



**PRENATAL İZLEMİN DOĞUM SONU DÖNEM  
ANNE VE YENİDOĞAN SAĞLIĞI SONUÇLARINA ETKİSİ**

**Derya BİNGÖL**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN**

**Yüksek Lisans Tezi – 2020**

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRENATAL İZLEMİN DOĞUM SONU DÖNEM ANNE VE  
YENİDOĞAN SAĞLIĞI SONUÇLARINA ETKİSİ**

**Derya BİNGÖL**

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN**

**MALATYA  
2020**

	<b>KABUL ONAY FORMU</b>	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
Revizyon No			
Revizyon Tarihi			
Sayfa No			
<b>İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ</b>			
<b>SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ</b>			

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

Prenatal İzlemin Doğum Sonu Dönem Anne ve Yenidoğan Sağlığı Sonuçlarına Etkisi  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**PROF.DR.SERMİN TİMUR TAŞHAN**


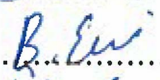



**HAZIRLAYAN**  
**DERYA BİNGÖL**

Jürimiz tarafından 24/01/2020 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda butez **oybirliği** /~~oyçokluğu~~ ile başarılı bulunarak ...**Hemşirelik**...Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul etmiştir.

**Jüri Üyelerinin Unvanı Adı Soyadı**

- 1.Prof.Dr.Sermin TİMUR TAŞHAN (Başkan/Danışman)
- 2.Prof.Dr.Behice ERÇİ (Üye)
3. Prof.Dr. Yurdağül YAĞMUR (Üye)
4. Doç.Dr.Ümmühan AKTÜRK (Üye)
- 5.Dr.Öğr.Üyesi Mesude DUMAN (Üye)

**İmza**

  
.....  
  
.....  
  
.....  
  
.....  
  
.....

**O N A Y**

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../20... tarih ve 20.../..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

**Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ**  
**Enstitüsü Müdürü**

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Prenatal Bakım Tanımı ve Amacı.....	3
2.2. Prenatal Bakımın Tarihçesi.....	4
2.3. Prenatal Bakım Almayı Etkileyen Faktörler.....	4
2.4. Dünya’da ve Türkiye’de Prenatal Bakım Hizmetlerinin Durumu.....	6
2.5. Prenatal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliğinin Değerlendirilmesi.....	7
2.5.1. Kessner’in Yeterlilik Ölçütü (Kessner Index) .....	8
2.5.2. Prenatal Bakım Kullanımı Yeterlilik Ölçütü: ( Adequacy of Prenatal Care Utilization Index, Kotelhuck index) .....	9
2.7. Prenatal Bakım ve Hemşirenin Rolü .....	10
3. MATERYAL VE METOT .....	13
3.1. Araştırmanın Türü.....	13
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman .....	13
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	13
3.4. Verilerin Toplanması .....	13
3.5. Veri Toplama Araçları .....	14
3.5.1. Anket Formu (Ek-2).....	14
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	15
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	15
3.8. Araştırmanın Etik ilkeleri .....	15
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	15
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA .....	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
KAYNAKLAR .....	37
EKLER.....	45
EK-1. Özgeçmiş.....	45

EK-2. Anket Formu .....	46
EK-3. Bingöl İl Sağlık Müdürlüğünden Alınan İzin Formu.....	50
EK-4. Etik Kurul Onay Belgesi .....	52



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın konu belirleme aşamasından itibaren tım araştırma sũrecimde bana engin bilgi ve deneyimiyle yol gũsteren, hiçbir zaman desteğini benden esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN'a,

Araştırma sũrecim boyunca benden hiçbir desteği eksik etmeyen, her an yanımda olan, beni moral ve motivasyonu ile hep cesaretlendiren kıymetli eşim Kadir BİNGÖL'e,

Araştırma sũrecinde kendisine yeterince vakit ayıramadığım canım kızım Berra BİNGÖL'e,

Eğitim hayatım boyunca kendi hayatından ödũn vererek bizleri yetiştiren sevgili annem Fikriye ÖZ'e ve çalışmamın her sũrecinde yanımda olan sevgili kardeşim Sibel ÖZ'e,

Gũsterdięi ilgi ve desteğinden dolayı Gülçin NACAR'a, Nurdilan ŐENER'e, Ceylan GÜZEL İNAL'a ve Hasan EVCİMEN'e .

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Derya BİNGÖL

## ÖZET

### **Prenatal İzlemin Doğum Sonu Dönem Anne ve Yenidoğan Sağlığı Sonuçlarına Etkisi**

**Amaç:** Araştırma prenatal izlemin doğum sonu dönem anne ve yenidoğan sağlığı sonuçları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma kesitsel türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Bingöl il sınırları içerisinde bulunan Karlıova, Genç ve Kültür Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) kayıtlı anneler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini yapılan güç analizine göre 300 anne oluşturmuştur. Veriler 11 Ekim- 15 Kasım 2019 tarihleri arasında doğum sonrası ilk 1 hafta içerisinde bulunan ve çeşitli nedenler ile ASM'lere başvuran annelerden toplanmıştır. Veriler 'Anket Formu' kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde, tanımlayıcı analizler, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda t testi, pearson korelasyon analizleri ve Ki kare testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada annelerin tamamı gebelikleri süresince en az bir defa, tamama yakını ise dört ve üzerinde prenatal bakım hizmeti almıştır. Araştırmada annelerin doğum öncesi dönemde ortalama prenatal izlem sayısı  $8.23 \pm 3.19$  olup, yaklaşık olarak her on anneden dokuzunun nicel olarak yeterli ve nitel olarak iyi düzeyde prenatal bakım aldıkları saptanmıştır. Annelerin doğum sonu en fazla yaşadıkları sorunların, halsizlik-yorgunluk, sırt ağrısı, baş ağrısı, meme problemleri olduğu saptanmıştır. Annelerin yaklaşık beşte dördü 4 ve üzerinde doğum sonu sorun ya da komplikasyon yaşadığını belirtmiştir. Araştırmada prenatal bakımın niceliği ile doğum sonu maternal ve fetal sağlık sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Araştırmada annelerin prenatal bakım alma oranları çok yüksek olup alınan prenatal bakım hizmetinin niceliğinin ve niteliğinin çoğunlukla yeterli ve iyi olduğu saptanmıştır. Araştırmada prenatal bakım hizmetinin niceliğinin doğum sonu dönem anne ve yenidoğan sağlık sonuçları üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu bağlamda ulusal düzeyde daha kapsamlı araştırmalar yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anne sağlık sonuçları, doğum sonu dönem, prenatal izlem, yenidoğan sağlık sonuçları

## ABSTRACT

### **The Effect of Prenatal Follow-up on Postpartum Maternal and Newborn Health Outcomes**

**Objective:** The research was conducted to examine the effect of prenatal follow-up on postpartum maternal and newborn health outcomes.

**Materials and Methods:** This study was done in cross-sectional type. The population of the study consisted of mothers registered in Karlıova, Genç and Kültür Family Health Centers (FHC) in Bingöl province. The sample of the study consisted of 300 mothers selected according to the power analysis. Data were collected from mothers who applied to FHCs for various reasons during the first week after birth between October 11 and November 15, 2019. Data were collected by the researcher using the 'Survey Form' and face to face interview technique. Descriptive analysis, arithmetic mean, t test in independent groups, pearson correlation analysis and Chi square tests were used in the statistical evaluation of the data.

**Results:** All the mothers in the study received prenatal care at least once during pregnancy and almost all of them received prenatal care four times or more. In the study, the average number of prenatal follow-up of mothers in the prenatal period was  $8.23 \pm 3.19$ , almost nine out of ten mothers received prenatal care adequate in quantitative terms and qualitatively good. It was found that the most common problems experienced by mothers at postpartum period were fatigue, back pain, headache and breast problems. Approximately four-fifths of the mothers reported that they had 4 or more postpartum problems or complications. No statistically significant correlation was found between the quantity of prenatal care and postpartum maternal and fetal health outcomes ( $p>0.05$ ).

**Conclusion:** It was found that having prenatal care rates of mothers were very high and the quantity and quality of the prenatal care service was found to be sufficient and good. In the study, it was found that the quantity of prenatal care service had no effect on postpartum maternal and newborn health outcomes. In this context, it is recommended to conduct more comprehensive studies at national level.

**Key Words:** Maternal health outcomes, postpartum period, prenatal follow-up, newborn health outcomes



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ACOG</b>	: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>ÇKS</b>	: Çocuk Kalp Sesi
<b>DDA</b>	: Düşük Doğum Ağırlığı
<b>DÖB</b>	: Doğum Öncesi Bakım
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>UNİCEF</b>	: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Acil Yardım Fonu
<b>USG</b>	: Ultrasonografi

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 2.1.</b> Bazı ülkelerin prenatal bakım alma yüzdeleri .....	6
<b>Tablo 2.2.</b> Kessner yeterlilik ölçütüne göre prenatal izlemin değerlendirilmesi .....	8
<b>Tablo 4.1.</b> Annelerin Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	16
<b>Tablo 4.2.</b> Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı .....	17
<b>Tablo 4.3.</b> Annelerin Prenatal Bakım Alma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	18
<b>Tablo 4.4.</b> Annelerin Gebeliklerinde Almış Oldukları Prenatal Bakım Hizmetlerine Göre Dağılımı .....	19
<b>Tablo 4.5.</b> Annelerin Gebeliklerinde İlaç ve Sigara Kullanma Durumlarının Dağılımı .....	20
<b>Tablo 4.6.</b> Annelerin Doğum Şekilleri İle Hastanede Kalınan Gün Sayısına Göre Dağılımı .....	21
<b>Tablo 4.7.</b> Annelerin Doğum Sonu Yaşadıkları Sorunların Dağılımı.....	21
<b>Tablo 4.8.</b> Annelerin Doğum Sonu Sorun ve Komplikasyon Yaşama Durumlarının Dağılımı.....	22
<b>Tablo 4.9.</b> Annelerin Bebeklerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....	23
<b>Tablo 4.10.</b> Annelerin Doğum Şekilleri ve Hastanede Kalınan Gün Sayısının Prenatal Bakım Hizmetinin Niceliğine Göre Dağılımı-Karşılaştırması.....	24
<b>Tablo 4.11.</b> Annelerin Bebeklerine İlişkin Özellikler ile Prenatal Bakım Hizmetlerinin Niceliğinin Karşılaştırılması.....	25
<b>Tablo 4.12.</b> Doğum Sonu Komplikasyon/Sorun Yaşama Sayısı ile Prenatal bakım Hizmeti Niceliğinin Karşılaştırılması .....	27
<b>Tablo 4.13.</b> Prenatal İzlem Sayısı ile Doğum Sonu Komplikasyon/Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	27

# 1.GİRİŞ

Toplum sağlığının en temel ve önemli konularından biri anne ve çocuk sağlığıdır (1). Dünyada her gün yaklaşık 810 kadın gebelik ve doğum ile ilgili önlenemez sebeplerden dolayı yaşamını yitirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kadın ölüm oranlarının kabul edilemez yükseklikte olduğunu ve 2017’de 295.000 kadının gebelik ve doğuma bağlı sorunlardan dolayı öldüğünü bildirmektedir. Bu ölümlerden %94’ü ise düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (2, 3). Anne ölüm oranı çok boyutlu bir kalkınma göstergesidir ve üreme sağlığı bakım niteliği ile yakından ilgilidir (4).

Prenatal bakım doğum öncesi dönemde gebeye düzenli aralıklar ile verilen bakımdır ve koruyucu sağlık hizmetleri ile ayrılmaz bir bütündür. Prenatal bakım fetal ve maternal iyilik halinin korunmasını, sağlıklı bir doğum süreci geçirilmesini ve sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesini amaçlar. Bu amaç doğrultusunda anne ve yakınları ile güvenli iletişim kurularak gebenin yanlış alışkanlıklarının düzeltilmesi, yeni bilgiler kazanması, gebelik döneminde oluşabilecek riskler ve olası komplikasyonların erken dönemde tespit edilmesi ve gereken müdahalelerin yapılması gerekmektedir (5, 6). Doğum öncesi bakımın (DÖB) ülkemizde verilme oranlarına bakıldığında önemli ilerlemenin olduğu görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verileri incelendiğinde son beş yıl içinde gerçekleşen doğumların %96’sında gebelerin gebelik döneminde en az bir defa DÖB hizmeti aldığı % 90’ının ise 4 veya daha fazla sayıda bakım aldığı saptanmıştır (7).

Prenatal bakım anne ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan hizmetlerin en önemlilerindedir (8). Literatürde iyi tasarlanmış bir prenatal izlemin anne ve bebek mortalitesini azalttığı belirtilmektedir (9, 10). Ancak literatürde prenatal bakım hizmetinin doğum sonu anne ve bebek sağlığı üzerine etkilerini inceleyen araştırma sonuçları karmaşıktır (11, 12, 13). 20. yy başlarından itibaren prenatal bakımın az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde perinatal mortalite ile ilişkisi ortaya konulsa da, birçok çalışma perinatal mortalitedeki azalmanın sadece prenatal bakım hizmetlerindeki gelişmeye bağlı olmadığını, birden fazla faktörün sonucu olduğunu belirtmektedir (14, 15). Villar ve arkadaşlarının Küba, Arjantin, Tayland ve Arabistan’ı içine alan randomize kontrollü çalışmasında prenatal bakım sayısının azaltılmasının anne ve yenidoğan için olumsuz sonuç riskinde bir değişiklik oluşturmadığı belirtilmiştir (16). Anya ve

arkadaşlarının Gambia’da 457 kadın ile yürüttükleri çalışmada ise kadınların %90’ından fazlasının prenatal bakım hizmetini en az bir defa almasına rağmen ülkedeki anne ölüm oranlarının hala yüksek seviyelerde olduğu, prenatal bakımda verilmesi gereken eğitimlerin çok düşük seviyelerde olduğu belirtilmiştir (17).

Perinatal sağlık göstergelerinden bir diğeri olan düşük doğum ağırlığı (DDA) çeşitli değişkenler ile ilişkilendirilirken (annenin yaşı, beden kitle indeksi, sosyoekonomik özellikleri vs.) gebelik döneminde alınan prenatal bakım ile de ilişkisi olduğu belirtilmektedir (18). Sonchak’ın ABD’de yaptığı retrospektif çalışmada doğum öncesi dönemde gebeye yapılacak ek bir ziyaretin bebeğin kilosunu 20 gr arttıracığı sonucuna varılmıştır (12). Fakat DDA’nın önüne geçmek için prenatal izlem sayısının artırılmasının etkili bir yöntem olmadığı birçok ülkede DDA’lı bebek sayısında artışın hala devam ettiğide başka bir çalışmada belirtilmektedir (19).

Prenatal izlemin anne ve bebek sağlığı üzerine etkilerine dair ulusal literatür incelendiğinde de yapılan çalışmaların daha çok prenatal bakım alımı ve etkileyen faktörler üzerine yapıldığı, bakımın kalitesi ve anne bebek çıktılarını inceleyen çalışmaların da çelişkili sonuçlara sahip olduğu görülmektedir (1, 5, 9, 20). Nitekim Turan ve arkadaşlarının Denizli’de yaptıkları çalışmada ilk prenatal izlemini birinci trimesterde yaptıran annelerin bebeklerinin daha fazla oranda sağlıklı olduğu, Pirinçci ve arkadaşlarının doğum yapan 298 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada ise prenatal bakımın niceliğinin bebeklerinin yoğun bakım ünitesinde kalma durumlarını etkilemediği saptanmıştır (9, 20). Bu bilgiler ışığında araştırmamızın, ülkemizde prenatal izlemin doğum sonu dönemde anne ve yenidoğan sağlığı üzerine olan etkilerini incelemek ve literatüre katkı sağlamak amacı ile yapılması planlanmıştır.

### **Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı prenatal izlemin doğum sonu anne ve yenidoğan sağlığı sonuçları üzerine etkisini incelemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

Gebelik dönemi; kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda bir çok değişiklik yaşadığı ve bu değişimlere entegre olması gerektiği karmaşık bir süreçtir. Anneliğin başlangıcı olan gebelikte yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmemesi için kadının beden ve ruh sağlığı yönünden yaşadığı değişikliklere uyum sağlaması gerekmektedir (6, 21). Bu çerçevede gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülüp sağlıklı doğum ile sonuçlanması için gebenin deneyimli bir sağlık personeli tarafından düzenli ve nitelikli olarak takiplerinin yapılması gerekmektedir (6, 22).

### 2.1. Prenatal Bakım Tanımı ve Amacı

Antenatal ve doğum öncesi bakım (DÖB) olarak da bilinen prenatal bakım, eğitimli bir sağlık çalışanı tarafından tüm gebelik boyunca gebenin ve fetüsün düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak izlenmesidir (20, 23).

Anne ve bebek bakımının ayrılmaz bir parçası olan prenatal bakım temelde; kadınların gebeliklerini sağlıklı geçirmeleri ve sağlıklı bir doğum yapmaları için gebelik süresince anne ve fetüs sağlığının korunmasını amaçlar (23-25). Prenatal izlemin özel amaçları ise annede gebelikten önce mevcut olan hastalıkları ve riskli durumları tespit etmek, gebelik komplikasyonlarının erken tanı ve tedavisini sağlamak, gerekli durumlarda gebeyi bir üst basamağa sevk etmek, fetüsü intrauterin izlemek, anneyi tetanosa karşı bağışıklamak ve doğumun nerede kim tarafından gerçekleştirileceğine karar vermektir. Bunların yanında anneye beslenme, gebelik hijyeni, doğum ve doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri hakkında eğitimler verilir (9, 23, 24).

Üreme çağındaki kadınlar arasında en önde gelen ölüm ve sakatlık nedeni olarak; gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar gösterilmektedir (26, 27). Maternal ve fetal ölüm hızını arttıran risk faktörlerinden biri de prenatal bakımın eksikliği ya da hiç olmayışıdır (9). Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Acil Yardım Fonu (UNİCEF) verilerine göre dünya çapında 2.5 milyon yenidoğanın doğumdan sonraki ilk bir ay içinde öldüğü, 2.6 milyon bebeğin ise ölü doğduğu bildirilmektedir. Her on beş dakikada bir yenidoğanın, neonatal tetanosa maruz kaldığı, 2017 yılında 31 bin yenidoğanın tetanos nedeniyle öldüğü bildirilmektedir (3). Yenidoğanın mortalite ve morbiditesinin önlenmesinde prenatal bakım ve takip büyük önem sahiptir (9).

## 2.2. Prenatal Bakımın Tarihçesi

Yirminci yüzyılın başlarında ilk kez Boston'da gündeme gelen prenatal bakım oldukça yeni bir gelişmedir. Boston Lying-In Hastanesi'ne kayıtlı gebelere Boston Hemşireler Birliği hemşireleri tarafından ev ziyaretleri yapılmıştır. Büyük başarı sağlanan bu ziyaretlere hekimler de destek vermiştir. Böylece önemli bir koruyucu hekimlik uygulaması olan prenatal bakımın ilk temelleri atılmıştır.

Cumhuriyetin kurulması ile beraber ana çocuk sağlığına verilen önem ülkemizde de artmıştır. Doğum ve çocuk evlerinin ilki 1926'da Ankara'da, ikincisi ise aynı yıl Konya'da açılmış ve sağaltım hizmetleri verilmiştir.

UNICEF ve DSÖ'nün destekleri ile 1952 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde özel bir örgüt olarak Ana ve Çocuk Sağlığı Başkanlığı kurulmuştur. Örgütün gebe ve okul öncesi dönem çocuklarının izlenmesine önem vermesi beklenirken bu hizmetin ülke genelinde yeterince sunulmadığı görülmüştür. 1961 yılında kadın-ana-çocuk sağlığını yakından ilgilendiren koruyucu sağlık hizmetleri alanında çok büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Aynı yıl kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile prenatal bakım hizmetlerinin herkese ulaştırılması hedeflenerek bu görev sağlık ocaklarında görevli ebelere verilmiştir (28).

Türkiye'de 2005 yılından itibaren aile hekimliği pilot uygulamasına geçilmiş olup ülke genelinde kademeli olarak diğer illerde de geçiş sağlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde sağlık ocakları tarafından yürütülen aşı takibi, gebe izlemi, çocuk-bebek takibi hizmetleri sağlıkta dönüşüm projesinden sonra aile hekimlerinin sorumluluğuna bırakılmıştır (29, 30). Türkiye'de bu model ile beraber prenatal bakım hizmetlerinin sunumunda ve değerlendirilmesinde köklü değişiklikler olmuştur (31). Bu hizmetlerin takibi aile hekimliği uygulamasında performans değerlendirmesi kapsamında ele alınarak hizmetlerin gerektiği gibi verilmemesi durumunda cezalandırmaya (maaş kesintisi) gidilmiştir (29, 30).

## 2.3. Prenatal Bakım Almayı Etkileyen Faktörler

TNSA verileri ve yapılan çalışmalar incelendiğinde prenatal bakım alma oranlarının bazı temel özelliklerden etkilendiği görülmektedir. Bu faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz:

**Kadının anne olma yaşı:** TNSA 2018 verilerine göre son beş yılda doğum yapan 20-34 yaş arasındaki kadınlarda prenatal bakım alma oranı %96.7 iken bu oran 20 yaş altı kadınlarda %94.1, 35 yaş üzerinde %96 olarak saptanmıştır (7). Daha önceki yıllara ait

verilerde de kadının anne olma yaşının prenatal bakım almayı etkileyen bir faktör olduğu görülmektedir (32, 33).

**Gebelik sırası:** Oranlar arasında ciddi farklılıklar oluşturan diğer bir özellik ise gebelik sırasıdır. Gebelerin neredeyse tamamına yakını (%98) ilk gebeliklerinde prenatal bakım alırken, altıncı ve sonraki gebeliklerde bu oranın (86.4) düştüğü görülmektedir (7).

**Yerleşim yeri:** Prenatal bakım hizmetlerine ulaşmada kırsal alanlar ile kentsel alanlarda yaşayan kadınlar arasında önceki yıllarda önemli farklılıklar mevcut iken TNSA (2018) sonuçlarına göre aradaki farkın (0.7) oldukça azaldığı gözlenmektedir (7, 32, 33).

**Eğitim durumu:** Prenatal bakım hizmetlerinin kullanılması ile arasında güçlü ilişkinin bulunduğu diğer bir kavram ise eğitim durumudur. TNSA (2018) verilerine göre en az lise eğitimi almış kadınlarda prenatal bakım alma oranı %97.2 iken, eğitimsiz ya da ilkökul mezunlarında bu oran %93 olarak gözlenmektedir (7).

**Hane halkı Faktörü:** Eğitim durumu ile benzer ilişki toplumun refah düzeyi ile prenatal bakım hizmetleri arasında görülmektedir. Hane halkı refah düzeyi en düşük olanlar ile refah düzeyi en yüksek olanların prenatal bakım alma oranları arasında %5.2 gibi bir fark görülmektedir (7).

#### **Doğum öncesi bakım almayı etkileyen faktörlere ilişkin yapılan çalışmalarda;**

- ✓ Pirinçci ve arkadaşlarının Elazığ'da 298 kadın ile yaptıkları çalışma sonucunda yaş, yerleşim yeri, aile tipi, eğitim durumu, eşlerinin eğitim durumu, meslek, gebelik sayısı, gebeliğinin istemli oluşu durumlarının prenatal bakım alma üzerinde etkili faktörler olduğu (20),
- ✓ Turan ve arkadaşlarının Denizli'de yaptıkları çalışmada prenatal bakım alma durumları üzerinde annenin eğitim durumu ve yaşadığı yerin (kentsel/kırsal) etkili olduğu (9),
- ✓ Kılıç ve arkadaşlarının 200 kadın ile yürüttükleri çalışmada gebeliğin istemli olmasının prenatal bakım almayı olumlu etkileyen bir faktör olduğu (34),
- ✓ Başar ve arkadaşlarının Kütahya'da 250 doğum yapmış kadın ile yürüttükleri çalışmada annenin ve eşinin öğrenim durumu, gebeliğin istemli oluşu, annenin mesleğinin prenatal bakım almayı etkileyen faktörler olduğu (24),
- ✓ Joshi ve arkadaşlarının Nepal'de yaptıkları çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek olan gebelerin daha fazla prenatal bakım hizmeti aldığı ayrıca kentsel alanda yaşamının ve eşin eğitim seviyesinin diğer belirleyiciler olduğu (35),
- ✓ Akdemir'in Iğdır ilinde yaptığı çalışmada (2019) gebelerin prenatal izlem sıklığı üzerinde gebelik sayısı, gebenin aile şekli, yaşayan çocuk sayısı, akraba

evliliği ve kendiliğinden ya da isteyerek düşük yapmış olmasının etkili faktörler olduğu (36),

- ✓ Yılmaz'ın Şanlıurfa'da 391 kadın ile yaptığı çalışmada kadının yaşı, kadının ve eşinin eğitim durumu, evlilik süresi, gebeliğin istemli olması ve paritenin prenatal bakım alma üzerinde etkili faktörler olduğu saptanmıştır (37).

#### 2.4. Dünya'da ve Türkiye'de Prenatal Bakım Hizmetlerinin Durumu

Dünya genelinde gebe kadınların %86'sı en az bir defa donanımlı bir sağlık personelinin prenatal bakım alırken, sadece %65'i en az dört defa prenatal bakım almaktadır. Sahraaltı Afrika ve Güney Asya bölgesindeki az gelişmiş ülkelerde ise prenatal bakım alma oranı %49-50 civarındadır (38). Aşağıdaki tabloda bazı ülkelerin en az dört defa prenatal bakım alma oranları verilmiştir (38).

**Tablo 2.1.** Bazı ülkelerin prenatal bakım alma yüzdeleri ( $4 \geq$ )

Ülke	Prenatal bakım alma(%)
Yemen	25
Nijer	38
Senegal	57
Kenya	57.6
Sudan	50.7
Hindistan	51.2
Pakistan	51.4
Endonezya	77.4
Güney Afrika	75
Çin	81.4
Türkmenistan	96.4
Filipinler	86.5
Tayland	90.8
Estonya	96.8
Almanya	99.3
Türkiye	89.7



Tablo 2.1. incelendiğinde ülkelerin gelişmişlik düzeylerine paralel olarak prenatal bakım alan gebe oranlarının arttığı görülmektedir.

DSÖ (2016) antenatal bakım klavuzunda perinatal mortaliteyi azaltmak ve kadınların bakım deneyimlerini arttırmak için prenatal izlem sayısının 4'ten 8'e yükseltilmesini önermektedir (39,40,41). Bununla beraber Tablo 2.1'de verilen küresel, bölgesel ve karşılaştırılabilir ülke rapor verileri yalnızca en az dört ziyaret olan önceki öneri için mevcuttur (38).

Türkiye genelinde prenatal bakım hizmetleri incelendiğinde yıllar içinde prenatal bakım verilme oranlarının arttığı görülmektedir (7, 32, 33, 42, 43). Ülkemizin bölgeleri arasında prenatal bakım verilme oranında önceki yıllara göre farkın azaldığı görülmektedir. TNSA (2013) verilerinde Türkiye'nin batı bölgesinde sağlık personelinde prenatal bakım alma oranı %99'ken, doğu bölgesinde bu oranın %93.2 olduğu görülmektedir (33). TNSA (2018) verilerini incelediğimizde ise batı bölgesinde oranın %96 olduğu önceki yıllarda prenatal bakım oranı en az olan kuzey (%99.5) ve doğu (%96.2) bölgelerinde oranın arttığı görülmektedir (7).

TNSA (2018) verilerine göre prenatal izlemin niceliği incelendiğinde gebelerin %96.4'ü en az bir defa bir sağlık personelinde bakım alırken, gebelerin %89.7'si ise 4 veya daha fazla sayıda prenatal bakım hizmeti almıştır. İlk izlemde ortanca gebelik süresinin ise yaklaşık 7. hafta olduğu görülmektedir (7).

Prenatal bakımın bazı bileşenlerinin verilme oranlarına bakıldığında ise; gebelerin %81.2'sinin demir ilacı kullandığı, %97.6'sının tansiyonunun ölçüldüğü, %92'sine idrar tahlili yapıldığı, %96.7'sine kan tahlili, %98.4'üne Ultrasonografi (USG) yapıldığı, %80.9'unun ise tetanosa karşı bağışıklandığı görülmektedir (7).

## **2.5. Prenatal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliğinin Değerlendirilmesi**

Prenatal bakım hizmetlerinin kullanımının doğru değerlendirilmesi, prenatal bakım hizmetlerinin erişilebilirliğini geliştirmek ve nihayetinde doğum sonuçlarını iyileştirmek için önemli bir ilk adımdır. Gelişmiş ülkelerde prenatal bakım hizmetlerinin yeterliliğini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan iki indeks mevcuttur. Bunlar Kessner'in yeterlilik ölçütü (Kessner Index) ve prenatal bakım kullanımı yeterlilik ölçütü (Adequacy of Prenatal Care Utilization Index, Kotelchuck Index) 'dür (44).

### 2.5.1. Kessner'in Yeterlilik Ölçütü (Kessner Index)

1973 yılında Newyork'ta yayınlanan bu indeks prenatal bakım başlama zamanı ve prenatal bakım ziyaretleri hakkında bilgiler içerir. Bu indeks prenatal bakıma başlanma ayını ve ziyaret sayısını birleştirerek 'yeterli', 'yetersiz', 'orta' şeklinde sınıflandırır. Kessner indeksine göre gebeye verilen bakımı 'yeterli' diye sınıflandırabilmek için prenatal bakıma ilk trimestırda başlanmış olmalı ve miadında tamamlanmış bir gebelik süreci için en az 9 prenatal bakım ziyareti yapılmalıdır (Tablo 2.2). Kessner indeksi prenatal bakım kullanımının yeterliliği konusunda ciddi derecede kusurlu bir indekstir. İndekse yönelik yapılan en büyük eleştiri gebelik süresinin değerlendirilmesinin 36 hafta kabul edilmesi, alınması gereken prenatal bakımında 9 ile sınırlı tutulmasıdır (44, 45).

**Tablo 2.2.** Kessner yeterlilik ölçütüne göre prenatal izlemin değerlendirilmesi

Prenatal bakım	Gebelik haftası	Prenatal bakımın sayısı
<b>Yeterli*</b>	≤13	0 yada 1 kez/bilinmiyor
	14-17	2 yada daha fazla
	18-21	3 yada daha fazla
	22-25	4 yada daha fazla
	26-29	5 yada daha fazla
	30-31	6 yada daha fazla
	32-33	7 yada daha fazla
	34-35	8 yada daha fazla
	≥36	9 yada daha fazla daha az/
	<b>Yetersiz</b>	14-21
22-29		1 yada daha az/ bilinmiyor
30-31		2 daha az /bilinmiyor
32-33		3 yada daha az /bilinmiyor
≥34		4 yada daha az/bilinmiyor

**Orta**

Yukarıda belirtilenler dışında kalan durumlar

**Kaynak:** Kotelhuck M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84(9): 1414-20.

### **2.5.2. Prenatal Bakım Kullanımı Yeterlilik Ölçütü: (Adequacy of Prenatal Care Utilization Index, Kotelhuck index)**

Bu indeks ise prenatal bakımın başladığı ay ile yapılan bakım sayısının beklenen bakım sayısına oranına dayanmaktadır (28). İndekste beklenen prenatal bakım sayısı Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji'nin (ACOG) önerileri baz alınarak belirlenmektedir. Bu doğrultuda 28. gebelik haftasına kadar ayda bir defa, 28. haftadan başlanarak 36. haftaya kadar iki haftada bir defa, 36. haftadan doğuma kadar haftada bir defa prenatal bakım alınması gerektiği kabul edilir. İkinci gebelik ayında prenatal bakım almaya başlamış ve 34. haftasında doğum yapan bir gebe kadın 28. gebelik haftasına kadar 6 defa, 28. gebelik haftasından doğuma kadar da 3 defa olmak üzere 9 defa prenatal bakım almıştır. 40. gebelik haftasında doğum yapan bir kadın için ise aynı hesaplama ile toplam prenatal bakım 14'tür.

Kotelhuck indeksi prenatal bakım kullanımını çok yeterli, yeterli, orta ve yetersiz şeklinde sınıflandırır (28).

**2.6.2.1. Çok Yeterli:** Prenatal bakım almaya başlama zamanı gebeliğin dördüncü ayından önce olmalı ve gözlenen değer ile beklenen değer oranı yüzde 110 ya da üzerinde olmalıdır.

**2.6.2.2. Yeterli:** Prenatal bakım almaya başlama zamanı gebeliğin dördüncü ayından önce olmalı ve gözlenen değer beklenen değere oranı yüzde 80-109 arasında olmalıdır.

**2.6.2.3. Orta:** Prenatal bakım almaya başlama zamanı gebeliğin dördüncü ayından önce olmalı ve gözlenen değer beklenen değere oranı yüzde 50-79 arasında olmalıdır.

**2.6.2.4. Yetersiz:** Prenatal bakım almaya başlama zamanı gebeliğin dördüncü ayından sonradır veya gözlenen değer beklenen değere oranı yüzde 50'nin altındadır.

Dünya genelinde gelişmiş ülkelerde hala geçerliliğini koruyan bu iki indeksin temel eksikliği prenatal bakımı sadece nicelik olarak değerlendirmeleridir (26, 28). Verilen bakımın içeriği ile ilgili değerlendirme yapmamaktadırlar. Buna karşın verilen bakıma yeterli diyebilmek için hem nicelik hem de nitelik olarak değerlendirme yapılmalıdır (20). Fakat dünya genelinde prenatal bakımın nitel yanını da inceleyen ve sıkça kullanılan herhangi bir ölçüt mevcut değildir (28). Ülkemizde prenatal bakım ülkenin genelini temsil eden ve beş yılda bir tekrarlanan TNSA ile hem nitelik hem de nicelik olarak değerlendirilmektedir (26).

Prenatal bakımda nitelikli vurgulanmak istenen, gebeye uygun hizmetin doğru zamanda eksiksiz şekilde sunulmasıdır (22). Prenatal bakım hizmetinin niceliği değerlendirilirken gebeliğin tespit zamanı, bir sağlık personeli tarafından izlenme ve bakım sayısı değerlendirme kriteri olarak kullanılmaktadır (20, 46). Prenatal bakım hizmetinin niteliği değerlendirilirken; tetanosa karşı bağışıklama, kilo ölçümü, kan sayımı, kan basıncı ölçümü, çocuk kalp sesini dinleme ve demir ilacı kullanma kriterleri göz önünde bulundurulmaktadır (20, 22, 46).

DSÖ 1987 yılında anne-bebek mortalite ve morbiditesini azaltmaya odaklanmış ve güvenli annelik paketini geliştirmiştir. Güvenli annelik paketi ile 2000 yılında anne ve bebek ölümlerinin yarı yarıya indirilmesi amaçlanmış ve bu kapsamda prenatal bakım primer müdahaleler arasında ele alınmıştır (47). Ülkemizde ise anne bebek ölümlerini önlemeye yönelik yapılan çalışmalardan biri Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'na (2005) göre; ölen her on anneden altısı önlenemez nedenlerle yaşamını yitirmiştir. Her beş anneden biri prenatal bakım almamış, prenatal bakım alan her 4 anneden biri ise niteliksiz bakım almıştır (23, 26, 48). Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından hizmette standardizasyonu sağlamak ve prenatal bakımın kalitesini arttırmak için 2008 yılında hazırlanan, 2014 yılında revizyonu yapılarak tekrar yayınlanan 'Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi' oluşturulmuştur (22, 26).

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde her gebeye ilki, gebeliğinin 14 haftası içinde diğerleri 18–24, 30–32 ve 36–38. haftalarında olmak üzere en az 4 nitelikli bakım yapılması gerektiği ve her bakımda yapılması gereken muayene ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri detaylı olarak anlatılmıştır (4).

## **2.7. Prenatal Bakım ve Hemşirenin Rolü**

Neslin devamını sağlayan kadınlar için hayatlarında önemli bir dönüm noktası olan gebelik sürecinde gebeye verilecek nitelikli bakım anne ve bebeği için perinatal dönemin sorunsuz geçmesine imkan sağlamaktadır (49, 50). Yapılan çalışmalarda prenatal dönemde gebelerin en çok soru sormamak, kontrollerde durumlarına özgü bilgi alamama gibi nedenlere bağlı olumsuz duygular yaşadığı gösterilmektedir. Bu duruma neden olan en büyük faktörün de prenatal izlemlerde gebelerin birey olmalarının dışında mekanik anlamda ele alınmalarıdır (51). Prenatal izlemlerde dikkat edilmesi gereken konu izlemin sıklığından çok kalitesidir. Nitekim 7 Kasım 2016'da DSÖ'nün yeni ANC modeline göre gebeler ile iletişim konusunda önceki modelde (FANC) geçen 'ziyaret'

kelimesi yerine 'temas' kelimesi kullanılmakta ve gebeye kaliteli ve nitelikli bakımın ziyaretten daha fazlası olduğuna değinilmektedir (39, 40).

Maternal-fetal mortalite ve morbiditenin en fazla görüldüğü perinatal döneme ait sağlık göstergelerini iyileştirmek için ebe ve hemşirenin doğum, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde daha etkin kullanılmaları ve bu bağlamda görev tanımlarının yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir (52). TNSA (2018) verilerine göre son beş yılda doğum yapan annelerin sadece %3'ü doğum öncesi bakım hizmetini ebe (%1.6) ve hemşireden (%1.3) almıştır (7).

Prenatal bakımda gebelerin izlenmesi ve takibinde ebe-hemşirenin bir çok önemli fonksiyonu vardır. Bunlar:

- ✓ Prenatal dönemde gebeye ve ailesine temel bakım sağlayan kişi olarak hemşirenin en önemli sorumluluğu; hem fiziksel hem de psikolojik değerlendirme yaparak gebe ve ailesine danışmanlık hizmeti sunmak,
- ✓ Tüm izlemlerde gebeyi nazik şekilde karşılayıp, iletişim esnasında göz teması kurmalı, beden dilini kullanmalı ve her aşamada rahatça soru sorabileceğini belirtmeli,
- ✓ İzlemleri zamanında eksiksiz yapmalı, kayıtları düzgün tutmalı,
- ✓ Gebeye karşı açıklayıcı ve öğretici bir tavır sergilemeli,
- ✓ Anne ve fetüsü gebelik süresince izlemeli ve fetüsün gelişimini değerlendirmeli,
- ✓ Gebede var olan hastalıkların saptanması ile annenin sağlık düzeyini yükseltmeye yardımcı olmalı,
- ✓ Gebeliğe bağlı ortaya çıkabilecek yakınmalar konusunda (yorgunluk, bulantı, kusma, kabızlık vb.) eğitim vermeli,
- ✓ Gebelikte görülebilecek tehlike işaretleri (kanama, konvülsiyon, ateş, karın ağrısı vb.) konusunda bilgilendirmeli,
- ✓ Gebelik döneminde oluşabilecek riskli durumların belirlenmesine yardımcı olarak, potansiyel sorunların (preeklampsi, anemi vs.) zamanında tanı ve tedavisine yardımcı olmalı,
- ✓ Gebeyi doğum sürecine hazırlamalı, doğum sonu döneme yönelik (emzirme eğitimi, yenidoğan bakımı, postpartum AP eğitimi vb.) eğitimler vermeli,
- ✓ Prenatal izlemler esnasında Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde yer alan ve gebeye yapılması gereken tüm ölçüm ve takiplerin (kilo takibi, yaşam bulguları vs.) eğitim (beslenme, egzersiz vs.) ve danışmanlık hizmetlerinin tam

ve zamanında yapılması için diğer sağlık çalışanları ile ekip çalışması yapabilmelidir (4, 8, 52-56).



### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel tipte yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma, 11 Ekim 2019- Ocak 2020 tarihleri arasında Bingöl ili sınırları içerisinde bulunan; Karlıova, Genç ve Kültür Aile Sağlığı Merkezleri'ne (ASM) kayıtlı doğum sonrası çeşitli nedenler ile bu merkezlere başvuran anneler üzerinde yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, 1 Ocak - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında yukarıda belirtilen ASM'lere kayıtlı olan, doğum yapmış 1556 kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini yapılan güç analizine göre evreni temsil gücüne sahip 300 anne oluşturmuştur. Araştırmada evrenden alınacak anneler olasılıksız gelişigüzel, örnekleme yöntemi ile örneklem büyüklüğüne ulaşıncaya kadar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

✓ Doğum sonu ilk 1 hafta içerisinde olma

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

✓ Çoğul gebelik geçirmiş olma

✓ Bebeğe ilişkin konjenital anomali olma

#### 3.4. Verilerin Toplanması

Veriler 11 Ekim 2019 - 15 Kasım 2019 tarihleri arasında araştırmacının uygun olduğu günlerde yukarıda adı geçen ASM'lerde doğum sonu ilk bir hafta içerisinde olan ve çeşitli nedenlerle ASM'lere başvuran annelere sorular araştırmacı tarafından okunup verilen cevaplar form üzerinde işaretlenerek toplanmıştır. Veriler toplanırken annelerin stresli olabilecekleri düşünülerek ASM'den ayrılmadan hemen önce sağlık kurumlarında bulunan uygun oturma alanlarında kişinin mahremiyetine dikkat edilerek veriler toplanmıştır. Verilerin toplanması her bir anne için ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında ‘Anket Formu’ kullanılmıştır.

#### 3.5.1. Anket Formu (Ek-2)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen bu form annelerin sosyo-demografik özellikleri ( 6 soru; yaş, eğitim durumu, çalışma, gelir düzeyi vb), obstetrik öyküsü (7 soru; gebelik sayısı, düşük-ölü doğum, yaşayan çocuk sayısı vb.), doğum öncesi dönemde yapılan prenatal bakım hizmetleri (6 soru; tetanos bağışıklaması, USG, demir desteği, D vitamini, kan/idrar tetkiki vb) ve doğum sonu fetal ve maternal sağlık durumlarının (10 soru; bebeğin boyu-kilosu, anne sütü alım zamanı, anne ve bebekte doğum-doğum sonu dönemde görülen komplikasyonlar vb.) sorgulandığı toplam 29 sorudan oluşmaktadır (4, 31, 57-59).

Katılımcı tanıtım formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 7 anne üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası soruların içeriği aynı kalmış fakat dizaynında değişikliğe gidilmiştir.

Araştırmada prenatal bakım alma durumu literatür ve TNSA 2013 kriterleri dikkate alınarak niceliksel olarak ‘yeterli’ ve ‘yetersiz’ şeklinde değerlendirilmiştir. ‘‘Bir sağlık personeli tarafından izlenme, gebeliğin üçüncü ay ve öncesinde tespiti, beş ve daha fazla sayıda bakım’’ kriterlerinin hepsi varsa ‘yeterli’ kriterlerden herhangi biri olmadığında ise ‘yetersiz’ olarak nitelendirilmiştir (20, 23-25, 33, 46).

Prenatal bakımın niteliği Özvarış ve Akın’ın ‘‘Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma’’ adlı çalışmasının puanlama sistemine göre yapılmıştır. Araştırmada ‘‘tetanosa karşı bağışıklama, izlemlerin herhangi birinde ağırlık, kan basıncı, hemoglobin ölçümü, bebeğin kalp seslerinin dinlenmesi ve gebelikte demir takviyesi alma’’ durumlarının her biri bir puan olarak puanlandırılıp toplam 6 puan üzerinden ‘‘Prenatal bakım nitelik puanı’’ oluşturulmuştur. Bu puanlamaya göre ‘1-2’ (kötü) , ‘3-4’ (orta) ve ‘5-6’ (iyi) olarak gruplandırılmıştır (46)



### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişken:** Araştırmanın bağımlı değişkeni anne ve yenidoğan sağlık sonuçlarıdır.

**Bağımsız Değişken:** Annenin yaşı, mesleği, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, gelir durumu, prenatal izlem sayısı vb. bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 25.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede; tanımlayıcı analizler, Ki kare, bağımsız gruplarda t testi, aritmetik ortalama ve pearson korelasyon analizleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Etik ilkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce, Bingöl İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin (Ek-3) ve Malatya Deneysel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-4) onay alınmıştır. Araştırmaya katılacak kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek, bireysel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilip sözel onam alınarak gönüllü olanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sınırlılığını annelerin araştırmaya olasılıksız gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması ve evrene genellenememesi oluşturmaktadır.

## 4. BULGULAR

Prenatal izlemin doğum sonu dönem anne ve yenidoğan sağlığı üzerine etkilerini ortaya koymak amacı ile yapılan araştırmamızın bulguları tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 4.1.** Annelerin Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı (S:300)

Yaş*	Sayı	%
20 yaş ve altı	20	6.7
21-33 yaş	231	77.0
34 ve üzeri	49	16.3
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur yazar değil	33	11.0
Okur yazar- ilkokul	150	50.0
Ortaokul- lise	88	29.3
Üniversite	29	9.7
<b>Eşin eğitim durumu</b>		
Okur yazar değil	25	8.3
Okur yazar- ilkokul	112	37.3
Ortaokul- lise	113	37.7
Üniversite	50	16.7
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	23	7.7
Çalışmıyor	277	92.3
<b>Algılanan gelir düzeyi</b>		
İyi	35	11.7
Orta	123	41.0
Kötü	142	47.3
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

\*Yaş ortalaması 28.42±5.72 (Min:18, Max:46)

Tablo 4.1’de annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı gösterilmektedir. Araştırmaya katılan annelerin %77’sinin 21-33 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Annelerin %50’sinin okur yazar-ilkokul mezunu, eşlerinin ise %37.7’si ortaokul-lise mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmada annelerin %92.3’ü çalışmadığını ve %47.3’ü kötü gelir düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 4.2.** Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı (S:300)

<b>Doğurganlık Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>
<b>Doğum sayısı</b>			2.89±1.65
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>			2.59±1.40
<b>Düşük</b>			
Evet	80	26.7	
Hayır	220	73.3	
<b>Ölü doğum</b>			
Evet	30	10.0	
Hayır	270	90.0	
<b>İsteyerek gebe kalma</b>			
Evet	251	83.7	
Hayır	49	16.3	
<b>Gebeliği eşin isteme durumu</b>			
İstiyordu	250	83.3	
İstemiyordu	50	16.7	

Tablo 4.2’de annelerin doğurganlık özelliklerine göre dağılımı gösterilmektedir. Araştırmaya katılan annelerin ortalama 2.89±1.65 doğum yaptığı, yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 2.59±1.40 olduğu tespit edilmiştir. Düşük tecrübesi olan annelerin oranı %26.7 iken daha önceki gebeliklerinde ölü doğum yaşayan annelerin oranı ise %10 olarak saptanmıştır. Annelerin %83.7’si son gebeliklerinin isteyerek olduğunu ifade ederken, son gebeliklerini eşlerinin isteme oranı ise %83.3 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Annelerin Prenatal Bakım Alma Özelliklerine Göre Dağılımı (S:300)

<b>Prenatal Bakım Alma Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Prenatal bakım alma</b>		
Evet	300	100.0
Hayır	0	0.0
<b>&amp;İlk izlemin yapılma zamanı</b>		
14.haftadan önce	290	96.7
14.haftadan sonra	10	3.3
<b>*Prenatal bakım alma sayısı</b>		
4<	29	5.4
4≥	271	94.6
<b>Önceki gebelikte prenatal bakım alma</b>		
Evet	241	80.3
Hayır	59	19.7
<b>#Prenatal bakım hizmeti alınan yer dağılımı</b>		
Aile hekimliği	272	90.7
Devlet hastanesi	267	89.0
Üniversite hastanesi	121	40.3
Özel hastane	84	28.0
<b>#Prenatal bakım hizmeti alınan kişiler</b>		
Doktor	287	96.3
Hemşire	212	71.1
Ebe	188	63.1
<b>Prenatal bakım hizmetinin niceliği</b>		
Yetersiz	35	11.7
Yeterli	265	88.3
<b>Prenatal bakım hizmetinin niteliği</b>		
Kötü	1	0.3
Orta	41	13.7
İyi	258	86.0

\*Prenatal bakım alma ortalaması: 8.23 ±3.19 (Min:1, Max: 25)

&İlk Prenatal izlem haftası ort: 6.36±3.40

# Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.3’de annelerin prenatal bakım alma özelliklerine göre dağılımı gösterilmektedir. Annelerin tamamının son gebelikleri süresince en az bir kez prenatal bakım hizmeti aldığı, %96.7’sinin ise ilk prenatal izleminin 14. haftadan önce yapıldığı tespit edilmiştir. Annelerin %94.6’sının 4 ve daha fazla sayıda %5.4’ünün 4’ün altında prenatal bakım hizmeti aldığı belirlenmiştir. Annelerin %80.3’ünün önceki gebeliğinde prenatal bakım hizmeti aldığı saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen annelerin prenatal bakım hizmetini sırasıyla aile hekimliği (%90.7), devlet hastanesi (%89.0), üniversite hastanesi (%40.3) ve özel hastaneden (%1.3) aldıkları saptanmıştır. Ayrıca, annelerin %96.3’ü doktordan, %71.1’i hemşireden, %63.1’i ise ebeden prenatal bakım hizmeti aldığını ifade etmişlerdir. Annelerin %88.3’ünün yeterli düzeyde prenatal bakım hizmeti aldığı saptanırken, %86’sının iyi düzeyde prenatal bakım hizmeti aldığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.4.** Annelerin Gebeliklerinde Almış Oldukları Prenatal Bakım Hizmetlerine Göre Dağılımı (S:300)

Alınan prenatal bakım hizmetleri	Evet		
	Sayı	*%	$\bar{X}\pm SS$
Kan tahlili	297	99.0	3.95±1.89
USG	296	98.7	4.68±2.08
Yaşam bulgularının takibi	295	98.3	5.28±2.09
ÇKS dinleme	293	97.7	4.40±2.41
Kilo takibi	291	97.0	0.97±0.17
İdrar tahlili	285	95.0	2.60±1.70
Tetanos aşısı	245	81.7	0.82±0.39
İkili/Üçlü Test	97	32.3	0.32±0.47
Emzirme eğitimi verilmesi	124	41.3	0.41±0.49
Sigarayı bırakma eğitimi verilmesi	106	35.3	0.36±0.48
Aile Planlaması eğitimi verilmesi	101	33.7	0.34±0.47
Gebelikte beslenmeye ilişkin eğitim verilmesi	101	33.7	0.34±0.47
Gebelikte egzersiz eğitimi verilmesi	80	26.7	0.27±0.44

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.4'te annelerin gebeliklerinde almış oldukları prenatal bakım hizmetlerine göre dağılımı gösterilmektedir. Araştırmaya katılan annelerin sırasıyla gebelik süresince en az bir defa; kan tahlili (%99), USG (%98.7), yaşam bulgularının takibi (%98.3), ÇKS dinleme (%97.7), kilo takibi (%97), idrar tahlili (%95), tetanoz aşısı (%81.7) prenatal bakım hizmetlerini aldığı saptanmıştır. Diğer yandan, anneler gebelik sürecinde; ikili-üçlü test (%32.3), emzirme eğitimi alınması (%41.3), sigara eğitimi (%35.3), aile planlamasına yönelik eğitim alınması (%33.7), gebelikte beslenme eğitimi (%33.7) ve gebelikte egzersiz eğitimi (%26.7) prenatal bakım hizmetlerini aldıklarını ifade etmiştir.

**Tablo 4.5.** Annelerin Gebeliklerinde İlaç ve Sigara Kullanma Durumlarının Dağılımı (S:300)

<b>Gebelikte ilaç kullanma Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet	220	73.3
Hayır	80	26.7
<b>Kullanılan ilaçlar *</b>		
D vitamini	176	58.7
Demir	167	55.7
Folik asit	128	42.7
Progesteron	94	31.3
Magnezyum	77	25.7
<b>Sigara Kullanma Durumu**</b>		
Evet	64	21.3
Hayır	236	78.7

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

\*\*İçilen sigara sayısı ortalaması=6.11±4.52

Tablo 4.5'te annelerin gebeliklerinde ilaç ve sigara kullanma durumlarının dağılımı gösterilmektedir. Annelerin %73.3'ünün gebelikleri süresince ilaç kullandığı saptanmıştır. İlaç kullanan annelerin sırasıyla en fazla D vitamini (%58.7), demir (%55.7), folik asit (%42.7), progesteron (%31.3) ve magnezyum (%25.7) ilaçlarını kullandıkları saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen annelerin %21.3'ünün gebelikleri süresince sigara kullandığı, günlük içilen sigara sayısı ortalamasının ise 6.11±4.52 olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.6.** Annelerin Doğum Şekilleri İle Hastanede Kalınan Gün Sayısına Göre Dağılımı (S:300)

Doğum şekli	Sayı	%	X±SS
Vajinal doğum	158	52.7	
Sezaryen doğum	142	47.3	
<b>Hastanede kalınan gün sayısı</b>			2.17±1.79

Tablo 4.6’da annelerin doğum şekilleri ile hastanede kaldıkları ortalama gün sayısına göre dağılımı gösterilmektedir. Araştırmada annelerin %47.3’ünün sezaryen doğum yaptığı, %52.7’sinin ise vajinal doğum yaptığı belirlenmiştir. Annelerin hastanede kaldıkları ortalama gün sayısı 2.17±1.79 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.7.** Annelerin Doğum Sonu Yaşadıkları Sorunların Dağılımı(S:300)

Yaşanan sorunlar	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Halsizlik-Yorgunluk	117	74.1	112	78.9
Sırt ağrısı	98	62.0	112	78.9
Baş ağrısı	93	58.9	99	69.7
Meme problemleri	72	45.6	64	45.1
Doğum sonu Depresyon/Anksiyete/Hüzün	52	32.9	70	49.3
Anemi	56	35.4	63	44.4
Üriner inkontinans	49	31.0	55	38.7
Üriner enfeksiyon	43	27.2	51	35.9
Konstipasyon	36	22.8	49	34.5
Emzirmeye hemen başlayamama	30	19.0	47	33.1
Emzirmeyi etkin şekilde sürdürememe	28	17.7	46	32.4
Kan basıncının yükselmesi	6	3.8	11	7.7
Sezeryan sonrası insizyon yeri açılması	0	0.0	13	9.2
İnsizyon yerinde enfeksiyon	0	0.0	14	9.9
Preeklampsi/ Eklampsi	4	2.5	10	7.0
Epizyotomi açılması	12	7.6	0	0.0
Doğum sonu Kanama	2	1.3	7	4.9
Emboli	0	0.0	2	1.4
Hematom	2	1.3	0	0.0

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.7’de annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunların dağılımı gösterilmektedir. Vajinal doğum yapan annelerin doğum sonrasında sırasıyla en fazla; halsizlik-yorgunluk (%74.1), sırt ağrısı (%62), baş ağrısı (%58.9), meme problemleri (%45.6), doğum sonu depresyon/anksiyete/hüzün (%32.9), anemi (%35.4), üriner inkontinans (%31.0), üriner enfeksiyon (%27.2) ve konstipasyon (%22.8) sorunlarını yaşadığı saptanmıştır.

Sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonrasında sırasıyla en fazla; halsizlik-yorgunluk (%78.9), sırt ağrısı (%78.9), baş ağrısı (%69.7), doğum sonu depresyon/anksiyete/hüzün (%49.3), meme problemleri (%45.1), anemi (%44.4), üriner inkontinans (%38.7), üriner enfeksiyon (%35.9) ve konstipasyon (%34.5) sorunlarını yaşadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.8.** Annelerin Doğum Sonu Sorun ve Komplikasyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Doğum Sonu Sorun ve Komplikasyon Yaşama Sıklığı	Sayı	%*
0	18	6.0
1	13	4.3
2	29	9.7
3	29	9.7
4 ve üzeri	211	70.3

Doğum Sonu Komplikasyon Yaşama Sayısı Ortalaması= 5.33±3.02

Tablo 4.8’de annelerin doğum sonu yaşadıkları sorun ve komplikasyonların sıklık dağılımı verilmiştir. Annelerin %6’sı doğum sonu dönemde hiç sorun yaşamamışken, %70.3’ü 4 ve üzerinde doğum sonu sorun ya da komplikasyon yaşadığını belirtmiştir.



**Tablo 4.9.** Annelerin Bebeklerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (S:300)

<b>Bebeğe İlişkin Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	155	51.7
Erkek	145	48.3
<b>Beslenme şekli</b>		
Anne sütü	227	75.7
Mama	73	24.3
<b>Doğumdan hemen sonra problem yaşama durumu</b>		
Evet	83	27.7
Hayır	217	72.3
<b>Yaşanılan problem (s:83)</b>		
Solunum problemi	78	94.0
Prematür doğum	3	3.6
Sarılık	1	1.2
Kardiyolojik problem	1	1.2
<b>Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalma durumu</b>		
Evet	66	22.0
Hayır	234	78.0
		<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>
<b>Kilosu (gr)</b>	2927.48±437.11	
<b>Boyu (cm)</b>	48.56±2.47	
<b>İlk Beslenme için geçen süre/(dk)</b>	46.16±54.46	

Tablo 4.9’da Araştırmaya katılan annelerin bebeklerine ilişkin özelliklerin dağılımı gösterilmektedir.

Araştırmada annelerin bebeklerinin %51.7’sinin cinsiyetinin kız olduğu, %48.3’ünün ise cinsiyetinin erkek olduğu tespit edilmiştir. Doğumdan sonra ilk olarak anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %75.7’dir. Doğumdan hemen sonra sağlık sorunu yaşayan bebek oranının %27.7 olduğu, bu bebeklerin %94’ünde solunum problemi,

%3.6'sında prematüre doğum, %1.2'sinde sarılık ve %1.2'sinde ise kardiyolojik problemler yaşadığı saptanmıştır. Annelerin %22'sinin bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kaldığı saptanmıştır. Bebeklerin doğum kilolarının  $2927.48 \pm 437.11$  gr olduğu, bebeklerin boylarının ise ortalama  $48.56 \pm 2.47$  cm olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırmada annelerin bebeklerinin ilk beslenmesi için geçen ortalama süre  $46.16 \pm 54.46$  dk. olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.10.** Annelerin Doğum Şekilleri ve Hastanede Kalınan Gün Sayısının Prenatal Bakım Hizmetinin Niceliğine Göre Dağılımı-Karşılaştırması

	Prenatal bakım hizmetinin niceliği				İstatistiksel Test ve Anlamlılık
	Yetersiz		Yeterli		
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Doğum şekli</b>					
Sezaryen	12	8.5	130	91.5	$\chi^2=2.706$
Vajinal doğum	23	14.6	135	85.4	$p=0.100$
<b>Hastanede kalma süresi (gün) (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>	2.29 $\pm$ 1.95		2.15 $\pm$ 1.77		$t=-0.418$ $p=0.676$

Annelerin doğum şekli ve hastanede kalınan sürenin prenatal bakım hizmetinin niceliğine göre dağılımı-karşılaştırması Tablo 4.10'da verilmiştir. Doğum şekli sezaryen olan annelerin %8.5'inin yetersiz, doğum şekli vajinal doğum olan annelerin ise %14.6'sının yetersiz prenatal bakım hizmeti aldığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Doğum sonu yetersiz prenatal bakım hizmeti alan annelerin hastanede kalma süresi ortalaması  $2.29 \pm 1.95$ , iken yeterli prenatal bakım hizmeti alanların  $2.15 \pm 1.77$  gün olduğu saptanmıştır. Prenatal bakım hizmetinin niceliği annenin doğumdan sonra hastanede kalma süresi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.11.** Annelerin Bebeklerine İlişkin Özellikler ile Prenatal Bakım Hizmetlerinin Niceliğinin Karşılaştırılması

Bebeklerine İlişkin Özellikler	Prenatal bakım hizmetinin niceliği				İstatistiksel Test ve Anlamlılık
	Yetersiz		Yeterli		
	sayı	%	sayı	%	
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>					
Erkek	20	13.8	125	86.2	$\chi^2=1.231$
Kız	15	9.7	140	90.3	p=0.267
<b>Beslenme Şekli</b>					
Anne sütü	26	11.4	201	85.6	$\chi^2=0.041$
Mama	9	12.3	64	87.7	p=0.839
<b>Doğumdan sonra problem yaşama durumu</b>					
Evet	12	14.5	71	85.5	$\chi^2=0.867$
Hayır	23	10.6	194	89.4	p=0.352
<b>Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalma durumu</b>					
Evet	10	15.1	56	84.9	$\chi^2=0.997$
Hayır	25	10.7	209	89.3	p=0.318
	$\bar{X}\pm SS$		$\bar{X}\pm SS$		
<b>Kilosu(gr)</b>	2791.14±452.02		3060.96±1956,04		t=-0.812 p=0.417
<b>Boy(cm)</b>	47.86±3.14		48.65±2.36		t=-1.795 p=0.074
<b>İlk beslenme için geçen süre (Dk)</b>	46.86±46.02		46.07±55.55		t=-0.080 p=0.936

$\chi^2$ =Ki-kare testi

t= Bağımsız gruplarla t test

Tablo 4.11 'e göre Annelerin bebeklerine ilişkin özellikleri ile prenatal bakım hizmetlerinin niceliği karşılaştırılmıştır.

Araştırmada yetersiz prenatal bakım hizmeti alan annelerin %13.8'i, yeterli prenatal bakım hizmet alan annelerin ise %86.2'si erkek bebeğe sahiptir. Bebeğin

cinsiyeti ile prenatal bakım hizmetinin niceliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırmada yetersiz prenatal bakım hizmeti alan annelerin %11.4'ünün, yeterli prenatal bakım hizmeti alan annelerin ise %85.6'sının anne sütü ile beslendiği tespit edilmiştir. Doğumdan sonra bebeğin beslenme biçimi ile prenatal bakım hizmetinin niceliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırmada yetersiz prenatal bakım hizmeti alan annelerin bebeklerinin 14.5'inin, yeterli prenatal bakım hizmeti alan annelerin bebeklerinin ise %85.5'i doğumdan sonra problem yaşadığı saptanmıştır. Bununla birlikte, doğumdan sonra bebeğin problem yaşama durumu ile prenatal bakım hizmetinin niceliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırmada yetersiz prenatal bakım hizmeti alan annelerin %15.1'inin, yeterli prenatal bakım hizmeti alan annelerin ise %84.9'unun bebeği yoğun bakım ünitesinde kalmıştır. Bununla birlikte, bebeğin yeni doğan yoğun bakım ünitesinde kalma durumu ile prenatal bakım hizmetinin niceliği arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Bebeğin doğum kilosu ortalama  $2791.14\pm 452.02$  gr. olan annelerin yetersiz, doğum kilosu ortalaması  $3060.96\pm 1956.04$  gr. olan annelerin ise yeterli prenatal bakım hizmeti aldığı saptanmıştır. Bebeğin doğum boyu  $47.86\pm 3.14$  cm. olan annelerin yetersiz prenatal bakım aldığı, bebeğinin boy ortalaması  $48.65\pm 2.36$  cm. olan annelerin ise yeterli düzey prenatal bakım hizmeti aldığı saptanmıştır. Bebeğin doğum kilosu ve boyunun prenatal bakım hizmetinin niceliğine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Prenatal bakım hizmetini yetersiz alan annelerin bebeklerini doğumdan sonra beslemek için geçen sürenin  $46.86\pm 46.02$  dk. olduğu, prenatal bakım hizmetini yeterli alan annelerin ise bebeklerini beslemek için geçen sürenin  $46.07\pm 55.55$  dk. olduğu saptanmıştır. Bebeğin ilk beslenmesi için geçen sürenin annenin gebelik süresince almış olduğu prenatal bakım hizmeti niceliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.12.** Doğum Sonu Komplikasyon/Sorun Yaşama Sayısı ile Prenatal bakım Hizmeti Niceliğinin Karşılaştırılması

	Prenatal bakım Hizmetlerinin Niceliği		İstatistiksel Test ve Anlamlılık
	Yeterli	Yetersiz	
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Doğum sonu komplikasyon-sorun yaşama sayısı	5.41±2.93	4.77±3.63	t=-1.173 p=0.326

t= Bağımsız gruplarla t testi

Tablo 4.12’ de Doğum sonu komplikasyon/sorun yaşama sayısı ile prenatal bakım hizmeti niceliği karşılaştırılmıştır. Tablo incelendiğinde yeterli prenatal bakım hizmeti alan annelerin doğum sonrası komplikasyon-sorun yaşama sayısının 5.41±2.93 olduğu, yetersiz prenatal bakım hizmeti alan annelerin ise doğum sonrası komplikasyon/sorun yaşama sayısının 4.77±3.63 olduğu saptanmıştır. Doğum sonu komplikasyon/sorun yaşama sayısının prenatal bakım hizmetinin niceliğine göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.13.** Prenatal İzlem Sayısı ile Doğum Sonu Komplikasyon/Sorun Yaşama Arasındaki İlişki

	Prenatal İzlem Sayısı	
	r	p
Doğum sonu komplikasyon-sorun yaşama sayısı	0.006	0.917

r:Pearson korelasyon analizi

Tablo 4.13. Prenatal izlem sayısı ile doğum sonu komplikasyon/sorun yaşama arasındaki ilişki gösterilmektedir. Araştırmada annelerin prenatal izlem sayısı ile doğum sonu komplikasyon/sorun yaşama sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Prenatal bakım hizmetleri gebe ve doğacak çocuğu açısından yaşamsal öneme sahiptir (60). Prenatal bakım, anne ve çocuk sağlığı sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan temel sağlık hizmetlerinden biridir (61). Bununla beraber Türkiye de dahil gelişmekte olan ülkelerde doğum öncesi dönemde yapılan prenatal bakımın, anne ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Gebelik döneminde gebelere verilen prenatal bakımın, doğum sonu dönemde anne ve bebek sağlığı ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmamızın bulguları literatür ile tartışılmıştır.

Araştırmamızda annelerin doğum sayısı ortalaması  $2.89 \pm 1.65$ , yaşayan çocuk sayısı ortalaması  $2.59 \pm 1.40$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). TNSA (2018) verileri incelendiğinde Türkiye genelinde annelerin yaşayan çocuk sayısı 2.3, doğum sayısı ortalaması 2.4 olup, Bingöl ilinin dahil olduğu Doğu Anadolu Bölgesi için hem yaşayan çocuk hem de doğum sayısı ortalamasının ülke genelinden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (7). Araştırma bulgumuz TNSA bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda önceki gebeliklerinde her 10 kadından birinin ölü doğum, her 10 kadından 3'ünün ise düşük tecrübesi yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Literatür incelendiğinde annelerin düşük yapma oranının %23-30 arasında, ölü doğum oranının ise %3-9 arasında olduğu saptanmıştır (7, 24, 26, 62). Bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir.

Prenatal bakım hizmetlerini etkileyen faktörlerden biri de gebeliğin istenme durumudur (1, 20). Araştırmada annelerin ve eşlerinin yaklaşık beşte dördü şimdiki gebeliğini istediğini belirtmiştir. Çatak ve arkadaşlarının farklı bölgelerde yaptığı çalışmalarda annelerin %85-86'sının eşlerinin ise %88.2-89 sinin gebeliği istediği saptanmıştır. Bulgumuz Çatak ve arkadaşlarının bulgusu ile benzerlik göstermektedir (26, 63).

UNİCEF verilerine göre; dünya genelinde gebelikleri süresince en az bir defa prenatal bakım hizmeti alan kadın oranının %86 olduğu ve ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre bu oranın değiştiği belirtilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu oranın %98 olduğu belirtilmektedir (38). Araştırmamızda annelerin tamamının gebelikleri süresince en az bir defa prenatal bakım hizmeti aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.3). Ülkemizde TNSA 2018 verilerine göre prenatal bakım alan annelerin oranının giderek arttığı, en az bir defa

prenatal bakım alan kadın oranının %96.4 olduğu görülmüştür (7). Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında prenatal bakım hizmeti alan kadın oranı %93.6, Kıssal ve arkadaşlarının çalışmasında %96.7, Durduran ve arkadaşlarının çalışmasında %99, Sütü ve arkadaşları ile Çatak ve arkadaşlarının çalışmasında ise çalışmaya katılan annelerin tamamının gebelikleri süresince en az bir defa prenatal bakım hizmeti almış oldukları saptanmıştır (7, 22, 23, 26, 29, 57). Çalışmamız TNSA verileri ve diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca dünya genelinde gelişmiş ülkelerin prenatal bakım alma oranı ile benzerlik göstermesinin pozitif bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

TNSA 2018 verilerine göre annelerin %96.4'ü uzman sağlık personelinin (doktor, hemşire veya ebe) prenatal bakım almış olup bu annelerin neredeyse tamamına yakını (%93.6) bu bakımı doktordan almıştır (7). Araştırmaya katılan annelerin tamamı prenatal bakım hizmetini sağlık kurumlarından (sırasıyla devlet ve üniversite hastaneleri, aile hekimliği ve özel hastaneler) ve sırasıyla en fazla doktordan, hemşireden ve ebeden aldığını belirtmiştir (Tablo 4.3). Başar ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada annelerin %57'si prenatal bakım hizmetini doktordan, %33.7'si ebeden, %3.3'ü hemşireden almıştır (24). Bulgumuz TNSA ile Başar ve arkadaşlarının araştırma bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Kadının gebeliği süresince aldığı toplam prenatal izlem sayısı prenatal bakımın yeterliliğini değerlendirmek için önemli bir kriterdir (57). Çalışmamızda annelerin tamamına yakını 4 ve üzerinde bakım aldığını belirtmiştir (Tablo 4.3). Literatürde yapılan çalışmalarda annelerin 4 ve üzerinde prenatal bakım alma oranının %81.1 ile % 100 arasında değiştiği saptanmıştır (7, 9, 26, 57, 64). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde ve dünyada prenatal bakım alma oranı artış göstermektedir. Bu durum günümüzde alınan prenatal bakımın kalitesi ve yeterliliği üzerine tartışmaların oluşmasına neden olmuştur (41, 57). Araştırmada her 10 anneden 9'unun prenatal bakım hizmetini yeterli düzeyde aldığı benzer oranda da iyi nitelikli prenatal bakım hizmeti aldığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Başar ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin %72.4'ü, Kılıç'ın çalışmasında %93.4'ü, Linard ve arkadaşlarının çalışmasında %81.5'i, Paul M. ve arkadaşlarının çalışmasında ise annelerin %83.6'sının yeterli bakım aldıkları saptanmıştır (1, 24, 45, 65). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Sağlık bakanlığı ve DSÖ'nün önerileri gebeliğin olabildiğince erken tespit edilerek bakımın ilk trimesterde başlamış olmasıdır (4, 66). Araştırmamızda annelerin

ilk izlem haftalarının ortalama  $6.36 \pm 3.40$  hafta olduğu saptanmıştır. Ayrıca annelerin neredeyse tamamının ilk prenatal bakım hizmetini 14. gebelik haftasından önce aldığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Literatür incelendiğinde gebelerin ilk izlemlerinin yapıldığı ortalama hafta  $5.57 \pm 3.15$  ile  $15.09 \pm 7.76$  arasında değişmektedir (23, 64, 67, 68). Ayrıca literatürde ilk izlemlerini 14. gebelik haftasından önce gerçekleştirenlerin yüzdeleri %83 ile %97.8 arasında değişmektedir (7, 20, 23, 57, 63- 65). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Prenatal bakım kontroller sırasında yapılan ölçüm, test ve eğitim ile güvenli annelik için ideal ortamın oluşmasına olanak sağlar (33). Prenatal bakımda sadece ilk bakımın yapıldığı trimestera ya da bakım sayısına odaklanmak yeterli değildir. Her gebe kadının önerilen bakımı önerilen zamanda alması gerekir (69). Araştırmada prenatal bakım esnasında sırasıyla en fazla yapılan muayene ve ölçümler; kan tahlilinin, USG, yaşam bulgularının takibi, KS, kilo takibi, idrar tahlili, tetanos bağışıklaması ve ikili/üçlü testlerin yapılmasıdır (Tablo 4.4). TNSA (2018) verileri incelendiğinde gebelerde prenatal bakım hizmeti bileşenlerinde; ultrason izleminin birinci sırada olduğu onu sırasıyla tansiyon ölçümü, kan tahlili, idrar tahlili ve tetanos aşısının izlediği görölmektedir (7). Prenatal izlemlerde verilen hizmet içerikleri literatürde farklılık göstermektedir. Verilen prenatal bakım hizmetlerinde bazı araştırmalar kan tahlilini (5) bazılarında USG'nin (20), bazı çalışmalarda ise KS dinlenmesinin (22, 37) bazılarında da yaşam bulgularının (23, 26, 30, 31), bazı çalışmalarda ise kilo takibinin (23, 29) en fazla yapılan prenatal bakım hizmeti olduğu belirtilmiştir. Farklılıkların araştırmalar ile araştırmamızın yürütöldüğu kurum, bölge ve zaman farkından kaynaklandığı düşünölmektedir. Nitekim zaman içerisinde kadınların bilinçlerinin arttığı bu nedenle bazı hizmetleri (tansiyon ölçümü, kilo takibi) kendilerinin talep ettiği (23), ya da bazı hizmetlerin (kan tahlili, idrar tahlili) maddi sonuç doğurması, bazen de bebeğin cinsiyetini bilme merakı (USG) gibi birçok faktörün (20) bu uygulamaların farklı olmasına neden olmuş olabileceği düşünölmektedir.

Prenatal dönemde gebeye verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri prenatal bakımın niteliğini gösteren önemli bir bileşendir (23, 57). Araştırmamızda eğitimlerin prenatal bakım hizmetleri içerisinde alt sıralarda yer aldığı görölmektedir. Araştırmamızda kadınlara sırasıyla en fazla emzirme eğitimi verildiği, bunu sırasıyla sigara eğitimi, aile planlamasına yönelik eğitim ve beslenme eğitiminin takip ettiği ve en az gebelikte egzersize yönelik eğitim verildiği saptanmıştır (Tablo 4.4). Ülkemizde



yapılan çalışmalarda kadınlara verilen prenatal bakım hizmetlerinden eğitimlerin ilk uygulamalar arasında olmadığı gösterilmektedir (20, 23, 31, 57). Bu durumun, personellerin iş yoğunluklarının fazla olması, eğitimin uzun zaman alması ve eğitimi verebilecek bilgi ve donanıma sahip sağlık personeli bulmada yaşanan güçlük vb. nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Gambia’da yapılmış bir çalışmada kadınların sadece %35’ine beslenme, %26’sına ise aile planlaması hakkında eğitim verildiği, %71’inin ise prenatal bakım hizmeti alımında sağlık personeli ile en fazla 3 dakika görüşme yaptığı bildirilmiştir (17). Ayrıca prenatal bakımın sunumunda politikaların da önemli bir yeri bulunmaktadır. Nitekim kullanılan performans sistemi bazı uygulamaları zorunlu kılarken (aşılama vb.) bazılarını (eğitim, danışmanlık vb.) görünmez kılabilir.

Araştırmamızda annelerin yaklaşık dörtte üçünün gebelik süresince ilaç kullandığı, ilaç kullananların sırasıyla D vitamini, demir ilacı, folik asit, progesteron ve magnezyum ilaçlarını kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4.5). TNSA 2018 verilerinde annelerin %81’inin demir takviyesi aldıkları ancak bu oranın doğu bölgesinde en düşük olduğu (%70) belirtilmiştir (7). Burdur’da yapılan bir çalışmada demir ilacı kullanma oranının %72.8 olduğu bildirilmiştir (62). Araştırmamızda demir ilacı kullanan kadınların oranı yarıdan azdır. Bulgumuzun literatürden düşük olduğu görülmektedir. Demirin kullanımına bağlı yan etkilerinin oldukça fazla olması (70, 71) ve kadınların eğitiminin, bunun sonucu olarak da farkındalıklarının düşük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

DSÖ verilerine göre sezaryen oranları ülkelerin gelişmişlik düzeyine paralel olarak belirgin düzeyde artmakla beraber DSÖ’nün önerdiği %15 oranının kat ve kat üzerine çıkmıştır (72, 73). Araştırmamızda annelerin yarıdan fazlasının vajinal doğum yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Ülkemizde sezaryen oranı TNSA 2018 verilerine göre %51.5 Sağlık Bakanlığı 2017 verilerine göre % 52.5 olarak bulunmuştur (7). Ayrıca ülkenin doğusuna gidildikçe sezaryen doğum oranının azaldığı da belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sezaryen oranı %21.2 ile %65 arasında bulunmuştur (9, 62, 74). Bulgumuz Türkiye ortalamasının altında olmakla birlikte ülkenin doğusunda yürütüldüğü düşünüldüğünde literatür ile benzerlik göstermektedir. Buna rağmen DSÖ’nün önerdiği sezaryen doğum oranının çok üzerindedir.

Doğum sonu hastanede kalış süresinin uzaması anne ve yenidoğan sağlığının yüksek riskli olduğu durumlarda tercih edilmektedir. Sağlık Bakanlığı önerisine göre

kadınları normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen doğum sonrası için ise 48 saat hastanede kalmaları önerilmektedir (59). Araştırmamızda hastanede kalınan gün sayısı ortalamasının sağlık bakanlığının önerisine uygun olduğu görülmektedir (Tablo 4.6 ).

Araştırmamızda kadınların sezaryen doğum sonrası yaşadıkları sorun ve komplikasyonların vajinal doğuma göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Doğum sonu dönemde halsizlik, ağrı, meme problemleri en fazla yaşanan sorunlarken; kan basıncında yükselme, insizyon yerinde açılma, preeklampsi ve doğum sonu kanama en fazla görülen komplikasyonlardandır (Tablo 4.7). Literatürde sezaryen doğum sonrası yaşanan sorun ve riskin vajinal doğuma oranla daha fazla olduğu gösterilmektedir (72, 75, 76). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Yenidoğanın normal vücut ağırlığı 2500-4000 gr arasında olup, boyu ise ortalama 48-52 cm'dir (77). Araştırmamızda yenidoğanların yaklaşık olarak yarısı kız cinsiyete sahip olup ortalama doğum kilosu ve boyunun sağlıklı bir bebekte beklenen kilo ve boy aralığında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). 2018 yılında ülkemizde doğan bebeklerin %51.3'ünün erkek, %48.7'sinin kız bebek olduğu belirtilmektedir (7). Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Emzirmenin doğumu takip eden ilk saat içinde başlaması anne ve bebek sağlığı için oldukça önemlidir. (7, 78) DSÖ ve UNİCEF bebeklerin doğumdan sonraki altı aylık süreçte hiçbir ek gıda almadan sadece anne sütü ile beslenmelerini önermektedir. Ancak sadece anne sütü ile beslenme oranı dünya genelinde %34.8-38 civarında olup az gelişmiş ülkelerde bu oran %20 'lere kadar düşmektedir (79). Araştırmamızda on yenidoğandan yedisinin doğum sonrası ilk saatte anne sütü ile beslendiği saptanmıştır (Tablo 4.8). TNSA 2018 verilerine göre yenidoğanların %71'i doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde emzirilmişlerdir (7). Taş ve arkadaşlarının çalışmasında bebeklerin %69'unun ilk bir saat içerisinde emzirildiği belirtilmiştir (80). Bulgumuz ulusal literatür ile benzerlik gösterirken, bulgumuzun dünya ortalamasının üzerinde olması olumlu bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada her on bebekten 3'ünün doğumdan hemen sonra problem yaşandığı, on bebekten ikisinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yattığı saptanmıştır. Bebeklerde en fazla solunum probleminin yaşandığı, çok az bi kısmında ise prematür doğum, sarılık ve kardiyolojik problemlere bağlı sorun yaşandığı saptanmıştır (Tablo 4.8). Denizli'de Turan'ın yaptığı çalışmada yenidoğanların %26'sında sağlık problemi olduğu, problemlerin sırasıyla fizyolojik sarılık, konjenital problemler, solunum güçlüğü, kan

uyuşmazlığı ve prematür doğuma bağlı yaşandığı bildirilmektedir (9). Pirinççi ve arkadaşlarının çalışmasında ise yenidoğanların %19.8'inin doğum sonrası yoğun bakım ihtiyacı oluşmuştur (20). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda prenatal bakımın niceliği ile kadının doğum şekli ve hastanede kalma süresi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.9). Literatür incelendiğinde Okumuş'un Antep'te 581 kadın ile yürüttüğü çalışmada kadın doğum uzmanından prenatal bakım alan annelerin sezaryen doğum yapma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (81). Janssen ve diğerlerinin Kanada'da yürüttükleri başka bir çalışmada ebelerin doğum öncesi dönemde verdikleri bakım sonucunda spontan doğum oranlarında artma, sezaryen doğum oranında azalma olduğu saptanmıştır (82). Literatürde prenatal bakım, doğum yaptırma ve evde doğum yaptırmanın yıllar içinde ebe ve hemşirelerden alındığı ve mevcut sağlık sisteminde ebe/hemşirenin rolünün azalması, hekimin payını arttırarak sezaryen oranlarını arttırdığı belirtilmektedir (6, 69, 73). Buradan yola çıkarak şunu diyebiliriz ki; kadının doğum şekli ve buna bağlı hastanede kalış süresinin prenatal bakımın niceliğinden ziyade, prenatal bakım ziyaretlerinde yeterli düzeyde doğuma yönelik konularda (normal doğumun avantajları, doğum korkusu, ağrı yönetimi vb.) ebe/hemşirelerden alınan eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile ilişkisi olabilir. Nitekim araştırmamızda annelerin çoğunluğu prenatal bakım hizmetini doktordan ve hastanelerden almıştır. Bu durum sezaryen doğuma daha fazla yönlendirilmiş olabilecekleri ile ilişkili olabilir.

Literatürde prenatal bakımın anne-bebek sağlığı üzerine etkilerini inceleyen çalışmaların sayıca yetersiz olduğu ve mevcut birçok çalışmanın da tutarsız sonuçlara sahip olduğu görülmektedir (61, 65). Kanıtlardaki bu farklılıklar dünya çapında ulusal tavsiye ve politikalarda da farklılığa neden olmuştur. Prenatal bakım ziyaretlerinin sayısı Ülkemizde en az 4, DSÖ yeni önerisinde 8, ACOG için 15, Fransa ve diğer Avrupa ülkelerinde 8 olarak değişiklik göstermektedir. Bu fikir ayrılıkları prenatal bakımın bileşenleri için de geçerlidir. Kan basıncının ölçümü, Rh Faktörü tayini gibi bileşenlerde fikir birliği olsa da öneriler sadece prenatal bakımın sayı ve zamanlamasına yönelik değil, içerik açısından da farklılıklar göstermektedir (65). Araştırmamızda prenatal bakım hizmetinin niceliği ile annelerin doğum şekilleri, bebeğe ilişkin özellikler ve doğum sonu komplikasyon-sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.10-13). Literatürde prenatal bakım hizmetlerinin neonatal ve perinatal mortalite (14, 15, 61, 65), doğum sonu yenidoğanın doğum ağırlığı (18), üzerine

etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte, doğum sonu dönem yaşanan sorun ve komplikasyonlar ile anlamlı ilişkisinin olmadığını (61) gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Anya ve arkadaşları tarafından Gambia’da yapılan çalışmada prenatal bakımın anne ölümleri üzerine etkisinin olmadığı (17), Correia ve arkadaşlarının çalışmasında prenatal izlem sayısını arttırmanın DDA’nı önlemek için etkili bir yöntem olmadığı (19), Krans ve arkadaşlarının çalışmasında ise evrensel uygulanan prenatal bakım hizmetinin DDA’nı önlemede tek başına etkisiz bir girişim olduğu (83), Yousef Ziyö ve arkadaşlarının Bengezi’de 300 kadın ile yaptığı çalışmada ise prenatal bakım alma sayısının bebeğe ilişkin özellikler ( doğum ağırlığı, konjenital anomaliler, neonatal ve fetal ölüm) ve anneye ilişkin özellikler (doğum sonu sorun-komplikasyonlar ve mortalite) arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (10). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin, sağlık politikalarının, çağdaş tanı ve tedavi yöntemlerinin verilen prenatal bakım hizmet niteliğinin doğum sonuna yansımaya etkileyen önemli değişkenler olduğu belirtilmektedir (14). Ülkemizde yapılan çalışmalarda daha çok prenatal bakım almayı etkileyen faktörler üzerinde çalışılmış olup, prenatal bakımın anne ve bebek sağlığı üzerine etkilerini inceleyen tartışmalı ve sınırlı sayıda sonuca sahip çalışma bulunmaktadır. Taş ve arkadaşlarının çalışmasında gebelik döneminde alınan eğitimin bebeğin doğum kilosu ve emzirme davranışı üzerine pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken, Pirinççi ve arkadaşlarının çalışmasında yeterli düzeyde prenatal bakım alan kadınlar ile prenatal bakımı yetersiz alan kadınlar arasında bebeklerinin yoğun bakım ünitesinde yatma durumları arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (20, 80). Bulgumuz literatür ile örtüşmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Prenatal izlemin doğum sonu dönem anne ve yenidoğan sağlığı üzerine etkisinin incelendiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

❖ Araştırmaya katılan annelerin sırasıyla kan tahlili, USG, yaşam bulgularının takibi, ÇKS dinleme, kilo takibi, idrar tahlili, tetanos aşısı vb. prenatal bakım hizmetlerini aldığı ve prenatal dönemde verilen eğitimlerin ise prenatal bakımlar arasında sonlarda yer aldığı,

❖ Annelerin dörtte üçünün gebelik sürecinde ilaç kullandığı ve en fazla kullandıkları ilaçların sırasıyla D vitamini, demir, folik asit, progesteron ve magnezyum olduğu,

❖ Vajinal doğum yapan annelerin sezaryen doğum yapanlara göre doğum sonu sorun ya da komplikasyon yaşama durumlarının daha az olduğu,

❖ Annelerin yaklaşık beşte dördünün 4 ve üzerinde doğum sonu sorun ya da komplikasyon yaşadığı,

❖ Araştırmada yenidoğanların yaklaşık yarısı kız olup, yaklaşık dörtte üçünün doğumdan sonra ilk olarak anne sütü ile beslendiği ve dörtte birinde de doğumdan hemen sonra sağlık sorunu yaşandığı,

❖ Bebeklerin boy ve kilolarının normal sınırlar aralığında olduğu,

❖ Annenin doğum şekli ve hastanede kalınan sürenin prenatal bakım hizmetinin niceliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı,

❖ Annelerin bebeklerine ilişkin özellikleri (cinsiyet, boy, kilo, doğumdan sonra problem yaşama durumu, yoğun bakım ünitesinde kalma durumu, beslenme şekli ) ile prenatal bakım hizmetinin niceliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı,

❖ Araştırmada yeterli prenatal bakım hizmeti alan annelerin doğum sonu komplikasyon ya da sorun yaşama sayısı ile prenatal bakım hizmetinin niceliği arasında anlamlı bir farklılık olmadığı,

❖ Araştırmada annelerin prenatal izlem sayısı ile doğum sonu komplikasyon/sorun yaşama sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara yönelik şu önerilerde bulunulabilir;

❖ Prenatal izlemlerde verilmesi gereken eğitim oranlarının düşük olmasından yola çıkarak, prenatal izlemlerde tüm bileşenlerin homojen verilmesi gerektiği,

❖ ülkemizde prenatal izlemin doğum sonu anne ve yenidoğan sağlığı üzerine etkisini inceleyen daha kapsamlı ulusal düzeyde araştırmalar yapılması,

❖ Prenatal bakımın niteliği ve niceliğinin standartlaştırılarak prenatal bakımın doğum sonu anne ve bebek sağlığına etkisini inceleyen geniş kapsamlı araştırmalar yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Kılıç M. Multiple analyses of the factors affecting the utilization of antenatal care: a middle anatolia sample. *J Clin Anal Med* 2014, 5: 498-502.
2. World Health Organization (WHO). Maternal mortality. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. 13 Ekim 2019.
3. UNICEF. Maternal and newborn health 2018 <https://www.unicef.org/health/maternal-and-newborn-health> 15 Ekim 2019.
4. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı (2014). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf> 9 Eylül 2019.
5. Omaç M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. Arapgir devlet hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). *Fırat Tıp Dergisi* 2009, 14: 115-9.
6. Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014, 4: 200-6
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2018. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf) 25 Kasım 2019.
8. Terzioğlu F. Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2016: 186, 187.
9. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008, 3: 158-72.
10. Ziyoy FY, Matly FA, Mehemd GM, Dofany EM. Relation between prenatal care and pregnancy outcome at bengahazi. *Sudan. J Public Health* 2009, 4: 403-10.
11. Fiscella K. Does prenatal care improve birth out comes? A Critical Review. *Obstetrics Gynecol* 1995, 85: 468-79.

12. Sonchak L. Medicaid reimbursement, prenatal care and infant health. *Journal of Health Economics* 2015, 44: 10-24.
13. YAN J. The effects of prenatal care utilization on maternal health and health behaviors. *Health Economics* 2017, 26: 1001-18.
14. Drazancic A. Antenatal care in developing countries. what should be done? *J. Perinat. Med.* 2001, 29: 188-98.
15. Duran SS, Kavuncuoğlu S, Sarı F, Aldemir EY, Kavçık N, Demir F. Farklı iki dönemde perinatal mortalitenin değerlendirilmesi: tek merkez sonuçları. *Türk Pediatri Arşivi* 2016, 51: 128-34.
16. Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gülmezoglu AM, Dowswell T, Carroli G, Baaqeel HS, Lumbiganon P, Piaggio G, Oladapo OT. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO antenatal care trial. *Reproductive Health* 2013, 10: 19.
17. Anya SE, Hydera A Jaiteh LES. Antenatal care in the gambia: missed opportunity for information, education and communication. *BMC Pregnancy and Child Birth* 2008, 8: 9.
18. Özgen D, Şahin S. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin annelerinin karakteristik özellikleri. *J hum rhythm* 2016, 2: 72-7.
19. Correia S, Rodrigues T, Barros H. Assessing the effect on outcomes of public or private provision of prenatal care in portugal. *MCH Journal* 2015, 19: 1574-83.
20. Pirinçci E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2010, 11: 1-7.
21. Mecdi M, Rathfisch G. Gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamalar. *F. N. Hem. Derg* 2013, 21: 129-38.
22. Yılmaz L, Koruk F, Koruk İ. Şanlıurfa'da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2018, 11: 209-18.



23. Sütü S, Çatak B, Kılınc S, Taşdemir B, Dinç M, Ayaş H, Yıldırım A. Doğum öncesi bakımın neresindeyiz? Toplum tabanlı bir araştırma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2012, 21: 264-70.
24. Başar F, Çiçek S. Annelerin yeterli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 2018, 9: 2576-96.
25. Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y. Turgut Özal tıp merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005, 12: 247-52.
26. Çatak B, Öner C, Oğuz İ, Gülay M, Özbek R, Baştürk S. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2014, 18: 63-9.
27. Aygar H, Metintaş S. Bir Kalkınma Göstergesi Olarak Anne Ölümleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2018, 3: 63-7.
28. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2007, 16: 9-12.
29. Durduran Y, Bodur S, Çakıl E, Filiz E. Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2012, 39: 227-33.
30. Kurnaz MA, Can H, Sezik HA, Çakır YT, Tuna M, Ay Z. Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor?. *Türk Aile Hek Derg* 2015, 19: 187-95.
31. Çatak B, Aksan DA, Zencir M. Karabük toplum sağlığı merkezi bölgesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. *TAF Prev Med Bull* 2012, 11: 153-62.
32. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2008. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>. 9 Eylül 2019.
33. 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. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf). 9 Eylül 2019.

34. Kılıç S, Uçar M, Temir P, Erten Ü, Şahin E, Karaca B, Yüksel S, Özkır F. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6: 91-6.
35. Josshi C, Torvaldsen S, Hodgson R, Hayen A. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14: 94.
36. Akdemir G. Iğdır İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kars: Kafkas Üniversitesi, 2019.
37. Yılmaz L. Şanlıurfa'da Bir Devlet Hastanesi'nde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerini Alma Durumu, Bu Hizmetlerin Niteliği ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2017.
38. UNİCEF. Antenatal Care. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/> 15 Kasım 2019.
39. Tunçalp Ö, Pena-Rosas JP, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo OT, Portela A, Gülmezoğlu AM. Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience-going beyond survival. 2017 doi: 10.1111/1471-0528.14599
40. Masi S, Bucagu M, Tunçalp Ö, Pena-Rosas JP, Lawrie T, Oladapo OT, Gülmezoğlu M. Integrated person- centered health care for all women during pregnancy: implementing world health organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. *Global Health :Science and Practise* 2017, 5: 197-201.
41. World Health Organization 2016. Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>. 10 Ekim 2019.
42. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 1998. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA1998-AnaRapor.pdf>. 10 Ekim 2019.

43. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2003.<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf>. 10 Ekim 2019
44. Kotelhuck M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84(9): 1414-20.
45. Paul M. Adequacy of prenatal care and pregnancy outcome. *JOAO* 2000, 100: 485-492.
46. Akın A, Özvarış ŞB. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. İçinde: Akın A (editor). *Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları*, Ankara, 2002.
47. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Guvenli%20Annelik%20katilimci%20kitabı1.pdf>. 10 Ekim 2019.
48. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT 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.
49. Yağmur Y, Doğaner GT. Gebelerin aldıkları prenatal bakımdan memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Çocuk Sağlığı Dergisi* 2017, :26-37.
50. Atasever İ, Çelik SA. Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018, 21: 60-8.
51. MEB. Doğum öncesi izlem ve bakım 2012. [http://megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller/Doğum%20Öncesi%20Bakım.pdf](http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/Doğum%20Öncesi%20Bakım.pdf) 12 Kasım 2019
52. Taşkın L, Koç G. 1. Basamak sağlık kuruluşlarında verilen perinatoloji hizmetlerinde ebe ve hemşireler. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 48-56.

53. Soğukpınar Neriman Ebe- hemşire fonksiyonu olarak leopold manevralarının gebelik haftaları ile fetal malpresantasyonları tanımlamadaki etkinliğinin araştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000, 16: 25-35.
54. Sarpkaya D. Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. [http://docs.neu.edu.tr/staff/dilek.sarpkaya/KONU%208%20Doğum%20Öncesi%20Bakım%20Uzman%20Dilek%20Sarpkaya\\_10.pdf](http://docs.neu.edu.tr/staff/dilek.sarpkaya/KONU%208%20Doğum%20Öncesi%20Bakım%20Uzman%20Dilek%20Sarpkaya_10.pdf).
55. Yazıcı S, Çitil ET. Doğum Öncesi Bakım. İçinde: Karanisaoglu H, Yazıcı S, Yılmaz T (editörler). *Doğum Öncesi Dönem ve Bakım*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2016: 147-150.
56. Kömürcü M, Merih YD. Doğum Öncesi Dönem. İçinde: Çoşkun AM (editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012: 161-163.
57. Kıssal A, Kartal B. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım içeriğinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 5: 35-41.
58. Bağcı S. Annelerin Doğum Sonunda Yaşadıkları Sorunlar ve Yaşam Kalitesi ile ilişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2014.
59. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2009) Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr\\_2.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr_2.pdf). 11 Ekim 2019
60. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, Daelmans B, Mathai M, Say L, Kristensen F, Temmerman M, Bustreo F. Quality of care pregnant women and newborns- the WHO vision. *BJOG* 2015, 122: 1045-9.
61. Upadhyay AK, Singh A, Srivastava S. New evidence on the impact of the quality of prenatal care on neonatal and infant mortality in india. *JBS* 2019, doi:10.1017/S0021932019000543
62. Çatak B, Sütlü S, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Zencir M. Burdur’da 2009 yılında doğum yapmış kadınların doğum özellikleri ve doğum sonu bakım hizmetleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011, 10: 579-86.

63. Çatak B, İkişik H, Kartal BS, Öner C, Uluç HH, Seğmen Ö. İstanbul'da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: Toplum tabanlı bir araştırma. *Perinatoloji Dergisi* 2012, 20: 126-34.
64. Yücel U, Çiçeklioğlu M, Öcek AZ, Taner Ş. İzmir'in Bornova ilçesinin üç semtinde yaşayan gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma düzeyi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015, 14: 370-7.
65. Linard M, Blondel B, Estellat C, Deneux-Tharaux C, Luton D, Oury JF, Schmitz T, Mandelbrot L, Azria E. Association between inadequate antenatal care utilisation and severe perinatal and maternal morbidity: an analysis in the precare cohort. *BJOG* 2018, 125: 587-95.
66. World Health Organization. Standards for Maternal and Neonatal Care 2007. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/intro.pdf?ua=](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/intro.pdf?ua=) 15 Eylül 2019.
67. Ergin F, Aksu H, Demiröz H. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010, 13: 4.
68. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011, 9: 1-15.
69. Heaman IM, Newburn-Cook VC, Green GC, Elliot JL, Helewa EM. Innadequate prernatal care and Childbirth 2008, 8:15. Doi:10.1186/1471-2393-8-15.
70. Ülkü B. Demir eksikliği anemisi: klinik hematolojinin abc'si. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Anemiler Sempozyumu* 2001, 23-32.
71. Yıldız A, Albayrak M. Erişkinlerde demir eksikliği anemisi tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics* 2017,10: 182-7.
72. Işık G, Çetişli EN, Başkaya VA. Doğum şekline göre annelerin ağrı, yorgunluk düzeyleri ve emzirme öz-yeterlilikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2018, 11: 224-32.
73. Bal DM, Yılmaz DS, Beji KN. Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *F. N. Hem. Derg* 2013, 21: 139-146.

74. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*. 2012, 20: 210-8.
75. Çağlayan EM, Kara M, Gürel YC. Kliniğimizde sezaryen operasyonlarında görülen komplikasyonlar ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2011, 7: 64-7.
76. Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014, 26-34.
77. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı. Temel Yeni Doğan Bakımı. [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/cekus/docs/8-%20temel\\_yenidogan\\_bakimi.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/cekus/docs/8-%20temel_yenidogan_bakimi.pdf). 10 Kasım 2019.
78. Jacques AL, Deubel TF, Taylor M, Stuebe AM. Racial and ethnic disparities in the U.S. breastfeeding and implications for maternal and child health outcomes. *Seminars in Peritanoloji* 2017
79. Alioğulları AS, Esencan TY, Ünal A, Şimşek Ç. Anne sütünün faydalarını ve emzirme tekniklerini içeren görsel mesaj içerikli broşür ile annelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 19: 252-260.
80. Taş F, Gülpak M, Oktay AA, Demir N. Kadın doğum ve çocuk hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumları. *KSÜ Tıp Fak Der* 2019, 14: 24-30.
81. Okumuş F, Sohbet R. Antenatal care before caesarean section in rural turkey. *BJM* 2013, 21: 32-8.
82. Janssen, PA, Ryan, EM, Etches DJ, Klein MC, Reime B. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia Birth 2007, 34: 140-147.
83. Krans EE, Davis MM. Preventing low birthweight: 25 years, prenatal risk, and the failure to reinvent prenatal care. *Am. J. Obstet. Gynecol* 2012, 398-403.

## **EKLER**

### **EK-1. Özgeçmiş**

#### **I. KİŞİSEL BİLGİLER**

ADI SOYADI : DERYA BİNGÖL  
TELEFON : 0535 641 39 30  
E MAİL : Deryabingoloz@gmail.com  
ÜNVAN : HEMŞİRE

#### **II. EĞİTİM BİLGİLERİ**

EĞİTİM : LİSANS  
ÜNİVERSİTE : DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
FAKÜLTE : HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ  
BÖLÜM : HEMŞİRELİK  
MEZUNİYET YILI : 2014  
YÜKSEK LİSANS : İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Doğum ve Hastalıkları Anabilim Dalı (2016- Devam)

Ales Puanı: 78

Yabancı Dil Puanı:61.25

#### **III. İŞ DENEYİMLERİ**

Elazığ Medikal Park Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Servisi (9 ay)

Turgut Özal Tıp Merkezi Organ Nakli Servisi (8 ay)

Solhan Devlet Hastanesi Acil Servis (1 yıl)

Maden Devlet hastanesi Acil Servis (1 yıl)

Karlıova Devlet Hastanesi ( 2017- ..)

## EK-2. Anket Formu

### ANKET FORMU

Değerli Katılımcı:

Bu çalışma; gebeliğinizde sağlık kurum ve kuruluşlarından aldığınız bakım, takip ve eğitimlerin doğum sonrası dönemde siz ve bebeğinizin sağlığına etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılmak ve katılımı reddetmek tamamen sizin özgür iradenize bırakılmıştır. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup size de herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Desteklerinizden dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Derya Bingöl

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

( ) İlkokul

( ) Okur-yazar

( ) Orta okul

( ) Okur-yazar değil

( ) Lise

( ) Üniversite

3. Eşinizin eğitim durumu nedir?

( ) İlkokul

( ) Lise

( ) Okur yazar

( ) Orta okul

( ) Üniversite

( ) Okur yazar değil

4. Mesleğiniz nedir?

( ) Ev hanımı

( ) Memur

( ) İşçi

( ) Diğerleri.....

5. Aylık ortalama kazancınız nedir? .....

6. Gelirinizi nasıl tanımlarsınız?

( ) İyi

( ) Orta

( ) Kötü

7. Kaçınıcı doğumunuzu yaptınız?.....

8. Yaşayan çocuk sayınız nedir?.....

9. Düşük doğum deneyiminiz oldu mu?

( ) Evet

( ) Hayır



10. Ölen çocuğunuz oldu mu?

( )Evet ( )Hayır

11. Son gebeliğinizi isteme durumunuz nedir?

( )Evet istiyordum. ( )Hayır istemiyordum.

12. Son gebeliğinizi eşinizin isteme durumu nedir?

( )Evet istiyordu ( )Hayır istemiyordu

13. Önceki gebelik /gebeliklerinizde doğum öncesi bakım aldınız mı?

( )Evet ( )Hayır

14. Gebeliğiniz süresince Doğum öncesi Bakım hizmeti aldınız mı?

(Düzenli takiplerinizi yaptırdınız mı? )

( )Evet ( )Hayır

15. Cevabınız evet ise kaç kez DÖB aldınız?.....

16. Doğum öncesi bakımı nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

( )Aile hekimliği

( )Devlet hastanesi

( )Özel hastane

( )Üniversite hastanesi

( )Diğer.....

17. Doğum öncesi bakımı hangi sağlık personelinden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

( )Doktor

( )Hemşire

( )Ebe

18. Doğum öncesi İlk izleminiz gebeliğinizin kaçınıcı haftasında oldu?.....

19. Gebeliğiniz süresince aldığınız doğum öncesi bakım hizmetleri nelerdir?

(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

	EVET	HAYIR	Kaç kez	Sonuç
Yaşam bulgularınızın takibi (ANSTA)				
Kan tahlili				
İdrar tahlili				
USG				
İkili test				
Üçlü test				
Gebelikte ilaç kullanımı				
Magnezyum				
Progesteron				
Demir ilacı				
Folik asit				
D vitamini				
Tetanos aşısı				
Kilo takibi				
Çocuk Kalp sesi dinleme				
Emzirme eğitimi alınması				
Doğum sonu dönem aile planlamasına yönelik eğitim alınması				
Beslenme eğitimi alınması				
Diğer...				

20. Sigara kullanıyor musunuz?

( )Evet, günde /... tane

( )Hayır

(Cevabınız hayır ise 21. soruya geçiniz.)

21. Doğum öncesi dönemde bu konu ile ilgili herhangi bir eğitim ya da danışmanlık hizmeti aldınız mı?

( )Evet aldım.

( )Hayır almadım.

22. Doğum şekliniz nedir?

( )Sezeryan

( )Vajinal doğum

23. Bebeğinizin doğum kilosu.....

boyu.....

cinsiyeti.....

24. Bebeğinizde doğumdan hemen sonra herhangi bir problem yaşandı mı? (Solunum-Dolaşım sistemi problemleri)

( ) Evet ise ne yaşandı? ( ) Solunum sıkıntısı

( ) Diğer

( ) Hayır

25. Bebeğiniz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kaldı mı?

( ) Evet ise nedeni nedir?.....

( ) Hayır

26. Bebeğinizi doğum sonrası ilk ne zaman beslediniz?

.....

27. Bebeğinizi doğum sonrası ilk ne ile beslediniz?

.....

28. Doğum sonrası hastanede kaç gün kaldınız?.....

29. Doğum sonrası dönemde aşağıdakilerden herhangi birini yaşadınız mı?

<b>Annenin Yaşadığı Komplikasyon-Sorunlar</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
Baş ağrısı		
Halsizlik/ Yorgunluk		
Kan basıncının yükselmesi		
Preeklampsi/ Eklampsi		
Emboli		
Meme problemleri (Memelerde dolgunluk-rahatsızlık-mastit)		
Hematom		
Doğum sonu kanama		
Anemi (Hemoglobin değerinizin düşüklüğü)		
Üriner inkontinans		
Üriner enfeksiyon		
Konstipasyon		
Sırt ağrısı		
Sezeryan sonrası insizyon yeri açılması		
İnsizyon yerinde enfeksiyon		
Epizyotomi açılması		
Emzirmeye hemen başlayamama		
Emzirmeyi etkin bir şekilde sürdürememe		
Doğum sonu depresyon/ anksiyete/ hüzn		
<b>Diğerleri.....</b>		

### EK-3. Bingöl İl Sağlık Müdürlüğünden Alınan İzin Formu



T.C.  
BİNGÖL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

BİNGÖL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BİNGÖL İSM KAMU  
HASTANELERİ HASTANE HİZMETLERİ BİRİMİ  
11/10/2019 17:01 - 81966737 - 929 - E.768



00103431954

Sayı : 81966737-929  
Konu : Derya BİNGÖL (Etik Kurulu) hk.

Sn: Derya BİNGÖL  
(Karlhova Devlet Hastanesi)

İlgi : 10/10/2019 tarih ve 7352 sayılı dilekçe.

İlgi sayılı dilekçeye istinaden; "Doğum öncesi bakımın doğum sonu maternal ve fetal sağlık üzerine etkisi" isimli çalışmaya onay verilmesi hususunu görüşmek üzere 10.10.2019 tarihinde Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu toplanmış olup, Derya BİNGÖL'ün belirtilen hususlarda çalışma yapabilmesi, ekte gönderilen Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Protokolü hükümlerine bağlı kalınması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Mehmet Emin GÜNDOĞDU  
İl Sağlık Müdürü

Ek:  
5 adet (sayfa)

Yenişehir Mah. Güldiken Sokak Eski kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi  
Yeri /BİNGÖL

Telefon: Faks No: 0426 213 37 23

e-Posta: zafer.davran@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.bingol.ism.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ab8a2078-d075-4983-9ae9-57435a5b623f kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Zafer DAVRAN

TIBBİ SEKRETER

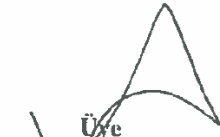
Telefon No: 0426 213 10 13


**BİNGÖL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**ETİK KURULU KOMİSYON KARARI**

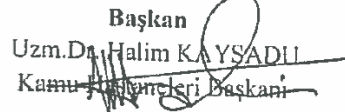
10/10/2019 tarih ve 7352 sayılı dilekçeye istinaden toplanan Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu, Malatya İnönü Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Derya BİNGÖL'ün "Doğum öncesi bakımın doğum sonu maternal ve fetal sağlık üzerine etkileri " isimli çalışmayı yapılabilmesi Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma Protokolü hükümlerine bağlı kalınması şartıyla uygun görülmüştür.  
10/10/2019

  
Üye  
Zafer DAVRAN  
Tıbbi Sekreter


  
Üye  
Ömer ALİMOĞLU  
Uzman

  
Üye  
Nedim HANT  
Kamu Hst. Bşk. Yrd.

  
Üye  
Dr. Vedat SÖFKER  
Halk Sağlığı Başkanı

  
Başkan  
Uzm.Dr. Halim KAYSADU  
Kamu Hastaneleri Başkanı

#### EK-4. Etik Kurul Onay Belgesi

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
12.11.2019	18	2019/417	
<p><b>Karar No: 2019/417:</b> Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 12.11.2019 tarihinde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Toplantı Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Karlıova Devlet Hastanesinde Hemşire Derya BİNGÖL'ün yardımcı araştırmacı olduğu; "Prenatal İzlemin Doğum Sonu Dönem Anne ve Yenidoğan Sağlık Sonuçlarına Etkisi" başlıklı çalışması üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı 			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI