



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**DICLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**MARDİN İLİ KIZILTEPE İLÇESİNDE GEBELERE VERİLEN**  
**DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNİN İÇERİĞİNİN**  
**İNCELENMESİ**

**Cihan ADIN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Ali CEYLAN**

**DİYARBAKIR**

**2019**



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**DİCLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**MARDİN İLİ KIZILTEPE İLÇESİNDE GEBELERE VERİLEN**  
**DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNİN İÇERİĞİNİN**  
**İNCELENMESİ**

**Cihan ADIN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Ali CEYLAN**

**DİYARBAKIR**

**2019**



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



ONAY

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Cihan ADIN'ın hazırladığı "Mardin İli Kızıltepe İlçesinde Gebelere Verilen Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin İçeriğinin İncelenmesi" başlıklı tez Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: 23.09/2019

Danışman Prof. Dr. Ali CEYLAN

**Jüri Üyeleri**

Jüri Başkanı Prof. Dr. Günay SAKA

Üye Prof. Dr. Ali CEYLAN

Üye Prof. Dr. Edibe PİRİNÇCI

İmza

Bu tez Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ....../.../20.. tarih ve ..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

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

Prof. Dr. Hakkı Murat BİLGİN  
Dicle Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve tezimi Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde hazırladığımı beyan ederim.

18/10/2019

Cihan ADIN

## TEŞEKKÜR

Halk sağlığı eğitimimde ve tezimin yapılması aőamasında emek ve katkılarından dolayı tez danışmanlığımı yürüten değerli hocam Prof. Dr. Ali CEYLAN'a, halk sağlığı eğitimime olan katkılarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Günay SAKA'ya sayęı ve őükranlarımı sunarım

Tez çalıőmamın őekillenmesinde önemli katkıları olan ve tez tasarımının oluşturulması aőamalarında özgün katkılarıyla bana yol gösterip yardım eden Kızıltepe İlçe sağlık müdürü Sayın Uzm. Dr. Cihat ADIN'a, tez çalıőmamı sürdürmem konusunda bana verdiği azim ve destek için çok değerli dostum Sayın Elif AYYILDIZ'a, tez araştırma verilerinin toplanması aőamasında katkılarından dolayı Sayın Dr. Bekir KILIÇ'a ve diğer aile sağlık merkezi çalıőanlarına teőekkürlerimi sunarım.

Cihan ADIN

## İÇİNDEKİLER

<b>Beyan .....</b>	<b>I</b>
<b>Teşekkür.....</b>	<b>II</b>
<b>İçindekiler .....</b>	<b>III</b>
<b>Simgeler ve Kısaltmalar.....</b>	<b>V</b>
<b>Tablolar Dizini.....</b>	<b>VI</b>
<b>1. ÖZET .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>2. GİRİŞ ve AMAÇ .....</b>	<b>5</b>
<b>3. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>9</b>
3.1. Doğum Öncesi Bakım Kavramı .....	9
3.2. Doğum Öncesi Bakımın Ortaya Çıkışı ve Gelişim Süreci .....	11
3.3. Kadın Sağlığının Önemi ve Çocuk Sağlığı .....	13
3.4. Doğum Öncesi Bakımın Anne ve Çocuk Faydaları .....	19
3.5. Gebelikte Risk Faktörleri.....	22
3.6. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Almasının Önündeki Bariyerler.....	24
3.7. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Protokolünün İçeriği .....	25
3.8. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinde Yeterlilik ve Nitelik Kavramı .....	25
3.9. Bir Doğum Öncesi Bakım Programı Kapsamında Neler Yer Alır? .....	27
<b>4. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>28</b>
4.1. Araştırmanın Amacı .....	28
4.2. Araştırmanın Türü .....	28
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	28
4.4. Onay ve Etik İlkeler .....	30
4.5. Bağımlı Değişkenler .....	31
4.6. Bağımsız Değişkenler .....	31
4.7. Verilerin Toplaması ve Veri Toplama Araçları .....	31
4.8.Verilerin Analizi.....	34
4.9. Araştırmanın Zamanlaması .....	34

4.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları .....	34
<b>5. BULGULAR .....</b>	<b>36</b>
<b>6. TARTIşMA .....</b>	<b>54</b>
<b>7. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>65</b>
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>67</b>
<b>9. ÖZGEÇMİş.....</b>	<b>72</b>
<b>10.EKLER.....</b>	<b>73</b>
<b>11. ORİJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>82</b>



## SİMGELER ve KISALTMALAR

- AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
- ASM: Aile Sağlığı Merkezi
- AÖO: Anne ölüm oranı
- BKH: Binyıl Kalkınma Hedefleri
- BM: Birleşmiş Milletler
- CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
- DÖB/ANC: Doğum öncesi bakım/Antenatal care
- DÜ: Dicle Üniversitesi
- SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
- SPSS: Statistical Package for Social Science for Window
- SKH: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
- TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
- UAÖÇ: Ulusal Anne Ölümleri Çalışması
- UNİCEF: United Nations Children's Fund
- WHO/DSÖ: World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü
- VLBW: Çok düşük doğum ağırlığı



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Örneklemedeki grupların birey sayısı.....	36
Tablo 2. Araştırmaya katılan gebelerin bazı demografik özellikleri.....	37
Tablo 3. Araştırmaya katılan gebelerin bazı doğurganlık özellikleri.....	40
Tablo 4. Araştırmaya katılan gebelerin son DÖB aldığı yer ile ilgili bazı özellikler	43
Tablo 5. Araştırmaya katılan gebelerin son DÖB aldığı yer ile iletişim ve bilgi paylaşımı hizmetlerinin dağılımı.....	43
Tablo 6. Araştırmaya katılan gebelerin son DÖB aldığı yer ile danışmanlık hizmetlerinin dağılımı .....	45
Tablo 7. Araştırmaya katılan gebelerin son DÖB aldığı yer ile fizik muayene hizmetlerinin yapılma durumlarına göre dağılımı.....	47
Tablo 8. Araştırmaya katılan gebelerin son DÖB aldığı yer ile test ve laboratuvar hizmetlerinin dağılımı .....	48
Tablo 9. Araştırmaya katılan gebelerin son DÖB aldığı yer ile ilaç desteği ve bağışıklama hizmetlerinin durumlarına göre dağılımı.....	49
Tablo 10. Gebelerin birinci basamak sağlık kuruluşlarından (ASM'ler) aldığı bazı DÖB hizmetlerinin gebelik haftalarına göre dağılımı.....	51
Tablo 11. Gebelerin ikinci basamak sağlık kuruluşlarından (KHD Uzmanları) aldığı bazı DÖB hizmetlerinin gebelik haftalarına göre dağılımı .....	53

# MARDİN İLİ KIZILTEPE İLÇESİNDE GEBELERE VERİLEN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNİN İÇERİĞİNİN İNCELENMESİ

**Öğrencinin Adı Soyadı: Cihan ADIN**

**Danışmanı: Prof. Dr. Ali CEYLAN**

**Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

## 1. ÖZET

**Amaç:** Çalışmanın amacı Mardin ili Kızıltepe ilçesinde aile hekimleri ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının (KDH) verdiği doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetlerinin içeriğini değerlendirmektir.

**Gereç ve yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan araştırmanın evrenini, 2017 Nisan'da Mardin ili Kızıltepe ilçesinde aile hekimliği birimlerine kayıtlı 2564 gebe oluşturmaktadır. Örneklem hesaplarırken Türkiye'de yeterli doğum öncesi bakım prevalansı (%89) kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü tabakalı örnekleme ile belirlenerek 142 olarak hesaplanmıştır. Anket gebenin sosyodemografik, obstetrik özellikleri ile DÖB'da yapılan hizmetleri içeren sorulardan oluşturulmuştur. Veriler, yüz yüze görüşülerek ve gebeden sözlü onam alınarak toplanmıştır. Veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Yüzde dağılımları, ortalama değerler hesaplanmış, verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare ve Fisher-Exact test kullanılmıştır.

**Bulgular:** Gebelerin yaş ortalaması 29,28 ( $\pm 6.944$ ) olup bunların %37,3'ü (n=53) okuryazar değildir. Aile hekimleri gebelerin %97,2'sinin kilosunu ve kan basıncını ölçülmüşken %98,6'sının kan tetkikini yapmıştır. KDH uzmanları gebelerin %98,3'ünün çocuk kalp sesini dinlemişken %92,6'sının da ultrason muayenesini yapmıştır. Gebelere ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşunda D vitamini takviyesi verilme oranları sırasıyla %91,4; %53,3; %52,2 iken toplamda %73'tür.

**Sonuç:** DÖB veren kurumlar fizik muayene, ilaç desteği, bağışıklama, test ve laboratuvar hizmetlerini öncelerken danışmanlık konularını geri planda tutmuştur. Aile hekimleri iletişim konusunda KDH uzmanlarından daha başarılıdır. ( $p < 0,001$ ). Aile hekimleri daha çok fizik muayene, bağışıklama, demir takviyesi konusunda

hizmeti öncelemiŐ iken, KHD uzmanları KS muayenesi, en uygun doğum Şekli bilgisi, doğumun nerede yapılacağının planlanmasını öncelemiŐtir. DB izlemlerinin daha homojen sunulması ve niteliğinin artması için DB sunucularının düzenli olarak hizmet içi eğitimler alması ve ilgili birimlerce belirli aralıklarla izlenerek değerlendirilmesi yararlı olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Kızıltepe, doğum öncesi bakım, nitelik, aile hekimi, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı



# EVALUATION OF PRENATAL CARE SERVICES CONTENT GIVEN TO PREGNANT WOMAN IN KIZILTEPE DISTRICT OF MARDIN PROVINCE

**Student's Surname and Name: ADIN Cihan**

**Adviser of thesis: Prof. Dr. Ali CEYLAN**

**Department: Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

## 1.1.ABSTRACT

**Aim:** The aim of the study was to evaluate the content of prenatal care services provided by family physicians and gynecology specialists in Kiziltepe district of Mardin province.

**Materials and Methods:** The population of this descriptive cross-sectional study consisted of 2564 pregnant women enrolled in family medicine units in Kiziltepe district of Mardin province in April 2017. Sample calculating the prevalence of prenatal care in Turkey (89%) was used. The sample size was determined by stratified sampling and calculated as 142. The questionnaire was composed of questions including sociodemographic, obstetric characteristics of pregnant and services performed in PC. Data were collected by face-to-face interview and informed consent was obtained from the pregnant woman. The data were evaluated by using SPSS package program. Percentage distributions, mean values were calculated and Chi-square and Fisher-Exact tests were used to evaluate the data.

**Results:** The mean age of the pregnant women was 29.28 ( $\pm$  6.944) and 37.3% (n = 53) of them were illiterate. While 97.2% of pregnant women weight and blood pressure were measured, 98.6% of family physicians performed blood tests. gynecology specialists listened to the heart sounds of 98.3% of the pregnant women and 92.6% of them performed ultrasound examination. The rates of vitamin D supplementation were 91.4% in ASM, public hospitals and private health care institutions; 53.3%; While it is 52.2%, it is 73% in total.

**Conclusion:** The institutions providing ANC prioritized physical examination, drug support, immunization, testing and laboratory services. Family physicians are more successful in communication than gynecology specialists. (P <0.001). Family

physicians are more concerned with physical examination, immunization and iron supplementation. while gynecology specialists prioritized the EQS examination, the most appropriate way of delivery information, and planning where the delivery would take place. In order to make PC monitoring more homogeneous and to improve its quality, it may be beneficial to have PC services regularly receive in-service trainings and to monitor and evaluate them at regular intervals.

**Keywords:** Kızıltepe, Antenatal care, Quality of health care, family physician, . gynecology specialists



## 2. GİRİŞ ve AMAÇ

Toplum aile dediğimiz sosyal ve kültürel kurumlardan oluşur. Toplumun devamlılığının sağlanmasında, topluma uygun bireylerin yetiştirilmesinde ve topluma ait kültürel değerlerin bir sonraki nesillere aktarılmasında ailenin büyük bir işlevi vardır. Bu evrensel rol, doğurganlık fonksiyonu ile yerine getirilir (1). Doğurganlık kadın bedeni için normal fizyolojik bir olay olmasına rağmen, gebeliğin getireceği risklerden ayrı düşülmemelidir. Her gebelik beraberinde çeşitli riskler barındırır (2). Bu risklerin erken dönemde teşhis edilerek tedavi edilmeleri gebeliğin hem anne hem de bebek için sağlıklı bir şekilde sürmesini sağlayacaktır (3).

Anne ve çocuk sağlığını doğrudan etkileyen gebelik, doğum ve postpartum dönemdeki komplikasyonlar özellikle gelişmekte olan ülkelerde başlıca ölüm ve sakatlık nedeni olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) son istatistikleri bizlere küresel anlamda anne sağlığının durumunun acınacak boyutlarda olduğunu göstermektedir. 2015 yılı içerisinde Dünya çapında her gün yaklaşık 830 kadın gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlardan ölmüştür. Rapora göre, bu ölümlerin neredeyse tamamı yetersiz sağlık kaynaklarının olduğu ortamlarda meydana gelmiştir. Bunların %99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmüş olup; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım yetersizliğine bağlı olarak gelişen önlenilebilir kayıplardır (4, 5).

DSÖ'nün 1987 yılında dünya genelinde başlattığı “güvenli annelik” seferberliğiyle “tüm kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde gereksinimi olan güvenli ve sağlıklı bakımı elde etmelerinin” sağlanması amaçlanmıştır. Anne sağlığına yönelik hizmetlerin yetersiz kalması nedeniyle gebelik ve doğum sonrası dönemlerde oluşabilecek komplikasyonlar sonucunda annelerin ve bebeklerin ölüm ve sakatlıklarının azaltılmasına odaklanılmış ve bu kapsamda temel müdahale olarak doğum öncesi bakımın işlevi de öne çıkarılmıştır (6).

DÖB diğerk bir ifadeyle prenatal veya antenatal bakım, kadının ve doğmamış bebeğinin sağlık bakımındır. Bu bakım, biyolojik, fizyolojik ve psikolojik kısımları içerir ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır (7).

Dünya’da ilk kez 1930’ların sonlarında Birleşik Krallık ve Kuzey İrlanda’da kadınların, doğum bakım hizmetinin ayrılmaz bir parçası olarak gebelik sırasında düzenli olarak doğum öncesi takiplerinin yapılması düşüncesiyle ortaya çıkmıştır. Daha sonraları bu uygulamanın anne ölümlerini önlemedeki etkinliği anlaşılınca daha da bir önem kazanıp yaygınlaşmıştır (8).

Ülkeler doğum öncesi bakım ve eğitim politikalarını kendi mevcut durumları ve ihtiyaçlarına göre belirleyip uygular. DÖB alma oranı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Günümüzde gelişmiş ülkelerde gebelerin tamamına yakını DÖB alırken gelişmekte olan ülkelerde daha düşük düzeyde bakım hizmeti verilmektedir (9-11).

DSÖ yeterli doğum öncesi bakım hizmetini “ilk bakımın gebeliğın ilk üç ayında olması”, “gebelik sürecinde en az dört kez doğum öncesi bakım alınması” ve “bakımın sağlık personeli (doktor ve hemşire) tarafından yapılmış olması” koşullarının sağlanması olarak tanımlamıştır (11).

Ülkemizde DÖB hizmetleri, bütün ülke düzeyinde her beş yılda bir yapılan “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması” (TNSA) ile nicelik ve nitelik olarak değerlendirilmektedir. (TNSA)-2013 sonuçlarına göre, ülkemizde gebelerin DÖB alma oranı %90,3, en az bir bakım alma oranları %2,7 ve dört ve daha fazla sayıda bakım alma oranı ise % 88,9’ dur (12). Ülkemizde 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri (UAÖÇ) çalışmasına göre, ölen her 10 anneden 6’sı önlenebilir nedenlerle hayatını kaybetmiş, her 5 anneden biri DÖB almamıştır. Buna göre anne ölümlerinin %23,6’sından niteliksiz DÖB hizmetlerinin sorumlu olduğu belirlenmiştir (13).

Sağlık Bakanlığı bu durumlardan yola çıkarak, 2008 yılında hem nicelik hem de nitelik açısından standart bir DÖB hizmeti verilmesi için Doğum Öncesi

Bakım Yönetim Rehberi'ni hazırlayarak uygulamaya koymuştur. Rehberde gebelik süresince her gebenin en az 4 kez izlenmesi istenmiş olup her izlemde yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri tanımlanmıştır (14).

Doğum öncesi bakımın yeterliliği iki komponentten oluşur. Bunlar DÖB'in niceliği (izlem zamanlaması ve sayısı) ve niteliğidir (sağlık hizmetlerinin kalitesi). Doğum öncesi bakımın kalitesini ölçmek için mevcut standart bir protokol bulunmamaktadır. DÖB'in niteliği, anne ve bebek sağlığı için önemli bir göstergedir. Günümüzde bazı popüler çalışmalar doğum öncesi bakım içeriğini kullanarak DÖB kalitesini ve yeterliliğini ölçmeye çalışmıştır. Bununla beraber bu güne kadarki DÖB yeterliliği üzerine yapılan bunlar gibi az sayıda birkaç çalışma dışında genelde DÖB yeterliliği birinci komponent üzerine yoğunlaşan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Buna rağmen çalışmalarda doğum öncesi bakımın niteliğinden ziyade niceliği ön planda tutulmuştur. Oysaki doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin hem nicelik hem de nitelik olarak yeterli olması anne ve çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için büyük önem taşımaktadır. Durum böyle iken doğum öncesi bakımın niteliğini ölçen herhangi standart bir protokol de henüz mevcut değildir (15-17).

Ülkemizde DÖB hizmetleri genellikle izlem sayısının yeterliliğine göre niceliksel olarak değerlendirilmektedir. DÖB hizmetlerin içeriği, ilk verildiği zaman, gebeye izlem sırasında hangi bilgilerin ne zaman aktarıldığı gibi niteliksel özellikler az sayıda araştırmada değerlendirilmektedir. DÖB'in niceliği önemli olmakla beraber DÖB'ün niteliği ve etkinliği de göz önünde bulundurulması gereken önemli bir husustur. Doğum öncesi bakım içeriği ve bakımın kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışma sayısı çok azdır. Bundan dolayı DÖB'ün niteliği ve kalitesi giderek daha fazla gündeme gelmeye başlamıştır (15, 18, 19). Nitelikli bakım için; etkili klinik ve klinik olmayan müdahalelerin, sağlık altyapısının güçlendirilmesi ve sağlık sunucuların optimum beceri ve tutumlarının uygun bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Halk sağlığı araştırmalarının, anne ve yeni doğan morbidite ve mortalitesini sona erdirmek için gebelere, destekleyici bir ortamda sunulan kanıt temelli uygulamaları içeren



DÖB hizmetinin niteliğini olumsuz yönde etkileyen faktörleri irdelemesi önemlidir. Bu anlamda bu faktörlerin ortaya çıkardığı olumsuz sonuçların asgariye indirmenin yolları aranmalıdır. Bu araştırmada Mardin ili Kızıltepe ilçesinde temel koruyucu sağlık hizmetlerinden olan DÖB hizmetleri içerik açısından araştırılarak aile hekimi( ASM) ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının (devlet hastanesi ve özel hastane) verdiği doğum öncesi bakımı ne derecede nitelikli olarak sunulduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Nitelikli bakım için; etkili klinik ve klinik olmayan müdahalelerin, sağlık altyapısının güçlendirilmesi ve sağlık sunucuların optimum beceri ve tutumlarının uygun bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Halk sağlığı araştırmalarının, anne ve yeni doğan morbidite ve mortalitesini sona erdirmek için gebelere, destekleyici bir ortamda sunulan kanıt temelli uygulamaları içeren DÖB hizmetinin niteliğini olumsuz yönde etkileyen faktörleri irdelemesi önemlidir. Bu anlamda bu faktörlerin ortaya çıkardığı olumsuz sonuçların asgariye indirmenin yolları aranmalıdır. Bu araştırmada Mardin ili Kızıltepe ilçesinde temel koruyucu sağlık hizmetlerinden olan DÖB hizmetleri içerik açısından araştırılarak aile hekimi( ASM) ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının (devlet hastanesi ve özel hastane) verdiği doğum öncesi bakımı ne derecede nitelikli olarak sunulduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır

### 3. GENEL BİLGİLER

#### 3.1. Doğum Öncesi Bakım Kavramı

Doğum öncesi bakım; annenin ve bebeğinin gebelik süresince profesyonel bir sağlık personeli tarafından, periyodik olarak gerekli muayene ve öneriler yapılarak izlenmesidir (18, 20).

DÖB, üreme sağlığı çerçevesinde mutlaka ele alınması gereken üreme sağlığı hizmetlerindedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan “güvenli annelik paketi”nde DÖB, anne ve neonatal ölümlerin azaltılmasında temel müdahale olarak göze çarpmaktadır. DÖB’ün temel hedefi kadının gebe kalmasından doğuma kadar geçen sürede anneyi, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunları olup olmadığını belirlemeyi ve varsa uygun çözümlerini sunmaktır (21).

DÖB, biyolojik, fizyolojik ve psikolojik kısımları içerir ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır (4). Gebelik fizyolojik bir kavram olarak değerlendirilse bile, kadın ve ailesi için önemli biyopsikososyal adaptasyon gerektiren bir süreçtir. Bu dönemde gebenin ve ailenin ihtiyaçları doğrultusunda verilen bireyselleştirilmiş DÖB hizmetleri, hem gebeliğe özgü adaptasyonu kolaylaştırmakta hem de tüm perinatal sürecin sağlıklı ve güvenli bir şekilde geçirilmesinde fayda sunmaktadır. Böylece gebenin ve bebeğin en iyi sonuçlara ulaşmasına katkı sağlamaktadır (1, 2, 22).

DÖB genel olarak kadının gebelik dönemi boyunca sağlığının korunması ve bu süreci sağlıklı geçirmesi, akabinde sağlıklı bebekler doğmasını amaçlamaktadır. DÖB’in özel amaçları ise annede gebelikten önce var olan hastalıkları tespit etmek, gebelik komplikasyonu olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisini gerçekleştirmek, sağlık durumu gerekli kılıyorsa sağlık kuruluşuna sevkini sağlamak, riskli gebelikleri saptamak, doğacak olan bebeği intrauterin izlemek, anneyi tetanosa karşı bağışıklamak, doğumun nerede, nasıl ve hangi sağlık personeli tarafından yapılacağına karar vermek, annenin beslenmesini, gebelik döneminde hijyeninin nasıl sağlanacağını anlatmak, doğum eyleminin nasıl gerçekleşeceği ve

doğum sonrası bakımda dikkat edilecek hususlar hakkında doğum sonrası bebek bakımı ve çiftlerin uygulayabileceği gebelikten korunma yöntemleri konusunda eğitim vermektir (20, 23).

Prekonsepsiyonel dönemde yapılan değerlendirmelerle anne adaylarının sahip oldukları risklerin belirlenip bu riskler doğrultusunda gerekli takiplerin yapılması çok önemlidir. Ülkemizde, evlilik öncesi verilen danışmanlık hizmetlerini saymazsak standart bir prekonsepsiyonel bakım şeması henüz devlet eliyle uygulamaya konulmamıştır. Böylelikle, anne adayları gebelik öncesi dönemde bakıma genellikle başvurmadıklarından anne adaylarının durum ve taşıdıkları riskler gebelik öncesi bakımın ilk izleminde değerlendirilmektedir (23, 24). Bu durum doğum öncesi bakımın önemini daha da artırmaktadır.

DÖB'ın gebeliğin erken zamanlarında başlatılması, gebelikte oluşabilecek sıkıntıları önlemekte daha etkili olmaktadır. Buna göre ilk DÖB izleminin, gebeliğin üçüncü ayından önce yapılması gerekir. Gebeliğin erken dönemlerde tespit edilmesi; obstetrik hastalıkların erken teşhis edilmesi açısından önemlidir. Gebenin ve bebeğin sorunlarını görmek için gerekli uygulamalar yapılmalı ve oluşabilecek problemlerin erken anlaşılıp önlenmesi açısından anne ve babaya gerekli eğitimler verilerek bilgilendirme ve danışmanlık yapılmalıdır. Yapılan izlemlerin sayısı da, doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme önem arz eder. Bu bağlamda önerilen bakım programı, gebelikte ilk 28 hafta boyunca her ay, daha sonra 36. haftaya kadar iki haftada bir ve daha sonra doğuma kadar her hafta şeklindedir. Bu da gebelik süresince en az 10 doğum öncesi bakım anlamına gelmektedir. DSÖ yeterli doğum öncesi bakımı “ilk bakımın gebeliğin ilk üç ayında olması” ve “gebelik sürecinde en az dört kez doğum öncesi bakım alınması” ve “bakımın sağlık personeli (doktor ve hemşire) tarafından yapılmış olması” koşullarının sağlanması olarak belirtmiştir (25, 26).

DÖB hizmetleri eğitilmiş, 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 dönüşümden sonra da aile hekimlerinin sorumluluğunda yürütülmesiyle beraber 1999'dan bu yana DÖB

alma oranı artış göstermiş ebeden bakım alanların oranı azalmış hekime başvuru ise artmıştır (27).

Anne ve bebek ölümlerini önlemeye yönelik yapılan çalışmalardan birisi olan 2005 UAÖÇ'na göre ülkemizde, her 10 anneden 6'sı önlenebilir nedenlerle yaşamını yitirmiş, her 5 anneden biri DÖB almamış, DÖB alan her 4 anneden biri ise niteliksiz bakım almıştır (13).

Bu verilerden hareketle, 2008 yılında ulusal düzeyde daha nitelikli ve standart DÖB hizmeti verilmesi için Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi hazırlamıştır (14).

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre, gebeliğe bağlı şikâyeti olmayan ve sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmeyen bir gebe en az dört kez izlenmektedir. Bu izlemlerin ilki gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde, ikincisi 18-24. haftalar arasında, üçüncüsü 28-32. haftalar, dördüncüsü ise 36-38. haftalar arasında olmaktadır. Herhangi bir risk saptanması halinde ise DÖB izlem planı ve sayısı yeniden şekillenmelidir. DÖB hizmetini sunucusu tarafından gebelik süreci ile ilgili herhangi bir risk tespit edilmesi durumunda izlemlerin sayısı ve planlama yeniden belirlenmektedir (14, 17).

### **3.2. Doğum Öncesi Bakımın Ortaya Çıkışı ve Gelişim Süreci**

DÖB'in tarihçesi oldukça eskiye dayanmaktadır. Maloni ve ark., tarihsel süreç içinde DÖB'in gelişimini ele aldıkları makalelerinde; 1800'lü yıllarda DÖB'in mitlere dayandığını, 1840'lı yıllarda proteinüri ve ödemi olan kadınlarda preeklampsi ve eklampsinin gözlenmesiyle bugünkü DÖB modelinin geliştirilmesinde önemli bir adımın atıldığını ve ilk perinatal kliniğin Dublin'de açıldığını bildirmektedirler. O dönemlerden günümüze DÖB ile ilgili birçok model geliştirilmiştir (28).

Gebeler için rutin doğum öncesi bakım ziyaretleri, Avrupa ve Kuzey Amerika'da neredeyse bir asır önce, anne ve bebek ile ilgili sağlık sonuçları üzerine olumlu etki yaratacağı kanıtlanmamış varsayımı ile ortaya kondu, Bugünkü uygulandığı haliyle doğum öncesi bakım programları, geçtiğimiz yüzyılın ilk

dekatlarında Avrupa’da geliştirilen modellerden kaynak almaktadır. Modern anlamda DÖB gebelik sırasında düzenli kontrol ve muayene düşüncesi ile 1930’lu yılların sonlarına doğru İngiltere ve Kuzey İrlanda otoritelerinin, kadınlara gebelikleri sırasında düzenli kontrol yapılmasını önermesi ile ortaya çıkmıştır. Bu gelişme doğum bakımının anne ölümlerini azalttığından anlaşılmasından sonra daha da önem kazanmıştır. Bu zamana kadar, Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı, doğum öncesi muayenenin yaklaşık 16 haftada başlaması gerektiğini ardından 24. ve 28. Haftalarda ziyaret yapılmasını, daha sonra da 36. haftaya kadar iki haftada bir, sonrasında haftalık ziyaretlerle izlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu rehberde ayrıca her bir ziyaret için muayenenin içeriği ortaya konmuş ve 32 ve 36 haftalarda bir tıbbi görevli tarafından yapılması önerilmiştir. Bildiğimiz kadarıyla, bu öneriler dünya çapında doğum öncesi bakım programlarının temelini oluşturmuştur. Tıbbi bilgi ve teknoloji geliştikçe, rutin olarak sunulan doğum öncesi bakım paketine yeni bileşenler eklenmiştir. Bunlar, yüksek riskli kadınların belirlenmesi konusundadır. Ayrıca düşük riskli kadınlar için doğum öncesi bakım hizmeti sunan hekimler ve ebeler arasındaki güç değişimleri ile ilgilidir. Modern doğum öncesi bakımın başlangıcından beri, ortak bileşenlerinin birçoğu resmi olarak değerlendirilmiştir. Alternatif bakım paketlerinin göreceli yararları, tehlikeleri ve maliyetleri hakkında çok az güvenilir kanıt bulunmaktadır. Geçmişte, doğum öncesi bakım ziyaretleri sıklığı, ziyaretler arasındaki zaman aralığı ve her ziyaretin içeriği için alternatif programlar çok fazla karşılaştırılmamıştır. Doğum öncesi bakım belki de rasyonel olmaktan çok ritüel olmuştur (8, 29, 30).

Ülkemizde ilk doğum ve çocuk bakım evleri 1926 yılında Ankara’da hemen ardından da Konya ‘da açılmıştır. 1952 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı’nın DSÖ ve UNICEF ile yaptığı anlaşma ile Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezlerinin kurulması sağlanmıştır. Bu merkezler anne adaylarına gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde sağlık bakımı hizmetleri sunmayı amaçlamıştır. Gebelerin ve okul öncesi çocukların izlenmesine önem vermesi beklenen bu örgüt, ülke genelinde hizmet sunamamıştır. 1961 yılında, dönemin Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı, “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa”nın çıkarılmasına öncülük etmiştir. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile DÖB hizmetlerinin sağlık ocakları tarafından herkese ulaştırılması amaçlanmış, bu görev

sağlık ocağı ebelerine verilmiştir. Daha sonra Türkiye’de ilk kez Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Toplum Hekimliği Bölümü kurulmuştur (17, 25, 27).

1978 yılında 67 uluslararası örgüt ve 134 ülke yetkilisinin katılımıyla Alma-Ata’da toplanan ve Alma Ata Konferansı olarak da bilinen “Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı”, sağlık hizmetlerini geliştirmek ve dünyadaki bütün insanların sağlık düzeylerini iyileştirmek için çözüm önerilerinin tartışıldığı bir toplantıdır. Toplantıda “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefine ulaşılabilmesi için ilkeler belirlenmiştir. Bu ilke ve öneriler Alma-Ata Bildirgesi olarak anılan bildirmede yer almaktadır. Alma-Ata Bildirgesi’nin kabul edilmesinden bu yana sağlık alanında pek çok gelişme olmuş ve bütün dünyada birçok değişiklik yaşanmıştır. Alma Ata Bildirgesi’ne göre, “2000 Yılında Herkese Sağlık” amacına ulaşmanın yolu temel sağlık hizmetleridir. Temel sağlık hizmetleri, Bildirge’nin VI. maddesinde “toplum içindeki faydaları, ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş ve pratik, bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli metot ve teknoloji üzerine kurulmuş kilit sağlık hizmetleri” olarak tanımlanmış ve sonraki maddede de nitelikleri açıklanmıştır. Buna göre geleneksel tıbbi bakım anlayışı ile temel sağlık hizmetleri arasındaki farklar açıklık kazanmıştır. Bu bildirme incelendiğinde içerdiği ilke ve önerilerin, 1961’de yürürlüğe giren 224 sayılı yasa ile Türkiye’de gerçekleştirilmeye çalışılanların aynısı oldukları görülmektedir (31-33).

### **3.3. Kadın Sağlığının Önemi ve Çocuk Sağlığı**

Kadının biyolojik özelliği ve fizyolojik görevlerinden kaynaklanan durumların sebep olduğu morbidite ve mortalite yükü; toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yol açtığı sağlık sıkıntıları kadın sağlığının özellikli olmasına sebep olan etkenlerdir (20).

Annenin sağlığı, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar doğacak çocukların sağlığı açısından da önemlidir. Anne sağlığı aile sağlığından ve dolaylı olarak toplum sağlığından ayrı düşünülemez. Çünkü sağlıklı kadın sağlıklı gebe olur ve sağlıklı çocuk doğurur, sağlıklı çocuk da sağlıklı toplumun bireylerini oluşturur (22). Bu nedenle sağlıklı bir topluma giden yolda yapılacak en önemli yatırımlardan biri kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesidir (34).

Annenin gebeliği sırasında karşılaşabileceği risk faktörleri kontrol altına alınmalıdır. Annedeki sağlık sorunları anneler kadar bebeklerin yaşamı da risk altına girmektedir. Annenin sağlığını olumsuz olarak etkileyebilecek bu durumlar kontrol altına alınmadığında hem annenin hem de bebeğinin yaşamı risk altına girer. Bu riskler prekonsepsiyonel dönem, prenatal dönem, intrapartum ve neonatal dönemde ortaya çıkabilirler. Dolayısıyla riskli bir gebelik geçiren annenin bebeği riskli bir yenidoğan olarak dünyaya gelir (28, 34).

Anne ölümleri, kadın sağlığı ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan çok yönlü bir kalkınma göstergesi olarak kabul edilmektedir. Uluslararası Hastalık ve Sağlık Problemlerinin İstatistiksel Sınıflanmasının 10. Revizyonun'da anne ölümü, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan bir nedenden kaynaklanan kadın ölümüdür (35, 36).

Sağlık göstergeleri, ülkelerin sağlık düzeyleri hakkında bilgi elde edilmesi ve ülkelerarası karşılaştırmalar yapılabilmesi için objektif, standart ve niceliksel değerlendirme ölçütleridir. Yaygın olarak kullanılan sağlık düzeyi göstergesi olan anne ölümleri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki eşitsizliğin en çarpıcı örneği olarak tanımlanmıştır (13, 37).

1974-75 yıllarında yapılan Türkiye Nüfus Araştırması, ülkemizde anne ölümleri ile ilgili ulusal düzeyde yapılan çalışmadır. Hayati olaylara ilişkin kayıt sistemindeki bilgi eksikliğini kapatacak ikili kayıt sistemini kurmak amacıyla yürütölen bu çalışmaya göre anne ölüm oranı (AÖÖ), 100,000 canlı doğumda 208 anne ölümü olarak belirlenmiştir. Fakat sağlık açısından yanlış tahminler ürettiği için bu çalışmaya devam edilmemiştir. 1989 Türkiye Nüfus Araştırması'nda ise AÖÖ, 1981 yıl ortası için 100,000'de 132 olarak bulunmuştur. Kız kardeş yönteminin kullanıldığı bu araştırmada kullanılan yöntemin ve örneklem büyüklüğünün doğası nedeniyle ne anne ölümündeki farklılıklar ne de risk faktörleri ortaya konulamamıştır. 1997-1998 yıllarında, ülkemizdeki 53 ildeki 615 hastanede yapılan çalışmada ise AÖÖ 100,000'de 49 olarak ortaya konmuştur. Bu çalışma ülkemizin

tamamını kapsamamasına rağmen anne ölümlerinin tıbbi nedenlerine ilişkin bilginin toplanması açısından faydalı olmuştur (13, 38, 39).

Ülkemizde kurumsal ve yerel düzeyde yapılmış hastane tabanlı bu çalışmalara rağmen, Türkiye’de anne ölümlerinin düzeyi, anne ölümlerinin bileşenleri ve anne ölümlerindeki farklılaşmalar 2005 UAÖÇ gerçekleştirilene kadar bilinmemekteydi. 2005 yılında ulusal çapta yapılan bu çalışmada gebeliğe bağlı ölüm oranı 100,000 canlı doğumda 38.3 ( $\pm$  2.8) olarak bulunmuştur. Gebeliğe bağlı en düşük ölüm oranı Batı Anadolu Bölgesi’nde 100,000 canlı doğumda 12.4 ( $\pm$  5.0) iken, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’nde ise 100,000 canlı doğumda 93.3 ( $\pm$  17.2) ile en yüksek olarak bulunmuştur. 2007 yılından bu yana anne ölümleri, “Anne Ölümleri Veri Sistemi” ile izlenmeye başlamıştır. 2007 yılında 100.000 canlı doğumda 21.2 olan anne ölüm oranı, 2016 yılında 100.000 canlı doğumda 14.7 olarak saptanmıştır. “Anne Ölümlerini İzleme ve Önleme Programı” geliştirilerek, program kapsamında Türkiye’nin her ilinde “İl Anne Ölümlerini Tespit ve Önleme Birimi” ve “İl İnceleme Komisyonu”, bakanlık bünyesinde ise “Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonu” ve “Merkez İnceleme Komisyonu” oluşturulmuş, önlenabilir anne ölümlerinin önlenmesi amaçlanmıştır (13, 38).

2015 yılı içerisinde Dünya çapında yaklaşık 303 000 gebe doğum ve gebelik ile ilgili komplikasyonlardan dolayı ölmüştür. Bu kayıpları güne vurduğumuzda 2015 yılında her gün 830 kadın gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlardan ölmüştür. Rapora göre, bu ölümlerin neredeyse tamamı yetersiz sağlık sistemli kaynaklarının olduğu ortamlarda meydana gelmiştir. Bunların çoğu doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım yetersizliğine bağlı olarak gelişen önlenabilir kayıplardır Dünya’da anne ölümleride bölgesel farklılıkların etkisi göz ardı edilemeyecek bir boyuttadır. Öyle ki gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin % 99’undan fazlası gerçekleşmektedir. Anne ölümlerinin %62’si Sahra altı Afrika’da ve %24’ü Güney Asya’da gerçekleşmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 2015 yılında anne ölüm hızı, 100 000 canlı doğumda 239 iken, gelişmiş ülkelerde 12’dir. Anne ölüm hızı, kırsal alanlarda ve yoksul topluluklar arasında daha yüksektir (4, 5).



1987’de Nairobi’de DSÖ, BM kuruluşları, hükümetler, Sivil Toplum Örgütleri ve diğer çeşitli kuruluşlar güvenli annelik programını başlatarak 2000 yılında anne ve yeni doğan ölümlerini %50 azaltmayı hedeflemişlerdir. 1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) ile içlerinde Türkiye’nin de olduğu 179 ülkenin kabul ettiği Eylem Programı, 2015 yılına dek uygulanmak kabul edilmiştir. Bu konferansta kalkınmanın bel kemiği olarak insan odak merkezi olarak alınmış geleneksel nüfus politikası yaklaşımlarından farklı yaklaşımlar geliştirilmiş, üreme haklarının güçlendirilmesi, üreme sağlığının geliştirilmesi, kadınların güçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması konularında ortak görüş belirtilmiştir (40).

1975 yılından itibaren Birleşmiş Milletler kadın hakları konusunda dört büyük uluslararası konferans düzenlemiştir. Bunlardan dördüncüsü Eylül 1995 tarihinde Pekin’de düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansıdır. Konferansın ardından yayınlanan bildirme ve eylem planı, anne ölümü ve uzun dönem sekelleri olmak üzere kadın sağlığı, devletlerin toplumsal cinsiyet politikaları ele alınmış ve aralarında ülkemizin de bulunduğu birçok ülke bu hareketi tanıyarak içinde yer almıştır (41).

Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen Binyıl Kalkınma Hedeflerinden (MDG) üçüncüsü dünyada anne ölüm oranının azaltılması şeklinde belirlenmiştir. Bu hedefte “1990 ile 2015 yılları arasında anne ölüm oranının dünyada dörtte üç oranında azaltılması” yer almaktadır. Anne ölümlerinin 2015 yılında belirlenen hedefe düşürülmemesinin yanı sıra halen dünyada önemli halk sağlığı sorunlarından birisi olmaya devam etmesi nedeniyle müdahalelerin devam etmesi gerekmektedir. Bu nedenle de Bin Yıl Kalkınma Hedeflerinin devamı niteliğinde olan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) içinde yer alan sağlık hedefinde temel başlıklar arasında yer almaktadır. SKH içinde yer alan anne ölümlerini sona erdirmeye yönelik hedefte “Dünya’da anne ölümlerini 2030 yılına kadar yüz binde 70’e” düşürülmesi yer almaktadır. (42).

2015’te, Milenyum Kalkınma Hedefleri’ne yönelik ilerlemeyi gözden geçirdikçe, mortalitenin azaltılmasında kayda değer ilerlemelere rağmen, dünyada

hâlâ önemli derecede anne ve bebek ölümünü gerçekleştirmektedir. Anne ölüm oranının Milenyum Kalkınma Hedeflerine (MDG) göre her yıl %5,5 oranında azaltılması hedeflenmiş iken azalma yılda %2,6 oranında gerçekleşmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde doğrudan anne ölümünün beş temel obstetrik nedeni vardır. Bunlar gebelik, doğum eylemi ve doğum sonrası kanama (% 25), gebeliğe bağlı hipertansiyon (% 12), enfeksiyon (% 15), sağlıklı düşük (% 13) uterus rüptürü ile sonuçlanan engellenmiş eylem (% 8) olarak sayılabilir (43).

Ülkemize gebeliğe bağlı ölümlerin büyük bölümü postpartum dönemde gerçekleşmekle beraber ana ölüm nedenlerine bakıldığında; gebe kadınların yüzde 58.4'ü doğrudan, 15.8'i ise dolaylı nedenlere bağlı olarak ölmüştür. Doğrudan nedenler arasında yer alan kanama % 24.9 oranında, gebeliğe bağlı hipertansiyon % 18.4, enfeksiyon % 4.6, emboli, cerrahi komplikasyonlar, uterus rüptürü gibi diğer doğrudan nedenler % 15.7 oranında tespit edilmiştir. UAÖÇ'ye göre kanamadan sonra anne ölümlerinin ikinci sıradaki nedeni preeklampsi/ eklampsidir. Enfeksiyon anne ölümlerinin %4.6'sına, gebeliğe bağlı ölümlerin ise %3.4'ne yol açmaktadır (13).

Anne ölümlerinin en yaygın nedeni olan preeklampsi gebelerde ilerleyici renal hasar, hipertansif ensefalopati ve hemoraji gibi serebrovasküler olaylar açısından yüksek risk oluşturur. Gebelikle birlikte gelişen uteroplental yetmezlik nedeniyle fetal büyüme geriliği, preterm eylem, plasenta dekolmanı gibi komplikasyonlar nedeniyle bebekler de risk altındadır (44). Ülkemizde anne ölümlerinin %61.6'sı aynı zamanda gebeliğe bağlı ölümlerin de %49.3'ü gerekli önlemler alındığı takdirde önemli oranda önüne geçilebilir durumdadır (13).

Anne sağlığı gibi toplum sağlığının önemli bir konusu çocuk sağlığıdır. Dünya'da çocuk haklarının ve sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bir çok adımlar atılmıştır. I. Dünya Savaşı'ndan sonra kurulan Milletler Cemiyeti izleyen yıllarda gelmiş ve 1923 yılında yayımlanan Cenevre Çocuk Hakları Beyannamesi'ni kabul etmiş, 1924 yılında Atatürk tarafından da imzalanmıştır. 1959 yılında BM Genel Kurulu, Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni yayımlamıştır. BM Genel Kurulu Tarafından 1990 yılında imzalanan Çocuk Hakları Sözleşmesi 1994 yılında

ülkemizde de onaylanmış ve 1995 yılında da ülkemizde uygulanmaya başlanmıştır.24 Eylül 2001 Barselona, İspanya’da Yenidoğan Hakları Bildirgesi kabul edilmiştir. Yine aynı sene Brüksel’de kabul edilen Hasta Çocuklar Bildirgesi ve 2004’ te Portekiz’de Avrupa Hastanedeki Çocuklar Birliği Konferansı Sonuç Bildirgesi çocuk hakları ile ilgili çalışmalar sürmüştür (45-47).

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyini, o ülkede yaşayan insanların yaşam kalitesini ve sağlık düzeyini anlamada; sağlık programlarına yön vermekte ve çocuğun hayatta kalması için gösterilen çabaların geliştirilmesine perinatal ve çocukluk çağı ölüm hızları gösterge olarak kullanılmaktadır. Çünkü 5 yaşın altı çocuk ölümleri dünyadaki tüm ölümlerin yaklaşık %20’sini oluşturmaktadır. BM’nin Bin yılın Kalkınma Hedefleri arasında 1990–2015 yılları arasında 5 yaş altı çocuk ölümlerinin 3’te 2 oranında düşürülmesi yer almaktadır. Bin Yıl Kalkınma Hedeflerinin devamı niteliğinde olan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri içinde yer alan hedefte “Dünya’da yenidoğan ve 5 yaş altı çocukların önlenebilir ölümlerini sona erdirmeyi 2030 yılına kadar, yenidoğan ölümlerinin 1000 canlı doğum başına 12 ye; 5 yaş altı çocuk ölümlerinin ise 1000 canlı doğum başına 25’e düşürülmesini yer almaktadır (48).

Çocuk ölümlerinin büyük çoğunluğu tedavi edilebilir veya maliyet etkin müdahalelerle kolaylıkla önlenebilir hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir. Dünyada her gün 16 000 beş yaş altı çocuk ölmekte olup, 2015 yılında dünyada 5,9 milyon beş yaş altı çocuk ölümü meydana gelmiştir (5).

Gelişmiş ülkelerde bebek ölüm nedenleri arasında anomaliler, genetik bozukluklar gibi önlenemez ölümler başı çekmektedir. Post-neonatal ve erken çocukluk dönemindeki ölümler, sağlık hizmetlerinin daha nitelikli olması nedeniyle engellenebilmektedir. Gelişmemiş ülkelerde ise yaşamın ilk bir yılı içerisindeki ölümlerin, doğumdan sonraki 5 yıllık dönem içerisinde meydana gelen ölümlere oranı daha azdır. Gelişmemiş ülkelerde en sık bebek ölüm nedenleri enfeksiyonlar, beslenme yetersizliği gibi önlenebilir nedenlerdir. Bunlar sağlık sistemlerinin yetersizliklerinden dolayı önüne geçilememiş ölümlerdir (48).

Ülkemizde bebek ölümlülüğü (BÖH), sosyal, ekonomik ve demografik özelliklere göre farklılaşma göstermektedir. TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde BÖH'ün 2009-2016 yılları arasında düştüğü görülmektedir. Bebek ölüm hızları Kuzeydoğu, ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde daha yüksektir. Ülkemizde beş yaş altı ölüm hızı 1 000 canlı doğumda 15, bebek ölüm hızı 1 000 canlı doğumda 13, neonatal ölüm hızı 1 000 canlı doğumda 7, post-neonatal ölüm hızı 1 000 canlı doğumda 6'dır. Neonatal dönemde meydana gelen ölümler bebek ölümlerinin %54'ünü oluşturmaktadır. Ölüm hızları bölgelere göre farklılık göstermektedir. Ölüm hızları ülkemizin doğu bölgelerinde artış göstermektedir. Çocuk ölümlülüğünün bir önceki doğum aralığı süresi ile negatif bir ilişkisi vardır. Doğum ile aralığı 2 yıldan az olan çocuklarda beş yaş altı ölüm hızı, 1 000 canlı doğumda 37'den, önceki doğum ile arası 4 yıl ve daha fazla olan çocuklarda 1,000 canlı doğumda 14'e düşmektedir (12). Dünya genelinde 2009 yılında BÖH %039 iken ülkemizde bu oran %014'tür. 2015 yılında ise dünyada %032 iken ülkemizde ise %010'dur. Gelişmiş ülkelerde ölüm hızlarının ülkemize oranla nazaran düşüktür (48). Bebek ölümlerinin son sebepleri yerine bu son sebepleri doğuran ve önlenabilir olan risk faktörleriyle mücadelenin önceliği vardır. Bebek ölümlerini azaltmak için doğum öncesi bakım, doğum servislerine erişim, doğum sonrası bakım, yeni doğan bakımı gibi koruyucu sağlık hizmetleri yaklaşımlarına gereken önem verilmelidir (49, 50).

### **3.4. Doğum Öncesi Bakımın Anne ve Çocuk Faydaları**

İspanya'da 2001 yılında toplanan Barselona Anne ve Yeni doğan 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 yer almaktadır. Kongrede yeni doğanın ve annenin koruma altına alınması planlanmıştır (46).

DSÖ, gebe kadınlara sağlık sunucuları tarafından sağlanan gebelikle ilgili bir hizmet olan doğum öncesi bakım, yeni doğan ölümlerini önlemeyi ve hamilelik

sırasında kadınların sağlığını korumayı amaçlayan başlıca müdahalelerden biri olarak kabul eder (43).

Kadınların güvenle gebe kalmaları, doğum yapmaları ve sağlıklı bebeklere sahip olabilmeleri için gebelikleri boyunca eğitimi sağlık personelleri tarafından takip edilmeleri son derece önemlidir. Gebelikleri boyunca hiç DB almamış annelerin daha fazla ölüm riski taşıdıkları, daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları, bebeklerin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (25, 51).

DB ile ilgili yapılmış birçok çalışma, doğum öncesi bakımın anneyi gebeliğe bağlı komplikasyonlardan koruyabileceğini belirtmektedir. Filipinler'de yapılan bir çalışmada, doğum öncesi bakımı alan annelerin hemoraji riski daha düşük bulunmuştur (16).

DB anneleri anne ölümlerinin en yaygın nedeni olan pre-eklampsiden korur. Doğum ncesi bakımın, zamanında tanı ve uygun tedavi yaklaşımı preeklampsinin komplikasyonlarını önler. Preeklampsi dünyada anne ölümlerinin başlıca üç nedeninden biridir. Preeklampsiye bağlı ortaya çıkan maternal mortalite ve morbidite oranlarında gelişmiş ülkelerde önemli düşüşler yaşanmaktayken gelişmekte olan ülkelerde bu başarı yakalamamıştır. Gelişmekte olan ülkelerde doğum öncesi bakımın yeterli nicelik ve nitelikte sunulmaması ve teşhis ve vaka yönetimindeki yetersizlikler aradaki bu büyük farkı anlamada yol gösterici olacaktır (52).

Gelir düzeyi, gebeliğin planlanması, ultrason ile bebeğin görüntülenmesi ve fetal hareketlerin gebelik dönemi ve sonrasında anne ile bebeği arasındaki bağın oluşmasında etkili olduğu gösterilmiştir Gelir düzeyi, gebeliğin planlanması, ultrason ile bebeğin görüntülenmesi ve fetal hareketlerin gebelik dönemi ve sonrasında anne ile bebeği arasındaki bağın oluşmasında etkili olduğu gösterilmiştir (53, 54).

Yeni doğan sağkalımına yönelik müdahaleler üzerine yapılan bir inceleme, doğum öncesi bakım hizmetlerinin% 90'lık kapsamda sağlanmasıyla neonatal lmlerin% 12'sine kadar azaltılabileceğini göstermiştir (55).

Annelerin doğum öncesi bakımları almış bebeklerde ani Bebek Ölüm Sendromu riskine daha az rastlandığını gösteren çeşitli çalışmalar vardır (56).

DÖB, gelişmekte olan ülkelerde anne ve çocuk sağlığı açısından büyük yararlılıklar sağlar. Gebelikle alakalı riskli durumlar ve tehlike belirtileri hakkında bilgilendirme verme, doğum aralığı hakkında bilgi verme, bebeğin yaşamasını etkiler. Enfeksiyonların önlenmesi ve beslenmenin düzenlenmesi bebeklerde DDA görülme oranını düşürür (57).

Doğum öncesi bakım hizmeti almayan annelerin erken doğum yapma olasılıkları daha yüksektir. Prematüre bebekler, büyüme ve zihinsel gelişimdeki engeller ve bozukluklar dâhil olmak üzere kısa ve uzun süreli komplikasyonlar açısından daha büyük risk altındadır DÖB alamamanın düşük doğum ağırlığı (DDA) ve özellikle beş yaş altı bebek ölümüyle hem doğrudan hem de dolaylı ilişkili olduğu bulunmuştur (12, 58).

DÖB'in bebek sağkalım oranını artırdığı bilindiği halde günümüzde halen gebelerin doğum öncesi bakımdan faydalanma düzeyinin yeterli olmadığı bilinmektedir. Aydın il merkezinde yapılmış bir çalışmaya göre bebek ölümü ile sonuçlanan doğumlarda gebenin aldığı doğum öncesi bakımın nitelik puanları da düşük bulunmuştur (22, 59).

Geçtiğimiz yıllarda Dünya'da yapılan çalışmalar göz attığımızda doğum öncesi izlemlerin niteliği ve niceliği ile düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, bebek ölümü gibi kötü gebelik sonuçları arasında bir ilişki olduğunu görmekteyiz. Finlandiya'daki gerçekleştirilmiş büyük çaptaki bir retrospektif kohort çalışmasında, doğum öncesi ziyaretleri yapılmamış veya 1-5 arası ve doğum öncesi ziyaretler yapılan kadınların, düşük doğum ağırlıklı fetal ölüm riski; altı veya daha fazla doğum öncesi ziyarete katılan kadınlara kıyasla yüksek olduğu görülmüştür (60).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki geniş çaplı bir retrospektif kohort çalışmasında, doğum öncesi bakım almayan veya yetersiz doğum öncesi bakımı almış kadınların preterm doğum riski, düşük doğum ağırlığını ve bebek ölüm riskinin yeterli doğum öncesi bakım alan kadınlara göre arttırdığını gösterilmiştir (58).

Portekiz’de yapılan bir çalışmada doğum öncesi bakımın düşük doğum ağırlığı üzerine etkisini ortaya koymuştur. Yapılan çalışmada, doğum öncesi bakım alan annelerin bebeklerinin düşük doğum ağırlıklı olma ihtimalinin daha düşük olduğu belgelenmiştir (61). Öte yandan, doğum öncesi bakımı olmayan annelerin erken doğum yapma olasılıkları daha yüksektir (62). Doğum aralığının 24 aydan az olması ve düşük doğum ağırlığı neonatal ölüm riskini arttırmaktadır (12).

İspanya’da, 1997-2008 yılları arasında yapılan bir çalışmada, doğum yapan 21 bin 70 kadın araştırmaya alınmış yerli ve göçmen kadınlar arasındaki erken ve düşük doğum farklarını incelenmiştir. Yerli halka göre düşük oranda prenatal bakım alan göçmenlerde erken doğum ve çok düşük doğum ağırlığı (VLBW) vakalarının daha yaygın olduğu görülmüştür (28). Yine İspanya’da yapılan benzer bir çalışmada yetersiz doğum öncesi bakımın, preterm doğum ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür (63).

Doğum öncesi bakım, annenin emzirme ve bağışıklama gibi doğum sonrası davranışlarını da etkiler. Vietnam, Avustralya ve Afganistan’da yapılan araştırmalarda, doğum öncesi bakım olan annelerin bebeklerini emzirme ve aşılama olasılığının arttığı saptanmıştır (64-66). Bunun nedeni olarak doğum öncesi bakım olan annelerin prenatal bakım sunucusundan tavsiye alması düşünülebilir. Doğum öncesi bakım anneyi preeklapsinin yaratacağı komplikasyonlardan korur (67).

### **3.5. Gebelikte Risk Faktörleri**

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 (34, 68).

Gebe ve bebeğinin sağlığını etkileyecek olan bu risklerin erken dönemde teşhis ve tedavisi gebelik sürecinin sağlıklı şekilde sürmesi için esastır (3). Gebelik sürecinin riskli hale gelmesi anne ve bebeğin ölümü ile sonuçlanabilmektedir. Gebelik sürecindeki bu risk faktörleri gebenin eşi ile akrabalığı olup olmadığı,

yaşının 35 yaş üzerinde ya da 18 yaş altında olması; dört kereden fazla doğum yapmış olması, sistemik rahatsızlıklarının mevcut olması sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması, eğitim düzeyinin düşük olması, tıbbi geçmişinde risk yaratabilecek durumların olması, yüksek rakımda yaşaması, boyun 1.50 cm'den kısa olması, önceki gebeliğinden gelen riskleri, aşırı kilolu olması, tetanoza karşı bağışık olmama ve obstetrik komplikasyonları sayılabilir. 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 (13, 25).

Gebenin tıbbi ve obstetrik öyküsünde var olan herhangi bir risk faktörü sonraki gebelik süreci açısından ciddi bir risk faktörü olabilmektedir. Daha önceki doğum öyküsünde DDA, ölü doğum, düşük gibi durumlar da risk faktörü yaratan durumlar arasında sayılabilir. Düşük, prematür eylemin sonraki gebeliklerde tekrarladığı belirtilmektedir Gebelikte karşılaşılabilecek diğer önemli sorunlardan biri de hipertansif hastalıklardır (12, 43).

Gebelik, önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir. Gebelik depresyonu fetüsü ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi ve postpartum depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir sorundur (69). 2005 yılı anne ölümleri çalışmasında ülkemizde annelerin %27'sinin bir, %38'inin ise birden fazla risk faktörü sebebiyle hayatını kaybettiğini belirtmektedir (13).

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 (57).

Geçmişten günümüze doğurganlık yaşından kaynaklanan riskler yıllar içinde azalmakla beraber istenmeyen gebelikler, kısa aralıklı gebelikler, bireysel ve ailevi riskler halen önemini korumaktadır. Gebeliğin erken dönemlerinde sunulan DÖB



hizmetleri ile birçok riskli durum ortaya çıkarılabilmekte ve bunların önüne geçilebilmektedir. Gebelikte risk faktörlerinin asgari düzeye indirilmesinde nitelikli bir Doğum Öncesi Bakımın büyük bir önemi vardır (12, 13).

### **3.6. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Almasının Önündeki Bariyerler**

Sağlık personelleri, gebelerin doğum öncesi bakım merkezlerini yetersiz kullandıklarının veya bu bakımı almakta başarısız olduklarını öne sürerken gebeler, mevcut düzenin DÖB merkezlerini kullanmayı olumsuz etkilediğini belirtir. Gebenin hizmete ulaşmada yaşadığı olumsuz deneyimler (zayıf hasta-hekim ilişkisi, kısıtlı izlem süresi, her izlemde farklı doktorla karşılaşma, vb.), doğum öncesi bakım merkezlerinin daha etkin bir şekilde kullanımını kısıtlar (70).

DÖB ile ilgili yapılan bir çalışmada, gebelerin doğum öncesi bakım almasını engelleyen faktörleri (gebeliğe bakış açısı, gebelik ve doğum ile ilgili kültürel inançlar, geleneksel engeller), sosyo-demografik, sistemsel ve geleneksel olmak üzere üç grupta sınıflandırılmışken bir diğer çalışmada, ekonomik, sistem kaynaklı ve kişisel engeller (çok doğum yapmış gebelerin kendilerini deneyimli görmeleri ve DÖB almayı gerekli görmemeleri) olarak sınıflandırılmıştır. Gebelerin sosyodemografik özellikleri, gebelerin DÖB 'dan faydalanma düzeyine üzerinde önemli derecede etkilidir (71, 72).

Gebenin Türkçe konuşabilme durumu, yaşadığı yer, yaşadığı bölge, eğitim durumu DÖB hizmetinden yararlanma düzeyine etki etmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre, ülkenin batı bölgesinde yaşayan gebelerin doğu bölgesinde yaşayan gebelere nazaran DÖB hizmetlerinden daha çok yararlandıkları görülmüştür. Dolayısıyla coğrafyanın da DÖB'ten yararlanma konusunda etkili olduğu söylenebilir (73).

Bolu'da yapılan bir araştırmada, gebelerin anne ve çocuk sağlığı konusunda bilgi eksikliğinin olduğu, % 20,5'inin gebelik takipleri konusunda, % 18,7'sinin aşılama hakkında bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür (74).

### **3.7. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Protokolünün İçeriği**

Anne ve bebek sağlığının korunması; doğum öncesi, doğumda ve doğum sonrasında sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi, nasıl sunulduğu, annenin bunlardan ne kadar faydalandığı ve hizmeti sunanlar arasındaki işbirliği ve koordinasyon ile yakından ilişkilidir. DÖB protokolü gebelere sunulacak bakım hizmetinin standardizasyonunu sağlamak amacıyla Dünya’da mevcut birçok kaynaktan faydalanılarak oluşturulmuştur. Standartlara göre erken dönemde gebeliğin tespit edilmesi akebinde risk değerlendirmesinin yapılması, düşük riskli gebede dört kez izlem yapılması, erken evrede riskli gebeliğin tespit edilmesi, riskli gebelik durumlarında izlem sayısının artırılması esasları yer almaktadır (18, 68)

### **3.8. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinde Yeterlilik ve Nitelik Kavramı**

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, ülkemizde, Sağlık Bakanlığı’nca, nitelikli doğum öncesi bakım hizmetini sunmak ve hizmette standardizasyonu sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. DÖB Rehberi’nde gebe izlemleri 0-14. , 18-24. , 30-32. ve 36-38. haftalar arasında dört defa olacak şekilde belirtilmiştir. Ayrıca bu izlemlerin içeriği olarak danışmanlık hizmetleri, fizik muayene hizmetleri, gerekli test ve ölçüm hizmetleri gebelik haftalarına uygun olarak açıklanmıştır. Yayınladığı DÖB Rehberi ile Sağlık Bakanlığı gebelere sunulan DÖB’ ün niteliğini daha ileriye taşımayı; böylelikle annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamayı amaçlamıştır. DÖB hizmeti; gebeye, gebeliğin tanımlanması ile beraber olabildiğince erken verilmeye başlanmalıdır. Gebenin ihtiyaçlarına uygun bir şekilde, gebede ya da bebeğinde riskli bir durum tanımlandığı takdirde izlem sayısı artırılarak, nitelikli izlemlerle devam ettirilmelidir (75).

Doğum öncesi bakımın yeterliliği iki komponentten oluşur. Bunlar DÖB’in niceliği (izlem zamanlaması ve sayısı) ve niteliğidir (sağlık hizmetlerinin kalitesi). Doğum öncesi bakımın kalitesini ölçmek için mevcut standart bir protokol bulunmamaktadır. DÖB’in niteliği, anne ve bebek sağlığı için önemli bir göstergedir. Günümüzde bazı popüler çalışmalar doğum öncesi bakım içeriğini kullanarak DÖB kalitesini ve yeterliliğini ölçmeye çalışmıştır. Bununla beraber bu güne kadarki DÖB yeterliliği üzerine yapılan bunlar gibi az sayıda birkaç çalışma dışında genelde DÖB

yeterliliği birinci komponent üzerine yoğunlaşan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Buna rağmen çalışmalarda doğum öncesi bakımın niteliğinden çok niceliği ön planda tutulmuştur. Bununla beraber doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin hem nicelik hem de nitelik olarak yeterli olması anne ve ocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için büyük önem taşımaktadır. Durum böyle iken doğum öncesi bakımın niteliğini ölçen herhangi standart bir protokol de henüz mevcut değildir (15-17).

Dünya’da, DB hizmetlerinin değerlendirilmesi genel olarak iki ölçüt ile yapılmaktadır. Bunlar; Kessner tarafından geliştirilmiş Kessner’in yeterlilik lt (Kessner Index) ve Kotelchuck’un geliştirdiği doğum öncesi bakım kullanımı yeterlilik lt (Kotelchuck Index)’dr. Bu iki ölçüt de yeterliliğini DB’ n ilk verilme zamanı ve doğuma kadar alınan bakımın sayısını temel alarak niceliksel olarak değerlendirmektedir. DB yeterliliği hesaplanırken niceliği önemli olmakla beraber niteliğinin de hesaba katılması önemlidir. Günümüzde DB yeterliliğinin niteliksel olarak ölçüldüğü standart bir ölçüt mevcut değildir (17, 76). Gebe ve fetüsün sağlığının korunması ve geliştirilmesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin hem nicelik ve hem de nitelik olarak yeterli olması gereklidir.

Yeterli DB almamış annelerin bu hizmetten yeterince yararlananlara göre doğumda daha fazla ölüm riski taşıdıkları ve bebeklerinin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir (77).

Ulusal Anne lmleri çalışması’nda niteliksiz DB izlemlerinin anne ölümlerinin %23,6’sı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (13).

Ülkemizde TNSA 1998 ileri analizlerinden faydalanılarak yapılan bir araştırmaya göre Türkiye’de iyi nitelikte DB bakım alma oranı %57,2 olarak bulunmuştur (78).

Filipinler’deki bir araştırmada nitelikli DB hizmetini; gebeye ve bebeğe gerekli tetkikleri ve kontrolleri yapmış olmak, gebedeki sağlık problemlerini izlemek, gebede oluşabilecek problemleri önlemek, anne ve babayı doğum ve doğum sonrasına hazırlamak olarak ifade etmiştir (16).

Ülkemizde ise genel itibarıyla DÖB hizmetleri daha çok izlemin yapılma sayısı baz alınarak nicel olarak değerlendirilmektedir. Gebeye verilen izlemin içeriği, gebeye izlem sırasında ne kadar bilgi aktarıldığı bu bilgilerin ne zaman aktarıldığı gibi DÖB'ün niteliği ile ilgili noktaların sınırlı sayıda çalışmada değerlendirildiği görülmektedir (18).

### **3.9. Bir Doğum Öncesi Bakım Programı Kapsamında Neler Yer Alır?**

Ülkeler doğum öncesi bakım ve eğitim politikalarını kendi mevcut durumları ve ihtiyaçlarına göre belirleyip uygular. DÖB alma oranı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (9, 10, 58)

DSÖ yeterli doğum öncesi bakım hizmetini “ilk bakımın gebeliğin ilk üç ayında olması”, “gebelik sürecinde en az dört kez doğum öncesi bakım alınması” ve “bakımın sağlık personeli (doktor ve hemşire) tarafından yapılmış olması” koşullarının sağlanması olarak tanımlamıştır (26).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 2008 yılında ulusal çapta daha nitelikli ve standart DÖB hizmeti verilmesi için Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ni hazırlayarak uygulamaya koymuştur. Bu rehber ihtiyaçlara göre güncellenmektedir. DÖB rehberine göre ilk olarak gebeliğin 14. haftası içerisinde olmak üzere tespit edilmesi gerekirken gebelik süresince her gebenin en az 4 kez izlenmesi istenmiştir. Ayrıca her izlemde yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri tanımlanmıştır. Yapılması istenen dört izlemde gebe ile iletişim kurarken dikkat edilmesi gereken noktalar ve nasıl iletişim kurulması gerektiği ifade edilmiştir. DÖB hizmeti sırasında gebe ile en uygun iletişim sağlanarak gebenin ayrıntılı bir öyküsü alınmalıdır. Gebeye yapılması gereken fizik muayene, laboratuvar testleri gebeye verilmesi gereken ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler yapılmalıdır. Gebeye gebeliği ile konularda bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Sevk gerektirecek durumlarda prosedüre uygun bir şekilde sevk yapılmalıdır. Yapılan her izlem mutlaka kayıt altına alınmalıdır (14).

## **4. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **4.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, Mardin ili Kızıltepe İlçesi'nde 49 adet aile hekimliği biriminden herhangi birine kayıtlı olan gebelere aile hekimi ve KHD uzmanlarının verdiği doğum öncesi bakımı değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmadır.

### **4.2. Araştırmanın Türü**

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

### **4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Mardin ili Kızıltepe ilçesindeki 49 adet aile hekimliği biriminden herhangi birine kayıtlı olan gebe kadınlar oluşturmaktadır. Mardin Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan araştırma izni çerçevesinde söz konusu aile hekimliklerine kayıtlı gebelerin listesi Kızıltepe Toplum Sağlığı Merkezi'nde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nden elde edilmiştir.

Nisan 2017 itibariyle 49 adet aile hekimliği birimine toplam 2564 gebe kayıtlı olduğu belirlenmiştir. Tüm birimlere ait gebe listeleri tek bir liste haline getirildikten sonra Microsoft Excel paket programında gebeler son adet tarihlerine göre eskiden yeniye doğru sıralanmıştır.

Ülkemizde kadınların gebelikleri boyunca yukarıda belirtilen gebelik haftalarında en az dört doğum öncesi bakım almaları önerilmektedir. Çalışmada hafıza faktörünü asgariye düşürmek için ve bazı DÖB uygulamalarının izlemin sırasına göre öneminin arttığı göz önüne alınarak gebelerin aldıkları en son doğum öncesi bakım dikkate alınmıştır. Buna binaen de örnekleme alınacak gebeler dört gruba olarak kategorize edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde yer alan izlem haftaları referans alınarak dört gruba bölünmüştür. Bu gruplar şöyle kategorize edilebilir: Gebelik haftası 0-14. haftaya kadar olanlar, gebelik haftası 15-24 hafta arasında olanlar, gebelik haftası 25-32 hafta arasında olanlar ve gebelik haftası 33-38 hafta arasında olanlar.

Gebelik haftası 38 hafta üzeri olan 61 gebe araştırma evreninden çıkarılmıştır. Böylece geriye 2503 gebe kadın kalmıştır. Bu evrenden %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %89 (TNSA 2013'e göre Türkiye'de gebelik dönemi boyunca en az dört doğum öncesi bakım alan kadınların oranı) prevalansla örneklem büyüklüğü 142 olarak bulunmuştur. Türkiye'de yeterli doğum öncesi bakım prevalansı %89 'dur (12)

Örneklem hesaplarırken bu oran kullanılmıştır. (%95 güven aralığı, %5 hata payı ve %89 prevalans ). Ayrıca gebenin yeterli doğum öncesi bakım sayısınınca izlendiği ya da izleneceği kabul edilerek gebeye almış olduğu son izlemin içeriği ile alakalı sorular yöneltilerek gebenin aldığı son DÖB'ün içeriği araştırılmak istenmiştir.

n: örneklem büyüklüğü

N: Evren büyüklüğü

t: % 95 güven düzeyinin *t* tablosundaki karşılığı (1,96)

p: prevalans (görülme sıklığı)

q: görülmeme sıklığı (1- p)

d: hata payı

$$n = (N * t^2 * p * q) + (t^2 * p * q)(N - 1) * d^2 + (t^2 * p * q)$$

Gebelik haftasına göre gruplandırılan gebelerin sayısı, buldukları grubun büyüklüğü göz önüne alınarak tabakalandırma yapılmış böylece grup sayıları ortaya çıkmıştır. Burada amaç örnekleme oluşturan grupların temsil gücünü arttırarak daha doğru bir sonuca ulaşmaktır.

Toplam 2503 gebe içinde örnekleme giren gebe sayısı 142'dir. 2503 gebe arasında (0-14) haftasındaki gebelerin sayısı 550'dir. Bu ise toplam gebe sayısının %22'sidir. Bu gruptan örnekleme alınacak gebe sayısı da 142'nin %22'si olan 31'dir. Yine aynı şekilde 2503 gebe arasında (15-24) haftasındaki gebelerin sayısı 926'dir. Bu ise toplam gebe sayısının %37'sidir. Bu gruptan örnekleme alınacak gebe sayısı da 142'nin %37 olan 52'dir. 2503 gebe arasında (25-32) haftasındaki gebelerin

sayısı 575'tir. Bu ise toplam gebe sayısının %23'üdür. Bu gruptan örnekleme alınacak gebe sayısı da 142'nin %23'ü olan 33'tür. 2503 gebe arasında (33-38) haftasındaki gebelerin sayısı 452'dir. Bu ise toplam gebe sayısının %18'idir. Bu gruptan örnekleme alınacak gebe sayısı da 142'nin %18'i olan 26'dır. Küsuratlı çıkan sonuçlar en yakın tam sayıya yuvarlama yapılmıştır.

**Tablo 1. Örneklemdaki grupların birey sayısı**

<b>Gebelik grupları</b>	<b>Gebelik haftası</b>	<b>Evrendeki gebe sayısı</b>	<b>Oran</b>	<b>Gruplara göre örneklemdaki gebe sayısı</b>
<b>1. grup</b>	<b>0-14</b>	<b>550</b>	<b>%22</b>	<b>31</b>
<b>2. grup</b>	<b>15-24</b>	<b>926</b>	<b>%37</b>	<b>52</b>
<b>3. grup</b>	<b>25-32</b>	<b>575</b>	<b>%23</b>	<b>33</b>
<b>4. grup</b>	<b>33-38</b>	<b>452</b>	<b>%18</b>	<b>26</b>
<b>Toplam</b>		<b>2503</b>	<b>%10</b>	<b>142</b>

Gruplar tespit ederken evrende yer alan tüm gebeleri içeren liste Microsoft Excel paket programı ile son adet tarihine göre sıralanmıştır. Gebelik haftasına göre ayrı ayrı dört liste haline getirildikten sonra bu listelerden son adet tarihine göre yeniden sıralama yapıp rastgele bir gebe seçildikten (rastgele sayılar tablosu) sonra örneklem büyüklüğüne ulaşana kadar, atlanacak sayı kadar kişi, atlanarak örnekleme yer alan asil kişiler bulunmuştur. Evrendeki söz konusu gruptaki gebe sayısı/ örneklemdaki söz konusu gruptaki gebe sayısı oranı hesaplanıp atlanacak sayı belirlenmiştir.

Atlanacak sayı ve rastgele belirlenen başlangıç sayısından sonra gebeler, belirlenen sayı miktarınca atlanarak örneğe dahil edilmiş, bir sonraki gebe ise yedek olarak alınmıştır. Bu yolla 142 gebeye ulaşılmıştır.

#### **4.4. Onay ve Etik İlkeler**

Araştırmanın yapılabilmesi için Mardin Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan araştırma izni (EK-2) ve Dicle Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK-3) yazılı izin ve ile çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan bilgilendirilmiş sözlü onamlar alınmıştır.

#### **4.5. Bağımlı Değişkenler**

- Son DÖB' ün alındığı yerler (ASM; devlet hastanesi, özel sağlık kuruluşları)
- Gebelik haftası grupları

#### **4.6. Bağımsız Değişkenler**

- Gebenin DÖB sırasında aldığı hizmetler ve bu hizmetlere ilişkin özellikler (Gebelikte iletişim, bilgi paylaşımı, danışmanlık, fizik muayene, bağışıklama, test, laboratuvar, ilaç desteği verilme durumu)
- Gebenin sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri

#### **4.7. Verilerin Toplaması ve Veri Toplama Araçları**

Veriler gebelerle aile sağlığı merkezlerinde 12 Nisan 2017 – 27 Nisan 2017 tarihleri arasında Mardin Kızıltepe Toplum Sağlığı Merkezi'nde görev yapan ebe/hemşireler ve stajyer ebe/hemşireler; araştırmayı yürüten ekip tarafından öncelikle gebeden sözlü onam alınarak yüz yüze ya da telefonda görüşülerek toplanmıştır. Verileri toplamaya geçmeden önce verileri toplayacak kişilere standardizasyonu sağlamak için, kısa bir eğitim verilerek yapılan çalışmanın amacı, soruların hedefleri ve verileri toplarken dikkat edilmesi gerekenler anlatılmıştır. Anketin ön denemesi, Kızıltepe ilçe merkezinde yaşayan ve örnekleme dâhil edilmeyen 8 gebe ile yapılmıştır. Bu ön deneme ile ulaşılan sonuçlara dayanarak ankete gerekli düzeltmeler yapıp son şekli verilmiştir. Sağlık Bakanlığı DÖB Rehberi baz alınarak hazırlanan anketle gebelere sunulan DÖB izleminin içeriği araştırılmıştır. Araştırmada sunulan izlemlerin nitelik olarak kalitesi ortaya konmaya çalışılmıştır.

Gebelerin iletişim bilgilerine sahip olan aile sağlığı elemanları öncelikle gebeyi aramış ve araştırmacı ile görüşmesi sağlanmıştır. DÖB izlemlerinin niteliğini saptamak için Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan DÖB rehberinde yer alan her izlemde yapılması gereken uygulamalar, iletişim şekli, muayene, ölçüm ve testlerin gebeye uygun bir şekilde yapıp yapılmadığını ortaya koyan sorular oluşturularak bir anket hazırlanmıştır. Kısacası anketin bu kısmında Sağlık Bakanlığı DÖB rehberi baz alınmıştır



Veri toplamada kullanılan anketler;

- Sosyo-demografik özelliklerini (yaş, doğum yeri, öğrenim düzeyi, ekonomik durum, eşinin öğrenim düzeyi, toplam gelir miktarı, kadının gelir getiren bir işte çalışma durumu, ana dil Türkçe konuşabilme durumu, aile tipi, yerleşim yeri) içeren 11 soru,
- Obstetrik özelliklerini (son adet tarihi, gebelik haftası, gebelik sayısı, ilk evlenme yaşı, gebelik tespit haftası, gebeliği isteme durumu, eşinin gebeliği isteme durumu, doğum aralığı) içeren 8 soru,
- Gebenin aldığı son DÖB ile ilgili özellikler ( hizmet aldığı sağlık kuruluşu, hizmet aldığı merkeze gelirken zorluk yaşayıp yaşamaması, hizmet aldığı kişinin her defa aynı kişi olup olmaması, hizmet aldığı merkezden daha önce başka hizmet alıp almadığı, daha önce DÖB alıp almadığı) içine alan 5 sorudan
- Gebenin aldığı DÖB'ün içeriği ile ilgili özellikler: doğum öncesi bakım rehberinden yararlanılarak oluşturulan 30 sorudan oluşmaktadır.

Anket aracılığı ile elde edilen bilgiler kişilerin beyanına dayalıdır. Bu bilgilerin gebe/loğusa izlem formlarından kontrol sağlanmamıştır. Bu form kullanılarak gebelere verilen hizmette önerilen doğum öncesi bakım içeriğine bağlılık derecesi araştırılmak istenmiştir.

Sosyokültürel faktörler, eğitim düzeyi, hane halkı faktörü anne ölümlerine yol açması bakımından üzerinde durulması gereken durumlardır (79).

Bu bağlamda gebeye yönelik yapılacak bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti iyi bir DÖB izleminin ayrılmaz bir parçasıdır. DÖB rehberinde her izlemde yapılması gereken bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin önemine vurgu yapmak gerekir.

Doğum öncesi bakımın niteliği ile ilgili daha önce yapılmış çalışmalarda DÖB sunan sağlık çalışanlarının fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerini öncelikledikleri halde danışmanlık ve bilgilendirme konusunda oldukça yetersiz kaldıkları görülmektedir (18, 79). Bu sebeple bu araştırmada DÖB içeriğini

araştırırken birçok açıdan DÖB içeriği irdelenmiştir. Böylece verilen DÖB'ün birleşenlerinin niteliği daha etkin bir şekilde incelenmiş olacaktır.

İlk olarak gebelikte bilgilendirme ve danışmanlık, iletişim, öykü ile ilgili sorular ile değerlendirme yapılmıştır. İlk gebeliğini yaşayan kadınlara ‘’sağlık sunucusu daha önceki gebeliğiniz ile ilgili bilgi sahibi oldu mu? ’’ sorusu sorulmamıştır. Soru ikinci ve üzeri gebeliğini yaşayan kadınlara yöneltilmiştir. Ayrıca çalışmada bilgilendirme ve danışmanlık ile ilgili sorular bütün izlemler yerine, bu hizmetlerin gebenin aldığı herhangi bir izlemde verilir vermediğini sorgulamak için sorulmuştur. Sonrasında gebelikte yapılması gereken fizik muayene, laboratuvar testleri, ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler ile ilgili sorulardan oluşan sorularla sorulmuştur.

DÖB Yönetim Rehberi'nde ilk gebe izleminin 14 haftaya kadar yapılmış olması istenmektedir. 10–12. haftada da Çocuk Kalp Sesleri'nin (ÇKS) muayenesi istenmektedir. Fakat ÇKS fetal steteskop ile 16-20. Haftalardan itibaren, el Dopler ise 10-12. haftalardan itibaren duyulabilmektedir (14).

Bu çalışmada standartizasyonu sağlamak için ASM'den DÖB almış 0-14. hafta gebelerde ÇKS'nin dinlenip dinlenmediği sorulmamıştır.

DÖB ve Yönetim Rehberi'nde kadınlara D vitamini desteğinin 12. gebelik haftasından itibaren doğum sonu 6. aya kadar yapılması istenmektedir. Yine DÖB Yönetim Rehberi'nde demir hapının gebeliğin 16. Haftasında verilmesi, tetanos bağışıklamasının ise ilk kez gebeliğin 12. haftasında yapılmasını istenmektedir (14). Bu bağlamda tetanos toksoidi, demir kullanımı ve D vitamini takviyesi 14 hafta üzerindeki gebelerde araştırılarak gebelik haftalarının sınıflamasında standardizasyon sağlanmaya çalışılmıştır.

DÖB Yönetim Rehber'inde bütün gebe izlemlerinde laboratuvar tetkiklerinden kan grubu, idrar ve kan tetkikinin yapılması istenmektedir (14).

Aile hekimliğinin bu tetkikleri isteyip istemediği veya yaptırap yaptırmadığı sorgulanmıştır.

Ultrasonu kadın hastalıkları ve doğum uzmanları yaptığından burada aile hekimince ultrason tetkiki istenip istenmediği sorulurken kadın doğum uzmanının ultrasonu yapıp yapmadığı araştırılmıştır.

İdrar tetkiki Mardin ilinde 2016-2017 yıllarında ASM'lerde yapılamadığından ASM'ler için aile hekiminin tavsiyesinin olup olmadığı sorgulanmıştır

#### **4.8.Verilerin Analizi**

Araştırmanın verileri, gebelerin sosyodemografik ve kişisel özellikleri; geçmiş ve mevcut gebeliğindeki bilgileri; aldıkları doğum öncesi bakım hizmetleri, aldıkları hizmetlerin uygunluğu, aldıkları hizmetler ile yapılması istenen hizmetler incelenmiştir.

Toplanan veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 21.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler değerlendirilmesinde tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde, standart sapma ve ortalama; karşılaştırmalı verilerde ise Pearson Ki-Kare ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi ile normallik dağılımı incelenmiş olup normal dağılım göstermeyen veriler için non-parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde %95 Güven Aralığında P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

#### **4.9. Araştırmanın Zamanlaması**

Yapılan çalışma 12 Nisan 2017 – 27 Nisan 2017 10 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **4.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Araştırmada toplanan veriler sadece aile hekimine kayıtlı gebelere ulaşılarak elde edilmiştir. Gebeler, hafıza faktörünün etkisini en aza indirebilmek için gebelik haftasına göre gruplandırılmış ve böylece değerlendirme yapılmıştır. Buna rağmen hafıza faktörü sonuçlara etki etmiş olabilir.

Araştırma aile hekimlerine kayıtlı gebeler üzerinden yürütülmüştür. Aile hekimine kayıtlı olmayan gebelerin olma olasılığı araştırmanın en önemli kısıtlılığını oluşturmuştur.



## 5. BULGULAR

### 5.1. Gebenin Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulgular

Gebelerin yaş ortalaması 29.28 ( $\pm 6.944$ )'dur. En genç gebe 18 yaşında, en yaşlı gebe ise 49 yaşındadır. Araştırmada yer alan 142 kadının %37,3'ü (n=53) okuryazar değildir; %40,8'i (n=58) ilköğrenim; %18,3'ü (n=26) ortaöğrenim; %3,5'i (n=5) ise üniversite mezunudur. Gebelerin eşlerinin %7'si (n=10) okuryazar değildir; %50'si (n=71) ilköğrenim mezunu; %26,1'i (n=37) ortaöğrenim; %16,9'u (n=24) üniversite mezunudur. Gebelerde eve giren aylık toplam gelir %45,6'sı (n=66) asgari ücret altı; %40,8'i (n=58) asgari ücret; %12,7'si (n=18) asgari ücret üstüdür. Gebelerin %7'si (n=10) gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Gelir getiren bir işte çalışmayan gebelerin oranı %93 (n=132) olarak bulunmuştur. Gebelerin %55,6'sının (n=79) eşleri ile arasında akrabalık bağı yoktur. Kadınların %25,4'ü (n=36) eşleri ile birinci dereceden akraba; %19'u (n=27) ikinci dereceden akrabalık bağı olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %4,9'unun (n=7) anadili Türkçe; %95,1'inin (n=135) anadili diğer dillerdir ( Kürtçe, Arapça). Gebelerin %23,2'si (n=33) geniş ailede; %76,8'i (n=109) çekirdek ailede yaşamaktadır. Gebelerin %77,5'i (n=110) Türkçe konuşabilmekte; %22,5'i (n=32) Türkçe konuşamamaktadır. Gebelerin %66,2'si (n=94) kentsel yerleşim; %33,8'i (n=48) kırsal yerleşimlidir (Tablo 2).

**Tablo 2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Bazı Demografik Özellikleri**

Sosyodemografik Özellikler		Sayı	%
<b>Öğrenim Durumu</b>	Okuryazar değil	53	37,3
	İlköğretim	58	40,8
	Ortaöğrenim	26	18,3
	Üniversite	5	3,5
	Total	142	100,0
<b>Eşinin Öğrenim Durumu</b>	Okuryazar değil	10	7,0
	İlköğretim	71	50,0
	Ortaöğrenim	37	26,1
	Üniversite	24	16,9
	Total	142	100,0
<b>Gelir Durumu</b>	Asgari ücret altı	66	46,5
	Asgari ücret	58	40,8
	Asgari ücret üstü	18	12,7
	Total	142	100,0
	Total	142	100,0
<b>Çalışma Durumu</b>	Evet	10	7,0
	Hayır	132	93,0
	Total	142	100,0

Tablo 2'nin devamı arka sayfadadır.

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılan Gebelerin Bazı Demografik Özellikleri (Devamı)

<b>Sosyodemografik Özellikler</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Eşi ile akrabalık durumu</b>	<b>Birinci derece</b>	36	25,4
	<b>İkinci derece</b>	27	19,0
	<b>Akraba değil</b>	79	55,6
	<b>Total</b>	142	100,0
<b>Aile Tipi</b>	<b>Geniş aile</b>	33	23,2
	<b>Çekirdek aile</b>	109	76,8
	<b>Total</b>	142	100,0
<b>Ana Dil</b>	<b>Türkçe</b>	7	4,9
	<b>Diğer (Kürtçe-Arapça)</b>	135	95,1
<b>Türkçe Konuşabilme</b>	<b>Total</b>	142	100,0
	<b>Evet</b>	110	77,5
	<b>Hayır</b>	32	22,5
	<b>Total</b>	142	100,0
<b>Yerleşim Yeri</b>	<b>Kentsel</b>	94	66,2
	<b>Kırsal</b>	48	33,8
	<b>Total</b>	142	100,0

## 5.2. Gebenin Doğurganlık Özellikleri İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan 142 kadına bu gebeliklerinin kaçınıcı gebelikleri olduğu sorulmuştur. Kadınlardan ilk gebeliğini yaşayanlar %24.6 (n=35); ikinci gebeliğini yaşayanlar %33.8 (n=48); üçüncü gebeliğini yaşayanlar %20.4'ü (n=29); dört ve üzeri gebeliğini yaşayanlar %21.1'i (n=30). Gebelerin %83.1'i (n=118) gebelik tespit haftası 0-6 hafta; %16.9'unun (n=24) gebelik tespit haftası 7-12 haftadır.

Gebelerin %89.4'ü (n=127) gebeliği kendi istemiş; %10,6'sı (n=15) gebeliği kendi istememiştir. Gebelerin eşlerinin %97.2'si (n=138) gebeliği istemiş; %2.8'i (n=4) gebeliği istememiştir. İlk gebelik yaşı ortalaması 23 ( $\pm 4,25$ )'tür. İlk kez gebe kalanların en genci 16, en yaşlısı 40 yaşındadır. Gebelerin gebelik haftası ortalaması 22.61 ( $\pm 8.81$ )'dir. En erken gebelik haftasında olan 5. haftasında, en geç gebelik haftasında olan gebe 38. haftasındadır. Gebelerin %28'inin (n=30) doğum aralığı 23 ay ve altı; %72'sinin (n=77) 24 ay ve üzeridir. Doğum aralığı oranları hesaplanırken ilk gebeliğini yaşayan kadınlar dâhil edilmemiştir (n=35) (Tablo 3).



**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri**

<b>Doğurganlık Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kaçıncı Gebeliği</b>		
Birinci	35	24,6
İkinci	48	33,8
Üçüncü	29	20,4
Dört ve üzeri	30	21,1
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
<b>Gebelik Tespit Haftası</b>		
0-6 hafta	118	83,1
7-12 hafta	24	16,9
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
<b>Kadının Bu Gebeliği İstemesi</b>		
Evet	127	89,4
Hayır	15	10,6
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
<b>Eşinin Bu Gebeliği İstemesi</b>		
Evet	138	97,2
Hayır	4	2,8
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
<b>Doğum Aralığı*</b>		
23 ay ve altı	30	28,0
24 ay ve üzeri	76	72,0
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

\*İlk gebelikler dâhil edilmemiştir (n=35)

### 5.3. Gebenin Son DÖB Aldığı Yer İle İlgili Bulgular

Kadınların %52.1'i (n=74) en son gebe izlemini aile sağlığı merkezinde (ASM), %26.8'i (n=38) devlet hastanelerinde; %21.1'i (n=30) özel sağlık kuruluşlarında yaptırmıştır. Gebelerin %42.3'ü (n=60) DÖB hizmetinin yapıldığı yere ulaşım konusunda sıkıntı çektiğini belirtirken gebelerin %57.7'si (n=82) zorluk çekmediğini belirtmiştir. Gebelere gittikleri merkezde DÖB izlemleri her defasında aynı sağlık hizmeti sunucusu tarafından verilip verilmediği sorulduğunda gebelerin %66.9'u (n=93) evet yanıtını verirken; %33.1'i (n=46) hayır yanıtını vermiştir. Gebelerden üç tanesi henüz ilk izlemini aldığı için bu soruyu yanıtlamamıştır. Gebelere son DÖB hizmetini aldıkları merkezden daha önce DÖB hizmetleri dışında başka bir hizmet alma durumu sorulduğunda gebelerin %98.6'sı (n=140) evet derken, gebelerin %1.4'ü (n=2) hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Araştırmaya katılan gebelerin son DÖB aldığı yer ile ilgili bazı özellikler

Özellikler	Sayı	%	
<b>Son DÖB Alınan Yer</b>	ASM	74	52,1
	Devlet hastanesi	38	26,8
	Özel sağlık kuruluşu	30	21,1
	Total	142	100,0
<b>Ulaşım Zorluğu</b>	Evet	60	42,3
	Hayır	82	57,7
	Total	142	100,0
<b>DÖB veren kişi*</b>	Aynı	93	66,9
	Farklı	46	33,1
	Total	139	100,0
<b>DÖB Alınan Yerden Başka Hizmet Alma Durumu</b>	Evet	140	98,6
	Hayır	2	1,4
	Total	142	100,0

\* Gebelerden üç tanesi henüz ilk izlemini aldığı için bu soruyu yanıtlamamıştır.

#### 5.4. Gebenin Aldığı Son Doğum Öncesi Bakımın İçeriği İle İlgili Bulgular

Tablo 5'te gebelerin son DÖB hizmetini aldıkları yer ile iletişim ve bilgi paylaşımı hizmetlerinin durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Burada en son DÖB alınan yer ile iletişim ve bilgi paylaşımıyla ilgili bağımlı değişkenler karşılaştırılmıştır. Tanımlanan bağımlı değişkenlerin izlem alınan kurumun hizmet sağlayıcıları tarafından nasıl etkilendiği istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Gebelerin %78.9'u DÖB aldığınız kurumdaki sağlık hizmeti sunucusu sizi hoş ve saygılı bir şekilde karşıladı mı? sorusuna evet yanıtını vermiş; %83.8'i mahremiyetinin sağlandığını ifade etmiştir. Gebelerin %74.6'sı izlemi sunan sağlık sunucusunun olumlu bir beden dili kullandığını belirtirken, %61.3'ü izlem sırasında her aşamada soru sorabilme imkânı bulabildiğini belirtmiştir. Gebelerin %72.5'i gebelikte risk oluşturabilecek durumlar konusunda değerlendirildiğini ifade etmiştir. ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini almış gebelerin DÖB' te her aşamada soru sorabilme imkânına sahip olduğunu söyleyenlerin oranı sırasıyla %97,3; %7,9; %40.0'dır. Araştırmaya katılan gebelerin %62,7'si ise izlem sırasında kendisini yeterli zaman ayrıldığını belirtmiştir. ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini almış gebelerin DÖB' te kendisine yeterli zaman ayrıldığını söyleyenlerin oranı sırasıyla %94,6; %7,9; %53,3'tür.

Araştırmaya katılan kadınların son DÖB aldıkları yer ile iletişim ve bilgi paylaşımı hizmetleri durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ )

**Tablo 5.** Araştırmaya katılanların son DÖB hizmetini aldıkları yer ile iletişim ve bilgi paylaşımı hizmetlerinin dağılımı

		Gebenin DÖB Aldığı Yer						Toplam		P*
		ASM		Devlet Hastanesi		Özel Sağlık Kuruluşu				
Özellikler	Evet/Hayır	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
DÖB Sırasında Hoş ve Saygılı Karşılama	Evet	74	100,0	14	36,8	24	80,0	112	78,9	<0,001
	Hayır	0	0,0	24	63,2	6	20,0	30	21,1	
DÖB’ te Mahremiyetin sağlanması	Evet	74	100,0	25	65,8	20	66,7	119	83,8	<0,001
	Hayır	0	0,0	13	34,2	10	33,3	23	16,2	
DÖB İzleminin Süresinin Yeterliliği	Evet	70	94,6	3	7,9	16	53,3	89	62,7	<0,001
	Hayır	4	5,4	35	92,1	14	46,7	53	37,3	
DÖB’te Olumlu Beden Dili Kullanılması	Evet	72	97,3	14	36,8	20	66,7	106	74,6	<0,001
	Hayır	2	2,7	24	63,2	10	33,3	36	25,4	
DÖB’ te Her Aşamada Soru Sorabilme İmkanı	Evet	69	93,2	3	7,9	12	40,0	84	59,2	<0,001
	Hayır	5	6,8	35	92,1	18	60,0	58	40,8	
Gebelikte Riskli Durum Bilgilendirmesi	Evet	72	97,3	16	42,1	16	53,3	104	73,2	<0,001
	Hayır	2	2,7	22	57,9	14	47,7	38	26,7	

\*ki-kare test uygulanmıştır.

Tablo 6’de tüm gebelerin almış oldukları danışmanlık ile ilgili bulgular özetlenmiştir. Emzirme ve anne sütü danışmanlığı hizmeti ve aile planlaması danışmanlığı hizmeti, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi baz alındığında gebelere 3. izlemden itibaren sunulmalıdır. Çalışmada tüm gebelere verilen emzirme danışmanlığı sıklığı %30,3 bulunmuştur. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini alanlardan emzirme bilgisi verilenlerin oranı sırasıyla %48,6; %5,3; %16,72’dir. Araştırmaya katılan kadınların son DÖB aldıkları yer ile emzirme bilgisi durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini almış gebelerin en uygun doğum şekli bilgisi verilenlerin oranı sırasıyla %17,6; %71,1; %63,3 iken toplamda %41,5’tir. ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini

almış beslenme bilgisi verilenlerin oranı sırasıyla %70,3; %15,8; %33,3 iken toplamda %44,9'dur. ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine almış gebelerin cinsel yaşam bilgisi verilenlerin oranı sırasıyla %32,4; %10,5; %26,7 iken toplamda %25,4'tür. Çalışmaya katılan gebelerin % 26,8'ine alkol, sigara ve madde bağımlılığı hakkında bilgi verilmiştir. Bunlardan ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine almış gebelerin oranı sırasıyla %28,4; %13,2; %40'tır. Gebelerden % 45,8'ine ilaç kullanımı bilgisi verilmiştir. İlaç bilgilendirmesi yapılan gebelerin % 58,2'i ASM, %23,7'si devlet hastanesi % 43,3'ü özel sağlık kuruluşundan hizmet almıştır. Gebelerden %57,7'sine de tehlike belirtileri bilgisi verilmişken bunların % 77'si ASM, % 31,6'sı devlet hastanesi ve 43,3'ü % özel sağlık kuruluşundan son izlemine almıştır. ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine almış gebelerin doğum yeri planlaması yapılanların oranı sırasıyla %32,4; %65,8; %63,3 iken toplamda %47,9'dur. ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine almış gebelerin aile planlaması bilgisi verilenlerin oranı sırasıyla %48,6; %2,6; %13,3 iken toplamda %28,9'dur. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine alanlardan egzersiz bilgisi verilenlerin oranı sırasıyla %39,2; %10,5; %20,0 iken toplamda %27,5'tir. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine alanlardan doğum başlama belirtileri bilgisi verilenlerin oranı sırasıyla %52,7; %18,4; %36,7 iken toplamda %40,1'dir. Araştırmaya katılan kadınların son DÖB aldıkları yer ile danışmanlık hizmetleri durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aradaki fark tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 6.** Araştırmaya katılanların son DÖB hizmetini aldıkları yer ile danışmanlık hizmetlerinin dağılımı

Özellikler	Evet/Hayır	Gebenin DÖB Aldığı Yer										P
		ASM		Devlet Hastanesi		Özel Sağlık Kuruluşu		Toplam		Sayı	%	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
En Uygun Doğum Şekli Bilgisi	Evet	13	17,6	27	71,1	19	63,3	59	41,5	0,000		
	Hayır	61	82,4	11	28,9	11	36,7	83	58,5			
Gebelikte Beslenme Eğitimi Verilmesi	Evet	52	70,3	6	15,8	10	33,3	68	47,9	0,000		
	Hayır	22	29,7	32	84,2	20	66,7	74	52,1			
Gebelikte Cinsel Yaşam Bilgilendirilmesi	Evet	24	32,4	4	10,5	8	26,7	36	25,4	0,041		
	Hayır	50	67,6	34	89,5	22	73,3	106	74,6			
Gebelikte Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Bilgisi	Evet	21	28,4	5	13,2	12	40,0	38	26,8	0,041		
	Hayır	53	71,6	33	86,8	18	60,0	104	73,2			
Gebelikte İlaç Kullanımı Bilgisi	Evet	43	58,1	9	23,7	13	43,3	65	45,8	0,002		
	Hayır	31	41,9	29	76,3	17	56,7	77	54,2			
Gebelikte Tehlike Belirtileri Bilgisi	Evet	57	77,0	12	31,6	13	43,3	82	57,7	0,000		
	Hayır	17	23,0	26	68,4	17	56,7	60	42,3			
Doğumun Yapılacağı Yerin Planlaması	Evet	24	32,4	25	65,8	19	63,3	68	47,9	0,001		
	Hayır	50	67,6	13	34,2	11	36,7	74	52,1			
Aile Planlaması Bilgisi Verilmesi	Evet	36	48,6	1	2,6	4	13,3	41	28,9	0,000		
	Hayır	38	51,4	37	97,4	26	86,7	101	71,1			
Gebelikte Egzersiz Eğitimi Verilmesi	Evet	29	39,2	4	10,5	6	20,0	39	27,5	0,003		
	Hayır	45	60,8	34	89,5	24	80,0	103	72,5			
Emzirme Bilgisi	Evet	36	48,6	2	5,3	5	16,7	43	30,3	0,000		
	Hayır	38	51,4	36	94,7	25	83,3	99	69,7			
Doğumun Başlama Belirtileri Bilgisi	Evet	39	52,7	7	18,4	11	36,7	57	40,1	0,002		
	Hayır	35	47,3	31	81,6	19	63,3	85	59,9			

Tablo 7.'da araştırmaya katılanların son DÖB hizmetini aldıkları yer ile fizik muayene hizmetlerinin yapılma durumlarına göre dağılımı görölmektedir. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini alanlardan boy ölçümü yapılanların oranı sırasıyla %94,6; %5,34; %30,0 iken toplamda %57'dir. Araştırmaya katılan kadınların son DÖB aldıkları yer ile boy ölçümü durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini alanlardan kilo ölçümü yapılanların oranı sırasıyla %97,3; %15,8; %50,0 iken toplamda %65,5'tir. Gebelerden %76,1'ine de kan basıncı ölçölmüşken bunların % 98,6'si ASM, % 26,3'ü devlet hastanesi ve 83,3'ü % özel sağlık kuruluşundan son izlemini almıştır. ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini almış gebelerin karnın elle muayenesi yapılanların oranı sırasıyla %21,6; %15,8; %16,7 iken toplamda %19'dur. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini alanlardan kalp oksöltasyonu yapılanların oranı sırasıyla %5,4; %2,6; %10 iken toplamda %5,6'dır. ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini almış gebelerin ÇKS dinlenenlerin oranı sırasıyla %98,3; %97,4; %100 iken toplamda %98,3'tür. Gebelerin son DÖB aldıkları yer ile ÇKS dinlenme durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini alanlardan ödem ve varis kontrolü yapılanların oranı sırasıyla %62,2; %23,7; %30 iken toplamda %45,1'dir.

**Tablo 7.** Araştırmaya katılanların son DÖB hizmetini aldıkları yer ile fizik muayene hizmetlerinin yapılma durumlarına göre dağılımı

		Gebenin DÖB Aldığı Yer						Toplam		P
		ASM		Devlet Hastanesi		Özel Sağlık Kuruluşu				
Özellikler	Evet/Hayır	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Boy Ölçümü	Evet	70	94,6	2	5,3	9	30,0	81	57,0	0,000
	Hayır	4	5,4	36	94,7	21	70,0	61	43,0	
Kilo Ölçümü	Evet	72	97,3	6	15,8	15	50,0	93	65,5	0,000
	Hayır	2	2,7	32	84,2	15	50,0	49	34,5	
Kan Basıncı Ölçümü	Evet	73	98,6	10	26,3	25	83,3	108	76,1	0,000
	Hayır	1	1,4	28	73,7	5	16,7	34	23,9	
Karnın Elle Muayenesi	Evet	16	21,6	6	15,8	5	16,7	27	19,0	0,708
	Hayır	58	78,4	32	84,2	25	83,3	115	81,0	
Kalp Oskültasyonu	Evet	4	5,4	1	2,6	3	10,0	8	5,6	0,422
	Hayır	70	94,6	37	97,4	27	90,0	134	94,4	
Çocuk Kalp Sesleri**	Evet	57	98,3	37	97,4	24	100,0	118	98,3	0,540*
	Hayır	1	1,7	1	2,6	0	0,0	2	1,7	
Ödem ve Varis Kontrolü	Evet	46	62,2	9	23,7	9	30,0	64	45,1	0,000
	Hayır	28	37,8	29	76,3	21	70,0	78	54,9	

\*\*Gebelik haftası 14 hafta altı olan gebeler hesaplanmamıştır.

\* Fisher Exact test uygulanmıştır.

Tablo 8.'de Gebelerin son DÖB hizmetini aldıkları yer ile test ve laboratuvar hizmetlerinin dağılımı görülmektedir. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine alanlardan kan tetkiki yapılanların oranları sırasıyla %98,6; %92,1; %100 iken toplamda %97,2'dir. Gebelerin son DÖB aldıkları yer ile kan tetkiki yapılma durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine almış gebelerin USG muayenesi yapılma oranı sırasıyla %90,5; %97,4; %90 iken toplamda %91,5'tir. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine alanlardan idrar tetkiki yapılanların oranları sırasıyla %47,3; %76,3; %96,7 iken toplamda %65,5'tir.



**Tablo 8.** Araştırmaya katılanların son DÖB hizmetini aldıkları yer ile test ve laboratuvar hizmetlerinin dağılımı

		Gebenin DÖB Aldığı Yer						Toplam		P
		ASM		Devlet Hastanesi		Özel Sağlık Kuruluşu				
Özellikler	Evet/Hayır	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kan Tetkiki	Evet	73	98,6	35	92,1	30	100,0	138	97,2	0,081
	Hayır	1	1,4	3	7,9	0	0,0	4	2,8	
USG Muayenesi*	Evet	67	90,5	36	94,7	27	90,0	130	91,5	0,708
	Hayır	7	9,5	2	5,3	3	10,0	12	8,5	
İdrar Tetkiki*	Evet	35	47,3	29	76,3	29	96,7	93	65,5	0,000
	Hayır	39	52,7	9	23,7	1	3,3	49	34,5	

\*İdrar tetkiği ve ultrason muayenesi için aile hekimlerinin tavsiye ve önerisi kastedilmiştir.

Tablo 9.'de Gebelerin son DÖB hizmetini aldıkları yer ile ilaç desteği ve bağışıklama hizmetlerinin durumlarına göre dağılımı görülmektedir. DÖB ve Yönetim Rehberi'nde kadınlara D vitamini desteğinin 12. gebelik haftasından itibaren doğum sonu 6. aya kadar yapılması istemektedir. Yine DÖB Yönetim Rehberi'nde demir hapının gebeliğin 16. Haftasında verilmesi, tetanos bağışıklamasının ise ilk kez gebeliğin 12. haftasında yapılmasını istenmektedir (14). Bu bağlamda tetanos toksoidi, demir kullanımı ve D vitamini takviyesi 14 hafta üzerindeki gebelerde araştırılarak gebelik haftalarının sınıflamasında standardizasyon sağlanmaya çalışılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların son DÖB aldıkları ilaç desteği ve bağışıklama hizmetleri durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine alanlardan D vitamini takviyesi verilme oranları sırasıyla %91,4; %53,3; %52,2 iken toplamda %73'tür. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine alanlardan tetanoz bağışıklaması yapılanların oranı sırasıyla %82,2; %26,7; %21,7 iken toplamda %55'tir. ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine almış gebelerin demir takviyesi verilme oranları sırasıyla %93,1; %40,0; %60,9 iken toplamda %72,1'dir.

**Tablo 9.** Araştırmaya katılanların son DÖB hizmetini aldıkları yer ile ilaç desteği ve bağışıklama hizmetlerinin durumlarına göre dağılımı

		Gebenin DÖB Aldığı Yer						Toplam		P
		ASM		Devlet Hastanesi		Özel Sağlık Kuruluşu				
Özellikler	Evet/Hayır	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
D Vitamini*	Evet	53	91,4	16	53,3	12	52,2	81	73,0	0,000
	Hayır	5	8,6	14	46,7	11	47,8	30	27,0	
Tetanoz Bağışıklaması*	Evet	48	82,8	8	26,7	5	21,7	61	55,0	0,000
	Hayır	10	17,2	22	73,3	18	78,3	50	45,0	
Demir Takviyesi*	Evet	54	93,1	12	40,0	14	60,9	80	72,1	0,000
	Hayır	4	6,9	18	60,0	9	39,1	31	27,9	

\*14 hafta ve altı gebeler alınmamıştır.

Tablo 10.'da Gebelerin aldıkları doğum öncesi bakımda yapılan fizik muayene hizmetlerinin dağılımı verilmiştir. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde, D vitamini desteğinin 12. gebelik haftasından itibaren doğum sonu 6. aya kadar verilmesi istenmektedir. Ayrıca tetanos bağışıklamasının ilk kez 12. haftada yapılması ve demir kullanımının 16. haftada başlanması istenmektedir. Bu yüzden D vitamini kullanımı, demir kullanımı ve tetanos toksoidi 14 hafta üzerindeki gebelere sorulmuştur. Sağlık Bakanlığı DÖB Yönetim Rehberi'nde muayenede yapılması gerekenler izlem haftasına göre belirtilmiştir. DÖB hizmetlerinin özelliği olduğu gebelik haftalarında yapılması önemlidir. DÖB'te gebeliğin son haftalarında tansiyonun ölçülmesi önemini artırmaktadır (14).

Bebek kalp sesleri el dopleri ile 10-12. haftalardan itibaren, fetal steteskop ile 16-20. haftalardan itibaren duyulabilir. Gebeyi doğum şekli hakkında bilgilendirme gebeliğin üçüncü ve dördüncü izlemde önem kazanır. Üçüncü izlemde gebelere emzirme danışmanlığı verilmesi; üçüncü ve dördüncü izlemde aile planlaması danışmanlığı verilmesi gerekmektedir. DÖB ve Yönetim Rehberi'nde kadınlara D vitamini desteğinin 12. gebelik haftasından itibaren doğum sonu 6. aya kadar yapılması istenmektedir. Yine DÖB Yönetim Rehberi'nde gebelerden gebeliğin 16. Haftasında başlanmasını, tetanos toksoidinin ise ilk kez gebeliğin 12. haftasında yapılmasını belirtmiştir (14).

Tablo 10.'da gebelerin birinci basamak sağlık kuruluşlarından (ASM'ler) aldığı bazı DÖB hizmetlerinin gebelik haftalarına göre dağılımı görülmektedir. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde kilo ölçümü oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 93,7; %96,6; %100; %100'dür. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde kan basıncı ölçümü oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 93,7; %100; %100; %100'dür. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde ÇKS dinlenme oranları 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 96,6; %100; %100'dür. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde ödem ve varis muayenesi oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 37,5; %56,6; %84,2; 77,7'dir. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde kan tetkiki yapılma oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 93,7; %100; %100; %100'dür. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde tetanoz aşısı yapılma oranları 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla %73,3; %89,4; %100'dür. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde en uygun doğum şekli bilgisi verilme oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 12,5; %10; %26,3; %33,3'tür. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde aile planlaması bilgisi verilme oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 50; %40; %52,6; %66,7'dir. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde emzirme danışmanlığı alanların oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 43,7; %53,3; %47,3; %44,4'dür. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde D vitamini takviyesi alanların oranları 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla %90,0; %89,4; %100'dür. Son DÖB hizmetini ASM'lerden alan gebelerde demir takviyesi alma oranları 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla %93,3; %89,5; %100'dür.

**Tablo 10.** Gebelerin birinci basamak sağlık kuruluşlarından (ASM'ler) aldığı bazı DÖB Hizmetlerinin gebelik haftalarına göre dağılımı

Özellikler	Evet/Hayır	Gebelik Haftası							
		0-14		15-24		25-32		33-38	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kilo Ölçümü	Evet	15	93,7	29	96,6	19	100,0	9	100,0
	Hayır	1	6,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Kan Basıncı Ölçümü	Evet	15	93,7	30	100,0	19	100,0	9	100,0
	Hayır	1	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Çocuk Kalp Sesi*	Evet	-	-	29	96,6	19	100,0	9	100,0
	Hayır	-	-	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Ödem ve varis Kontrolü	Evet	6	37,5	17	56,6	16	84,2	7	77,7
	Hayır	10	62,5	13	43,3	3	15,7	2	22,2
Kan Tetkiki	Evet	15	93,7	30	100,0	19	100,0	9	100,0
	Hayır	1	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tetanoz aşısı*	Evet	-	-	22	73,3	17	89,4	9	100,0
	Hayır	-	-	8	26,6	2	10,5	0	0,0
En Uygun Doğum Şekli Bilgisi	Evet	2	12,5	3	10,0	51	26,3	3	33,3
	Hayır	14	87,5	27	90,0	4	73,6	6	66,7
Aile planlaması	Evet	8	50,0	12	40,0	10	52,6	6	66,7
	Hayır	8	50,0	18	60,0	9	47,3	3	33,3
Emzirme Danışmanlığı	Evet	7	43,7	16	53,3	9	47,3	4	44,4
	Hayır	9	56,2	14	46,6	10	52,6	5	55,6
D Vitamini Takviyesi*	Evet	-	-	27	90,0	17	89,4	9	100,0
	Hayır	-	-	3	10,0	2	10,5	0	0,0
Demir Takviyesi*	Evet	-	-	28	93,3	17	89,5	9	100,0
	Hayır	-	-	2	6,6	2	10,5	0	0,0
Toplam		16	100,0	30	100,0	19	100,0	9	0,0

\*Gebelik haftası 14 hafta altı olan gebeler hesaplanmamıştır.

Tablo 11.'da gebelerin ikinci basamak sağlık kuruluşlarından (KHD Uzmanları) aldığı bazı DÖB hizmetlerinin gebelik haftalarına göre dağılımı görülmektedir. Son DÖB hizmetini KHD uzmanlarından alan gebelerde kilo ölçümü oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 33,3; %30,4; %25,0; %37,5'tir. Son DÖB hizmetini KHD uzmanlarından alan gebelerde kan basıncı ölçümü oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 46,6; %43,4; %50,0; %64,2'dir. Son DÖB hizmetini KHD uzmanından alan gebelerde ÇKS dinlenme oranları 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 100; %100; %93,7 %100'dür. Son DÖB hizmetini KHD uzmanlarından alan gebelerde ödem ve varis muayenesi oranları 0-14. hafta, 15-24.

hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 20; %34,7; %18,7; %28,5'dir. Son DÖB hizmetini KHD uzmanlarından alan gebelerde kan tetkiki yapılma oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 100; %95,6; %93,7; %92,8'dir. Son DÖB hizmetini KHD uzmanlarından alan gebelerde tetanoz aşısı yapılma oranları 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla %17,3; %18,7; %42,8'dir. Son DÖB hizmetini KHD uzmanından alan gebelerde en uygun doğum şekli bilgisi verilme oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 60; %52,1; %68,7; %100'dür. Son DÖB hizmetini KHD uzmanlarından alan gebelerde aile planlaması bilgisi verilme oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 0,0; %4,3; %6,2; %21,4'dir. Son DÖB hizmetini KHD uzmanlarından alan gebelerde emzirme danışmanlığı alanların oranları 0-14. hafta, 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla % 6,6; %8,6; %6,2; %21,4'dür. Son DÖB hizmetini KHD uzmanlarından alan gebelerde D vitamini takviyesi alanların oranları 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla %56,5; %37,5; %64,2'dir. Son DÖB hizmetini KHD uzmanlarından alan gebelerde demir takviyesi alma oranları 15-24. hafta, 25-32. hafta ve 32-38. hafta için sırasıyla %43,4; %37,5; %71,4'tür.

**Tablo 11.** Gebelerin İkinci basamak sağlık kuruluşlarından (KHD Uzmanları) aldığı bazı DÖB hizmetlerinin gebelik haftalarına göre dağılımı

Özellikler	Evet/Hayır	Gebelik Haftası											
		0-14			15-24			25-32			33-38		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kilo Ölçümü	Evet	5	33,3	7	30,4	4	25,0	5	35,7				
	Hayır	10	66,6	16	69,5	12	75,0	9	64,2				
Kan Basıncı Ölçümü	Evet	7	46,6	10	43,4	8	50,0	5	64,2				
	Hayır	8	53,3	13	56,5	8	50,0	9	0,0				
Çocuk Kalp Sesi	Evet	9	100,0	23	100,0	15	93,7	14	100,0				
	Hayır	0	0,0	0	0,0	3	6,2	0	0,0				
Ödem ve varis Kontrolü	Evet	3	20,0	8	34,7	3	18,7	4	28,5				
	Hayır	12	80,0	15	64,2	13	81,2	10	71,4				
Kan Tetkiki	Evet	15	100,0	22	95,6	15	93,7	13	92,8				
	Hayır	0	0,0	1	4,3	1	6,2	1	7,1				
Tetanoz aşısı*	Evet	-	-	4	17,3	3	18,7	6	42,8				
	Hayır	-	-	19	82,6	13	81,2	8	57,1				
En Uygun Doğum Şekli Bilgisi	Evet	9	60,0	12	52,1	11	68,7	14	100,0				
	Hayır	6	40,0	11	47,8	5	31,2	0	0,0				
Aile planlaması	Evet	0	0,0	1	4,3	1	6,2	3	21,4				
	Hayır	15	100,0	22	95,6	15	93,7	11	78,5				
Emzirme Danışmanlığı	Evet	1	6,6	2	8,6	1	6,2	3	21,4				
	Hayır	14	93,3	21	91,3	15	93,7	11	78,5				
D Vitamini Takviyesi*	Evet	-	-	13	56,5	6	37,5	9	64,2				
	Hayır	-	-	10	43,4	10	62,5	5	35,7				
Demir Takviyesi*	Evet	-	-	10	43,4	6	37,5	10	71,4				
	Hayır	-	-	13	56,5	10	62,5	4	28,5				
Toplam		16	100,0	23	100,0	16	100,0	14	0,0				

\*Gebelik haftası 14 hafta altı olan gebeler hesaplanmamıştır.

## 6. TARTIŞMA

Bu araştırma ile Mardin ili Kızıltepe İlçesi'nde verilen DÖB hizmetlerinin içeriği araştırılmıştır. Araştırmada; gebelerin aile sağlık merkezleri, devlet hastanesi ve özel hastanelerde aldıkları DÖB'ün içeriği irdelenmiştir. Araştırmada, temel koruyucu sağlık hizmetlerinden olan DÖB hizmetleri içerik açısından araştırılarak aile hekimi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının verdiği doğum öncesi bakımı ne derecede nitelikli olarak sunulduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Araştırmada toplanan veriler sadece aile hekimine kayıtlı gebelerden ulaşılarak elde edilmiştir. Gebeler hafıza faktörünün etkisini en aza indirebilmek için gebelik haftasına göre gruplandırılmış ve öylece değerlendirme yapılmıştır. Buna rağmen hafıza faktörü sonuçlara etki etmiş olabilir.

Araştırma aile hekimlerine kayıtlı gebeler üzerinden yürütülmüştür. Aile hekimine kayıtlı olmayan gebelerin olma olasılığı araştırmanın en önemli kısıtlılığını oluşturmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 29 ( $\pm 6.944$ ) iken en genç gebe 18, en yaşlı gebe ise 49 yaşındadır. Araştırmadaki gebelerin %4.9'u 20 yaş altında iken gebelerin %20.3'ü de 35 yaş ve üzerindedir. Pirinççi ve arkadaşlarının 2010 yılında Elazığ'da yaptıkları bir araştırmada ise kadının yaş ortalaması  $29.19 \pm 6.28$  olarak bulunmuştur (9). Her iki araştırmada da yaş ortalaması 29 civarındadır.

TNSA 2013 verilerine göre canlı doğum yapan kadınların %5,5'i 20 yaşın altında; %12,5'i ise 35-49 yaşları arasındadır (12).

Çatak ve arkadaşlarının İstanbul genelinde yaptığı bir araştırmada ise 20 yaş altında gebe olanların oranını %3,1; 35 yaş ve üzeri gebe olanların oranını ise %10,5 olarak bulmuştur (79).

Araştırmamızdaki 35 yaş ve üzeri gebe oranı diğer araştırmalardan yüksektir. 35 yaş üstü gebeliklerde gebelik komplikasyonları artış gösterir. Üreme çağındaki kadınlara gebelikte risk oluşturabilecek durumlar ile ilgili bilgi verilmesi çok

önemlidir. Gebelere verilen DÖB danışmanlık ve bilgilendirme hizmetlerinin daha efektif bir şekilde verilmesi gerekmektedir.

TNSA 2013 verilerine göre NUTS 1 Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 15-49 yaş aralığındaki kadınlardan %35.2'si okuryazar değil ya da ilkokulu bitirmemiş, %24.2'si ilkokul, %22.2'si ortaokul, %18.3'ü ise lise ve üzeri eğitim almıştır (12).

Çatak ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptığı bir araştırmada gebelerin %9.5'i eğitimsiz iken; Yine aynı araştırmada gebe eşlerinin %2,9'unun eğitimsiz, %50,3 ilk ve ortaokul, %24,8 lise ve %21,6'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (79).

Pirinççi ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı araştırmada kadınların %20.1'inin okuryazar olmadığı %49.3' ünün ilköğretim mezunu, %18.8'i lise, %11.7'si ise üniversite ve üstü mezunu olduğu bulunmuştur (9). Bu çalışmada kadınların eşlerinin eğitim düzeyi daha yüksek iken eşlerin %7.7' si okuryazar değildir. Gebelerin eşlerinin okuryazar olmayanlarının oranı %7 olarak bulunmuş iken Pirinççi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki sonuç ile benzerlik göstermektedir (9). Araştırmamıza katılan gebelerin %37.3'ü okuryazar olmadığı, gebe eşlerinin ise %7'sinin okuryazar olmadığı bulunmuştur. Gebelerin %40.8'i ilköğretim, %18.3'ü ortaöğretim, %3.5'i ise üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Araştırmamızda okuryazar olmayan kadın oranı daha önce yapılmış araştırmalardan daha yüksek çıkmıştır. Kadınların eğitim düzeyi eşlerinden daha düşüktür. Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında araştırmamızdaki kadınların eğitim düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir

TNSA 2013 verilerine göre NUTS 1 Güneydoğu Anadolu Bölgesinde çalışan kadınların oranı %19.8 olarak bulunmuştur (12). Pirinççi ve arkadaşlarının Elazığ'da yaptığı çalışmada kadınların %90.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır (9). Araştırmamızdaki gebelerin %93'ü ev hanımı iken yalnızca % 7'si gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Araştırmamızda kadınların iş hayatına katılımı gerek TNSA verileri gerekse yakın coğrafyada yapılmış diğer çalışmalardan daha düşük bulunmuştur. Bu durumu çalışmanın yapıldığı yerin sosyokültürel düzeyi ya da çalışma olanaklarının azlığı ile ilişkilendirebiliriz. Haneye giren toplam gelir



açısından bakıldığında gebelerin %46.5'inin toplam gelir düzeyi asgari ücretin altında,%40.8'inin asgari ücret kadar ve %12.7'sinin ise asgari ücret üzerindedir.

Araştırmamıza katılan gebelerin %24.6'sı ilk gebeliğini yaşarken, %21'i ise dört ve üzeri gebelik geçirmiştir. Pirinççi ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %39.3' nün ilk gebeliğidir (9).

Araştırmamızda gebelerin %52.1'i son izlemini aile sağlığı merkezinde, %21.1'i özel sağlık kuruluşunda, %26.8'i de devlet hastanesinde yaptırmıştır. Araştırmamızda gebeler aldıkları son izlemlerini aldıkları yere göre DÖB almada en çok kamu kuruluşlarını tercih ederken kamu kuruluşları arasında da en çok aile sağlığı merkezlerini tercih etmiştir. Bu bağlamda aile sağlık merkezlerinin sürekli hizmet kaynağı olarak kullanımının yeterli olduğu düşünülebilir. Gebe izlemleri temel sağlık hizmetleri kapsamında birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar olan ASM'lere verildiğinden ASM'ler kendilerine kayıtlı olan gebelerin izlemini yapmak zorundadırlar. Araştırmamızda son izlemin en çok ASM'ler tarafından yapılmış olması Kızıltepe ilçesinde sadece tek bir devlet hastanesi olması ve hastanede kadın hastalıkları ve doğum uzmanı sayısının ilçenin ihtiyaçlarına karşılık verememesi kaynaklık etmiş olabilir.

Gebeye yapılan ilk izlemin mümkün olabildiğince erken başlaması DÖB hizmetinin niteliğini belirlemede önemli bir kriterdir. Bunun için gebeliğin olabildiğince erken tespit edilmesi gerekmektedir. Araştırmamızda yer alan kadınların %83.1'i 0-6. haftalar arasında, %16.9'u ise 7-12. haftalar arasında gebelik tespiti yapılmıştır. Pirinççi ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada gebeliğin ilk üç ayda tespit edilme oranı %88,5'tir (9)

Araştırmamızda gebelerin DÖB hizmetinin içeriğini değerlendirmek için 30 sorudan oluşan bir anket hazırlanmıştır. Anketi oluşturan sorular Sağlık Bakanlığımızın DÖB ve Yönetim Rehberinden yararlanarak izlemlerde yapılması gereken sağlık hizmetleri göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Anket soruları DÖB rehberinde yer alan iletişim ve bilgi paylaşımı, fizik muayene, test ve laboratuvar, ilaç desteği ve bağışıklama, danışmanlık hizmetleri ile ilgili sorulardır (14).

Çatak ve arkadaşlarının Bursa’da yaptığı çalışmada doğum öncesi bakımda yapılması gereken muayene, ölçüm ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili her değişken için yeterlilik düzeyi %90 ve üzeri alınarak bu standarda ulaşmış ulaşılmadığına bakılmıştır (18).

Gebenin DÖB izlemleri sırasında kendisini rahat hissetmesi, kendisine izlem için yeterli süre ayrılması, soru sorabilme imkânına yakalayabilmesi, gereken konularda bilgilendirilmesi gibi iletişim ve bilgi alışverişi ile ilgili konular gebenin DÖB’e bağlı kalması ve daha etkili bir hizmet alması açısından önemlidir

Son izlemini ASM’den almış gebelerin ASM’lerden aldığı DÖB izleminin iletişim ve bilgi paylaşımı hizmetleri ile ilgili tüm sorularına % 90 üzerinde evet cevabı vererek yeterli bulunduğunu belirtmiştir. Son izlemini devlet hastanelerinden ve özel sağlık kuruluşlarından almış gebeler ise bu soruların hepsine % 90 çok altında evet yanıtı vermiştir. İletişim ve bilgi alışverişi konusunda ASM’ler %90 standardına ulaşmışken devlet hastaneleri ve özel sağlık kuruluşları bu standardın çok altında kalmıştır. Gebelerin son DÖB hizmetini aldıkları yer ile iletişim ve bilgi paylaşımı hizmetlerinin durumları değerlendirildiğinde tüm bağımlı değişkenlerde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (  $p<0,001$ ). Bunun sebebi hastanelerde yetersiz sayıda KHD uzmanı bulunması ve bundan kaynaklı hekimin gebeye yeterli zamanı ayıramaması olabilir.

Gebelerin aile hekimlerinden aldığı DÖB hizmetlerinde yapılan danışma ile ilgili sorulardan ‘ ‘ DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu en uygun doğum şekli konusunda sizi bilgilendirdi mi? ‘ ‘ sorusuna gebeler %41,5 oranında evet cevabı vermiştir. Fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (  $p<0,001$ ).

Gebeler aldıkları DÖB hizmetlerinde yapılan danışma ile ilgili sorulardan hiçbirine %90 oranında evet yanıtını vermemiştir. Bu anlamda Kızıltepe ilçesi DÖB’te danışma ve bilgi paylaşımı konusunda %90 standardını sağlayamamış denebilir. Gebelerin son DÖB hizmetini aldıkları yer ile danışma hizmetlerinin durumları değerlendirildiğinde verilmesi gereken tüm hizmetler ile ilişkin gruplar ASM ve ikinci basamak arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (  $p<0,001$ ).

Araştırmamızda, DÖB hizmeti alan kadınların % 65.5'inin izlem sırasında kilo ölçümü yapılmıştır. Bu oran TNSA-2013 Türkiye geneli (%91,2) için verilen değerden düşük, Güneydoğu Anadolu Bölgesi için verilen değerden (%77,7) yüksek bulunmuştur (12).

Gebelerin gebelik haftasına göre aile hekiminden aldığı izlemlerde kilo ölçümünün yapılma durumuna bakıldığında 1. grupta %93.7, 2. grupta %96.6, 3. grupta %100, 4. grupta %100 oranında kilo ölçümünün yapıldığı bulunmuştur. Gebelerin gebelik haftasına göre kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından aldığı izlemlerde kilo ölçümünün yapılma durumuna bakıldığında 1. grupta %33.3, 2. grupta %30.4, 3. grupta %25, 4. grupta %35.7 oranında kilo ölçümünün yapıldığı bulunmuştur. Çatak ve arkadaşları İstanbul'da yaptıkları çalışmalarında birinci izlemde %86, ikinci izlemde %91,2, üçüncü izlemde %92,3 ve dördüncü izlemde %95,6 oranında kilo ölçümleri yapılmıştır (79).

Araştırmada aile hekimleri kilo ölçümünün yapılma düzeyi açısından bütün gebelik gruplarında %90 standardını sağlamışken kadın hastalıkları ve doğum uzmanları bu standardın çok altında kalmıştır. Aile hekimlikleri ise söz konusu bu araştırmaların üzerinde bir oranı yakalayabilmiştir. Gebelerin gebe aldığı izlemlerde kilo ölçümünün yapılma durumunun son DÖB alınan yere göre değerlendirilmesinde DÖB veren gruplar arasında ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (  $p<0,001$ ).

Gebelerin aile hekiminden aldığı izlemlerde boy ölçümünün yapılma durumuna bakıldığında %94,6'sının boy ölçümü yapıldığı görülmektedir. Devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşlarında boy ölçümünün yapılma durumu sırasıyla %5,3 ve %30'dur. Bu bağlamda aile hekimleri boy ölçümünün yapılma düzeyi açısından bütün gruplarda %90 standardını sağlamışken kadın hastalıkları ve doğum uzmanları bu standardın çok altında kalmıştır. Boy ölçümünün son DÖB alınan yere göre dağılımı değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (  $p<0,001$ ).

Gebelerin gebelik haftasına göre aile hekiminden aldığı izlemlerde kan basıncı ölçümünün yapılma durumuna bakıldığında 1. grupta %93.7, 2. grupta

%100, 3. grupta %100, 4. grupta %100 oranında kan basıncı ölçümünün yapıldığı bulunmuştur.

Gebelerin gebelik haftasına göre KHD uzmanlarından aldığı izlemlerde kan basıncı ölçümünün yapılma durumuna bakıldığında 1. grupta %46.6, 2. grupta %43.4, 3. grupta %50, 4. grupta %35.7 oranında kan basıncı ölçümünün yapıldığı bulunmuştur.

Araştırmada aile hekimleri kan basıncı ölçümünün yapılma düzeyi açısından bütün gruplarda %90 standardını sağlamışken kadın hastalıkları ve doğum uzmanları bu standardın çok altında kalmıştır. Kan basıncının ölçümünün son DÖB alınan yere göre dağılımı değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

Çatak ve arkadaşlarının İstanbul ve Bursa'da yaptıkları araştırmalarında bu araştırmadakine benzer bir şekilde aile hekimleri kilo ve kan basıncı ölçümünde belirtilen standardını yakalamıştır (18, 79).

Preeklampsinin kontrolü açısından gebelerin kan basıncının ölçülmesi çok önemlidir. TNSA 2013'te Türkiye'de gebelerin %96'sının kan basıncının ölçüldüğü bulunmuştur. TNSA-2013 NUTS 1 Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ise DÖB almış gebelerin %89,8'inin kan basıncı ölçülmüştür (12).

Bu araştırmada Mardin ili Kızıltepe ilçesindeki KHD uzmanlarının izlemlerinde kan basıncı ölçme düzeyleri TNSA 2013 Türkiye geneli orandan da TNSA-2013 NUTS 1 Güneydoğu Anadolu Bölgesi oranından da daha düşük bulunmuştur. Fakat ASM'lerde verilen DÖB hizmetinde izlemlerde kan basıncına bakılma oranı her iki orandan da yüksektir. ASM'lerin ve KHD uzmanlarının arasındaki bu farkın sebepleri üzerinde durulmalıdır. Bu farkın ortaya çıkmasının sebeplerinden biri Kızıltepe ilçesinde devam etmekte olan KHD uzmanı yetersizliği olabilir. Bu yetersizlikten ötürü hastalar yeteri sürelerde ve yeterli düzeyde muayene olabilme imkânından yoksun kalıyor olabilir (12).

Aile hekimlerinin izlemlerde gebelere elle karın muayenesini yapma durumuna bakıldığında %21.6 oranında elle karın muayenesi yapıldığı bulunmuştur.

Bu oran devlet hastanelerinde %15.8 iken özel sağlık kuruluşlarında %16,7'dir. Karnın elle muayenesi ile son DÖB alınan yere göre dağılımı değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı değerdir (  $p=0,708$ ).

Araştırmada hem birinci basamak hem de ikinci basamak sağlık kuruluşlarının elle karın muayenesi yapma düzeyi açısından %90 standardının gerisinde kalmıştır. TNSA 2013 Türkiye geneli oran %73'tür. TNSA 2013'te ise NUTS 1 Güneydoğu Anadolu Bölgesinde gebelerin %68'ine karnın dışarıdan elle muayenesi yapılmıştır. TNSA 2013'teki orana göre kıyaslandığı durumda tüm sağlık kuruluşları bu oranın çok altında kalmıştır (12).

Aile hekimlerinin izlemlerde gebelere kalp oksültasyonu muayenesini yapma durumuna bakıldığında %5,4 oranında kalp oksültasyonu muayenesi yapıldığı bulunmuştur. Devlet hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarında izlemlerde gebelere kalp oksültasyonu muayenesini yapma durumuna bakıldığında sırasıyla %2,6 ve %10 oranında kalp oksültasyonu muayenesi yapıldığı bulunmuştur. Kalp oksültasyonu ile son DÖB alınan yere göre dağılımı değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı değerdir. (  $p=0,422$ ).

Bu araştırmaya göre gebelere DÖB izlemleri sırasında yapılması gereken fizik muayene hizmetlerinden en çok ihmal edileni kalp oksültasyonu muayenesi yapılmasıdır. Çatak ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptıkları araştırmalarında kalp oksültasyonu yapılma oranı 1. izlemde %23,3, 2. İzlemde, %20,1, 3. izlemde %29,2 ve 4. izlemde %27,3 şeklinde (79). Bu oranlar Mardin Kızıltepe ilçesindeki kalp oksültasyonu muayenesi yapılma oranlarından çok daha yüksektir.

DÖB Yönetim Rehberi'nde ilk gebe izleminin 14 haftaya kadar yapılmış olması istenmektedir. 10–12. haftada da ÇKS muayenesi istenmektedir. Fakat ÇKS fetal steteskop ile 16-20. Haftalardan itibaren, el Dopler ise 10-12. haftalardan itibaren duyulabilmektedir (14).

Bu çalışmada standartizasyonu sağlamak için son izlemini ASM'lerden almış 14 hafta üzerindeki gebelerde ÇKS'nin dinlenip dinlenmediği araştırılmıştır. Buna göre gebelik haftasına göre gebelerin aile hekiminden aldığı izlemlerde ÇKS dinlenme durumu 2. grupta %96.6, 3. grupta %100, 4. grupta %100 olarak

saptanmıştır. Gebelik haftasına göre gebelerin KHD uzmanından aldığı izlemlerde CKS dinlenme durumu 2. grupta %100, 3. grupta %93.7, 4. grupta %100 olarak saptanmıştır. Araştırmada hem aile hekimleri hem de KHD uzmanları CKS dinleme düzeyi açısından bütün gruplarda %90 standardını sağlamıştır.

Bu araştırmada aile hekimindeki izlemlerde ödem ve varis kontrolü yapılma oranı %62,2 olarak bulunmuştur. Devlet hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarından alınan izlemlerde ise ödem ve varis kontrolü yapılma oranı sırasıyla %23,7 ve %30 olarak bulunmuştur. Kaya ve arkadaşlarının Çanakkale’de yaptığı bir araştırmada ödem kontrolü yapılma oranı %74.7’dir (80)

Araştırmamızda ödem kontrolü ile son DÖB alınan yere göre dağılımı değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ).

Araştırmamızda tüm gebelerin son DÖB izlemlerinde kan tetkiki yapılma durumu %97.2’dir. ASM’lerde bu oran %98.6 iken devlet hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarında bu oran sırasıyla %92,1 ve 100’dir.

TNSA 2013 ‘te DÖB izlemlerinin en az birinde kan tetkiki yapılan gebe oranı %94’tür. TNSA-2013 NUTS 1 Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ise bu oran %85.8’dir (12)

Mardin Kızıltepe’deki bu araştırmada kan tetkiki yapılma oranı bu araştırmalarla karşılaştırıldığında daha yüksek bir oranda olduğu görülür. Ayrıca %90 standartını yakaladığını da eklemek gerekir. Gebelerin son DÖB aldıkları yer ile kan tetkiki yapılma durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Ultrasonu kadın hastalıkları ve doğum uzmanları yaptığından bu araştırmada aile hekimince ultrason tetkiki istenip istenmediği sorulurken kadın doğum uzmanının ultrasonu yapıp yapmadığı araştırılmıştır. Araştırmamızda tüm gebelerin son DÖB izlemlerinde ultrasonla muayene edilme durumu %91,5 iken KHD uzmanlarında bu oran %95.5’tir. TNSA 2013’te doğum öncesi izlemlerin en az birinde ultrason ile muayene olan gebelerin oranı %98’dir. TNSA-2013 NUTS 1 Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ise bu oran %96.8’dir (12).

Bu araştırmada Ultrason ile muayene oranları TNSA 2013 raporundaki oranlardan daha düşük olmakla beraber %90 standartını sağlamıştır. Gebelerin son DÖB aldıkları yer ile USG muayene durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

İdrar tetkiği Mardin ilinde 2016-2017 yıllarında ASM'lerde yapılamadığından ASM'ler için aile hekiminin tavsiyesinin olup olmadığı sorgulanmıştır.

Bu araştırmadaki gebelerin test ve laboratuvar hizmetleri ile ilgili bulgular TNSA verileri ile kıyaslandığında düşük düzeyde oldukları görölmektedir. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini alanlardan kan tetkiki yapılanların oranları sırasıyla %98,6; %92,1; %100 iken toplamda %97,2'dir. Gebelerin son DÖB aldıkları yer ile kan tetkiki yapılma durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini almış gebelerin USG muayenesi yapılma oranı sırasıyla %90,5; %97,4; %90 iken toplamda %91,5'tir. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemini alanlardan idrar tetkiki yapılanların oranları sırasıyla %47,3; %76,3; %96,7 iken toplamda %65,5'tir.

Araştırmamızda tüm gebelerin son DÖB izlemlerinde kan tetkiki yapılma durumu %65.5'tir. TNSA 2013'te doğum öncesi izlemlerin en az birinde idrar tetkiği yapılan gebelerin oranı %90'dir. TNSA-2013 NUTS 1 Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ise bu oran %77.1'dir (12).

DÖB ve Yönetim Rehberi'nde kadınlara D vitamini desteğinin 12. gebelik haftasından itibaren doğum sonu 6. aya kadar yapılması istemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım Rehberi'ne göre gebede anemi durumu mevcut değilse gebelerde 16. Haftadan itibaren demir preparatı başlanması, tetanos toksoidinin ise ilk kez gebeliğin 12. haftasında yapılmasını belirtmiştir (14).

Bu bağlamda tetanos toksoidi, demir kullanımı, D vitamini takviyesi ve ÇKS 14 hafta üzerindeki gebelerde araştırılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların son DÖB aldıkları ilaç desteği ve bağışıklama hizmetleri durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine alanlardan D vitamini takviyesi verilme oranları sırasıyla %91,4; %53,3; %52,2 iken toplamda %73'tür. Gebelerin ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine alanlardan tetanoz bağışıklaması yapılanların oranı sırasıyla %82,2; %26,7; %21,7 iken toplamda %55'tir. ASM, devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşundan son izlemine almış gebelerin demir takviyesi verilme oranları sırasıyla %93,1; %40,0; %60,9 iken toplamda %72,1'dir.

Bu araştırmada aile hekimlerinin izlemlerde gebelere D vitamini takviyesi önerme oranları 2. grupta %90, 3. grupta %89,4, 4. grupta %100 olarak bulunmuştur. KHD uzmanlarından alınan izlemlerde ise gebelere D vitamini takviyesi önerilme oranları 2. grupta %56,5, 3. grupta %37,5, 4. grupta %64,2'dir. Aile hekimlerinin gebelere D vitamini takviyesi önerme oranları KHD uzmanlarından daha yüksek düzeydedir. Hem aile hekimlerinde hem de KHD uzmanlarında oranlar doğum haftası yaklaştıkça artış göstermiştir.

Gebelere her izlemde tetanos aşısı yapılmasına gerek olmadığı gibi her gebeye de tetanos aşısı uygulamaya gerek yoktur. Araştırmada aile hekimindeki izlemlerde gebelere tetanos aşısı yapılma oranları 2. grupta %73,3, 3. grupta %89,4, 4. grupta %100 olarak bulunmuştur. KHD uzmanlarından alınan izlemlerde ise oranlar sırası ile 2. grupta %17,3, 3. grupta %18,7, 4. grupta %42,8'dir. Aile hekimlerinin gebelere tetanos aşısı yapılma oranları KHD uzmanlarından daha yüksek düzeydedir. Hem aile hekimlerinde hem de KHD uzmanlarında oranlar doğum haftası yaklaştıkça artış göstermiştir.

TNSA 2013'de gebelerin tetanos aşılama oranından %81'dir. TNSA-2013 NUTS 1 Güneydoğu Anadolu Bölgesi verilerinde ise son gebeliğinde DÖB alan gebelerde bu oran %68,1'dir (12)

Araştırmada aile hekimlerinin izlemlerde gebelere demir takviyesi önerme oranları 2. grupta %93,3, 3. grupta %89,5, 4. grupta %100 olarak bulunmuştur. KHD



uzmanlarından alınan izlemlerde ise gebelere D vitamini takviyesi önerilme oranları 2. grupta %43,4, 3. grupta %37,5, 4. grupta %71,4'tür. Hem aile hekimlerinde hem de KHD uzmanlarında oranlar doğum haftası yaklaştıkça artış göstermiştir

ASM'lerde bu araştırmada demir takviyesi önerme oranları TNSA 2013 raporundaki oranlardan daha yüksek olmanın yanında %90 standardını da sağlamıştır. KHD uzmanları ise TNSA verilerinin çok altında bir oranda kalmıştır (12).

TNSA 2013'te doğum öncesi izlemlerin en az birinde idrar tetkiki yapılan gebelerin oranı %86'dır. TNSA-2013 NUTS 1 Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ise bu oran %79,5'tir(81). Kızıltepe'de bu oran tüm gebeler için %65,6'tir. ASM'lerde, devlet hastanelerinde ve özel sağlık kuruluşlarında bu oranlar sırasıyla %47,3, %76,3 ve %96,7'dir. Araştırmaya katılan kadınların son DÖB aldıkları yer ile idrar tetkiki yapılma durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).Özel sağlık kuruluşları daha fazla gelir elde edebilmek için yüksek oranda idrar tetkiki yaptırma yoluna girmiş olabilir (12).

## 7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada Mardin ili Kızıltepe ilçesinde temel koruyucu sağlık hizmetlerinden olan DÖB hizmetleri içerik açısından araştırılarak aile hekimi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının verdiği doğum öncesi bakımı ne derecede nitelikli olarak sunulduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Araştırmada gebelerin gelir getiren bir işte çalışma oranları düşüktür. Gebeler arasında okuma yazma bilmeyenlerin sayısı oldukça fazladır. Kadınların eğitim seviyesinin artırılması ve iş hayatına kazandırılması büyük önem taşımaktadır. Çünkü eğitimli kadın aynı zamanda eğitimli bir toplumdur.

Araştırma verilerine genel olarak bakıldığında DÖB hizmetini veren gerek aile hekimleri gerekse KHD uzmanları izlemlerde fizik muayene, ilaç desteği, bağışıklama, test ve laboratuvar hizmetlerini daha ön planda tutarken danışma ve bilgi paylaşımı konularını daha geri planda tutmuştur.

DÖB izlemlerinde içerik ile ilgili her parametre için yeterlilik düzeyi %90 alındığı takdirde yukarıda bahsettiğimiz durum daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

Aile hekimlerinin izlem sırasında gebe ile iletişim konusunda KHD uzmanlarından başarılı olduğu söylenebilir. İletişim ile ilgili konularda aile hekimleri neredeyse her parametre için %90 standardını yakalamışken KHD uzmanları bunun çok gerisinde kalmıştır. Kızıltepe ilçesindeki KHD uzmanı sayısının ilçenin ihtiyaçları seviyesine yükseltilmesi durumunda hekimin poliklinik yükü hafifleyecektir. Dolayısıyla KHD uzmanlarının gebeye izlemi için ayırdığı süre de artış gösterecektir. Bu bağlamda KHD uzmanları gebe ile daha sağlıklı ve yeterli düzeyde iletişim fırsatı yakalanmış olacaktır. Bu durum bilgi paylaşımı ve danışmanlık hizmetleri için de benzer şekildedir.

Aile hekimleri ve KHD uzmanları ayrı ayrı değerlendirildiğinde bu iki grup arasında gebe izleminin nitelikleri açısından farklar bulunmaktadır. Aile hekimleri fizik muayene, bağışıklama konularını öncelemişken KHD uzmanları en uygun gebelik şekli, doğumun yapılacağı yerin planlanması gibi konuları öncelemiştir.

DÖB'te yapılması gerekenlerin daha homojen sunulması ve izlemlerin niteliğinin artması için DÖB sunucularının düzenli olarak hizmet içi eğitimler alması ve ilgili birimlerce belirli aralıklarla izlenerek değerlendirilmesi yararlı olabilir.



## 8. KAYNAKLAR

1. Demirci H, Karanisoğlu H. İlk gebeliği olan kadınların psikolojik tepkilerinin incelenmesi. I. Uluslar arası VIII Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı) Antalya. 2001;29:193-196.
2. L T. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık Ankara. 2003;VI. Baskı:301-303.
3. GÖZÜKARA Fatma EK. 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.
4. Organization WH. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016.
5. Demirtaş Z, Metintaş S. Türk cumhuriyetlerinde anne çocuk sağlığı göstergelerinin ekonomik ve doğurganlık özellikleri açısından değerlendirilmesi. 2017.
6. Nour NM. An introduction to maternal mortality. Reviews in obstetrics and gynecology. 2008;1(2):77.
7. Üstünsöz A. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri. Gülhane Tıp Dergisi. 2005;47:156-158.
8. Oakley A. The origins and development of antenatal care. Effectiveness and satisfaction in antenatal care: Spastics International Medical Publications/William Heinemann Medical Books ...; 1982. p. 1-21.
9. Pirinççi E, Polat A, Köroğlu A, Kumru S. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. 2010.
10. Chan OK, Sahota DS, Leung TY, Chan LW, Fung TY, Lau TK. Nausea and vomiting in health-related quality of life among Chinese pregnant women. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2010;50(6):512-518.
11. Organization WH. WHO library cataloguing-in-publication data World Health Statistics 2015. 1. Health status indicators. 2.Health Services–Statistics. 4.Mortality. 5.Morbidity. 6.Life Expectancy. 7.Demography. 9.Statistics. World health. 2015;3.
12. Enstitüsü HÜNE. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2013;2013:95-152.
13. Enstitüsü HÜNE. ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara. 2005:1-31.
14. Bakanlığı TS. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Ankara, Turkey: TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 2014.
15. Kıssal A, Kartal B. Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım İçeriğinin Değerlendirilmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.5(1):35-41.

16. Lavado RF, Lagrada LP, Ulep VGT, Tan LM. Who Provides Good Quality Prenatal Care in the Philippines? PIDS Discussion Paper Series, 2010.
17. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2007;16(1):9-12.
18. Çatak B, Öner C, Gülay M, Baştürk S, Oğuz İ, Özbek R. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. 2014.
19. Önderoğlu L. Doğum öncesi (İlk basamaktan ikinci basamağa), II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Program ve Özet Kitabı, İstanbul. 2003:34-35.
20. Akın A. Türkiye’de ana sağlığı, aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler. Türkiye Nüfus Araştırması. 1998:180-188.
21. Abou-Zahr CL, Royston E, Organization WH. Maternal mortality: a global factbook. Geneva: World Health Organization, 1991.
22. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;3(9):157-172.
23. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: Halk sağlığı perspektifi. Gazi Medical Journal. 2012;23(3).
24. Başlı M, Aksu H. PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK VE BAKIM. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.34(3):128-140.
25. Özvarış ŞB, Akın A. TÜRKİYE’DE DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNDEN YARARLANMA. 1998.
26. Organization WH. Safe Motherhood: Mother Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries1996.
27. Öztekin Z. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği. Hacettepe Tıp Dergisi. 2009;40(1):6-12.
28. 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.
29. 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.
30. Martin L, Pernoll M. Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. Çeviri Editörü Ferit Saraçoğlu, Barış Kitapevi. 1994;1:2.
31. Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi ve Temel Kavramları The Historical Development and the Fundamental Concepts of Public Health.
32. Kıvanç MM. Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2015;2(3):162-166.
33. Öztekin Z. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ 1978-2018. 2018.
34. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 10 Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara. 2011:638-639.
35. Fortney JA. Implications of the ICD-10 definitions related to death in pregnancy, childbirth or the puerperium. World health statistics quarterly Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales. 1990;43(4):246-248.
36. Organization WH. The World health report: 2005: make every mother and child count. 2005.
37. Tunçalp Ö, Souza J, Hindin M, Santos C, Oliveira T, Vogel J, Togoobaatar G, Ha D, Say L, Gülmezoglu A. Education and severe maternal outcomes in

- developing countries: a multicountry cross-sectional survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;121:57-65.
38. Akın A, Dogan M, Mihciokur S. Survey on Causes of Maternal Mortality from Hospital Records in Turkey. Report submitted to the MoH–MCH/FP General Directorate, Ankara. 2000.
39. Biliker MA. Maternal mortality in Turkey. *Journal of perinatal medicine*. 2003;31(5):380-385.
40. Nelson M, Proctor S, Regev H, Barnes D, Sawyer L, Messias D, Yoder L, Meleis AI. *International Population and Development: The United Nations' Cairo Action Plan for Women's Health*. Image: The Journal of Nursing Scholarship. 1996;28(1):75-80.
41. Bunch C, Fried S. Beijing'95: Moving women's human rights from margin to center. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 1996;22(1):200-204.
42. Organization WH. *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals*: World Health Organization; 2016.
43. Organization WH. *Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary*. World Health Organization, 2015.
44. Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı*. Güneş Kitabevi, Ankara. 2006;197.
45. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*. 2001;151(5):27-54.
46. ATASAY B, ARSAN S. “ANNE VE YENİDOĞAN HAKLARI” BARCELONA DEKLARASYONU. 2001.
47. Akar LÖ. *Çocuk hakları bağlamında çocuklarda eğitim hakkı: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*; 2013.
48. GÜMÜŞ B, TOPAL İ, ÖZER Ö, BALANDIZ H. Türkiye’de 15 Yaş Altı Çocuk Ölümlerinin Değerlendirilmesi.
49. Bhutta ZA, Black RE. Global maternal, newborn, and child health—so near and yet so far. *New England Journal of Medicine*. 2013;369(23):2226-2235.
50. UNICEF. *The state of the world's children 2009: maternal and newborn health*: Unicef; 2008.
51. Armour K. Antepartum Maternal- Fetal Assessment. *Nursing for Women's Health*. 2004;8(3):232-240.
52. Ghulmiyyah L, Sibai B, editors. *Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia*. *Seminars in perinatology*; 2012: Elsevier.
53. Kleinveld JH, Timmermans DR, van den Berg M, van Eijk JTM, Ten Kate LP. Does offering and performing prenatal screening influence women's attachment to their unborn child? A longitudinal randomized controlled trial. *Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With the International Society for Prenatal Diagnosis*. 2007;27(8):757-764.
54. Lerum CW, LoBiondo- Wood G. The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal- fetal attachment. *Birth*. 1989;16(1):13-17.
55. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L, Team LNSS. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *The Lancet*. 2005;365(9463):977-988.

56. Mitchell EA, Tuohy PG, Brunt JM, Thompson JM, Clements MS, Stewart AW, Ford RP, Taylor BJ. Risk factors for sudden infant death syndrome following the prevention campaign in New Zealand: a prospective study. *Pediatrics*. 1997;100(5):835-840.
57. Abdou-Zahr C, TessaM W. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001. Switzerland-Geneva: WHO, UNICEF. 2003:1-32.
58. Cox RG, Zhang L, Zotti ME, Graham J. Prenatal care utilization in Mississippi: racial disparities and implications for unfavorable birth outcomes. *Maternal and child health journal*. 2011;15(7):931-942.
59. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(2):137-141.
60. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC public health*. 2007;7(1):268.
61. Barros H, Tavares M, Rodrigues T. Role of prenatal care in preterm birth and low birthweight in Portugal. *Journal of Public Health*. 1996;18(3):321-328.
62. Krueger PM, Scholl TO. Adequacy of prenatal care and pregnancy outcome. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2000;100(8):485-492.
63. Paz-Zulueta M, Llorca J, Sarabia-Lavín R, Bolumar F, Rioja L, Delgado A, Santibáñez M. 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.
64. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006;117(4):e646-e655.
65. Vu T-H. Maternal education and place of residence in the timing of the initiation of breastfeeding in Vietnam. Postdoctoral Fellow, Population research center, the University of Chicago, Chicago, US. 2002.
66. 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):2823-2829.
67. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. *The Lancet*. 2005;365(9461):785-799.
68. AYDEMİR H, HAZAR HU. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;3(2):815-833.
69. Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008.
70. Ivanov LL, Flynn BC. Utilization and satisfaction with prenatal care services. *Western Journal of Nursing Research*. 1999;21(3):372-386.
71. Brown MA. Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct? *Nursing Research*. 1986.
72. Maloni JA, Cheng CY, Liebl CP, Maier JS. Transforming prenatal care: reflections on the past and present with implications for the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1996;25(1):17-23.
73. Celik Y, Hotchkiss DR. The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social science & medicine*. 2000;50(12):1797-1806.
74. GÜREL SA, KEMİK VD. Gebeliğe ilişkin bilgi düzeyi, etkenleri ve bunun doğum öncesi bakım üzerine etkisi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2007;17(2):101-109.

75. Rehberi DÖBY. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara; 2014.
76. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. American journal of public health. 1994;84(9):1414-1420.
77. Dražančić A. Antenatal care in developing countries. What should be done? Journal of perinatal medicine. 2001;29(3):188-198.
78. Bakanlığı S. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998. Ankara, Türkiye. 1999.
79. Çatak B, İkişık H, Kartal S, Öner C, Uluç H, Seğmen Ö. İstanbul'da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: toplum tabanlı bir araştırma. Perinatoloji Dergisi. 2012;20(3):126-134.
80. Kaya F, Serin Ö. OBJECTIVE: To determine the variables that influence the quality of the antenatal care and whether the delivering women have received antenatal care MATERIAL-METHOD: This study, which is a cross-sectional one, was conducted with 198 women who are on the first or second day of the delivery at Çanakkale State Hospital. The data were collected through interview using a survey form. The quality of antenatal care was assessed out of 42 points. The data were assessed logistic regression analysis. FINDINGS. Turk J Obstet Gynecol. 2008;5(1):28-35.
81. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması HÜNEE, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2013.



## 9. ÖZGEÇMİŞ



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**DİCLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



### ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Chan	<b>Soyadı</b>	ADIN
<b>Doğum Yeri</b>	Merkez	<b>Doğum Tarihi</b>	18/05/1984
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Tel</b>	05063283484
<b>E-posta</b>	cihanadin@gmail.com		

### EĞİTİM DÜZEYİ

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Tezli Yüksek Lisans</b>		
<b>Tezsiz Yüksek Lisans</b>		
<b>Lisans</b>	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ	2012
<b>Lise</b>	MARDİN LİSESİ (YDA)	2001

### İŞ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Fizyoterapist	Kızıltepe Devlet Hastanesi	2013-Halen
Fizyoterapist	Ziya Özel Eğitim ve Rehabilitasyon	2012-2013

#### Yabancı Dil Sınav Notu

ÜDS/YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
-	87,5	-	-	-	-	-	-	

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	74.50		
<b>(Diğer) Puanı</b>			

## 10.EKLER

### EK 1

#### 4.7.1. Anket Formu

#### MARDİN İLİ KIZILTEPE İLÇESİ'NDE GEBELERE VERİLEN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNİN İÇERİĞİNİN İNCELENMESİ

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu, doğum öncesi bakım hizmetlerinin niteliksel olarak değerlendirilmesini belirlemeye yönelik, Dicle Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı ve protokol hükümleri dâhilinde, yüksek lisans tez çalışmasında veri toplamak amacıyla hazırlanmıştır.

Doğum Öncesi Bakım gebeliğiniz süresince sizin ve bebeğinizin sağlığını

korumak ve geliştirmek için eğitilmiş sağlık personelleri tarafından muayene ve

tetkiklerin yapıldığı, danışmanlığı verildiği bakımdır. Bu çalışma, almış olduğunuz doğum öncesi bakım hizmetinin kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır.

Ankete katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Ankette yer alan sorulara içtenlikle ve hiçbir soruyu atlamadan yanıt vermeniz, araştırmanın bilimsel geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Yaptığımız tüm görüşmeler sonucu elde edilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak olup isim belirtmenize gerek yoktur. Kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı

A.B.D.

Yüksek Lisans öğr.

Cihan ADIN

A) Gebenin Sosyo-demografik Özellikleri:

1) Adınız ve Soyadınız:

2) Yaşınız:

3) Öğrenim Durumunuz

1.Okur yazar değilim 2. İlkokul-Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite-Yüksekokul

4) Eşinizin Öğrenim Durumu

1.Okur yazar değil 2. İlkokul-Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite-Yüksekokul

5) Aylık Eve Giren Toplam Gelir

1.asgari ücretten az 2. asgari ücret 3.asgari ücretin üzerinde

6) Gelir getiren bir işte çalışma durumunuz

1.evet 2.hayır

7) Eşinizle aranızda akrabalık var mı?

1. Derece akrabalık 2.Derece akrabalık 3.Akrabalık yok

8) Aile tipi

1.Geniş aile 2. Çekirdek aile

9) Ana Diliniz

1. Türkçe 2. Diğer ( Kürtçe , Arapça)

10) Türkçe Konuşabilme Durumu:

1. Evet 2. Hayır

11) Yerleşim yeriniz

1. İlçe Merkezinde      2. Köy/ Kasaba

B) Gebenin Obstetrik Özellikleri:

12) Son Adet Tarihi:

13) Gebelik sırası:

1. Birinci      2. İkinci      3. Üçüncü      4. Dört ve daha fazla

14) İlk evlenme yaşı:

15) Gebelik haftanız:

16) Gebelik tespit haftası:

- 1) 0-6 Hafta      2) 7-12 Hafta

17) Bu gebeliği siz istediniz mi ?

1. Evet      2. Hayır

18) Bu gebeliği eşiniz istediniz mi ?

1. Evet      2. Hayır

Daha önce en az bir kez doğum yapmış gebelerde:

19) Doğum aralığı:

- 1) 23 ay ve altı      2) 24 ay ve üzeri

C) Gebenin Aldığı Son DÖB İle İlgili Özellikler:

20) DÖB Hizmetini en son nerede ve hangi sağlık hizmeti sunucusundan aldınız?

1. Almadım.
2. ASM
3. Devlet hastanesi

4. Özel hastane

21) DÖB aldığınız merkeze gelirken ulaşım ile ilgili sıkıntı yaşıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

22) Bu merkezde DÖB izlemleri size her defasında aynı sağlık hizmeti sunucusu tarafından mı yapılıyor ?

- 1) Evet 2) Hayır

23) Bu merkezden daha önce DÖB hizmetleri dışında başka bir hizmet aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

24) Bundan önceki gebeliklerde DÖB aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

D) Gebenin Aldığı Son Doğum Öncesi Bakımın Niteliği İle İlgili Özellikler

1. Doğum öncesi bakım aldığınız kurumdaki sağlık hizmeti sunucusu sizi hoş ve saygılı bir şekilde karşıladı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

2. DÖB aldığınız kurumda sağlık hizmeti sunucusu mahremiyetinizi sağladı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

3. DÖB izlemlerinizi sırasında size ayrılan süre yeterli oluyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır

4. . DÖB boyunca sağlık hizmeti sunucusu olumlu beden dili kullanıyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır

5. DÖB izlemi sırasında sağlık hizmeti sunucusu size her aşamada soru sorabilme imkanı sağlıyor mu?

1) Evet 2) Hayır

6. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu sizi gebelikte risk oluşturabilecek durumlar konusunda değerlendirdi mi?

1) Evet 2) Hayır

7. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu en uygun doğum şekli konusunda sizi bilgilendirdi mi?

1) Evet 2) Hayır

8. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu size gebelik sırasında beslenme ve diyet konusunda bilgi verdi mi?

1) Evet 2) Hayır

9. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu size fiziksel aktivite ve çalışma koşulları konusunda bilgi verdi mi?

1) Evet 2) Hayır

10. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu gebelikte cinsel yaşam konusunda bilgi verdi mi?

1) Evet 2) Hayır

11. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu sigara, alkol ve madde bağımlılığı hakkında bilgi verdi mi ?

1) Evet 2) Hayır

12. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu size gebelikte ilaç kullanımı konusunda bilgi verdi mi?

1) Evet 2) Hayır

13. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu doğumun başlama belirtileri konusunda bilgi verdi mi?

1) Evet 2) Hayır

14. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu size gebelikte karşılaşılabilecek tehlike işaretleri ile ilgili bilgilendirme yaptı mı?( vajinal kanam, konvülziyon, ciddi karın ağrısı, yüz-el, bacaklarda şişme gibi..)

1) Evet 2) Hayır

15. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu size doğum sonrası aile planlaması hakkında bilgi verdi mi?

- 1) Evet 2) Hayır

16. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu size emzirme hakkında bilgi verdi mi?

- 1) Evet 2) Hayır

17. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu sizinle doğumun yapılacağı yer planlaması yaptı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

18. DÖB sırasında boy ölçümünüz yapıldı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

19. DÖB sırasında kilo ölçümünüz yapıldı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

20. DÖB sırasında kan basıncınız ölçüldü mü?

- 1) Evet 2) Hayır

21. DÖB sırasında idrar tetkiki yapıldı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

22. DÖB sırasında kan tetkiki yapıldı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

23. DÖB sırasında karnın elle muayenesi yapıldı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

24. DÖB sırasında kalp oksültasyonu yapıldı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

25. DÖB sırasında çocuk kalp sesi dinlendi mi?

- 1) Evet 2) Hayır

26. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu size ödem ve varis kontrolü yaptı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

27. DÖB izleminde size tetanos aşısı yapıldı mı?

1) Evet 2) Hayır

28. DÖB izleminde size demir takviyesi önerildi mi?

1) Evet 2) Hayır

29. DÖB izleminde ultrasonla muayene yapıldı mı?

1) Evet 2) Hayır

30. DÖB aldığınız sağlık hizmeti sunucusu size D vitamini takviyesi önerildi mi?

1) Evet 2) Hayır





EK 2



T.C.

MARDİN VALİLİĞİ

Halk Sağlığı Müdürlüğü

06.03.17/99

Sayı : 42907914

Konu: Araştırma İzin Başvurusu(Cihan ADIN ELÇİÇEK)

SAYIN CIHAN ADIN ELÇİÇEK

(Dicle Üniversitesi Dicle Tıp Fakültesi)

Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı/Diyarbakır

06.03.2017 tarihli başvurunuzdaki "Mardin İli Kızıltepe İlçesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirmesi" konulu araştırma talebiniz komisyonca değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Çalışmanın yürütülmesi esnasında protokolün dışına çıkılmaması ve araştırma tamamlandıktan sonra bir nüshasının tarafımıza iletilmesi hususunda;

*Gereğini rica ederim.*

Dr. Özlem AKMAN YAZGAN  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı



Mardin Halk Sağlığı Destek Hizmetleri Şube Müdürlüğü (Özlük) Bilgi için: SÜMBÜL AKDENİZ

Faks No:04822126741 Unvan:TIBBİ SEKRETER e-Posta:sunbul.akdeniz@saglik.gov.tr  
Tel: 04822127755 231 Fax: 04822126741

EK-3

ETİK KURUL RAPORU

DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DICLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
122					
<b>KARAR</b>					
Prof. Dr. Ali CEYLAN, Yüksek Lisans Öğrencisi Cihan ADIN ELÇİÇEK isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Mardin ili Kızıltepe ilçesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Klinik araştırma tanıtılarak yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
<b>DECISION</b>					
The project titled as "Evaluation of prenatal care services in Kızıltepe, Mardin" planned by Ali CEYLAN, Cihan ADIN ELÇİÇEK has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No ( Meeting number) :		Tarih (Date): 13.03.2017		Saat (Hour): 14:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ENVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Fahriye	
2	Doç. Dr.	Lavent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
3	Prof. Dr.	Zeki AKKILIÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Diş Hekimliği	
4	Doç. Dr.	Azra KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kirli Hastalıklar	
5	Doç. Dr.	Bker KUTLU	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
6	Doç. Dr.	Hakan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Asestriyoloji ve Rekonstrüksiyon	
7	Doç. Dr.	Zaferan YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
8	Doç. Dr.	Cemal GÜYA	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radiyoloji	
9	Doç. Dr.	Zeynep AZARKAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Öğretim Üyesi	
10	Yrd. Doç. Dr.	M. Nezi DİMİTAŞ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
11	Yrd. Doç. Dr.	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüsü/DIYARBAKIR  
Telefon: +90 412 248 80 01-16/4631 Faks: +90 412 248 84 40 e\_kuruletik@du.edu.tr

Scanned by CamScanner

## 11. ORJİNALLİK RAPORU

Mardin İli Kızıltepe ilçesinde gebelere verilen doğum öncesi bakım hizmetleri içeriğinin incelenmesi

### ORJİNALLİK RAPORU

%**4**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**4**

İNTERNET  
KAYNAKLARI

%**5**

YAYINLAR

%**3**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

### BİRİNCİL KAYNAKLAR

**1**

[docplayer.biz.tr](http://docplayer.biz.tr)

İnternet Kaynağı

%**1**

**2**

Submitted to Dicle University

Öğrenci Ödevi

%**1**

**3**

[www.hips.hacettepe.edu.tr](http://www.hips.hacettepe.edu.tr)

İnternet Kaynağı

%**1**

**4**

Catak, Binali, Asli Aksan, and Mehmet Zencir.  
"Quality of Prenatal Care Services in Karabuk  
Community Health Center", TAF Preventive  
Medicine Bulletin, 2012.

Yayın

%**1**

**5**

Submitted to TechKnowledge Turkey

Öğrenci Ödevi

%**1**

Alıntılar çıkart

üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

< %1

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde