T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE DOĞUM İÇİN BAŞVURAN KADINLARIN AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEKİ GEBE İZLEMLERİNİ KULLANMA DURUMU

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Atakan BURÇ

EDİRNE 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince gösterdiği destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabillim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'e, uzmanlık eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, tez sürecinde desteklerini esirgemeyen dostlarım Uzm. Dr. Mustafa KARAMAN'a ve Uzm. Dr. Deniz ÇİÇEK'e, beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve her zaman yanımda olan eşim Muntaha Sencan BURÇ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **2**
GENEL BİLGİLER **4**
DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN GELİŞİMİ **5**
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM KAVRAMI **6**
DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN ÖNEMİ **7**
DÜNYADA DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİ **8**
GEREÇ VE YÖNTEMLER **18**
BULGULAR **20**
TARTIŞMA **47**
SONUÇLAR **63**
ÖZET **65**
SUMMARY **67**
KAYNAKLAR **69**
EKLER **76**

SİMGE VE KISALTMALAR

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DM : Diyabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

OGTT : Glukoz Tolerans Testi

TİT : Tam idrar tetkiki

TNSA : Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyadaki tüm kadınların doğum öncesi, doğumda ve doğum sonrası dönemde kaliteli bakım alabildiği bir öngörü ortaya koymuştur. Doğum öncesi bakım üreme sağlığının sürekliliği içinde yer alan ve sağlığın geliştirilmesini hedefleyen önemli bir sağlık hizmetidir. Doğum öncesi bakım tarama, teşhis ve koruyucu sağlık hizmetleri alanlarında ciddi fırsatlar sunmaktadır. Bu bakım hizmetleri gebeye göre belirlenmiş zamanlarda, kanıta dayalı olacak şekilde tasarlanırsa çok sayıda hayat kurtarabilir. DSÖ, 2016 yılında pozitif gebelik tanımı üzerine yaptığı yayında sürdürülebilir kalkınma hedefleri arasında gebelik ile alakalı ölüm sayısının tehlikeli ölçüde yüksek olduğunu saptamıştır.

Kılavuz, doğum öncesi bakımın uygulanmasını ve sunumunu çevreleyen konuların karmaşık doğasını yansıtmayı, bunlara yanıt vermeyi hedeflemektedir. Bunları uygularken insan haklarına uygun olarak yalnızca ölüm ve morbiditenin önlenmesi değil, birey merkezli sağlığa ve iyilik haline öncelik vermeyi amaçlamaktadır. Pozitif bir gebelik deneyimi fiziksel ve sosyokültürel normalliğin devamlılığını sağlamak, anne ve bebek için sağlıklı bir hamileliği sürdürmek (riskleri, hastalığı ve ölümü önlemek veya tedavi etmek dahil), pozitif doğum eylemine etkili bir geçiş yapmak ve pozitif anneliğe ulaşmak olarak tanımlanır (1).

Dünya genelinde 2000-2017 yılları arasında maternal mortalite oranları %38 oranında azalmış olsa da 2017 yılında her gün 810 kadın önlenebilir sebeplerle kaybedilmiştir. 2017 yılında 285.000 kadın ölümü maternal mortalite olarak kaydedilmiştir (2). Dünya genelinde anne ölümlerinin %86'sı Sahraaltı Afrika'da gerçekleşmektedir. Trend analizlerine göre dünya genelinde düşüş düzeyi yıllık %1'in altındadır. Afrika ve Asya kıtalarında ölümlerin çoğunluğu gebeliğe bağlı kanamadan gerçekleşmektedir. Latin Amerika ve Karayipler bölgesinde ise

direkt obstetrik ölümlerin en büyük sebebi %26 ile hipertansif hastalıklardır. Gelişmiş ülkelerde en yaygın ölüm sebepleri tromboemboli gibi direkt ve kardiyak hastalıklar gibi indirekt sebeplerdir. Bu ülkelerde maternal kayıplar düşük düzeyde, kayıplara sebep olan durumlar multifaktöriyel olmasına rağmen bu durum gebeliğin tamamen güvenli olduğu anlamına gelmemektedir (3). Doğum öncesi, doğum sırasında ve sonrasında sağlık profesyonelleri tarafından yapılan bakımlar pek çok anne ve yenidoğanın hayatını kurtarabilir (2). Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre Türkiye ortalaması 2018 yılında bin doğumda 9,2 olan bebek ölüm hızı, Batı Marmara (Edirne, Tekirdağ, Kırklareli, Çanakkale ve Balıkesir) olarak sınıflandırılan bölgede bin canlı doğumda 7,8'e düşmekte olup, Edirne'de ise 7,3'ün altında bildirilmiştir. Dünya ortalaması 28,9 iken, DSÖ Avrupa bölgesi ortalaması 7,5, Avrupa Birliğinde ise binde 3,3 olarak bildirilmiştir. Anne ölüm oranı Türkiye genelinde 100.000 canlı doğumda 13,6, Batı Marmara bölgesinde 9,9, DSÖ Avrupa bölgesinde 13,6, Avrupa Birliği'nde ise 6,0'dır. Edirne ilinde ise yüz bin canlı doğumda 23'ün üzerinde olduğu belirtilmiştir (4).

Çalışmamızda Edirne'de Trakya Üniversitesi'ne doğum için başvuran kadınlara birinci basamakta aldıkları doğum öncesi bakımın değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu vesileyle hastaların birinci basamak takiplerinde hedefe yönelik sağlık çözümlerine katkı sağlanabilmesi hedeflenmiştir.

GENEL BİLGİLER

GEBELİK

Gebeliğin Tanımı

Kadının uterusunda embriyo veya fetüsü taşıdığı yaklaşık olarak dokuz ay süren dönem gebelik olarak adlandırılır. Gebelik ürünü fertilizasyonu takiben ilk 8 haftalık dönemde embriyo, 8 haftadan doğuma kadar olan dönemde ise fetüs olarak adlandırılır. Son adetin ilk gününe göre hesaplanan tahmini fetal yaş, gestasyonel yaş olarak adlandırılır. Gestasyonel yaş tamamlanmış gebelik haftaları ile ifade edilir (5, 6). Kadınlar bu süreçte gebeliğe karşı kendi psikososyal, ekonomik ve kültürel yapılarına göre bir tutum ve davranış sergilemektedirler (7).

Gebelikte Risk Faktörleri

Gebelik süreci kadın vücudunda oluşan değişimler sonucu annenin biyopsikososyal dengesinin bozulduğu bir süreç olduğu için, bu süreç hem gebe hem de ailesi için ciddi bir uyum süreci gerektirmektedir. Normal fizyolojik bir süreç olarak kabul edilmekle beraber gebelik, hem kadın hem de bebek için çeşitli riskler taşımaktadır. Aslında her gebelik beraberinde çeşitli riskleri barındırır. Bu bağlamda tüm gebelikleri düşük riskli, riskli ve yüksek riskli olarak ele almak durumunda kalırız. Bununla beraber gebelikte risk faktörü denilirken riskli ya da yüksek riskli gebelikler anlaşılır (8).

Gebe ve bebeğinin sağlığını etkileyecek olan bu risklerin erken dönemde teşhis ve tedavisi gebelik sürecinin sağlıklı şekilde sürmesi için esastır (9). Gebelik sürecinin riskli hale gelmesi anne veya bebeğin ölümü ile sonuçlanabilmektedir. Gebelik sürecindeki bu risk faktörleri gebenin eşi ile akrabalığı olması, yaşının 35 yaş üzerinde ya da 18 yaş altında olması,

dörtten fazla doğum yapmış olması, sistemik rahatsızlıklarının olması, sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, eğitim düzeyinin düşük olması, tıbbi geçmişinde risk yaratabilecek durumların olması, yüksek rakımda yaşaması, boyunun 150 santimetreden kısa olması, önceki gebeliğinden gelen riskleri, aşırı kilolu olması, tetanoza karşı bağışıklığının olmaması ve obstetrik komplikasyonlar olarak sayılabilir (10). Gebelik döneminde var olan riskleri anne ve bebek zarar görmeden tespit etmek çok önemlidir. Sorunun erken dönemde fark edilmesi mevcut ya da oluşabilecek riskler açısından bilgilendirme ve değerlendirmeler yapılmasına olanak sağlar (11)

Gebenin tıbbi ve obstetrik öyküsünde var olan herhangi bir risk faktörü sonraki gebelik süreci açısından da ciddi bir risk faktörü olabilmektedir. Daha önceki doğum öyküsünde düşük doğum ağırlığı, ölü doğum, düşük gibi durumlar da risk faktörü yaratan durumlar arasında sayılabilir. Prematür eylemin ve düşüklerin sonraki gebeliklerde tekrarladığı belirtilmektedir. Gebelikte karşılaşılabilecek diğer önemli sorunlardan biri de hipertansif hastalıklardır (10, 12).

Gebelikte karşılaşılabilecek riskli durumlar konusunda gebelerin yeteri kadar bilgilendirilmesi oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından çok önemlidir. Gebelere doğum öncesi bakımda danışmanlık ve bilgilendirme hizmetleri içerisinde gebelikte tehlike işaretleri ve riskli durumlar ile ilgili bilgi verilmesi annenin daha nitelikli bir izlem almasını sağlayacaktır (13).

Geçmişten günümüze doğurganlık yaşından kaynaklanan riskler yıllar içinde azalmakla beraber; istenmeyen gebelikler, kısa aralıklı gebelikler, bireysel ve ailevi riskler hala önemini korumaktadır. Gebeliğin erken dönemlerinde sunulan doğum öncesi bakım hizmetleri ile birçok riskli durum ortaya çıkarılabilmekte ve bunların önüne geçilebilmektedir. Gebelikte risk faktörlerinin asgari düzeye indirilmesinde nitelikli bir doğum öncesi bakımın büyük önemi vardır (10, 11).

DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN GELİŞİMİ

Doğum öncesi bakım ilk perinatal kliniğin Dublin'de açılması ile yaygınlaşmaya başlamıştır. İlk uygulamalardan günümüze doğum öncesi bakım ile ilgili birçok model geliştirilmiştir. Gebelikte rutin doğum öncesi bakımın Avrupa ve Kuzey Amerika'da 1900'lerde anne ve bebek ile ilgili sağlık sonuçları üzerine olumlu etki yaratacağı kanıtlanmamış varsayımlarla ortaya koyulmuştur. Günümüzdeki haliyle doğum öncesi bakım programları 1900'lerin başında Avrupa'da geliştirilen modeller temel alınarak geliştirilmiştir. 1900'lerde doğum öncesi bakımla düşük doğum ağırlığı ve preterm eylem gibi risklerin azaltılabileceği

hipotezi güçlenmiştir. Eklampsi ve komplikasyonları sonucu gebelik toksemisi konusundaki endişeler prenatal bakımda vizitin zamanı ve sıklığı hakkındaki ilk fikirleri oluşturmuştur. İlk bakım önerisi İngiltere'de gebeliklerde düzenli kontrol yapılmasının önerilmesiyle ortaya çıkmıştır. Bu gelişme doğum öncesi bakımın anne ölümlerini azalttığının tespit edilmesinden sonra daha da önem kazanmıştır. Bu zamana kadar İngiltere Sağlık Bakanlığı doğum öncesi muayenenin yaklaşık 16. haftada başlaması gerektiğini, ardından 24. ve 28. haftalarda ziyaret yapılmasını, daha sonra 36. haftaya kadar iki haftada bir, sonrasında haftalık ziyaretlerle gebenin izlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Doğum öncesi takipte yüksek riskli gebeliklerin saptanıp daha sık takip edilmesi önerilmektedir. Modern doğum öncesi bakımın başlangıcından beri ortak bileşenlerinin birçoğu resmi olarak değerlendirilmiştir. Alternatif bakım uygulamalarının göreceli yararları, tehlikeleri ve maliyetleri hakkında çok az güvenilir kanıt bulunmaktadır. Geçmişte doğum öncesi bakım ziyaretlerinin sıklığı, ziyaretler arasındaki zaman aralığı ve her ziyaretin içeriği için alternatif programlar çok fazla karşılaştırılmamıştır. Alma Ata Konferansı 1978 yılında sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, dünyadaki bütün insanların sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi için çözüm önerilerinin tartışıldığı bir toplantıdır. Konferansta 2000 Yılında 'Herkese Sağlık' hedefine ulaşılabilmesi için ortak ilkeler belirlenmiştir. Bu kapsamda doğum öncesi bakım da yer almıştır (14, 15).

Ülkemizde doğum öncesi bakım ile ilgili ilk hizmetleri veren doğum ve çocuk bakım evleri 1926'da Ankara ve Konya'da hizmete girmiştir. 1952 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Miletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) yardımıyla Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri kurulmaya başlanmıştır. Bu merkezler anne adaylarına gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde sağlık bakımı hizmetleri sunmayı amaçlamıştır. Gebelerin ve çocukların izlenmesinde yeterli kalite artışı sağlanamamıştır. 1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın çıkarılması ile doğum öncesi bakım hizmetlerinin sağlık ocakları aracılığı ile tüm topluma yayılması amaçlanmıştır. Bu yasada Türkiye'de Alma Ata Bildirgesi'ne uygun düzenlemeler yapılmıştır (16-19).

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM KAVRAMI

Doğum öncesi bakım, tüm gebe ve fetüslere sağlık profesyonelleri tarafından gebelik boyunca sağlık açısından en iyi durumun sağlanması olarak tanımlanmıştır. Doğum öncesi bakımın temel bileşenleri; risk tanımlanması, gebeliğe özgü hastalıkların veya gebelikle birlikte görülen hastalıkların önlenmesi, eğitim ve sağlığın geliştirilmesini kapsamaktadır (20).

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalıkta gelişen komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerin üreme çağındaki kadınlarında en önemli morbidite ve mortalite nedenlerindendir. DSÖ tarafından belirlenen hedefler arasında maternal ve perinatal mortaliteyle mücadele edilerek en aza indirilmesi yer almaktadır (21, 22). DSÖ tarafından oluşturulan Güvenli Annelik Paketi'nde maternal ve neonatal ölümlerin azaltılması temel müdahale olarak göze çarpmaktadır. Doğum öncesi bakımın temel amacı kadının gebe kalışından doğuma kadar geçen sürede anneyi, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunları olup olmadığını belirlemeyi ve varsa uygun çözümleri sunmaktır (23, 24).

Gebelerin muayeneleri; bebeğin ve annenin sağlık durumlarının izlenmesi olası risk ve hastalıkların erken tespiti ve tedavisi, doğuma hazırlanmaları açısından önemlidir. Yapılan tüm muayene ve takipler ile doğumun nasıl olacağı, bebeğin ağırlığı, bebeğin gelişimi ve bebeğin sağlık durumu anlaşılır (22). Doğum öncesi bakım gebelik sürecinin sağlıklı geçirilmesi ve sağlıklı bebekler doğması için; annede gebelikten önce var olan hastalıkları tespit etmek, gebelik komplikasyonu olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisini gerçekleştirmek, gebelik döneminde hijyen hakkında bilgi vermek, gerekli ise sevkini sağlamak, riskli gebelikleri belirlemek, tetanoz bağışıklığını sağlamak, doğumun nerede, nasıl yapılacağına karar vermek, annenin beslenmesi, doğum sonrası bakım hakkında bilgi vermek ve doğum sonrası gebelikten korunma yöntemleri konusunda eğitim vermeyi amaçlamaktadır (25-27).

DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN ÖNEMİ

Yenidoğanı ve anneyi koruma altına alınmayı planlayan Anne ve Yenidoğan Hakları Deklarasyonu'nda, "Her kadın dünyadaki tüm ülkelerde gereksiz risklerden uzak ve doğru yardım alabildiği bir gebelik süreci geçirme hakkına sahiptir. Gebelik sırasında yeterli sağlık hizmeti ve koruyucu önlemleri hak eder. Gebelik sırasındaki sağlık hizmetlerinin nitelikli ve yeterli kaynaklara sahip olması gereklidir." maddesi bulunmaktadır (28). DSÖ, gebelere sağlık sunucuları tarafından sağlanan gebelikle ilgili bir hizmet olan doğum öncesi bakımı, neonatal ölümleri önlemeyi ve gebelik sırasında kadınların sağlığını korumayı amaçlayan temel olarak kabul eder (12). Gebelerin güvenli doğum yapmaları ve sağlıklı bebeklere sahip olmaları için gebelik boyunca sağlık personellerince takip edilmeleri önem taşımaktadır. Gebeliklerinde doğum öncesi bakım almamış gebelerin daha yüksek ölüm riski taşıdıkları ve daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi oldukları, bebeklerin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Literatürde doğum öncesi bakımın anneyi gebeliğe bağlı

komplikasyonlardan koruyabileceği birçok çalışmada gösterilmiştir. Doğum öncesi bakımın kadınları anne ölümlerinin en yaygın nedenlerinden olan preeklampsiden koruduğu ve zamanında tanıyla uygun tedavinin preeklampsinin komplikasyonlarını önlediği gösterilmiştir. (29, 30).

Preeklampsiye bağlı ortaya çıkan maternal mortalite ve morbidite oranlarında gelişmiş ülkelerde önemli düşüşler yaşanmaktayken gelişmekte olan ülkelerde bu başarı yakalanamamıştır. Gelişmekte olan ülkelerde doğum öncesi bakımın yeterli nicelik ve nitelikte sunulmaması, teşhis ve vaka yönetimindeki yetersizlikler aradaki bu büyük farkı anlamada yol gösterici olacaktır (31).

Doğum öncesi bakım, gelişmekte olan ülkelerde anne ve çocuk sağlığı açısından büyük yarar sağlar. Yenidoğan sağ kalımına yönelik müdahaleler üzerine yapılan bir incelemede, doğum öncesi bakım hizmetlerinin %90'lık kapsamda sağlanmasıyla neonatal ölümlerin %12'ye kadar azaldığı gösterilmiştir (32). Doğum öncesi bakımın bebek sağ kalım oranını artırdığı bilindiği halde günümüzde halen gebelerin doğum öncesi bakımdan faydalanma düzeyinin yeterli olmadığı bilinmektedir (26, 33). Doğum öncesi bakım almayan veya yetersiz doğum öncesi bakımı almış kadınların preterm doğum riski, düşük doğum ağırlığı ve bebek ölüm riskinin yeterli doğum öncesi bakım alan kadınlara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (34, 35). Doğum öncesi bakım hizmeti almayan annelerin erken doğum yapma olasılıkları daha yüksektir ve doğum öncesi bakım alamamanın düşük doğum ağırlığı ve özellikle beş yaş altı bebek ölümüyle hem doğrudan hem de dolaylı ilişkisi olduğu bulunmuştur (13, 34, 36).

Doğum öncesi bakım annelerin doğum sonrası davranışlarını da etkiler. Araştırmalarda doğum öncesi bakım alan annelerin bebeklerini emzirme ve aşılama olasılığının arttığı saptanmıştır (37, 38).

DÜNYADA DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİ

Dünya Sağlık Örgütü herhangi bir risk faktörü olmayan normal gebeliklerde en az 4 kez doğum öncesi bakım yapılmasını önermektedir. Çoğu ülkede kadınların yarısından fazlası gebelikleri süresince en az 4 kez doğum öncesi bakım aldığını belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyadaki kadınların %70'i gebeliği boyunca en az bir kez doğum öncesi bakım almıştır. Gelişmiş ülkelerde kadınların %98'i en az bir kez doğum öncesi bakım alırken gelişmekte olan ülkelerde bu oran %68 civarındadır. Gebelerin Güney Asya ülkelerinde %54'ü, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde %65'i, Güney Afrika bölgesinde %68'i en az bir kez doğum öncesi bakım aldıklarını belirtmişlerdir. Bu veriler bize sunulan hizmetin kalitesi

hakkında bilgi vermemekle birlikte kadınların doğum öncesi bakım hizmetine erişebildiklerini ve bu hizmeti almaya istekli olduklarını göstermektedir (13).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Amerika Birleşik Devletleri:

Komplikasyonsuz ilk gebelik için önerilen gebe izlem sıklığı;

- Gebeliğin ilk 28 haftasında 4 haftada 1 kez,
- 36. haftaya kadar her 2 haftada 1 kez,
- Kalan haftalarda her hafta birer kez olmak üzere takip önerilmektedir.

Gebelere ilk vizitte risk danışmanlığı (sigara, alkol ve madde kullanımını kapsayan), beslenme, egzersiz, bulantı ve kusma, vitamin mineral toksisitesi, teratojenler, diş sağlığı, çalışma koşulları ve havayolu seyahati hakkında eğitim yapılması önerilmektedir. Her görüşmede gebenin kan basıncının ölçümü, kilo ölçümü, uterus boyutu ölçümü, fetal kalp atımı bakılması ve ilerleyen gebelik haftalarında fetal hareketlerin hissedilip hissedilmediğinin sorulması önerilmektedir. Ayrıca gebelerin kontraksiyonlar, su gelişi ve vajinal kanama hakkında sorgulanması önerilmiştir. Geç gebelik haftalarında da doğum eğitim sınıfları, yenidoğan bakımını yapacak sağlık profesyoneli seçimi, doğumun planlaması, umblikal kordun saklanıp saklanmayacağı, emzirme, postpartum kontrasepsiyon metodu konularının konuşulması önerilmektedir.

Daha önce riskli gebelik öyküsü olmayan, medikal ve obstetrik problemi olmayan multipar gebelerde takip sıklığının azaltılabileceği belirtilmiştir. D vitamini takviyesi ve tiroit stimulan hormon (TSH) ölçümü rutin olarak önerilmemiştir. Grup B streptekok taraması 35-37. haftalar arasında tüm gebelere önerilmektedir. Sifiliz, hepatit, human immunodefficiency virus (HIV), klamidya taraması tüm gebelere önerilmektedir. Risk varsa maternal depresyon taraması önerilmiştir.

Gebelik döneminde influenza aşılaması gebeliğin hangi aşamasında olduğuna bakılmaksızın influenza sezonuna denk geliyorsa önerilmektedir. Tetanoz toksoidi, seyreltilmiş difteri toksoidi, aselüler boğmaca aşısı (Tdap), önceki gebelikte gebe aşılanmış olsa bile önerilmektedir. Tdap (tetanoz toksoidi, seyreltilmiş difteri toksoidi, aselüler boğmaca aşısı) için 27-36 haftalar arası önerilmektedir. Aşılama ayrıca diğer aile üyeleri ve yenidoğana direk bakım vereceklere de tavsiye edilmiştir. Ayrıca hepatit A, hepatit B, pnömokok (splenektomili

veya fonksiyonel asplenili hastalarda) aşıları önerilmektedir. Canlı aşılar ise gebelerde önerilmemektedir (39).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), İngiltere

Gebeye, eşine ve ilgili aile üyelerine bulunan her fırsatta yeterli desteğin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Doğum öncesi bakımın küçük bir grup sağlık profesyoneli tarafından sağlanması gebenin daha rahat hissedebilmesi ve hizmetin sürekliliği adına önerilmiştir. Takiplerin yapılacağı yerlerin, kadınların cinsel istismar, aile içi şiddet, psikiyatrik hastalıklar ve keyif verici madde kullanımı gibi hassas konuları rahat konuşabileceği ortamlar olması gerektiği belirtilmiştir. Kadınlara annelik sebebiyle sağlanan hakların ve ayrıcalıkların anlatılması tavsiye edilmiştir. Kadınların gebelikleriyle ilgili notlar almasının teşvik edilmesi önerilmiştir.

Komplikasyonsuz nullipar gebelere 10 izlem, komplikasyonsuz multipar gebelere ebe veya birinci basamak hekimi tarafından 7 izlem önerilmektedir. Gebeye 10 hafta ile 13 hafta 6 gün arasında gestasyonel yaş tayini açısından ultrason taraması tavsiye edilmiştir.

Kilo takibi ve ödem bakılması rutin olarak önerilmemektedir. D vitamini desteği koyu ten rengi olanlara ve güneş ışığına az maruz kalan hastalara; folik asit, demir takviyesi ise tüm kadınlara gebelik ve emzirme dönemi boyunca önerilmektedir. A vitamini takviyesi teratojenik olabileceğinden dozlar hakkında bilgi verilip gebeye önerilmemektedir. Hemoglobinopati bakılması rutin olarak önerilmiştir. Fetal anomali taraması için bölgesel kayıt ağlarına gebelerin katılımı önerilmiştir. Kombine test (ikili tarama), 11 hafta ile 13 hafta 6 gün arasında tüm gebelere, geç tespit edilen gebeliklerde de klinik olarak en maliyet etkin yöntem olan üçlü veya dörtlü test 15 hafta ile 20 hafta arasında önerilmiştir. 25 yaş altı gebelere klamidya taraması önerilir. Tanımlanmış risk faktörleri olan gebelere gestasyonel diyabet taraması önerilmektedir. Gebelere orta akım idrar örneğinde asemptomatik bakteriüri taraması piyelonefrit riskini azaltması sebebiyle erken dönemde önerilmiştir.

Sağlık profesyoneli ile ilk temasta folik asit desteği, gıda hijyeni (gıda ilişkili enfeksiyonlar dahil), yaşam tarzı değişiklikleri (sigara bırakma, keyif verici maddeler, alkol tüketimini kapsamaktadır), tüm gebelik taramaları (hemoglobinopatiler, anomali taramaları, Down Sendromu taraması) riskleri ve yararları da dahil gebeye bilgilendirme yapılması tavsiye edilmiştir.

İdeal olarak 10. haftada bebeğin gebelikteki gelişimi, beslenme ve diyet (D vitamini dahil), pelvik taban egzersizleri dahil egzersizler, doğumun yapılacağı yer tayini, doğum süreci bakımı, çalışma grupları dahil emzirme, doğum öncesi sınıflar, mental sorunlar ile ilgili

konuların tartışılması tavsiye edilmiştir. Gebelere ayrıca gebelikte cinsel birlikteliğin bilinen herhangi bir kötü etkisinin olmadığının anlatılması önerilmiştir. Reçetesiz satılıp gebelikte kullanılması uygun ilaçların anlatılması ve mümkün olduğunca en az miktarda reçetesiz ilaç kullanılması önerilmektedir. Alkol kullanımı ile ilgili bu kılavuzda değişime gidilmiş olup en sağlıklı seçeneğin gebelikte alkol tüketmemek olduğu vurgulanmıştır. Son çalışmalar, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, gebelik haftasına göre küçük (SGA) olma ihtimalinin 1-2 ünite/gün alkol (%11 alkol oranlı şarap için 125 ml bardak 1,4 ünitedir) tüketiminin üzerinde olduğunda artabileceği belirtilmiştir. Bu seviyenin altında tüketmek isteyen gebelerin asıl tükettikleri miktar için çok dikkatli olmaları önerilmiştir. Gebelikte doğru emniyet kemeri kullanımının kemerin göbeğin üzerine gelmeyecek şekilde üstünden ve altından geçmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Otuz altıncı hafta veya öncesinde emzirme eğitimi pratik gösterimi ile aktif doğum eyleminin benimsenmesi, yenidoğanın bakımı, K vitamini profilaksisi, yenidoğan taramaları, doğum sonrası gebenin öz bakımı, postpartum depresyon hakkında farkındalık konularında bilgilendirme yapılması gerektiği belirtilmiştir. 38. haftada ise uzamış doğum eylemindeki seçeneklerin konuşulması ve değerlendirilmesi önerilmiştir. Rubellanın rutin taraması 2019 yılında rehberden kaldırılmıştır.

Gebelikte yaygın semptomlar olan bulantı ve kusma, göğüste yanma, kabızlık, hemoroid, variköz venler, vajinal akıntı, sırt ağrısı ile ilgili bilgilendirmeler yapılması önerilmiştir (40).

Japan Society of Obstetrics and Gynecology, (JSOG), Japonya

- 11. haftanın sonuna kadar 3 kere
- 12. haftadan 23. haftanın sonuna kadar 4 haftada 1 kere
- 24. haftadan 35. haftanın sonuna kadar 2 haftada 1 kere
- Sonrasında ise haftalık takip olmak üzere toplam 16 izlem önerilmektedir.

Hastalara her görüşmede annenin kilo ölçümü, fundus yüksekliği ölçümü, kan basıncı ölçümü, idrarda yarı-kantitatif glikoz ve protein konsantrasyonu, fetal kalp atımı varlığının tespiti ve maternal ödem tespiti önerilmektedir. Sitolojik örneklemeyle serviks kanseri tarama hizmeti sağlanması C kategorisi olarak (hizmetin sağlanması gereklilik değil) belirlenmiştir (41).

Dünya Sağlık Örgütü

Dünya Sağlık Örgütü pozitif gebelik deneyimini fiziksel ve sosyokültürel normalliği sürdürme, anne ve bebek için sağlıklı gebeliği sürdürme (riskleri, hastalıkları önlemek ve tedavi etmek, ölümü engellemek), etkili bir pozitif doğum eylemi ve doğum deneyimi yaşama ve pozitif annelik deneyimini (maternal öz saygı, otonomi ve yeterliliği) sağlayabilmek olarak tanımlamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü gebelik süresince en az 8 izlem önermektedir. Doğum gerçekleşmez ise 41 haftayı aşan gebeliklere ek izlem önerilmektedir. Her izlemde kan basıncı ölçülmesi, gerekli görülürse proteinüri bakılmasını önermektedir. Anemi kontrolü; 1. 3. ve 6. izlemde hemogram sayımı ya da hemoglobin ölçümü önermektedir.

Asemptomatik bakteriüri; 1. 3. ve 5. izlemlerde orta akım idrarda koloni incelemesi ya da gram boyaması önerilmektedir. Yapılabilen ve maliyet etkin görünen yerlerde asemptomatik bakteriüri teşhisi için orta akım idrar örneğini dipstick testine üstün olarak önermektedir. Asemptomatik bakteriüri tedavisi ile düşük doğum ağırlığını, preterm doğumu ve dirençli asemptromatik bakteriüriyi engellemek için 7 günlük antibiyotik tedavisi önerilmektedir. Yüksek riskli gruplarda ilk izlemde HIV (human immunodefficiency virus), sifiliz taraması önermektedir. Tüberküloz taraması 100/100000 üzerinde olan toplumlarda önerilmektedir. Günlük fetal hareket sayımı düşük-orta gelirli ülkelerde, yüksek prevelanslı düşük ve ölü doğum olan bölgelerde önerilmektedir.

Rutin kardiyotokografik değerlendirme yani non stres test (NST) gerekli görülmemiştir. 20. gebelik haftasından önce bir kez gebelik yaşı tespiti ve fetal anomali taraması için ultrasonografik değerlendirme önermektedir. Gebelere demir, folik asit replasmanı ve özel bazı durumlarda gebelere A vitamini ve kalsiyum, çinko (çinko için pek çok yayında taraf tutma ve düşük kanıtın mevcut olduğu belirtilmiştir) desteği önermektedir. Gebelere beslenme, diyet ve aktif yaşama önerileri verilmesi, sigara ve alkol kullanımını bırakma konularında danışmanlık önerilmektedir. Gebelerin gebelik sürecinde sağlıklarıyla ilgili notlar alması önerilmiştir. Çoklu gıda takviyesi, demir ve folik asit takviyesine üstün görülmemesi ve daha fazla çalışma gerekmesi sebebiyle önerilmemektedir. Aynı şekilde vitamin E ve B6 takviyeleri de önerilmemektedir. Tüm gebelerde sigara ve tütün dumanına maruziyetin mümkün olan en kısa sürede sorulması, hiperglisemi tespit edilir edilmez gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) mu yoksa diyabetes mellitus (DM) mu olduğunun ayrımının yapılması önerilmektedir. Endemik bölgede antihelmintik tedavi, sıtmanın yüksek olduğu bölgelerde önleyici aralıklı ilaç kullanımı

ve tüm gebeler için varis ve ödem tedavisinde non-farmakolojik çözümler ve tetanoz aşısı önerilmektedir.

Gebelere partneri tarafından şiddetin sorgulanması DSÖ'nün gerekli asgari şartların sağlanabilmesi halinde önerilmektedir. Bahsedilen asgari şartlar bir protokol veya standart prosedür varlığı, şiddetin varlığının nasıl sorulması gerektiği hakkında eğitim verilmiş olması, minimal tepki ve ötesinin nasıl alınabileceği, güvenin sağlanması, sevk edilebilecek bir merkez sağlayan sistem varlığı ve durumu uygun şekilde anlatabilmesi için zaman tanıma olarak tanımlanmıştır (1).

Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

Doğum öncesi bakım hizmetleri eğitimli, gerekli ekipmana sahip ebe, hemşire ve hekimler tarafından yapılır. Ülkemizde gebe, bebek ve çocuk izlemleri birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde öncesinde sağlık ocağı hekimleri, sağlıkta dönüşüm politikasından sonra da aile hekimlerinin sorumluluğunda yürütülmesiyle beraber doğum öncesi bakım alma oranında artış gözlemlenmiştir (16).

Doğum öncesi bakım hizmeti birincil koruyucu sağlık hizmetlerindendir. Bu hizmetten yararlanmak tüm kadınların temel hakkıdır. Doğum öncesi bakımla anne ve bebek mortalite ve morbiditesi belli ölçülerde önlenebilir. Türkiye'de anne ve çocuk sağlığına yönelik hizmetlerin kullanımına ilişkin olarak verilere 1993, 1998 ve 2003, 2008, 2013 ve 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarından ulaşılabilir. Son 20 yıllık verileri incelediğimizde en az bir kez sağlık personelinden doğum öncesi bakım alma oranı TNSA-2003'te %81 ve TNSA-2008'de %92 iken bu oran 2013 yılında %97 ve 2018'de %96 olmuştur ve tamamına yakınına doktor tarafından doğum öncesi bakım verilmiştir. Doğum öncesi bakımda bölgesel farklılıklar görülmüştür. Kırsal alanlarda doğum öncesi bakım almayan kadınların oranı daha fazladır. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de kadınların yüzde 89'u, dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım almışken 2003 yılında %59,3, 2008 yılında %79,7 bulunmuş ve 2018 yılında %98'e yükselmiştir. Doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasını önlemekte daha yararlı ve etkili olmaktadır. Doğum öncesi bakımın zamanlamasına bakıldığında erken gebelik takibine başlanması TNSA-2003 verilerinde %57.5 iken 2008 yılında %74.0'a yükselmiş ve 2013 yılında %90'a, 2018'de %89,5'e ulaşmıştır. Yerleşim yerleri arasındaki farklılıklar dikkate alındığında, dördüncü aydan önce doğum öncesi bakım alan kadınların oranı kentlerde %93 iken kırsal yerleşim yerlerinde %78'dir. Doğum öncesi bakım ortanca başlama zamanı TNSA 2008 verilerine göre 2,2 ay iken

2013'te 1,7 aya inmiştir. TNSA-2013 sonuçları TNSA-2008 ile karşılaştırıldığında sadece doğum öncesi bakım alan kadınların sayısının artmadığını, aynı zamanda kadınların doğum öncesi bakımın erken dönemde yapılmasının öneminin daha fazla farkında olduklarını göstermektedir. TNSA 2013'e göre doğum öncesi bakımların toplam sayısı gebeliğin 28. haftasına kadar ayda bir defa, 36. haftaya kadar ayda iki defa, doğuma kadar haftalık izlem şeklinde önerilmiştir (10, 42-44).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre, gebeliğe bağlı şikayeti olmayan ve sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmeyen bir gebe en az dört kez izlenmelidir. Herhangi bir risk saptanması halinde ise doğum öncesi bakım yönetim izlem planı ve sayısı yeniden şekillenmelidir. Doğum öncesi bakım verecek sağlık profesyoneli tarafından gebelik süreci ile ilgili herhangi bir risk tespit edilmesi durumunda birinci basamakta izleniyorsa sevk edilmesi gerekmektedir. Sevk sonrası izlemlerin sayısı ve zamanlamasının yeniden belirlenmesi önerilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2008'de kaliteli ve standartlara uygun bir doğum öncesi bakım hizmeti uygulanması ve ulusal boyutta olması için Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi hazırlanıp yürürlüğe konulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın 2014'te yayınladığı, 2017'de revize ettiği ve 2018'te yayınladığı kılavuz hala geçerlidir. İyi bir gebelik takibi için gebe kadın birinci basamakta en az 4 kez değerlendirilmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın oluşturduğu Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre standart uygulanan 4 izlemde öykü alma, fizik muayene, laboratuvar testleri, ilaç desteği, bağışıklama ve tedavi önerileri yer almaktadır. Laboratuvar testleri ilk izlemden itibaren, kan ve idrar tetkiki, kan grubu tayini ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların taraması, önerilen gebelik haftalarında oral glikoz tolerans testi (OGTT), fetal anomaliler ve kromozomal anoploidi tarama testleri ile ultrasonografik incelemeleri hakkında bilgilendirme ve yönlendirmeleri içermektedir.

Bu rehbere göre bütün gebelerin gebeliğinin ilk 14 haftası içerisinde gebelik tespiti yapılmalıdır. Dolayısıyla ilk izleminin bu 14 hafta içerisinde olması gerekmektedir. İkinci izlem 18-24. haftalar arasında, üçüncü izlem 30-32. haftalar arasında ve dördüncü izlem ise 36-38. haftalar arasında yapılmalıdır. Her görüşmede ayrıntılı öykü, öz ve soy geçmiş, obstetrik öykü alınıp, fizik muayene, obstetrik muayene ve gebelik haftası ile ilişkili takip ve ölçümler yapılmalıdır. İlk görüşmede risk grubu belirlenip, riskli gebelikse yenidoğan servisinin olduğu bir merkezdeki kadın hastalıkları ve doğum uzmanına sevk edilmelidir.

İlk izlemde gebeyi yorgunluk, bulantı ve kusma, sık idrar çıkma, baş dönmesi, varis ve hemoroid, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, ciltteki değişiklikler, memelerde hassasiyet, vajinal akıntı, meme başındaki glandlarda belirginleşme, kolostrum salınımı, aşırı tükürük salınımı, toprak ve benzeri şeyleri yeme isteği konularında bilgilendirme önerilmiştir. Gebeye beslenme diyet ve kilo alımı, çevresel koşullar, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, seyahat, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara kullanımı, alkol ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, gebelikte bağışıklama, tehlike işaretleri (şiddetli bulantı kusma, vajinal kanama, nöbet geçirme, şiddetli baş ağrısı, görmede bulanıklık, ateş, günlük aktivitelerini yerine getirememe, karın ağrısı, solunum güçlüğü, yüz el ve bacaklarda şişme, bebek hareketlerinde azalma, su gelişi ve nedeni açıklanamayan cilt kaşıntısı) konularında danışmanlık verilmesi önerilmiştir. Gebenin ayrıca gebe bilgilendirme sınıfına yönlendirilmesi, gebe ve ailesinin olası acil durumlarda yapması gerekenler hakkında bilgi verilmesi önerilmiştir.

İlk izlemde tam kan sayımı ile genel bir değerlendirme yapılması önerilmiştir. Çiftler arasında var ise kan uyuşmazlığının erken saptanabilmesi için kan grupları tayininin bu dönemde yapılması tavsiye edilmiştir. Hepatit B, sifiliz, HIV (human immunodefficiency virus) gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından da kan tetkiki bakılması önerilmiştir. Herhangi bir risk grubunda olmayan kadınlara 24-28. Gebelik haftalarında OGTT, 11-14. haftalar arasında ultrasonografi ve ense saydamlığı ile kombine test (ikili test), 16-20. haftalar arasında üçlü veya dörtlü (kombine test yapılmamışsa) test, 18-22. haftalar arasında ultrasonografi ile fetal anomali taraması önerilmektedir.

İlerleyen izlemlerde gebelere ilk izlemde yapılmadıysa ayrıca tam idrar tahlili (TİT) ve idrar kültürü önerilmektedir. Gebelik yakınmalarının (bacak krampları gibi) sorgulanması, gebelikte uygun kilo alıp almadığının kontrolü, venöz tromboemboli açısından değerlendirilmesi, uterus yüksekliğinin kontrolü ve yaygın ödem kontrolü önerilmektedir. Tam kan sayımının tekrar edilmesi ve ayrıca doğum eylemi ve doğum, doğumun planlanması, emzirme ve anne sütü, postpartum aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme yapılması önerilmiştir.

Tüm gebelere 16. haftadan itibaren demir desteği önerilmektedir. Gebelikten en az 1 ay önce başlanan folik asit takviyesinin 12. haftaya dek sürdürülmesi ve 12. haftadan itibaren 1200 IU (9 damla) günlük tek doz D vitamini desteği önerilmektedir. Ayrıca bağışıklama durumuna göre tetanoz aşısı, HBV aşısı ve influenza salgın dönemlerinde de grip aşısı önerilmektedir (22).

Tablo 1. Dünyadaki bazı doğum öncesi bakım rehberlerinin kıyaslanması

	Sağlık Bakanlığı	DSÖ 2016	NİCE 2014	ACOG 2012	JSOG 2012
Önerilen izlem sayısı (minimum)	4	8	10	12	16
Vücut ağırlığı takibi	+	-	-	+	+
Fetal kalp atımı	+	+	+	+	+
Kan basıncı takibi	+	+	+	+	+
Ödem takibi	+	+	-	+	+
Demir desteği	+	+	+	+	+
D vitamini desteği	+	-	+	-	-
Tetanoz aşısı	+	+		+	
İnfluenza aşısı	+	-	+	+	+
Hepatit B aşısı	+	-		+	
Eğitim ve danışmalık	+	+	+	+	+
Kan grubu	+	+	+	+	+
Hemogram	+	+	+	+	+
İndirekt coombs testi	-	-	+	-	+
HBsAg	+	-	+	+	+
Hepatit C virüsü	-	-	-	R	+
HIV (human immunodefficiency virus)	+	+	+	+	+

Sifiliz	+	+	+	+	+
Rubella	-	-	-	-	+
Klamidya	-	-	-	+	R
Gonore	+	-	-	R	R
Tüberküloz	-	-	-	R	-
TSH (tiroit stimulan hormon)	+	-	-	-	R
TİT	+	+	+	+	+

Tablo 1 (Devamı). Dünyadaki bazı doğum öncesi bakım rehberlerinin kıyaslanması

	Sağlık Bakanlığı	**DSÖ 2016**	**NİCE 2014**	**ACOG 2012**	**JSOG 2012**
İdrar kültürü	+	-	-	+	+
Proteinüri	+	-	-	-	+
Anomali taraması	+	+	+	+	+
Gestasyonel diyabet taraması	+	+	+	+	+
Human T-Cell Lymphotropic Virus (HLTV-1) antikoru	-	-	-	-	+
Grup B Streptokok (GBS) taraması	-	-	-	+	-

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

JSOG: Japan Society of Obstetrics and Gynecology

R: Risk gurubu

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız 1 Aralık 2019 – 30 Mayıs 2020 arasında yapılması planlanmış olup, koronavirüs pandemisinde alınan tedbirler sebebiyle 1 Aralık 2019 – 22 Mart 2020 arasında yapıldıktan sonra çalışmamıza ara verilmiştir. Normalleşme sürecine geçiş döneminde 1 Haziran 2020 – 15 Temmuz 2020 arasında çalışmaya devam edilerek sonlandırılmıştır. Hastanemizde çalışma yaptığımız dönemlerde 1 Aralık 2019 – 22 Mart 2020 tarihleri arasında 220, 1 Haziran 2020 – 15 Temmuz 2020 tarihleri arasında 91 olmak üzere toplam 311 doğum gerçekleşmiştir. Doğum yapan kadınların 7'si yaşlarının 18'den küçük olması sebebiyle, 6'sı da Türkçe anlaşılamadığı için araştırmaya dahil edilmemişlerdir. Çalışmamıza katılmayı kabul etmeyen 41 gebe çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Araştırmamızın ilk döneminde 192, ikinci döneminde 65 katılımcıya anket uygulanmıştır. Araştırmamız doğum için Trakya Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran kadınlar ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza katılmayı kabul eden toplam kadın sayısı 257 olmuştur. Araştırmamızda, Edirne'de Trakya Üniversitesi Hastanesi'ne doğum için başvuran kadınların birinci basamakta aldıkları doğum öncesi bakımın değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma gönüllülük esasına dayalı olarak yüz yüze anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Anket demografik bilgiler, gebelik öyküsü, gebelik takibi, mevcut gebelik süresince alınmış olan bilgiler ve bilgilerin alındığı sağlık kuruluşları, gebelikte yapılan işlemler ve riskli gebelik tespitini kapsayan toplam 107 sorudan oluşturulmuştur.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri:

- Trakya Üniversitesi Hastanesi'ne doğum için başvurmuş olmak,
- 18 yaş üstü olmak,

Araştırmaya dışlanma ölçütleri:

- Çalışmayı kabul etmemiş olmak,
- Türkçe anlaşamamak,
- Yöneltilecek soruları anlayıp cevaplandırabilecek mental yeterlilikte olmamak.

İstatistiksel analiz: Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 24 paket programına işlenerek analiz edilmiştir. Araştırmamızdaki sayısal veriler ortalama, standart sapma, minimum maksimum değerler olarak verilmiştir. Kategorik veriler kişi sayısı ve yüzde olarak verilmiştir. Çalışmamızda gruplar arasında istatistiksel analizler Ki-Kare Testi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak saptanmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza yaşları 18 ile 45 arasında değişen Trakya Üniversitesi Hastanesi'nde doğum yapan 257 anne katılmıştır. Gebelerin yaş ortalaması 29,285±6,06 (minimum 18, maksimum 45) olarak hesaplanmıştır. Yaş dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Gebelerin medeni durumları incelendiğinde 247'sinin (%96) evli, 2'sinin (%0,8) bekar, 4'ünün (%1,6) boşanmış, 4'ünün (%1,6) partneri ile birlikte yaşadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Gebelerin medeni durumları

		n (kişi sayısı)	**% (yüzde)**
Medeni durum	Evli	247	96
	Bekar	2	0,8
	Boşanmış	4	1,6
	Partnerle birlikte	4	1,6
Yaş	18-20 yaş	17	6,6
	20-25 yaş	61	23,7
	25-30 yaş	75	29,2
	30-35 yaş	51	19,8
	35-40 yaş	47	18,3
	40-45 yaş	6	2,4

Gebelerin yaşadıkları şehirler incelendiğinde 173'ünün (%67,3) Edirne, 43'ünün (%16,7) Kırklareli ve 35'inin (%13,6) Tekirdağ'da yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin 125'inin

(%48,6) il merkezinde, 101'inin (%39,4) ilçe merkezinde ve 31'inin (%12) köyde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Gebelerin yaşadıkları yerler

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Yaşanılan yer	Edirne	173	67,3
	Kırklareli	43	16,7
	Tekirdağ	35	13,6
	Diğer	6	2,4
Yaşanılan yer	İl merkezi	125	48,6
	İlçe merkezi	101	39,4
	Köy	30	12,0

Gebelerin 14'ünün (%5,4) okuryazar olmadığı, 10'unun (%3,9) okuryazar olduğu, 55'inin (%21,4) ilkokul mezunu, 65'inin (%25,3) ortaokul mezunu, 55'inin (%21,4) lise mezunu, 56'sının (%21,8) üniversite mezunu olduğu ve 2'sinin (%0,8) lisansüstü öğrenim durumuna sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Gebelerin öğrenim durumları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	14	5,4
	Okuryazar	10	3,9
	İlkokul mezunu	55	21,4
	Ortaokul mezunu	65	25,3
	Lise mezunu	55	21,4
	Üniversitesi mezunu	56	21,8
	Lisansüstü	2	0,8

Gebelerin eşlerinin 5'inin (%1,9) okuryazar olmadığı, 6'sının (%2,3) okuryazar olduğu, 63'ünün (%25) ilkokul mezunu, 64'ünün (%25,5) ortaokul mezunu, 68'inin (%26,9) lise mezunu, 40'ının (%15,9) üniversite mezunu olduğu ve 6'sının (%2,4) lisansüstü öğrenim durumuna sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Gebelerin eşlerinin öğrenim durumları

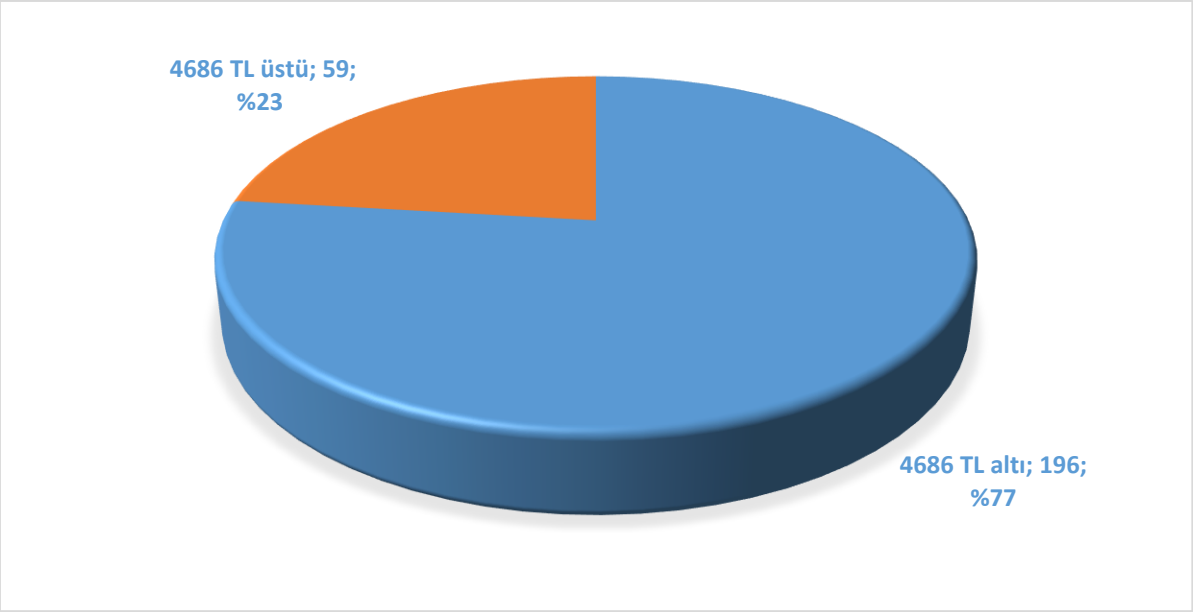
		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Eşinin öğrenim durumu	Okuryazar değil	5	1,9
	Okuryazar	6	2,4
	İlkokul mezunu	63	25,0
	Ortaokul mezunu	64	25,5
	Lise mezunu	68	26,9
	Üniversitesi mezunu	40	15,9
	Lisansüstü	6	2,4

Gebelerin 188'inin (%73,2) ev hanımı olduğu, 69'unun (%26,8) çalıştığı saptanmıştır. Çalışan 69 gebenin 9'unun (%13,3) sağlık meslek gruplarında çalıştığı, 60'sinin (%86,8) diğer meslek gruplarında çalıştığı saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin 8'inin (%3,1) çalışmadığı, 241'inin (%96,9) çalıştığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Gebelerin çalışma bilgileri

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Çalışma durumu	Ev hanımı	188	73,2
	Çalışıyor	69	26,8
Meslek	İşçi	40	57,8
	Diğer	20	28,9
	Sağlık	9	13,3

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre Türkiye geneli hane halkı yıllık geliri ortalama değeri 41.399 TL olarak açıklanmıştır. Çalışmamıza katılan gebelerin aylık ortalama hane geliri 3721±2678 (minimum 0, maksimum 20000) TL olarak saptanmıştır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2018 hane gelirlerine göre Tekirdağ-Edirne-Kırklareli alt bölgesinin aylık hane toplam gelir ortalaması 4686 TL olarak hesaplanmıştır. Bu veriye göre ortalamanın altı ve üstü olarak gelir grupları incelendiğinde 4686 TL altı 196 (%76,9) aile, 4686 TL ve üstü 59 (23,1) aile olduğu belirlenmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Gebelerin aylık hane halkı geliri dağılımı

Gebelerin 19'u (%7,48) akrabalarıyla evli olduklarını belirtti. Dördü 1. derece akrabayla (Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre 1. derece akraba kuzen olarak kabul edilmiştir), geri kalanı daha uzak akraba ile evli olduklarını belirtti.

Gebelerin birlikte yaşadıkları kişi sayısı 3,35±1,45 (minimum 1, maksimum 10) olarak saptanmıştır.

Gebelerin sadece 1 tanesi evde tek başına yaşamaktaydı. Toplam 96'sı (%37,65) evde bir veya iki kişi yaşadıklarını, 59'u (%23,14) ise evde 3 kişi yaşadıklarını, 48'i (%18,82) evde 4 kişi yaşadıklarını, 31'i (%12,16) evde 5 kişi yaşadıklarını, 21'i (% 8,23) ise evde 6 ve üzeri kişi yaşadıklarını belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Gebelerin evinde kendileri dahil yaşayan kişi sayısı

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Evde yaşayan kişi sayısı	Bir veya iki	96	37,65
	Üç	59	23,14
	Dört	48	18,82
	Beş	31	12,16
	6 ve üzeri	21	8,23

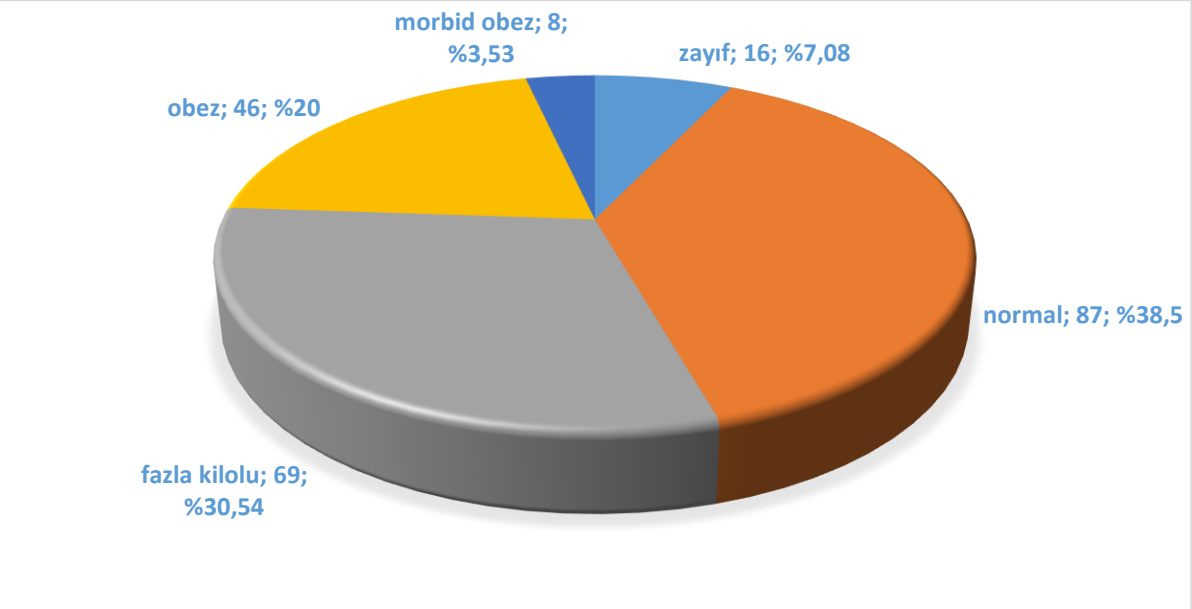
Hastaların 212'sinin (%82,5) çekirdek aile, 43'ünün (%15,9) geniş aile, 4'ü (%1,6) parçalanmış aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Gebelerin aile yapıları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Aile yapısı	Çekirdek aile	212	82,5
	Geniş aile	43	16,7
	Parçalanmış aile	4	1,6

Annelerin boy ortalaması 160,84±7,82 (minimum 140, maksimum 181) santimetre olarak saptanmıştır. Annelerin gebelik öncesindeki vücut ağırlıkları ortalaması 68,65±16,31 (minimum 40, maksimum 125) kilogram, doğum zamanı vücut ağırlıkları ortalaması 80,02±15,76 (minimum 43, maksimum 125) kilogram olarak saptanmıştır.

Gebelerin gebelik öncesi beden kitle indeksi (BKİ) kategorileri incelendiğinde 16'sının (%7,08) zayıf, 87'sinin (%38,50) normal, 69'unun (%30,54) fazla kilolu, 46'sının (%20,35) obez, 8'inin (%3,53) morbid obez olduğu saptanmıştır (Şekil 2).



Şekil 2. Gebelerin gebe kalmadan önceki BKİ kategorileri

Gebelerin 15'inin (%6,19) kilo verdiği, 11'inin (%4,48) kilo değişimi olmadığı ve 216'sının (%84,04) kilo aldığı saptanmıştır. Gebelerin gebelikteki vücut ağırlığı değişimleri incelendiğinde ortalama vücut ağırlığı değişimi 11,12±8,33 (minimum -22. maksimum +29) kilogram olarak saptanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nin gebelikte alınması gereken ideal tartı verilerine göre gebelerin 23'ünün (%10,13) alması gerekenden az, 49'unun

(%21,59) alması gerektiği kadar, 155'inin (%68,28) alması gerekenden çok kilo aldığı saptanmıştır (tablo 9).

Tablo 9. Gebelerin vücut ağırlığı değişimi

		n (kişi sayısı)*	% (yüzde)
Alması gerekilen kilo	Alması gerekenden az	23	10,13
	Alması gerektiği kadar	49	21,59
	Alması gerekenden çok	155	68,28

* Gebelik öncesi ve mevcut kilosunu bilen kadınlar

Gebelerin 154'ünün (%60,15) daha önce sigara kullanmadığı, 45'inin (%17,57) sigara kullandığı ancak bıraktığı, 57'sinin (%22,27) halen sigara kullandığı saptanmıştır. Gebe kalınca sigarayı bırakan 30 (%11,7) katılımcı olduğu saptanmıştır. Gebelerin sigara kullanım miktarları 4,77±14,43 (minimum 1, maksimum 120) paket/yıl olarak saptanmıştır. Gebelerin 155'inin (%60,3) evinde sigara içen başka biri olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Gebelerin sigara kullanım durumları

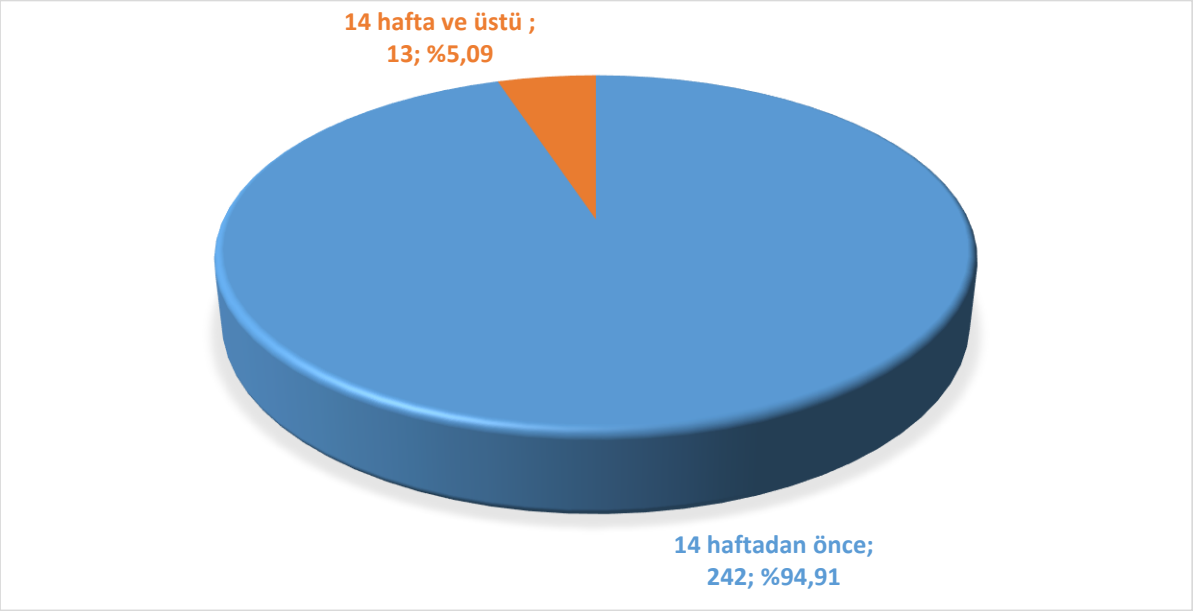
			n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Sigara kullanma durumu	Hiç içmemiş		154	60,15
	İçip bırakmış	Gebelik öncesi	15	5,86
		Gebelikte	30	11,72
	İçiyor		57	22,27

Çalışmamızdaki sigara kullanan gebelerin 29'unun (%50,88) bir sağlık çalışanından, 4'ünün (%7,02) başka kaynaklardan gebelikte sigara kullanımı hakkında bilgi aldığı, 23 (%40,45) gebenin de herhangi bir sağlık çalışanından bilgi almadığı saptanmıştır. Bilgi almış olan 29 gebeden 10'unun (%10,54 - kullanan hastaların %34,48'i) bu bilgiyi aile sağlığı merkezinden (ASM) edindiği saptanmıştır.

Katılımcıların 155'inin (%60,31) evinde kendileri dışında birinin sigara kullandığı, bu gebelerin 78'inin (%50,32) mevcut gebeliklerinde herhangi bir sağlık çalışanından sigara kullanımı ile ilgili bilgi almadığı, 54'ünün (%34,83) ise bir sağlık çalışanından bilgi aldığı, 23'ünün (%14,94) başka kaynaklardan bilgi aldığı saptanmıştır. Bilgi alan gebelerin ise 16'sının (%29,62) ASM'den bilgi edindikleri saptanmıştır.

Gebelerin 3'ünün (%1,2) alkol kullandığı, 3'ünün de (%1,2) sosyal içici olarak alkol kullandığı saptanmıştır.

Katılımcıların gebeliklerinin tespit edildiği hafta ortalama 5,86±3,78 (minimum 2, maksimum 37) olarak saptanmıştır. Gebelerin sağlık kurumuna ilk başvuru haftası ortalama 6,63±5,25 (minimum 2, maksimum 38) hafta olarak saptanmıştır. Katılımcıların 13'ünün (%5,09) 14 hafta ve üstünde gebeliğinin tespit edildiği saptanmıştır (Şekil 3).



Şekil 3. Gebelerin doğum öncesi bakımını ilk aldıkları hafta dağılımı

Toplam gebelik sayıları incelendiğinde ortalama 2,53±1,55 (minimum 1, maksimum 11) olarak saptanmıştır. Gebelerin toplam gebelik sayıları dağılımı tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Toplam gebelik sayıları dağılımı

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Toplam gebelik sayısı	Bir	80	31,2
	İki	65	25,4
	Üç	48	18,8
	Dört	40	15,6
	Beş ve üzeri	23	9,0

Gebelerin çocuk sayıları incelendiğinde (mevcut gebelik dışındaki) 110 (%43,14) gebenin çocuğu olmadığı, 65'inin (%25,49) bir çocuğu olduğu, 52'sinin (%20,39) iki çocuğu olduğu, 23'ünün (%9,02) üç çocuğu olduğu ve 5'inin (%1,96) dört ve üstü çocuğu olduğu

saptanmıştır (Tablo 12). Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalama 1,12±1,79 olarak saptanmıştır. Gebelerin ilk gebelik yaşları ortalama 23,81±5,95 olarak saptanmıştır.

Tablo 12. Gebelerin çocuk sayıları dağılımı

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Çocuk sayısı	Yok	110	43,14
	Bir	65	25,49
	İki	52	20,39
	Üç	23	9,02
	4 ve üzeri	5	1,96

Gebelerin 47'sinin (%19,14) düşük öyküsü olduğu, 34'ünün (%13,3) küretaj öyküsü olduğu ve 31'inin (%12,11) ölü doğum öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Gebelerin düşük, küretaj ve ölü doğum öyküsü sayıları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Düşük	Yok	207	80,86
	Bir	32	12,50
	İki	14	5,47
	Üç	3	1,17
Küretaj	Yok	222	86,72
	Bir	24	9,39
	İki	8	3,13
	Üç	2	0,78
Ölü doğum	Yok	225	87,89
	Bir	28	10,94
	İki	3	1,17

Çalışmamızda katılımcıların doğum öncesi bakım için sağlık kuruluşuna toplam başvuru sayısı ortalama 17,83±6,36 (minimum 0, maksimum 40) olarak saptanmıştır. Gebeliklerinde 4'ün altında sayıda doğum öncesi bakım hizmeti aldığını belirten gebelerin sayısı 6 (%2,35) olarak saptanmıştır. Gebelerin 2'sinin (%0,77) doğum öncesi bakım amacıyla hiçbir sağlık kuruma başvurmadığı saptanmıştır.

Gebelerin aile hekimliğine başvuru sayısı ortalama 4,96±2,79 (minimum 0, maksimum 20) olarak saptanmıştır. Gebelerin devlet hastanelerine başvuru sayısı ortalama 4,96±4,35 (minimum 0, maksimum 17) olarak saptanmıştır. Gebelerin özel hastaneye başvuru sayısı ortalama 3,29±4,27 (minimum 0, maksimum 20) olarak saptanmıştır. Gebelerin üniversite hastanelerine başvuru sayısı ortalama 4,95±4,85 (minimum 0, maksimum 25) olarak saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Doğum öncesi bakım amacıyla sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları*

		Ortalama ± SD	**Minimum - Maksimum**
Başvuru sayısı	**ASM**	4,96±2,79	0-20
	Devlet hastanesi	4,96±4,35	0-17
	Özel kuruluş	3,29±4,27	0-20
	Üniversite hastanesi	4,95±4,85	0-25

*İlk başvurusu doğum için olan gebeler dahil edilmemiştir.

Araştırmamızdaki katılımcıların ASM başvuru sayıları ve toplam başvuru sayılarını pandemi öncesi ve sonrası döneme göre incelediğimizde, ASM başvuru sayılarında değişim saptanmazken toplam başvuru sayılarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptanmıştır. Gebelerin pandemi öncesi ortalama ASM'ye başvuru sayıları 5,13±2,92, ortanca değeri 4 iken, ortalama 4,47±2,34 ve ortanca değer 4 olarak olmuştur. Toplam başvuru sayıları ise 18,42±6,62, ortanca değer 19 iken, ortalama 16,06±5,22 ve ortanca değer 16 olarak değiştiği saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Doğum öncesi bakım amacıyla ASM ve toplam başvuru sayılarının pandemi öncesi ve sonrası olarak kıyaslanması

	Pandemi Öncesi		**Pandemi Sonrası**		
	Ortalama ± SD	Medyan	Ortalama ± SD	Medyan	p
ASM'ye başvuru	5,13±2,92	4	4,47±2,34	4	0,199
Toplam başvuru	18,42±6,62	19	16,06±5,22	16	**0,014**

*Mann Whitney-U Testi

Katılımcıların 77'si (%20,96) kronik bir hastalığının olduğunu bildirmiştir. Bu gebelerin %26'sında DM dışı endokrinolojik hastalıklar, %21,9'unda solunum yolu hastalıkları, %12,3'ünde serebrovasküler ve nörolojik hastalıklar olduğu saptanmıştır. Gebelerin 51'inin (%19,8) kronik hastalıklarına bağlı düzenli ilaç kullandığı saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Gebelerin kronik hastalık dağılımı

		n (kişi sayısı)	**% (yüzde)**
Hastalıklar	DM dışı endokrin hastalıklar	19	26,0
	Solunum yolu hastalıkları	16	21,9
	Serobrovaskülüer veya nörolojik hastalıklar	9	12,3
	Diyabet	9	12,3
	Hematolojik hastalıklar	7	9,6
	Romatolojik hastalıklar	5	6,8
	Ortopedik hastalıklar	3	4,1
	Nefrolojik hastalıklar	2	2,7
	Kardiak hastalıklar	2	2,7
	Enfeksiyöz hastalıklar	2	2,7
	Neoplazm	2	2,7
	Hipertansiyon	2	2,7
	Psikiyatrik hastalıklar	2	2,7
	Diğer	2	2,7

Araştırmamıza katılan gebelerin 31'inde sevk gerektirecek herhangi bir risk faktörü saptanmazken, 6'sında sadece sezaryen öyküsü, 4'ünde sadece yaş, 4'ünde de sadece sigara kullanımı risk olarak saptanmıştır.

Gebelikte ASM'den sevk gerektirecek risk faktörleri incelendiğinde sırasıyla en sık sezaryen öyküsü, yaş, sigara kullanımı, makrozomi/düşük doğum ağırlığı öyküsü, erken doğum tehdidi, ölü doğum öyküsü, mevcut gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Gebelikte birinci basamaktan sevk gerektirebilecek risk dağılımı

	n (%)		**n (%)**
Sezaryen öyküsü	83(32,2)	**Çoğul gebelik**	10(3,9)
Yaş	42(16)	**Dış gebelik**	9(3,5)
Sigara kullanımı	37(14,4)	**DM**	9(3,5)
Makrozomi veya düşük doğum ağırlığı öyküsü	30(11,7)	**Preeklamsi öyküsü**	8(3,11)
Prematüre öyküsü	29(11,3)	**Önceki gebelikte kan şekeri yüksekliği**	8(3,11)
Erken doğum tehdidi	29(11,3)	**Preeklamsi**	8(3,11)
Ölü doğum veya doğduktan sonra vefat öyküsü	25(9,7)	**Solunum sistemi hastalığı**	8(3,11)
Mevcut gebelikte tansiyon yüksekliği	22(8,5)	**Mol gebelik öyküsü**	7(2,7)
GDM	18(7)	**Hematolojik hastalık**	7(2,7)
Obezite	18(7)	**Mevcut gebelikte makrozomi**	7(2,7)
Gestasyonel hipertansiyon öyküsü	18(7)	**Nörolojik Hastalık**	6(2,3)
Rh-rh uygunsuzluğu	16(6,2)	**Mevcut gebelikte anemi**	6(2,3)
İki yıldan sık gebelik	16(6,2)	**Mevcut gebelikte vajinal kanama**	5(1,9)
Poli/Oligohidroamniyoz	15(5,8)	**Romanoloji Hastalık**	4(1,6)
Diğer endokrinolojik hastalıklar	12(6,7)	**Tekrarlayan düşük öyküsü**	4(1,6)
In vitro fertilizasyon ile gebelik	12(4,7)	**Önceki gebelikte vajinal kanama öyküsü**	4(1,6)
Intrauterin gelişme geriliği	11(4,3)	**Kardiyak hastalık**	4(1,6)
GDM öyküsü	10(3,9)		

GDM: Gestasyonel diyabetes mellitus

Gebelikte tehlike işaretleri ile ilgili gebeler en çok el, yüz ve bacaklarda şişme (%53,0) ve vajinal kanama (%44) hakkında bilgi aldıklarını belirtirken, en az da görmede bulanıklık (%13,7) ve nöbet geçirme (%7,8) konularında bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. ASM'de gebelikte tehlike işaretleri ile ilgili sırasıyla en sık gebelikte suyun gelmesi (%5,8), el, yüz ve bacaklarda şişlik (%5,4), vajinal kanama (%4,6) konularında bilgilendirme yapıldığı saptanmıştır. Gebelikle tehlike işaretleri ile ilgili bilgi alma dağılımı tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Gebelikte tehlike işaretleri ile ilgili bilgi aldıkları sağlık kuruluşu dağılımı

	Almamış n (%)	**ASM n (%)**	**Devlet Hst. n (%)**	**Özel Hst. veya muayenehane n (%)**	**Üniversite Hst. n (%)**	**Gebe okulu/ sınıfı n (%)**	**Diğer n (%)**
Baş ağrısı	182(70,8)	4(1,5)	15(5,8)	12(4,6)	9(3,5)	15(5,8)	29(11,3)
Vajinal kanama	144(56,0)	12(4,6)	21(8,1)	23(8,9)	29(11,2)	21(8,1)	31(12,0)
Şiddetli karın ağrısı	204(79,3)	6(2,3)	6(2,3)	6(2,3)	12(4,6)	14(5,4)	16(6,2)
Nöbet geçirme	237(92,2)	3(1,1)	4(1,5)	3(1,1)	3(1,1)	7(2,7)	4(1,5)
Yüz, el ve bacaklarda şişme	121(47,0)	14(5,4)	25(9,7)	28(10,9)	22(8,5)	18(7,0)	46(17,9)
Gebelikte su gelmesi	141(54,8)	15(5,8)	13(5,0)	16(6,2)	29(11,2)	25(9,7)	42(16,3)
Görmede bulanıklık	222(86,3)	3(1,1)	4(1,5)	7(2,7)	4(1,5)	9(3,5)	10(3,9)
Nefes darlığı	176(68,4)	8(3,1)	9(3,5)	19(7,4)	9(3,5)	21(8,1)	32(12,4)

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Rehberi'nde bilgilendirme ve danışmanlık önerilen konulardan en az bilgi alınan konular toprak gibi maddeler yeme veya yeme isteği (%11,3) ile gebelikteki olası acil durumlar (%23) olduğu saptanmıştır. En sık emzirme ve anne sütü konusunda 192 (%74,8) gebenin, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı planı konusunda 215 (%83,7) gebenin bilgilendirildiği saptanmıştır. (Tablo 19).

Tablo 19. Gebelikte bilgi alınan konuların dağılımı

	Almamış n (%)	ASM n (%)	Devlet Hst. n (%)	Özel Hst. Veya muayenehane	Üniversite Hst. n (%)	Gebe okulu/ sınıfı n (%)	Diğer n (%)
Acil durumlar	198(77,0)	8(3,1)	4(1,5)	11(4,3)	15(5,8)	19(7,4)	10(3,9)
Ağız diş sağlığı	182(70,8)	7(2,7)	5(1,9)	14(5,4)	6(2,3)	17(6,6)	33(12,8)
Aşırı tükürük salgısı	246(95,7)	2(0,7)	0(0,0)	0(0)	0(0)	5(1,9)	4(1,5)
Bacaklarda kasılma	132(51,3)	14(5,4)	25(9,7)	30(11,6)	21(8,1)	19(7,4)	36(14,1)
Baş dönmesi	171(66,5)	9(3,5)	10(3,9)	12(4,6)	10(3,9)	18(7,0)	35(13,6)
Beslenme kilo alımı	118(45,9)	16(6,2)	27(10,5)	35(13,6)	28(10,9)	22(8,5)	58(22,5)
Bulantı kusma	102(39,6)	26(10,1)	24(9,3)	16(6,2)	10(3,9)	18(7,0)	93(36,2)
Ciltteki değişiklikler	175(68,1)	10(3,9)	5(1,9)	7(2,7)	8(3,1)	17(6,6)	40(15,5)
Cinsel yasam	144(56,0)	12(4,6)	21(8,2)	27(10,5)	15(5,8)	21(8,1)	39(15,2)
Çarpıntı	187(72,7)	6(2,3)	6(2,3)	15(5,8)	10(3,9)	19(7,4)	25(9,7)
Doğum eylemi	137(53,3)	14(5,4)	12(4,6)	20(7,8)	27(10,5)	30(11,6)	40(15,5)
Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması	42(16,3)	1(0,4)	61(23,7)	45(17,5)	108(42)	5(1,9)	4(1,5)
Doğum sonrası aile planlaması	155(60,3)	19(7,74)	8(3,1)	2(0,8)	45(17,5)	22(8,5)	15(5,8)
Emzirme anne sütü	65(25,2)	43(16,7)	20(7,7)	5(1,9)	106(41)	29(11,3)	35(13,6)
Fiziksel aktivite çalışma koşulu	190(73,9)	3(1,1)	5(1,9)	19(7,4)	11(4,2)	17(6,6)	25(9,7)
Halsizlik	144(56,0)	14(5,4)	16(6,2)	15(5,8)	6(2,3)	20(7,7)	56(21,8)
Hijyen genel vücut bakımı	156(60,7)	13(5,0)	10(3,8)	12(4,6)	7(2,7)	21(8,1)	44(17,1)

Tablo 19 (Devamı). Gebelikte bilgi alınan konuların dağılımı

	Almamış n (%)	ASM n (%)	Devlet Hst. n (%)	Özel Hst. Veya muayenehane n (%)	Üniversite Hst. n (%)	Gebe okulu/ sınıfı n (%)	Diğer n (%)
İlaç kullanımı	120(46,6)	14(5,4)	36(14,0)	35(13,6)	42(16,3)	18(7,0)	28(10,9)
Kabızlık	170(66,1)	8(3,1)	10(3,9)	20(7,7)	4(1,0)	17(6,6)	37(14,4)
Kolostrum	79(30,7)	38(14,7)	19(7,4)	8(3,1)	87(33,8)	26(10,1)	44(17,1)
Meme ile ilgili şikayet	177(68,8)	16(6,2)	6(2,3)	9(3,5)	9(3,5)	17(6,6)	31(12,0)
Mide yanması	111(43,1)	15(5,8)	28(10,9)	29(11,2)	18(7,0)	18(7,0)	48(18,6)
Seyahat	184(71,6)	5(1,9)	16(6,2)	22(8,5)	4(1,5)	10(3,9)	23(8,9)
Sık idrara çıkma	105(40,8)	24(9,3)	21(8,1)	15(5,8)	17(6,6)	20(7,8)	74(28,8)
Sigara alkol madde kullanımı	136(52,9)	28(10,8)	20(7,7)	25(9,7)	18(7,0)	23(8,9)	41(15,9)
Toprak v.b. yeme	228(88,7)	4(1,5)	2(0,7)	1(0,4)	2(0,7)	4(1,5)	17(6,6)
Vajinal akıntı	118(45,9)	19(7,3)	26(10,1)	27(10,5)	19(7,4)	21(8,1)	45(17,5)
Varis hemoroid	182(70,8)	13(5,06)	11(4,3)	15(5,8)	7(2,7)	14(5,4)	21(8,1)
Yorgunluk	152(59,1)	15(5,84)	13(5,0)	11(4,2)	5(1,9)	14(5,4)	61(23,7)

Araştırmamızda gebelik sürecinde bilgi alan kadınların sayısını, sağlık kuruluşlarına başvurma durumlarına göre incelendiğimizde ASM'ye başvuran kadınlardan 43'ünün (%17,34) anne sütü ve emzirme, 38'inin (%15,2) kolostrum, 28'inin de (%11,2) sigara alkol ve madde kullanımı konusunda ASM'den bilgi aldıkları saptanmıştır. Sadece 1 gebeye doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı konusunda bilgi verildiği saptanmıştır. Gebe okulu/bilgilendirme sınıfına giden gebelerin diğer sağlık kuruluşlarına göre doğum sonrası aile planlaması dışında tüm konularda belirgin düzeyde yüksek oranda bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Başvuru durumlarına göre bilgi alma sayıları

	ASM n (%)	Devlet Hst. n (%)	Özel Hst. Veya muayenehane n (%)	Üniversite Hst. n (%)	Gebe okulu/ sınıfı n (%)
Acil durumlar	8(3,23)	4(2,05)	11(12,94)	15(8,82)	19(61,29)
Ağız diş sağlığı	7(2,82)	5(2,56)	14(16,47)	6(3,53)	17(54,84)
Aşırı tükürük salgısı	2(0,81)	0(0)	0(0)	0(0)	5(16,13)
Bacaklarda kasılma	14(5,65)	25(12,82)	30(35,29)	21(12,35)	19(61,29)
Baş dönmesi	9(3,63)	10(5,13)	12(14,12)	10(5,88)	18(58,06)
Beslenme kilo alımı	16(6,45)	27(13,85)	35(41,18)	28(16,47)	22(70,97)
Bulantı kusma	26(10,48)	24(12,31)	16(18,82)	10(5,88)	18(58,06)
Ciltteki değişiklikler	10(4,03)	5(2,56)	7(8,24)	8(4,71)	17(54,84)
Cinsel yasam	12(4,84)	21(10,77)	27(31,76)	15(8,82)	21(67,74)
Çarpıntı	6(2,42)	6(3,08)	15(17,65)	10(5,88)	19(61,29)
Doğum eylemi	14(5,65)	12(6,15)	20(23,53)	27(15,88)	30(96,77)
Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması	1(0,4)	61(31,28)	45(52,94)	108(63,53)	5(16,13)
Doğum sonrası aile planlaması	19(7,66)	8(4,1)	2(2,35)	45(26,47)	22(70,97)
Emzirme anne sütü	43(17,34)	20(10,26)	5(5,88)	106(62,35)	29(93,55)
Fiziksel aktivite çalışma koşulu	3(1,21)	5(2,56)	19(22,35)	11(6,47)	17(54,84)
Halsizlik	14(5,65)	16(8,21)	15(17,65)	6(3,53)	20(64,52)
Hijyen genel vücut bakımı	13(5,24)	10(5,13)	12(14,12)	7(4,12)	21(67,74)
İlaç kullanımı	14(5,65)	36(18,46)	35(41,18)	42(24,71)	18(58,06)
Kabızlık	8(3,23)	10(5,13)	20(23,53)	4(2,35)	17(54,84)
Kolostrum	38(15,32)	19(9,74)	8(9,41)	87(51,18)	26(83,87)

Tablo 20 (Devamı). Başvuru durumlarına göre bilgi alma sayıları

	ASM n (%)	Devlet Hst. n (%)	Özel Hst. Veya muayenehane n (%)	Üniversite Hst. n (%)	Gebe okulu/ sınıfı n (%)
Meme ile ilgili şikayet	16(6,45)	6(3,08)	9(10,59)	9(5,29)	17(54,84)
Mide yanması	15(6,05)	28(14,36)	29(34,12)	18(10,59)	18(58,06)
Seyahat	5(2,02)	16(8,21)	22(25,88)	4(2,35)	10(32,26)
Sık idrara çıkma	24(9,68)	21(10,77)	15(17,65)	17(10)	20(64,52)
Sigara alkol ve madde kullanımı	28(11,29)	20(10,26)	25(29,41)	18(10,59)	23(74,19)
Toprak v.b. yeme	4(1,61)	2(1,03)	1(1,18)	2(1,18)	4(12,9)
Vajinal akıntı	19(7,66)	26(13,33)	27(31,76)	19(11,18)	21(67,74)
Varis hemoroid	13(5,24)	11(5,64)	15(17,65)	7(4,12)	14(45,16)
Yorgunluk	15(6,05)	13(6,67)	11(12,94)	5(2,94)	14(45,16)

Çalışmamızda gebelerin en sık %82 oranında doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı, %61 oranında emzirme ve anne sütü, %52 oranında kolostrum konuları hakkında bir sağlık kuruluşundan bilgi aldıkları saptanmıştır. Bu konular dışında %50 üzerinde sağlık kuruluşundan bilgi almadıkları saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Gebelikte alınan bilgilerin sağlık kuruluşundan alınma oranları

	Bilgi almayanlar n (%)	Sağlık kuruluşundan Alanlar n (%)	Diğer n (%)
Acil durumlar	198(77)	30(19,07)	10(3,9)
Ağız diş sağlığı	182(70,8)	26(16,34)	33(12,8)
Aşırı tükürük salgısı	246(95,7)	4(2,72)	4(1,5)
Bacaklarda kasılma	132(51,4)	54(34,63)	36(14,1)
Baş dönmesi	171(66,5)	35(22,18)	29(11,3)
Baş ağrısı	182(70,8)	24(15,56)	35(13,6)
Beslenme, diyet ve kilo alımı	118(45,9)	49(31,52)	58(22,5)
Bulantı ve kusma	102(39,7)	38(24,12)	93(36,2)
Ciltteki değişiklikler	175(68,1)	26(16,34)	40(15,5)

Tablo 21 (Devamı). Gebelikte alınan bilgilerin sağlık kuruluşundan alınma oranları

	Bilgi almayanlar n (%)	Sağlık kuruluşundan Alanlar n (%)	Diğer n (%)
Gebelikte cinsel yaşam	144(56)	45(28,79)	39(15,2)
Çarpıntı	187(72,8)	27(17,51)	25(9,7)
Doğum eylemi	137(53,3)	49(31,13)	40(15,5)
Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması	42(16,3)	129(82,1)	4(1,5)
Doğum sonrası aile planlaması	155(60,3)	53(33,85)	15(5,8)
Emzirme ve anne sütü	65(25,3)	96(61,09)	35(13,6)
Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları	190(73,9)	26(16,34)	25(9,7)
Gebelikte su gelmesi	141(54,9)	45(28,79)	42(16,3)
Görmede bulanıklık	222(86,4)	15(9,73)	10(3,9)
Halsizlik	144(56)	35(22,18)	56(21,8)
Hjjyen, genel vücut bakımı	156(60,7)	35(22,18)	44(17,1)
İlaç kullanımı	120(46,7)	67(42,41)	28(10,9)
Kabızlık	170(66,1)	31(19,46)	37(14,4)
Kolostrum	79(30,7)	82(52,14)	44(17,1)
Meme ile ilgili şikayetler	177(68,9)	30(19,07)	31(12)
Mide yanması	111(43,2)	60(38,13)	48(18,6)
Nefes darlığı	176(68,5)	30(19,07)	32(12,4)
Nöbet geçirme	237(92,2)	10(6,23)	4(1,5)
Seyahat	184(71,6)	31(19,46)	23(8,9)
Sık idrara çıkma	105(40,9)	48(30,35)	74(28,8)
Sigara, alkol ve madde kullanımı	136(52,9)	49(31,13)	41(15,9)
Şiddetli karın ağrısı	204(79,4)	23(14,4)	16(6,2)
Toprak ve benzeri yeme	228(88,7)	7(4,67)	17(6,6)
Vajinal akıntı	118(45,9)	57(36,58)	45(17,5)
Vajinal kanama	144(56)	50(31,91)	31(12)
Varis ve hemoroid	182(70,8)	33(21,01)	21(8,1)
Yorgunluk	152(59,1)	27(17,12)	61(23,7)
Yüz el ve bacaklarda şişme	121(47,1)	55(35,02)	46(17,9)

Gebelerin %95,3'üne boy kilo ölçümü, %34'üne idrar kültürü, %98,4'üne kan tahlili, %90,2'sine kan grubu tayini, %98'ine kan basıncı ölçümü, %91,4'üne tetanoz aşısı uygulaması, %96,9'una da en az 1 defa TİT yapıldığı saptanmıştır. Aynı zamanda %57,8 oranında gebe okulu veya gebe bilgilendirme sınıfına yönlendirme yapılmıştır. Gebelerin %74,2'sinin en az bir kez ikili üçlü tarama hakkında bilgi aldığı, %25'inin gebelik boyunca en az 1 kez levopold

manevrası ile muayene edildiği saptanmıştır. Yukarıda bahsettiğimiz hizmetlerden boy-kilo ölçümü 179 (%69,9), kan tahlili 172 (67,2), kan basıncı ölçümü 222 (%86,7), tetanoz aşısı 233 (%91), TİT 77 (%30,1) gebeye en az 1 kez ASM'de yapıldığı saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Gebelikte yapılan işlemler dağılımı

	Hayır n (%)	**ASM n (%)**	**Devlet Hst. n (%)**	**Özel Hst. Veya muayenehane n (%)**	**Üniversite Hst. n (%)**	**Diğer n (%)**
Boy kilo ölçümü	12(4,7)	179(69,9)	114(44,5)	56(21,9)	72(28,1)	11(4,3)
Gebe okulu veya gebe bilgilendirme sınıfına yönlendirme	108(42,2)	63(24,6)	73(28,5)	10(3,9)	15(5,9)	5(2)
İdrar kültürü	169(66)	4(1,6)	42(16,4)	9(3,5)	43(16,8)	0(0)
İkili/üçlü tarama	66(25,8)	5(2)	74(28,9)	61(23,8)	53(20,7)	15(5,9)
Kan grubu	25(9,8)	30(11,7)	61(23,8)	7(2,7)	77(30,1)	79(30,9)
Kan tahlili	4(1,6)	136(53,1)	172(67,2)	62(24,2)	243(94,9)	0(0)
Levopold manevrası	192(75)	26(10,2)	14(5,5)	9(3,5)	27(10,5)	0(0)
Kan basıncı ölçümü	5(2)	222(86,7)	152(59,4)	69(27)	232(90,6)	24(9,4)
Tetanoz aşılaması	22(8,6)	233(91)	2(0,8)	0(0)	3(1,2)	0(0)
TİT	8(3,1)	77(30,1)	149(58,2)	44(17,2)	218(85,2)	0(0)

Gebelere TİT'i en sık sırasıyla üniversite hastanesi ve devlet hastanesinde, kan basıncı ölçümü en sık sırasıyla üniversite hastanesinde ve ASM'de, boy-kilo ölçümlerini en sık sırasıyla ASM'de ve devlet hastanesinde yapıldığı görülmüştür. Nabız ölçümünü en sık sırasıyla üniversite hastanesi ve ASM'de, fetal kalp atım ölçümünü en sık üniversite hastanesi ve devlet hastanesinde, kan tahlilini en sık sırasıyla üniversite hastanesi ve devlet hastanesinde yaptırdıkları saptanmıştır. Gebelere ASM'de 0,6±1,167 kez TİT, 1,36±1,633 kez kan tahlili, 1,53±2,44 kez nabız ölçümü, 1,16±1,592 kez fetal kalp atım hızı ölçümü, 4,19±2,914 kez kan basıncı ölçümü, 2,99±2,543 kez boy kilo ölçümü yapılmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Gebelikte yapılan işlemlerin sayıları

	Ortalama±Standart sapma	Minimum - Maksimum
ASM TİT sayısı	0,6±1,167	(0-8)
Devlet hastanesi TİT sayısı	2,39±2,552	(0-12)
Özel hastane veya muayenehane TİT sayısı	0,59±1,501	(0-8)
Üniversite hastanesi TİT sayısı	3,22±3,021	(0-20)
ASM'de idrar kültürü sayısı	0,02±0,261	(0-4)
Devlet hastanesinde idrar kültür sayısı	0,21±0,488	(0-2)
Özel hastane veya muayenehanede idrar kültür sayısı	0,04±0,216	(0-2)
Üniversite hastanesinde idrar kültür sayısı	0,3±1,086	(0-10)
ASM kan tahlil sayısı	1,36±1,633	(0-8)
Devlet hastanesi kan tahlil sayısı	3,58±3,495	(0-15)
Özel hastane veya muayenehane kan tahlil sayısı	1,09±2,603	(0-13)
Üniversite hastanesi kan tahlil sayısı	4,42±4,214	(0-30)
ASM nabız ölçüm sayısı	1,53±2,44	(0-12)
Devlet hastanesi nabız ölçüm sayısı	1,44±2,732	(0-13)
Özel hastane veya muayenehane nabız ölçüm sayısı	0,5±1,808	(0-12)
Üniversite hastanesi nabız ölçüm sayısı	3,05±4,106	(0-30)
ASM fetal kalp atımı ölçümü sayısı	1,16±1,592	(0-10)
Devlet hastanesi fetal kalp atımı ölçüm sayısı	4,22±4,254	(0-18)
Özel hastane veya muayenehane fetal atım ölçüm sayısı	2,48±4,252	(0-20)
Üniversite hastanesi fetal kalp atım ölçüm sayısı	4,89±4,964	(0-30)
ASM'de kan basıncı ölçüm sayısı	4,19±2,914	(0-20)
Devlet hastanesinde kan basıncı ölçüm sayısı	3,54±4,019	(0-18)
Özel hastane veya muayenehanede kan basıncı ölçüm sayısı	1,84±3,89	(0-20)
Üniversite hastanesinde kan basıncı ölçüm sayısı	4,62±4,977	(0-30)

Tablo 23 (Devamı). Gebelikte yapılan işlemlerin sayıları

	Ortalama±Standart sapma	Minimum - Maksimum
ASM'de boy kilo ölçüm sayısı	2,99±2,543	(0-10)
Devlet hastanesinde boy kilo ölçüm sayısı	2,29±3,089	(0-15)
Özel hastane veya muayenehanede boy kilo ölçüm sayısı	1,25±2,659	(0-14)
Üniversite hastanesinde boy kilo ölçüm sayısı	1,1±2,386	(0-16)

Gebelerin 110'unun (%42,97) OGTT yaptırmadığı ve 146'sının (%57,03) OGTT yaptırdığı saptanmıştır. En sık yaptırmama nedenleri arasında 27 (%23,08) gebe ile doktorun önermemiş olması, 12 (%10,25) pandemi döneminde hastaneye gitmeme veya önerilmeme olarak saptanmıştır. Katılımcıların 15'i (%12,82) OGTT yaptırmama sebebini belirtmek istememiştir. Gebelerin OGTT yaptırmama nedenleri tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24. Gebelikte OGTT yaptırma dağılımı

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
OGTT	Hayır	110	42,97
	Evet	146	57,03
Yapılmama nedeni	Doktorun önermemesi	27	23,08
	Belirtmek istemedi	15	12,83
	Pandemi	12	10,25
	Çocuğa zarar vereceğini etrafındakilerden duyma	11	9,41
	DM tanılı	8	6,83
	OGTT zamanındaki doktor kontrolü kaçırma	7	5,98
	Önceki gebelikte tolore edememe	6	5,13
	Takipsiz gebelik	6	5,13
	Sıvıyı tolore edememe	5	4,27
	Çocuğa zarar vereceğini düşünme	5	4,27
	Diğer nedenler	15	12,82

Gebelerin 83'ünün (%34,42) vitamin takviyesi hakkında ASM'de bilgilendirildiğini, 220'sinin (%85,94) vitamin takviyesi, 238'inin (%92,97) demir desteği aldığı saptanmıştır. Gebelerin 175'inin (%68,36) vitamin takviyesine, 198'inin (%77,34) demir desteğine gebelik boyunca devam ettiği belirlenmiştir. Gebelerin 142'sinin (%55,47) D vitamini damlası kullandığı, 76'sının (%29,80) D vitamini damlasını gebelik sonuna kadar kullandığı, 56'sının (%21,88) planlı gebelikte folik asit kullandığı saptanmıştır. Gebelerin ASM'de vitamin takviyesi hakkında bilgi alma oranı %32 olarak saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Gebelikte demir ve vitamin desteği bilgileri

		n (kişi sayısı)	**% (yüzde)**
Demir kullanımı	Hayır	18	7,03
	Evet	238	92,97
Demir takviyesi devamı	Hayır	58	22,66
	Evet	198	77,34
ASM vitamin takviyesi bilgisi	Hayır	173	67,58
	Evet	83	32,42
Planlı gebelikte folik asit kullanımı	Hayır	199	78,03
	Evet	56	21,97
Vitamin takviyesi kullanımı	Hayır	36	14,06
	Evet	220	85,94
Vitamin takviyesine devam	Hayır	81	31,64
	Evet	175	68,36
D vitamini kullanımı	Hayır	114	44,53
	Evet	142	55,47
D vitamini takviyesine devam	Hayır	179	70,20
	Evet	76	29,80

Gebelerin 31'inin (%12,11) gebe okuluna veya gebe bilgilendirme sınıfına gittiği ve gidenlerin 28'inin (%90,32) gebe okulu/gebe bilgilendirme sınıfından faydalandığını düşündüğü saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 27. Gebe okulu/gebe bilgilendirme sınıfına gitme ve faydalı bulma dağılımı

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Gebe okulu/gebe bilgilendirme sınıfına gitme	Hayır	225	87,89
	Evet	31	12,11
Faydalanma düşüncesi	Hayır	3	9,68
	Evet	28	90,32

İlk gebeliği olmayan son iki gebeliği arasında gebelerin 129'unun (%50,39) 0-23 ay, 72'sinin (%28,13) 24-59 ay ve 55'inin (%21,48) 60 ay ve üzerinde süre geçtiği saptanmıştır (Tablo 28).

Tablo 28. Gebelikler arasında geçen süre dağılımı

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Gebelikler arası süre	İlk gebeliği olanlar	80	31,25
	0-23 ay arası	49	19,14
	24-59 ay arası	72	28,12
	60 ay üstü	55	21,49

Gebeliğin istenme durumları sorulduğunda; gebelerin 178'i (%69,53) gebeliği eşlerin ikisinin de istediğini, 23'ü (%8,98) eşlerden sadece kadının istediğini, 55'i (%21,49) ise eşlerin ikisinin de gebeliği istemediğini/planlamadığını belirtmişlerdir (Tablo 29).

Tablo 29. Gebeliğin istenme durumu

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Gebeliğin istenme durumu	Eşlerin ikisi de istiyordu	178	69,53
	Eşlerden sadece kadın istiyordu	23	8,98
	Eşlerin ikisi de istemiyordu	55	21,49

Gebelerin ve eşlerinin gebeliğin istenme durumu ile çocuk sayıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Gebeliği isteyen çiftlerin çocuk sayılarının, diğer gruplara göre çocuk sayıları daha az saptanmıştır (Tablo 30).

Tablo 30. Gebeliğin istenme durumu ile çocuk sayılarının karşılaştırılması

		Ortalama ± Standart Sapma	Medyan	x^{2*}	p
Gebeliğin istenmesi	Eşlerin ikisi de istiyordu	0,8±1,9	0,5	64,708	**<0,001**
	Sadece kadın istiyordu	1,4±1,3	1,0		
	Eşlerin ikisi de istemiyordu	2,1±1,2	2,0		

*Kruskal Wallis Testi

Araştırmamızda gebelerin 30'una (%20,27) gebe okulu veya gebe bilgilendirme sınıfına gitmelerinin önerildiği saptanmıştır. Gebe okulu veya gebe bilgilendirme sınıfına gitme ile önerilme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Gebelik okuluna gitmesi önerilenlerin, önerilmeyenlere göre daha yüksek oranda gebe okuluna gittiği saptanmıştır. Gebe bilgilendirme sınıfına gitmesi önerilmeyen gebelerden sadece birinin gebe bilgilendirme sınıfı veya okuluna gittiği saptanmıştır (Tablo 31).

Tablo 31. Gebe okulu/bilgilendirme sınıfına gitme durumu ile gebelik okulunun önerilmesi durumu

		Öneri yok n (%)	Öneri var n (%)	O.R.	x^{2*}	p
Gebe okulu/bilgilendirme sınıfına gitme	Hayır	108(99,0)	118(79,73)	27,458	22,163	**<0,001**
	Evet	1(0,92)	30(20,27)			

*Lojistik regresyon analizi

Araştırmamızdaki gebelerden 63'üne ASM'de gebe bilgilendirme sınıfına gitmesi önerilmiştir. Gebe okulu veya bilgilendirme sınıfına gitmesi önerilen gebelerden 18'i bu öneriyi uygulamaya koymuştur. Bu oran en yakın devlet hastanesinde olup öneri yapılan 63 gebeden 10'unun gebe okulu/bilgilendirme sınıfına gittiği saptanmıştır. ASM'de gebe okulu veya bilgilendirme sınıfına gitmesi önerilen hastaların diğer sağlık kuruluşlarında önerilen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda gebe okulu veya bilgilendirme sınıfına gittiği saptanmıştır (Tablo 32).

Tablo 32. Gebe okulu veya bilgilendirme sınıfına gitme ile önerildiği yerin karşılaştırılması

		Öneri yok n (%)	ASM n (%)	Devlet H. n (%)	Özel H. n (%)	Üniversite H. n (%)	Diğer n (%)
Gebe Okulu / bilgilendirme sınıfına gitme	Hayır	108(99,1)	45(71,43)	63(86,3)	9(90)	15(100)	3(60)
	Evet*	1(0,9)	18(28,57)	10(13,7)	1(10,0)	0(0)	2(40)
x^{2**}		32,274		**p**	**<0,001**		

*Bir hastaya hem ASM hem de devlet hastanesinde gebe okulu veya bilgilendirme sınıfına gitmesi önerilmiştir.
**Ki kare Testi

Gebelerin BKİ durumuna göre fiziksel aktivite/egzersiz hakkında bilgi verilme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,002). Fazla kilolu ve obez gebelere, fiziksel aktivite ve egzersiz hakkında daha fazla bilgi verildiği saptanmıştır (Tablo 33).

Tablo 33. BKİ durumuna göre gebelere fiziksel aktivite/egzersiz hakkında bilgi verilme durumunun karşılaştırılması

		Bilgi almadım n (%)	Bilgi aldım n (%)	Bilgi almadım p	Bilgi aldım p
BKİ	Normal	94(83,93)	18(16,07)	0,956	**0,002**
	Kilolu / obez	93(66,43)	47(33,57)		

*Ki kare testi

Gebelerin BKİ durumuna göre beslenme/diyet hakkında bilgi verilme durumunun karşılaştırılması tablo 34'te verilmiştir.

Tablo 34. BKİ durumuna göre gebelere beslenme/diyet hakkında bilgi verilme durumunun karşılaştırılması

		Bilgi almadım n (%)	Bilgi aldım n (%)	x^{2*}	p
BKİ	Obez / fazla kilolu değil	57(50,89)	55(49,11)	2,246	0,134
	Obez veya Fazla kilolu	58(41,43)	82(58,57)		

*Ki kare testi

Gebelerin DM tanısı olmasına göre fiziksel aktivite/egzersiz hakkında bilgi verilme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 35).

Tablo 35. DM olma durumuna göre gebelere fiziksel aktivite/egzersiz hakkında bilgi verilme durumunun karşılaştırılması

		Bilgi almadım n (%)	Bilgi aldım n (%)	Bilgi almadım p	Bilgi aldım p
DM	DM yok	183(73,79)	65(26,21)	0,072	0,789
	DM var	7(77,78)	2(22,22)		

*Ki kare testi

Gebelerin DM tanısı olmasına göre beslenme/diyet hakkında bilgi verilme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,033). DM tasını olan gebelere, olmayan gebeler göre daha fazla oranda besleneme ve egzersiz hakkında bilgi verildiği saptanmıştır (Tablo 36).

Tablo 36. DM olma durumuna göre gebelere beslenme/diyet hakkında bilgi verilme durumunun karşılaştırılması

		Bilgi almadım n (%)	Bilgi aldım n (%)	Bilgi almadım p	Bilgi aldım p
DM	DM yok	117(47,18)	131(52,82)	0,549	**0,033**
	DM var	1(11,11)	8(88,89)		

*Ki kare testi

Gebelerin ASM'ye gitme sıklığı ile medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,014). Partner ile birlikte yaşayanların ve boşanmış olan kadınların bekar ve evli gebelere göre daha az ASM başvurusu olduğu saptanmıştır. Gebelerin öğrenim durumları gebelerin ASM'ye gitme sıklığı ile eşlerin öğrenim durumları, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ortalama başvuru sayıları göre il merkezinde (5,23±3,14) ve ilçe merkezinde (4,96±2,44) yaşayanlarda köyde yaşayanlara (3,93±2,18) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmamakla beraber yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 37).

Tablo 37. Gebelerin ASM'ye başvuru sayıları ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama	z/x²*	p
Medeni durum	Evli	5,06±2,76	10,572	**0,014**
	Bekar	5,5±3,54		
	Partnerle birlikte/boşanmış	2,33±2,08		
Yaşadığı yer	İl merkezi	5,23±3,14	4,857	0,183
	İlçe merkezi	4,96±2,44		
	Köy	3,93±2,18		
Öğrenim durumu	Lise altı	4,93±2,86	0,069	0,966
	Lise	5,05±2,9		
	Üniversite ve üzeri	4,97±2,58		
Eş öğrenim durumu	Lise altı	5,04±2,74	0,395	0,821
	Lise	4,88±2,92		
	Üniversite ve üzeri	5,13±2,71		
Sigara	İçmiyor, daha önce içmemiş	4,82±2,45	1,054	0,590
	İçip bırakmış	4,87±3,03		
	İçiyor	5,42±3,43		
Alkol	Kullanmıyor	4,94±2,81	2,875	0,238
	Kullanıyor	6±2		
	Sosyal içici	6,33±1,53		
Kronik hastalık	Hayır	4,93±2,92	0,655	0,418
	Evet	5,08±2,55		

* Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi

Araştırmamızda beşten az sayıda ASM bakım hizmeti alan gebelerin yaş ortalaması (30,41±5,91), beş ve üzeri alan gebelere (28,24±6,05) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 38).

Tablo 38. Yaş ortalamasına göre ASM'ye beşin altında, beş ve üzeri sayıda başvuran gebe sayısı karşılaştırması

	4 ve altı		5 ve üzeri		
	Ortalama	Medyan	Ortalama	Medyan	p
Yaş	30,41±5,91	30.00	28,24±6,05	27.00	**0,003**

*Mann Whitney U testi

Çalışmamızda evli gebelerin evli olmayanlara göre (p=0,001), lisenin altında eğitim seviyesinde olanların lise ve üzeri olanlara göre (p=0,010), eşleri lisenin altında öğrenim seviyesinde olanların lise ve üzeri olanlara göre (p=0,014) aile sağlığı merkezine 5 ve üzeri

sayıda başvurduğu saptanmıştır. Katılımcıların yaşadığı yer, sigara ve alkol kullanımı ile ASM'ye başvuru sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 39).

Tablo 39. Sosyodemografik özelliklere göre ASM'ye beşin altında, beş ve üzeri sayıda başvuran gebe sayısı karşılaştırması

		4 ve altı	**5 ve üzeri**	**p**
Medeni durum	Evli	116(46,96)	131(53,04)	**0,001**
	Evli değil	7(100)	0(0)	
Yaşadığı yer	İl merkezi	69(55,20)	56(44,80)	0,094
	İlçe merkezi	44(44,0)	56(56,0)	
	Köy	11(36,7)	19(63,33)	
Öğrenim durumu	Lise altı	58(40,56)	85(59,44)	**0,010**
	Lise	34(61,82)	21(38,18)	
	Üniversite ve üstü	33(56,9)	25(43,1)	
Eş öğrenim durumu	Lise altı	55(39,86)	83(60,14)	**0,014**
	Lise	40(58,82)	28(41,18)	
	Üniversite ve üzeri	27(57,45)	20(42,55)	
Sigara	İçmiyor	100(50,5)	99(49,5)	0,453
	İçiyor	25(43,86)	32(56,14)	
Alkol	Kullanmıyor	120(48)	130(52)	0,087
	Kullanıyor	5(83,34)	1(16,66)	

*Ki kare testi

TARTIŞMA

Yüksek kalitede doğum öncesi bakımın sağlanması, maternal mortaliteyi azaltma konusunda elzem bir durumdur (1). Dünya genelinde yaygın doğum öncesi bakımın kullanımına rağmen, kanıtlar hala şüpheli ve etkinliği tartışma konusudur (14). Tek başına antenatal başvuru alma sayısı iyi kalitede doğum öncesi bakımı garantilememektedir. Kaliteli doğum öncesi bakım hastanın tıbbi özgeçmişi, muayeneler ve tanısal testler gibi uygun hasta değerlendirmeleri dahil, uygun koruyucu ve iyileştirici tedavileri, hasta danışmanlığı ve eğitimini hastaya saygı duyarak, kanıta dayalı olarak sağlanmasını içerir (45). Çalışmamızda 3. basamak bir hastaneye başvuran, geneli riskli gebelerden oluşan hastaların birinci basamakta aldıkları hizmetlere yönelik bir değerlendirme yapmak amaçlanmıştır.

Konya'da yapılan, 2019 yılında yayınlanan bir çalışmada gebelerin (n=118) %44'ünün okuryazar veya ilkokul mezunu olduğu, %29'unun lise ve üzeri eğitime sahip olduğu bildirilmiştir (46). Bursa'da 2013 yılında 32 hafta üzeri ve doğum yapmış annelerde (n=720) yapılan çalışmada, kadınların %40 oranında lise ve üzeri eğitime sahip olduğu, eşlerin ise %55 oranında lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (47). TNSA (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması) 2018 verilerine göre Batı Marmara Bölgesi'nde (TNSA sınıflamasına göre Edirne, Kırklareli, Tekirdağ, Balıkesir ve Çanakkale illerinden oluşmaktadır) 6 yaş ve üzeri kadınların (n=815) ortanca eğitim süresi 4,7 yıl olarak saptanmıştır. Kadınların %9'u ilkokulu bitirmemiş, %29'u ilkokulu bitirmiş, %20'si ortaokul mezunu, %41'i ise lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Batı Marmara ve Ege Bölgelerinde lise ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınların oranı %47'dir (44). Edirne ilinde 2019 yılında ilkokul çağı çocukların ebeveynlerine (n=775, 663 anne, 112 baba) yapılan bir çalışmada annelerin %2'sinin okuryazar, %7'sinin

ilkokul mezunu, %11'inin ortaokul mezunu, %37'sinin lise mezunu, %41'inin üniversite mezunu olduğu saptandığı belirtilmiştir (48). Çalışmamızda gebelerin %5,4'ünün okuryazar olmadığı, %3,9'unun okuryazar olduğu, %21,4'ünün ilköğretim, %25,3'ünün ortaokul mezunu, %21,4'ünün lise mezunu, %21,8'inin üniversite mezunu, %0,8'inin lisansüstü öğrenim durumuna sahip olduğu saptanmıştır.

Edirne ilinde 2019 yılında ilkokul çağı çocuk ebeveynlerine yapılan çalışmada (n=112 baba) babaların %0,8'i okuryazar, %8'i ilkokul mezunu, %12'si ortaokul mezunu, %38'i lise mezunu, %39'u da üniversite mezunu oldukları belirtilmiştir (48). TNSA 2018 verilerine göre Batı Marmara Bölgesi'nde yaşayan 6 yaş ve üzeri erkeklerin %12'sinin ilkokulu bitirmemiş, %36'sının ilkokul mezunu, %17'sinin ortaokul mezunu, %32'sinin de lise ve üzeri eğitime sahip oldukları bildirilmiştir (44). Çalışmamızdaki gebelerin eşlerinin %1,9'unun okuryazar olmadığı, %2,4'ünün okuryazar olduğu, %25'inin ilkokul mezunu, %25'inin ortaokul mezunu, %26,9'unun lise mezunu, %15,9'unun üniversite mezunu, %2,4'ünün lisansüstü öğrenim seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda toplam lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip kadınların oranı %45 olarak saptanmış olup TNSA çalışmasının Batı Marmara Bölgesi ve Edirne'de yapılan çalışmanın rakamlarına yakın oranda saptanmıştır. Fakat eşlerin eğitim durumu incelendiğinde çalışmamızda lise ve üzeri eğitim seviyesinde TNSA Batı Marmara Bölgesi verilerinin biraz üzerinde, Edirne geneli çalışmaya göre belirgin seviyede düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışma durumlarına bakıldığında ise TNSA verilerine göre evli kadınların %29'u çalışan kadınlardan oluşmaktadır. Bu oran en yüksek Ege ve Batı Marmara bölgelerinde %40 civarlarındadır (44). Bursa'da 2013 yılında 720 gebe ve lohusa ile yapılan bir araştırmada kadınların %38'inin çalışan kadın olduğu belirtilmiştir (47). Edirne'de 2013 yılında risk taşımayan 231 gebe ile yapılan bir çalışmada gebelerin ortalama yaşları 31,83±5,20 olarak saptanmıştır. Gebelerin %42'sinin çalışan kadınlar olduğu, %89'unun da gebeliğinin istenen gebelik olduğu bildirilmiştir (49). Edirne'de 2019 yılında yapılan bir çalışmada (n=663) annelerin %52,5'sinin, babaların %87'sinin çalışan bireyler olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre gelir dağılımında ailelerin %48,8'inin ortalamanın (4686 TL) altı, ailelerin %51,2'inin ise ortalamanın üstü gelir düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (48). Çalışmamızda ise gebelerin 188'inin (%73,2) ev hanımı olduğu, 69'unun (%26,8) ise bir işte çalıştığı saptanmıştır. Çalışmamızdaki gebelerin aylık aile gelirlerini TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) aylık ortalama verilerine göre ele aldığımızda ailelerin %76,9'unun ortalama gelirin altında gelir düzeyine sahip oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızdaki gebelerin diğer çalışmalara göre daha yüksek oranda ev hanımı olması, gelir düzeylerinin ortalamanın altında olması, üçüncü basamağa refere edilmiş gebelerin normal topluma göre daha düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

TNSA 2018 verilerine göre Türkiye genelinde hane halkı üyeleri sayısı %8 oranında 1 kişi, %23 oranında 2 kişi, %22 oranında 3 kişi, %22 oranında 4 kişi, %12 oranında 5 kişi, %11 oranında da 6 ve üzeri kişiden oluşmaktadır. Toplamda ortalama hane büyüklüğü 3,5 kişidir (44). Çalışmamızda gebelerin sadece 1 tanesi evde tek başına yaşamaktaydı. Toplam 96'sı (%37,65) evde bir veya iki kişi yaşadıklarını, 59'u (%23,14) ise evde 3 kişi yaşadıklarını, 48'i (%18,82) evde 4 kişi yaşadıklarını, 31'i (%12,16) evde 5 kişi yaşadıklarını, 21'i (8,23) ise evde 6 ve üzeri kişi yaşadıklarını belirtmiştir. Toplam evde yaşayan kişi sayısı ortalama 2,6 olarak hesaplanmıştır.

TNSA 2018 verilerine göre akraba evliliği oranlarına bakıldığında bir akrabasıyla evlenmiş olan kadın oranları Batı Marmara bölgesinde (n=225) ülke genelinde en düşük olup %9,6 oranındadır. Bu akrabalıklardan birinci derece olanların oranı %2,9, daha uzak akrabaların oranı %6,7'dir (44). Çalışmamızda gebelerin 19'u (%7,48) akrabalarıyla evli olduklarını belirtti. Gebelerin 4'ü 1. derece akrabasıyla (kuzen), geri kalanı daha uzak akraba ile evli olduklarını belirtmişlerdir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2019 yılında yayımlanan, 335 hasta ile yapılan doğum kohortunda annelerin gebelik öncesi BKİ değerleri 25'ten küçük olan hasta oranı %56, 25-30 arası olan hasta oranı %27, 30'dan büyük olan hasta oranı ise %18 olarak bildirilmiştir (50). Sağlık Bakanlığımızın 2018 verilerine göre ülkemizdeki 15 yaş üzeri kadınların %5,6'sı düşük kilolu, %40,4'ü normal kilolu, %30,1'i fazla kilolu, %23,9'u ise obez olarak saptanmıştır. Bu oran DSÖ Avrupa bölgesinde %96,8 olarak bildirilmiştir (4). İstanbul'da gebe ve infantlarda B12 seviyelerinin araştırıldığı bir çalışmada (n=142, 71 çocuk ve 71 anne) gebelik öncesi annelerin %2,8'inin düşük kilolu %46,5'inin normal kilolu ve %35,2'sinin fazla kilolu ve %15,5'inin de obez olarak saptandığı ifade edilmiştir (51). İzmir'de yapılan bir araştırmada (n=849) gebelerin gebelik öncesi kilolarına göre %8'inin zayıf, %66'sının normal kilolu, %19'unun fazla kilolu, %5'inin ise obez olarak saptandığı belirtilmiştir (52). Edirne'de 2019 yılında yapılan çalışmada ilkokul çağı çocuklarının annelerinin BKİ ortalaması 24,79±4,24 olarak saptandığı belirtilmiştir (48). Çalışmamızda katılımcıların gebelik öncesi kilolarını bilenlerin beden kitle indeksleri kıyaslandığında 15'inin (6,64) düşük kilolu, 88'inin (%38,93) normal kilolu, 69'unun (%30,54) fazla kilolu, 54'ünün (%23,89) obez olduğu saptanmıştır.

Yurt dışında yapılmış olan çok merkezli bir çalışmada (n=8293) gebelerin %73'ünün alması gerekenden fazla kilo aldığı, %17'sinin alması gerektiği sınırlarda kilo aldığı, %9,48'inin ise alması gerekenden az kilo aldığı belirtilmiştir (53). Yurt dışında gebelerde kilo alımının doğum ağırlığına etkilerinin incelendiği bir çalışmada (n=1617) gebelik öncesi gebelerin %15'inin düşük kilolu olduğu, %12,3'ünün ise fazla kilolu veya obez olduğu belirtilmiştir. Gebelerin %52'sinin ise alması gerekenin üzerinde kilo aldığı bildirilmiştir (54). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2019 yılında yayımlanan bir çalışmada (n=335) kilo kaydı bulunan 312 annenin %10'unun yetersiz kilo aldığı, %30'unun alması gerektiği kadar kilo aldığı, %60'ının ise alması gerektiğinden fazla kilo aldığı bildirilmiştir (50). İstanbul'da yapılan bir çalışmada (n=595) gebelik boyunca ortalama 12,9±5,3 kg alındığı bildirilmiştir. BKİ ortalaması 29,2 olarak belirtilmiştir (55). İstanbul'da 71 anne ile yapılan bir başka çalışmada, annelerin gebelik boyunca %19,2'sinin alması gerekenden az, %40,8'inin alması gerektiği düzeyde, %39,4'ünün de alması gerekenin üzerinde kilo aldığı saptandığı ifade edilmiştir (51). Çalışmamızda gebelikte kadınların %10,13'ünün alması gerekenden az, %21,59'unun alması gerektiği kadar, %68,28'inin ise alması gerekenin üzerinde kilo aldığı saptanmıştır. Çalışmamızda literatürdekilere benzer olarak gebelik süresince alınması gerekenin ciddi oranda üzerinde kilo alındığı saptanmıştır. Bu durum dünya genelinde ve ülkemizde de benzer şekilde görülmektedir. Bu yüzden aile hekimliği klinik deneyiminde hastaların BKİ'lerinden bağımsız olarak sağlıklı yaşam davranışları edinmelerini sağlamak için daha çok zaman ayırılması gerektiği ön plana çıkmaktadır. Özellikle 15-49 yaş grubunda reprodüktif çağdaki kadınların periyodik sağlık muayenelerinde bilgilendirilmesi anne adayı olan bireylerin gebe kalmadan önce sağlıklı yaşam davranışları edinmesini sağlayabilir. Bu davranışın daha sonra tüm aileyi kapsayan bir yaşam tarzı haline dönüştürülebilmesi için aile hekimliğini icra eden hekimler olarak bu konuya daha çok eğilmemiz gerektiği görülmektedir.

Toplamda 104 ülkeyi kapsayan bir meta analizde dünya genelinde gebelikte sigara kullanan kadınların (günlük ve tek-tük kullanım toplamı) oranının %5 olarak saptandığı belirtilmiştir. Bu oranın en yüksek %8 oranla Avrupa bölgesinde olduğu vurgulanmıştır (56). Geniş çaplı bir başka meta analizin (n=505584) verilerine göre milli geliri yüksek olan ülkelerde gebelikte sigara kullanma oranı %10-26 arasında olup hızlıca düşme eğilimi göstermektedir. Orta ve düşük milli gelirli ülkelerde ise sigara kullanım oranı %15-37 arasında değişmekte olup azalma eğilimi göstermemektedir. Sigara kullanan gebelerin ortalama %25'i gebeliğin herhangi bir döneminde sigara kullanımını kesmişlerdir. Gebelikte sigarayı bırakan hastaların üçte ikisi ise gebelik sonrası tekrardan sigara kullanmaya başlamıştır (57).

Ülkemizde yapılan çalışmaları incelediğimizde, Ankara'da yapılan bir çalışmada gebelerde sigara kullanım oranının %6,3 oranında saptandığı ifade edilmiştir (58). Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nde 2017 yılında yapılan (n=336) bir çalışmada, gebelerin sigara kullanma oranları %8,9 olarak bildirilmiştir (59). Manisa'da yapılan bir çalışmada gebelerin sigara kullanma oranı %12,8 olduğu belirtilmiştir (60). İstanbul'da bir ASM ve bir araştırma hastanesinde 1 yıl süreyle yapılan bir çalışmada (n=815) gebelerin %50,5'inin daha önce hiç sigara kullanmadığı, %26,6'sının gebelik öncesi sigara kullandığı, %47'sinin eşinin sigara kullandığı, %12,8'inin gebe kalınca sigara kullanmayı bıraktığı, %3,6'sının gebelikle ilgisi olmadan sigarayı bıraktığı belirtilmiştir (61). Yine ülkemizde yarı kırsal sayılabilecek bölgedeki ASM'lerde yapılan, 12-24 ay çocukları olan 254 annede yapılan bir çalışmada, gebelikte sigara kullandıklarını belirten kadınların oranları %12,2 olarak belirtilmiştir. Sigarayı gebeliğinde bırakan annelerin %79,4'ü doğum sonrası tekrar sigaraya başladığını bildirdiği ifade edilmiştir (62).

Çalışmamızda gebelerin 154'ünün (%60,1) daha önce hiç sigara kullanmadığı, 45'inin (%17,5) gebe kalmadan önce sigara kullanıp ancak bıraktığı, 57'sinin (%22,27) hala sigara kullandığı saptanmıştır. Gebe kalınca sigarayı bırakan kadınların sayısı 30 (%11,7) olarak saptanmıştır. Hastaların %33,9'u gebe kaldığını öğrendiğinde sigara kullanmaktaydı. Bu hastaların %34'ü gebe kaldıklarında sigara kullanmayı bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızla literatür arasındaki oransal farklılıkların sebebinin literatürde gebelerin daha az riskli olan gruplarıyla da çalışılmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Sigaranın anne ve çocuk açısından gebelik risklerini arttırdığı için hastaların 3. basamak hastanesine sevkinin artışında rol oynamış olabileceği düşünülmüştür (58). Gebe kalmak anne adayları için ciddi bir sigara bırakma motivasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu olumlu motivasyondan hastaların iyilik halini sağlamak ve sürdürmek adına sonuna kadar faydalanmamız gerekmektedir. Aile hekimliğinde hastalarımıza sağladığımız danışmanlıkların önemini göz önünde bulundurduğumuzda sigara bıraktırma ile ilgili önerilerimizi gebelik planlayan hastalarda daha güçlü ve sık şekilde vurgulamamız gerekmektedir. Araştırmamıza katılan kadınların sadece 28'ine ASM'de sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bilgi verildiği saptanmıştır. Bu olumlu motivasyonda hastaya yeterli desteğin birinci basamakta sağlanamadığı görülmektedir. Fakat hastaların doğum sonrası ciddi oranda sigaraya tekrar başladığını göz önünde bulundurmamız gerekmektedir. Bu nedenle annelerin çocuklarına periyodik sağlık muayeneleri hizmetlerini uygularken annelerin sigarayı bırakma ve bırakmış

olmayı sürdürmesi için görüşmelerimizde özel zaman ayırmamızda fayda olacağı düşünülmüştür.

Gebelikte sigara dumanına pasif maruziyetin araştırıldığı, 2006-2016 yılları arasındaki 70 çalışmanın incelendiği bir derlemede, gebelikte pasif sigara dumanına maruz kalan gebelerin (19 çalışmada) çocuklarında konjenital malformasyon riskinde artış saptandığı ifade edilmiştir. Aynı çalışmada gebeyken pasif sigara dumanına maruz kalan gebelerde %11'e varan oranda düşük riskinde artış saptandığı (n=1603), istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ölü doğum oranında artış saptandığı (n=20059) belirtilmiştir (63). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (n=815), gebelerin sigaradan pasif etkilenme oranının %63,9 olarak saptandığı vurgulanmıştır (61). Manisa'da yapılan bir çalışmada gebelerin evinde eşlerin sigara içme oranı %29,8, başka sigara kullanan kişi varlığı %31,9 olarak saptandığı belirtilmiştir (60). Çalışmamızda benzer olarak evinde sigara içen başka birey varlığı %60,3 olarak saptanmıştır.

Ülkemizde 2014 yılında çocuk sahibi 459 kadınla yapılan bir çalışmada gebelikte sigara kullanan kadınların %78,1'inin herhangi bir sağlık çalışanından sigara bırakma hakkında bilgi almadığının saptandığı belirtilmiştir (62). Çalışmamızdaki sigara kullanan gebelerin 29'unun (%50,88) bir sağlık çalışanından, 4'ünün (%7,02) başka kaynaklardan gebelikte sigara kullanımı hakkında bilgi aldıkları, 23'ünün de (%40,45) herhangi bir sağlık çalışanından bilgi almadığı saptanmıştır. Bilgi almış olan 29 gebenin 10'unun (%17,54) bu bilgiyi ASM'den aldığı saptanmıştır. Çalışmamızda sigara kullandığını belirten kadınların yarısı bu konuda bilgi aldıklarını belirtirken bu kadınların yaklaşık %20'si ASM'den sigara kullanımı ile ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Aile hekimliği uygulamasında hastaların çok az kısmının bilgi aldığını belirtmiş olması, bilgi alsalar bile bunu hatırlamamış olduklarını göstermektedir. Bu durum da bize daha çok gebeye, daha etkin biçimde bilgilendirme yapılması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda hanesinde kendisi dışında sigara içen birey olan gebelerin 78'inin (%50,32) herhangi bir sağlık çalışanından sigara kullanımı ile ilgili bilgi almadığı, 54'ünün (%34,83) ise bir sağlık çalışanından bilgi aldığı, 23'ünün (%14,94) sağlık çalışanı dışında bilgi aldığı saptanmıştır. Bilgi alan gebelerin ise 16'sının (%29,62) ASM'den bilgi edindikleri saptanmıştır.

Gebelerin sigara kullanmasa bile ciddi oranda sigara dumanından pasif etkilenmeye maruz kalmış olabilecekleri görülmüştür. Takip ettiğimiz gebeler sigara kullanmasa bile pasif etkilenme açısından hem kendileri hem de beraber yaşadıkları kişiler aile sağlığı merkezlerinde bilgilendirilmeli ve kullanan kişilere bırakma hakkında değerlendirme yapılmalıdır. Aile hekimliğinin 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine göre ciddi bir üstünlüğü olan ev ziyareti

kullanılarak evde yaşayan diğer bireylerin de sigarayı bırakması sağlanmalıdır. Kısa vadede sağlanamasa bile pasif maruziyeti azaltmak için ev ziyareti yapılarak gerekli farkındalığın oluşması için yol gösterilmelidir.

İzmir'deki iki doğum evinde 261 gebe ile yapılan bir çalışmada gebelik öncesi bulunan kronik hastalığın en yüksek 11 hasta ile tiroit hastalığı, 6 hasta ile DM, 4 hasta ile hipertansiyon, 3 hastada astım olduğu bildirilmiştir. Gebelerin mevcut gebeliğe bağlı risk durumları incelendiğinde en yüksek oranda erken doğum tehdidi, sonrasında sırasıyla düşük tehdidi, erken membran rüptürü, oligohidroamniyoz, preeklamsi şeklinde sıralanmıştır (64). Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nde 2017 yılında yapılan (n=336) bir çalışmada, kronik hastalığı olma oranı %15, ölü doğum oranı %9,2 olarak bildirilmiştir. İki gebelik arası 2 yıl ve altı olan gebelerin oranı %22 olarak belirtilmiştir (59). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi'nde 318 gebe ile yapılan bir çalışmada gebelikte kronik hastalığı olanların oranı %18 olarak belirtilmiştir. En sık saptanan hastalık ise %33 oranında tiroit hastalıkları olarak saptandığı belirtilmiştir. Gebelerin %24'ünün ilk gebeliği olduğu, gebelik sayısı 6 ve üzeri olan hasta oranının ise %8, çoğul gebelik oranının ise %2,5 olduğu bildirilmiştir (65). Çalışmamızda gebelerin kronik hastalık dağılımı en sıktan aza doğru diyabet dışı endokrinolojik hastalıklar (%26), solunum yolu hastalıkları, serebrovasküler ve nörolojik hastalıklar, DM, hematolojik hastalıklar ve romatolojik hastalıklar şeklinde sıralanmıştır.

İzmir'de çalışmamızın örneklem sayısına çok yakın örneklemi olan (n=261) bir çalışmada, gebelerin toplam gebelik sayısı ortalamasının 2,18±1,48, ilk gebelik yaşı ortalamasının 23,02±4,89, toplam doğum sayısı ortalamasının ise 1,52±1,21 olarak saptandığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada toplam ölü doğum sayısı 18, düşük sayısı 50, küretaj sayısı ise 33 olarak bildirilmiştir (65). İstanbul'da yapılan bir çalışmada ortalama gebelik sayısı 2,16 olarak belirtilmiştir (55). Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nde 2017 yılında yapılan (n=336) bir çalışmada, ölü doğum oranı %9,2 olarak bildirilmiştir (59). TNSA 2018 verilerine göre Batı Marmara bölgesinde 25-49 yaş arasında olan kadınların ortanca ilk doğum yaşı 22,9 olduğu belirtilmiştir. Ülke genelinde 15-49 yaş arası kadınların %18,6'sı düşük yaptığını bildirmiştir. Ölü doğum oranları ise %3,5 olarak belirtilmiştir (44). Çalışmamızda gebelerin ilk gebelik yaşları ortalama 23,81±5,95 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda gebelerin 47'sinin (%19,14) düşük öyküsü olduğu, 34'ünün (%13,28) küretaj öyküsü olduğu ve 31'inin (%12,11) ölü doğum öyküsü olduğu saptanmıştır. Gebelerin ilk gebelik yaşları ortalama 23,81±5,95 olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu verilerle, bölgemize sosyoekonomik ve coğrafik olarak yakın olan bölgelere benzer sonuçlar saptanmıştır.

TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş arasındaki kadınların %75'inin son 5 yıldaki gebelikleri istenen gebeliklerdir. Kadınların %11'i ise gebeliği öğrendikten sonra istediğini belirtmiştir. Evli kadınların %99,5'inin gebeliği önleyici bir yöntem bilmekte olduğu bildirilmiştir. Evli kadınların %90'ı gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olduğu belirtilmiştir (%77 modern, %60 geleneksel yöntem). En sık kullanılan yöntem %58 geri çekme olarak belirtilmiştir. Batı Marmara Bölgesindeki evli kadınlarda modern yöntemlerle aile planlamasının karşılanma yüzdesi %59 olarak belirtilmiştir. Gebeliği önleyici yöntem kullananların %28'i yöntemi kullanmaya başladıktan sonra 12 ay içerisinde yöntemi bırakmıştır. Bu gebelerin %19'u yöntemi kullanırken gebe kalmasını bırakma sebebi olarak göstermiştir. Ayrıca kadınların %12'si doğumların arasını açmak veya doğumları sonlandırmak istedikleri halde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını ifade edilmiştir (44). Çalışmamızda gebeliklerden 55'inin (%21,49) istenmeyen/planlanmayan gebelik olduğu saptanmıştır. Gebeliklerden 23'ünün ise (%8,98) sadece kadınların istediği/planladığı gebelik olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda mevcut gebeliklerinde gebelerin %39,7'sinin doğum sonrası aile planlaması hakkında bilgi aldıkları, %33,9'unun ise bu bilgiyi bir sağlık kuruluşu çalışanından edindikleri saptanmıştır. Çalışmamızda gebelerin gebeliği planlamamış/istememiş olmalarına rağmen yüksek oranında gebe kalmış olma sebepleri arasında geleneksel yöntemi çok sık kullanmaları, çalışmamızdan hareketle modern yöntemler hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları veya bu bilgileri sağlık profesyonellerinden alma oranlarının düşüklüğü olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca konuşulan bilgilerin hastalarca o konudan bahsedilmiş olduğu söylense bile yeterli derinlikte olmamış olabileceği düşünülmüştür. Gebelikten hemen sonra uygulanabilecek korunma yöntemler hakkında gerekli bilgilendirmenin bir sağlık profesyoneli tarafından doğumdan önce yeterli oranda vurgulanamadığı düşünülmüştür.

Hindistan'da 2011-2012 yılları arasında 3. basamak hastanede 384 gebe ile doğum öncesi bakım bilgi düzeyleri ve uygulamaların ölçüldüğü bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada doğum öncesi bakım vizit sayıları, tetanoz aşılaması, beslenme ve besin takviyesi konusu, gebelikte tehlike işaretleri, doğum kontrolü ve kişisel alışkanlıklar (sigara, alkol) hakkındaki bilgiler değerlendirilmiştir. Çalışma kent nüfusu ağırlıklı bölgede yapılmış olup 40 adet evet hayır sorusu sorulmuştur. Bu soruların %70'ine doğru cevap veren gebelerin yeterli doğum öncesi bilgi aldığı kabul edilmiştir. Bu değerlendirmeye göre gebelerin %58'inin yeterli bilgiye sahip olduğu belirtilmiştir. Doğum öncesi bakım hakkında bilgi sahibi olma ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandığı bildirilmiştir. Doğum öncesi bakım hakkında bilgi sahibi olma ile aile tipi, parite sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadığı,

10 yıl ve üzeri eğitim düzeyi, çalışma durumu arasında ise istatistiksel ilişki saptandığı belirtilmiştir (66).

Tanzanya'da 435 gebeye birinci basamakta yapılan, tehlike işaretleri ile ilgili bilgilendirmelerin değerlendirildiği bir çalışmada, gebelerin %42'sinin herhangi bir tehlike işareti hakkında bilgilendirilmediği saptanmıştır. En sık tehlike işareti olan vajinal kanama hakkında gebelerin %50'sinin, ciddi baş ağrısı veya görmede bulanıklık konusunda ise %45'inin bilgilendirildikleri bildirilmiştir (67). Aynı ülkede gebelik sonrası 428 kadınla yapılan bir çalışmada ciddi vajinal kanama hakkında bilgi alanların oranları %25, el ve yüzde şişme konusu hakkında bilgi alan kadınların oranı %20, görmede bulanıklık ile ilgili bilgi alanların oranı %20 olarak bildirilmiştir. Hiçbir konuda bilgi almamış kadınların oranı ise %68 olarak bildirilmiştir (68). İstanbul'un Adalar ilçesindeki tüm gebelere (n=68 gebe ve 20 lohusa) yapılan çalışmada gebelerin %55'inin gebelikte ilaç kullanımı, %59'unun gebelikte beslenme, %32'sinin anne sütü ve emzirme, %31'inin gebelikte tehlike işaretleri, %24'ünün gebelikte hijyen ve vücut bakımı, %18'inin gebelikte cinsel yaşam, %13'ünün gebelikte ağız ve diş sağlığı konuları hakkında bilgi aldıkları belirtilmiştir (69). Bursa'da 720 anne ve gebede yapılan bir çalışmada %40'ının emzirme konusunda bilgi aldığı, %88'inin gebelikte tehlike işaretleri hakkında bilgilendirildiği, beslenme hakkında %74 oranında bilgilendirildiği, %80 oranında gebelikte olabilecek yakınmalar hakkında, %73 oranında doğumun yapılacağı yer hakkında bilgilendirildiği belirtilmiştir (47). Kahramanmaraş ilinde bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde yapılan çalışmada, %83 oranında doğum sonrası aile planlaması, %71 oranında gebelikte cinsel ilişki, %75 oranında gebelikte temizlik, %59 oranında doğumun nasıl ve nerede olacağı, %71 oranında doğum sonu bebeğin emzirilmesi, %65 oranında gebelik sürecinde beslenme konuları hakkında bilgilendirme yapıldığı bildirilmiştir (70). Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nde 2017 yılında yapılan (n=336) bir çalışmada, %56 oranında gebelikte beslenme ve diyet, %52 oranında gebelikte acil durumlar, %49 oranında gebelik şikayetleri ve alınacak önlemler, %36 oranında gebelikte egzersiz ve hareket, %44 oranında gebelikte cinsel yaşam, %39 oranında hijyen ve genel vücut bakımı, %25 oranında ağız ve diş sağlığı, %39 oranında sigara ve alkol kullanımı, %50 oranında gebelikte tehlike işaretleri, %47 oranında doğum eylemi, %50 oranında doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı, %56 oranında emzirme ve anne sütü, %42 oranında aile planlaması konularında bilgi aldıklarını belirttikleri ifade edilmiştir (59).

Çalışmamızda gebelikte tehlike işaretleri ile ilgili bir sağlık kuruluşundan alınan bilgiler sorulduğunda en çok %53 oranında el, yüz ve bacaklarda şişme konusu ikinci sırada ise %44

oranında vajinal kanama konusunda bilgi aldıkları saptanmıştır. Tehlike işaretleri ile ilgili en az bilgi alınan konular ise %7,8 oranı ile nöbet geçirme ve %13,7 oranı ile görmede bulanıklık olarak saptanmıştır. Gebeler ayrıca şiddetli karın ağrısı konusunda %20,7, baş ağrısı konusunda %29,2, nefes darlığı konusunda %31,6 oranında bilgi aldıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda en az toprak gibi maddeler yeme veya yeme isteği konusunda 29 (%11,3) gebenin, gebelikteki olası acil durumlar konusunda 59 (%23) gebenin bilgi aldığı saptanmıştır. Gebelerin en sık bilgilendirildiği konuları incelediğimizde emzirme ve anne sütü konusunda 192 (%74,8) gebe, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı planı konusunda 215 (%83,7) gebe bilgilendirildiğini belirtmiştir. Araştırmamızdaki temel gebelik bilgi düzeylerinin düşük saptanma sebebinin gebelerin risk durumlarının hasta görüşmelerinde çok fazla ön plana çıkması olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda ASM'ye başvuran kadınlardan 43'ünün (%17,34) anne sütü ve emzirme, 38'inin (%15,2) kolostrum, 28'inin de (%11,2) sigara alkol ve madde kullanımı konusunda ASM'den bilgi aldıkları saptanmıştır. ASM'de gebelerden sadece 1 tanesine doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı konusunda bilgi verildiği saptanmıştır. Gebe okulu/sınıfına giden gebelerin diğer sağlık kuruluşlarına gidenlerin göre doğum sonrası aile planlaması dışında tüm konularda belirgin düzeyde yüksek oranda bilgi aldığı saptanmıştır. Çalışmamızda ASM'den alınan bilgi seviyesinin düşük seviyede olduğu saptanmıştır. Bunun sebepleri arasında hastaların ASM başvuru sayılarının diğer kuruluşlara göre düşük olması, gebe okulu veya gebe bilgilendirme sınıfına giden gebelerden bir kısmının ASM'den yönlendirilmesi sebebiyle ek bilgi almamış olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca ASM'ye gelen gebelerin değerlendirilmesinde daha çok negatif performans sistemi dahilinde olan fiziki işlemlere (kan tahlili, TİT, başvuru sayısı gibi) odaklı olan sağlık sistemi ve çalışanları da olabileceği düşünülmüştür.

Hastaların doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı planlanması bilgisinin ASM'de sadece 1 hastaya bilgi verilmiş olması, ASM'lerin hastaların gebelik süreci yönetiminde yeteri kadar müdahil olamadığı fikrini hakim kılmıştır. Hastaların da primer doğum öncesi bakım aldıkları yer olarak ASM'yi görmemesine bağlı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini daha geri planda düşünmüş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çalışmamız üniversite hastanesinde yapıldığından ASM'de bilgi alan hastalar bakım aksamasına sebebiyet verebileceği düşüncesiyle 2. ve 3. Basamak hizmetlerini ön planda bilgi alınan yer olarak beyan etmiş olabilirler. 'ASM'de vitamin takviyesi hakkında bilgi aldınız mı?' sorusuna diğer konulardan daha yüksek oranda evet cevabı verilmiş olması bu görüşümüzü

desteklemektedir. Ayrıca İzmir'de bir eğitim araştırma hastanesinde 2013 yılında yapılan çalışmada (n=182) sadece ASM'den bilgi alınıp alınmadığı 'evet – hayır' sorularına çalışmamızdaki toplam bilgilendirme sayılarına benzer oranlar saptanmış olması bu ihtimali güçlendirmektedir (71). Bu yüzden aynı çalışmanın ASM'de gebelik takibi alan kadınlara hizmetlerden hemen sonra olacak şekilde yapılması gerekmektedir. Hastaların primer takiplerinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yoğunlukta olması nedeniyle doğum planlarını burada yaptıkları, doğum yaklaştığında emzirme, anne sütü gibi konularda ASM yerine sevk edildikleri merkezden veya üniversite hastanesinden yardım aldıkları saptanmıştır. Doğum eylemleri üniversitede olan kadınların kolostrum bilgilendirmesi doğumun hemen sonrasında hekim veya ebe tarafından yapıldığından daha çok 3. basamaktan bilgi aldıklarını ifade ettikleri düşünülmektedir. Bu eğitimler daha yakın tarihlerde verilmiş olduğundan ASM'de bilgi verilmiş olsa bile hastaların son hatırladıkları yer olarak sevk edildikleri 2. basamak sağlık kuruluşu veya 3. basamağı ifade etmiş olabileceği düşünülmüştür.

Gebe okuluna gidenlerin bilgi oranlarının yüksek olmasının sebebinin zaten bilgilendirmeyi bekleyen gebelerin okula yönelmesinden ve sosyal bir ortamda birbirleriyle gebelikle ilgili semptomlarını daha fazla paylaşmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Doğum sonrası aile planlamasıyla ilgili üniversite hastanesinde daha çok bilgi verilmiş olması hastaların bir kısmının yatış sebebinin tüp ligasyon istemi olması olabilir. ASM'de bakım sürelerinin yeteri kadar uzun tutulmamış olabileceğinden ve bilgi alabilecek hastaların bir kısmının zaten gebe okuluna yönlendirilmiş olmasından dolayı ASM'de bilgi alım oranlarını düşük saptamış olabileceğimiz düşünülmüştür.

Çalışmamızda DM tanılı hastalara beslenme, diyet ve kilo alımı konusunda, fiziksel aktivite ve egzersiz konusuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bilgi verildiği saptanmıştır. Fazla kilolu veya obez hastalarda fiziksel aktivite ve egzersiz konusu hakkında, beslenme, diyet ve kilo alma konusuna göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha fazla bilgi verildiği saptanmıştır. Çalışmamıza katılan tüm kadınların mevcut gebelik sürecinde beslenme, diyet ve kilo alımı konusunda %31,52 oranında bir sağlık kuruluşundan, %22,5 oranında sağlık kuruluşu dışından bilgi aldığı saptanmıştır. Katılımcıların fiziksel aktivite ve çalışma koşulları konusunda mevcut gebelik sürecinde %16,34 oranında sağlık kuruluşundan, %9,7 oranında sağlık kuruluşu dışında bilgi aldıkları saptanmıştır. Bu oranlarda istatistiksel olarak farklı düzeyler saptanmış olsa bile, hastaların tümüne oranla gebelikte bilgilendirme oranlarındaki eksiklik göze çarpmaktadır.

Çalışmamızdaki hastaların %12'si gebe okuluna gittiğini belirtmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada (n=40), gebe okuluna giden gebelerin %95'inin eğitimin yararlı olduğunu, %70'inin ise eğitimin yeterli olduğunu belirttiği vurgulanmıştır (72). Çalışmamızda gebe okulundan veya gebe bilgilendirme sınıfından faydalanmış olduğunu düşünen gebelerin oranı %90 olarak saptanmıştır.

Gebe okulu veya gebe bilgilendirme sınıfına giden gebelerle gebe okulunun/bilgilendirme sınıfının önerilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Gebelerden gebe okulu veya gebe bilgilendirme sınıfına gitmesi sağlık çalışanı tarafından önerilmeyen gebelerin neredeyse hiçbiri gebe okuluna veya gebe bilgilendirme sınıfına gitmediğini belirtmiştir. ASM'de öneri yapılmış olan gebelerin diğer sağlık kuruluşlarında önerilen gebelere göre daha yüksek oranda gebe okulu veya gebe bilgilendirme sınıfına gittikleri saptanmıştır. Literatürde gebelere gebe okulunun ne oranda önerildiği konusuna dair çalışma saptanamamıştır. Bu bilgiler bize hastaların belli konularda bilgi verildiğinde ASM'lerin bu bilgileri eyleme geçirme konusunda diğer sağlık kuruluşlarına göre öne çıktığını göstermektedir.

İngiltere ve Galler'de yapılan bir çalışmada (n=839) gebelerin %95'i, gebelikle ilişkili ilk doğum öncesi bakım hizmetini ilk trimesterde aldığı ifade edilmiştir (73). TNSA 2018 verilerine göre Türkiye genelinde gebelerin %89,5'i ilk 4 ay içerisinde ilk doğum öncesi bakım hizmetini aldığını belirtmiştir (44). Çalışmamıza katılan gebelerin %94'ünün ilk doğum öncesi bakım hizmetine 14 haftadan önce eriştiği saptanmıştır.

Tanzanya genelinde 2004 yılında yapılan bir çalışmada gebelerin %94'ü en az 1 kez doğum öncesi bakım hizmeti aldığını, %62'sinin ise 4 veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım hizmeti aldığı bildirilmiştir (74). Yine aynı ülkede yaklaşık 10 yıl sonra yapılan bir çalışmada 4 ve üzeri sayıda doğum öncesi bakım alan kadın oranı %73 olarak bildirilmiştir (68). TNSA 1993 yılı verilerine göre Türkiye genelinde uzman veya nitelikli bir kişiden doğum öncesi bakım hizmeti alan kadınların oranı %62 iken, 2013 verilerine göre %97, 2018 verilerine göre bu oran %96'ya olmuştur. Gebeliğin ilk 3 ayında doğum öncesi bakım hizmeti alma oranı 1993 yılındaki araştırmada %54 oranında iken bu oran 2018 araştırmasında %90'a çıkmıştır. Doğum öncesi bakım hizmetini 4 ve üzeri sayıda almış olan kadınların sayısı %36 iken artış hızı son zamanlarda yavaşlamış olmakla beraber 2018 araştırmasında %90'a ulaşmıştır. Doğum öncesi bakımı hiç almamış gebelerin oranı %3,5, bir kez alanların oranı %1,2, iki veya üç kez alanların oranı ise %5,1 olarak belirtilmiştir (44). Kahramanmaraş'ta ikinci basamak bir sağlık kuruluşunda 2014 yılında (n=200) yapılan bir çalışmada, gebelerin %15'i 3 defa, %84'ü ise 4

ve üzeri sayıda doğum öncesi bakım hizmeti aldığını belirtilmiştir (70). İzmir'de Bornova'nın 3 semtinde 214 gebe ile yapılan çalışmada gebelerin doğum öncesi bakım alma sayıları ortalamaları 12,41±4,33 olarak saptandığı bildirilmiştir. Doğum öncesi bakım için sürekli hizmet kaynağının kadınların %23'ü için birinci basamak, %75'i için kadın doğum uzmanı olarak saptandığı ifade edilmiştir. Gebelerin doğum öncesi bakım için ASM'ye başvuru sayısı ortalama 5 kez, devlet hastanesine başvuru sayısı ortalama 4,9 kez, üniversite hastanesine başvuru sayısı ortalama 0,43 kez, özel hastaneye başvuru sayısı ortalama 2,06 kez olarak belirtilmiştir (75). İstanbul'un Adalar ilçesindeki tüm gebelere (n=68 gebe ve 20 lohusa) 2017 yılı sonu ile 2018 yılı başlarında yapılan doğum öncesi bakımın değerlendirildiği bir çalışmada, hiç doğum öncesi bakım almamış gebelerin oranı %94 olarak, 4 ve üzeri doğum öncesi bakım alan gebelerin oranı %38 olarak bildirilmiştir (69). Bursa'da 2013 yılında 32 hafta üzeri ve doğum yapmış annelerde (n=720) yapılan çalışmada, %94'ünün ilk doğum öncesi bakım hizmetini 14 hafta içinde aldığı bildirilmiştir. Katılımcıların %71'inin ASM'de 4 ve üzeri doğum öncesi bakım hizmeti aldığı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından takip edilen hastaların ise %100'ünün 4 ve üzeri sayıda bakım hizmeti aldığı belirtilmiştir (47).

Çalışmamızda katılımcıların doğum öncesi bakım için sağlık kuruluşuna toplam başvuru sayısı ortalaması 17,83±6,36 (minimum 0, maksimum 40) olarak saptanmıştır. Gebeliklerinde 4'ün altında sayıda doğum öncesi bakım hizmeti aldığını belirten gebelerin sayısı 6 (%2,35) olarak kalmıştır. Bu gebelerin 2'sinin (%0,77) doğum öncesi bakım amacıyla hiçbir sağlık kurumuna başvurmadığı saptanmıştır. Gebelerin doğum öncesi bakım amacıyla ASM'lere başvuru sayısı ortalama 4,96±2,79 (minimum 0, maksimum 20) olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda ayrıca pandemi öncesi ve pandemi dönemi ASM başvuru sayılarında değişim saptanmazken toplam başvuru sayılarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptanmıştır.

Çalışmamızdaki katılımcıların ASM'ye başvuru sayıları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Gebelerden partnerle birlikte yaşayan veya boşanmış olanların evli ve bekar olanlara göre ASM'dem daha düşük sayıda doğum öncesi bakım hizmeti aldığı saptanmıştır. Hastaların ASM başvuru sayıları ile yaşadıkları yer, öğrenim durumları, eşlerinin öğrenim durumları, sigara kullanma durumları, alkol kullanma durumları ve kronik hastalığa sahip olup olmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır.

İngiltere'de yayınlanan bir sistematik derlemede, Avrupa ve Amerika diğer bölgelerde yapılan çalışmalarda doğum öncesi bakım hizmetine başlamada, doğum öncesi bakım vizit

sayılarında bir dizi sosyoekonomik faktörün rol aldığı belirtilmiştir. Bu faktörler arasında düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik şartlar, evli olmamak gibi durumlar yer almıştır (76).

Gebelerin ASM başvurularını Sağlık Bakanlığımızın Doğum Öncesi Bakım ve Yönetim Rehberinde belirtilen alt sınır (4 izlem) ve altı ile rehberde belirtilen alt sınırın üzeri (en az 5 izlem) olarak ayrıldığı başka bir tabloda (Tablo 38) incelenmiştir. Buna göre evli olan gebelerin evli olmayan gebelere göre, öğrenim durumu lisenin altında olan gebelerin lise ve üzeri olan gebelere göre, eşleri lise altında öğrenim durumun sahip olan gebelerin lise ve üzeri eğitim düzeyi olanlara göre daha yüksek sayıda doğum öncesi bakım aldıkları saptanmıştır. Gebelerin aldıkları hizmet sayısı ile yaşadıkları yer, sigara ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Araştırmamızdaki bu bulgular bize Sağlık Bakanlığımızın önerdiği minimum sayının üzerinde doğum öncesi bakım hizmeti almayan veya alamayan gebelerin ve eşlerinin daha yüksek eğitimli kesim olması, evli olmayan gebelerin olması kadınların birinci basamaktan etkin hizmet almasının sosyoekonomik değişimle ilişkili olabileceğini göstermiştir. Evli olmayan gebelerin daha az sayıda hizmet almış olması kadınların toplumdaki sosyal izolasyonun etkili olduğu fikrini öne çıkarmıştır.

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nde 2017 yılında yapılan (n=336) bir çalışmada, gebelerin %76'sının OGTT yaptırdıkları belirtilmiştir (59). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi'nde 2018 yılında 18 yaş ve üzeri 317 gebe ile OGTT farkındalığının araştırıldığı bir çalışmada, gebelerin %28'inin OGTT'nin zararlı olduğunu düşündüğünü, %38,5'inin zararı konusunda bilgi sahibi olmadığını belirttiği bildirilmiştir. Zararlı olduğunu düşünenlerin %58'inin testi yaptırmayı düşünmediğini ve bu düşüncelerini %55,7 oranında çevresinden, %42 oranında da televizyon ve internetten edindiklerini bildirdikleri belirtilmiştir. Aynı çalışmada mevcut gebeliğinde OGTT yaptırmayı düşünen hastaların oranının %62,2 olarak saptandığı vurgulanmıştır (65). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada gebelerin %52'sinin OGTT'nin yaptırılması gereken bir test olduğunu ifade ettiği vurgulanmıştır. OGTT yaptırmak istememe sebepleri arasında çocuğuna zarar verebileceği düşüncesi %28 oranında en sık, testten bahsedilmediğini belirten %25, gerekli bulmadığını belirten %11, gestasyonel diyabeti olduğunu belirten %7 oranında hasta olduğu bildirilmiştir (77).

Çalışmamızda OGTT yaptırmayan hastaların oranı %42,9 olarak saptanmıştır. OGTT yaptırmama sebeplerinde en sık sebep %23 oranında hekimin tavsiye etmemiş olması, toplam %13,6 oranında çocuğa zarar vereceğini etraftan duyma veya kendisinin düşünmesi, %6,8 oranında DM tanılı olması olarak sıralanmıştır. Hastaların %4,7'si koronavirüs pandemisi

sebebiyle yapılamadığını belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların %40 ve üzerindeki oranlarda gebelerin OGTT yaptırmayı düşünmediği veya yaptırmadığı saptanmıştır (65, 77). Bu durumun saptandığı yerin 3. basamak hastaneler olduğu ortak noktasından hareketle bu hastaların arasında tüm sağlık basamaklarından yararlanan pek çok hasta olduğu ve hiçbir basamakta hastalara OGTT'nin yeterli oranda ve netlikte önerilmediği düşünülmüştür. Toplumdaki bilgi kirliliği ve eksikliğinin giderilmesi için meslek içi ve topluma yönelik çalışmaların yürütülmesi gerektiği düşünülmüştür.

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan (n=142) bir çalışmada gebelik öncesi folik asit kullanım oranı %12 olarak bildirilmiştir (15). Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum sonrası ilk 24 saatteki lohusalarda yapılan çalışmada (n=595) gebeliğinde multivitamin kullanan gebe oranı %54 olarak bildirilmiştir (55). İstanbul'un Adalar ilçesindeki tüm gebelere (n=68 gebe ve 20 lohusa) yapılan çalışmada gebelerin %77'sinin D vitamini desteği aldığı, %85'inin demir takviyesi aldığı belirtilmiştir (69). Bursa'da 32 hafta üzeri ve doğum yapmış annelerde (n=720) yapılan çalışmada, gebelerin %100'üne kan basıncı ölçümü, %97'sine kan tahlili, %96 oranında TİT yapıldığı belirtilmiştir (44). Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nde 2017 yılında yapılan (n=336) bir çalışmada, gebelik döneminde kadınların %94 oranında kan testi, %88,4 oranında kan basıncı ölçümü, %88 oranında idrar tetkiki yaptırdıkları bildirilmiştir. Aynı çalışmada gebelerin %92'sinin demir desteği aldığı, %82'sinin D vitamini desteği aldığı belirtilmiştir (59). TNSA 2018 verilerine göre araştırmanın yapıldığı zamandan 5 yıl öncesine kadar doğum yapmış kadınların gebelik boyunca demir ilacı kullanma oranları Batı Marmara Bölgesinde %82,9 olarak bildirilmiştir. Tansiyon ölçümü yaptırmış olanların oranı %100, kan tahlili yapılmış olanların oranları %98,7, ultrason yapılmış olanların oranı %98,7, idrar tahlili yaptırmış olanların oranlarının ise %95,2 olarak saptandığı vurgulanmıştır (44). İstanbul'un Adalar ilçesindeki tüm gebelere (n=68 gebe ve 20 lohusa) yapılan çalışmada gebelerin en az 1 kez olmak üzere %86'sına tam kan sayımı tahlili yapıldığı, %88'ine idrar tahlili bakıldığı, %88'ine en az 1 kez kilo ölçümü yapıldığı, %70'ine kan grubu bakıldığı, %75'ine tetanoz aşısı uygulandığı belirtilmiştir (69).

Araştırmamızda gebelerin %95,3'üne boy kilo ölçümü, %34'üne idrar kültürü, %98,4'üne kan tahlili, %90,2'sine kan gurubu tayini, %98'ine tansiyon ölçümü, %91,4'üne tetanoz aşısı uygulaması, %96,9'una da TİT gebelik süresi boyunca en az 1 defa yapılmıştır. Aynı zamanda %57,8 oranında gebe okulu veya gebe bilgilendirme sınıfına yönlendirme yapıldığı, %74,2'sinin en az 1 kez ikili üçlü tarama hakkında bilgi aldığı, %25'inin gebelik

boyunca en az 1 kez levopold manevrası ile muayene edildiği saptanmıştır. Yukarıda bahsettiğimiz hizmetlerden boy-kilo ölçümü hizmeti 179 (%69,9), kan tahlili hizmeti 172 (67,2), tansiyon ölçümü hizmeti 222 (%86,7), tetanoz aşısı uygulaması 233 (%91), TİT bakılması hizmeti 77 (%30,1) gebeye ASM'de en az 1 defa sağlanmıştır. Gebelikte yapılan işlemlerin sayısının 2. ve 3. basamakta daha fazla olmasının sebebi doğuma yakın daha sık gidilmesi ve tetkik yapılmasıdır. Boy kilo ölçümü, tansiyon ölçümü gibi işlemler, birinci basamakta diğer guruplara göre yüksek oranda yapılıyor olması 2. ve 3. basamakta birinci basamak gibi temel gebelik eğitimi ve işlemlerine odaklanmamış olduğunu göstermektedir. Levopold manevrasının 3. basamakta ASM'ye çok yakın olmakla beraber en yüksek saptanma sebebi gebeliğin sonlarında çocuğa yapılan non stres test sırasında veya doğuma eylemi sırasında bakılmış olması olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda demir takviyesi alan gebe oranı %92, demir takviyesine gebelik boyu devam etmiş kadınların oranı ise %77 olarak saptanmıştır. Ayrıca kadınların %85'inin multivitamin kullanmış olduğu, %68'inin ise gebelik boyunca kullanmaya devam ettiği, %55'inin D vitamini damlası kullandığı, %29'unun D vitamini damlasını gebelik sonuna kadar kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların %21'i gebelik öncesinde planlı gebelik sebebiyle folik asit kullanmıştır.

SONUÇLAR

Araştırmamız Trakya Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne doğum için başvurmuş olan gebelerin birinci basamaktaki gebe izlemlerini kullanma durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçları şu şekilde sıralanabilir:

1- Araştırmamıza dahil olan gebelerin sosyoekonomik olarak bölgeye göre düşük seviyede olduğu saptanmıştır. Akraba evliliği oranları bölgeye benzer oranlardaydı. Gebelerde sigara kullanma durumu, sigara dumanından pasif etkilenme durumları yüksek olarak saptanmıştır. Fakat gebelik sürecinde kadınların sigara bırakma eğilimleri görülmektedir. Gebelerin ayrıca yüksek oranda gebelikte alması gerekenin üzerinde kilo aldığı saptanmıştır. Gebe kadınlar için obezite ve sigara kullanımı ciddi risk olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konularla ilgili aile hekimliği birimine başvuran reprodüktif çağdaki kadınların bilgilendirilmesi, danışmanlık hizmetleri için mutlaka değerlendirilmesi ve yaşam tarzı değişikliklerini hayata geçirmeleri sağlanmalıdır.

2- Başvuru sayılarının az sayıda gebe dışında ortalaması oldukça yeterli olarak saptanmıştır. Fakat Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre minimum başvuru sayısını sınır olarak aldığımızda ASM özelinde gebelerin ve eşlerinin öğrenim durumunun yükselmesi ile başvuru sayılarının düştüğü saptanmıştır. Bekar kadınların daha az sağlık hizmetini ASM'den almış olmaları bekar bir gebe olarak sosyal dışlanmaya maruz kalmış olma ihtimali yüksek kadınların ASM hizmetlerine daha az başvurduğunu düşündürmüştür. Bu durum sosyokültürel değişimlerin ASM'den doğum öncesi bakım hizmeti almayı etkilemiş olabileceğini düşündürmüştür. Gebelerin doğumun nerede ve kim tarafından

yapılacağı bilgisinin ASM'de neredeyse hiç verilmemiş olması, ASM'lerin doğum sürecine dahil olmasındaki eksiklikleri göstermektedir.

3- Gebelere yapılan işlemlerin (demir desteği, vitamin desteği, tansiyon ölçümü, boy-kilo ölçümü, kan tahlili, idrar tahlili gibi) Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım ve Yönetim Rehberi ve dünya standartlarına göre iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Fakat gebelere verilen danışmanlık, bilgilendirme hizmetlerinin ise genel olarak ve ASM'de yetersiz olduğu görülmüştür. Doğum öncesi bakım hizmeti kapsamında ASM'de verilen bilgilendirmeler hakkında daha nesnel bilgilendirme için ASM'de hizmet alımını takiben birinci basamakta yapılan çalışmaların artması gerekmektedir

4- Hastaya özel bazı konularda daha sık bilgilendirme yapılmış olsa da yeterli ve kapsayıcı düzeyde olmadığı kanaati hakim olmuştur. Hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini çok sık kullanmalarına rağmen o sağlık kuruluşlarının çok yüksek oranda tetkik odaklı olmuş olabileceği, hastaların talepleri dışında ciddi oranda bütüncül yaklaşımlı bir takibin söz konusu olmadığını düşündürmüştür.

5- Gebelerin ASM'den verilen öneriyi (gebe okulu / bilgilendirme sınıfına katılım konusunda), ikinci ve üçüncü basamak hastanelerdeki önerilere oranla daha çok uygulamış olduğu saptanmıştır. Bu durum aile hekimliğinin hastalara daha çok güven verip, daha yüksek empati ile çalışılıp daha olumlu doğum öncesi bakım deneyimi verebilmek adına umut verici olmakla beraber hizmet kalitesini ve bütüncül hizmeti sağlamak adına adımlar atmamıza ihtiyaç olduğunu düşündürmüştür.

ÖZET

Araştırmamızda Edirne'de 3. basamak hastanesine doğum için başvuran kadınların aile sağlığı merkezlerindeki doğum öncesi bakım hizmetlerini kullanma durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamız 1 Aralık 2019 – 22 Mart 2020 ve 1 Haziran 2020 – 15 Temmuz 2020 tarihleri pandemi sebebiyle belirli süre ara verilerek iki aşamada yapılmıştır. Araştırmamız Trakya Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne doğum için başvuran 18 yaş ve üzeri 257 kadına yüz yüze anket yöntemi ile uygulanmıştır. Çalışmamızda elde edilen veriler SPSS 24 paket programına işlenerek analizleri yapılmıştır.

Gebelerin aile sağlığı merkezine başvuru sayıları ortalama 4,96±2,79 olarak saptanmıştır. Aile sağlığı merkezine başvuran kadınlardan 43'ünün (%17,34) anne sütü ve emzirme, 38'inin (%15,2) kolostrum, 28'inin de (%11,2) sigara alkol ve madde kullanımı konusunda aile sağlığı merkezinden bilgi aldıkları saptanmıştır. Aile sağlığı merkezinde sadece 1 gebeye doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı konusunda bilgi verildiği saptanmıştır.

Çalışmamızda gebe okulu / bilgilendirme sınıfına başvurunun önerilmesi ile gitme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Aile sağlığı merkezinde gebe okulu veya bilgilendirme sınıfına gitmesi önerilen hastaların diğer sağlık kuruluşlarında önerilen hastalara göre daha yüksek oranda gebe okulu veya bilgilendirme sınıfına gittiği saptanmıştır ($p<0,001$). Evli gebelerin olmayanlara göre ($p=0,001$), lisenin altında öğrenim seviyesinde olanların lise ve üzeri olanlara göre ($p=0,010$), eşleri lisenin altında öğrenim seviyesinde olanların lise ve üzeri olanlara göre ($p=0,014$) daha yüksek oranda 5 ve üzeri sayıda aile sağlığı merkezlerine başvurduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda aile sağlığı merkezine başvuru sıklığında sosyokültürel etkenlerin rol oynayabileceği düşünülmüştür. Aile sağlığı merkezlerinin gebelik yönetim süreçlerine yeteri kadar dahil olmadıkları düşünülmüştür. Bilgilendirme ve danışmanlık konusunda eksiklikler göze çarpmaktadır. Hastaların aile sağlığı merkezi önerilerini diğer sağlık kuruluşlarına göre daha çok uyguladıkları gözlemlenmiştir. Özellikle bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri konularında daha nesnel veriler elde edebilmek için aile sağlığı merkezlerinde benzer çalışmaların tekrarlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, aile sağlığı merkezi, doğum öncesi bakım, prenatal bakım

USING ANTENATAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE CENTERS OF WOMEN APPLIED TO TRAKYA UNIVERSITY HOSPITAL FOR BIRTH

SUMMARY

In our study, it aimed to evaluate the use of antenatal care services in primary health care centers of women applied to a tertiary care hospital for delivery in Edirne. Our study conducted in two phases, between 1 December 2019 - 22 March 2020 and 1 June 2020 - 15 July 2020 with a break due to the pandemic. Our research conducted to 257 women aged 18 and over who applied to Trakya University Hospital Gynecology and Obstetrics Clinic for delivery by face to face questionnaire method. The data obtained in our study analyzed in the SPSS 24 package program.

The average number of pregnant women's application to the primary health care center was found to be 4.96 ± 2.79. It determined that 43 (17.34%) of the women who applied to the primary health care center received information at primary health care center about breastmilk and breastfeeding, 38 (15.2%) colostrum, 28 (11.2%) smoking, alcohol and substance use. It found that only 1 pregnant was informed about where and by whom the delivery would made, in family health centers.

In our study, a statistically significant relationship found between recommending and attending to the pregnancy school / information classes ($p<0.001$). It determined that the patients who were recommended to attend the pregnancy school or information classes in primary health care center attended to pregnancy school or information class at a higher rate

compared to the patients recommended in other health facilities ($p<0.001$). Married women compared to non-married women ($p=0.001$), those with an education level below high school than high school and above ($p=0.010$), those whose husbands have an education level below high school ($p=0.014$) have applied more than 5 or above times to primary health care centers for antenatal care at higher rates.

In our study, it thought that sociocultural factors may play a role in the frequency of application to primary health care center. It thought that primary health care centers were not sufficiently involved in pregnancy management processes. There were deficiencies in information and consultancy. It observed that patients implemented primary health care center recommendations more than other health facilities. Similar studies should be repeated in primary health care centers to obtain more objective data, especially on information and counseling services.

Keywords: Pregnancy, primary health care center, prenatal care, antenatal care,

KAYNAKLAR

1. World Health Organization [internet]. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016 (Cited to 20.08.2020). Avaiable from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1

2. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group, United Nations Population Division [internet]. 2019 Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2019 (Cited to 20.08.2020). Avaiable from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595.

3. James, D. K., Steer, P. J., Weiner, C. P., & Gonik, B. High risk pregnancy management options. Philadelphia: Elsevier Health Sciences 3rd ed. e-book: 2010: p.1-4.

4. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü [internet]. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni, 2019 [cited to 20.08.2020]. Aviable from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27344.

5. Dünya Sağlık Örgütü [internet]. Gebelik tanımı (Erişim tarihi:24.08.2020). Erişim Adresi: http://www.who.int/topics/pregnancy/en/.

6. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü [internet]. Türkiye'de 6-17 Aylık Çocuklarda ve Annelerinde Hemoglobin Ferritin D -Vitamini Düzeyi ve Demir Eksikliği Anemisi Durum Belirleme Yürütülen Programların Değerlendirilmesi Araştırması 2011 [erişim tarihi: 20.08.2020). Erişim yeri: https://docplayer.biz.tr/2008012-Gazi-universitesi-tip-fakultesi-2011-t-c-saglik-bakanligi-ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi-genel-mudurlugu.html.

7. Arslan S, Okçu G, Coşkun AM, Temiz F. Kadınların Gebeliği Algılama Durumu ve Bunu Etkileyen Faktörler. HSP 2019;6(1): 179-192.

8. Aydemir H, Hazar HU. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(2):815-33.

9. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: "bir kez sezaryen hep sezaryen" yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2011;18(2):89-100.

10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK [internet]. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (erişim tarihi: 20.08.2020). Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.

11. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu [internet]. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005 (erişim tarihi: 20.08.2020). Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf.

12. World Health Organization [internet]. Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division (erişim tarihi: 20.08.2020). Erişim Adresi: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/9789241565141_eng.pdf.

13. AbouZahr C, Wardlaw T. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities - an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001: 2003.

14. Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. Public health reports 2001;116(4):306-16.

15. Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;1(1):6-16.

16. Öztek Z. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği. Hacettepe Tıp Dergisi 2009;40(1):6-12.

17. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. STED 2007;16(1):9-12.

18. Kıvanç MM. Evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye'de sağlık reformları. SHYD 2015;2(3):162-6.

19. Tözün M, Sözmen MK. Halk sağlığının tarihsel gelişimi ve temel kavramları the historical development and the fundamental concepts of public health. Smyrna Tıp Dergisi 2014:58-62.

20. Abalos E, Chamillard M, Diaz V, Tuncalp Ö, Gülmezoglu AM. Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. BJOG 2016;123(4):519-528.

21. Yıldız H. Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya Sağlık Örgütü önerileri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;5(2):98-105.

22. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [internet]. Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (erişim tarihi:20.08.2020). Erişim yeri: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Home/GetDocument/466.

23. Abou-Zahr CL, Royston E, World Health Organization [internet]. Maternal mortality: a global factbook (cited to 20.08.2020). Avaiable from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38317/WHO_MCH_MSM_91.3.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

24. World Health Organization [internet]. Strategies towards ending preventable maternal mortality (cited to 20.08.2020). Avaiable from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153544/9789241508483_eng.pdf?sequence=1.

25. World Health Organization [internet]. Guideline daily iron supplementation in infants and children (erişim tarihi: 20.08.2020). Erişim Adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204712/1/9789241549523_eng.pdf?ua=1&ua=1.

26. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(9):157-72.

27. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. Gazi Med J 2012;23:77-90.

28. Atasay B, ARSAN S. "Anne Ve Yenidoğan Haklari" Barselona Deklarasyonu. STED 2001;10(12):457-9.

29. Lavado RF, Lagrada LP, Ulep VGT, Tan LM. Who provides good quality prenatal care in the Philippines? : PIDS Discussion Paper Series 2010:1-17.

30. Armour K. Antepartum maternal-fetal assessment. Nursing for Women's Health 2004;8(3):232-40.

31. Ghulmiyyah L, Sibai B, editors. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. Semin Perinatol 2012;36(1):56-9.

32. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L, et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? The Lancet 2005;365(9463):977-88.

33. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(2):137-41.

34. Cox RG, Zhang L, Zotti ME, Graham J. Prenatal care utilization in Mississippi: racial disparities and implications for unfavorable birth outcomes. Matern Child Health J 2011;15(7):931-42.

35. Krueger PM, Scholl TO. Adequacy of prenatal care and pregnancy outcome. J Am Osteopathic Assoc 2000;100(8):485-92.

36. Paz-Zulueta M, Llorca J, Sarabia-Lavín R, Bolumar F, Rioja L, Delgado A, et al. The role of prenatal care and social risk factors in the relationship between immigrant status and neonatal morbidity: a retrospective cohort study. PLoS One 2015;10(3):e0120765.

37. Hemat S, Takano T, Kizuki M, Mashal T. Health-care provision factors associated with child immunization coverage in a city centre and a rural area in Kabul, Afghanistan. Vaccine 2009;27(21):2823-9.

38. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. Pediatrics 2006;117(4):e646-e55.

39. American College of Obstetricians and Gynecologists [internet]. Guidelines for perinatal care (cited to 20.08.2020). Avaiable from: https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx.

40. National Institute for Health and Care Excellence Antenatal care [internet]. Routine care for the healthy pregnant woman (cited to 20.08.2020) . Avaiable from: www.pathways.nice.org.uk.

41. Minakami H, Maeda T, Fujii T. Guidelines for obstetrical practice in Japan: Japan Society of Obs- tetrics and Gynecology (JSOG) and Japan Association of Obstetricians and Gynecologists 2014 edition. J Obstet Gynaecol Res 2014;40:1469-99.

42. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [internet]. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (erişim tarihi: 20.08.2020). Erişim Adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf.

43. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [internet]. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (erişim tarihi: 20.08.2020). Erişim adresi:www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf.

44. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [internet]. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (erişim tarihi: 20.08.2020). Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf.

45. Arsenault C, Jordan K, Lee D, Dinsa G, Manzi F, Marchant T, et al. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. Lancet 2018;6(11):e1186-e95.

46. Can R, Yılmaz S, Çankaya S, Kodaz N. Gebelikte Yaşanan Sorunlar ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Sağlık ve Toplum 2019;29(2):59-64.

47. Çatak B, Öner C, Gülay M, Baştürk S, Oğuz İ, Özbek R. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. Türk Aile Hek Derg 2014;18(2):63-9.

48. Karaman M. Edirne İl Merkezindeki Anaokulu Çocuklarının Ebeveynlerinin Obezite Bilgi, Algı ve Tutumlarının Çocukluk Çağı Obezitesine Etkisi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.

49. Kok G, Guvenc G, Bilsel H, Guvener A. Does Body Image Perceptions of Women Differ During Pregnancy? Journal of Education and Research in Nursing 2018;15(4):209-15.

50. Singh SB, Madan J, Coker M, Hoen A, Baker ER, Karagas MR, et al. Does birth mode modify associations of maternal pre-pregnancy BMI and gestational weight gain with the infant gut microbiome? Int J Obez 2020;44(1):23-32.

51. Ozdemir AA, Gündemir YE. Assessment of the vitamin b12 status of pregnant women and their infants. Namık Kemal Tıp Derg 2018;6(2):53-60.

52. Ekin A, Gezer C, Taner CE, Solmaz U, Özeren M. Gebelik Öncesi Vücut Kitle İndeksinin Perinatal Sonuçlara Etkisi. Medical Journal of Bakirkoy 2017;13(1):20-5.

53. Johnson J, Clifton RG, Roberts JM, Myatt L, Hauth JC, Spong CY, Peaceman AM. Pregnancy outcomes with weight gain above or below the 2009 Institute of Medicine guidelines. Obstet Gynecol 2013;121(5):969-75.

54. Zhao R, Xu L, Wu M, Huang S, Cao XJW, Birth. Maternal pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain influence birth weight. Women Birth 2018;31(1):e20-e5.

55. Arınkan SA, Dönmez EE, Bütün Z, Bilgiç MT, Muhcu MJPJPD. Gebelikte multivitamin kullanımının doğum ağırlığına etkisi. Perinatoloji Dergisi 2017;25(2):71-5.

56. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2018;6(7):e769-e776.

57. Riaz M, Lewis S, Naughton F, Ussher M. Predictors of smoking cessation during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Addiction 2018;113(4):610-22.

58. Özel Ş, Ünal-Karagözoğlu N, Korkut S, Öksüzoğlu A, Engin-Üstün Y. Kadın sağlığı hastanesinde sigara bırakma poliklinik hizmetleri ve gebelikte sigara içen kadınların gebelik sonuçları. Turk Hij Den Biyol Derg 2019;76(1):67-74.

59. Kıssal A, Kartal B. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım içeriğinin değerlendirilmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;5(1):35-41.

60. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. Manisa'da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği. Tur Toraks Der 2009;10:20-5.

61. Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. HSP 2016;3(3):140-7.

62. Ergin A, Til A, Kasal H, Erken R R. Yarı kırsal bölgede annelerin gebelik ve doğum sonrası sigara içme davranışı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2020;24(1):23-31.

63. Huang, Y. Father's role in secondhand smoke exposure during pregnancy. Californian Journal of Health Promotion 2018;16(2):44-9.

64. Soğukpinar N, Akmeşe ZB, Hadimli A, Balçik M, Akin B. Doğumevlerinde riskli gebelik profili: İzmir ili örneği. GOP Taksim EAH JAREN 2018;4(1):37-44.

65. Yaprak M, Gümüştakim RŞ, Abdullah T, Doğaner A. Gebelerde oral glukoz tolerans testi farkındalığının tespiti. Ankara Med J 2019;19(3):635-47.

66. Patel BB, Gurmeet P, Sinalkar DR, Pandya KH, Mahen A, Singh N. A study on knowledge and practices of antenatal care among pregnant women attending antenatal clinic at a Tertiary Care Hospital of Pune, Maharashtra. Medical Journal of Dr DY Patil University 2016;9(3):354-62.

67. Pembe AB, Carlstedt A, Urassa DP, Lindmark G, Nyström L, Darj E. Quality of antenatal care in rural Tanzania: counselling on pregnancy danger signs. BMC Pregnancy Childbirth 2010;10(1):35.

68. Bintabara D, Mpembeni RN, Mohamed AA. Knowledge of obstetric danger signs among recently-delivered women in Chamwino district, Tanzania: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17(1):276.

69. Çakır EÖ, Öner C, Çetin H, Şimşek EE. İstanbul Adalar İlçesi doğum öncesi bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin değerlendirilmesi. TJFMPC 2019;13(2):111-8.

70. Filiz T, Gülpak M, Oktay AA, Demir N. Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları. KSÜ Tıp Fak Der 14(1):24-30.

71. Sezik HA, Can H, Kurnaz MA, Tuna M, Çakır YT, Ay Z. Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor? Türk Aile Hek Derg 2015;19(4):187-95.

72. Gönenç İM, Çalbayram NÇ. Contributions of pregnancy school program, opinions of women on the education and their post-education experiences Gebelerin, gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri. Journal of Human Sciences 2017;14(2):1609-20.

73. Rowe R, Magee H, Quigley M, Heron P, Askham J, Brocklehurst P. Social and ethnic differences in attendance for antenatal care in England. Public Health 2008;122(12):1363-72.

74. Gupta, S., Yamada, G., Mpembeni, R., Frumence, G., Callaghan-Koru, J. A., Stevenson, R., et al. Factors associated with four or more antenatal care visits and its decline among pregnant women in Tanzania between 1999 and 2010. 2014; PloS one, 9(7).3

75. Yücel U, Çiçeklioğlu M, Öcek ZA, Taner Ş. İzmir'in Bornova ilçesinin üç semtinde yaşayan gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma düzeyi. TAF Prev Med Bull 2015;14(5)370-8.

76. Rowe RE, Garcia J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. J Public Health Med 2003;25(2):113-9.

77. Avci DK, Oner E. Examination of the knowledge, attitude and behaviours of pregnant women on screening tests made during pregnancy. East J Med 2018;23(2):84-9.

EKLER

Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/353	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Hastanesine Doğum İçin Başvuran Kadınların Aile Sağlığı Merkezlerindeki Gebe İzlemlerini Kullanma Durumu	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:16/03**	**Tarih:30.09.2019**	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Atakan BURÇ'un çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL

EK - 2

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NE DOĞUM İÇİN BAŞVURAN KADINLARIN AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEKİ GEBE İZLEM HİZMETLERİNİ KULLANMA DURUMU

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
Arş. Gör. Dr. Atakan BURÇ
Danışman: Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Trakya Üniversitesi Hastanesi'ne Doğum İçin Başvuran Kadınların Aile Sağlığı Merkezlerindeki Gebe İzlem Hizmetlerini Kullanma Durumu" isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz.

Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1. Yaşınız: ……

2. Boyunuz: ..…….cm

3. Kilonuz: .....kg

4. Gebelik öncesi kilonuz: …….. kg

5. Medeni durumunuz:

1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış / Dul 4) Partnerle birlikte yaşama

6. Hangi ilde yaşıyorsunuz?

1) Edirne 2) Kırklareli 3) Tekirdağ 4) Diğer ……..

7. Yaşadığınız yer:

1) İl merkezi 2) İlçe Merkezi 3) Köy 4) Diğer…….

8. Öğrenim durumunuz:

1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu 5) Lise Mezunu

6) Üniversite mezunu 7) Lisans üstü

9. Mesleğiniz: ……..

10. Eşinizin mesleği: …….

11. Evliyseniz eşinizin öğrenim durumu:

1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu 5) Lise Mezunu

6) Üniversite mezunu 7) Lisans üstü

12. Aile tipiniz:

1) Çekirdek aile (siz, eşiniz ve çocuklarınız)

2) Geniş aile (siz, eşiniz, çocuklarınız, akrabalarınız)

3) Parçalanmış (boşanma / ayrı yaşama / ölüm)

13. Evinizde siz dahil kaç kişi yaşıyorsunuz?.....

14. Eşinizle akrabalığınız var mı? Evet ise lütfen derecesini belirtiniz.

0) Hayır 1) Evet……..

15. Ailenizin ortalama aylık geliri: …… Türk Lirası

16. Sigara kullanıyor musunuz?

0) İçmiyorum, daha önce içmedim.

1) İçiyordum, bıraktım. (…. yıl, günde….. adet içtim. ……. yıl önce bıraktım.)

2) Evet içiyorum. (….. yıldır, günde …….adet içiyorum.)

17. Evinizde sizin dışınızda sigara içen var mı? 1) Evet 2) Hayır

18. Alkol kullanıyor musunuz?

0) Hayır

1)Evet, haftada……gün, miktar……, cinsi…….

2)İçiyordum, bıraktım.

19. Bildiğiniz bir hastalığınız (hastalıklarınız) var mı? (Cevabınız evet ise lütfen isim/isimlerini yazınız.)

0) Hayır 1) Evet ……

20. Devamlı olarak kullandığınız bir ilacınız var mı? (Cevabınız evet ise lütfen açıklayınız.)

0) Hayır 1) Evet …….

21. Bu gebeliğiniz dahil toplam gebelik sayınız: ……

22. Bu gebeliğiniz sizin ve/veya eşiniz için istenen gebelik miydi?

1) Ben ve eşim gebeliği istiyorduk 2) Eşim istiyordu ben istemiyordum

3) Ben istiyordum eşim istemiyordu 4) İkimiz de istemiyorduk

23. Bu gebeliğinizde doğum şekliniz nedir/nasıl planlanıyor?

1) Normal Doğum 2) Sezaryen

24. Bu gebeliğinizde gebe olduğunuzu fark ettiğinizde gebeliğinizin kaçıncı haftasındaydınız?.....

25. Bu gebeliğinizde hekime ilk başvurduğunuzda gebeliğinizin kaçıncı haftasındaydınız?.....

26. Bu gebeliğinizde takiplerinizin yapıldığı yerleri sayılarıyla kutucuklara lütfen yazınız**.**

	Aile Sağlığı Merkezi	**Devlet Hastanesi**	**Özel Hastane veya Özel Klinik**	**Üniversite Hastanesi**	**Diğer**
Başvuru Sayısı					

SORU NO	27-64 arasındaki sorularda bu gebeliğinizde, konular hakkında bilgi alıp almadığınızı, aldıysanız nerede bilgi aldığınızı işaretleyiniz (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz).	Bilgi Almadım	Aile Sağlığı Merkezinden Aldım	Hastanede Aldım	Özel klinikte veya Muayenehanede Aldım	Üniversite Hastanesinden Aldım	Gebe Okulunda Aldım	Başka Kaynaktan Aldım
27	Bulantı ve Kusma	1	2	3	4	5	6	7
28	Yorgunluk	1	2	3	4	5	6	7
29	Sık İdrara Çıkma	1	2	3	4	5	6	7
30	Toprak vb. Yeme	1	2	3	4	5	6	7
31	Mide yanması	1	2	3	4	5	6	7
32	Vajinal Akıntı	1	2	3	4	5	6	7
33	Fiziksel Aktivite ve Çalışma Koşulları	1	2	3	4	5	6	7
34	Beslenme, Diyet ve Kilo Alımı	1	2	3	4	5	6	7
35	Cinsel Yaşam	1	2	3	4	5	6	7
36	Ağız ve Diş Sağlığı	1	2	3	4	5	6	7
37	Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı	1	2	3	4	5	6	7
38	Seyehat	1	2	3	4	5	6	7
39	Hijyen ve Genel Vücut Bakımı	1	2	3	4	5	6	7
40	Varis ve Hemoroid	1	2	3	4	5	6	7
41	Baş Dönmesi	1	2	3	4	5	6	7
42	Kabızlık	1	2	3	4	5	6	7
43	Memeyle İlgili Şikayetler	1	2	3	4	5	6	7
44	Bacaklarda Kasılma	1	2	3	4	5	6	7
45	Doğum Sonrası İlk Sütünüz (Kolostrum)	1	2	3	4	5	6	7
46	Görmede Bulanıklık	1	2	3	4	5	6	7
47	Aşırı Tükrük Salgısı	1	2	3	4	5	6	7
48	Ciltteki Değişiklikler	1	2	3	4	5	6	7
49	Nefes Darlığı	1	2	3	4	5	6	7
50	Çarpıntı	1	2	3	4	5	6	7
51	Halsizlik	1	2	3	4	5	6	7
52	Vajinal Kanama	1	2	3	4	5	6	7
53	Şiddetli Karın Ağrısı	1	2	3	4	5	6	7
54	Baş Ağrısı	1	2	3	4	5	6	7
55	Solunum Güçlüğü veya Sık Soluk Alıp Verme	1	2	3	4	5	6	7
56	Nöbet Geçirme (Konvülziyon)	1	2	3	4	5	6	7
57	Yüz, El ve Bacaklarda Şişme	1	2	3	4	5	6	7
58	Gebeliğinizde Su Gelmesi	1	2	3	4	5	6	7
59	İlaç Kullanımı	1	2	3	4	5	6	7
60	Doğum Eylemi ve Doğum	1	2	3	4	5	6	7
61	Gebeliğinizde Nerede ve Kim Tarafından Yapılacağının Planlanması	1	2	3	4	5	6	7
62	Emzirme ve Anne Sütünün Önemi	1	2	3	4	5	6	7
63	Doğumdan Sonra Doğum Kontrol Yöntemleri (Aile Planlaması)	1	2	3	4	5	6	7
64	Gebeliğinizde Acil Durumlarda İzleyeceğiniz Yollar	1	2	3	4	5	6	7

SORU NO	Tablodaki soruları mevcut gebeliğiniz için işlem veya danışmanlıklar açısından kaç kez yapıldığını yazarak cevaplandırınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).	Hayır	Evet, Aile Sağlığı Merkezinde	Evet, Devlet Hast.de	Evet, Özel Hastane veya Özel Klinikte	Evet, Üniversite Hastanesinde	Diğer
65	İdrar tetkiki yapıldı mı?						
66	İdrar kültürü yapıldı mı?						
67	Kan tahlili yapıldı mı?						
68	Sizin ve eşinizin kan gurubu tayini yapıldı mı?						
69	Nabız ölçümünüz yapıldı mı?						
70	Bebeğin kalp atım hızı ölçümü yapıldı mı?						
71	Size tetanoz aşısı yapıldı mı?						
72	Tansiyon ölçümünüz (kan basıncı) yapıldı mı?						
73	Gebe bilgilendirme sınıfına yönlendirildiniz mi?						
74	Boy ve kilonuz ölçüldü mü?						
75	İkili ve üçlü testler hakkında bilgilendirildiniz mi?						
76	Kan (demir) ilacı kullanımı hakkında bilgilendirildiniz mi?						
77	Karnınız dışarıdan elle muayene edildi mi?						

78. Bu gebeliğinizde gebe bilgilendirme sınıfına gittiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

79. Bu gebeliğinizde gebe bilgilendirme sınıfına gittiyseniz sizin ve/veya bebeğinizin sağlığına katkı sağladığını düşünüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

80. Bu gebeliğiniz süresince şeker yükleme testi (OGTT) yaptırdınız mı? (Cevabınız hayır ise lütfen sebebini kısaca açıklayınız.)

0) Evet 1)Hayır……

81. Gebeliğinizde kan (demir) ilacı kullandınız mı?

1) Evet 2) Hayır

82. Şu anda kan (demir) ilacı kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

83. Bu gebeliğiniz süresince Aile Sağlığı Merkezinde vitamin takviyesi kullanımı hakkında bilgilendirildiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

84. Bu gebeliğinizde gebe kalmayı planladıysanız gebe kalmadan önce folik asit kullandınız mı?

1) Evet 2) Hayır

85. Bu gebeliğinizde vitamin takviyesi kullandınız mı?

1) Evet 2) Hayır

86. Şu anda vitamin takviyesi kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

87. Gebeliğinizde D vitamini damlası kullandınız mı?

1) Evet 2) Hayır

88. Şu anda D vitamini damlası kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

Bundan sonraki soruları ve tabloyu daha önce gebe kaldıysanız doldurunuz.

89. Çocuk sayınız: ……

90. İlk gebelik yaşınız: …….

91. Kaç kez düşük yaptınız? …….

92. Kaç kez küretaj yaptırdınız? ……

93. Kaç kez ölü doğum veya doğduktan sonra vefat eden çocuğunuz oldu? ……

94. Bir önceki gebeliğinizin sonlanmasından bu yana ne kadar süre geçti?.....

95. Önceki sezaryen sayınız: ……

96. Önceki çoğul gebelik sayınız: …….

Soru No	Aşağıdaki kutucuklardan sorunun cevabı olan kutucuğa 'x' işareti koyunuz.	Hayır	Evet	Hatırlamıyorum
97	Önceki gebeliklerinizde bebeğinizin doğum ağırlığı 2500 gr'ın altında veya 4000 gr'ın üzerinde oldu mu?			
98	Önceki gebeliklerinizde hiç yüksek tansiyon saptandı mı?			
99	Önceki Gebeliklerinizde hiç idrarda protein kaçağı (proteinüri) saptandı mı?			
100	Önceki gebeliklerinizde hiç 37 haftadan küçük veya 42 haftadan büyük çocuk doğumunuz oldu mu?			
101	Önceki gebeliklerinizde hiç kan uyuşmazlığı saptandı mı?			
102	Daha önce hiç ektopik gebelik (dış gebelik) yaşadınız mı?			

		Hayır	Evet	Hatırlamıyorum
103	Önceki gebeliklerinizde hiç kan şekeriniz yüksek saptandı mı?			
104	Önceki gebeliklerinizde 7. aydan (28. Haftadan) sonra kanamanız oldu mu?			
105	Önceki gebeliklerinizde plesenta previa (bebeğin eşinin aşağıda olması) durumu yaşadınız mı?			
106	Önceki gebeliklerinizden sonra müdahale gerektiren vajinal kanamanız oldu mu?			
107	Yenidoğan döneminde (ilk 28 gün) vefat eden bebeğiniz oldu mu?			

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.