

Ö. TAŞTEKİN

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2017

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR EĞİTİM-ARAŞTIRMA HASTANESİ GEBE VE DOĞUM SERVİSİNE
BAŞVURAN GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNDEN
YARARLANMASINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

ÖZGE TAŞTEKİN

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARALIK

2017

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR EĞİTİM-ARAŞTIRMA HASTANESİ GEBE VE DOĞUM SERVİSİNE
BAŞVURAN GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNDEN
YARARLANMASINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

ÖZGE TAŞTEKİN

DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYŞE YASEMİN KARAGEYİM KARŞIDAĞ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARALIK

2017

TEZ ONAYI**TEZ ONAYI**

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Özge Taştekin tarafından Ayşe Yasemin Karageyim Karşıdağ'ın danışmanlığında hazırlanan "Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi Gebe ve Doğum Servisine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanmasına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 13 /12 /2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Ebelik Bölümü

Jüri

Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim
Dalı

Jüri

Yrd. Doç. Dr. Yeliz MERCAN
Kırklareli Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu
Sağlık Yönetimi Bölümü

BEYAN

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

Özge Taştekin (İmza)

İTHAF

Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Eğitim dönemi tezini tamamlamış bulunmaktayım. Bu süreçte bilgi ve tecrübeleriyle yoluma ışık tutan, desteğini eksik etmeyen değerli hocam ve tez danışmanım Ayşe Yasemin Karageyim Karşıdağ'a; bugünlere gelmemde en çok payı olan kıymetli annem, babam ve aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLOLAR LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
KISALTMALAR LİSTESİ.....	Xİ
ÖZET.....	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Kadın Sağlığının Önemi.....	4
2.2.Gebelik ve Gebeliğin Oluşumu.....	5
2.2.1.Gebelikte Risk Faktörleri.....	6
2.2.1.1.Gebenin Öyküsünde Saptanan Risk Faktörleri.....	6
2.2.1.2.Gebenin İzleminde Saptanan Risk Faktörleri.....	6
2.2.1.3.Natal Dönemde Saptanan Risk Faktörleri.....	7
2.2.1.4.Post-Natal Dönemde Saptanan Risk Faktörleri.....	7
2.3.Anne Ölümleri.....	7
2.3.1.Dünyada Anne Ölüm Nedenleri.....	9
2.3.2.Türkiye’de Anne Ölüm Nedenleri.....	9
2.3.3.Anne Ölümlerinin Önlenmesi.....	12
2.4.Güvenli Annelik Yaklaşımı.....	12
2.4.1.Prekonsepsiyonel (Gebelik Öncesi) Bakım.....	13

2.4.2.Doğum Öncesi Bakım.....	14
2.4.2.1. Ülkemizde Verilen Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Durumu.....	16
2.4.2.2. Sağlık Bakanlığı Tarafından Önerilen Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi.....	19
2.4.2.2.1. Birinci İzlem.....	19
2.4.2.2.2. İkinci İzlem.....	20
2.4.2.2.3. Üçüncü İzlem.....	21
2.4.2.2.4.Dördüncü İzlem.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR	64
FORMLAR	70
ETİK KURUL ONAYI.....	77
ÖZGEÇMİŞ	83

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Dünyada yaşam boyu anne ölüm riski.....	8
Tablo 2-2: Dünyada anne ölüm oranları.....	8
Tablo 2-3: Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin nedenlere göre dağılımı.....	9
Tablo 2-4:Türkiye’de bölgelere ve yerleşim yerine göre anne ölüm oranı ve yaşam boyu ölüm riski	10
Tablo 2-5: Anne Ölüm Oranlarının 2014 Yılı Uluslararası Karşılaştırması.....	10
Tablo 2-6: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 Raporuna Göre DÖB Alanların Temel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	17
Tablo 2-7: TNSA 2013 Raporuna Göre DÖB Sayısı ve İlk Ziyaret Zamanı.....	18
Tablo 4-1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	31
Tablo 4-2:Katılımcıların biyodemografik özellikleri.....	32
Tablo 4-3:Katılımcıların bu gebelikle ilgili özellikleri.....	33
Tablo 4-4: Katılımcıların takip edilen gebeliğin doğumuna ilişkin özellikleri.....	34
Tablo 4-5:Yenidoğan ile ilgili özellikler.....	34
Tablo 4-6: Gebelerin gebelik sürecinde aldığı DÖB hizmetlerinin dağılımı.....	35
Tablo 4-7: İlk kontrole gidilen gebelik ayı ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi.....	36
Tablo 4-8: İlk kontrole gidilen gebelik ayı ile biyodemografik ve gebelik ile ilgili özelliklerin ilişkisi.....	37
Tablo 4-9: Gebelikte düzenli kontrole gitme ile sosyodemografik, özelliklerin ilişkisi.....	38
Tablo 4-10: Gebenin düzenli kontrole gitmesi ile biyodemografik ve gebelikle ilgili özelliklerin ilişkisi.....	39
Tablo 4-11: Gebelikte kontrole gidilen yer ile gebenin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki.....	40
Tablo 4-12: Gebelikte kontrole gidilen yer ile gebenin biyodemografik ve gebelikle ilgili özellikleri arasındaki ilişki.....	41
Tablo 4-13: Gebelikte kontrole gitme sayısı ile gebenin sosyodemografik özelliklerin ilişkisi.....	42

Tablo 4-14: Gebelikte kontrole gitme sayısı ile gebenin biyodemografik ve gebelikle ilgili özellikleri arasındaki ilişki.....	43
Tablo 4-15: Gebelikte bilgi edinilen kaynak ile gebenin sosyodemografik, biyodemografik ve gebeliği ile ilgili özelliklerin ilişkisi.....	44
Tablo 4-16: Gebelikte bilgi edinilen kaynak ile gebenin biyodemografik ve gebeliği ile ilgili özellikleri arasındaki ilişki.....	45
Tablo 4-17: Doğum öncesi bakımın yeterliliği ile gebenin sosyodemografik ve biyodemografik özelliklerinin ilişkisi.....	46
Tablo 4-18: Doğum öncesi bakımın nitelik puanı ile gebenin sosyodemografik ve biyodemografik özelliklerinin ilişkisi.....	48
Tablo 4-19: Gebenin ikili test yaptırması ile yaşı arasındaki ilişki.....	49
Tablo 4-20: Gebenin üçlü test yaptırması ile yaşı arasındaki ilişki.....	49
Tablo 4-21: Gebenin dördümlü test yaptırması ile yaşı arasındaki ilişki.....	49
Tablo 4-22: Gebenin Ffdna araştırma yaptırması ile yaşı arasındaki ilişki.....	49
Tablo 4-23: Gebenin amniyosentez yaptırması ile yaşı arasındaki ilişki.....	50
Tablo 4-24: Gebelikte komplikasyon gelişimi ile tabloda belirtilen özellikler aralarındaki ilişki.....	50
Tablo 4-25: Bebeğin doğum şekli ile gebenin tabloda belirtilen sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki.....	51
Tablo 4-26: Bebeğin doğum haftası ile gebelikte komplikasyon gelişimi ve gebenin demir hapı alması arasındaki ilişki.....	51
Tablo 4-27: Bebeğin doğum kilosu ile tabloda belirtilen özelliklerin ilişkisi.....	52
Tablo 4-28: Bebekte anomali varlığı ile eşler arasında akrabalık olması arasındaki ilişki.....	52

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1:Güvenli Annelik Hizmet Yelpazesi	13
--	----

KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

AÖÖ: Anne Ölüm Oranı

BKH: Binyıl Kalkınma Hedefleri

ÇKS: Çocuk kalp sesi

DKÇ: Doğumsal Kalça Çıkığı

EMR: Erken Membran Rüptürü

ffDNA: Free Fetal Deoksiribo Nükleik Asit

FIGO: Federation Internationale de Gynecologie Obstetrique (Uluslararası Kadın Doğum Federasyonu)

HIV: Human Immunodeficiency Virus

NUTS: Nomenclature of Units For Territorial Statistics

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VDRL: Venereal Disease Research Laboratories Testi

ÖZET

Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi gebe ve doğum servisine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetlerinden yararlanmasına etki eden faktörlerin incelenmesi.

Amaç DÖB hizmetlerinden yararlanmaya etki eden faktörleri incelemektir. Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Ocak-Aralık 2016 tarihleri arasında doğum yapmış ve serviste yatan 146 hastaya anket formu ile yüz yüze sorulmuştur. Veriler tanımlayıcı istatistikler ve Ki-Kare testi kullanılarak değerlendirilmiş anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir. Tüm gebeler DÖB hizmeti almıştır. Yetersiz DÖB oranı %11'dir. %13,7'sinin ilk gebeliği iken %24'ü gebeliği istememiştir. İlk 3 ayda kontrole gitme %89, kontrollere düzenli gitme %81,5 ve bu gebeliğinde komplikasyon gelişimi %38,4 bulunmuştur. Aile tipi ($p=0,049$), çocuk sayısı ($p=0,002$) ve gebeliğin istenen gebelik olması ($p=0,003$) DÖB yeterliliğini olumlu etkilerken; kalabalık, çocuk sayısı fazla ailelerde ve istenmeyen gebeliklerde DÖB yeterliliği azalmıştır. Gebenin çalışması ($p=0,011$), eşinin eğitim durumu ($p=0,006$) ve eşinin çalışması ($p=0,039$) DÖB hizmetlerinden yararlanmada etkili bulunmuştur. Verilen danışmanlık ve eğitim hizmetlerinde ise yetersizlik saptanmıştır. DÖB yönetim rehberi ilkeleri doğrultusunda gebe eğitimi ve danışmanlık hizmetlerine daha fazla önem verilmelidir. Artmış kaliteli eğitim ve danışmanlık hizmetleri anne ve bebekte görülen komplikasyon ve ölümlerin daha da azalmasını sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Gebelik, doğum öncesi bakım, doğum öncesi izlem, gebelikte eğitim, gebelikte danışmanlık.

ABSTRACT

Investigation of the factors affecting the utilization of pregnant from antenatal care services (ANC) in a training-research hospital pregnant and birth service.

The aim investigation of the factors affecting utilization of ANC. The study's cross-sectional and descriptive type. 146 patients who gave birth and were hospitalized between January-December 2016, were asked face-to-face with the survey form. Data were assessed using descriptive statistics and chi-square test and $p < 0.05$ was accepted as the level of significance. All pregnant women have received ANC. Insufficient ANC rate's 11%. While it's the first pregnancy of 13.7%, 24% didn't want pregnancy. In the first three months, the rate of going follow-up's 89%, regular follow-up's 81.5%, and complication development in this pregnancy has been found 38.4%. 19.9% of the babies were taken to intensive care. While family type ($p=0.049$), number of children ($p=0.002$) and the desired pregnancy ($p=0.003$) have positively affected the ANC qualification, in the crowded families with many children and undesired pregnancies, the ANC qualification has decreased. The facts that pregnant's working ($p=0.011$), her husbands's level of education ($p=0.006$) and he's working ($p=0.039$) have been identified effective in utilizing ANC services. The consultancy and educational services have been ascertained to be insufficient. In line with the ANC management guideline, it should be given more importance to pregnant education and consultancy services. Increased high quality education and consultancy services will enable the decrease of complications and death rate in mother and baby.

Key words: Pregnancy, antenatal care, antenatal follow-up, pregnancy education and consultancy in pregnancy.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın ailenin temelini oluşturmakta ve toplumla aile arasında bir köprü oluşturarak, çocuğun bakımı ve topluma hazırlanmasında önemli bir görev üstlenmektedir (Elveren 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ, 1948) sağlık tanımına göre; “sağlık sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, bireyin bedensel, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik halinde olmasıdır”. Kadın sağlığı ele alınırken sadece hasta veya sakat olmaması değil; bedensel, zihinsel ve sosyal olarak tam iyilik halinde olması değerlendirilmelidir. Kadın sağlığını önemli ve öncelikli kılan hem toplam nüfusun yaklaşık yarısını kadınların oluşturması hem de üreme fonksiyonunda kadınların önemli rol almasıdır (Çatıker 2007; Akın ve Özvarış 2012 ss. 210-219).

Kahire’de 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda “Üreme Sağlığı” kavramı ilk kez dünyada kabul görmüştür. Üreme sağlığı hem kadın hem de erkeklerde yaşamın bütün dönemleri süresince önemlidir. Ancak hangi yaş dönemi olursa olsun üreme sağlığı ile ilgili sorunlar ve hizmet gereksinimi kadınlarda erkeklere göre her zaman daha fazladır. (Özvarış ve Akın 2012 ss. 234-241).

İnsan hakları açısından, kadınların sağlık hizmetlerinden tam, eşit ve yüksek standartlarda yararlanmaları çok önemlidir. Kadınların bu haklarından yararlanamamaları ise hastalık ve sakatlık, hatta anne ölümü gibi olumsuz durumlarla sonuçlanmaktadır (Göy 2016).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi göstergelerinden biri olan anne ölüm hızının, üreme sağlığı hizmetleriyle çok yakın ilişkisi vardır. 15-49 yaş arasındaki üreme çağı, kadınların en sağlıklı dönemi olarak kabul edilmesine rağmen fizyolojik bir süreç olarak kabul edilen gebelik ve doğum dönemlerinde birçok kadın komplikasyonlara ve hastalıklara maruz kalmakta, gerekli takip ve tedavileri sağlayamadığına da ise ölmektedir (Özvarış ve Akın 2012 ss. 234-241; Göy 2016).

Tüm dünyada her gün yaklaşık 830 kadın gebelik ve doğum ile ilgili önlenemez komplikasyonlardan ölmektedir. Anne ölümlerinin %99’u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Kadınlar gebelik dönemi, doğum sırası ve sonrasında;

gelişen şiddetli kanama, enfeksiyonlar, gebelikte yüksek kan basıncı, doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar ve güvensiz kürtaj gibi sebeplerden ölmektedirler. Bu komplikasyonların çoğu önlenabilir ve tedavi edilebilir niteliktedir. Ayrıca gebelik öncesi var olan bazı hastalıklar gebelik sırasında yeterli doğum öncesi bakım hizmetleriyle iyi yönetilip gerekli önlemler alınmazsa daha da kötüleşebilmektedir (WHO 2016).

Doğum öncesi bakım (DÖB); gebelik süreci boyunca anne ve fetusun belirli ve düzenli aralıklarla muayenesi, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesi ve takip edilmesidir; doğum öncesi bakım, prenatal bakım ya da antenatal bakım hizmeti olarak da adlandırılmaktadır. Hem annenin hem de doğacak bebeğin doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası sağlıklarının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi temel koruyucu sağlık hizmetlerindedir (Akın ve Özvarış 2002; Sönmez 2007).

Doğum öncesi bakım annede gebelikten önce mevcut olan hastalıkları saptamayı, gebelikte ortaya çıkabilecek komplikasyonların erken tanı, tedavi ve gerekirse sevkini sağlamayı, riskli gebelikleri saptamayı, fetusu gebelik boyunca intrauterin izlemeyi, annenin tetanoza karşı bağışıklanmasını, doğumun nerede, kim tarafından ve nasıl yaptırılacağına karar vermeyi kapsamaktadır. Ayrıca anneye gebelikte beslenme, hijyen, doğum ve doğum sonu bakım, bebek bakımı, emzirme ve doğum sonrası aile planlaması yöntemleri konusunda danışmanlık hizmetleri vermeyi de içermelidir (Akın ve Özvarış 2002).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Malatya'nın Arapgir ilçesinde gebelerin doğum öncesi verilen hizmetlerden yararlanmaları incelendiğinde, alınan doğum öncesi bakım hizmeti istenen düzeyde bulunmamıştır. Çanakkale'de doğum yapan kadınların postpartum 1. ve 2. gününde doğum öncesi bakım alma durumu ve niteliğini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde, doğum öncesi bakım alma durumu ülke geneline göre iyi olmasına rağmen, nitelik bakımından yetersiz bulunmuştur (Omaç ve ark. 2005; Kaya ve ark. 2008).

Çalışmamızda anne, bebek, aile ve toplum sağlığı için önemli bir kavram olan doğum öncesi bakım hizmetlerinden gebelerin yararlanma durumu ve bu duruma etki eden faktörleri, gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte anne ve bebeğin sağlık durumuyla ilgili sorular içeren anket formuyla araştırmayı amaçladık. Çalışmanın

yapıldığı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul'da doğumların ve gebe takiplerinin en çok yapıldığı hastanelerden birisi olduğu için çalışma sonuçlarının il bazında değerli olacağını düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Sağlığının Önemi

Kadın sağlığı, sadece kadının kendisi için değil, çocuk sağlığı, aile sağlığı ve toplum sağlığı üzerindeki etkileri açısından da önemlidir. Bu nedenle kadın sağlığı, aile sağlığından ve dolayısıyla toplum sağlığından ayrı düşünülemez. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin karşılaştırılmasında; kadın sağlığı, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili göstergeler ilk sıralarda yer almaktadır. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde kadının sağlık düzeyi ve sosyal statüsü geri olduğundan, kadın sağlığı birçok psikososyal faktörlerden de etkilenmektedir (Taşkın 2011 ss.1-17; Kılınç ve Çatak 2012; Çetinkaya ve Sevil 2016 ss.1-37).

Anne ve çocuk sağlığının sağlık hizmetlerinde önceliği vardır. Bu önceliğin nedeni; anne ve çocuklarda gebelik, büyüme ve gelişme dönemlerine ait biyolojik özelliklerin hem hastalık hem de ölüm riskini artırmasıdır. Bu sebeple, anne ve çocuklar sağlıklı olduklarında bile sağlık hizmetleri içinde riskli grup olarak değerlendirilirler. Dünya Sağlık Örgütü verilerine bakıldığında gelişmekte olan ülkelerde bu iki grupta sağlık göstergelerinin düşük olduğu görülmektedir (Taşkın 2011 ss.1-17).

Kadın ölümü 15-49 yaş grubu kadınlarda ölüm sebebine bakılmaksızın meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır (Çetinkaya ve Sevil 2016 ss.1-37).

Gebeliğe bağlı ölüm gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde ölüm nedenine bakılmaksızın meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır (Çetinkaya ve Sevil 2016 ss.1-37).

Anne ölümü ise, DSÖ'ne göre bir kadının gebelik süresince, doğumda veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın gebelik durumunun ya da gebelik sürecinin şiddetlendirdiği bir nedenden kaynaklanan ölüm olarak tanımlanır (Çetinkaya ve Sevil 2016 ss.1-37).

Dünyada her yıl 210 milyon kadın gebe kalmakta, 6 milyon perinatal ölüm, 600 bin anne ölümü olmakta, 8 milyon kadında gebeliğe bağlı komplikasyonlar meydana gelmekte ve daha fazla sayıda kadında ise gebelik nedeniyle kronik hastalık ya da sakatlık gelişmektedir (Çetinkaya ve Sevil 2016 ss.1-37).

Yetişkin dönemindeki bedensel ve ruhsal sağlık; çocukluk çağındaki büyüme- gelişme dönemi hatta intrauterin sürecin sağlıklı geçirilmesi ile yakın ilişkilidir. Sağlıklı annelerden sağlıklı çocuklar doğar, sağlıklı annelerin yetiştirdiği çocuklar sağlıklı olur, sağlıklı çocuklar da sağlıklı toplumların oluşmasına zemin hazırlar. Anne ve çocuk sağlığının korunması, özelde anne çocuk sağlığı için, genelde ise toplum sağlığı için önemli ve gerekli bir yatırımdır. Gelişmekte olan ülkelerde anne ve çocuklar toplam nüfusun yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Bu alanda verilen ya da verilecek olan sağlık hizmetleri toplumun geneline ulaşırsa ülkenin sağlık düzeyi artacaktır. Kısaca kadının sağlıklı olması, kadını etkiliyor gibi görünse de, genelde doğacak çocuğu, ailesini ve toplumu etkilemektedir. Gebeliğe bağlı komplikasyonlar ve ölümler temel sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmesi ile önlenmektedir (Taşkın 2011 ss.1-17).

2.2. Gebelik ve Gebeliğin Oluşumu

Kadınlar, ergenlik döneminden itibaren her ay düzenli olarak yumurtlar. Her ay kadınlık hormonlarının etkisi ile rahmin iç yüzeyi (endometrium) kalınlaşarak gebelik için hazırlanır. Atılan yumurta sperm tarafından döllenmez ise rahmin kalınlaşan iç tabakası çekilen hormonların etkisiyle adet kanaması (menstruasyon) ile vücuttan atılır. Bu döngü, kadın adetten kesilene kadar (menopoz) devam eder. Cinsel ilişki kadının yumurtlama dönemi olan adetin 11-16. günleri arasında gerçekleşmiş ise tüplerde bulunan yumurtayı vajinadan gelen spermlerden biri döller. Sperm ve ovumun tuba uterinanın ampulla kısmında birleşmesiyle fertilizasyon gerçekleşir. 46 kromozomlu yeni bir hücre (zigot) meydana gelir. Fertilizasyondan yaklaşık 7 gün sonra zigot uterusu yerleşir (implantasyon). Gelişip farklılaşan zigot ilk önce embriyo, 9. haftadan itibaren ise fetus adını alır ve gebelik süreci bu şekilde başlamış olur (Taşkın 2011 ss.69-84).

Gebelik ve doğum anne için kaygılarla dolu bir süreçtir. Gebelikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler hastalık ve sağlık arasındaki çizgiyi daraltır bu nedenle gebelik risk artışına neden olur (Aydemir ve Hazar 2014).

Gebelik sürecinde anne adayında meydana gelen değişiklikler ek bakım, takip ve tedavi gerektirmektedir. Basit ama gerekli bu takip, bakım ve tedavi ile birçok gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonların önüne geçilecek, anne ve çocuk sağlık düzeyi artacak ve böylece ülkenin de sağlık düzeyi yükseltilmiş olacaktır.

2.2.1. Gebelikte Risk Faktörleri

2.2.1.1. Gebenin Öyküsünde Saptanan Risk Faktörleri

- Anne yaşının 35 yaştan büyük olması
- Multiparite
- Primipar olma
- Daha önceki doğumlar ile ilgili kötü obstetrik öykü;
 - Postmatür ölü doğum
 - Daha önce uterusu skar bırakan operasyon geçirme (sezaryen, myomektomi gibi)
 - Daha önceki gebelikte 3. devrede komplikasyon öyküsü olanlar (kanama, plasentanın elle çıkarılması gibi)
 - Daha önce çoğul gebelik geçirmiş ya da ailede çoğul gebelik öyküsü olanlar
 - Bir önceki gebelik ile bu gebelik arasındaki sürenin kısa olması
 - Daha önceki gebeliklerde preeklampsi ya da eklampsi geçirme
 - Daha önce 4 kg üstü (iri) bebek doğurma
- Annede kronik hastalık öyküsü
- Sigara içme alışkanlığı (günde 5'den fazla)
- Ailenin sosyoekonomik durumunun kötü olması
- Bu gebeliğin istenmeyen gebelik olması

2.2.1.2. Gebenin İzleminde Saptanan Risk Faktörleri

- Anemi
- Preeklampsi belirtileri
- Annenin var olan sistemik hastalığı
- İlk trimesterde geçirilen ateşli viral hastalıklar
- Gebeliğin erken veya geç döneminde görülen kanamalar
- Annenin gebelik süresince az / çok kilo alması
- Gebeliğin normal süresi olan 40 haftayı geçmesi
- Poli / oligohidramniyos
- Baş pelvis uygunsuzluğu
- Rh uyumsuzluğu
- Çoğul gebelik
- Bebeğin kötü prezentasyonu

2.2.1.3. Natal Dönemde Saptanan Risk Faktörleri

- Prematür doğum eylemi
- Erken membran rüptürü
- Kordon Sarkması
- Kötü prezentasyon
- Çoğul gebelik (daha önce fark edilmeyip doğum esnasında fark edilmesi)
- Plasenta previa
- Primer ağrı zaafi
- Tetanik kontraksiyonlar
- Fetal sıkıntı,
- Plasenta retansiyonu

2.2.1.4. Postnatal Dönemde Saptanan Risk Faktörleri

- Doğum sonu kanama
- Annede enfeksiyon
- Bebekte düşük doğum kilosu
- Bebekte anomali
- Bebeğin doğum travmasına bağlı oksijensiz kalması (asfiksi)
- Bebekte ilk 24 saat içinde sarılık görülmesi
- Fetal enfeksiyon (Akın ve Özvarış 2012 ss.253-257).

2.3. Anne Ölümleri

FIGO (Uluslararası Kadın Doğum Federasyonu) ve DSÖ anne ölümünü “gebeliğin süresine bakılmaksızın kadının, gebe iken ya da gebeliğin sona ermesini izleyen 42 gün içerisinde, kazadan kaynaklanmayan, gebelik veya gebeliğin yönetimiyle ilgili veya gebeliğin ağırlaştırdığı herhangi bir nedenle ölmesidir” şeklinde tanımlamaktadır (WHO ve FIGO 2000).

Her yıl dünya genelinde 303.000 kadın gebelik ve doğum sırasında ölmekte, 2,7 milyon bebek yaşamın ilk 28 günü içinde ölmekte ve 2,6 milyon bebek ise ölü doğmaktadır. Ülkelerdeki bakım hizmetleri eşit olmadığı için bu ölüm oranları gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir ve ölümlerin çoğunun gebelik ve doğum sırasında verilecek kaliteli bakım hizmeti ile engellenmesi mümkündür (WHO 2015).

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde annelerin yaşam boyu ölüm ile karşılaşma riski gelişmiş ülkelere oranla daha yüksektir (Tablo 2.1).

Tablo 2-1: Dünyada yaşam boyu anne ölüm riski

Dünyada	74'de 1
Gelişmiş ülkelerde	2800'de 1
Gelişmekte olan ülkelerde	61'de 1
Az gelişmiş ülkelerde	16'da 1

(Akın ve Özvarış 2012 ss.242-247)

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında anne ölüm oranı, anne ölüm sayısı ve hayat boyu anne ölüm riski arasında ciddi farklılıklar vardır (Tablo 2.2).

Tablo 2-2: Dünyada anne ölüm oranları

BKH Bölgesi	AÖO (100.000 canlı doğumda)	Anne Ölüm Sayısı	Hayat Boyu Anne Ölüm Riski
Dünya Geneli	216	303 000	180
Gelişmiş Bölgeler	12	11	4900
Gelişmekte olan Bölgeler	239	302 000	150
Kuzey Afrika	70	3 100	450
Sahra altı Afrika	546	201 000	36
Doğu Asya	27	4 800	2 300
Doğu Asya (Çin hariç)	43	378	1 500
Güney Asya	176	66 000	210
Güneydoğu Asya	110	13 000	380
Batı Asya	91	4 700	360
Kafkasya ve Orta Asya	33	610	1 100
Latin Amerika ve Karayipler	67	7 300	670
Okyanusya	187	500	150

BKH: Binyıl Kalkınma Hedefleri, AÖO: Anne Ölüm Oranı, (Erbaş 2016, DSÖ)

2.3.1. Dünyada Anne Ölüm Nedenleri

Dünyada anne ölüm nedenleri Tablo 2.3'te verilmiştir.

Tablo 2-3: Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin nedenlere göre dağılımı (%)

Doğrudan Obstetrik Nedenler	% 81
Kanama	% 25
Enfeksiyon	% 15
Düşük	% 13
Toksemi	% 12
Engellenmiş Eylem	% 8
Diğer	% 8
Dolaylı Obstetrik Nedenler	% 19

(Akın ve Özvarış 2012 ss.242-247)

2.3.2. Türkiye’de Anne Ölüm Nedenleri

Türkiye’de 1960 yıllarında anne ölümünün yüz bin canlı doğumda 250 civarında olduğu bilinmektedir. 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Araştırması’na (UAÖA) göre gebeliğe bağlı anne ölümleri yüz bin canlı doğumda 38, anne ölüm oranı (AÖO) ise yüz bin canlı doğumda 28,5 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı İstanbul ilinde anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 11 ve yaşam boyu anne ölüm riski ise 4846 kadında birdir (Tablo 2.4).

Tablo 2-4: Türkiye’de bölgelere ve yerleşim yerine göre anne ölüm oranı ve yaşam boyu ölüm riski

Bölge	Anne Ölüm Oranı (100.000 canlı doğumda)	Yaşam Boyu Anne Ölüm Riski (...kadından biri)
Türkiye Geneli	28,5	1536
Kentsel	20,7	2391
Kırsal	40,3	869
İstanbul	11,0	4846
Batı Marmara	42,1	1560
Ege	31,5	1764
Doğu Marmara	21,7	2549
Batı Anadolu	7,4	6947
Akdeniz	25,1	1737
Orta Anadolu	11,9	3067
Batı Karadeniz	26,8	1956
Doğu Karadeniz	68,3	883
Kuzeydoğu Anadolu	68,3	439
Orta Doğu Anadolu	36,9	755
Güney Doğu Anadolu	38,9	626

(Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Ana Rapor (2005) ve Akın ve Özvarış (2012 ss.242-247))

Orta-üst gelir grubu ülkelerde anne ölüm oranları üst gelir grubu ülkelere göre daha fazladır (Tablo 2.5).

Tablo 2-5: Anne Ölüm Oranlarının 2014 Yılı Uluslararası Karşılaştırması (100.000 Canlı Doğumda)

Dünya Geneli	221
Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler	56
Üst Gelir Grubu Ülkeler	18
DSÖ Avrupa Bölgesi	17
Türkiye	14,7

(Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

Anne ölümlerinin %61,2'si önlenebilir nedenlerdir. Bu nedenler içinde;

- ✓ Hane halkı ve toplumsal faktörler %36,2
- ✓ Sağlık hizmetini verenler ile ilgili faktörler %13,7
- ✓ Sağlık hizmetindeki donanımla ilgili faktörler %2,1
- ✓ Diğer risk faktörleri ise %9,6 oranında etkilidir

(Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Ana Rapor 2005; Çetinkaya ve Sevil 2016 ss.1-37)

Türkiye'de 2005 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasına göre ilk dört anne ölüm nedenleri:

- ✓ Kanamalar %25
- ✓ Gebelik hipertansiyonu %18,4
- ✓ Emboli, cerrahi komplikasyonlar, uterus rüptürü %15,7
- ✓ Enfeksiyon %4,6

Bu komplikasyonlara zemin hazırlayan etkenlerin büyük kısmı ise önlenebilir risk faktörleridir;

- ✓ Çok ve sık doğum
- ✓ Erken veya ileri anne yaşı (19 yaştan küçük, 35 yaştan büyük)
- ✓ Beslenme yetersizliği
- ✓ Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası yeterli bakım alamama
- ✓ Sosyal faktörler (Taşkın 2011 ss.1-17).

Hane halkı faktörü ve toplumsal faktörler hem kentsel, hem de kırsal alanlarda en sık karşılaşılan önlenebilir faktörlerdendir. Gebenin ve ailenin sorunu fark etmemesi, gerekli ve yeterli doğum öncesi bakım almaması, takip ve tedavi için başvuruda gecikmesi, anne ölümlerine sebep olan önlenebilir toplumsal faktörlerdir (Çetinkaya ve Sevil 2016 ss.1-37). Bu bulgular Türkiye'de anne ölümlerinin önlenmesinde, kadın sağlığının iyileştirilmesinde koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi gerekliliğinin önemini bir kez daha göstermektedir (Akın ve Özvarış 2012 ss.242-247).

2.3.3. Anne Ölümünün Önlenmesi

Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümleri önemli bir sorundur. Bu nedenle takiplere gebelikten önce başlanarak riskli gebelikler önlenmeli, erken tanı ve tedavisi sağlanmalı, gebelik süreci boyunca, doğumda ve doğum sonrası dönemde kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanması sağlanmalıdır. Kadın sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele alındığı takdirde anne ölümlerinin önemli ölçüde azaltılması mümkündür. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri, aile planlaması hizmetleri kadın sağlığına bütüncül bir yaklaşımla nitelikli bir şekilde verilmelidir. İkinci basamak sağlık kuruluşlarında acil obstetrik müdahaleler ve vakaların tanı ve tedavisi sağlanmalıdır. Anne ölümlerinin yüksek olduğu ülkelerde ‘Güvenli Annelik Yaklaşımı’ uygulanmalıdır (Akın ve Özvarış 2012 ss.242-247).

2.4. Güvenli Annelik Yaklaşımı

DSÖ öncülüğünde 1987 yılında Nairobi’de yapılan uluslararası toplantıda “Güvenli Annelik Programı” başlatılmıştır. Programın esas amacı, anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmaktır. Bu program Türkiye’de 1994 yılında pilot uygulamalar şeklinde başlamıştır (Akın ve Özvarış 2012 ss.253-267; Çetinkaya ve Sevim 2016 ss.1-37).

Anne ölüm nedenleri; kanama, enfeksiyon, toksemi, engellenmiş doğum ve sağlıksız şartlarda gerçekleşen düşükler; yenidoğan bebek ölüm nedenleri ise gebelikte yetersiz bakım, doğumda yanlış yaklaşım, asfiksi, hipotermi ve enfeksiyondur. Tüm dünyada anne ve yenidoğan bebekler benzer sebeplerden ölmektedir. Bu nedenle güvenli annelik yaklaşımı tüm dünya ülkeleri için gerekli ve önemli bir uygulamadır (WHO 2015).

Güvenli Annelik hizmet yelpazesi verilmiştir (Şekil 2-1).



Şekil 2-1: Güvenli Annelik Hizmet Yelpazesi

(Akın ve Özvarış 2012 ss.253-267)

“Güvenli Annelik” yaklaşımının temelinde kadın erkek eşitliği yer almaktadır. Temel sağlık hizmetleri yaklaşımıyla verilen aile planlaması, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonu bakım, temel ve acil obstetrik bakım ile güvenli annelik yaklaşımı tamamlanmış olur. Güvenli annelik yaklaşımı pahalı ilaç, araç - gereç ya da ileri teknoloji gerektirmeyip, mevcut sağlık sisteminde maliyet ve iş yükü artışına neden olmayıp, aksine verilen sağlık hizmetinin daha organize ve az maliyette yapılmasını sağlamaktadır. Güvenli annelik yaklaşımının önemli hizmetlerinden biri doğum öncesi bakımdır (Akın ve Özvarış 2012 ss.253-267; Çetinkaya ve Sevim 2016 ss.1-37).

2.4.1. Prekonsepsiyonel (Gebelik Öncesi) Bakım

Doğum öncesi bakım, kadının gebe kalmasından doğuma kadar geçen sürede anneyi, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunları olup olmadığını belirlemeyi ve eğer bir sorun var ise uygun çözümleri sunmayı hedefleyen sağlık hizmetidir. Günümüzde son derece yaygın ve kaliteli uygulandığında bile doğum öncesi bakımın, ana çocuk sağlığını koruyup geliştirmede tek başına yeterli olmadığı, gebelik öncesi bakım verildiğinde ise daha iyi sonuçlar elde edildiği tespit edilmiştir. En ideal doğum öncesi bakım, gebelik öncesi başlayıp gebelik süreci boyunca devam

edip, doğum sonrasında anne ve bebeğin takipleriyle tamamlanır. Gebelik öncesi bakım, çocuk sahibi olmadan önce eşlerin sağlığını geliştirmeyi amaçlayan koruyucu bir sağlık hizmetidir. Ayrıca tarama ile tedavinin yanı sıra danışmanlık hizmetlerini de içerir. Anne ve fetus için risk oluşturan tıbbi ve sosyal durumları gebelikten önce saptayarak uygun şekilde çözümlenmesini sağlar (Baysoy ve Özkan 2012; Pekince ve Ertem 2016 ss.1-3).

Gebelik öncesi bakım vermenin temel amacı, ana çocuk sağlığını etkileyebilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmak ya da azaltmak, gebeliğe ilişkin sorunları önleyerek annelerin ve bebeklerin daha sağlıklı olmasını sağlamaktır. İstenmeyen gebeliği önlenmek de gebelik öncesi bakım ile mümkündür. Aynı şekilde istenen gebeliği sağlıklı bir şekilde başlatabilmek de gebelik öncesi bakımla sağlanır (Baysoy ve Özkan 2012, Pekince ve Ertem 2016 ss.1-3).

Ülkemizde 2002 yılında uygulanmaya başlanan evlilik öncesi danışmanlık hizmeti de gebelik öncesi bakımın bir parçasıdır. Türk Medeni Kanunu'na göre evlenecek çiftler evlenmeye engel hastalığı bulunmadığını gösteren sağlık raporu almak zorundadır. Bu raporun nasıl düzenleneceği 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda belirtilmiştir. Gebelik öncesi bakım hizmetleri ulusal düzeyde ve sağlık sisteminin her kademesinde bütüncül olarak uygulanmaya başladığında, sağlıklı nesiller yetiştirmeyi desteklemek için konulmuş yasalarımızı hayata geçirme şansı daha da artabilecektir (Baysoy ve Özkan 2012, Pekince ve Ertem 2016 ss.1-3).

2.4.2. Doğum Öncesi Bakım

DÖB, anne ve fetusün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunarak, eğitimli bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Doğum öncesi bakım genelde annelerin sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını ve gebelikte sağlık halinin korunup, geliştirilmesi ve sürdürülmesini amaçlamaktadır. Ayrıca doğum öncesi bakım hizmetleri annede gebelikten önce mevcut olan hastalıkları saptamayı, gebelikte ortaya çıkabilecek komplikasyonların erken tanı, tedavi ve gerekirse bir üst kuruluşa sevkini, riskli gebelikleri erken saptamayı, fetusu gebelik süreci boyunca izlemeyi, annenin tetanoza karşı bağışıklanmasını, doğumun nerede kim tarafından ve nasıl

yapılacağına karar vermeyi, anneye gebelikte beslenme, gebelikte hijyen, doğum ve doğum sonu bakım, bebek bakımı, bebek beslenmesi ve doğum sonrası aile planlaması yöntemleri konusunda bilgilendirmeyi amaçlamaktadır. Doğum öncesi bakım 20. yüzyılın başlarında Boston'da gündeme gelmeye başlamıştır. Boston Hemşire Birliği'nin hemşireleri, gebe kadınların sağlığına katkıda bulunabilmek amacı ile Boston Lying-In Hastanesi'nde kayıtlı tüm gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamışlardır. Bu ev ziyaretleri ile büyük başarı sağlanmış, hekimlerin de desteğini kazanarak önemli bir koruyucu hekimlik uygulaması olarak DÖB hizmetinin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Akın ve Özvarış 2002; Sönmez 2007).

Türkiye'de ana ve çocuk sağlığına önem verilmesi Cumhuriyetin kurulması ile başlamıştır. İlk doğum ve çocuk bakımevi 1926 yılında Ankara'da açılmış, aynı yıl ikincisi Konya'da hizmet vermeye başlamıştır. Ancak bu kuruluşlarda daha çok sağaltım hizmeti verilmiştir. 1952 yılında DSÖ ve UNICEF'in (United Nations International Children's Emergency Fund) destekleriyle, Sağlık Bakanlığı'nda özel bir örgüt olarak Ana ve Çocuk Sağlığı Başkanlığı kurulmuştur. Gebelerin ve okul öncesi çocukların izlenmesine önem vermesi beklenen bu örgüt, ülke genelinde hizmet sunamamıştır. 1961 yılından sağlık alanında özellikle ana çocuk sağlığını yakından ilgilendiren 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi yasası kabul edilmiştir (Sönmez 2007). Bu yasa ile temel sağlık hizmetlerinin bir bölümü 1963 yılından 2010 yılı sonuna kadar sağlık ocakları ve sağlık evlerinde mevcut sağlık ekibiyle verilmekteydi. Ülkemizde 2003 yılından bu yana Sağlıkta Dönüşüm programı uygulanmakta ve bu program temel sağlık hizmetlerinin özellikle ana çocuk sağlığının takip ve tedavisinin Aile Hekimliğine geçişini öngörmekteydi. Bu nedenle 24 Kasım 2004 tarihinde TBMM'de (Türkiye Büyük Millet Meclisi) 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası Hakkında Kanun kabul edilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. Pilot uygulama Ekim 2005'de Düzce ilinde yapılmış ve 2010 yılında tüm ülkede uygulamaya geçilmiştir. Ayrıca 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren Genel Sağlık Sigortasına ilişkin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu uygulamasına başlanmıştır.

Ülkemizde analık sebebiyle sağlanacak sağlık hizmetleri, hekim tarafından gerekli görülen muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik, tahliller, tanı yöntemleri,

tıbbî müdahaleler, tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ücretsiz karşılanmaktadır.

2.4.2.1. Ülkemizde Verilen Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Durumu

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 raporuna göre doğum öncesi bakım hizmeti almayanların oranı;

- ✓ 20 yaş altı gebelerde %5,7
- ✓ 20-34 yaş arasında %2,4
- ✓ 35 yaş üzerinde ise %3,2 bulunmuştur.

Sağlık personelinden bakım alanlar;

- ✓ 20-34 yaş arasında %97,3
- ✓ 20 yaş altında %94
- ✓ 35 yaş üzerinde ise %96,3 tespit edilmiştir.

Doğum sayısı arttıka doğum öncesi bakım alma ve sağlık personelinden bakım alma oranı azalmıştır;

- ✓ İlk doğumda bakım almayanların oranı %1,3, 6 ve üzeri doğumlarda %8,3 tespit edilmiştir.
- ✓ İlk doğumda sağlık personelinden bakım alma oranı %98,6 iken 6 ve üzeri doğumlarda bu oran %91,7'lere düşmüştür.
- ✓ Kentsel alanlarda doğum öncesi bakım almama oranı %1,7 iken kırsal alanlarda bu oran %7'dir.

TNSA 2013 raporu sonuçlarına göre gebelerin eğitimi düzeyi ve hane halkı refah düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım almama oranı azalmış olup, sağlık personelinden bakım alma oranı artmıştır (Tablo 2.6).

Tablo 2-6: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 Raporuna Göre Doğum Öncesi Bakım Alanların Temel Özelliklerine Göre Dağılımı

Temel Özellikler	Doğum Öncesi Bakım Almamış (%)	Sağlık Personelinden Bakım Almış (%)
NUTS 1 Bölgeleri		
İstanbul	0,6	99,4
Batı Marmara	3,3	96,7
Ege	1,3	98,7
Doğu Marmara	1,4	98,6
Batı Anadolu	2,0	98,0
Akdeniz	1,6	98,4
Orta Anadolu	4,8	95,2
Batı Karadeniz	3,4	95,5
Doğu Karadeniz	2,1	97,9
Kuzeydoğu Anadolu	14,6	84,9
Ortadoğu Anadolu	9,3	90,7
Güneydoğu Anadolu	2,6	96,0
Eğitim		
Eğitim yok / ilkokul bitirmemiş	7,7	91,5
İlkokul	2,3	97,5
Ortaokul	1,5	98,4
Lise ve üzeri	1,2	98,8
Hane Halkı Refah Düzeyi		
En düşük	8,2	91,2
Düşük	3,2	96,6
Orta	1,1	98,5
Yüksek	1,0	99,0
En Yüksek	0,2	99,7

NUTS: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması, (TNSA 2013 Raporu)

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 raporuna göre;

- ✓ Gebelikte doğum öncesi bakım almayanların oranı %2,3
- ✓ Bir kez DÖB hizmeti alanların oranı %1,4
- ✓ Dört ve üstü DÖB hizmeti alanların oranı ise %88,9 dur.
- ✓ Gebelerin %89,9'unun gebeliği ilk üç ayda tespit edilmiştir.

Türkiye'de doğum öncesi bakım sayısı ile ilk ziyaretteki gebelik ayının kırsal ve kentsel bölgelerdeki dağılımı Tablo 2.7'de verilmiştir.

Tablo 2-7: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 Raporuna Göre Doğum Öncesi Bakım Sayısı ve İlk Ziyaret Zamanı

Doğum Öncesi Bakım Sayısı	Kent (%)	Kır (%)	Toplam (%)
Doğum Öncesi Bakım yok	1,7	7,0	2,7
1	0,6	4,5	1,4
2-3	5,0	13,1	6,5
4 ve üzeri	92,4	74,7	88,9
Bilmiyor/cevapsız	0,4	0,7	0,4
Toplam	100,0	100,0	100,0
Doğum Öncesi Bakım için ilk ziyaretteki gebelik ayı			
Doğum öncesi bakım yok	1,7	7,0	2,7
<4	92,8	78,0	89,9
4-5	4,5	9,2	5,4
6-7	0,5	4,4	1,2
8+	0,3	1,1	0,5
Bilmiyor/cevapsız	0,3	0,3	0,3
Toplam	100,0	100,0	100,0

(TNSA 2013 Raporu)

2.4.2.2. Sağlık Bakanlığı Tarafından Önerilen Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi

2.4.2.2.1. Birinci İzlem

Gebeliğin ilk 14 haftası içerisinde yapılmalı ve süresi 30 dakika olmalıdır. Ayrıca 14. hafta sonrası gebelik tespitlerinde, bu muayene gebelik haftasına bakılmaksızın “ilk izlem” olarak değerlendirilir. İlk izlemde yapılması gereken prosedürlere ek olarak gebelik haftasına uygun prosedürde uygulanmalıdır.

1. İletişim: Gebe nazikçe karşılanmalı, gerekli mahremiyet ve kendini tanıtmayı sağlanmalı, her aşamada soru sorabileceği belirtilmeli.

2. Öykü Alma: Gebenin yaşı, medeni durumu, akraba evliliği, sosyodemografik durumu, alışkanlıkları, soy geçmişi sorgulanmalı, tıbbi öyküsü, obstetrik öyküsü ve mevcut gebelik öyküsü alınmalı.

3. Fizik muayene: Gebenin boy, kilo, kan basıncı ve nabızı ölçülür. Sistolik kan basıncının 140mmHg, diastolik kan basıncının 90 mmHg altında olması normal kabul edilir. Ciddi anemi bulguları açısından değerlendirilir. Fetal kalp sesleri dinlenir. Fetal kalp atımları el doppleri ile 10-12. haftalardan itibaren duyulabilir. Fetal kalp atımı sayısı normalde dakikada 120-160'tır. Gebenin, bebeğin ilk hareketlerini hissetme zamanını kaydetmesi gerektiği söylenir. Risk değerlendirme formundaki (FORM 2) sorgulamalar yapılır. Risk değerlendirme formu sevk kriterlerinin bir parçasıdır. Değerlendirme kriterlerinden birine bile “evet” cevabı verilir ise izlemin uzman hekim danışmanlığı alınarak kontrollere hangi basamakta devam edeceğine karar verilir. İzlem ikinci basamakta devam edecek ise gebeye yapılan müdahaleler belirtilir ve izlem hakkında birinci basamağa geri bilgi verilmesi gerektiği konusunda bilgilendirilir. Gebenin izlemine birinci ve ikinci basamağın koordine çalışması ile devam edilir.

4. Laboratuvar testleri: Bakteriüri ve proteinüri açısından idrar tahlili yapılmalıdır. HBs Ag bakılmalı, ilk izlemde Rh uyumsuzluğu açısından gebenin ve eşinin kan grubuna mutlaka bakılmalıdır. Anne Rh (-), baba Rh (+) ise İndirekt Coombs testi sonucu (-) olanlar izlenmeli, (+) olanların ise bir üst basamağa sevk sağlanmalıdır. Mümkünse ferritin ile birlikte hemoglobin ölçümü yapılmalıdır. Gebe diyabet açısından riskli grupta ise veya açlık plazma glikozu 100-126 arasında ise glikoz

tarama testi yapılması sağlanmalıdır. Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler yapılmalı, yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendirilmelidir.

5. Gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler: Gebede anemi tespit edildiğinde demir ilaçlarına tedavi dozunda başlanmalı, anemi yok ise 16. gebelik haftasından itibaren günde 40-60 mg/gün demir preparatı verilmelidir. 12. haftadan itibaren 1200 IU (9 damla) günlük tek doz D vitamini preparatı başlanmalıdır. Tetanoz bağışıklaması sorgulanmalıdır, gerekiyorsa tetanoz toksoid aşısı gebeliğin 12. haftasından itibaren yapılabilir. Hepatit B enfeksiyonuna karşı bağışık değilse bağışıklama önerilmeli, gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedaviler yapılmalıdır. İdrar yolu enfeksiyonu varlığında veya şüphesinde idrar kültürü alınmalı, tedavisi düzenlenmeli, tedavisinin ardından kontrol izleminde hala enfeksiyon devam ediyorsa bir üst basamağa sevki sağlanmalıdır.

6. Bilgilendirme ve danışmanlık: Gebeliğe bağlı olağan yakınmalardan olan yorgunluk, bulantı-kusma, kabızlık, cilt değişiklikleri, baş dönmesi, sık idrara çıkma, nefes darlığı, bacaklarda kramplar, varis, hemoroid ve mide yanması gibi konularda gebeyi bilgilendirmek gerekir. Beslenme ve diyet, gebelikte cinsel yaşam, sigara ve alkol alışkanlıkları, ilaç kullanımı ve gebelik tehlike işaretleri gibi konularda gebeye danışmanlık verilmelidir. Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyecekleri yol konusunda bilgilendirilmesi, emzirme ve postpartum aile planlaması danışmanlığı, fetal anomaliler, tarama testleri ve ultrasonografi incelemeleri hakkında da danışmanlık verilmelidir.

7. Yapılan izlemin kayıt altına alınması: İzlem sırasındaki tüm ayrıntılar izlem fişine yazılmalıdır. Sağlık kuruluşunun telefon numarası, izlem yapan kişinin adı-soyadı ve bir sonraki izlem tarihinin yazıldığı randevu kartı gebeye verilmelidir.

2.4.2.2.2. İkinci İzlem

Gebeliğin 18-24. haftaları (tercihen 20-22. haftalar) arasında yapılmalı, süresi 20 dakika olmalıdır.

1. **İletişim:** Birinci izlemdeki iletişim basamakları uygulanmalı.
2. **Öykü alma:** Birinci izlemdeki kayıt edilen kişisel bilgiler, soy geçmiş, alışkanlıklar, tıbbi, obstetrik ve mevcut gebelik öyküsü gözden geçirilmeli. Gebeliğe bağlı yakınmalar ve tehlike işaretleri sorgulanmalı.

3. Fizik muayene: Birinci izlemde yapılan fiziksel muayene tekrar edilmeli.

4. Laboratuvar testleri: İlk izlemde yapılan tetkik sonuçları gözden geçirilmeli, idrar tahlili ve hemoglobin ölçümü tekrarlanmalıdır. Gebeliğin 24-28 haftaları arasında glikoz tarama testi yapılması sağlanmalı, gebeye obstetrik ultrasonografi yapılmalıdır.

5. Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama: İlk izlemde gebeye verilen ilaç ve bağışıklama gözden geçirilmeli, D vitamini desteği başlanmamışsa, tetanoz bağışıklaması gerekiyorsa prosedüre uygun yapılmalıdır. Demir desteğine devam edilmelidir. Gerekiyorsa tetanoz toksoidi ile aşılamanın 20. ve 24. haftalarda birinci ve ikinci dozunun yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

6. Bilgilendirme ve danışmanlık: Birinci izlemde verilen bilgilendirme ve danışmanlık konuları tekrarlanmalı ve ek olarak fetus hareketlerinin hissedilememesi ve hızlı kilo alımı ile ilgili de gebe bilgilendirilmelidir.

7. Yapılan İzlemin kayıt altına alınması: Gebeye verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalı, bir sonraki randevu tarihi belirlenerek randevu kartı gebeye verilmelidir.

2.4.2.2.3. Üçüncü İzlem

Gebeliğin 30-32. haftaları arasında yapılmalı, süresi 20 dakika olmalıdır.

1. İletişim: Birinci izlemdeki iletişim basamakları uygulanmalı.

2. Öykü alma: Birinci izlemde kayıt edilen kişisel bilgiler, soy geçmiş, alışkanlıklar, tıbbi, obstetrik öykü ve mevcut gebelik öyküsü gözden geçirilmeli.

3. Fizik muayene: Birinci izlemde yapılan fizik muayene tekrar edilmeli ve ek olarak yaygın ödem kontrolü ve meme muayenesi yapılmalıdır.

4. Laboratuvar testleri: Birinci izlemde yapılan idrar tahlili tekrar yapılmalıdır. Önceki izlemlerde yapılan tetkik sonuçları gözden geçirilmeli. Bakılabiliyorsa ferritin ile birlikte hemoglobin, bakılamıyorsa hemoglobin bakılmalıdır.

5. Gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler: Önceki izlemlerde verilen ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler gözden geçirilmeli. D vitamini başlanmamış, tetanoz bağışıklaması gerekiyorsa prosedüre uygun başlanmalıdır.

6. Bilgilendirme ve danışmanlık: İkinci izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağına planlaması, anne sütü ve emzirme, postpartum aile planlaması konularında danışmanlık verilmelidir.

7. Yapılan izlemin kayıt altına alınması: Gebeye yapılan tüm işlemler kayıt altına alınmalıdır ayrıca bir sonraki izlem tarihi belirlenir ve randevu kartına yazılır.

2.4.2.2.4. Dördüncü İzlem

Gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapılmalı, süresi 20 dakika olmalıdır.

1. İletişim: Birinci izlemdeki iletişim basamakları uygulanmalı.

2. Öykü alma: Birinci izlemdeki kayıt edilen kişisel bilgiler, soy geçmiş, alışkanlıklar, tıbbi, obstetrik ve mevcut gebelik öyküsü gözden geçirilmeli.

3.Fizik muayene: Üçüncü izlemde yapılan fizik muayene tekrar edilmeli ve ek olarak meme muayenesi ve obstetrik değerlendirme amaçlı vajinal muayene yapılmalıdır.

4.Laboratuvar testleri: Birinci izlemde yapılan idrar tahlili tekrar yapılmalıdır. Önceki izlemlerde yapılan tetkik sonuçları gözden geçirilmeli. Bakılabiliyorsa ferritin ile birlikte hemoglobin, bakılamıyorsa sadece hemoglobin bakılmalıdır.

5.Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama: Önceki izlemlerde gebeye verilen ilaç desteği ve bağışıklama durumu gözden geçirilmelidir.

6.Bilgilendirme ve danışmanlık: Üçüncü izlemde verilen bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir. 40. haftaya kadar doğum gerçekleşmezse gebeye doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna hemen başvurması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.

7.Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi: Gebeye yapılan tüm işlemler kayıt altına alınmalı ve bir sonraki randevu tarihinin yazılı olduğu izlem fişinin bir örneği gebeye verilmelidir (Elveren, 2008; Sağlık Bakanlığı 2014).

Gebelikte meydana gelen fizyolojik gereksinimler, gebelikteki beslenme alışkanlıkları, ülkemizde yapılan nüfus ve sağlık araştırmaları ile konuya ilişkin diğer araştırma sonuçları değerlendirildiğinde; anne ve bebek sağlığı açısından ciddi bir tehdit olan anemiye bağlı oluşabilecek komplikasyonları önleyebilmek amacıyla

Ülkemizde gebelere 1 Kasım 2005 tarihinde demir destek programı başlatılmıştır. Gebelerde ikinci trimesterden itibaren gebelik süresince altı ay ve doğum sonrası üç ay olmak üzere toplam dokuz ay süreyle demir preparatı takviyesi yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2005).

Ülkemizde tüm gebelere 9 Mayıs 2011 tarihi itibarıyla (D vitamininin kontrendike olduğu durumlar hariç) her gebeye 12 haftadan itibaren 6 ay boyunca ve doğumdan sonra da 6 ay, toplam 12 ay boyunca günlük tek doz olacak şekilde 1200 IU (9 damla) D vitamini desteğine başlanmıştır (Sağlık bakanlığı 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak-Aralık 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Nisan 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında gebe polikliniğine düzenli takiplere gelen olgular oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise bu hastalardan Ocak 2016-Aralık 2016 tarihleri arasında doğumunu aynı hastanede yapmış hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı il olan İstanbul'un 2014 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre toplam doğurganlık hızı 1,88, kaba doğum hızı ise binde 16,8'dir (TÜİK 2014a,b). Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2014 yılında 15.874 doğumdan, 1448 i (%9,12) gebe polikliniğine takibe gelmiş olup, 80 güç, 0,05 anlam düzeyi için takibe gelen gebelerden örnek büyüklüğü 112 olarak belirlenmiş, %30 arttırılarak 146 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri "İlk kontrole gidilen gebelik ayı", "Gebelikte düzenli kontrole gitme", "Gebelikte kontrole gidilen yer", "Gebelikte kontrole gitme sayısı", "Gebelikte bilgi edinilen kaynak" "Doğum öncesi bakımın yeterliliği" ve "Doğum öncesi bakımın niteliği" olarak belirlenmiştir.

3.4.1.1. İlk kontrole gidilen gebelik ayı: "1 ay, 2.ay, 3.ay, 4.ay, 5.ay ve 6.ay" şeklinde düzenlenmiş, analiz aşamasında "1ay, 2.ay ve 3.ay ve üstü" şeklinde kategorize edilerek değerlendirilmiştir.

3.4.1.2.Gebelikte düzenli kontrole gitme: "Evet ve Hayır" şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4.1.3. Gebelikte kontrole gidilen yer: “Sağlık Ocağı (ASM), Devlet Hastanesi, Özel Hastane, Üniversite/Eğitim Hastanesi” şeklinde düzenlenmiş, analiz aşamasında “Sağlık ocağı (ASM), Devlet hastanesi, Özel hastane” ve “Üniversite/Eğitim Hastanesi” olarak iki kategoride değerlendirilmiştir.

3.4.1.4. Gebelikte kontrole gitme sayısı: “1-3 kez, 4-6 kez, 7-9 kez ve 10 ve üstü kez” şeklinde düzenlenmiş olup, analizlerde “1-6 kez, 7-9 kez ve 10 ve üstü kez” şeklinde kategorize edilmiştir.

3.4.1.5. Gebelikte bilgi edinilen kaynak: “Kitap-dergi, İnternet-TV, Komşu, Aile büyükleri, Sağlık personeli ve Hiçbiri” şeklinde düzenlenmiş, analiz aşamasında “İnternet-TV, Sağlık personeli, Diğer (kitap, dergi, komşu, aile büyükleri) ve Hiç biri” şeklinde dört kategoride değerlendirilmiştir.

3.4.1.6. Doğum öncesi bakımın yeterliliği: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Buna göre gebeliğin 3. ay ve öncesinde tespit edilmiş olması, bir sağlık personeli tarafından izlenme, 5 ve daha fazla sayıda izlem yapılmış olması “Yeterli” DÖB, bu kriterlerden herhangi biri olmadığında ise “Yetersiz” DÖB olarak nitelendirilmiştir (Akın ve Özvarış 2002).

3.4.1.7. Doğum öncesi bakımın niteliği: TNSA kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Bu kriterlerin yapılma durumuna göre, 6 puan üzerinden, her biri için 1 puan verilerek 0-6 puan arasında DÖB nitelik puanı oluşturulmuştur. Analiz aşamasında bu puanlar “1-2, 3-4 ve “5-6” puan olarak üç kategoride değerlendirilmiştir (Akın ve Özvarış 2002).

DÖB nitelik puanı için kullanılan kriterler (Akın ve Özvarış 2002);

- Tetanoza karşı bağışıklama,
- İzlemlerin herhangi birinde ağırlık ölçümü,
- İzlemlerin herhangi birinde kan tetkiki yapılması,
- İzlemlerin herhangi birinde kan basıncı ölçümü,
- İzlemlerin herhangi birinde bebeğin kalp sesinin dinlenmesi (ÇKS)
- İzlemlerin herhangi birinde demir hapi almasıdır.

3.4.1.8. Gebenin ikili test yaptırması*: “Yapıldı” ve “yapılmadı” şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4.1.9. Gebenin üçlü test yaptırması*: “Yapıldı” ve “yapılmadı” şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4.1.10. Gebenin dörütlü test yaptırması*: “Yapıldı” ve “yapılmadı” şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4.1.11. Gebenin Ffdna araştırma yaptırması*: “Yapıldı” ve “yapılmadı” şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4.1.12. Gebenin amniyosentez yaptırması*: “Yapıldı” ve “yapılmadı” şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4.1.13. Bebeğin doğum kilosu*: Bebeğin doğum kilosu; “2500 gr ve altı, 2500-3999 gr arası ve 4000 gr üstü” şeklinde değerlendirilmiştir

3.4.1.14. Bebeğin doğum haftası*: “37.haftadan önce, 37-40. hafta arası (37-40.hf dahil) ve 40 hafta üstü” şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4.1.15. Bebeğin doğum şekli*: “Normal doğum ve sezeryan doğum” şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4.1.16. Gebelikte komplikasyon gelişimi*: Yanıt “Evet ve Hayır” şeklinde sunulmuş; “Evet” yanıtını verenlerin, hastalık veya komplikasyonu açık uçlu belirtmesi istenmiştir.

İlişkisi araştırılan değişkenlerden “” işareti olanlar analiz aşamasında hem bağımlı hem de bağımsız değişkenler olarak değerlendirilmiştir.*

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

3.4.2.1. Araştırma grubu ile ilgili bazı sosyodemografik değişkenler

- Yaş
- Öğrenim durumu
- Çalışma durumu
- Eşin sürekli çalıştığı gelir getiren bir işinin varlığı
- Aylık gelir: Aylık gelir TL cinsinden “500 ve altı, 501-1000, 1001-1500, 1501-2000 ve 2001 ve üstü” olarak beş kategoride değerlendirilmiştir.
- Eşiyle akrabalık durumu
- Sosyal güvence varlığı
- Evde yaşayan kişi sayısı: “4 ve altı” ile “5 ve üzeri” olarak iki kategoride değerlendirilmiştir.

3.4.2.2. Araştırma grubu ile ilgili bazı biodemografik değişkenler

- Gebelik ile ilgili özellikler: Gebelik sayısı, kürtaj sayısı, düşük sayısı, ölü doğan çocuk sayısı, canlı doğan çocuk sayısı, yaşayan çocuk sayısı sorulup, yanıtlar “0, 1, 2, 3, 4 ve üstü” şeklinde gruplandırılmıştır.
- Bu gebeliğin istenen bir gebelik olması
- Bu gebeliğin tedavi ile olan bir gebelik olması
- Daha önceki gebelikte herhangi bir sağlık problemi varlığı
- Daha önceki gebelikte bebekte herhangi bir sağlık problemi varlığı
- Daha önceki gebelikte doğum şekli

3.4.2.3. Gebelikte alınan DÖB hizmetlerinden yararlanma durumu ve sayısı ile ilgili özellikler: Bu özelliklerin yanıtları “Hiç almadım, 1 kez, 2 kez, 3 kez, 4 ve üstü kez aldım” şeklinde düzenlenmiş, analiz aşamasında en az bir kez hizmet alanalar “Evet”, hiç hizmet almayanlar “Hayır” olarak kategorize edilmiştir. DÖB hizmetleri:

- Boy ölçümü
- Kilo ölçümü
- Tansiyon ölçümü
- Kan tahlili

- İdrar Tahlili
- Kan grubu tayini
- Tiroid testleri
- Çocuk kalp seslerinin dinlenmesi
- Karnın elle muayenesi
- Ultrason ile muayene
- Vajinal (alttan) muayene
- Smear testi
- İkili test
- Üçlü test
- Kanda Ffdna araştırma
- Amniyosentez
- OGTT (şeker yükleme testi)
- Fetal Eko (Bebğin kalp hastalığı yönünden taranması)
- TORCH
- Hepatit taraması
- VDRL (sifiliz testi)
- HIV testi
- Demir hapı verilmesi
- Folik asit verilmesi
- Tetanoz aşısı
- Emzirme Eğitimi
- Bebek ve anne beslenme eğitimi
- Gebelik ve lohusalıkta egzersiz eğitimi
- Doğum sonrası kontrasepsiyon (aile planlaması) danışmanlığı

3.4.2.4. Takip edilen (bu gebelik) ile ilgili özellikler:

- Gebelik öncesi hastalık varlığı
- Gebelikte gelişen hastalık veya komplikasyon varlığı:
- Bebeğin doğum şekli
- Bebeğin doğum haftası
- Erken membran rüptürü varlığı

- Bebeğin doğum kilosu
- Bebekte anomali varlığı
- Doğumda komplikasyon varlığı: Yanıt “Evet ve Hayır” şeklinde sunulmuş; “Evet” yanıtını verenlerin, hastalık veya komplikasyonu açık uçlu belirtmesi istenmiştir.
- Bebeğin yenidoğan ünitesine yatma durumu: Yanıt “Evet ve Hayır” şeklinde sunulmuş; “Evet” yanıtını verenlerin, yatış nedenini açık uçlu belirtmesi istenmiştir.

3.5. Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama

Araştırmada araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen, 31 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır (FORM 1). Anket formu hastanın sosyodemografik, biyodemografik özellikleri, bir önceki gebeliği ve bu gebeliğine ait aldığı doğum öncesi bakım hizmetleri, hizmetleri kaç kere aldığı, doğum sürecinin nasıl geçtiği ve doğum sonu dönemde kendisinin ve bebeğin sağlık durumuyla ilgili soruları içermektedir. Veri toplama aşamasında gebelere araştırmanın amacı ve kapsamı anlatılmış, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek, soru cevap şeklinde uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Tekil gebelikler
- Hastanenin gebe polikliniğine takiplere gelmiş gebeler
- Araştırmanın yapıldığı hastanede doğum yapmış olanlar olmak üzere, üç kriteri bir arada taşıyanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Hastanenin gebe polikliniğine takibe gelmeyenler
- Çoğul gebelikler
- Mülteci statüsündeki hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Etik Kurul ve Resmi İzin

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı tarafından 07/10/2015 tarihli ve 6946409/302.14-42 sayılı Yüksek Lisans tez çalışması ile ilgili yazı görüşülmüş olup; 16.10.2015 tarihinde 06 sayılı, 06 karar numarası ve etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. Etik Kurul onayları sonrası araştırmanın başlaması için Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden Araştırma izni alınmıştır.

3.8. İstatistiksel Yöntemler

Veriler Statistical Package for the Social Science 18.0 (SPSS 18.0) istatistik paket programında değerlendirilmiş, çözümlenmede tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde) ve oranların karşılaştırmasında ki-kare testinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırma Takvimi

- Literatür tarama: Haziran 2015- Kasım 2017
- Araştırmanın planlanması: Haziran-Temmuz 2015
- Verilerin toplanması: Ocak-Aralık 2016
- Veri tabanının oluşturulması ve düzenlenmesi: Ocak-Şubat 2017
- Verilerin analizi ve tezin yazımı: Mart-Kasım 2017

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan olguların sosyodemografik verileri Tablo 4.1’de verilmiştir. Grubumuzdaki gebeler genellikle 18-35 yaş arası (%73,3), ilkokul mezunu (%47,9), çalışmayan (%89,7), eşinin sabit bir işi (%76,7) ve sosyal güvencesi olanlardan (%87,0) oluşmaktadır.

Tablo 4-1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n:146)

	n	%
Yaş		
18-35 yaş arası	107	73,3
35 yaş üzeri	39	26,7
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	12	8,2
Okur-yazar	5	3,5
İlkokul	70	47,9
Ortaokul	32	21,9
Lise	24	16,4
Üniversite	3	2,1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	15	10,3
Çalışmıyor	131	89,7
Eşinin eğitim durumu		
Okur-yazar	4	2,7
İlkokul	60	41,2
Ortaokul	38	26,0
Lise	32	23,3
Üniversite	10	6,8
Eşinin çalışma durumu		
Evet	112	76,7
Hayır	34	23,3
Ailenin aylık geliri		
≤ 500 TL	4	2,7
501-1000 TL	6	4,1
1001-1500 TL	75	51,4
1501-2000 TL	40	27,4
≥ 2001 TL	21	14,4
Eşiyle arasında akrabalık durumu		
Akrabalık var	30	20,5
Akrabalık yok	116	79,5
Sosyal güvence		
Var	127	87,0
Yok	19	13,0
Evde yaşayan kişi sayısı		
≤ 4	75	51,4
≥ 5	71	48,6

Olguların biyodemografik özellikleri Tablo 4.2’de verilmiştir. Çoğunluğu multipar gebeler oluşturmaktadır. Olguların %13,7’sinin ilk gebeliği olup, multipar olanların ise %15,1’i daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamıştır. Daha önceki gebelikteki sorunların başında gestasyonel hipertansiyon (%5,6), erken doğum (%4,2), anemi (%2,1) ve gestasyonel DM (Diabetes Mellitus) (%2,8) gelmektedir. Olguların %15,8’i daha önceki gebeliğinde bebekte sağlık sorunu yaşamıştır. Bu sorunlar; prematürite (%4,1) ve sarılık (%4,1) olarak saptanmıştır. Olguların %46,6’sında önceki gebelik sezaryen doğum ile sonuçlanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4-2: Katılımcıların biyodemografik özellikleri (n:146)

	n	%
Gebelik sayısı		
1 gebelik	20	13,7
2 gebelik	43	29,5
3 gebelik	38	26,0
≥ 4	45	30,8
Kürtaj sayısı*		
Yok	117	80,1
1 kürtaj	22	15,1
2 kürtaj	5	3,4
3 kürtaj	2	1,4
Düşük sayısı*		
Yok	116	79,5
1 düşük	22	15,1
2 düşük	5	3,4
3 düşük	2	1,3
≥ 4 düşük	1	0,7
Ölü doğum**		
Yok	139	95,2
1 ölü doğum	7	4,8
Canlı doğum sayısı**		
1 doğum	25	17,1
2 doğum	58	39,7
3 doğum	40	27,4
≥ 4 doğum	23	15,8
Yaşayan çocuk sayısı**		
1 çocuk	26	17,8
2 çocuk	59	40,4
3 çocuk	39	26,7
≥ 4 çocuk	22	15,1
Bu gebeliği isteme durumu		
İstenmiş	111	76,0
İstenmemiş	35	24,0
Bu gebeliğin tedavi ile olması		
Tedaviyle olmuş	19	13,0
Kendiliğinden olmuş	127	87,0

*daha önce en az bir kez gebelik yaşayanlar arasında

**daha önce en az bir kez gebelik ve doğum yaşayanlar arasında

Katılımcıların bu gebelik izlemlerine ait bilgiler Tablo 4.3'de verilmiştir. Grubumuzda ilk kontrole çoğunlukla adet rötarı sonrası gelinmiş, düzenli kontrollere devam edilmiş (%81,5) ve dolayısıyla az komplikasyon (%38,4) gelişmiştir.

Tablo 4-3: Katılımcıların bu gebelikle ilgili özellikleri (n:146)

	n	%
İlk kontroldeki gebelik ayı		
1. ay	71	48,6
2. ay	40	27,4
3. ay	19	13,0
4. ay	7	4,8
5. ay	4	2,8
6. ay	5	3,4
Düzenli olarak kontrole gitme durumu		
Düzenli gitmiş	119	81,5
Düzenli gitmemiş	27	18,5
Kontrole gittiği yer*		
Üniversite / Eğitim Araştırma Hastanesi	75	51,4
Devlet Hastanesi	39	26,7
Özel Hastane	29	19,8
Sağlık Ocağı	3	2,1
Gebelikte Kontrol Sayısı		
≥ 10 kez	83	56,8
7-9 kez	37	25,4
4-6 kez	25	17,1
1-3 kez	1	0,7
Gebelikle ilgili bilgi edindiği kaynak		
İnternet-TV	42	28,8
Sağlık Personeli	39	26,7
Hiçbiri	38	26,0
Diğer	27	18,5
Gebede kronik hastalık varlığı		
Yok	124	84,9
Var	22	15,1
Kronik hastalıklar **		
Tiroid Hastalıkları	7	5,6
Anemi	5	3,5
DM	5	3,5
Solunum sistemi hastalıkları	4	2,7
Enfeksiyon	4	2,7
Diğer	1	0,7
Bu gebelikte komplikasyon gelişme durumu		
Gelişmemiş	90	61,6
Gelişmiş	56	38,4

*Kontrole en çok gittiği yer sorgulanmıştır.

**Birden çok hastalık belirtildiğinden, kişi sayısı ve yüzdesi değil, hastalık sayı ve yüzdesi baz alınmıştır.

Takip edilen gebeliğin doğumuna ilişkin özellikler Tablo 4.4'te verilmiştir. Olgular çoğunlukla termde (%74,7) ve sezaryen ile doğum (%69,2) yapmıştır.

Tablo 4-4: Katılımcıların takip edilen gebeliğin doğumuna ilişkin özellikleri (n:146)

	n	%
Doğum şekli		
Vajinal Doğum	45	30,8
Sezaryen Doğum	101	69,2
Doğum haftası		
37-40 hafta arası	109	74,7
37 haftadan önce	19	13,0
40 hafta üzeri	18	12,3
Doğumda erken membran rüptürü varlığı		
Yok	136	93,2
Var	10	6,8
Doğumda komplikasyon varlığı		
Yok	137	93,8
Var	9	6,2

Doğum sonrası yenidoğana ait özellikler Tablo 4.5'de özetlenmiştir. Olguların %19,9'un da bebekler yoğun bakıma yatmıştır, yoğun bakıma yatırılma sebepleri başında ise solunum sistemi hastalıkları (%8,9) ve prematürite (%6,3) gelmektedir.

Tablo 4-5: Yenidoğan ile ilgili özellikler (n:146)

	n	%
Doğum kilosu		
2500-3999 gr arası	118	80,8
2500 gr altı	19	13,0
4000 gr ve üstü	9	6,2
Anomali varlığı		
Anomali var	4	2,7
Anomali yok	142	97,3
Yenidoğanın yoğun bakıma yatma durumu		
Yoğun bakıma yatmamış	117	80,1
Yoğun bakıma yatmış	29	19,9
Yenidoğanın yoğun bakıma yatma nedeni*		
Solunum Sistemi Hastalıklar	13	8,9
Prematürite	9	6,3
Enfeksiyon	6	4,2
Kalp Hastalığı	3	2,1
Anomali	2	1,4
Hipoglisemi	1	0,7

* Birden çok neden belirtildiğinden, kişi sayısı ve yüzdesi değil, yoğun bakıma yatma neden sayısı ve yüzdesi baz alınmıştır.

Doğum öncesi bakım hizmetleri sıklıkla verilmiş olup sonuçlar Tablo 4-6'da özetlenmiştir.

Tablo 4-6: Gebelerin gebelik süresince aldığı doğum öncesi bakım hizmetlerinin dağılımı (%) (n:146)

	Yapılan n (%)	Yapılmayan n (%)
Boy ölçümü	31 (21,2)	115 (78,8)
Kilo ölçümü	125 (85,6)	21 (14,4)
Tansiyon ölçümü	143 (97,9)	3 (2,1)
Kan tetkiki	146 (100)	0
İdrar tetkiki	143 (97,9)	3 (2,1)
Kan grubu tespiti	78 (53,4)	68 (46,6)
Tiroid testleri	36 (24,7)	110 (75,3)
ÇKS dinlenmesi	144 (98,6)	2 (1,4)
Karnın elle muayenesi	50 (34,2)	96 (65,8)
Ultrason ile muayene	146 (100)	0
Vajinal muayene	81 (55,5)	65 (44,5)
Smear testi	12 (8,2)	134 (91,8)
İkili Test	51 (34,9)	95 (65,1)
Üçlü Test	39 (26,7)	107 (73,3)
Dörtlü Test	23 (15,8)	123 (84,2)
Kanda ffdNA araştırma	10 (6,8)	136 (93,2)
Amniyosentez	5 (3,4)	141 (96,6)
OGTT	82 (56,2)	64 (43,8)
Fetal Eko	12 (8,2)	134 (91,8)
TORCH	14 (9,6)	132 (90,4)
Hepatit taraması	36 (24,7)	110 (75,3)
VDRL	14 (9,6)	132 (90,4)
HIV testi	32 (21,9)	114 (78,1)
Demir hapt	134 (91,8)	12 (8,2)
Folik asit	136 (93,2)	10 (6,8)
Tetanoz aşısı	127 (87)	19 (13,0)
Emzirme eğitimi	38 (26)	108 (74,0)
Bebek ve anne beslenme eğitimi	46 (31,5)	100 (68,5)
Egzersiz eğitimi	52 (35,6)	94 (64,4)
Aile planlaması eğitimi	29 (19,9)	117 (80,1)

Olguların %89'u yeterli DÖB hizmeti almış olup, DÖB nitelik puanı 3-4 puan olanların oranı %4,8 iken, nitelik puanı 5-6 olanların oranı ise %95,2 tespit edilmiştir.

Tablo 4.7’de eşi çalışan katılımcılar ilk gebelik kontrolüne, eşi çalışmayanlara göre daha çok gebeliğin birinci ve ikinci ayında gitmiştir ($p=0,039$). Eşi ile akraba olanlar gebelikte ilk kontrole daha çok birinci ayda gitmiştir ($p=0,001$). Evde yaşayan kişi sayısı fazla olan gebelerde ilk kontrole gitme ayı daha geç olmuştur ($p=0,024$).

Tablo 4-7: İlk kontrole gidilen gebelik ayı ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi (n:146)

		n	Gebeliğin 1. ay		Gebeliğin 2. ay		Gebeliğin ≥ 3. ay		p
			n:71	(%)	n:40	(%)	n:35	(%)	
Yaş	35 yaş altı	107	52	(48,6)	32	(29,9)	23	(21,5)	0,378
	35 yaş üstü	39	19	(48,7)	8	(20,5)	12	(30,8)	
Öğrenim Durumu	Okur-yazar veya değil	17	8	(47,1)	3	(17,6)	6	(35,3)	0,707
	İlkokul	70	32	(45,7)	21	(30,0)	17	(24,3)	
	Ortaokul	32	17	(53,1)	7	(21,9)	8	(25,0)	
	Lise ve üstü	27	14	(51,9)	9	(33,3)	4	(14,8)	
Çalışma Durumu	Evet	15	10	(66,7)	4	(26,7)	1	(6,7)	0,145
	Hayır	131	61	(46,6)	36	(27,5)	34	(26,0)	
Eşinin Eğitim Durumu	Okur-yazar veya değil	4	1	(25,0)	0	(0,0)	3	(75,0)	0,600
	İlkokul	60	31	(51,7)	17	(28,3)	12	(20,0)	
	Ortaokul	38	17	(44,7)	11	(28,9)	10	(26,3)	
	Lise	34	17	(50,0)	9	(26,5)	8	(23,5)	
	Üniversite	10	5	(50,0)	3	(30,0)	2	(20,0)	
Eşinin Çalışma Durumu	Evet	112	53	(47,3)	36	(32,1)	23	(20,5)	0,039*
	Hayır	34	18	(52,9)	4	(11,8)	12	(35,3)	
Aylık Gelir (TL)	≤ 1000	10	7	(70,0)	0	(0,0)	3	(30,0)	0,071
	1001-1500	75	32	(42,7)	20	(26,7)	23	(30,7)	
	1501-2000	40	21	(52,5)	13	(32,5)	6	(15,0)	
	≥ 2001	21	11	(52,4)	7	(33,3)	3	(14,3)	
Eş ile Akrabalık	Evet	30	14	(46,7)	2	(6,7)	14	(46,7)	0,001*
	Hayır	116	57	(49,1)	38	(32,8)	21	(18,1)	
Sosyal Güvence	Evet	127	61	(48,0)	37	(29,1)	29	(22,8)	0,407
	Hayır	19	10	(52,6)	3	(15,8)	6	(31,6)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	≤ 4	75	40	(53,3)	24	(32,0)	11	(14,7)	0,024*
	≥ 5	71	31	(43,7)	16	(22,5)	24	(33,8)	

Chi-Square Test, * Anlamlılık seviyesi $p<0,05$

Tablo 4.8’de yaşayan çocuk sayısı fazla olan gebelerde, gebelikte ilk kontrole gidilen ay daha ileri aylar olmaktadır ($p=0,002$). İstenen gebelikler daha çok birinci ayda kontrole gelirken, istenmeyen gebelikler ise üç ve üstü aylarda kontrole gelmiştir ($p=0,001$). Tedavi ile oluşan gebelikler sıklıkla birinci ayda kontrole gelmiştir ($p=0,048$).

Tablo 4-8: İlk kontrole gidilen gebelik ayı ile biyodemografik ve gebelik ile ilgili özelliklerin ilişkisi (n:146)

		n	Gebelik 1. ay n:71 (%)		Gebelik 2. ay n:40 (%)		Gebelik ≥ 3 .ay n:35 (%)		p
Gebelik Sayısı	1	20	14	(70,0)	6	(30,0)	0	(0,0)	0,088
	2	43	22	(51,2)	13	(30,2)	8	(18,6)	
	3	38	15	(39,5)	10	(26,3)	13	(34,2)	
	≥ 4	45	20	(44,4)	11	(24,4)	14	(31,1)	
Düşük Sayısı	0	116	61	(52,6)	28	(24,1)	27	(23,3)	0,127
	≥ 1	30	10	(33,3)	12	(40,0)	8	(26,7)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	1	26	17	(65,4)	9	(34,6)	0	(0,0)	0,002*
	2	59	29	(49,2)	16	(27,1)	14	(23,7)	
	3	39	17	(43,6)	13	(33,3)	9	(23,1)	
	≥ 4	22	8	(36,4)	2	(9,1)	12	(54,5)	
İstenen Gebelik	Evet	111	62	(55,9)	32	(28,8)	17	(15,3)	0,001*
	Hayır	35	9	(25,7)	8	(22,9)	18	(51,4)	
Tedavili Gebelik	Evet	19	13	(68,4)	5	(26,3)	1	(5,3)	0,048*
	Hayır	127	58	(45,7)	35	(27,6)	34	(26,8)	
Önceki gebelikte sağlık problemi	Evet	22	8	(36,4)	7	(31,8)	7	(31,8)	0,653
	Hayır	104	49	(47,1)	27	(26,0)	28	(26,9)	
Önceki gebelikte bebekte sağlık problemi	Evet	23	13	(56,5)	5	(21,7)	5	(21,7)	0,485
	Hayır	103	44	(42,7)	29	(28,2)	30	(29,1)	
Kronik hastalık	Evet	22	11	(50,0)	7	(31,8)	4	(18,2)	0,757
	Hayır	124	60	(48,4)	33	(26,6)	31	(25,0)	
Gebelikte gelişen hastalık /komplikasyon	Evet	56	28	(50,0)	11	(19,6)	17	(30,4)	0,167
	Hayır	90	43	(47,8)	29	(32,2)	18	(20,0)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p<0,05$

Evde yaşayan kişi sayısı ile düzenli kontrole gitme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,022$). Evde yaşayan kişi sayısı 4 ve altında gebelerin tamamına yakını düzenli olarak kontrole gitmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4-9: Gebelikte düzenli kontrole gitme ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi (n:146)

		n	Evet		Hayır		p
			n:119	(%)	n:27	(%)	
Yaş	35 yaş altı	107	89	(83,2)	18	(16,8)	0,535
	35 yaş üstü	39	30	(76,9)	9	(23,1)	
Öğrenim Durumu	Okur-yazar veya değil	17	14	(82,4)	3	(17,6)	0,756
	İlkokul	70	56	(80,0)	14	(20,0)	
	Ortaokul	32	28	(87,5)	4	(12,5)	
	Lise ve üstü	27	21	(77,8)	6	(22,2)	
Çalışma Durumu	Evet	15	12	(80,0)	3	(20,0)	1,000
	Hayır	131	107	(81,7)	24	(18,3)	
Eşinin Eğitim Durumu	Okur-yazar veya değil	4	3	(75,0)	1	(25,0)	0,870
	İlkokul	60	47	(78,3)	13	(21,7)	
	Ortaokul	38	32	(84,2)	6	(15,8)	
	Lise	34	28	(82,4)	6	(17,6)	
Eşinin Çalışma Durumu	Üniversite	10	9	(90,0)	1	(10,0)	0,105
	Evet	112	95	(84,8)	17	(15,2)	
Aylık Gelir (TL)	Hayır	34	24	(70,6)	10	(29,4)	0,543
	≤ 1000	10	7	(70,0)	3	(30,0)	
	1001-1500	75	61	(81,3)	14	(18,7)	
	1501-2000	40	32	(80,0)	8	(20,0)	
Eş ile Akrabalık	≥ 2001	21	19	(90,5)	2	(9,5)	0,615
	Evet	30	23	(76,7)	7	(23,3)	
Sosyal Güvence	Hayır	116	96	(82,8)	20	(17,2)	0,051
	Evet	127	107	(84,3)	20	(15,7)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Hayır	19	12	(63,2)	7	(36,8)	0,022*
	≤ 4	75	67	(89,3)	8	(10,7)	
	≥ 5	71	52	(73,2)	19	(26,8)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p<0,05$

Tablo 4.10'da yaşayan çocuk sayısı ile düzenli kontrole gitme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,032$). Yaşayan çocuk sayısı az olan gebelerin, düzenli olarak kontrole gitme sayısı fazladır. İstenen gebelikler de daha düzenli olarak kontrole gelmiştir ($p=0,012$).

Tablo 4-10: Gebenin düzenli kontrole gitmesi ile biyodemografik ve gebelikle ilgili özelliklerinin ilişkisi (n:146)

		n	Evet		Hayır		p
			n:119	(%)	n:27	(%)	
Gebelik sayısı	1	20	19	(95,0)	1	(5,0)	0,213
	2	43	36	(83,7)	7	(16,3)	
	3	38	30	(78,9)	8	(21,1)	
	≥ 4	45	34	(75,6)	11	(24,4)	
Düşük Sayısı	0	116	93	(80,2)	23	(19,8)	0,580
	≥ 1	30	26	(86,7)	4	(13,3)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	1	26	24	(92,3)	2	(7,7)	0,032*
	2	59	50	(84,7)	9	(15,3)	
	3	39	32	(82,1)	7	(17,9)	
	≥ 4	22	13	(59,1)	9	(40,9)	
İstenen gebelik	Evet	111	96	(86,5)	15	(13,5)	0,012*
	Hayır	35	23	(65,7)	12	(34,3)	
Tedavi ile gebelik	Evet	19	18	(94,7)	1	(5,3)	0,201
	Hayır	127	101	(79,5)	26	(20,5)	
Önceki gebelikte sağlık problemi	Evet	22	17	(77,3)	5	(22,7)	0,776
	Hayır	104	83	(79,8)	21	(20,2)	
Önceki gebelikte bebekte sağlık problemi	Evet	23	19	(82,6)	4	(17,4)	0,782
	Hayır	103	81	(78,6)	22	(21,4)	
Kronik hastalık	Evet	22	20	(90,9)	2	(9,1)	0,370
	Hayır	124	99	(79,8)	25	(20,2)	
Gebelikte gelişen hastalık veya komplikasyon	Evet	56	44	(78,6)	12	(21,4)	0,616
	Hayır	90	75	(83,3)	15	(16,7)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p<0,05$

Gebenin eşinin eğitim durumu ile kontrole gittiği kurum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,006$). Eşinin eğitim durumu okur-yazar veya değil olanların tamamı kontrole devlet ya da özel hastaneye giderken, eşi üniversite mezunu olan gebelerin tamamına yakını ise kontrole üniversite ya da eğitim araştırma hastanesine gitmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4-11: Gebelikte kontrole gidilen yer ile gebenin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki (n:146)

		n	Devlet / Özel Hastane		Üniversite/Eğitim Hastanesi		p
			n:68	(%)	n:75	(%)	
Yaş	35 yaş altı	104	55	(52,9)	49	(47,1)	0,058
	35 yaş üstü	39	13	(33,3)	26	(66,7)	
Öğrenim Durumu	Okur-yazar veya değil	17	11	(64,7)	6	(35,3)	0,087
	İlkokul	68	25	(36,8)	43	(63,2)	
	Ortaokul	32	18	(56,3)	14	(43,8)	
	Lise ve üstü	26	14	(53,8)	12	(46,2)	
Çalışma Durumu	Evet	15	10	(66,7)	5	(33,3)	0,196
	Hayır	128	58	(45,3)	70	(54,7)	
Eşinin Eğitim Durumu	Okur-yazar veya değil	4	4	(100,0)	0	(0,0)	0,006*
	İlkokul	58	25	(43,1)	33	(56,9)	
	Ortaokul	37	21	(56,8)	16	(43,2)	
	Lise	34	17	(50,0)	17	(50,0)	
	Üniversite	10	1	(10,0)	9	(90,0)	
Eşinin Çalışma Durumu	Evet	110	50	(45,5)	60	(54,5)	0,472
	Hayır	33	18	(54,5)	15	(45,5)	
Aylık Gelir (TL)	≤ 1000	10	5	(50,0)	5	(50,0)	0,750
	1001-1500	72	34	(47,2)	38	(52,8)	
	1501-2000	40	17	(42,5)	23	(57,5)	
	≥ 2001	21	12	(57,1)	9	(42,9)	
Eş ile Akrabalık	Evet	30	17	(56,7)	13	(43,3)	0,358
	Hayır	113	51	(45,1)	62	(54,9)	
Sosyal Güvence	Evet	124	63	(50,8)	61	(49,2)	0,081
	Hayır	19	5	(26,3)	14	(73,7)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	≤ 4	75	39	(52,0)	36	(48,0)	0,263
	≥ 5	68	29	(42,6)	39	(57,4)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p<0,05$

Yaşayan çocuk sayısı ile kontrole gidilen yer arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,007$). Yaşayan çocuk sayısı fazla olan gebelerde üniversite ve eğitim araştırma hastanesine kontrole gitme de fazladır. (Tablo 4.12). Gebelik sayısı, düşük sayısı, gebeliğin istenmesi ve tedavi ile gebelik olması, ile kontrole gidilen kurum arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4-12: Gebelikte kontrole gidilen yer ile gebenin biyodemografik ve gebelikle ilgili özellikleri arasındaki ilişki (n:146)

		n	Devlet / Özel Hastane		Üniversite / Eğitim Hastanesi		p
			n:68	(%)	n:75	(%)	
Gebelik Sayısı	1	19	13	(68,4)	6	(31,6)	0,191
	2	43	20	(46,5)	23	(53,5)	
	3	37	18	(48,6)	19	(51,4)	
	≥ 4	44	17	(38,6)	27	(61,4)	
Düşük Sayısı	0	114	57	(50,0)	57	(50,0)	0,340
	≥ 1	29	11	(37,9)	18	(62,1)	
Yaşayan çocuk sayısı	1	25	17	(68,0)	8	(32,0)	0,007*
	2	58	24	(41,4)	34	(58,6)	
	3	38	22	(57,9)	16	(42,1)	
	≥ 4	22	5	(22,7)	17	(77,3)	
İstenen gebelik	Evet	108	55	(50,9)	53	(49,1)	0,221
	Hayır	35	13	(37,1)	22	(62,9)	
Tedavili gebelik	Evet	18	8	(44,4)	10	(55,6)	0,976
	Hayır	125	60	(48,0)	65	(52,0)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p<0,05$

Tablo 4.13 'de gebenin çalışma durumu, eşinin çalışma durumu, aylık gelir, sosyal güvencenin varlığı ve evde yaşayan kişi sayısı ile kontrole gitme sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışan gebelerin kontrole gelme sayısı daha fazla iken, çalışmayanların daha azdır (**p=0,041**). Eşi çalışan gebelerin kontrole gelme sayısı, eşi çalışmayanlara oranla daha fazladır (**p=0,009**). Aylık geliri 2001 TL ve üstü olanların tamamına yakını 10 ve daha fazla sayıda kontrole gelmiştir (**p=0,043**). Sosyal güvencesi olanların yarısından fazlasının kontrol sayısı 10 ve üzeri iken, olmayanların 10 ve üzeri kontrole gelme sayısı daha azdır (**p=0,035**). Evde yaşayan kişi sayısı fazla olan gebelerde kontrole gitme sayısı az bulunmuştur (**p=0,011**).

Tablo 4-13: Gebelikte kontrole gitme sayısı ile gebenin sosyodemografik özelliklerinin ilişkisi (n:146)

		n	1-6 kez n:26 (%)	7-9 kez n:37 (%)	≥ 10 kez n:83 (%)	p
Yaş	35 yaş altı	107	20 (18,7)	24 (22,4)	63 (58,9)	0,405
	35 yaş üstü	39	6 (15,4)	13 (33,3)	20 (51,3)	
Öğrenim Durumu	Okur-yazar veya değil	17	7 (41,2)	1 (5,9)	9 (52,9)	0,050
	İlkokul	70	11 (15,7)	24 (34,3)	35 (50,0)	
	Ortaokul	32	4 (12,5)	7 (21,9)	21 (65,6)	
	Lise ve üstü	27	4 (14,8)	5 (18,5)	18 (66,7)	
Çalışma Durumu	Evet	15	0 (0,0)	4 (26,7)	11 (73,3)	0,041*
	Hayır	131	26 (19,8)	33 (25,2)	72 (55,0)	
	Okur-yazar veya değil	4	3 (75,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	
Eşinin Eğitim Durumu	İlkokul	60	10 (16,7)	15 (25,0)	35 (58,3)	0,214
	Ortaokul	38	7 (18,4)	10 (26,3)	21 (55,3)	
	Lise	34	5 (14,7)	7 (20,6)	22 (64,7)	
	Üniversite	10	1 (10,0)	5 (50,0)	4 (40,0)	
Eşinin Çalışma Durumu	Evet	112	14 (12,5)	31 (27,7)	67 (59,8)	0,009*
	Hayır	34	12 (35,3)	6 (17,6)	16 (47,1)	
Aylık Gelir (TL)	≤ 1000	10	4 (40,0)	1 (10,0)	5 (50,0)	0,043*
	1001-1500	75	14 (18,7)	23 (30,7)	38 (50,7)	
	1501-2000	40	7 (17,5)	11 (27,5)	22 (55,0)	
	≥ 2001	21	1 (4,8)	2 (9,5)	18 (85,7)	
Sosyal Güvence	Evet	127	19 (15,0)	31 (24,4)	77 (60,6)	0,035*
	Hayır	19	7 (36,8)	6 (31,6)	6 (31,6)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	≤ 4	75	7 (9,3)	18 (24,0)	50 (66,7)	0,011*
	≥ 5	71	19 (26,8)	19 (26,8)	33 (46,5)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi p<0,05

Tablo 4.14'de yaşayan çocuk sayısı ile gebelikte kontrole gitme sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (**p=0,048**). Yaşayan çocuk sayısı fazla olan gebelerin kontrole gitme sayısı az bulunmuştur. İstenen ve tedavi ile oluşan gebeliklerin çoğunluğu 10 ve üstü kez gebelikte kontrole gelmiştir (**p=0,002**, **p=0,016**).

Tablo 4-14: Gebelikte kontrole gitme sayısı ile gebenin biyodemografik ve gebelikte ilgili özelliklerinin ilişkisi (n:146)

		n	Kontrol Sayısı 1-6 kez		Kontrol Sayısı 7-9 kez		Kontrol Sayısı ≥ 10 kez		p
			n:26	(%)	n:37	(%)	n:83	(%)	
Gebelik Sayısı	1	20	1	(5,0)	4	(20,0)	15	(75,0)	0,422
	2	43	6	(14,0)	12	(27,9)	25	(58,1)	
	3	38	8	(21,1)	10	(26,3)	20	(52,6)	
	≥ 4	45	11	(24,4)	11	(24,4)	23	(51,1)	
Düşük Sayısı	0	116	20	(17,2)	29	(25,0)	67	(57,8)	0,900
	≥ 1	30	6	(20,0)	8	(26,7)	16	(53,3)	
Yaşayan çocuk sayısı	1	26	2	(7,7)	6	(23,1)	18	(69,2)	0,048*
	2	59	8	(13,6)	13	(22,0)	38	(64,4)	
	3	39	9	(23,1)	9	(23,1)	21	(53,8)	
	≥ 4	22	7	(31,8)	9	(40,9)	6	(27,3)	
İstenen gebelik	Evet	111	15	(13,5)	24	(21,6)	72	(64,9)	0,002*
	Hayır	35	11	(31,4)	13	(37,1)	11	(31,4)	
Tedavi ile gebelik	Evet	19	0	(0,0)	5	(26,3)	14	(73,7)	0,016*
	Hayır	127	26	(20,5)	32	(25,2)	69	(54,3)	
Önceki gebelikte sağlık problemi	Evet	22	3	(13,6)	7	(31,8)	12	(54,5)	0,645
	Hayır	104	22	(21,2)	26	(25,0)	56	(53,8)	
Önceki gebelikte bebekte ilgili sağlık problemi	Evet	23	4	(17,4)	6	(26,1)	13	(56,5)	0,941
	Hayır	103	21	(20,4)	27	(26,2)	55	(53,4)	
Kronik hastalık	Evet	22	4	(18,2)	5	(22,7)	13	(59,1)	0,953
	Hayır	124	22	(17,7)	32	(25,8)	70	(56,5)	
Gebelikte gelişen hastalık/komplikasyon	Evet	56	8	(14,3)	17	(30,4)	31	(55,4)	0,456
	Hayır	90	18	(20,0)	20	(22,2)	52	(57,8)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p < 0,05$

Gebenin çalışma durumu, eşinin eğitim durumu ile gebelikte bilgi edinilen kaynak arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,011$). Eşinin eğitim seviyesi yüksek olanlarda internet, televizyon ve sağlık personelinin gebelikte ilgili bilgi edinme düzeyi de yüksek bulunmuştur ($p=0,012$). Gebelik sayısı ile gebelikte bilgi edinilen kaynak arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Gebelik sayısı fazla olan gebelerin sağlık personelinin bilgi edinme sayısı yüksek bulunmuş; internet veya televizyondan bilgi edinme ise az bulunmuştur (Tablo 4.15).

Tablo 4-15: Gebelikte bilgi edinilen kaynak ile gebenin sosyodemografik, biyodemografik ve gebeliği ile ilgili özelliklerinin ilişkisi (n:146)

		İnternet-TV		Sağlık Personeli		**Diğer		Hiçbiri		p
		n	n:42 (%)	n:39 (%)	n:27 (%)	(n:38)				
Yaş	35 yaş altı	107	29 (27,1)	30 (28,0)	20 (18,7)	28 (26,2)	0,882			
	35 yaş üstü	39	13 (33,3)	9 (23,1)	7 (17,9)	10 (25,6)				
Öğrenim Durumu	Okur-yazar veya değil	17	1 (5,9)	4 (23,5)	4 (23,5)	8 (47,1)	0,241			
	İlkokul	70	21 (30,0)	18 (25,7)	13 (18,6)	18 (25,7)				
	Ortaokul	32	10 (31,3)	8 (25,0)	5 (15,6)	9 (28,1)				
	Lise ve üstü	27	10 (37,0)	9 (33,3)	5 (18,5)	3 (11,1)				
Çalışma Durumu	Evet	15	8 (53,3)	4 (26,7)	3 (20,0)	0 (0,0)	0,011*			
	Hayır	131	34 (26,0)	35 (26,7)	24 (18,3)	38 (29,0)				
Eşinin Eğitim Durumu	Okur-yazar veya değil	4	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	3 (75,0)	0,012*			
	İlkokul	60	11 (18,3)	17 (28,3)	13 (21,7)	19 (31,7)				
	Ortaokul	38	11 (28,9)	13 (34,2)	4 (10,5)	10 (26,3)				
	Lise	34	16 (47,1)	5 (14,7)	7 (20,6)	6 (17,6)				
	Üniversite	10	4 (40,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	0 (0,0)				
Sosyal Güvence	Evet	127	37 (29,1)	35 (27,6)	23 (18,1)	32 (25,2)	0,886			
	Hayır	19	5 (26,3)	4 (21,1)	4 (21,1)	6 (31,6)				
Gebelik Sayısı	1	20	7 (35,0)	3 (15,0)	10 (50,0)	0 (0,0)	0,001*			
	2	43	13 (30,2)	11 (25,6)	13 (30,2)	6 (14,0)				
	3	38	11 (28,9)	11 (28,9)	3 (7,9)	13 (34,2)				
	≥4	45	11 (24,4)	14 (31,1)	1 (2,2)	19 (42,2)				

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p<0,05$

**Diğer: Kitap, dergi, komşu, aile büyükleri

Tablo 4.16’da tedavi ile oluşan gebelikler ve önceki gebeliğinde sağlık problemi gelişmiş olan olgular ile gebelikte bilgi edinilen kaynak arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (**p= 0,046, p= 0,049**). Tedavi ile oluşan gebelikler daha çok sağlık personeli ve diğer grubundan bilgi alırken, önceki gebeliğinde sağlık problemi yaşamış olguların çoğunluğu sağlık personelinden bilgi almıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4-16: Gebelikte bilgi edinilen kaynak ile gebenin biyodemografik ve gebeliği ile ilgili özelliklerinin ilişkisi (n:146)

		n	İnternet-TV		Sağlık personeli		Diğer		Hiçbiri		p
			n:42 (%)	n:39 (%)	n:27 (%)	n:38 (%)					
İstenen bir gebelik	Evet	111	35 (31,5)	30 (27,0)	22 (19,8)	24 (21,6)	0,162				
	Hayır	35	7 (20,0)	9 (25,7)	5 (14,3)	14 (40,0)					
Tedavi ile gebelik	Evet	19	3 (15,8)	7 (36,8)	7 (36,8)	2 (10,5)	0,046*				
	Hayır	127	39 (30,7)	32 (25,2)	20 (15,7)	36 (28,3)					
Önceki gebelikte sağlık problemi	Evet	22	6 (27,3)	10 (45,5)	4 (18,2)	2 (9,1)	0,049*				
	Hayır	104	29 (27,9)	26 (25,0)	13 (12,5)	36 (34,6)					
Önceki bebekte sağlık problemi	Evet	23	6 (26,1)	6 (26,1)	6 (26,1)	5 (21,7)	0,311				
	Hayır	103	29 (28,2)	30 (29,1)	11 (10,7)	33 (32,0)					
Kronik hastalık	Evet	22	4 (18,2)	10 (45,5)	2 (9,1)	6 (27,3)	0,136				
	Hayır	124	38 (30,6)	29 (23,4)	25 (20,2)	32 (25,8)					
Gebelikte gelişen komplikasyon	Evet	56	19 (33,9)	11 (19,6)	10 (17,9)	16 (28,6)	0,426				
	Hayır	90	23 (25,6)	28 (31,1)	17 (18,9)	22 (24,4)					

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi p<0,05

**Diğer: Kitap, dergi, komşu, aile büyükleri

Evde yaşayan kişi sayısı ile doğum öncesi bakımın yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (**p=0,049**). Evde yaşayan kişi sayısı 4 ve altında olan gebelerde doğum öncesi bakım yeterli düzeyde saptanmıştır. Yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istenme durumu ile doğum öncesi bakım hizmetinin yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (**p=0,002, p=0,003**). Yaşayan çocuk sayısı fazla olan olgularda doğum öncesi bakım hizmetinin yeterliliği az tespit edilirken, istenen gebeliklerde doğum öncesi bakımın yeterliliği fazla bulunmuştur. Olguların yaşı, eğitimi, çalışma durumu, eşinin çalışma durumu, aylık gelir, eşi ile akraba olması, sosyal güvenceye sahip olması ve gebelik sayısı ile doğum öncesi bakım hizmetinin yeterliliği ile aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.17).

Tablo 4-17: Doğum öncesi bakımın yeterliliği ile gebenin sosyodemografik ve biodemografik özelliklerinin ilişkisi

		Yeterli		Yetersiz		p	
		n	n:130	(%)	n:16		(%)
Yaş	35 yaş altı	107	95	(88,8)	12	(11,2)	1,000
	35 yaş üstü	39	35	(89,7)	4	(10,3)	
Öğrenim Durumu	Okur-yazar ve değil	17	14	(82,4)	3	(17,6)	0,446
	İlkokul	70	62	(88,6)	8	(11,4)	
	Ortaokul	32	28	(87,5)	4	(12,5)	
	Lise ve üstü	27	26	(96,3)	1	(3,7)	
Çalışma Durumu	Evet	15	15	(100,0)	0	(0,0)	0,374
	Hayır	131	115	(87,8)	16	(12,2)	
Eşinin Eğitim Durumu	Okur-yazar	4	2	(50,0)	2	(50,0)	0,165
	İlkokul	60	54	(90,0)	6	(10,0)	
	Ortaokul	38	33	(86,8)	5	(13,2)	
	Lise	34	31	(91,2)	3	(8,8)	
Eşinin Çalışma Durumu	Üniversite	10	10	(100,0)	0	(0,0)	0,058
	Evet	112	103	(92,0)	9	(8,0)	
Aylık Gelir (TL)	Hayır	34	27	(79,4)	7	(20,6)	0,069
	≤1000	10	8	(80,0)	2	(20,0)	
	1001-1500	75	64	(85,3)	11	(14,7)	
	1501-2000	40	37	(92,5)	3	(7,5)	
Eş ile Akrabalık	≥2001	21	21	(100,0)	0	(0,0)	0,099
	Evet	30	24	(80,0)	6	(20,0)	
Sosyal Güvence	Hayır	116	106	(91,4)	10	(8,6)	0,440
	Evet	127	114	(89,8)	13	(10,2)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Hayır	19	16	(84,2)	3	(15,8)	0,049*
	≤4	75	71	(94,7)	4	(5,3)	
Gebelik Sayısı	≥5	71	59	(83,1)	12	(16,9)	0,059
	1	20	20	(100,0)	0	(0,0)	
	2	43	40	(93,0)	3	(7,0)	
	3	38	33	(86,8)	5	(13,2)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	≥4	45	37	(82,2)	8	(17,8)	0,002*
	1	26	26	(100,0)	0	(0,0)	
	2	59	52	(88,1)	7	(11,9)	
	3	39	37	(94,9)	2	(5,1)	
İstenen gebelik	≥4	22	15	(68,2)	7	(31,8)	0,003*
	Evet	111	104	(93,7)	7	(6,3)	
	Hayır	35	26	(74,3)	9	(25,7)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi p<0,05

Olguların yaşı, eğitimi, eşinin eğitimi, çalışma durumu, eşinin çalışma durumu, aylık geliri, eşiyle akraba olması, sosyal güvencenin varlığı, evde yaşayan kişi sayısı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istenmesi, gebeliğin tedavi ile olması, gebelikte komplikasyon gelişmesi, önceki gebelikte bebekte ya da gebede sağlık sorunu gelişmesi, kronik hastalığının olması ile doğum öncesi bakım hizmetinin nitelik puanı ile aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.18).

Tablo 4-18: Doğum öncesi bakımının nitelik puanı ile gebenin sosyodemografik ve biodemografik özelliklerinin ilişkisi (n:146)

		n	DÖB Nitelik Puanı 3-4 Puan		DÖB Nitelik Puanı 5-6 Puan		p
			n:7	(%)	n 139	(%)	
Yaş	35 yaş altı	107	3	(2,8)	104	(97,2)	0,082
	35 yaş üstü	39	4	(10,3)	35	(89,7)	
Öğrenim Durumu	Okur-yazar ve değil	17	1	(5,9)	16	(94,1)	0,961
	İlkokul	70	3	(4,3)	67	(95,7)	
	Ortaokul	32	2	(6,3)	30	(93,8)	
	Lise ve üstü	27	1	(3,7)	26	(96,3)	
Çalışma Durumu	Evet	15	0	(0,0)	15	(100,0)	1,000
	Hayır	131	7	(5,3)	124	(94,7)	
Eşinin Eğitim Durumu	Okur-yazar	4	0	(0,0)	4	(100,0)	0,161
	İlkokul	60	5	(8,3)	55	(91,7)	
	Ortaokul	38	0	(0,0)	38	(100,0)	
	Lise	34	2	(5,9)	32	(94,1)	
	Üniversite	10	0	(0,0)	10	(100,0)	
Eşinin Çalışma Durumu	Evet	112	6	(5,4)	106	(94,6)	1,000
	Hayır	34	1	(2,9)	33	(97,1)	
Aylık Gelir (TL)	≤1000	10	0	(0,0)	10	(100,0)	0,312
	1001-1500	75	5	(6,7)	70	(93,3)	
	1501-2000	40	2	(5,0)	38	(95,0)	
	≥2001	21	0	(0,0)	21	(100,0)	
Eş ile Akrabalık	Evet	30	0	(0,0)	30	(100,0)	0,345
	Hayır	116	7	(6,0)	109	(94,0)	
Sosyal Güvence	Evet	127	6	(4,7)	121	(95,3)	1,000
	Hayır	19	1	(5,3)	18	(94,7)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	≤4	75	5	(6,7)	70	(93,3)	0,443
	≥5	71	2	(2,8)	69	(97,2)	
Gebelik Sayısı	1	20	1	(5,0)	19	(95)	0,832
	2	43	3	(7,0)	40	(93,0)	
	3	38	1	(2,6)	37	(97,4)	
	≥4	45	2	(4,4)	43	(95,6)	
	1	26	2	(7,7)	24	(92,3)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	2	59	3	(5,1)	56	(94,9)	0,175
	3	39	0	(0,0)	39	(100,0)	
	≥4	22	2	(9,1)	20	(90,9)	
	1	26	2	(7,7)	24	(92,3)	
İstenen bir gebelik	Evet	111	6	(5,4)	105	(94,6)	1,000
	Hayır	35	1	(2,9)	34	(97,1)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi p<0,05

Tablo 4-19: Gebenin ikili test yaptırması ile yaşı arasındaki ilişki (n:146)

		n	İkili test Yapılmadı		İkili test Yapıldı		p
			n:95	(%)	n:51	(%)	
Yaş	35 yaş altı	107	75	(70,1)	32	(29,9)	0,056
	35 yaş üstü	39	20	(51,3)	19	(48,7)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi p<0,05

Tablo 4-20: Gebenin üçlü test yaptırması ile yaşı arasındaki ilişki (n:146)

		n	Üçlü test Yapılmadı		Üçlü test Yapıldı		p
			n:107	(%)	n:39	(%)	
Yaş	35 yaş altı	107	87	(81,3)	20	(18,7)	0,001*
	35 yaş üstü	39	20	(51,3)	19	(48,7)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi p<0,05

Tablo 4-21: Gebenin dörtlü test yaptırması ile yaşı arasındaki ilişki (n:146)

		n	Dörtlü test Yapılmadı		Dörtlü test Yapıldı		p
			n:123	(%)	n:23	(%)	
Yaş	35 yaş altı	107	88	(82,2)	19	(17,8)	0,399
	35 yaş üstü	39	35	(89,7)	4	(10,3)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi p<0,05

Tablo 4-22: Gebenin ffdna araştırma yaptırması ile yaşı arasındaki ilişki (n:146)

		n	Ffdna Yapılmadı		Fdna Yapıldı		p
			n:136	(%)	n:10	(%)	
Yaş	35 yaş altı	107	102	(95,3)	5	(4,7)	0,132
	35 yaş üstü	39	34	(87,2)	5	(12,8)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi p<0,05

Tablo 4.20’de gebenin yaşı ile üçlü test yaptırması arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup ($p=0,001$), 35 yaş üstü gebelerde üçlü test yaptırma oranı fazla bulunmuştur. Olguların yaşı ile ikili test, dörtlü test, ffdna ve amniyosentez yaptırması arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. (Tablo 4.19, Tablo 4.21, Tablo 4.22, Tablo 4.23).

Tablo 4-23: Gebenin amniyosentez yaptırması ile yaşı arasındaki ilişki (n:146)

		n	Amniyosentez Yapılmadı		Amniyosentez Yapıldı		p
			n:141	(%)	n:5	(%)	
Yaş	35 yaş altı	107	104	(97,2)	3	(2,8)	0,610
	35 yaş üstü	39	37	(94,9)	2	(5,1)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi p<0,05

Gebenin çalışması ile gebelikte komplikasyon gelişmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p=0,036$) olup, çalışan gebelerde komplikasyon, çalışmayanlara oranla daha fazla görülmüştür. Gebenin yaşı, gebelikte demir hapi kullanımı, bebek ve anne beslenme eğitimi alınması, bebekte anomali varlığı, doğumda komplikasyon gelişimi ile gebelik sürecinde komplikasyon gelişmesi ile aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.24).

Tablo 4-24: Gebelikte komplikasyon gelişimi ile tabloda belirtilen özellikler aralarındaki ilişki (n:146)

		n	Komplikasyon Gelişti		Komplikasyon Gelişmedi		p
			n:56	(%)	n:90	(%)	
Yaş	35 yaş altı	107	36	(33,6)	71	(66,4)	0,081
	35 yaş üstü	39	20	(51,3)	19	(48,7)	
Çalışma Durumu	Evet	15	10	(66,7)	5	(33,3)	0,036*
	Hayır	131	46	(35,1)	85	(64,9)	
Demir Hapi Kullanımı	0	12	6	(50,0)	6	(50,0)	0,055
	1	32	15	(46,9)	17	(53,1)	
	2	23	13	(56,5)	10	(43,5)	
	3	20	4	(20,0)	16	(80,0)	
	≥4	59	18	(30,5)	41	(69,5)	
Bebek ve anne beslenme eğitimi	0	100	36	(36,0)	64	(64,0)	0,388
	≥1	46	20	(43,5)	26	(56,5)	
Bebekte Anomali	Evet	4	1	(25,0)	3	(75,0)	1,000
	Hayır	142	55	(38,7)	87	(61,3)	
Doğumda Komplikasyon	Evet	9	6	(66,7)	3	(33,3)	0,086
	Hayır	137	50	(36,5)	87	(63,5)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi p<0,05

Bebeğin doğum şekli ile gebenin yaşı, eğitimi ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.25).

Tablo 4-25: Bebeğin doğum şekli ile gebenin tabloda belirtilen sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki(n:146)

		n	Normal Doğum n:45 (%)		Sezeryan Doğum (n:101)		p
Yaş	35 yaş altı	107	35	(32,7)	72	(67,3)	0,538
	35 yaş üstü	39	10	(25,6)	29	(74,4)	
Öğrenim Durumu	Okur-yazar veya değil	17	3	(17,6)	14	(82,4)	0,184
	İlkokul	70	22	(31,4)	48	(68,6)	
	Ortaokul	32	14	(43,8)	18	(56,3)	
	Lise ve üstü	27	6	(22,2)	21	(77,8)	
Çalışma Durumu	Evet	15	4	(26,7)	11	(73,3)	1,000
	Hayır	131	41	(31,3)	90	(68,7)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p < 0,05$

Gebelikte komplikasyon gelişimi ile doğum haftası arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup ($p=0,002$), komplikasyon gelişen gebeler ya preterm (37 hafta öncesi) ya da postterm (40 hafta sonrası) doğum yapmıştır. Bebeğin doğum haftası ile gebenin demir hapi alması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.26).

Tablo 4-26: Bebeğin doğum haftası ile gebelikte komplikasyon gelişimi ve gebenin demir hapi alması arasındaki ilişki (n:146)

		n	37.haftadan önce n:19 (%)		37.-40. hafta arası n:109 (%)		40. haftanın üstü n:18 (%)		P
Demir hapi verilmesi	0	12	2	(16,7)	8	(66,7)	2	(16,7)	0,597
	1	32	6	(18,8)	24	(75,0)	2	(6,3)	
	2	23	4	(17,4)	14	(60,9)	5	(21,7)	
	3	20	2	(10,0)	15	(75,0)	3	(15,0)	
	≥ 4	59	5	(8,5)	48	(81,4)	6	(10,2)	
Gebelikte gelişen hastalık veya komplikasyon	Evet	56	14	(25,0)	38	(67,9)	4	(7,1)	0,002*
	Hayır	90	5	(5,6)	71	(78,9)	14	(15,6)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p < 0,05$

Bebeğin doğum kilosu ile gebenin çalışma durumu, gebeliğin istenen gebelik olması ve gebelikte komplikasyon gelişmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmaz iken gebenin demir alımı ile bebeğin doğum kilosu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,037$). Demir alımı fazla olan olguların bebeklerinin doğum kilosu 2500-3999 aralığında olma durumu daha fazla saptanmıştır (Tablo 4.27).

Tablo 4-27: Bebeğin doğum kilosu ile tabloda belirtilen özelliklerin ilişkisi(n:146)

		2500 gr altı		2500-3999 gr arası		4000 gr ve üstü		P	
		n	n:19	(%)	n:118	(%)	n:9		(%)
Çalışma Durumu	Evet	15	2	(13,3)	13	(86,7)	0	(0,0)	0,364
	Hayır	131	17	(13,0)	105	(80,2)	9	(6,9)	
İstenen bir gebelik	Evet	111	13	(11,7)	93	(83,8)	5	(4,5)	0,236
	Hayır	35	6	(17,1)	25	(71,4)	4	(11,4)	
Demir hapi verilmesi	0	12	1	(8,3)	8	(66,7)	3	(25,0)	0,037*
	1	32	4	(12,5)	26	(81,3)	2	(6,3)	
	2	23	5	(21,7)	17	(73,9)	1	(4,3)	
	3	20	1	(5,0)	16	(80,0)	3	(15,0)	
	≥4	59	8	(13,6)	51	(86,4)	0	(0,0)	
Gebelikte gelişen hastalık veya komplikasyon	Evet	56	9	(16,1)	46	(82,1)	1	(1,8)	0,133
	Hayır	90	10	(11,1)	72	(80,0)	8	(8,9)	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p<0,05$

Eşler arasında akrabalık olması ile bebekte anomali gelişmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.28).

Tablo 4-28: Bebekte anomali varlığı ile eşler arasında akrabalık olması arasındaki ilişki (n:146)

		Evet			Hayır		P
		n	n:4	(%)	n:142	(%)	
Eş ile	Evet	30	0	0,0	30	100,0	0,581
Akrabalık	Hayır	116	4	3,4	112	96,6	

Chi-Square Test, *Anlamlılık seviyesi $p<0,05$

5. TARTIŞMA

Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası verilecek sağlık hizmetleriyle önlenabilir komplikasyonları engelleyip anne ve bebek ölüm oranlarını azaltmak, gebelik ve doğuma bağlı anne ve bebekte meydana gelebilecek hastalık ve sakatlıkların önüne geçmek mümkündür. Doğum öncesi bakım genelde annelerin sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını ve gebelikte sağlık halinin korunup, geliştirilmesi ve sürdürülmesini amaçlamaktadır (Akın ve Özvarış 2002).

On sekiz yaş altı ve 35 yaş üstü gebelikler riskli gebelik grubunda değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı DÖB Rehberi). Araştırmamızda 18 yaş altı olgu bulunmayıp, 35 yaş üzeri olgu sayısı %26,7'dir. Bursa, Çanakkale, Sakarya, İstanbul, Ankara ve Bursa'nın Nilüfer ilçesinde yapılan çalışmalarda ileri yaş gebelik oranı sırayla %10, %13,6, %14,5, %10,5 %5,6 ve %10, olup, bizim çalışma oranımıza göre daha düşüktür (Çatak ve ark. 2014; Kaya ve Serin 2008; Sözeri ve ark. 2014, Ocakoğlu ve ark. 2008; Çatak ve ark. 2012, Mısırlıoğlu ve ark. 2006). İleri yaş gebelikler riskli gebelik kategorisinde değerlendirilmekte olup üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevk edilmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastane de bölgedeki riskli gebeliklerin en çok sevk edildiği üçüncü basamak sağlık kuruluşudur ve bu nedenle çalışmamızdaki ileri yaş gebelik oranı diğer çalışmalardan daha yüksek çıkmış olabilir. Araştırmamızda 18 yaş altı olgu olmaması sevindirici bir durumdur. Ülkemizde kadınların evlilik yaşının yükselmesi 18 yaş altı gebelik ve annelik oranlarında da azalma sağlamıştır.

Olguların %47'si en az ilkokul mezunu, %10,3'ü ise çalışmaktadır. Aynı oranlar Elazığ örneğinde sırasıyla %49,3 ve %9,3'tir. Yapılan başka çalışmalarda ise genel olarak olguların yarısından fazlası ilkokul mezunu olup, çalışan olgu sayısı bizim çalışmamızla yakın orandadır (Sözeri ve ark. 2006; Ocakoğlu ve ark. 2008; Omaç ve ark. 2009; Pirinç ve ark. 2010). Türkiye'nin en büyük kenti olan İstanbul'da çalışan gebe oranının ve eğitim düzeyinin düşük olmasının sebeplerinin başında, araştırmanın yapıldığı hastanenin hizmet verdiği bölgenin sosyoekonomik ve eğitim seviyesinin düşük ve köyden kente göçlerde tercih edilen bölgelerden biri olmasıdır. Çalışmamızda gebenin çalışma durumunun DÖB hizmetlerinden yararlanmaya etkisi olurken, eğitim durumunun etkisi olmamıştır. Ayrıca

olgularımızın eşlerinin %30,1'i en az lise mezunu olup, %23,3'ünün sürekli çalıştıkları bir işi yoktur. Elazığ ve Bursa örneklerinde olgu eşlerinin yarısından fazlası en az lise mezunu olup, sabit bir işte çalışmama oranı İstanbul'a göre Bursa'da daha düşüktür (Pirinççi ve ark. 2010; Çatak ve ark. 2014).

Akraba evliliği ülkemizde ve dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Olgularımızda eşiyile akraba olma oranı %20,5'tir. Bursa, Çanakkale, Ankara ve İstanbul'da yapılan diğer çalışmalarda bu oran bizim çalışmamıza göre düşük olup, Arapgir örneği ise benzerdir. (Mısırlıoğlu ve ark. 2006; Kaya ve Serin 2008; Ocakoğlu ve ark. 2008). Akraba evliliği tüm dünyada %20 görülürken, ülkemizde ise %20'nin üzerindedir ve en sık doğu, güneydoğu bölgelerinde görülmektedir. Akraba evliliği sonucu engelli çocuk doğma riski iki kat daha fazladır (Omaç ve ark. 2009). Pakistan'da yapılan bir çalışmada akraba evliliklerin perinatal mortalite olasılık oranının diğerlerine göre iki kat daha fazla olduğu, Hindistan ve Pakistan'da yapılan başka bir çalışmada ise kuzen evliliklerinden doğan çocukların mortalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hussain 1998; Hussain ve ark. 2001). Araştırmamızın akraba evliliği oranının diğer batı bölgelerinden farklılık göstermesinin ve Arapgir ile benzerlik göstermesinin nedeni, araştırma bölgesinin kırsal alandan kente göç alan gecekondu bölgesi olması ve kırsaldaki evlilik kültürlerinin burada da devam etmesi olabilir. Akraba evliliği çalışmamızda sadece gebelikte ilk kontrole gelme ayını etkilerken, Arapgir örneğinde ise nitelikli DÖB hizmeti alma olasılığını etkilemiş olup akraba olmayanlar da bu oran 3 kat artmıştır.

Çalışmamızda evde yaşayan kişi sayısı 5 ve üstü olan olgularımızın oranı %48,6 olup, bu oran Bursa ve İstanbul'daki diğer çalışmalardaki oranlardan yüksektir ve Arapgir örneğine yakındır (Omaç ve ark. 2009; Çatak ve ark. 2012; Çatak ve ark. 2014). Bu durum; bölgenin aile planlaması yöntemlerini yetersiz kullanması, ekonomik düzeyinin düşük olması ve aile büyükleriyle beraber yaşanmasından kaynaklanıyor olabilir. Aile tipi çalışmamızda olduğu gibi birçok çalışmada DÖB hizmetlerinden yararlanmayı etkilemiştir. Evde yaşayan kişi sayısı eve giren gelirin kişi başına düşen miktarını azaltmakta olup, gebenin yeterli ve etkili DÖB hizmeti almasına engel olmaktadır.

Dört ve üzeri canlı doğum öyküsü riskli gebelik kategorisinde değerlendirilmekte olup çalışmamızda bu oran %15,8'dir. Çanakkale ve Nilüfer örneğinde %8,1 ve %11,3 bulunmuştur. TNSA 2013 verilerine göre doğum sayısı arttıkça doğum öncesi bakımdan yararlanmama oranı artmaktadır, ilk doğumda bu oran %1,3 iken 6 ve üzeri doğumlarda %8,3'e yükselmektedir (Ocakoğlu ve ark. 2008; Kaya ve Serin 2008; TNSA 2013). Çalışmamızda olgular en az bir kez kontrole gitmiştir. Bu nedenle doğum öncesi bakım hizmeti almayan olgu yoktur. Bu durum sevindirici ama doğum sayısı arttıkça doğum öncesi bakım almama yüzdesinin artması üzücüdür, çünkü gebelik ve doğum sayısı arttıkça riskli gebelik oranı artmakta ve bu durum da doğum öncesi bakım hizmetini daha fazla almayı gerektirmektedir.

Olguların %24'ü bu gebeliği istememiştir. Gebeliğin istenmeme oranı Elazığ ve Sakarya'da %21,8 ve %20,7, Nilüfer örneğinde ise %2,7'dir. İran'daki bir çalışmada %19,2, Nijerya'da ise %20'dir (Okunufua ve ark. 1999; Sözeri ve ark. 2006; Ocakoğlu ve ark. 2008; Pirinçci 2010; Mirzamoradi ve ark. 2017). İlgili kurumlarca aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin yetersiz verilmesi ya da çiftlerin danışmanlık hizmeti almasına rağmen etkili yöntemleri kullanmayıp, geleneksel korunma yöntemlerini kullanması istenmeyen gebelik oranını arttırmış olabilir. Aile planlaması yöntemlerinin çiftler tarafından etkili bir şekilde kullanılması ile istenmeyen gebelikler önlenecek, isteyerek yapılan düşük ve kürtajlar da engellenmiş olacaktır.

Olguların %89'unda gebelik ilk üç ayda tespit edilmiştir ve bu durum TNSA 2013 sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. TNSA 2013 sonuçlarına göre 4 aydan önce gebeliğin tespit edilme oranı %89,9 ve Elazığ örneğinde ise %88,5 saptanmıştır (Pirinçci ve ark. 2010). Çin'de yapılmış çalışmada ise ilk trimesterde doğum öncesi hizmet alma oranı %19,7 olarak bildirilmiştir (Zhao ve ark. 2012). Gebeliğin ilk üç ayda tespiti hem gebe hem de bebek sağlığı açısından önemlidir. Birinci trimester yani ilk üç aylık dönem, bebeğin organ gelişiminin başladığı (organogenez) ve tamamlandığı, anne adayının hamileliğe uyum sağladığı dönemdir. Bebeğin anne karnında geçirdiği ilk 8 haftalık bu dönemde, hücre ve organ taslakları oluşur. Bu sebeple annenin ve fetusun sağlığını riske sokacak ilaçlar alması, radyasyon ışınlarına ve zararlı maddelere maruz kalması son derece sakıncalıdır.

Vajinal kanama ve kramplar düşük habercisi olabilir. Bu gibi durumlarda vakit kaybetmeden doktora başvurulması gerekir. Bu riskli durumlar nedeniyle gebeliğin ilk üç ayında tespit edilmesi önemli ve gereklidir (Sağlık Bakanlığı 2014).

Olguların düzenli olarak kontrole gitme oranı %81,5'tir. Sözeri ve ark. örneğinde bu oran %76,8'dir (Sözeri ve ark. 2006). Gebelik sürecinde düzenli olarak kontrollere gitmek, anne ve bebeğin mevcut ve/veya olası risklere karşı bakımını ve tedavisini sağlayarak anne ve bebeği önlenebilir tüm komplikasyonlardan korumayı hedefler. Bu sebeple de gebelikte düzenli kontrollere gitme gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte anne ve bebek için önemli ve gereklidir. Olgular kontrole en çok eğitim ve araştırma hastanesine gitmiştir (%51,4) ve bu oran eşin eğitim düzeyi ve çocuk sayısı ile doğru orantılı bulunmuştur. Eğitim durumu ebeveynlerin bilinç düzeyini olumlu etkileyerek; çocuk sayısının artması ise riskli gebelik durumunu arttırarak eğitim ve araştırma hastanesinin tercih edilmesini etkilemiş olabilir.

Gebeliğinde bilgi kaynağı olarak katılımcıların %28,8'i internet-TV, %26,7'si sağlık personelini tercih ederken %26'sı ise bilgi edinme ihtiyacı hissetmemiştir. Teknolojinin ilerlemesi, yetişkin birçok bireyde mevcut akıllı telefonlar ile bilgiye ulaşmanın kolaylaşması bilgi kaynağı olarak en çok internet-TV'nin tercih edilmesini etkilemiş olabilir. Her ne kadar ikinci bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin tercih edilmesi sevindirici olsa da bu oranın düşük olması üzücüdür. Özellikle gebelik sayısının artması ile gebelerin kendini tecrübeli hissetmesi, bilgi edinme ihtiyacını azaltmıştır. Günümüz şartlarında toplumun en çok yararlandığı kaynaklardan olan internet ve televizyonun halkın eğitiminde daha etkili bir şekilde kullanılması sağlanmalıdır. Gebelere verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleri alanında uzman kişilerce günlük, haftalık televizyon programları ya da kamu spotlarıyla sağlanabilir. İnternette yararlanmada ise gebelere Sağlık Bakanlığı'nın sayfaları tavsiye edilebilir.

Doğum öncesi bakımın sayısından ziyade niteliği önemlidir. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ riskli olmayan gebeliklerde doğum öncesi en az 4 izlemi gerekli görmektedir (DSÖ, Sağlık Bakanlığı). En az dört izlem alan olgu oranımız %99,3, yeterli DÖB oranı ise %89'dur. Yaklaşık tüm gebelerde bu izlem sayısı yakalanmıştır. Malatya'nın Arapgir ilçesinde yapılan bir çalışmada dört ve üstü izlem sayısı %9,6, Çanakkale'deki çalışmada ise %94,4'tür (Kaya ve Serin 2008; Omaç ve ark. 2009).

Yurtdışı örneklere bakıldığında ise Çin'deki bir çalışmada doğum yapan kadınların %90,1'inin en az bir kez izleme gittiği ve %49,7'sinin yeterli DÖB aldığı; Hollanda'daki çalışmada ise yeterli DÖB alma oranının ilk kez doğum yapanlarda %85,3, iki ve daha fazla sayıda doğum yapanlarda %80,1 olduğu görülmüştür (Chote ve ark. 2011; Zhao ve ark. 2012). Çalışmamızda doğum öncesi bakım hizmetlerinden yeterli yararlanmayı; evde yaşayan kişi sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve gebeliğin istenme durumu etkilemiştir. Elazığ ve Çanakkale'de yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak aile tipi ve gebeliğin istemli olması DÖB yeterliliği ile ilişkili bulunmuştur. (Kaya ve Serin 2008; Pirinçci ve ark. 2010). Arapgir örneğinde evde yaşayan kişi sayısı 5 ve üzeri olan geniş ailelerdeki olgularda doğum öncesi bakımda yetersizlik saptanmıştır (Omaç ve ark. 2009).

Gebelerin tamamının en az bir kez kan tetkiki ve ultrasonografi ile muayenesi yapılmıştır. Fetusun morfolojisinin değerlendirilmesinde ultrasonografi oldukça önemlidir. Anne adayları daha çok bebeğin cinsiyetini öğrenmek için bu yöntemi tercih ederken; hekimler gebelik ve fetusun izlemi için tercih etmektedir. Çatak ve ark. Bursa'daki çalışmasında tüm olgularda ultrasonografi ile muayene yapılırken, %86,4'ünün kan tahlili yapılmıştır. Kaya ve arkadaşlarının Çanakkale örneğinde ise ultrasonografi ile muayene %99,9, kan tahlili ise %98 olguya yapılmıştır. Çatak ve ark. İstanbul'daki çalışmasında ise kan tahlili yapılma oranı %90, ultrasonografi ile muayene %98,2 saptanmıştır (Serin ve Kaya 2008; Çatak ve ark. 2012, Çatak ve ark. 2014). TNSA 2013 verilerine göre İstanbul'da gebelerin %99,2 sinde USG eşliğinde muayene yapılırken, %93,6'sında kan tahlili yapılmıştır (TNSA 2013). Anne ve bebek sağlığı için önemli olan bu hizmetlerin alınma oranlarının yüksek olması ülkemiz adına sevindiricidir.

Gebelerin %85,6'sının kilosu ölçülmüştür bu oran Karabük'te %98,1, Aydın'da %68,6 ve İstanbul'daki başka bir çalışmada ise %91,8'dir (Beşer ve ark. 2007; Çatak ve ark. 2012, Çatak ve ark. 2012). TNSA 2013 sonuçlarına göre ise gebelikte kilo ölçümü %93,4 tür (TNSA 2013). Bizim çalışmamız TNSA verilerini yakalayamamıştır. Karabük ve İstanbul'daki çalışmalarda kilo ölçüm oranının yüksek çıkmasının nedeni yapılan çalışmanın toplum sağlığı merkezinde yapılması ve bu merkezlerde kilo takibine önem verilmesi olabilir. Kilo ölçümü gebe ve fetusun sağlığı, gelişimi için önemli bir ölçümdür. Takiplerde kilo ölçümüyle

gebenin kilosu ideal alması gereken kilo sınırlarında tutularak sağlıklı bir gebelik ve doğum sonu süreci geçirmesi sağlanır.

Gebelikte preeklampsi ve eklampsi gibi komplikasyonların erken tespiti tansiyon ölçümü ile mümkün olabilir. Kolay ve ucuz bir işlem olan tansiyon ölçümü; riskli gebeliklerin erken fark edilmesi, takip ve tedavilerinin planlanması için önemlidir. Çalışmamızda olguların %97,9'unun tansiyonu ölçülmüş, yapılan birçok çalışma ve TNSA 2013 sonuçlarıyla bizim çalışmamız uyumludur (Beşer ve ark. 2007; Kaya ve Serin 2008; Çatak ve ark. 2012; Pirinççi ve ark. 2012; TNSA 2013).

Üriner sistem enfeksiyonları, gebelikte sık görülen ve ciddi sekellere yol açabilen enfeksiyonlardır. Gebelik süresince gebenin idrar yolu enfeksiyonları açısından taranması ve erken saptanıp tedavi edilmesi oldukça önemlidir (İnci ve ark. 2011). Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde her izlemde bakteriüri ve proteinüri açısından gebelerde idrar tahlili yapılması gerekliliği belirtilmektedir. Bizim olgularımızın %97,9'unun idrar tahlili yapılmış olup, TNSA 2013 sonuçlarına göre İstanbul'da bu oran %89,6, Çatak ve ark. Bursa örneğinde %90,9, Kaya ve ark. Çanakkale örneğinde %98,52'dir (Kaya ve Serin 2008; Pirinççi ve ark. 2010; TNSA 2013; Çatak ve ark. 2014).

Olguların %98,6'sının çocuk kalp sesi dinlenmiş olup Elazığ, Karabük ve Çanakkale örneklerinde de bu oran %98'lerdedir (Kaya ve Serin 2008; Pirinççi ve ark. 2010, Çatak ve ark. 2012).

Olgularda, gebeliğin abdomenden elle muayene oranı TNSA 2013 İstanbul sonuçları ve Çanakkale örneğine göre düşük saptanmıştır. Bu oran çalışmanın yapıldığı hastanede polikliniklerde hasta sayısının fazla olmasından dolayı hastaya ayrılan zaman yetersizliğinden ve ultrasonografinin muayenede çok yaygın kullanılmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda üçlü test yaptırma oranı %26,7 dir. Bu oran Ankara ile yakınlık göstermiş olsa da Çanakkale örneğine göre düşüktür (Mısırlıoğlu ve ark. 2006, Kaya ve Serin 2008). Olgularımızın üçlü test yaptırması ile yaşı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Olgular üçlü testlerin yapıldığı zaman diliminde hastane yoğunluğu nedeni ile randevu alamadıklarını sözel olarak belirtmişlerdir ve bu nedenle yaptıramayanların bir kısmı gebeliğin 20. haftasından sonra dörtlü test yaptırmıştır. Fetal anomali tarama testlerinin genel olarak yapılma oranları ikili, üçlü

ve dörtlü testler sırasıyla; %34,9, %26,7 ve %15,8 olup oldukça düşüktür. Dini ve sosyal nedenlerle gebelik tahliyesi istenmemesi bu oranları etkilemiş olabilir.

Gebelikteki fizyolojik gereksinimler, ülkemizde gebelikteki beslenme alışkanlıkları ve yapılan nüfus, sağlık araştırmaları sonuçları birlikte değerlendirildiğinde; anne ve bebek sağlığı için ciddi bir tehdit olan anemiye bağlı oluşabilecek komplikasyonları önleyebilmek amacıyla gebelere demir destek programı 01 Kasım 2005 tarihinden itibaren tüm yurt genelinde başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı 2007). Hem gebenin bedensel ve ruhsal gelişimi, hem de fetusun sağlıklı gelişimi, doğum ve doğum sonrası süreçte sağlıklı olabilmesi için demir ihtiyacının karşılanması önemlidir. Çalışmamızdaki gebelerin %91,8'i demir takviyesi almıştır; bu oran TNSA 2013 sonuçları, İstanbul ve Karabük'teki çalışmalarla benzer iken; Arapgir, Sakarya, Elazığ ve Aydın'da yapılan çalışmalardan ise yüksektir (Sözeri ve ark. 2006; Beşer ve ark. 2007 Omaç ve ark. 2009; Pirinçci ve ark. 2010). Gebelerin folik asit kullanma oranı ise %93,2'dir.

Gebelere emzirme eğitimi verilme oranı %26 saptanmış olup Bursa, Çanakkale, Arapgir, Bolu ve İstanbul'da yapılan diğer çalışmalara göre bu oran oldukça düşüktür (Gürel ve ark. 2006; Kaya ve Serin 2008; Omaç ve ark. 2009; atak ve ark. 2014). Anne sütü bebeğin sağlıklı büyüme gelişmesini sağlayıp, birçok mikroorganizmaya karşı vücut direncini artıran önemli bir besin kaynağıdır. Araştırmanın yapıldığı hastane emzirme eğitimi verilen bir eğitim araştırma hastanesi olmasına rağmen, eğitimin verilme oranı düşük bulunmuştur. İstanbul'da geniş bir gebe popülasyonuna hizmet veren hastanede emzirme eğitimlerini tüm gebelere ulaştırmak için planlama yapılması gereklidir.

Bebek ve anne beslenme eğitimi alma oranı %31,5 bulunmuştur ve bu da Çanakkale, Sakarya ve Elazığ örneğine göre düşüktür. Olguların gebelik sürecini sağlıklı geçirmeleri sağlıklı beslenmeleriyle yakından ilişkilidir. Aile planlaması eğitimi alma oranı %19,9 saptanmış olup bu oran Çanakkale rneğinde %21,2 Arapgir rneğinde %53,8 İstanbul'da başka bir çalışmada %31,5 ve Bolu rneğinde %40,7 tespit edilmiştir. Araştırmamızda olguların aile planlaması eğitimi alma oranı da ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre düşüktür. Yetersiz aile planlaması eğitimi; istenmeyen gebeliklere, artmış düşük ve kürtaj oranlarına neden olmakta ve anne - bebek sağlığı tehlikeye girmektedir. Egzersiz eğitimi alma oranı

%35,6 ile Bolu ve Çanakkale'deki çalışmaların sonuçlarından düşüktür (Gürel ve ark. 2006; Sözeri ve ark. 2006; Kaya ve Serin 2008; Omaç ve ark. 2009; Pirinççi ve ark. 2010; Çatak ve ark. 2012). Gebelik döneminde yapılan egzersiz; dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenler, gebenin kilo kontrolünü sağlar, doğum için gereken kas gücünü destekler. Egzersiz, sosyal ve psikolojik açıdan iyilik hissini artırılmasına da katkıda bulunur ve doğum sırasındaki olası sorunların azaltılmasını sağlar. Ayrıca doğum sürecinin kısalmasına ve doğumun kolaylaşmasına yardımcı olur. Gestasyonel diyabet olasılığının önlenmesinde etkili olur ve doğum sonrası iyileşmeyi hızlandırır. Genel olarak tüm hasta eğitimi oranları düşük bulunmuştur, bunun nedeni tersiyer merkez olan hastanede hasta yoğunluğu ve riskli olguların yüksek olması nedeni ile önleyici sağlık hizmetlerinin tedavi edici sağlık hizmetlerinin gerisinde kalması olabilir. Katılımcılarda doğum şekli %30,8 vajinal doğum, %69,2 sezaryen doğum olarak saptandı, hastaların %46,6'sının bir önceki doğum şekli sezaryen doğum idi. Önceki doğumun sezaryen ile yapılmış olmasının bu oranın yüksek olmasına etkisi büyüktür. Primer sezaryen doğum oranımız %22,6'dır. TNSA 2013 sonuçlarına göre yaş, eğitim seviyesi ve refah düzeyi arttıkça sezaryen doğum oranı da artmaktadır; çalışmamızda ise gebenin yaşı, eğitim ve çalışma durumuyla doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Doğumların %74,7'si miadında (37- 40 hafta arası) doğarken, %13'ünde erken doğum, %12,3'ünde geç doğum görülmüştür. Yenidoğanların %13'ünün doğum kilosunu 2500 gramdan az iken, %6,2'sinin 4000 gramdan fazladır. TNSA 2013 raporuna göre İstanbul ilinde düşük doğum ağırlıklı bebek oranı %8,5 olarak verilmiştir. Olgularımızın gebeliğinin komplikasyonlu geçmesi ile preterm doğum arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,002$). Preterm eylem; anne ve bebek için önemli bir sağlık sorunudur. Escobar'ın yaptığı bir çalışmada önceki gebelikte preterm eylem öyküsü, preeklampsi gelişimi, ikiz gebelik, sigara kullanımı ve idrar yolları enfeksiyonları ile preterm eylem arasında ilişki saptanmıştır (Escobar ve ark. 2017). Ege ve ark. çalışmalarında yaş, gebelik sayısı, en son doğan bebeğin kilosunu, annenin erken doğum öyküsü, gebelikte sigara içme, gebenin aile ile sorun yaşamaması, çoğul gebelik ve gebelik hipertansiyonu ile preterm eylem arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Ege ve ark. 2009). Preterm eylemleri azaltmanın en etkili adımlarından biri doğum öncesi bakım hizmetidir. Sağlık çalışanları preterm eylem ve ilişkili riskler konusunda bilgi sahibi olmalı, gebeyi bu konuda bilgilendirmeli, etkili bir

doğum öncesi bakım hizmetiyle gebenin takip ve tedavilerini planlamalı, gerekli danışmanlık hizmetlerini vermelidir.

Yenidoğanların %2,7'sinde anomali saptanmış olup, %19,9'u yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. Yoğun bakım ünitesine yatırılma nedenlerinin başında %8,9 ile solunum sistemi hastalıkları gelirken, %6,3'ünde prematüre doğum neden olmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaptığımız araştırma sonucunda gebenin çalışması, eşinin çalışması, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istenmesi, tedavi ile olması, evde yaşayan kişi sayısı, gebelik sayısı ve gebenin çalışma durumu doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmaya etki eden faktörler arasında yer almaktadır. Sağlık kuruluşlarındaki sağlık personeli doğum öncesi bakım hizmeti verirken bu faktörleri göz önünde bulundurarak vereceği hizmeti planlamalıdır. Ayrıca yeterli sayıda sağlık personelinin istihdamı sağlanmalı ve personelin sürekli hizmet içi eğitimlerle DÖB hizmetleriyle ilgili bilgisi güncellenmelidir.

Gebelerin, ek maliyet ve herhangi bir girişim gerektirmeyen emzirme, egzersiz, anne ve bebek beslenme eğitimi ile aile planlaması danışmanlık hizmetlerinden yararlanma oranları yetersizdir. Tersiyer merkezlerde bu hizmetlerin yoğun poliklinik şartlarında verilmesi zor olacağından, doğum öncesi bakım hizmetlerinin başarıya ulaşmasına engel olacak risklere yönelik hizmet planı belirlenmeli. Gebelere hizmet veren hastanelerde gebe eğitim sınıfları yaygınlaştırılmalı ve gebe eğitimlerine önem verilmelidir. Kontrollere gelen gebeler takipleri sonrasında sağlık personeli tarafından bu sınıflara yönlendirilmelidir. Ülke çapında danışmanlık hizmetlerini yaygınlaştırmaya yönelik kampanyalar ve teşvik programları başlatılmalıdır.

Araştırmaya katılan 4 kadından biri bu gebeliği istememiştir ve bu durum aile planlaması yöntemlerinin yeterli ve etkili kullanılmadığını göstermektedir. Gebeliğin istenmeme durumu da gebenin DÖB hizmetlerinden yararlanmasına olumsuz etki eden faktörler arasında yer almaktadır. Sağlık personeli tarafından verilen aile planlaması danışmanlık hizmetleriyle ve eşlerin bu hizmetlere uyumuyla istenmeyen gebeliklerin önüne geçilmiş olacaktır.

Gebelerde folik asit ve demir hapi kullanma oranında %100'lük kullanım sağlanamamış olsa da, oran %90'ların altına da düşmemiştir. Demir hapi kullanımı bebeğin doğum kilosunu etkilemiştir.

Fetal anomali tarama testlerinin yapılma oranları çok düşüktür.

Gebelik sürecinin sorunlu ya da komplikasyonlu geçmesi bebeğin doğum haftasını etkilemiştir

Gebelik döneminde komplikasyon gelişme durumu, çalışan gebelerde çalışmayanlara oranla daha fazladır. Gebelerin çalışma koşullarının yasalarla düzenlenmesi yanında bu kuralların uygulanması açısından işyeri denetimleri de önemli ve gereklidir.

Katılımcılar gebelikle ilgili en çok internet-TV ve sağlık personelinin yararlanmıştı. Toplumun en çok yararlandığı kaynaklardan olan internet ve televizyon halkın eğitiminde daha etkili bir şekilde kullanılmalıdır. Gebelere verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleri, alanında uzman kişilerce günlük, haftalık televizyon programları ya da kamu spotlarıyla sağlanabilir. İnternette yararlanmada ise gebelere Sağlık Bakanlığı'nın sayfaları tavsiye edilebilir.

Çalışmada sağlık personelinin gebenin bilgi almak için yararlandığı ikinci kaynak olduğu tespit edilmiştir. Sağlık personellerine doğum öncesi bakım hizmetleri, danışmanlık hizmetleri konusunda düzenli aralıklarla doğum öncesi bakım hizmeti yönetim rehberi ilkeleri doğrultusunda hizmet içi eğitimler verilmeli, bu eğitimlerin devamlılığı sağlanmalıdır. Sağlık personelinin gebenin bilgi açığını ve hizmet ihtiyacını tespit edip, mevcut duruma yönelik gerekli hizmeti vermesiyle anne, bebek morbidite ve mortalitesinde azalma sağlanacaktır.

KAYNAKLAR

Akbayrak, T. ve Kaya, S. (2012). *Gebelik ve Egzersiz*, Ankara: Reklam Kurdu Matbaacılık.

Akın, A. ve Özvarış, Ş.B. (2002). *Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Erişim 04.04.2017,
http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf.

Akın, A. ve Özvarış, Ş.B. (2012). Anne Ölümleri, İçinde Güler, Ç. ve Akın, L.(2 nd ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 242-247.

Akın, A. ve Özvarış, Ş.B. (2012). Doğum Öncesi Bakım İçinde Güler, Ç. ve Akın, L. (2 nd ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 253-267.

Akın, A. ve Özvarış, Ş.B. (2012). Dünyada ve Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu İçinde Güler, Ç. ve Akın, L. (2 nd ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 210-219.

Avcı, S.M. (2011). Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde Bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan ve Yatmayan Annelerin Riskli Gebelik ve Doğum Öncesi Bakımı Yönünden Karşılaştırılması Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Aydemir, H. ve Hazar, H.U. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 815-833.

Baysoy, N.G. ve Özkan, S. (2012). Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Tıp Dergisi*, 23, 77-90.

Beşer, E., Ergin, F. ve Sönmez, A. (2007). Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 137-141.

Chiavarini, M., Lanari, D., Minelli, L ve Salmasi, L. (2014). Socio-demographic determinants and Access to prenatal care in Italy. *BMC Health Services Research*, 14(174), 1-10.

Chote, A.A., Groot, C.J., Brijinzeels, M.A., Redekop, K., Jaddoe V.W., Hofman, A. ve ark. (2011). Ethnic differences in antenatal care use in a large multi-ethnic urban population in the Netherlands. *Midwifery*, 27(1), 36-41.

Çatak, B., Aksan, A.D. ve Zincir, M. (2012). Karabük Toplum Sağlığı Bölgesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(2), 153-162.

Çatak, B., İkişik, H., Kartal, Ş.B., Öner, C., Uluç, H.H. ve Seğmen, Ö. (2012). İstanbul'da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: Toplum tabanlı bir araştırma. *Perinatoloji Dergisi*, 20(3), 126-134.

Çatak,B., Öner, C., Gülay, M., Baştürk, S., Oğuz, İ. ve Özbek, R. (2014). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 63-69.

Çatıker, A. (2007). Bolu İl Sağlık Merkezi Sağlık Ocaklarındaki Gebe-Lohusa İzlem Fişlerinin Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.

Çetin, F., Güneş, G., Karaoğlu, L. ve Üstün, Y. (2005). Turgut Özal Tıp Merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4), 247-252.

Çetinkaya, E. ve Sevil, Ü. (2016). *Perinatolojiye Giriş*, İçinde Sevil, Ü. ve Ertem, G. (Ed). *Perinatoloji ve Bakım*. İzmir: Ankara Nobel Tıp Kitabevi; 1-37.

Ege, E., Akın, B., Altuntuğ, K., Arıöz, A. ve Koçoğlu, D. (2009). Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*, 6(3), 197-205.

Elveren, C. (2008). Aydın Doğumevinde Doğum Yapmış Olan Kadınların Doğum Öncesi Bakımları ve Gebelik Süresindeki Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın.

Erbaş, G. (2016). İstanbul İli Gaziosmanpaşa İlçesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul.

Escobar-Hesperia, B., Gordillo-Lara L.D. ve Martinez-Pruon H. (2017). Risk factors associated with preterm birth in a second level hospital. *Revista Medica Del Instituta Mexicano del Seguro Social*, 55(4), 424-428.

Göv, N. (2016). Şanlıurfa'da Bir Aile Sağlığı Merkezinde Riskli Gebelik Sıklığı, Etkileyen Faktörler, Maternal ve Fetal Sonuçları, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.

Gürel, S.A., Gürel, H. ve Balcan, E. (2006). Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. *Perinatoloji Dergisi*, 14(2), 90-95.

Hussain, R. (1998). The impact of consanguinity and inbreeding on perinatal mortality in Karachi, Pakistan. *Paediatric ve Perinatal Epidemiology*, 12(4), 370-382.

Hussain, R., Bittles A.H. ve Sullivan, S. (2001). Consanguinity and early mortality in the Muslim populations of India and Pakistan. *American Journal of Human Biology*, 13(6), 777-787.

İnci, M., İnci, M. ve Davarcı, M. (2011). Gebelikte Görülen Üriner Sistem Enfeksiyonları ve Tedavisi, *Türk Üroloji Seminerleri 2*, 124-126.

Kaya, F ve Serin, Ö. (2008). Doğum öncesi bakımın niteliği. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(1), 28-35.

Kılıç, M. (2014). Doğum öncesi bakım almayı etkileyen faktörlerin çoklu analizi: Bir İç Anadolu örneği. *Journal of Clinial and Analytical Medicine*, 5(6), 495-502.

Kılınç, A.S. , Çatak, B., Sütü, S. ve Akın, A. (2012). Dünya'da ve Türkiye'de Kadın Sağlığının Durumu. *Sağlık ve Toplum*, 22(2), 3-10.

Magadi, M.A., Madise, N.J. ve Rodrigues, R.N. (2000). Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities. *Social Science & Medicine*, 51(4), 551-561.

Mısırlıoğlu, E.D., Aliefendioğlu, D., Fidan, K., Çakmak, F.N. ve Haberal, A. (2006). Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapan annelerin antenatal bakım hizmetlerinden yararlanma durumunun değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 14(1), 7-13.

Mirzamoradi, M., Saleh, M., Jamali, M. Bakhtiyari, M., Pooransari, P. ve Gargari, S. (2017). Factors related to unwanted pregnancies and abortion in the northern district of the city of Tehran, Iran. *Women Health*, 6, 1-15.

Mithra, P., Unnikrishnan, B., Rekha, T., Nitin, K., Mohan, K., Kulkarni, V. ve ark. (2014). Compliance with iron-folic acid (IFA) therapy among pregnant women in an urban area of South India. *African Health Sciences*, 14(1), 255-260.

Navaneetham, K. ve Dharmalingam, (2002). Utilization of maternal health care services in Southern India. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1849-1869.

Nimi, T., Fraga, S., Costa, D., Campos, D. ve Barros, H. (2016). Prenatal care pregnancy outcomes: A cross-sectional study in Luanda, Angola. *International Journal of Gynaecology Obstetrics*, 135(1), 72-78.

Ocakoğlu, H., Gülay, M., Kizek, Ö. ve İrgil, E. (2008). Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 2005-2006 yıllarındaki gebelik sonuçları ve ilişkili riskler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 491-496.

Okonofua, F.E., Odimegwu C., Ajabor, H., Daru, P.H.ve Johnson. (1999). Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. *Studies in Family Planning*, 30(1), 67-77.

Omaç, M., Güneş, G., Karaoğlu, L. ve Pehlivan, E. (2009). Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(2), 115-119.

Özvarış, Ş.B. ve Akın, A. (2012). Güvenli Annelik, İçinde Güler, Ç. ve Akın, L. (2 nd ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 249-252.

Özvarış, Ş.B. ve Akın, A. (2012). Üreme Sağlığı, İçinde Güler, Ç. ve Akın, L. (2 nd ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 234-241.

Pekince, G.D. ve Ertem, G. (2016). Doğum Öncesi Bakım, İçinde Sevil, Ü. ve Ertem, G. (Ed.). *Perinatoloji ve Bakım*. İzmir: Ankara Nobel Tıp Kitabevi; 1-3.

Pirinççi, E., Polat, A., Kumru, S. ve Köroğlu, A. (2010). Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2), 1-7.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Gebelerde Demir Destek Programı Uygulaması, *Genelge*, 2005/147.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Gebelere D Vitaminin Destek Programı, *Genelge*, 2011/34.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (Ocak 2007). Gebelerde Demir Destek Programı Uygulaması, *Genelge*, 2007/6.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Üreme Organları ve Gebeliğin Oluşumu. *Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı*, 955, Ankara: Anıl Reklam Matbaacılık.

Sağlık Bakanlığı, (2014). *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi*, 924, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2015). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 1054, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Sosyal Güvenlik Kurumu, (2013). *Genel Sağlık Sigortası*, Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi: 2013/12, Yayın No: 79, Nisan 2013, Ankara.

Sönmez, Y. (2007). Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 16, 1-9.

Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S. ve Semiz, O. (2006). Gebelerin gebelik süreciyle ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 92-104.

Taşkın, L. (2011). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 1-17.

Taşkın, L. (2011). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 69-84.

TNSA (Kasım, 2014). 2013 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: Elma Teknik Matbaacılık.

TÜİK (2014a). *Nüfus ve Demografi*. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına Göre Toplam Doğurganlık Hızı, Hayati İstatistikler, Doğum İstatistikleri. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim. 15.09.2015, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1452.

TÜİK (2014b). *Nüfus ve Demografi*. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına Göre Kaba Doğum Hızı, Hayati İstatistikler, Doğum İstatistikleri. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim. 15.09.2015, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1451.

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Ana Rapor (2005). NEE-HÜ.06.02, Ankara: Elma Teknik Matbaacılık.

WHO (2016, Kasım). Maternal mortality, Erişim 08.04.2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>.

WHO (2015, Şubat). Maternal, newborn, child and adolescent health, Erişim 18.04.2017, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/news_events/news/quality-of-care-network/en/.

WHO (2015). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Zhao, Q. Huang, Z.J., Yang, S., Simith, B. ve Xu, B. (2012). The utilization of antenatal care among rural-to-urban migrant women in Shanghai: a hospital-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12, 1-10.

FORMLAR

FORM 1

ANKET FORMU

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD Yüksek lisans Programı tezinde kullanmak üzere anket soruların yanıtlayarak katkıda bulunmanızı diler ve katkınız için teşekkür ederiz.

1) Yaşınız kaç?

a. 18 yaş altı b. 18-35 arası (18-35 yaş dahil) c. 35 yaş üstü

2) Öğrenim durumunuz nedir?

a. Okur-yazar değil b. Okur-yazar c. İlkokul d. Ortaokul e. Lise f. Üniversite

3) Çalışıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

4) Eşinizin öğrenim durumu nedir?

a. Okur-yazar değil b. Okur-yazar c. İlkokul d. Ortaokul e. Lise f. Üniversite

5) Eşinizin sürekli çalıştığı gelir getiren bir işi var mı?

a. Evet b. Hayır

6) Aylık geliriniz nedir?

a. 500 ve altı b. 501-1000 c. 1001-1500 d. 1501-2000 e. 2001 ve üstü

7) Eşinizle akrabalığınız var mı?

a. Evet b. Hayır

8) Sosyal güvenceniz var mı?

a. Evet b. Hayır

9) Evde yaşayan kişi sayısı kaç?

... 4 ve altı ... 5 ve üzeri

10) Gebelik ile ilgili sorular

	0	1	2	3	4 ve üstü
1) Gebelik Sayısı					
2) Kürtaj Sayısı					
3) Düşük Sayısı					
4) Ölü Doğan Çocuk Sayısı					
6) Canlı Doğan Çocuk Sayısı					
7) Yaşayan Çocuk Sayısı					

11) Bu gebeliğiniz istenen bir gebelik miydi?
a.Evet b.Hayır

12)Bu gebeliğiniz tedavi ile olan bir gebelik mi?
a.Evet b.Hayır

Bu gebeliğiniz ilk gebelik ise 13-14-15. soruları atlayınız

13)Daha önceki gebeliğinizde herhangi bir sağlık probleminiz oldu mu?
a.Evet b.Hayır evet ise.....

14)Daha önceki gebelikte bebek ile ilgili herhangi bir sağlık problemi oldu mu?
a.Evet b.Hayır evet ise.....

15)Daha önceki gebeliğinizdeki doğum şekliniz?
a.Normal doğum b.Sezeryan doğum

16) İlk kontrole geldiğinizde kaç aylık gebeydiniz?
a.1ay b.2ay c.3ay d.4ay e.5ay f.6ay

17) Düzenli olarak gebelik kontrollerinizi yapıyor musunuz?
a.Evet b.Hayır

18)Kontrole nereye gidiyorsunuz?
a.Sağlık Ocağı (ASM) b.Devlet Hastanesi c.Özel Hastane d.Üniversite/egitim hastanesi

19)Gebeliğiniz için kontrole kaç kere geldiniz?
a.1-3kez b.4-6 kez c.7-9 kez d.10 ve üzeri

20) Gebelik ile ilgili bilgi edindiğiniz kaynak hangileridir?
a.Kitap-dergi b.İnternet-TV c.Komşu d.Aile büyükleri e.Sağlık personeli
f. Hiçbiri

21)Kronik bir hastalığınız var mı?
a.Evet b.Hayır evet ise.....

22)Aşağıda verilen gebelikte hizmetlerinden hangilerini / kaç kez aldınız?

	Hiç almadım	1 kez	2 kez	3 kez	4 ve üstü
1)Boy					
2)Kilo Ölçümü					
3)Tansiyon Ölçümü					
4)Kan tahlili					
5)İdrar Tahlili					
6)Kan grubu tayini					
7)Tiroid Testleri					
8)Çocuk kalp seslerinin dinlenmesi					
9)Karnın elle muayenesi					
10)Ultrason ile muayene					
11)Vajinal (alttan) muayene					
12)Smear Testi alınması					
13)İkili test					
14)Üçlü test					
15)Kanda Ffdna araştırma					
16)Amniyosentez					
17)OGTT (şeker yükleme testi)					
18)Fetal Eko(Bebeğin kalp hastalığı yönünden taranması)					
19)TORCH					
20)Hepatit taraması					
21)VDRL (sifiliz testi)					
22)HIV testi					
23)Demir hapı verilmesi					
24)Folik asit verilmesi					
25)Tetanoz aşısı yapıldı mı					
26)Emzirme Eğitimi					
27)Bebek ve anne beslenme eğitimi					
28)Gebelik ve lohusalıkta egzersiz eğitimi					
29)Doğum sonrası kontrasepsiyon (aile planması) danışmanlığı					

23)Gebelik öncesi bir hastalığınız var mıydı?

a. Evet b. Hayır evet ise.....

24)Gebelikte gelişen hastalık veya komplikasyon var mı ?(previa, preeklampsi, gestasyonel HT vs)

a.Evet b. Hayır evet ise

25)Bebğinizin doğum şekli nasıl ?

a.Normal Doğum b.Sectio(Sezeryan Doğum)

26)Bebğinizin doğum haftası kaç

a. 37.haftadan önce b.37-40. hafta arası (37-40.hf dahil) c.40 hafta üstü

27)Emr var mı?

a. Evet b.Hayır

28)Bebek doğum kilosu kaçtı ?

a. 2500 gr altı b. 2500-3999 gr arası c.4000 gr ve üstü

29)Bebekte anomali vs var mı ?

a.Evet b.Hayır

30)Doğumda komplikasyon var mı ?

a. Evet b.Hayır

31)Bebek yenidoğana yattı mı niçin yattı belirtiniz ?

a. Evet b.Hayır

FORM 2**SAĞLIK BAKANLIĞI GEBELİKTE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU****A-Tıbbi Öykü**

1. Kardiyovasküler hastalıklar
2. Jinekolojik hastalıklar: Pelvik kitle, myom, uterin malformasyon vb.
3. Diabetes mellitus
4. Diğer endokrin hastalıklar: Hipotroidi, hipertroidi, guatr, hiperlipidemi vb.
5. Epilepsi
6. Diğer serebrovasküler ve nörolojik hastalıklar: Anevrizma, fistül vb.
7. Psikiyatrik hastalıklar: Depresyon vb.
8. Kronik hipertansiyon
9. Solunum sistemi hastalıkları: Astım, KOAH vb.
10. Renal hastalıklar: Pyelonefrit, nefrotik sendrom, kronik böbrek yetmezliği vb.
11. Hematolojik hastalıklar: Orak hücreli anemi, talasemi, koagülasyon bozukluğu vb.
12. Enfeksiyon hastalıkları: Tüberküloz, sıtma, HBV, HCV, HIV, vb.
13. Romatolojik hastalıklar: Sistemik lupus eritematosus vb.
14. Venöz tromboemboli
15. Neoplazmlar
16. Kalıtsal Hastalıklar: Konjenital hastalıklar, kas hastalıkları, metabolik hastalıklar vb.
17. Ortopedik bozukluk: DKÇ (Doğumsal kalça çıkığı), skolyoz vb.
18. Akraba evliliği
19. İlaç kullanımı ve zararlı madde bağımlılığı: Sigara, alkol vb.
20. Düşük sosyoekonomik durum

B-Obstetrik Öykü

1. Geçirilmiş uterin cerrahi: Sezaryen, myomektomi, metroplasti, septum rezeksiyonu vb.
2. Pelvik kitle, myom, uterin malformasyon
3. Tekrarlayan düşük: 3 ve üzeri
4. Düşük doğum ağırlığı bebek öyküsü 2500gr.↓
5. Makrozomik bebek öyküsü 4000gr.↑
6. Ölü doğum, yenidoğan ölümü

7. Eklampsi-preeklampsi öyküsü
8. Erken doğum öyküsü,
9. Postterm doğum öyküsü
10. Anomalili bebek öyküsü
11. Gestasyonel diabetes mellitus öyküsü
12. Venöz tromboemboli öyküsü
13. Ektopik gebelik öyküsü
14. Rh uyuşmazlığı
15. Antepartum ve postpartum kanama öyküsü
16. Zor ve müdahaleli doğum öyküsü
17. Plasenta previa, plasenta dekolmanı öyküsü

C- Mevcut Gebeliğin Değerlendirilmesi

1. 18 Yaş altı
2. 35 Yaş üstü
3. Rh uyuşmazlığı
4. Çoğul gebelik
5. İki yıldan sık aralıkla gebelik
6. Sigara, alkol kullanımı
7. Grand multiparite: 5 ve üzeri doğum
8. Gestasyonel diyabet
9. Plasenta previa
10. Venöz tromboemboli
11. Varis
12. Polihidramnios-oligohidramnios
13. Anomalili fetus
14. Servikal yetmezlik
15. Vajinal kanama
16. Preeklampsi-eklampsi
17. Gebelikte cerrahi müdahale geçirilmesi: Apendektomi vb.
18. Yatış gerektiren hiperemesis gravidarum
19. Preterm eylem
20. Gebelikte travma geçirilmesi
21. Şiddetli enfeksiyon

22. Ciddi anemi
23. Preterm erken membran rüptür (EMR)
24. Vücut kitle indeksi $>30\text{kg/m}^2$
25. Vücut kitle indeksi $<18\text{kg/m}^2$
26. İnfertilite Sonrası Gebelik
27. Anormal pap smear
28. Sistit
29. İntrauterin gelişme geriliği
30. Gestasyonel haftası ile uterus büyüklüğü, uygunsuzluğu (± 4 cm fark)
31. 10-12. haftalardan itibaren el doppleri, 16-20. haftalardan itibaren fetal steteskop ile fetal kalp seslerinin duyulmaması, 20. haftadan sonra gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi
32. Pelvik kitle, myom, uterin malformasyon

Risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka “Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı” bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonrası önerileri doğrultusunda izlemlere, birinci veya ikinci basamakta devam edilir (Sağlık Bakanlığı 2014).

ETİK KURUL ONAYI**KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI****T.C
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI**

Sayı : 06
Konu : Etik Kurul Karar

16/10/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 07/10/2015 tarihli ve 6946409/302.14-42 sayılı yazınız.

Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü öğretim üyesi Doç.Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Özge TAŞTEKİN'in 'Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi Gebe ve Doğum servisine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmasına etki eden faktörlerin incelenmesi.' başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması ile ilgili yazınız ve ekleri 16.10.2015 tarihli Etik Kurulumuzda görüşülmüş olup, etik açıdan uygun olduğuna dair karar formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sema BASAT
Etik Kurul Başkanı

EK: Karar Formu (2 sayfa)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2015-SBEK-06)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	BİR EĞİTİM-ARAŞTIRMA HASTANESİ GEBE VE DOĞUM SERVISİNE BAŞVURAN GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNDEN YARARLANMASINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P06R00

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2
	TELEFON	0288 212 26 80
	FAKS	0288 212 26 90
	E-POSTA	sabe@klu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğrenci/ Özge TAŞTEKİN			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
	KORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ			
	KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı			
	BAŞVURULAN ETİK KURUL ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ	YOK			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	YOK			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	YOK			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2015-SBEK-06)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	BİR EĞİTİM-ARAŞTIRMA HASTANESİ GEBE VE DOĞUM SERVİSİNE BAŞVURAN GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNDEN YARARLANMASINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P06R00

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	05.10.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	05.10.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>						
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu İzin Belgeleri Özgeçmişler CD					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:06	Tarih: 16.10.2015					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Sema BASAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Sema BASAT (Başkan)	İç Hastalıkları	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan Yardımcısı)	Nükleer Fizik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ (Raportör)	Klinik Biyokimya	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Aygül YANIK	İşletme Yönetimi ve Organizasyon	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098-604.01.01-E.4564
 Konu : Etik Kurulu Kararı

11/12/2015


E-İmzalıdır

Sayın Özge TAŞTEKİN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi Gebe ve Doğum Servisine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanmasına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
 Etik Kurulu Başkanı



EK:
 -Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 11/12/2015 tarihinde e-imzalanmıştır.
 Doğrulama Kodu: <http://ehys.medipol.edu.tr/e-imza/confirmation/Code/DocumentViewer.aspx?Code=C3BA1519X2>

Kavacık Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 Beykoz / İSTANBUL
 Tel: (216) 681 5100 Faks: (212) 531 7555

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi Gebe ve Doğum Servisine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanmasına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Özge Taştekin			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

ASLI GİBİDİR

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	24.11.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	24.11.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 619		Tarih: 09/12/2015			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>

* :Toplantıda Bulunma

ASLİ GİBİDİR

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Özge	Soyadı	Taştekin
Doğ. Yeri	Adıyaman	Doğ. Tar.	1993
Uyruğu	T.C.	E-mail	ozge_tastekin02@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik	2013

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	SBÜ İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-halen
Hemşire	Acıbadem Sağlık Grubu	17.07.2013-02.12.2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	ÜDS/YDS/YÖK DİL PUANI	(DİĞER) Puanı
İngilizce	orta	zayıf	orta	-	-

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı (2016)	71,7	69,7	60,8

Yayınları/ Tebliğleri Sertifikaları/ Ödülleri

Çocuklarda Solunum Yolu Hastalıklarının Tedavisinde İnhalasyon Teknikleri Konulu Workshop 2017

Pediyatri Kardiyopulmoner Resüsitasyon Simülasyon Eğitimi 2017

Sertifikalar

İstanbul Üniversitesi Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Sertifikası 2016