo, L., Head, E. K., Bureau, S., Kisker, E. E., Love, J. M., Raikes, H., Boller, K., Paulsell, D., Rosenberg, L., Coolahan, K., & Berlin, L. J. (1999). *Leading the Way: Characteristics and Early Experiences of Selected Early Head Start Programs, Volume II: Program Profiles*.Erişim (03.09.2021), https://www.acf.hhs.gov/opre/report/leading-way-characteristics-and-early-experience-selected-early-head-start-programs-1

Taş, F., Gülpak, M., Oktay, A. A., & Demir, N. (2019). Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları Receiving Care Prior to Giving Birth for Women who Gave Birth at The Maternity and Chil-dren's Hospital Filiz TAŞ 1 , Merve GÜLPAK2, Ayşe Aslı OKTAY3, Nevres DEMİR4. *KSU Medical Journal*, *14*(1). Erişim (17.10.2021), https://doi.org/10.17517/ksutfd.487188

Tereno, S., Guedeney, N., Dugravier, R., Greacen, T., Saïas, T., Tubach, F., & Guédeney, A. (2013). Implementation and Assessment of an Early Home-Based Intervention on Infant Attachment Organisation: The CAPEDP Attachment Study in France: *Http://Dx.Doi.Org/10.1177/1757975913483337*, *20*, 71–75. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.1177/1757975913483337

Thompson, R. J., Cappleman, M. W., Conrad, H. H., & Jordan, W. B. (1982). Early Intervention Program for Adolescent Mothers and Their Infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *3*(1), 18–21. Erişim (28.09.2021), https://doi.org/10.1097/00004703-198203000-00005

Topaloğlu, M. G. (2019). *Postpartum Emzirme Öz Yeterliliği Ve Yenidoğanda Fizyolojik Sarilik Gelişmesi Arasindaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans) Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Erişim (17.10.2021), https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/264687

Tubach, F., Greacen, T., Saïas, T., Dugravier, R., Guedeney, N., Ravaud, P., Tereno, S., Tremblay, R., Falissard, B., & Guedeney, A. (2012). A Home-Visiting Intervention Targeting Determinants of Infant Mental Health: The Study Protocol for The CAPEDP Randomized Controlled Trial in France. *BMC Public Health 2012 12:1*, *12*(1), 1–14. Erişim (02.10.2021), https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-648

Tuna, G. N., Karataş, A., Bilge, Ç., & Çelik, D. (2021). Gebe Eğitim Sınıfının Doğum ve Doğum Sonrası Sürece Etkisi: Olgu Sunumu. *BAUN Sağ Bil Derg*, *10*(1), 85–90. Erişim (17.10.2021), https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd/issue/62040/752568

Türkiye İstatistik Kurumu. (2014). "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. *Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayın No:948, Ankara*. Erişim (27.08.2021), https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-2012-TR-25-07-2014.pdf

Tuz Doğaner, G. (2014). *Gebelerin Aldiklari Prenatal Bakimdan Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi.* (Yayınlanmış Yüksek Lisans) İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erişim (06.12.2021), http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11616/5059/Tez%20Dosyas%c4%b1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

UNICEF, & World Health Organization. (2015). *Participant Manual: Caring for the Newborn At Home: A Training Course For Community Health Workers*. Erişim (22.02.2022)http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204273/1/9789241549295_ParticipantManual_eng.pdf?ua=1

Veneziano, L., & Hooper, J. (1997). A Method for Quantifying Content Validity of Health-Related Questionnaires – ScienceOpen. *American Journal of Health Behavior*, *21*(1), 67–70. Erişim (04.10.2021), https://www.scienceopen.com/document?vid=8254f3c9-3a49-4e44-b430-1643adfc84ae

Villar, J., & Bergsjo, P. (2002). WHO Antenatal Care Randomised Trial for The Evaluation of A New Model of Routine Antenatal Care. T*he Lancet, Volume 357, Issue 9268, 1551 - 1564.* Erişim (04.10.2021), https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04722-X

Walsh, B. A., Mortensen, J. A., Edwards, A. L., & Cassidy, D. (2020). The Practice of Family Life Education Within Early Head Start Home Visiting. *Family Relations*, *69*(2), 392–407. Erişim (31.08.2021), https://doi.org/10.1111/FARE.12392

Walsh, B. A., Steffen, R., Manz, P. H., & Innocenti, M. S. (2020). An Exploratory Study of the Process of Coaching Early Head Start Home Visitors. *Early Childhood Education Journal 2020*, 1–12. Erişim (31.08.2021), https://doi.org/10.1007/S10643-020-01119-4

Washington State Institute for Public Polic. (2019). Child Parent Enrichment Project (CPEP) Meta-Analysis of Program Effects. *Public Health & Prevention: Home- or Family-Based Benefit-Cost Estimates Updated*. Erişim (31.08.2021), https://homvee.acf.hhs.gov/Implementation/3/Child-Parent-Enrichment-Project--CPEP---

Model-Overview/52.

WHO. (2014). *WHO Recommendation on Community Mobilization Through Facilitated Participatory Learning and Action Cycles With Women's Groups for Maternal and Newborn Health*. Erişim (27.08.2021), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127939/9789241507271_eng.pdf

WHO. (2016). *WHO Recomandetion on Antenatal Care for Positive Pregnancy Experiance*. World Health Organization. Erişim (31.08.2021), https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912

WHO. (2020). *Adolescent Pregnancy*. World Health Orhanization/Newsroom/Fact Sheets/Detail/Adolescent Pregnancy. Erişim (30.09.2021), https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

WHO. (2015). European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. In *WHO Regional Office for Europe*. Erişim (09.11.2021), http://www.euro.who.int/pubrequest

Williams, C. M., Cprek, S., Asaolu, I., English, B., Jewell, · Tracey, Smith, K., Robl, · Joyce, Jewell, T., Robl, J., & Gov, J. R. (2017). Kentucky Health Access Nurturing Development Services Home Visiting Program Improves Maternal and Child Health. *Matern Child Health J, 21*, 1166–1174. Erişim (21.09.2021), https://doi.org/10.1007/s10995-016-2215-6

Yanıkkerem, E. (2018). Kadınların Doğum Yöntemleri ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Hakkında Düşünceleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *27*(1), 27–36. Erişim (06.11.2021), https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted/414205

Yeşilyurt, S., & Çapraz, C. (2018). A Road Map for the Content Validity Used in Scale Development Studies *. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *20*(1), 251–264. Erişim (10.10.2021), https://doi.org/10.17556/erziefd.297741

Yıldırım Varışoğlu, Y. (2009). *Antenatal Bakimin Sezaryen Ve Normal Vajinal Doğum Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi.* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi) Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Erişim (29.09.2021), https://docplayer.biz.tr/585220-Antenatal-bakimin-sezaryen-ve-normal-vajinal-dogum-uzerine-etkilerinin-belirlenmesi.html

Yılmaz, E. (2019). Antenatal Gebe Eğitiminin Doğum Ve Doğum Sonrasi Dönem Üzerine Etkileri (Yayınlanmış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Erişim (29.09.2021),

https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=xVyNyMX2pf4kxvOBl6DbtQ&no=SvBmBn_9XQxrKpfcr802Uw

Yılmaz Esencan, T., Karabulut, Ö., Demir Yıldırım, A., Abbasoğlu, D. E., Külek, H., Şimşek, Ç., Ünal, A. K., Küçükoğlu, S., Ceylan, Ş., Yavrutürk, S., & Kılıççı, Ç. (2018). Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri Type of Delivery, Time of Initial Breastfeeding, and Skin-to-Skin Contact of Pregnant Women Participating in Childbirth Preparation Education. *Nightingale Journal of Nursing FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *26*(1), 31–43. Erişim (17.10.2021), https://doi.org/10.26650/FNJN.387192

Yurtsever, C., & Set, T. (2018). Relationship Between Preconception Care and Pregnancy Planning Status with Folic Acid and Smoking: A Cross-Sectional Study Asit ve Sigara İle İlişkisi: Kesitsel Bir Araştırma. *TJFMPC*, *12*(1), 43–48. Erişim (20.12.2021), https://doi.org/10.21763/tjfmpc.399914

Yuster, E. (1995). Rethinking the Role of the Risk Approach and antenatal Care in Maternal Mortality Reduction. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *50 Suppl 2*, S59–S61. Erişim (04.10.2021), https://doi.org/10.1016/0020-7292(95)02488-X

Zapart, S., Knight, J., & Kemp, L. (2016). "It Was Easier Because I Had Help": Mothers' Reflections on the Long-Term Impact of Sustained Nurse Home Visiting. *Maternal and Child Health Journal*, *20*, 196–204. Erişim (28.09.2021), https://doi.org/10.1007/s10995-015-1819-6

Zinsser, L. A., Stoll, K., Wieber, F., Pehlke-Milde, J., & Gross, M. M. (2020). Changing Behaviour in Pregnant Women: A Scoping Review. *Midwifery*, *85*, 102680. Erişim (09.11.2021), https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2020.102680

FORMLAR

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

(Ev Ziyareti Grubu)

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe izlemlerinin Perinatal Sonuçlara Etkisi" dir.

Bu araştırma, ev ziyaretlerinde uygulanmak amacıyla ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin gebelik, doğum ve doğum sonrası sonuçlara etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma iki farklı grupla yürütülecektir ve hangi grupta olduğunuz rastgele seçilecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılma kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak istemeniz durumunda lütfen formu imzalayınız.

Bu araştırmada size, doğum öncesi üç, doğum sonrası dört adet veri toplama formu üzerinden sorular sorulacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir. Çalışma 64 gönüllü gebe ile yürütülecektir. Araştırmada yer almanız için gebeliğinizin tespitinden başlayarak aile sağlığı merkezinizde izlemlerinize eşlik edilecek ve ek olarak dört hafta size ev ziyareti yapılacak ve ev ziyaretlerinde gebelik izlemleriniz ve gebelik döneminize uygun doğuma hazırlık eğitimleri verilecektir. İzlemleriniz araştırmacı tarafından yapılacaktır. Doğum sonu ilk bir aylık takibinizde aile sağlığı merkezinde araştırmacı tarafından yapılacaktır. Çalışma gebelik süreciniz ve doğumunuzdan 1 ay sonrasına kadar sürecektir. Bu araştırmada sizin için veya bebeğiniz için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler, standart gebelik izlemlerine evde gebelik izlemleri eklenerek daha iyi bir doğum öncesi bakım sunumunu ve gebelikte, doğumda ve doğum sonrası döneme etkisini ortaya koyacak ve kaynak olarak kullanılacaktır.

Araştırma süresince sizin ve bebeğinizin üzerinde olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Katılım için karar verme aşamanızda istediğiniz bilgileri sorma ve doğru, güvenilir, anlaşılır yanıtlar alma hakkına sahipsiniz. Katılmayı kabul ettiğinizde dilediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmak istemezseniz klinikten aldığınız hizmette hiçbir değişiklik ve aksaklık olmayacaktır. Bu çalışma karşılığında sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak yalnızca

sizden aldığımız bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler herhangi bir yayında kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşılamayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefon:

Tarih ve İmza:

Araştırmacılar;

Msc Ebe Ayça DEMİR YILDIRIM, Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

Sorumlu Araştırmacı:

Msc Ayça DEMİR YILDIRIM

Görev yeri: Kadıköy İlçe Sağlık Müdürlüğü

E-posta adresi: aycademiryildirim@gmail.com

Telefon:0506-6603355

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0 212 440 00 00

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

(Kontrol Gurubu)

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe izlemlerinin Perinatal Sonuçlara Etkisi" dir.

Bu araştırma, ev ziyaretlerinde uygulanmak amacıyla ev ziyareti ile yürütülen gebe izlemlerinin gebelik, doğum ve doğum sonrası sonuçlara etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma iki farklı grupla yürütülecektir ve hangi grupta olduğunuz rastgele seçilecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılma kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak istemeniz durumunda lütfen formu imzalayınız.

Bu araştırmada size, doğum öncesi üç, doğum sonrası dört adet veri toplama formu üzerinden sorular sorulacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir. Çalışma 64 gönüllü gebe ile yürütülecektir. Çalışma gebelik süreciniz ve doğumunuzdan 1 ay sonrasına kadar sürecektir. Bu araştırmada sizin için veya bebeğiniz için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler, standart gebelik izlemlerine evde gebelik izlemleri eklenerek daha iyi bir doğum öncesi bakım sunumunu ve gebelikte, doğumda ve doğum sonrası döneme etkisini ortaya koyacak ve kaynak olarak kullanılacaktır.

Araştırma süresince sizin ve bebeğinizin üzerinde olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Katılım için karar verme aşamanızda istediğiniz bilgileri sorma ve doğru, güvenilir, anlaşılır yanıtlar alma hakkına sahipsiniz. Katılmayı kabul ettiğinizde dilediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmak istemezseniz klinikten aldığınız hizmette hiçbir değişiklik ve aksaklık olmayacaktır. Bu çalışma karşılığında sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak yalnızca sizden aldığımız bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler herhangi bir yayında kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşılamayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefon:

Tarih ve İmza:

Araştırmacılar;

Msc Ebe Ayça DEMİR YILDIRIM, Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

Sorumlu Araştırmacı:

Msc Ayça DEMİR YILDIRIM

Görev yeri: Kadıköy İlçe Sağlık Müdürlüğü

E-posta adresi: aycademiryildirim@gmail.com

Telefon:0506-6603355

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0 212 440 00 00

EK-2

Aşağıda " Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe izlemlerinin Perinatal Sonuçlara Etkisi" araştırmaya ait sorular bulunmaktadır. Size Uygun olan cevapları işaretleyiniz.

TANITICI BİLGİ FORMU **Anket No:**

A. <u>Demografik Özellikler</u>

1. Yaşınız:

2. Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış

3. Hane halkı sayınız:

4. Eğitim durumu: 1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu 5) Lise mezunu 6)Üniversite ve üzeri

5. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

6. Mesleğiniz: 1) Ev hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Serbest meslek 5)Diğer:……

7. Eşinizin Yaşı:.....

8. Eşin eğitim durumu: 1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu 5) Lise mezunu 6)Üniversite ve üzeri

9. Eşin çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

10. Ekonomik durumu: 1) Gelirim giderimden çok 2) Gelirim giderime eşit 3) Gelirim giderimden az

11. Sosyal Güvence: 1)SGK 2)Emekli Sandığı 3)Bağ-Kur 4)Özel Sağlık Sigortası 5)Yok

12. Evlilik süreniz:……

13. Evliliğinizi ya da eşinizle olan ilişkinizi 1 ile 5 arasında bir sayı ile nasıl değerlendirirsiniz?

0	1	2	3	4	5
Son derece İyi					Hiç İyi değil

B. <u>Obstetrik Özellikler</u>

14. Boyunuz:……..

15. Gebelik öncesi kilonuz:……..

16. Şimdiki kilonuz:…….

17. Bu gebelik planlı bir gebelik mi? 1) Evet 2) Hayır

18. Gebelik haftanız: ……

19. Gebelik sayısı: 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 ve üstü

20. İlk gebelik yaşınız:…….

21. Düşük sayısı:……

22. Gebelik tahliyesi sayısı:……

23. Gebe kalma şekliniz:

1)Kendiliğinden 2) Tedavi Gebeliği

24. Gebeliğinizde kullandığınız ilaçlar

1) Hiçbir Şey Kullanmıyorum 2) Multivitamin 3) Demir İlaçları 4)Diğer…..

25. Gebelikten önce sigara kullanıyor muydunuz? 1)Hayır 2)Evet

26. (25. soruya cevabınız "evet" ise) Günde kaç tane sigara tüketiyordunuz?.....

27. Şu anki gebeliğinizde sigara kullanıyor musunuz? 1) Hayır 2) Evet

28. (27. soruya cevabınz "evet" ise) Günde kaç tane sigara tüketiyorsunuz?.....

29. Gebelikten önce alkol kullanıyor muydunuz? 1) Hayır 2) Evet

30. (29.. soruya cevabınız "evet" ise) Ne kadar sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?.....

1) Her gün kullanıyordum

2) Haftada en az bir kez kullanıyordum

3) Ayda en az bir kez kullanıyordum

31. Şu anki gebeliğinizde alkol kullanıyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

32. (31. soruya cevabınız "evet" ise) Ne kadar sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?

1) Her gün kullanıyordum

2) Haftada en az bir kez kullanıyordum

3) Ayda en az bir kez kullanıyordum

33. Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

1)Gebelik öncesi ve gebelikte yapmaya devam ediyorum

2)Gebelik öncesi yapardım gebelikte bıraktım

3)Gebelikten önce yapmıyordum, gebelikte yapmaya başladım

34. Egzersiz yapıyorsanız hangi egzersiz programı uyguluyorsunuz?

1) Her gün hafif tempolu yürüyüş

2) Yoga

3) Plates

4) Spor salonu egzersizleri

C. Gebelik İzlemleri

35. Gebeliğinizin ilk tanısı nerede konuldu?

1) Devlet Hastanesi 2) Özel Hastane 3) Aile Sağlığı Merkezi

36. Gebeliğinizde ilk kontrole ne zaman gittiniz:

1) 4.haftada 2) 5-8.haftada 3)8-12. haftada 4)12 haftadan sonra

37. Düzenli Doğum Kontrolüne hangi kuruma gidiyorsunuz? (Birden Fazla Seçenek İşaretleyebilirsiniz)

1) Devlet Hastanesi 2) Özel Hastane 3) Aile Sağlığı Merkezi

38. Düzenli Kontrole Gittiğiniz kurumda İzlemlerinizi kim yapıyor?

1) Kadın Doğum Uzmanı 2) Kadın Doğum Uzman-Asistanı 3) Ebe 4) Hemşire 5) Aile Hekimi

39. Kontrollerinizde mahremiyeti koruyucu önlem alındı mı?

1) Evet 2)Hayır

40. Gebelik kontrolünüz sırasında aşağıdaki işlemlerden hangileri yapılıyor?

1) Boy Ölçümü a) Evet b) Hayır

2) Kilo Ölçümü a) Evet b) Hayır

3) Kan Basıncı Ölçümü a) Evet b) Hayır

4) Nabız sayımı a) Evet b) Hayır

5) Kan Sayımı a) Evet b) Hayır

6) İdrar Tetkiki a) Evet b) Hayır

7) Karın muayenesi (Bebeğin pozisyonun kontrolü için) a) Evet b) Hayır

8) Ödem Kontrolü a) Evet b) Hayır

9) Varis Kontrolü a) Evet b) Hayır

10) Bebeğin Kalp atışlarının dinlenmesi a) Evet b) Hayır

11) Risk değerlendirmesi a) Evet b) Hayır

41. Gebeliğiniz sırasında tetanoz aşısı oldunuz mu? 1)Evet 2) Hayır

42. Evet ise kaç doz oldunuz…….

43. Gebeliğiniz boyunca önerilen desteklerden hangilerini ne kadar süre boyunca kullandınız?

1)Folik asit ...../….. hafta (gebelik planlanmasından başlanarak 12. Haftaya kadar)

2)Demir ...../….. hafta (16. Haftadan itibaren gebelik sonuna kadar)

3)Multivitamin ...../….. hafta (12. Haftadan itibaren gebelik sonuna kadar)

4)D vitamini ...../….. hafta (12. Haftadan itibaren gebelik sonuna kadar)

44. Gebeliğinize dair hiç danışmanlık aldınız mı? 1)Evet 2) Hayır

45. Cevabınız 'Evet' ise Kimden danışmanlık aldınız?

1)Kadın doğum uzmanı 2) Ebe 3)Hemşire 4)Aile Hekimi

46. 44. Soruya cevabınız 'Evet' ise aşağıdakilerden hangileri hakkında bilgi verildi?

1. Gebelikte tehlike belirtileri a) Evet b) Hayır
2. Gebelikte beslenme a) Evet b) Hayır
3. Doğum a) Evet b) Hayır
4. Gebelik egzersizleri a) Evet b) Hayır
5. Bebek beslenmesi/emzirme a) Evet b) Hayır
6. Aile planlaması a) Evet b) Hayır
7. Doğumun nerede, kim tarafından yapılacağı a) Evet b) Hayır

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

EK-3

Aşağıda " Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe izlemlerinin Perinatal Sonuçlara Etkisi" araştırmaya ait sorular bulunmaktadır. Size Uygun olan cevapları işaretleyiniz.

PERİNATAL BİLGİ FORMU (ÖN-SON TEST) **Anket No:**

Aşağıdaki her ifadeyi okuyarak bilgi birikiminize göre hangi ifadenin doğru hangi ifadenin yanlış olduğuna karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

Gebelik ile ilgili Bilgi Soruları	Doğru	Yanlış	Fikrim Yok
1.Normal gebelik süresi 38 haftadır.			
2. Gebelikte utersun büyüklüğü değişmez.			
3. Gebelikte hormonların değişimine bağlı olarak ciltte değişiklikler meydana gelir.			
4. Kadınların çoğunluğunda pelvis darlığı vardır.			
5. Anne ve bebek bağlanması doğumdan sonra başlar.			
6. İki doğum arası süre için 2 ay yeterlidir			
7. Gebede herhangi bir sağlık sorunu yoksa vajinal doğum yapması uygundur.			
8. Gebelikte egzersiz yapılması doğum süresini kısaltır.			
9. Kanama, görme ve bilinç kaybı gebelikte normaldir.			
Doğum ile İlgili Bilgi Soruları			
10. Doğum, normal fizyolojik bir olaydır.			
11. Doğum, kendiliğinden başlayan ve uterusun kasılmasıyla bebeğin dışarı atılmasıdır.			
12. Genç gebeler sezaryenle doğum yapmalıdır.			
13. Epizyotomi, tüm doğumlarda yapılmalıdır.			
14. Kadına duygusal ve fiziksel destek verilmesi doğumun kolay geçmesine etkisi yoktur			
15. Doğumda müzik, masaj vb. teknikler yararlıdır			
16. Doğumun aktif döneminde vücut ısısındaki suya girmek tehlikelidir			
17. Doğumda yiyecek-içecek yenmesi sakıncalıdır			
18. Bebek doğar doğmaz anne ile ten tene temas yapılmalıdır			

19. Doğumda ayakta durma, yürüme ve çömelme gibi pozisyonlar tercih edilmemelidir.			
20. Bebek doğar doğmaz kordon kesilmelidir			
21. Nişane, doğumun başladığını gösteren bir belirtidir			
22. Doğum ağrısı belli aralıklarla tekrarlayan, genellikle çok şiddetli ve kendine has özellikleri olan bir ağrıdır			
23. Bebek iri ise sezaryenle doğum yapılmalıdır.			
24. Sezaryenle doğumdan sonra vajinal doğum yapılmaz			
Doğum Sonrası ile İlgili Bilgi Durumları			
25.Doğum sonrası 1 saatte birden fazla ped kanama olur.			
26. Doğum sonrası perine hijyenine dikkat edilmelidir			
27. Doğum sonrası ilk haftalar annelerde annelik hüznü görülebilir			
28. Doğum sonrası korunmasız cinsel ilişkiye başlanabilir			
29. Doğum sonrası annelik hüznü uzaması normaldir.			
30. İlk 6 ay anne sütü ve ek gıda verilebilir.			
31. Bebeğin göbek bakımında batikon kullanılır.			
32. Bebeğin banyo suyu damacana suyundan olmalıdır.			
33. Bebeğe banyo sonrası uygulanan masajlar rahatlamasına yardımcı olur.			
34. Anne sütü beslenme ile arttırılabilir.			
35. Anne sütü 3-3-3 (oda ısısında 3 saat, buz dolabında 3 gün, derin dondurucuda 3 ay) kuralı ile saklanmalıdır.			

EK-2.1

Aşağıda " Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe izlemlerinin Perinatal Sonuçlara Etkisi" araştırmaya ait Gebelik İzlemleri formunun tekrar güncel bilgileri sorulmaktadır. Size Uygun olan cevapları işaretleyiniz.

GEBE İZLEM SON DEĞERLENDİRME FORMU **Anket No:**

1. Düzenli evde yapılan gebelik izlemlerinden memnun kaldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

2. Ev ziyaretlerinde yapılan gebelik kontrolü sırasında aşağıdaki işlemlerden hangileri yapılıyor?

1) Boy Ölçümü a) Evet b) Hayır

2) Kilo Ölçümü a) Evet b) Hayır

3) Kan Basıncı Ölçümü a) Evet b) Hayır

4) Nabız sayımı a) Evet b) Hayır

5) Kan Sayımı a) Evet b) Hayır

6) İdrar tetkiki a) Evet b) Hayır

7) Karın muayenesi (Bebeğin pozisyonun kontrolü için) a) Evet b) Hayır

8) Ödem Kontrolü a) Evet b) Hayır

9) Varis Kontrolü a) Evet b) Hayır

10) Bebeğin Kalp atışlarının dinlenmesi a) Evet b) Hayır

11) Risk değerlendirmesi a) Evet b) Hayır

3. Kadın Doğum Uzmanı tarafından yapılan gebelik kontrolü sırasında aşağıdaki işlemlerden hangileri yapılıyor?

1) Boy Ölçümü a) Evet b) Hayır

2) Kilo Ölçümü a) Evet b) Hayır

3) Kan Basıncı Ölçümü a) Evet b) Hayır

4) Nabız sayımı a) Evet b) Hayır

5) Kan Sayımı a) Evet b) Hayır

6) İdrar tetkiki a) Evet b) Hayır

7) Karın muayenesi (Bebeğin pozisyonun kontrolü için) a) Evet b) Hayır

8) Ödem Kontrolü a) Evet b) Hayır

9) Varis Kontrolü a) Evet b) Hayır

10) Bebeğin Kalp atışlarının dinlenmesi a) Evet b) Hayır

11) Risk değerlendirmesi a) Evet b) Hayır

4. Gebeliğiniz sırasında tetanoz aşısı oldunuz mu? 1)Evet 2) Hayır

5. Evet ise kaç doz oldunuz…….

6. Gebeliğiniz boyunca önerilen desteklerden hangilerini ne kadar süre boyunca kullandınız?

1)Folik asit ...../….. hafta (gebelik planlanmasından başlanarak 12. Haftaya kadar)

2)Demir ...../….. hafta (16. Haftadan itibaren gebelik sonuna kadar)

3)Multivitamin ...../….. hafta (12. Haftadan itibaren gebelik sonuna kadar)

4)D vitamini ...../….. hafta (12. Haftadan itibaren gebelik sonuna kadar)

7. Ev ziyaretleri sırasında yapılan izlemlerde aşağıdaki eğitimlerden hangisini aldınız?

8. Gebelikte tehlike belirtileri a) Evet b) Hayır
9. Gebelikte beslenme a) Evet b) Hayır
10. Doğum a) Evet b) Hayır
11. Gebelik egzersizleri a) Evet b) Hayır
12. Bebek beslenmesi/emzirme a) Evet b) Hayır
13. Aile planlaması a) Evet b) Hayır
14. Doğumun nerede, kim tarafından yapılacağı a) Evet b) Hayır

8. Kadın doğum uzmanı tarafından yapılan izlemlerde aşağıdaki eğitimlerden hangisini aldınız?

15. Gebelikte tehlike belirtileri a) Evet b) Hayır
16. Gebelikte beslenme a) Evet b) Hayır
17. Doğum a) Evet b) Hayır
18. Gebelik egzersizleri a) Evet b) Hayır
19. Bebek beslenmesi/emzirme a) Evet b) Hayır
20. Aile planlaması a) Evet b) Hayır
21. Doğumun nerede, kim tarafından yapılacağı a) Evet b) Hayır

9. Gebelik izlemlerini değerlendirdiğinizde ev ziyareti ile yürütülen izlemlerin eksiksiz yapıldığını düşünüyor musunuz?

1) Evet 2)Hayır

10. Gebelik izlemlerini değerlendirdiğinizde kadın doğum uzmanı ile yürütülen izlemlerin eksiksiz yapıldığını düşünüyor musunuz?

2) Evet 2)Hayır

11. Hangi İzlem tarihinin gelmesi sizi heyecanlandırıyor?

1) Evde Ebe takibi 2) Kadın Doğum Uzmanı

12. Eğitimlere eşiniz katıldı ise gebelik sürecinde size olan desteğinde olumlu yönde bir değişim oldu mu?

1) Evet 2)Hayır

13. Doğumunuzu sizi izleyen ebenin yaptırmasını ister miydiniz?

1) Evet 2)Hayır

14. Doğumunuza size evde takibe gelen ebenizin katılmasını ister miydiniz?

1) Evet 2)Hayır

15. Kadın Doğum uzmanınız size gebelikte fiziksel aktivite konusunda bilgi verdi mi?

1) Evet 2)Hayır

16. Cevabınız evet ise fiziksel aktiviteleri nasıl yapacağınız konusunda sizi yönlendirdi mi?

1) Evet 2)Hayır

17. Ev ziyaretleri esnasında aldığınız fiziksel aktivite eğitimlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) Gebelikte fiziksel aktivite yapmamı sağladı
2) Gebelikte hiçbir işime yaramadı
3) Yapmayı tercih etmedim.

18. Aldığınız fiziksel aktivite eğitimini uygulayabildiniz mi?

1) Evet 2)Hayır

19. Cevabınız evet ise haftada kaç gün uygulayabiliyorsunuz?

1) Her gün
2) Gün aşırı
3) Haftada üç gün
4) Haftada bir gün

20. Ev ziyaretlerinde gebelik yakınmaları konusu sizin gebeliğinizde yaşamınızı kolaylaştırdı mı?

1) Evet 2)Hayır

21. Gebelikte oluşan hangi yakınma konusunda aldığınız eğitimden yararlandınız?

1) İdrar Kaçırma, sık idrara çıkma
2) Mide bulantısı veya kusma
3) Sırt ağrısı
4) Halsizlik, Baş ağrısı
5) Kasıklarda ağrı
6) Ciltte değişiklikler

22. Ev ziyaretlerinde aldığınız hizmeti evinizde değil de bir sağlık kurumunda almayı tercih eder miydiniz?

1) Evet 2)Hayır

23. Sağlık Kurumunda her hafta bu eğitimlere düzenli katılım sağlar mıydınız?

1) Evet 2)Hayır

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

EK-4

Aşağıda " Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe izlemlerinin Perinatal Sonuçlara Etkisi" araştırmaya ait sorular bulunmaktadır. Size Uygun olan cevapları işaretleyiniz.

DOĞUM SONU GÖRÜŞME FORMU **Anket No:**

Birinci Bölüm; Doğum Sürecine ait Bilgiler

1. Bu gebelikte doğum şeklinizi planladınız şekliyle oldu mu?

1) Evet 2) Hayır 3) Emin değilim

2. Planlanan doğum şekliniz nedir? 1) Normal (Vajinal) Doğum 2) Sezaryen Doğum 3) Planlamadım

3. Doğumunuzu nasıl yaptınız?

1)Vajinal doğum (spontan)

2) Vajinal doğum (müdahaleli; suni sancı, epidural)

3) Vajinal doğum (müdahaleli; vakum, forseps)

3) Acil Sezaryen doğum

4) Planlı Sezaryen doğum

4. Doğumunuzu nerede oldu?

1) Devlet Hastanesi (tek kişilik TDL odası)
2) Devlet Hastanesi (Koğuş tipi-Çok kişinin olduğu odalar)
3) Özel Hastane
4) Ev

5. (Vajinal doğum yaptınız ise) Doğuma ne zaman geleceğinize nasıl karar verdiniz?

1) Kasılmalarım sıklaştı 2) Suyum geldi 3) Doktor zamanı belirledi 4) Diğer……..…

6. (Vajinal doğum yaptınız ise) Doğuma gittiğinizde kaç cm açıklığınız vardı ?

1) 1-3 cm 2) 4-6 cm 3) 7 cm ve üzeri 4) Açıklığım yoktu 5) Bilmiyorum

7. (Vajinal doğum yaptınız ise) Doğuma gittiğinizde kasılmalarınız var mıydı?

1) Evet 2) Hayır

8. (Kasılmalarınız var ise) Ne sıklıkta kasılmalarınız oluyordu?

1) 30 dk bir 2) 20-15 dk bir 3) 10- 5 dk bir 4) Kasılmam yoktu 5) Bilmiyorum

9. (Vajinal doğum yaptınız ise) Doğuma gittiğinizde suyunuz gelmiş miydi?

1) Evet 2) Hayır

10. Doğum sırasında aşağıdakilerden herhangi biri uygulandı mı? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

1) Damar yolu açılması
2) Aralıksız veya çok sık uzun süreli NST bağlanması
3) Perine traşı
4) Lavman (bağırsakları boşaltmak amaçlı)
5) Yataktan kalkmaya izin vermemek
6) Suni Sancı (Suni oksitosin)
7) Ağrı kesici ilaç verilmesi (ağız yada damar yoluyla)
8) Epizyotomi (Doğum sırasında perineye açılan kesi ve dikilmesi)

11. Sezaryen doğum yaptı iseniz Sezaryen doğum yapma nedeni nedir?

1) Doktorum planladı
2) Korktum
3) Endikasyonum vardı
4) Bilmiyorum.

12. Endikasyonunuz vardı ise yazınız…….

13. Doğum sırasında bir problem yaşadınız mı? 1) Evet 2)Hayır

14. Doğumunuzda nasıl bir problem yaşadınız? (cevabınız hayır ise soruya geçiniz)

1) Uzun ve zor oldu 2)Ağrılarım çok oldu 3)Ateşim oldu 4)Aşırı Kanamam oldu 5)Diğer...

15. Bebeğinizi cinsiyeti? 1)Kız 2) Erkek

16. Bebeğinizin doğum kilosu ve boyu nedir? 1) Kilo……. 2) Boy……..

17. Doğum sonrası hemen (doğumhane/ameliyathane) bebeğinizi ile ten tene temas kurdunuz mu?

1) Evet 2) Hayır

18. Doğum sonrası ilk ne zaman bebeğinizi emzirebildiniz?

1) Doğumdan hemen sonra (doğumhane/ameliyathane)
2) İlk 30 dk
3) İlk 1 saat

4) İlk 3 saat

19. Bebeğinizi emzirmede problem yaşıyor musunuz?

1) Evet 2)Hayır

20. İlk emzirmede ne kadar süre emzirebildiniz?

1) 5 dk ve daha az
2) 5-10 dk
3) 10-15 dk
4) 15-30 dk

21. Doğumunuzda size destek olan biri oldu mu?

1) Evet 2)Hayır

22. Cevabınız evet ise kim size destek oldu

1) Eşim 2)Annem 3)Ablam 4)Arkadaşım 5)Kayınvalidem 6)Özel Ebe

23. Size destek olan kişi doğumunuzun kolaylaşmasını sağladı mı?

1) Evet 2) Hayır

24. Doğumhane ortamınız istediğiniz/planladığınız gibi miydi?

1)Evet 2)Hayır

25. Doğumhane ortamınız nasıldı?

1) Ortam Loş ve sessizdi
2) Odanın içi evimde gibi hissettirdi
3) Doğumda serbest olabileceğim alan mevcuttu
4) Doktor, Ebe, hemşire bana çok nazik ve destekti
5) Gürültülü
6) Kalabalık

Aşağıdaki soruların Her bir yanıtı 0’ dan 5’e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır. Buna göre yanıtlayınız.

26. Doğumunuz beklediğiniz gibi mi geçti?

0	1	2	3	4	5
Son derece Bekledeğim gibi					Hiç beklediğim gibi değil

27. Bu doğum deneyiminizden memnun kaldınız mı?

0	1	2	3	4	5
Son derece memnunum					Hiç memnun değilim.

İkinci Bölüm; Doğum Sonrası Dönemine Ait Bilgiler

1. Doğum sonrası ne zaman hastaneden taburcu oldunuz?

1) 12 saat sonra

2) 24 saat sonra

3) 48 saat sonra

4) 3 gün ve daha üzeri

2. Doğumdan sonrası bakımınızda size destek olacak biri var mı?

1) Evet 2) Hayır

3. Taburcu olduktan sonra evde bakımınızda size destek olan kişi kim?

1) Eşim 2) Annem 3) Ablam 4) Arkadaşım 5) Kayınvalidem 6) Ebe veya Hemşire

6) Profesyonel bakıcı 7) Diğer…….

4. Evde size destek olacak kişi sizin bakımınızda yardımcı oluyor mu?

1) Evet 2) Hayır

5. Destek olan kişi hangi konularda yardımcı oluyor? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1) Bebeğin bakımı
2) Kişisel bakımım
3) Evin hijyeni
4) Yemek yapma
5) Emzirme
6) Hareket etme
7) Diğer…….

6. Kanamanız doğum sonrası gününe uygun mu?

1) Evet 2) Hayır

7. Cevabınız evet ise nasıl?.....

8. Günde kaç saat uyuyorsunuz?.....

9. Geceleri kaç kez uyanıyorsunuz?.....

10. Bebeğinizi emzirmeniz nasıl gidiyor?

2) Güzel 2) İyi desteğe ihtiyacım var 3) Diğer…….

11. Bebeğinizi emzirmiyor/emziremiyor iseniz sebepleri nelerdir?

5) Meme başı çatlak/yara
6) Çökük göğüs ucu
7) Mastit
8) Kullandığım ilaçlar var
9) Emzirme pozisyonu ayarlama
10) Bebek nedenli (çatlak/meme reddi, pamukçuk, burun tıkanıklığı)

12. Bebeğinizi emziriyorsanız 24 saat içerisinde kaç kez emziriyorsunuz?

5) 1-3 kez
6) 4-5 kez
7) 6-10 kez
8) 11-15 kez

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

EK- 5

EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ **Anket No:**

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1= Hiç emin değilim

2= Çok emin değilim

3= Bazen eminim

4= Eminim

5=Çok eminim

1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim					
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.					
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim					
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.					
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.					
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.					
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.					
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.					
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum					
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.					
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.					
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim.					
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim.					
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.					

Ek-6

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ Anket No:

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

□Her zaman olduğu kadar

□Artık pek okadar değil

□Artık kesinlikle o kadar değil

□Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

□Her zaman olduğu kadar

□Her zamankinden biraz daha az

□Her zamankinden kesinlikle daha az

□Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

□Evet, çoğu zaman

□Evet, bazen

□Çok sık değil

□Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

□Hayır, hiç bir zaman

□Çok seyrek

□Evet, bazen

□Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır,çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık

□Çok seyrek

□Hayır, asla

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

□Evet, oldukça sık

□Bazen

□Hemen hemen hiç

□Asla

Ek-7

Aşağıda " Ev Ziyaretleri ile Yürütülen Gebe izlemlerinin Perinatal Sonuçlara Etkisi" araştırmaya ait sorular bulunmaktadır. Size Uygun olan cevapları işaretleyiniz.

EV ZİYARETİ İLE YÜRÜTÜLEN GEBE İZLEM MEMNUNİYET FORMU

Anket No:

1. Ev ziyaretinin süresinden memnun musunuz?

   a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

2. Yapılan doğum öncesi izlemin kapsamından memnun musunuz?

   a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

3. Kendisi ile ilgilenen Ebe veya Hemşirenin bilgi donanımından memnun musunuz?

   a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

4. Prenatal bakıma ilişkin yeterli bilgi vermesinden memnun musunuz?

   a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

5. Ziyaret randevusuna uyumundan memnun musunuz?

   a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

6. Gebeyi evinde ziyaret etmesinden memnun musunuz?

   a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

7. Yapılan ev ziyareti sıklığından memnun musunuz?

   a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

8. Yapılan uygulamalara ilişkin bilgilendirmesinden memnun musunuz?

   a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

9. Ev ziyaretine gelen ebe veya hemşirenin iletişimden memnun musunuz?

   a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

10. Ev ziyaretine gelen ebe veya hemşirenin davranış biçiminden memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

11. Ev ziyaretine gelen ebe veya hemşirenin gebeyi memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

12. Mahremiyete gösterilen saygıdan memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

13. Gebenin bakım gereksinimlerinin farkında olmasından memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

14. Ev ziyaretine gelen ebe veya hemşireden aldığı bakımın kalitesinden memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

15. Ev ziyaretine gelen ebe veya hemşireye soru ormaktan çekinmemekten memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

16. Ev ziyareti sırasında aldığı eğitim başlıklarından memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

17. Ev ziyareti sırasında aldığı eğitimin içeriğinden memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

18. Ez ziyareti sırasında aldığı eğitim ile ilgili materyallerden memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

19. Uygulamaların hijyenik olmasından memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

20. Ziyaretlerden genel memnuniyet durumu memnun musunuz?

    a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

EK-8 Ev Ziyareti Gebe İzlem Formu

Tanıtıcı Özellikler		**Genel Alışkanlıklar**		**Genel Sağlık Öyküsü**	**Obstetrik Öykü**				**Jinekolojik Öykü**	
Adı Soyadı:		Sigara:	Sayı-gün	Hastalık/Ameliyat geçirme durumu:	Gebelik Sayısı:				İlk adet yaşı:	
Yaşı:	Evlilik yaşı:	Alkol:			Doğum Sayısı:	NSD:	C/S:	Menstriasyon süresi		
Medeni durumu		Düzenli kullandığı ilaç:			Yaşayan çocuk sayısı:				Menstriasyon sıklığı	
Eğitim durumu		Banyo:		Soy geçmişi:	Çocukların yaşları:				Menstriasyon Bozukluğu:	
Çalışma durumu		Beslenme:			Ölü doğum sayısı:				Son smear tarih ve sonucu:	
Eşin yaşı:		Sıvı Alımı:	Bardak-gün		Abortus sayısı ve nedeni:				Probe kürtaj:	
Eşin eğitimi:		Defekasyon:	Kez-gün	Şu andaki Sağlık Sorunu					Cinsel sorun: var…. Yok…	
Eşin işi:		Uyku:			Kürtaj sayısı ve nedeni:				Doğum kontrol yöntemi:	
Sağlık güvencesi		Egzersiz:	Tipi-gün:							
Alerji:		Boş zamanı değerlendirme			Anomalili doğum sayısı:				Geçirdiği jinekolojik sorunlar:	
Kan grubu:	Eşin kan grubu:									
					Önceki Gebelik/Doğum ilişkin Sorunlar:				Jinekolojik Ameliyat-zamanı	

Bir önceki gebeliğe ait veriler:	Var	Yok
Anormal prezantasyon	( )	( )
Çoğul Gebelik	( )	( )
Hidroamniyos	( )	( )
Mekonyum	( )	( )
Erken membran rüptürü	( )	( )
Abloatio plesanta/plesanta previa	( )	( )
Uzamış eylem	( )	( )
Hızlı doğum	( )	( )
Ateş	( )	( )
Duygusal/psikolojik problemler	( )	( )
Diğer	( )	( )

Bu Gebeliğe Ait Bilgiler

SAT (Son Adelet Tarihi)**:** **MDT** (Muhtemel Doğum Tarihi):

Gebelikte kontrole gitme durumu: Önceki gebeliği ile arasındaki süre:

Gebe Ev Ziyaret 1. İzlem	**Gebe Ev Ziyaret 2. İzlem**	**Gebe Ev Ziyaret 3. İzlem**	**Gebe Ev Ziyaret 4. İzlem**
İzlem Tarihi:	İzlem Tarihi:	İzlem Tarihi:	İzlem Tarihi:
Gebelik Haftası:	Gebelik Haftası:	Gebelik Haftası:	Gebelik Haftası:

Fizik Muayene Boy: Kilo: TA: Nabız: Solunum: Beden Isısı: Anemi bulgusu:	Fizik Muayene Boy: Kilo: TA: Nabız: Solunum: Beden Isısı: Anemi bulgusu:	Fizik Muayene Boy: Kilo: TA: Nabız: Solunum: Beden Isısı: Anemi bulgusu:	Fizik Muayene Boy: Kilo: TA: Nabız: Solunum: Beden Isısı: Anemi bulgusu:
Leopold Muayene Bulguları Fundus yüksekliği: …….cm Situs: Longitidunal ( ) Transvers ( ) Oblik ( ) Pozisyon: Sağ ( ) Sol ( ) Prezantasyon: Baş ( ) Makat ( ) Angajman:	Leopold Muayene Bulguları Fundus yüksekliği: …….cm Situs: Longitidunal ( ) Transvers ( ) Oblik ( ) Pozisyon: Sağ ( ) Sol ( ) Prezantasyon: Baş ( ) Makat ( ) Angajman:	Leopold Muayene Bulguları Fundus yüksekliği: …….cm Situs: Longitidunal ( ) Transvers ( ) Oblik ( ) Pozisyon: Sağ ( ) Sol ( ) Prezantasyon: Baş ( ) Makat ( ) Angajman:	Leopold Muayene Bulguları Fundus yüksekliği: …….cm Situs: Longitidunal ( ) Transvers ( ) Oblik ( ) Pozisyon: Sağ ( ) Sol ( ) Prezantasyon: Baş ( ) Makat ( ) Angajman:
Fetal Değerlendirme (El Dopleri) Fetal Kalp Hızı (FKH): Fetal Hareket Takibi:….hareket/2sa, …….izlemiyor.	Fetal Değerlendirme (El Dopleri) Fetal Kalp Hızı (FKH): Fetal Hareket Takibi:….hareket/2sa, …….izlemiyor.	Fetal Değerlendirme (El Dopleri) Fetal Kalp Hızı (FKH): Fetal Hareket Takibi:….hareket/2sa, …….izlemiyor.	Fetal Değerlendirme (El Dopleri) Fetal Kalp Hızı (FKH): Fetal Hareket Takibi:….hareket/2sa, …….izlemiyor.
Gebelikte kilo alımı:	Gebelikte kilo alımı:	Gebelikte kilo alımı:	Gebelikte kilo alımı:
Derinin Değerlendirilmesi Linea Nigra: Stria Grivadurum: Geçirilmiş ameliyat izi/skar:	Derinin Değerlendirilmesi Linea Nigra: Stria Grivadurum: Geçirilmiş ameliyat izi/skar:	Derinin Değerlendirilmesi Linea Nigra: Stria Grivadurum: Geçirilmiş ameliyat izi/skar:	Derinin Değerlendirilmesi Linea Nigra: Stria Grivadurum: Geçirilmiş ameliyat izi/skar:
Memelerin Değerlendirilmesi Meme ucu durumu: Meme doldunluğu: Kolostrum varlığı: Emzirmeyi düşünme durumu:	Memelerin Değerlendirilmesi Meme ucu durumu: Meme doldunluğu: Kolostrum varlığı: Emzirmeyi düşünme durumu:	Memelerin Değerlendirilmesi Meme ucu durumu: Meme doldunluğu: Kolostrum varlığı: Emzirmeyi düşünme durumu:	Memelerin Değerlendirilmesi Meme ucu durumu: Meme doldunluğu: Kolostrum varlığı: Emzirmeyi düşünme durumu:
Tetonos aşısı: yok ( ) 1 doz ( ) 2 doz ( )	Tetonos aşısı: yok ( ) 1 doz ( ) 2 doz ( )	Tetonos aşısı: yok ( ) 1 doz ( ) 2 doz ( )	Tetonos aşısı: yok ( ) 1 doz ( ) 2 doz ( )
Hepatit B aşısı: yok ( ) 1 doz ( ) 2 doz ( ) 3 doz ( )	Hepatit B aşısı: yok ( ) 1 doz ( ) 2 doz ( ) 3 doz ( )	Hepatit B aşısı: yok ( ) 1 doz ( ) 2 doz ( ) 3 doz ( )	Hepatit B aşısı: yok ( ) 1 doz ( ) 2 doz ( ) 3 doz ( )
Gebelikte yaşanılan Problemler Var Yok Bulantı Kusma ( ) ( ) Kabızlık ( ) ( ) İdrar yaparken yanma ( ) ( ) Baş ağrısı ( ) ( ) Vajinal kanama ( ) ( ) Ayak ve bacaklarda ödem ( ) ( ) Varis ( ) ( ) Anormal vajinal akıntı ( ) ( ) (varsa; koku, miktar ve renk açısından özelliği):	Gebelikte yaşanılan Problemler Var Yok Bulantı Kusma ( ) ( ) Kabızlık ( ) ( ) İdrar yaparken yanma ( ) ( ) Baş ağrısı ( ) ( ) Vajinal kanama ( ) ( ) Ayak ve bacaklarda ödem ( ) ( ) Varis ( ) ( ) Anormal vajinal akıntı ( ) ( ) (varsa; koku, miktar ve renk açısından özelliği):	Gebelikte yaşanılan Problemler Var Yok Bulantı Kusma ( ) ( ) Kabızlık ( ) ( ) İdrar yaparken yanma ( ) ( ) Baş ağrısı ( ) ( ) Vajinal kanama ( ) ( ) Ayak ve bacaklarda ödem ( ) ( ) Varis ( ) ( ) Anormal vajinal akıntı ( ) ( ) (varsa; koku, miktar ve renk açısından özelliği):	Gebelikte yaşanılan Problemler Var Yok Bulantı Kusma ( ) ( ) Kabızlık ( ) ( ) İdrar yaparken yanma ( ) ( ) Baş ağrısı ( ) ( ) Vajinal kanama ( ) ( ) Ayak ve bacaklarda ödem ( ) ( ) Varis ( ) ( ) Anormal vajinal akıntı ( ) ( ) (varsa; koku, miktar ve renk açısından özelliği):
Gebeliği isteme durumu:	Gebeliği isteme durumu:	Gebeliği isteme durumu:	Gebeliği isteme durumu:
Ebeveyn rollerine hazırlık ve uyumu	Ebeveyn rollerine hazırlık ve uyumu	Ebeveyn rollerine hazırlık ve uyumu	Ebeveyn rollerine hazırlık ve uyumu

EK-9

EV ZİYARETİ İLE YÜRÜTÜLEN GEBE İZLEM EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Sağlıklı Anne, Ebeveyn ve Bebekler,

Mutlu Başlangıçlar İçin...

HAZIRLAYANLAR

Ayça Demir Yıldırım

Nevin Hotun Şahin

İSTANBUL-2021

İÇİNDEKİLER

1. Giriş……..3
2. Gebe Ev ziyaretlerinin İçeriği……..5
3. Birinci Ev Ziyareti……..….6
4. Gebelik Süreci…….6
5. Gebelikte Öz Bakım ve İzlem ve Aşılar…….7
6. Gebelikte Sık Görülen Yakınmalar ve Destek Öneriler…….9
7. Gebelikte Fiziksel Aktivite……11
8. Gebelikte Tehlike İşaretleri……...13
9. İkinci Ev Ziyareti……...15
10. Doğum Nasıl Olur…….15
11. Üçüncü Ev Ziyareti……19
12. Doğum Dalgaları ile Birliktelik…….19
13. Doğumun Planlanması ……..22
14. Dördüncü Ev Ziyareti……25
15. Doğum Sonrası Anne ve Yenidoğan Bakımı……25
16. Anne Sütü ve Emzirme…….28
17. Ek 1- Resimlerle Örnek Evde Fiziksel Aktivite ……..31
18. Kaynaklar……39

GİRİŞ



Gebelik ve doğum, her kadının yaşadığı en önemli deneyimlerden biri olduğu gibi her kadın için kendine özgü, çok özel ve güzel bir süreçtir. Gebelik döneminde bilgilenme ve düzenli izlemler mutlu bir anne, sağlıklı bir bebek ve güvenli bir gelecek için büyük önem taşır.

Ülkemizde anne adaylarına, birinci basamakta (aile sağlığı merkezleri ve ilçe sağlık müdürlükleri) ebe ve hemşireler tarafından gebelik izlemleri yapılır ve bu izlemler sırasında kendilerine danışmanlık ve eğitim verilir.

Bu programda gebeliğinizin tespitinden itibaren toplamda sekiz kez gebelik izleminiz yapılacaktır. Sekiz takibin dördü aile sağlığı merkezinde dördü ise evde yapılacaktır. Doğum sonrası da bir kez aile sağlığı merkezinde görüşme yapılacaktır. Gebelik izlemleriniz aşağıdaki tabloda haftalarına göre belirtilmiştir.

GEBELİK TAKİP PROGRAMI			
İzlem	**Hafta**	**Yer**	**Yapılacaklar**
1. İzlem	0-14	ASM	Gebelikte anne ve bebek sağlığının izlenmesi
2. izlem	18-24	ASM	Gebelikte anne ve bebek sağlığının izlenmesi
3. İzlem	28-30	Ev	Gebelikte anne ve bebek sağlığının izlenmesi ve Doğuma hazırlık eğitimleri
4. izlem	28-32	ASM	Gebelikte anne ve bebek sağlığının izlenmesi
5. izlem	32-34	Ev	Gebelikte anne ve bebek sağlığının izlenmesi ve Doğuma hazırlık eğitimleri

6. İzlem	34-36	Ev	Gebelikte anne ve bebek sağlığının izlenmesi ve Doğuma hazırlık eğitimleri
7. izlem	36-38	ASM	Anne ve bebek sağlığının değerlendirilmesi
8. İzlem	36-38	Ev	Gebelikte anne ve bebek sağlığının izlenmesi ve Doğuma hazırlık eğitimleri
9. izlem	Pospartum 2. hafta	ASM	Doğum sonrası görüşme

Ev ziyaretleri, sağlık kuruluşunda izlem yerine evde temas ile gerçekleştirilen ve bu sayede gebenin kendi yaşam alanında ve evinin konforunda doğum öncesi izlemlerinin ve eğitimlerinin etkin bir şekilde yapılmasına imkân sağlayan bir programdır. Bu program gebelerin; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası döneme dair bilgi ve farkındalık sağlamanın yanında; onların sağlıklı yaşam davranışları geliştirmelerine ve vajinal doğum konusunda beceri kazanmalarına yardım ederek anne ile yeni doğanların sağlıklı ve mutlu bir dönem geçirmelerine de yardımcı olur.

Bu kitapçıkta size aşağıdaki konular hakkında bilgi ve destek sağlanacaktır;

1. Gebelik Süreci
2. Gebelikte Öz Bakım ve İzlem ve Aşılar
3. Gebelikte Sık Görülen Yakınmalar ve Destek Öneriler
4. Gebelikte Tehlike İşaretleri
5. Doğum Nasıl Olur
6. Doğum Dalgaları ile Birliktelik
7. Doğumun Planlanması
8. Doğum Sonrası Anne ve Yenidoğan Bakımı
9. Anne Sütü ve Emzirme
10. Resimlerle Örnek Evde Fiziksel Aktivite

EK 1- RESİMLERLE EVDE FİZİKSEL AKTİVİTE

Öneriler

- ✓ Fiziksel aktiviteye 27 gebelik haftası ve üzerinde uygulayınız.
- ✓ Fiziksel aktivite sırasında nefesinizi tutmayınız.
- ✓ Dengenizi sağladıktan sonra hareketleri yapınız.
- ✓ Her harekette ıkınmaktan kaçınınız.
- ✓ Fiziksel aktiviteye önce nefes çalışması ile başlayınız.
- ✓ Her harekette nefes alıp veriniz, nefesini hiç tutmayınız.
- ✓ Her hareketi en az 10 kez tekrar ediniz.
- ✓ Her hareketi sağ ve sol tarafa eşit sayıda yapınız.



Kalça altına bir yastık konularak dik şekilde oturulur.

. Omuzlar düz

. Sırt olabildiğince gergin

. Eller dizlerin üzerinde olmalıdır

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



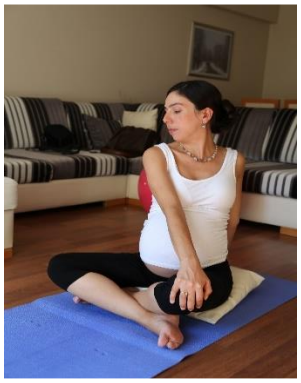
Kalça altına bir yastık konularak dik şekilde oturulur.

. Omuzlar düz

. Sırt olabildiğince gergin

. Eller yavaşça yukarı kaldırılır

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



Kalça altına bir yastık konularak dik şekilde oturulur.

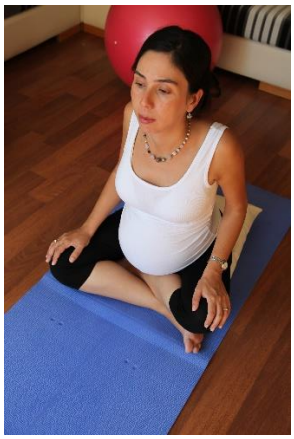
. Sağ el sol dizin üzerinde

. Sol hemen arkada yere konulur

. Baş sağ omuza doğru çevrilir

.Daha sonra aynı hareket diğer taraf için yapılır.

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



Kalça altına bir yastık konularak dik şekilde oturulur.

. Omuzlar düz

. Sırt olabildiğince gergin

. Eller dizlerin üzerinde olmalıdır

. Göğüs Kafesi öne doğru çıkarılır ve kürek kemikleri birbirine iyice yaklaştırılır.

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



Kalça altına bir yastık konularak dik şekilde oturulur.

. Omuzlar düz

. Sırt olabildiğince gergin

. Eller dizlerin üzerinde

. Kürek kemiklerinin arası iyice açılarak göğüs kafesine doğru omuzlar kapatılır.

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



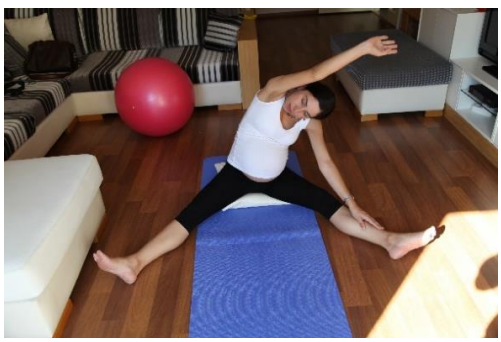
Kalça altına bir yastık konularak dik şekilde oturulur.

. Bacaklar V şeklinde açılır

. Sırt olabildiğince gergin

. Eller dizlerin üzerinde olmalıdır

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



Kalça altına bir yastık konularak dik şekilde oturulur.

. Bacaklar V şeklinde açılır

. Sağ kol havaya kaldırılarak sola doğru iyice esnetilir

. Eller dizlerin üzerinde olmalıdır

. Daha sonra aynı hareket diğer taraf için yapılır.

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



. El avuç içi yere ve
. Dizler yere gelecek şekilde kedi pozisyonu alınır.

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



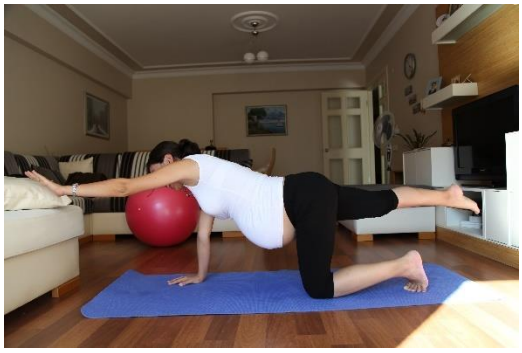
. El avuç içi yere ve
. Dizler yere gelecek şekilde kedi pozisyonu alınır.
. Sırt kedi şeklinde dışarı doğru kamburlaştırılır.

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



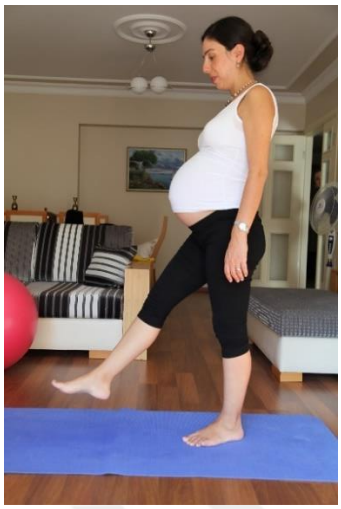
. El avuç içi yere ve
. Dizler yere gelecek şekilde kedi pozisyonu alınır.
. Sırt tekrar düz olacak şekilde doğrulunur.

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.

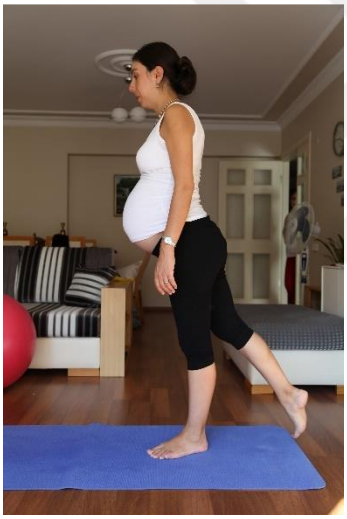


. Sağ el avuç içi yere ve
. Sol dizler yere gelecek şekilde
. Sol kol ve Sağ ayak dümdüz havada uzatılır ve bu şekilde dengede kalmaya çalışılır.
. Daha sonra aynı hareket diğer taraf için yapılır.

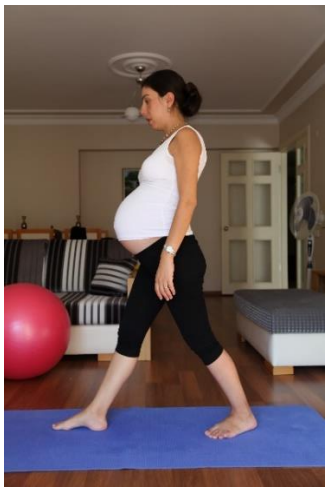
Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



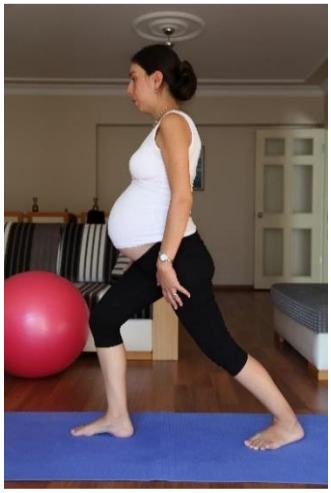
Ayakta dik bir şekilde durulur.
Sağ ayak havada kalacak şekilde öne ve arkaya 10 kez uzatılır
Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



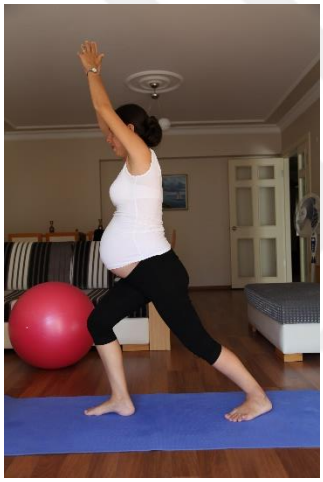
Ayakta dik bir şekilde durulur.
Sol ayak havada kalacak şekilde öne ve arkaya 10 kez uzatılır
Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



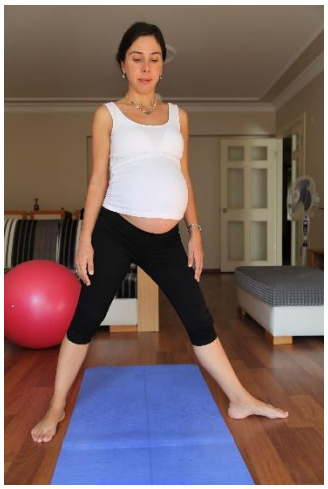
Ayakta dik bir şekilde durulur.
Sağ ayak öne bir adım atılarak uzatılır
Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



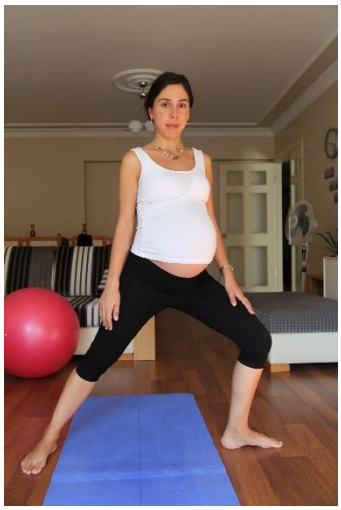
Sağ ayak öne bir adım atılarak uzatılır
Daha sonra dizden bükülerek öne doğru hamle yapılır.
Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



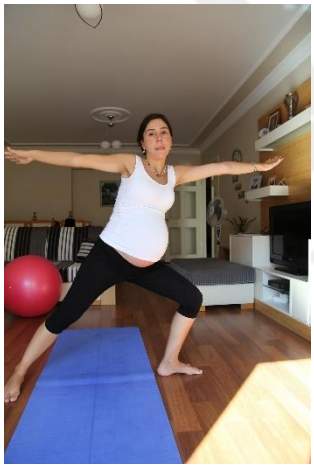
Sağ ayak öne bir adım atılarak uzatılır.
Daha sonra dizden bükülerek öne doğru hamle yapılır.
Kollar öne doğru yukarı kaldırılır.
Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



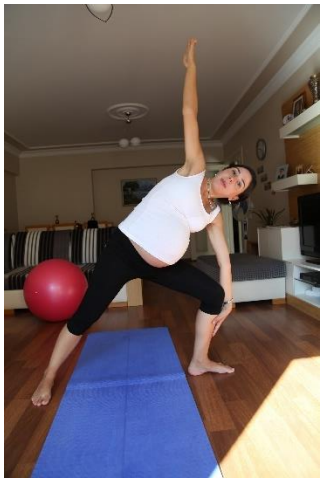
Sağ ayak yana bir adım atılarak uzatılır.
Sağ ayak vücudumuza 90 derecelik açı ile yerleştirilir.
Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



Sağ ayak yana bir adım atılarak uzatılır.
Sağ ayak vücudumuza 90 derecelik açı ile yerleştirilir.
Daha sonra dizden bükülerek yana doğru hamle yapılır.
Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



Kollar iki yana açılır
Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



Kollar iki yana açılır
Sağ kol yukarı doğru kaldırılarak sola eğilinir.
Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



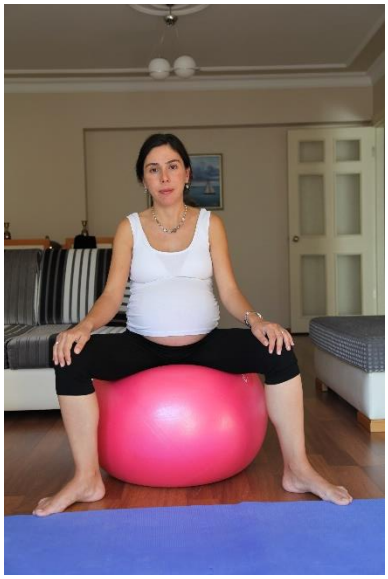
Kollar iki yana açılır
Sağ kol aşağı doğru kaldırarak sağa eğilinir.

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.



Kollar iki yana açılır.
Sağ kol aşağı doğru kaldırarak sağa eğilinir.
Eski pozisyona geçilir.

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.

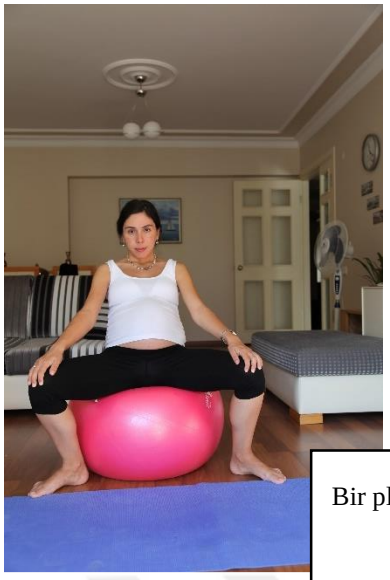


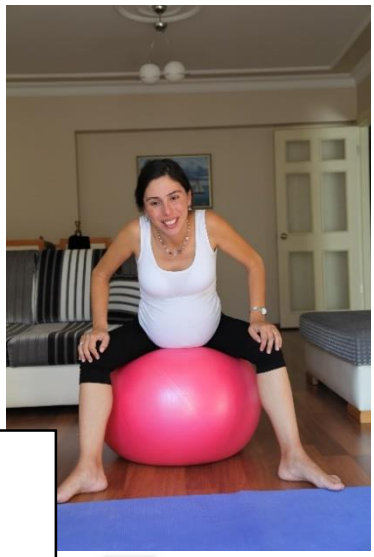
Bir plates topuna oturulur.

. Kalça topun uç kısmana yerleştirilir.
. Her iki ayak tabanı yere tam basar.
. Bacaklar dizden 90 derecelik açı ile bükülür.

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.

*Bu pozisyonda topun üstünde zıplama yapılabilir.





Bir plates topuna oturulur.

. Kalça topun uç kısmana yerleştirilir.

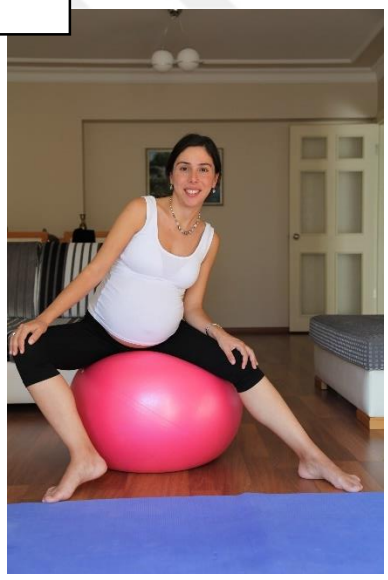
. Her iki ayak tabanı yere tam basar.

. Bacaklar dizden 90 derecelik açı ile bükülür.

. Topun üzerinde öne ve arkaya kalçayı oynatarak hareket edilir (Pelvik Tilt).

Bu pozisyonda burundan nefes alınıp ağızdan nefes verilir.





KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 2010; URL: www.saglik.gov.tr, 2010.
2. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Mevzuatları, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf Erişim: 10.05.2020.
3. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Mayıs 2010 Resmi Gazete Sayı:27591; URL:http://www.saglik.gov.tr/tr/belge/1-10376/aile-hekimliği-uygulama-yonetmeligi.html, 2010.
4. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Programı. https://sagligim.gov.tr/kadin-sagligi/dogum-oncesi-bakim-programi.html Erişim: 19.06.2020
5. Sönmez Y. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. Sted.2007.16(1)9.
6. Onat Bayram G. Evde Doğumlarda Ebelik Bakımı, Ebenin Rol ve Sorumlulukları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2, Sayı:2. 2009.
7. Çiçek Ö , Mete S . Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. DEUHFED. 2015; 8(4): 263-268.
8. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4 (2):54-58
9. Coşkun A, editör. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.
10. Taşkın L, Eroğlu K, Terzioğlu F, Vural G, Kutlu Ö, editör. Hemşire ve Ebeler için Doğum ve Kadın Sağlığı Uygulama Rehberi. Ankara, Palme Yayınevleri; 2019.
11. Özçelik G, Karaçam Z. Gebelikte Sık Karşılaşılan Yakınmalar, Fiziksel, Ruhsal Ve Cinsel Sağlık Sorunları, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi BO (3) :1 -18,2014
12. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma Yöntemleri. Şişli Etfal Hastanesi T›p Bülteni, Cilt: 44, Say›: 3, 2010 / The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital, Volume: 44, Number 3, 2010
13. Köken G, Yılmazer M. Gebelik ve Egzersiz. Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007, 17:385-392

14. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, 2014
15. Kızılkaya Beji N, editör. Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015
16. Rathfissch G. Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitabevi, 2012
17. Kadayıfçı O, Coşar F. Lameze Felsefesi Doğuma Ruhsal ve Bedensel Hazırlık. Cross Yayınları, İstanbul, 2013
18. Erkök Altınkaya Ö, Birinci Güler Z. Ina May'in Doğuma Hazırlık Rehberi. İna May Gaskin, Sinek Sekiz yayınevi, İstanbul, 2014
19. Çeber E. İna May'in Emzirme Rehberi. İna May Gaskin, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2018
20. Şalk Vatandaş N. Bebek Bakımında Aileye Öneriler. Sted • 2004 • cilt 13 • sayý 1 •
21. Rathfissch G. Kadın Sağlığında Klinik Aromaterapi. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Antalya, 2019
22. Rathfissch G. Gebelikten Anneliğe Yoga. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2015
23. Emzirme Sanatı, La Leche League İnternational, Gün yayıncılık, İstanbul, 2011
24. Uzun K , Kolcu M , Kurap Öcebe D . Anne Sütü ile Beslenmede Kanıta Dayalı Uygulamalar. HBD. 2018; 1(2): 29-32.
25. Giray H. Anne Sütü ile Beslenme. Sted 2004 • cilt 13 • sayı 1 •
26. Karabulutlu Ö. Doğum Ağrısı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Caucasian J. Sci.. 2014; 1(1): 43-50.
27. Gerçek E, Akçay Didişen N, Sarıkaya Karabudak S. Anne Sütü Alan Bebeklerde Emme Becerilerini Destekleme. Catherine Watson Genna, Nobel, Ankara, 2017
28. Çoker H. HypnoBirthing Mongan Yöntemi. Marie F. Mongan, Gün Yayıncılık, İstanbul, 2012
29. Koltukçuoğlu Z. Sezaryan. Michel Odent, Kuraldışı Yayın evi, İstanbul, 2004
30. Bülbül G. Doğal Doğum. Hayykitap, İstanbul, 2016

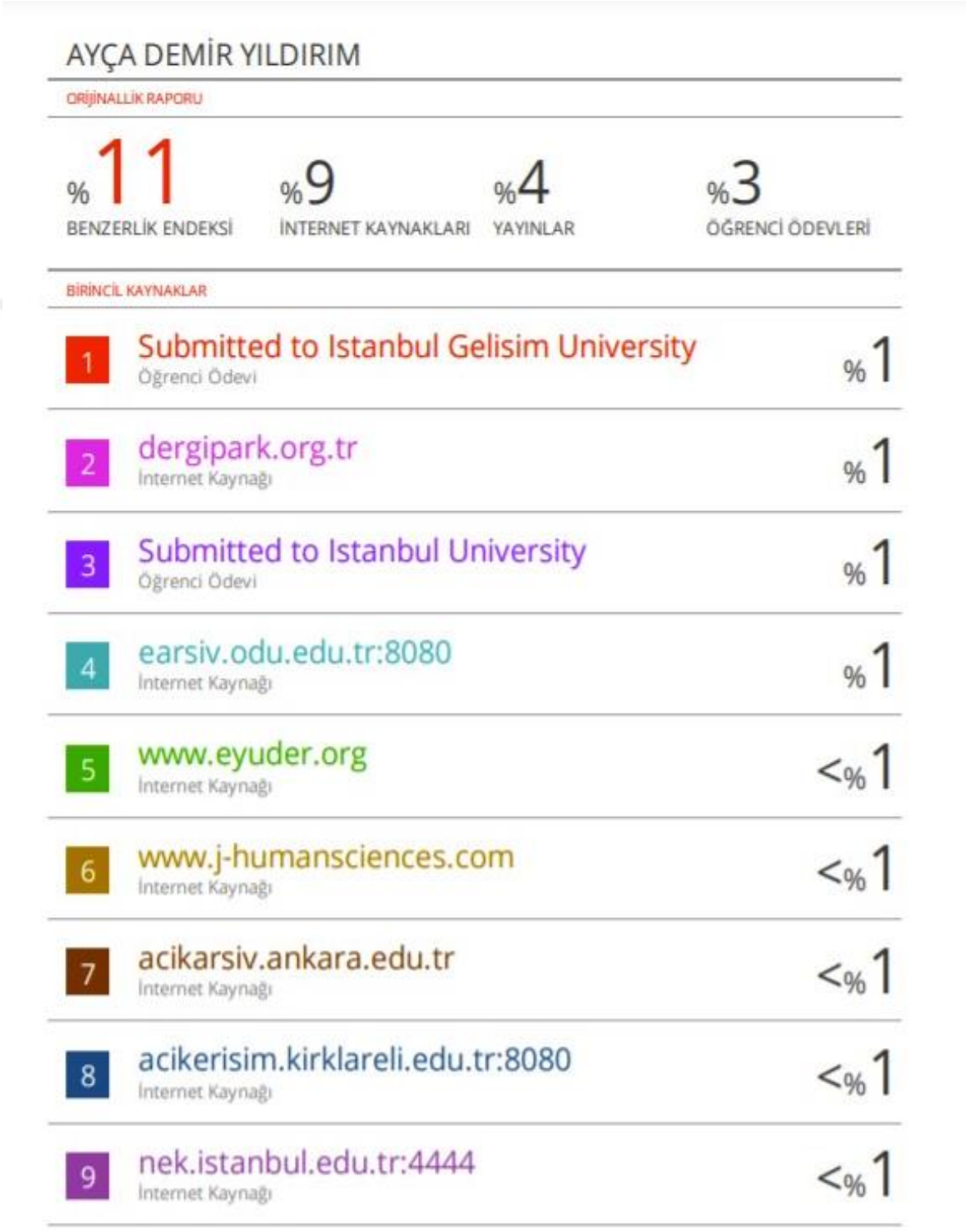
ETİK KURUL KARARI

KURUM İZNİ

ÖLÇEK İZİNLERİ

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

EV ZİYARETİ İLE YÜRÜTÜLEN GEBE İZLEMLERİNİN PERİNATAL SONUÇLARA ETKSİSİ



AYÇA DEMİR YILDIRIM

ORİJİNALLİK RAPORU

%11	%9	%4	%3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	%1
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
4	earsiv.odu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	www.eyuder.org İnternet Kaynağı	<%1
6	www.j-humansciences.com İnternet Kaynağı	<%1
7	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	acikerisim.kirklareli.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
9	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayça	**Soyadı**	Demir Yıldırım
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	2022
Yük.Lis.	Marmara Üniversitesi	2011
Lisans	Marmara Üniversitesi	2006
Lise	Eryaman Lisesi	2000

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Öğr. Gör.	Üsküdar Üniversitesi	2020-
2.	Ebe	Sağlık Bakanlığı İstanbul/Kadıköy İlçe Sağlık Müdürlüğü	2007-2020
3.	Ebe	Marmara Üniversitesi Hastanesi	2006-2007

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok iyi	Orta	İyi	72.5	

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	70	71	68
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
SPSS	İyi
Mikrosoft office programları	Çok iyi
SPSS Amos	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):