

T.C.  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Kadın Hastalıkları ve  
Doğum Hemşireliği Bilim Dalı  
Tez Yöneticisi  
Doç.Dr.Anahit COŞKUN

**AİLELERİN  
ANTENATAL BAKIMA İLİŞKİN  
EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN SAPTANMASI VE  
BU GEREKSİNİMLERİN SAĞLIK KURULUŞLARINCA  
KARŞILANABİLİRLİK DURUMUNUN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM  
DOKÜMANTASYON  
KURULU  
KARNEZİ

(Yüksek Lisans Tezi)

111550

111550

NERMİN DEMİR

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
1. GİRİŞ	1
2. ÇALIŞMANIN AMACI	3
3. GENEL BİLGİLER	4
3.1. GEBELİĞİN OLUŞUMU	4
3.2. GEBELİKTE OLUŞAN FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	5
3.2.1. GENİTAL ORGANLARDAKİ DEĞİŞİKLİKLER	5
3.2.2. EKSTRAGENİTAL ORGANLARDAKİ DEĞİŞİKLİKLER.	7
3.2.3. GEBELİKTE OLUŞAN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	9
3.3. GEBELİKTE RİSKLİ DURUMLAR	11
3.4. ANTENATAL BAKIM	17
4. MATERYAL VE METOD	27
4.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	27
4.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	27
4.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	27
4.4. ARAŞTIRMANIN ANALİZİ	28
5. BULGULAR	29
5.1. GEBELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	29
5.2. GEBELERİN OBSTETRİK ANAMNEZLERİ	30
5.3. ŞİMDİKİ GEBELİKLE İLGİLİ VERİLER	35
5.4. ARAŞTIRMANIN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ HASTANELERDEKİ ANTENATAL HİZMET DÜZEYİNİ GÖSTEREN VERİLER	41
5.5. GEBELERİN ANTENATAL BAKIM KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE BAŞARI DURUMLARININ BAZI PARAMETRELERLE OLAN İLİŞKİLERİNE YÖNELİK VERİLER	45
6. TARTIŞMA	59
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	67
8. ÖZET	70
9. SUMMARY	72
KAYNAKLAR	74
ÖZGEÇMİŞ	80

# 1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin amacı, toplumda bulunan her bireyin beden ve ruh sağlığını korumak, tıbbi bakım hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasını ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasını sağlamaktır(13,23).

Sağlıklı bir toplumun tanımlanmasında bireylerin sağlıkları önemli bir kriter oluşturduğuna göre, bireysel sağlık, fertilizasyonla başlamakta, intrauterin dönem de dahil olmak üzere yaşam boyu sürüp gitmektedir. İnsan yaşamın her döneminde sağlığının bozulması tehlikesiyle karşı karşıyadır. Ancak çocukluk, gebelik ve yaşlılık dönemleri hassas ve sağlığın en kolay bozulabileceği dönemlerdir. Bu nedenle bu grubu oluşturan kişilerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaya gereksinimleri vardır.

Gebelik, hem anne hem de bebeğin sağlığıyla ilgili olduğundan en fazla dikkatin ve özenin gösterilmesi gereken dönemdir. Bebeğin intrauterin dönemden başlamak üzere sağlıklı büyüme ve gelişme göstermesi annenin sağlığıyla doğrudan ilişkilidir. Bu anlamda annenin sağlığını korumak, bebeğin ve yeni neslin sağlığını korumak demektir.

Kadının doğurganlık görevi nedeniyle aynı yaş grubundaki erkeklerle oranla gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin nedenlerle mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır(1,13,32,48,49).

Erken ve geç yaşta, sık aralıklı ve çok sayıdaki gebeliklerin doğum öncesi, anı ve sonrası komplikasyon riskini arttırdığı ve anne ölümlerinin büyük çoğunluğunun bu tür gebeliklerde görüldüğü belirlenmiştir.

Anne ve fetusun gebelik süresince takibi, sağlığının düzenli kontrolü normalden sapmaların erken tanısı gerekli bakım ve tedavisinin zamanında yapılması ve doğumların uygun ünitelerde, ehil kişiler tarafından gerçekleştirilmesi hizmetlerinin tümü antenatal bakım olarak tanımlanır. Antenatal bakım günümüzde tüm dünyada benimsenmiş, yasa ve yönetmeliklere bağlı bir sağlık politikası olarak kabul edilmiştir(20,28,30,50,52).

Ülkemizde antenatal bakım çalışmaları son 30 yıldan bu yana sürdürülmektedir. Ancak bu çalışmalara rağmen her yüzbin kadınıımızdan 150'si gebelik, doğum, düşük ve lohusalık nedeniyle ölmektedir. Aynı oran gelişmiş ülkelerde yüzbinde 4-10 arasındadır(52).

Antenatal hizmetlerden yararlananların büyük çoğunluğunun en az ilkokul mezunu olduğu ve şehir merkezlerinde yoğunlaştığı görülmektedir. İstatistiklere göre ülkemiz kadınıında okur-yazar oranı, sadece % 68.3'tür. Bu oran, doğu bölgelerimiz ve kırsal yörelere doğru gidildikçe önemli ölçüde azalmaktadır. Görüldüğü gibi kadınların eğitim düzeyi ile antenatal hizmetlerden yararlanma durumu birbiriyle yakından ilişkilidir(1,51).

Kırsal yörelerdeki kadınlarımız arasında gebelik ve doğumun kendi kendine gelişen, özel bakıma ihtiyaç göstermeyen doğal bir olay olduğu kanısı yaygındır. Bu nedenle, doğum öncesi, anı ve sonrası sağlık kontrolünden geçme ve sağlık personelinden yararlanma gereksinimi duyulmamaktadır(13).

Oysa kadınlarımızın okuma-yazma oranının yükseltildiği ve yetiştirilmiş personel nezaretinde antenatal bakımdan yararlanmaları sağlandığı takdirde ana ölüm hızı ciddi boyutlarda azalacaktır.

## 2. ÇALIŞMANIN AMACI

Toplumumuzda kadınların antenatal bakımdan yeterince yararlandırılmadığı ve gebelerin kendi öz bakımlarını sağlayabilmeleri için yeterli bir eğitime sahip olmadıkları hipotezinden yola çıkarak çalışmamız; anne adaylarının gebelik dönemine ilişkin eğitim gereksinimlerini saptamak ve sağlık kuruluşlarında bu gereksinimlerin karşılanabilirlik derecesini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## 3. GENEL BİLGİLER

---

### 3.1. GEBELİĞİN OLUŞUMU

Gebelik olgun bir ovumun sağlıklı bir spermatozoa tarafından aşılmasıyla başlar .Aşılma ya da fertilizasyon, spermatozoanın ovum içine girmesi ve nukleuslarının birleşerek tek bir hücre halini alması olayıdır. Böylece ebeveynler kendilerine özgü katılım özelliklerini, oluşan yeni varlığa aktarırlar(2,41).

İnsan vücudundaki her hücrede 46 kromozom olmasına karşılık olgun sperm ve ovumdaki kromozom sayısı 23'tür. Bunlardan 22 tanesi otozom, 1 tanesi de yeni varlığın cinsiyet özelliğini belirleyen sex kromozomudur(2,22,41,56,57).

Her iki üreme hücresinin birleşmesiyle oluşan ve 46 kromozoma sahip yeni hücreye Zigot adı verilir. Çoğalma ve gelişme özelliğine sahip "zigot"tan embriyo ve fetus gelişir.

Sağlıklı bir fertilizasyon için kadın ve erkeğe ait koşulların tam ve kusursuz olması gerekir.

Kadın için, hormonal düzeyin ve ovülasyon siklüsünün dengede olması ve genital yollarda herhangi bir tıkanıklığın bulunmaması önemlidir.

Erkek açısından ise hormonal düzeyin normal sınırlarda, spermatozoaların sayıca yeterli, hareketlilik yeteneğinin kusursuz ve morfolojik açıdan da herhangi bir bozukluğun olmaması gerekir.

Tubalarda fertilizasyon oluştuktan sonra zigot, yaklaşık 3 günde kavum uteriye taşınır ve yaklaşık 8 gün sonra uterusun üst segmentlerine implante olur. Bu arada, bir yandan plasenta gelişip yeni varlığın gereksinimlerini karşılamaya çalışırken, diğer yandan canlı varlığın büyüüp geliştiği görülür.

İntrauterin büyüme ve gelişme farklı özellikleri nedeniyle iki aşamada incelenir. Bunlardan ilki olan embriyonal dönemde fetusun organogenez aşaması tamamlanır. Fetal dönem olarak nitelendirilen ikinci dönemde ise taslağı oluşan tüm organlar hızlı bir büyüme sürecine girer ve dış ortamda yaşamını sürdürebilecek kapasiteye ulaşır(2,10).

### **3.2. GEBELİKTE OLUŞAN FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER**

Fetus büyüme ve gelişimini sürdürürken, anne organizmasında gebeliğe uyum sağlamak için bir takım değişiklikler meydana gelir. Sağlıklı bir kadın bu değişikliklere uyum sağlayıp gebelik sürecini herhangi bir sorunla karşılaşmadan geçirebilir.

#### **3.2.1. GENİTAL ORGANLARDAKİ DEĞİŞİKLİKLER**

##### **UTERUSTAKİ DEĞİŞİKLİKLER(2,10,39,41,57)**

Normalde ağırlığı 60-80 gr olan uterus, gebelikte hiperplaziye uğrayarak 1000-1500 gr'a kadar ulaşır. Uterus, fetusun büyümesine paralel olarak karın boşluğuna doğru yükselir.

Bu arada uterusun kıvamında da değişiklikler olur. İstmus gebeliğin 3. ayından itibaren hipertrofiye uğrayarak kavum uteri ile birleşir.

Gebeliğin erken döneminde serviks, ödem ve hiperemi nedeniyle mor renktedir. Servikste ki salgı bezlerinin proliferasyonu sonucu salgısı artar. Koyu ve yapışkan karakterli bu salgı servikal kanalı doldurarak dış etkenlere karşı bir tıkaç görevini üstlenir. Mukus tıkaç adı verilen bu yapı, doğumun başlangıcında "nişan" olarak atılır.

### ***TUBA VE OVERLERDEKİ DEĞİŞİKLİKLER***

Tubalar hipertrofik ve ödemlidir. Overlerde de fonksiyon durmuştur(2,10,41).

### ***VAGİNADAKİ DEĞİŞİKLİKLER***

Gebelikte hiperemi nedeniyle vagina da karakteristik mor rengini alır. Ayrıca vagina duvarları doğumda mekanik zorlamalara karşı uyumu kolaylaştırmak için hiperplazi ve hipertrofiye uğrar. Vaginal sekresyonun artmasıyla beraber vagen ph'sı 3'e kadar yükselir(2,10,39,41,57).

### ***MEMELERDEKİ DEĞİŞİKLİKLER***

Sekonder sex karakterlerinden olan memeler, gebelikte östrojen ve progesteron etkisiyle hiperplazi ve hipertrofiye uğrar. Meme içindeki süt kanalları genişler ve uzar. Lobüller ve achini kesecikleri gelişir. Meme ucu büyür, areolalar genişler ve pigmentasyonu artar. Montgameri tepecikleri daha da belirginleşir. Son trimesterde achini keseciklerinde süt salgısı başladığından meme uçlarının sıkılmasıyla kolostrum salgısı akar. Tüm bu gelişmeler sonucu memeler büyür ve meme cildinde strialar gelişir(2,10,39,41,57)



### 3.2.2. EKSTRAGENİTAL ORGANLARDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

#### *KARDİO-VASKÜLER DEĞİŞİKLİKLER(2,10,29,39,41,57)*

Gebelikte kan volümünün artması, anne dolaşımına plasental dolaşımın eklenmesi, kalbin pozisyonunun değişmesi dolaşım sistemini zorlar ve kalbe büyük bir yük getirir. Sağlıklı gebede kalp hipertrofiye uğrayarak yeni duruma uyum sağlar.

Gebelikte kan volümünde ve kan elementlerinde artış görülür. Plazma % 75, eritrositler % 25 oranında artar. Bu orantısız artış, hemoglobin ve hematokrit oranında azalmaya neden olur. Kan tablosundaki bu değişiklikler fizyolojik anemi olarak adlandırılır. Gebelikte lökosit ve trombositlerde de artış görülür.

Kalbin vücuda pompaladığı kan volümü 10. haftadan itibaren artar ve kalp atım hızında ortalama 10-15 atımlık bir artış gözlenir.

Gebeliğin ilk trimesterinde kan basıncında bir düşüş görülür. Gebelik döneminin sonlarına doğru gebelik öncesi düzeyine ulaşır. Kan basıncının 140/90 mmHg üstünde olması patolojiktir ve preeklampsi belirtisi olarak nitelendirilir.

Gebeliğin ilerlemesiyle alt ekstremitelerde venöz basınç artar. Bu da ödem ve varislerin oluşumuna neden olur. Uterusun vena kava inferior ve diğer venlere yaptığı basınç, venöz geri dönüşün ve kalp debisinin azalmasına, bunun sonucunda da supin hipotansif sendromunun gelişimine yol açar.

#### *SOLUNUM SİSTEMİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLER*

Gebelikte diyafragmanın yükselmesiyle akciğerlerde kalan rezidual volüm azalır(41). Ancak vital kapasite değişmez(2). Gebelik ayı ilerle-

dikçe, artan O<sub>2</sub> ihtiyacına paralel olarak tidal volümde bir miktar artış meydana gelir. Ancak bu artış hiçbir zaman O<sub>2</sub> ihtiyacını karşılayabilecek oranda olmaz. Solunum hızında da bir miktar artış gözlenir. Bazı gebelerde dispne görülebilir. Dispne normal fizyolojik bir belirti olmasına rağmen, bazen anemi ve akciğer ödemi belirtisi de olabilir(10,29,57).

### ***ÜRİNER SİSTEM DEĞİŞİKLİKLERİ***

Gebe kadın kendi böbrek fonksiyonlarına ilave olarak fetusun artık maddelerini de atmak zorundadır. Bu nedenle renal plazma akımı ve dolayısıyla glomeruler filtrasyon hızı artar. Bunların neticesinde glukoz ve aminoasit gibi maddelerin reabsorbsiyonu azalır. Aminoasit atımı 24 saat/2 gr. üstüne çıkarsa tehlikeli olur. Gebelikte kandaki antidiüretik hormon seviyesi yükselir. Bunun sonucunda böbreklerden su ve tuz reabsorbsiyonu artar ve alt ekstremelerde ödem meydana gelir(2,10,29,39,41,57).

### ***SİNDİRİM SİSTEMİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLER(2,10,29,41,57)***

Gebelikte dişetleri ve ağız mukozası hiperemik ve ödemlidir. En küçük bir travmayla kanar. Gingivitis kolayca gelişir. Tedavi edilmezse dişlerde çürümeler meydana gelir. Tükrük salgısı artmıştır.

Ösofagus ve kardial sfinkterlerinde hormonal nedenlerle hipotoni ve hipotomotilite gelişir. Bunun neticesinde regürjitasyon, pirüritis ve epigastrik ağrı olur.

Mide tonüsünde ve motilitesinde progesteron etkisiyle değişiklikler meydana gelir. Besinlerin midede kalış süresi uzar. İlk aylarda bulantı ve kusmalar sıkça görülür.

Düz kaslardaki hipotoni sonucu barsak peristaltizmi azalmış ve boşalması gecikmiştir. Konstipasyon gelişebilir.

### ***İSKELET SİSTEMİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLER***

Östrojen ve progesteron etkisiyle bağ dokularında ve eklemlerde yumuşama ve gevşeme meydana gelir. Karnın öne doğru büyümesi ağırlık merkezini vücudun ön ekssesine doğru kaydırır. Dengelemek için göğüs ve omuzlar geriye doğru gider. Tipik bir lomber lordozis oluşur. Bu durum, özellikle son aylarda bel ve sırt ağrılarına neden olur(2,10,41,57).

### ***DERİ VE KARIN DUVARINDAKİ DEĞİŞİKLİKLER(2,10,39,41,57)***

Gebelikte melanosit stimulan hormon etkisinin artmasıyla pigmentasyon artışı olur. Yüzde alında, areolada, göbekte, vulva ve anüs etrafında renk değişiklikleri görülür.

Gebelikte kortikosteroid hormonların etkisinin artması ve mekanik gerilme nedeniyle deride, özellikle karın derisinde memelerde ve kalçalarda ince, birbirine paralel pembe-mavi renkli strialar oluşur.

Gebelikte ayak bileklerinde, kalçalarda kapiller damar genişlemelerine sık rastlanır. Bu tür varisler ağrı yapmaz, gebelikten sonra geriler.

Karın duvarı gebeliğin 5. ayından itibaren genişlemeye ve gerilmeye başlar. Karın duvarı gerildikçe deri altındaki fasya da incelir. Rektus kasları orta hatta birbirinden ayrılabilir (Diastazis recti). Çok sık ve fazla doğum yapanlarda diastozis rekti daha sık oluşur.

### **3.2.3. GEBELİKTE OLUŞAN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER(2,6,10,11,22,29,55)**

Gebelik, mutlu bir olay olmasına karşın, kadının vücut görüntüsünü, sosyal ilişkilerini ve aile içindeki rolünü değiştiren bir durum olduğundan kabulü zor bir olaydır. Kadının gebeliğe karşı tepkisini etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlar;

- kadının kişisel deneyimleri
- kültür düzeyi ve yaşam felsefesi
- ailedeki mutluluk derecesi
- ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları
- ailenin sosyo ekonomik yapısı,
- çocuk sayısı,
- gebeliğin istenen ya da istenmeyen, planlanmış ya da planlanmamış bir gebelik olmasıdır.

Kadının gebelik boyunca yaşadığı emosyonel değişiklikler trimesterlere göre incelenir:

**I. Trimester:** Gebeliğini öğrenen kadın, gebeliği planlanmış bile olsa, çocuk sahibi olmak için doğru zamanlama yapıp yapmadığı konusunda kararsızdır. Gebeliğe ve anneliğe uyumu ile ilgili birtakım sıkıntıları vardır. Bu konuda çelişkili duygular yaşar. İlk trimesterde gebelerin duyguları, şüphe ve mutluluk arasında gider gelir. Bu dönemde kadın, içe dönük ve değişken bir ruh haline sahiptir. Bebeği ve kendi ile ilgili hayallere dalar. Düşünürken içine kapanır, gülerken kolayca ağlayabilir.

**II. Trimester:** Bu evre kadının en rahat ve huzurlu geçen dönemidir. Artık gebeliği gerçekten kabul etmiştir. Çocuk hareketleri bu dönemde hissedilir. Hayallere dalar, çevresinden kopup bebeği ile yaşamaya başlar. Narsist davranışlar içine girer. Yavaş giyinir, aynada kendini ve hareketlerini izler. Gebeliğini göstermeye çalışır. İçe dönük duyguları devam eder. Bu dönem kadının eğitime en açık olduğu dönemdir. Doğum ve bebekle ilgili kitaplar okur. Ebeveyn sınıfı eğitim programlarına katılır.

**III. Trimester:** Bu dönemde hem gebelikten gurur duyma hem de doğumdan korkma ile ilgili çelişkili duygular yaşanır. Psikolojik yapı dalgalanmalar gösterir. Kendini çirkin hiseder. Cinsel isteği azalır. Doğum ve bebekle ilgili gereksinimler tamamlanmaya çalışılır. Kadının doğumla ilgili korkuları başlar. Sık sık bebeğinin öleceğini düşünür. Anksiyetesi artar, içe dönük hali devam eder.

### 3.3. GEBELİKTE RİSKLİ DURUMLAR

Gebelik normal fizyolojik bir süreç olmasına rağmen, kadının organizmasında gebeliğe uyum sağlamak için bir takım değişiklikler meydana gelir. Kadın, vücudunda oluşan bu değişikliklere uyum sağlayıp bu dönemi sağlıklı atlatabileceği gibi, bazen de sorunlarla karşılaşabilir. Çünkü gebelik hastalık ve sağlık sınırını yaklaştıran bir dönemdir. Bu dönemdeki küçük bir sapma ya da denge bozukluğu hem anne hem de fetusun sağlığını tehlikeye sokar(2,10,41,47,57).

Gebeliğin normal seyrini bozan oluşumlar iki esas bölümde incelenir:

- Kadının gebelik öncesi varolan hastalıkları ve kötü alışkanlıkları
- Gebeliğin yol açtığı komplikasyonlar

#### *I- Kadının gebelik Öncesi Varolan Hastalıkları ve Kötü Alışkanlıkları*

Kadının gebelik öncesi varolan ve gebeliği komplike hale getiren hastalıklardan Diabetes Mellitus, kalp hastalıkları, hematolojik bozukluklar, enfeksiyon hastalıkları en sıklıkla görülenler arasında sayılabilir.

#### **DIABETES MELLİTUS**

Kadının metabolizmasında fetusun gereksinimlerini ön plana alan köklü değişiklikler olur. Plasentadan salgılanan ve insüline zıt etki gösteren plasenta laktojenik hormon etkisiyle annedeki glukozun kullanımı zorlaşır ve glukozun büyük bir kısmı fetusa geçer. Anne kanında glukoz seviyesi yükseldikçe insülin salgısı da artar ancak kullanılamaz. Bu nedenle gebelik diabetojenik etki gösterir. Gizli kalmış diabetin ortaya çıkışını kolaylaştırır. Diabetli kadının gebeliğe uyumu ayrı bir önem taşır. Bu tür

gebelerin gebelikleri süresince antenatal kontrollerin yanısıra, dahiliye kontrollerinin de sık aralıklarla yapılması gerekir. Gebelik öncesi uygulanan tedavinin özellikle gebeliğin ikinci yarısından itibaren değişeceği ve diabetli kadının insülin gereksiniminin artacağı unutulmamalıdır(2,10,39,41,47,57).

### ***KALP HASTALIKLARI***

Normal bir gebelikte bile meydana gelen kardio-vasküler değişiklikler kalbi geçici de olsa büyük yük altına sokar. Bu nedenle organik bir bozukluğa sahip bir kadının gebeliğe uyumu zor olur. Hastalığın niteliğine ve yarattığı sorunlara göre gebeliğe devam veya sonlandırma kararı alınır(2,39,41,47).

### ***HEMATOLOJİK BOZUKLUKLAR***

Gebelikte demir ve folik asit ihtiyacı artar. Annedeki beslenme bozukluğu, bulantı, kusmalar, vitamin eksiklikleri, çok ve sık doğumlar nedeniyle depolar bu ihtiyacı karşılayacak kapasitede değildir. Tüm bunlara, annenin demir eksikliği anemisi, folik asit yetmezliği, orak hücre anemisi eklenince çok daha ağır bir anemi tablosu ortaya çıkar. Aneminin türüne ve derecesine göre tedavi edilir(2,10,39,41).

### ***ENFEKSİYON HASTALIKLARI(2,3,10,39,41,47,57)***

Gebelikte enfeksiyonların anne ve fetusu etkileme biçimi mikroorganizmanın türüne, etki mekanizmasına, gebelik haftasına ve plasentadan geçme durumuna göre farklılıklar gösterir.

TORCH enfeksiyonları (Toxoplazmozis, Other, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex) gebelikte ayrı bir önem taşır. Çünkü bunlar anneden çok fetusta ağır lezyonlara yol açarlar.

İlk trimesterde geçirilmişse, genelde abortuslara neden olur. Abortusla sonuçlanmayan durumlarda mental gerilik, mikrosefali, işitme-görme bozuklukları, kalp lezyonlarına, ikinci trimesterde organ deformitelerine, üçüncü trimesterde de erken doğum ve ölü doğumlara neden olurlar.

Hastalıkların dışında kadının gebeliğini komplike hale getiren bazı durumlar ve kötü alışkanlıklar da vardır. Bunlar Rh uygunsuzluğu, adolesan gebelikleri ve sigara, alkol, ilaç kullanımındır.

### ***RH UYUŞMAZLIĞI***

Annenin Rh(-), babanın Rh(+) olması durumunda ortaya çıkabilecek bir komplikasyondur. Fakat esas sonucu fetusun Rh faktörü belirler. Fetusun Rh faktörü (-) ise problem yaratmaz. Ancak Rh faktörü (+) ise, gebelik süresince bazı immunolojik reaksiyonlar ortaya çıkabilir ve fetus zarar görür. Rh (+) antijenleri anne dolaşımına katılır ve anne kanında antikor oluşur. Oluşan bu antikorlar fetal dolaşıma geçer ve eritrositlerin hemolizine neden olur. Fetusta anemi ve sarılık meydana gelir. Aneminin derecesine göre kalp, beyin, karaciğer gibi organlarda kanama ve lezyonlar meydana gelir. Bu durumda fetusun ölümü kaçınılmaz olur(10, 39, 41, 47, 57).

### ***ADOLESAN GEBELİKLER***

18 yaşın altındaki gebelikler adolesan gebelik olarak tanımlanır. Bu yaşın altındaki gebeliklerin erişkin gebeliklere oranla fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönden daha fazla risk taşıdığı bilinmektedir(10,31,34,41,44,47,57).

### ***SİGARA***

Sigaranın insan üremesinde olumsuz etkileri belirlenmiştir. Gebelikte sigara kullanılması hem anne, hem de fetusta çeşitli komplikas-

yonlara neden olur. Çocukların sağlıklı, normal, gelişimi ve ileride entelektüel performanslarının yerinde olması için, gebelikte kesinlikle sigara kullanılmaması gerekmektedir(3,7,8,17,29,57).

### ***ALKOL VE İLAÇ KULLANIMI***

Alkol ve ilaçların tamamına yakını plasentadan kolaylıkla geçer. Alkol fetusta intrauterin gelişim geriliğine, mental gerilik, kalp ve ekstremite deformitelerine neden olur. İlaçlar da alındıkları gebelik haftasına, alışı süresine, miktarına ve plasenta tarafından tutulup tutulmayışına göre farklı olarak etki gösterirler(3,7,8,17,29,57).

### ***II- Gebeliğin Yolaçtığı Komplikasyonlar***

#### ***1- Gebeliğin Erken Döneminde Görülen Komplikasyonlar***

Bu dönemde görülen en önemli komplikasyon belirtileri kanama ve ağrıdır. Bunlardan başka aşırı bulantı ve kusmalar da önemli bir belirti olarak kabul edilir.

Kanama ve ağrıya yol açan komplikasyonlar şunlardır:

### ***DIŞ GEBELİK***

Zigot'un kavum uteri dışına yerleşip, geliştiği gebelik durumudur. Dış gebeliğin en sık rastalann şekli tuba gebeliğidir. Hangi tarafa lokalize olmuşsa o tarafta dolgunluk hissi ve ağrı hissedilir. Tuba rüptür olmuşsa ağrı, bıçak saplanır tarzda, özellikle sırt ve omuz bölgesinde hissedilir. Vaginal kanama, az miktarda ve koyu kahverengi renktedir. Acilen tanınması ve uygun cerrahi girişimin planlanması gerekir(2,38,39,41).

### ***SPONTAN ABORTUSLAR***

Gebeliğin, henüz fetusun uterus dışında yaşama şansına ulaşmadan sona ermesidir. Birçok ülkede teknolojik gelişmeler sayesinde 20.



gebelik haftasını doldurmuş fetus extrauterin yaşama şansına ulaşabilmektedir. Ülkemizde bu sınır 28. gebelik haftası olarak kabul edilmiştir. Spontan abortuslar fetusa, plasentaya ve anneye ait nedenlerle meydana gelir. Ağrı karın ve kasıklarda, kramp tarzındadır. Servikal kanal açılmış kırmızı renkte vaginal kanama mevcuttur(2,10,39,41,57).

### ***MOL HİDATİFORM***

Kavum uteride zigotu çevreleyen trofoblastların aşırı proliferasyonu ve dejenerasyonu sonucu oluşan bir hastalıktır. Çoğu kez embriyo gelişimi görülmez, ÇKS alınmaz. Uterus üzüm salkımını andıran saydam, yumuşak açık pembe renkli oluşumlarla doludur. Bu nedenle uterus gebelik ayına göre yumuşak ve büyüktür. Kadında; aşırı bulantı, kusmalar, üzüm salkımını andıran vaginal kanama ve ağrı belirtisi verir. Erken dönemde tanınması ve kavum uterinin boşaltılması gerekir(2, 10, 37, 39, 41, 57).

Kanama ve ağrı dışında görülen diğer bir önemli belirti de gebelikte görülen bulantı ve kusmalardır.

### ***HİPEREMEZİS GRAVIDARUM***

Şiddetli bulantı kusmayla seyreden ve etkili bir tedavi için hospitalizasyona gereksinim duyulan sendroma hiperemesis gravidarum denir.

Uzun süren kusma sonucu sıvı elektrolit kaybı, dehidratasyon, kilo kaybı ve açlık durumu meydana gelir. Bu komplikasyon anne ve fetusu olumsuz yönde etkileyeceğinden esas neden araştırılmalı, beraberinde semptomatik tedavi ve bakım planlanmalıdır(2,10,37,41,47,57).

## **2- Geç Gebelik Komplikasyonları**

### **PLASENTA PREVIA**

Plasentanın kavum uterinin alt segmentlerine, servikse yakın yerlerine implante olma durumudur. Gebeliğın ikinci yarısında, ağrısız başlayan, açık kırmızı renkte kanama ile kendini belli eden önemli bir komplikasyondur(2,10,29,37,39,41,57).

### **ABLATIO PLASENTA**

Plasentanın, doğumdan önce kısmen ya da tamamen ayrılması durumudur. Uterusta aşırı bir hassasiyet ve sertlik, karında yaygın ağrı ve şok belirtileri görülür. Kanama, plasentanın ayrılma yerine göre, uterus katmanlarına ya da vaginaya doğru olur(2,10,29,37,39,41,57).

### **PREMATÜR DOĞUM**

Doğumun, fetusun dış ortamda yaşama şansını elde ettiği 28-37 gebelik haftaları arasında başlaması durumudur. Kesin nedeni bilinmemesine rağmen annenin yaşı, uterus anomalileri, sık ve çok sayıdaki gebelikler, sigara, alkol kullanımı, beslenme bozukluğu, sistem hastalıkları, plasenta ve fetusa ait anomaliler gibi hazırlayıcı faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir(2,10,41,57).

### **MIAD GEÇMESİ**

Gebeliğın 42. haftaya ulaşmasına rağmen sonlanmaması durumudur. Nedeni bilinmemektedir. Burada gebelik yaşının doğru tespit edilmesi büyük önem taşır. Gebelik süresinin uzaması anneyi ve fetusu olumsuz yönde etkileyeceğinde gebeliğın yapay yöntemlerle sonlandırılması gerekmektedir(2,10,41,57).

### **GEBELİK GESTOSLARI**

Gebeliğin son aylarında görülen, ödem, hipertansiyon ve proteinüri ile karakterize olan progresif bir hastalıktır. Tedavi edilmezse yaygın konvülsiyonlarla seyreden eklampsiye hatta ölüme kadar gidebilir. Hazırlayıcı faktörlere sahip gebelerin, düzenli ve dikkatli takipleri yapılırsa eklampsi komplikasyonlarından korunulabilir(2,10,41,57).

#### **3.4. ANTENATAL BAKIM**

Fertilizasyondan doğuma kadar gebeye verilen bakım, antenatal veya perinatal bakım olarak tanımlanır.

**Antenatal bakımın amacı,**

- gebelik süresince anne sağlığını korumak,
- fetusun sağlıklı gelişimini sağlamak
- annenin sağlığında ve fetusun gelişiminde ortaya çıkabilecek normalden sapmaları zamanında belirlemek ve önlem almak;
- ebeveynleri gebeliğe, doğuma ve doğum sonrası döneme hazırlamaktır(2,10,35,41,57).

İdeal bir antenatal bakım, genel sağlık bakımının devamı şeklinde olmalıdır. Böyle bir programın sonucunda gebelikten önce geçirilmiş hastalıklar, gelişim bozuklukları bilinecek ve bunlara göre önlemler alınacaktır(41).

Etkin bir antenatal bakım ancak iyi bir sağlık ekibi tarafından verilebilir. Bu ekipte doktor, hemşire, ebe, dişiçi, diyetisyen, laborant, radyolog ve psikolog yer alır. Sağlık ekibinde hemşirenin sorumluluğu; gebenin fiziksel ve psikososyal yönden değerlendirilmesi, bakım gereksinimlerinin saptanması, gebeye eğitim ve danışmanlık yapmaktır(10).

Antenatal kontroller bir program çerçevesinde belli aralıklarla sürdürülür. Kontroller 28. gebelik haftasına kadar ayda bir, 36. haftaya kadar üç haftada bir, 40. haftaya kadar haftada ya da iki haftada bir, 41. haftadan sonra hala doğum gerçekleşmemişse daha sık sürdürülür(2,10,41,57).

Tüm hemşirelik uygulamalarında bir model oluşturan hemşirelik süreci, birbirini tamamlayan dört temel aşamadan oluşur. Antenatal dönemdeki standart hemşirelik bakımını süreç doğrultusunda şöyle özetleyebiliriz.

### **TANILAMA**

Hemşirelik sürecinin ilk aşamasıdır. Gebelerin sağlık kuruluşuna başvurmasıyla başlar. Hemşirenin gebe hakkında bilgi toplayabilmesi için, iletişim ilkeleri hakkında bilgi ve beceri sahibi olması gerekir. Bu aşamada hemşire veri toplamak için görüşme, gözlem ve muayeneden yararlanır.

#### ***Anamnez Alma (Görüşme)***

\* Menstrüel anamnezde; menarj yaşı, menstrüasyon sıklığı, süresi, miktarı, dismenore durumu veya diğer şikayetlerin olup olmadığı ve son menstrüasyon tarihi sorulur.

\* Obstetrik anamnezde, geçirdiği gebelikler, tarihleri antenatal kontrollere devam etme durumu, doğan çocukların cinsiyetleri, doğum kilo-ları, doğum şekilleri ve sağlık durumları sorgulanır.

Ayrıca bu gebeliğin planlanan bir gebelik olup olmadığı araştırılır. Gebelikle ilgili subjektif belirtiler alınır.

\* Ailevi ve tıbbi anamnezde; ailede varolan kalıtsal hastalıklar, kadının önceden geçirdiği hastalıklar, cerrahi girişimler sorgulanır. Sigara alkol gibi kötü alışkanlıklar, kullandığı ilaçlar ve yan etkileri araştırılır.

\* Kişisel veya sosyal anamnezde çiftlerin eğitim düzeyleri, meslekleri, evlilik durumu ve yılı, dinlenme, uyku, beslenme ve tuvalet alışkanlıkları kaydedilir(57).

### *Fiziksel Muayene ve Gözlem*

Fiziksel muayeneyle gebenin tüm sistemleri ve gebeliğe ilişkin bulgular değerlendirilir. Hemşire, fiziksel muayenenin ilk aşamasında gebenin genel görünüşünü değerlendirir. Boy, kilo, kan basıncı, nabız, ödem, varis, cilt yapısı, memelerin durumunu kontrol eder. Vaginal muayene sadece gebelik şüphesini doğrulamak amacıyla, ilk kez kontrole geldiğinde yapılır. Karın çevresi, fundus pubis yüksekliği ölçülür. Karın muayenesinde gebelik aylarına göre leopold manevralarından yararlanır. 20. gebelik haftasından sonra tüm muayeneler sırasında ÇKS alınır ve yeri kaydedilir(2,7,8,29,38,41,57).

Gözlem görüşme ve fiziksel muayeneyle elde edilen veriler biraraya getirilir ve gebenin gereksinimleri saptanır. Gereksinimler saptanırken annenin de görüşleri alınarak, kadının kendi bakımına aktif katılımı sağlanmalıdır(9). Böylece antenatal bakımın hedeflerine daha kolay ulaşılabilmektedir.

Gebenin varolan ve olası bakım gereksinimleri şöyle sıralanır:

- \* Yeterli ve dengeli beslenme gereksinimi
- \* Vücut hijyeni ve giyim-kuşam konusunda bilgi gereksinimi
- \* Meme bakımı konusunda bilgi gereksinimi
- \* Ağız ve diş bakımı konusunda bilgi gereksinimi
- \* Dinlenme ve uyku gereksinimi
- \* Cinsel ilişki konusunda bilgi gereksinimi
- \* Gebelikte günlük aktivitelerin düzenlenmesi
- \* Gebeliği riske sokan durumlar konusunda bilgi gereksinimi
- \* Doğuma hazırlık konusunda eğitim gereksinimi

### **PLANLAMA VE UYGULAMA**

Planlama aşaması ne yapılacağına karar verme aşamasıdır. Önce hedefler belirlenir sonra bu hedeflere ulaşmak için uygun girişimler seçilir. Uygulama aşamasında hemşire, bilgisinin yanısıra becerisini de sergiler(9).

Yukarıda sıralanan gereksinimler doğrultusunda, hemşirenin antenatal bakımla ilgili işlevleri şöyle açıklanır:

#### ***Yeterli ve Dengeli Beslenme Gereksinimi***

Gebeliğin normal gidişi ve fetusun normal gelişimi büyük ölçüde annenin dengeli ve yeterli beslenmesine bağlıdır. Yapılan araştırmalar, gebelikten önce iyi beslenen ve gebelikte de bu alışkanlığını sürdüren kadınların, sağlıklı çocuk doğurma şansının arttığını göstermektedir(10,42,45).

Gebelikten önceki kiloları ideal kilodan az ve fazla olanlar, sistem hastalığı olan ve adolesan dönemde gebe kalan kadınların gebelikleri sorunludur. Bu nedenle bu gebeler için diyetisyenle işbirliği yapılarak özel beslenme listeleri hazırlanır(10).

Gebelikte kalori gereksinimi artar. Bu nedenle alınması gereken besin öğelerinin miktarlarında da artış meydana gelir.

Gebelikte günlük kalori gereksinimi 2500-2800 kcal'dir. Şişman gebelere 1500 kcal. yeterli olurken, zayıf gebeler 2800 kcal.nin üzerine çıkmalıdır.

Gebelikte fizyolojik kilo artışı ortalama 8-12 kg. olmalıdır.

Gebeler günlük gıdanın,  
% 15-20'sini proteinlerden,  
% 15'ini yağlardan  
% 55-60'ını karbonhidratlardan sağlamalıdır(2,10,42).

Gebelikte protein gereksinimi % 30 oranında artış gösterir(42). Proteinler, uterus, memeler ve anne dokularındaki hiperplazi ve hipertrofi, ayrıca fetusun artan gereksinimlerini karşılamak için kullanılır. Gebelikte günde 80-100 gr. protein alınmalıdır. Proteinin 2/3'ü hayvansal, 1/3'ü bitkisel kaynaklı olmalıdır. Günde en az 250 gr. süt ve iki öğüt et, balık, tavuk, yumurta ve beyaz peynir, kuru sebzeler, tahıllar yendiğinde protein ihtiyacı karşılanır(10).

Gebenin günlük yağ gereksinimi 70 gr kadardır. Gebelikte yağ, sindirilmesi kolay olan yağlardan tereyağı, kızarmamış yağlar ve zeytinyağları şeklinde alınmalıdır.

Gebenin günlük kalori gereksinimini karşılamak için günde 320-380 gr. karbonhidrat alınması gerekir. Ancak şekerli gıdaları mümkün olduğu kadar az tüketmeye çalışmak karbonhidrat kaynağı olarak tahıl elementlerini içeren ekmekleri tercih etmek önemlidir.

Gebelikte yeni dokuların sentezi için vitamin ve mineral gereksinimi diyetle karşılanmaya çalışılır. Vitamin ve minerallerden, özellikle demir ve kalsiyum içeren preparatların da gebelik süresince kullanımı önerilebilir(2,10,36,42,45).

### ***Vücut Hijyeni ve Giyim-Kuşam Konusunda Bilgi Gereksinimi***

Gebelikte derideki ter ve yağ bezlerinin salgısı artmıştır. Vajinal sekresyonda da artma meydana gelir. Bu nedenle vücut hijyenine her zamankinden daha fazla özen göstermek gerekmektedir. Hergün ılık dış alınabilir. Böylece hem vücut artık maddelerden arınır hem de dolaşım hızlanmış olur. Son trimesterde enfeksiyon ve travma olasılığını önlemek için

küvet banyosundan kaçınılır. Gebelikte vagen ph'sında oluşan değişiklik nedeniyle kandida ve trikomonas enfeksiyonu oluşma olasılığı artar. Bu nedenle gebenin perine bakıma özen göstermesi, iç çamaşırlarını sık sık değiştirmesi gerekir. Gebelikte giyilecek giysiler bol ve rahat olmalıdır. Lastik çorap, jartiyer, korse ve kemerler kullanılmaz. Giyilecek ayakkabı ne çok düz, ne de yüksek topuklu olmalıdır. Varisi olanların varis çorabı giymeleri önerilebilir(2,6,7,8,10,22,29,56,57).

### ***Meme Bakımı Konusunda Bilgi Gereksinimi***

Gebelikte gelişen meme bezi, memenin dolgunluk ve hassasiyetini artırır. Bu nedenle mutlaka sütyenle desteklenmelidir. Gebelikte son trimesterde memelerden kolostrum salgısı başlar. Kadının gebeliğin son aylarından itibaren meme ucu bakımına özen göstermesi, günlük banyolarda meme uçlarını yumuşak sabunla temizlemesi, yassı ve içe çökük meme uçlarına özel masaj uygulaması gerekir. Anne adayı gebelik süresince meme bakımı ve emzirme konusunda eğitilir(10,12,54).

### ***Ağız ve Diş Bakımı Konusunda Bilgi Gereksinimi***

Gebelikte dişlerin pekçok etkenden dolayı çürümeye eğilimi vardır. Yemeklerden ve kusmalardan sonra ağız temizlenmeli ve dişler fırçalanmalıdır. Diş etlerinde enfeksiyon kolayca gelişebilir. Bu nedenle gebelikte mutlaka diş kontrolü yaptırılmalıdır(6,7,10).

### ***Dinlenme ve Uyku Gereksinimi***

Gebe günde en az 8-10 saat kadar uyumalıdır. Uykuyla yorgunluk, olağan rahatsızlıklar, stres ve ağrı azaltılabilir. Özellikle son aylarda venöz geri dönüşü kolaylaştırmak amacıyla, sol yan pozisyonda dinlenmesi önerilmelidir(2,6,7,8,10,29,57).



### ***Cinsel İlişki Konusunda Bilgi Gereksinimi***

Gebede düşük tehdidi, idrar yollarında enfeksiyon, plasenta previa, prematür doğum olasılığı yoksa cinsel ilişkinin yasaklanması gerekmez. Birinci trimesterde yorgunluk, gebeliğin getirdiği rahatsızlıklar ve bebeğe zarar verme korkusu, son trimesterde de karnın büyümesi gibi nedenlerle libido azalması olabilir. İkinci trimesterde ise pelviste kan akımının artması ve rahatsızlıkların azalması nedeniyle cinsel istek artar. Bu dönem cinsel ilişki için en uygun olan dönemdir(4,7,8,57).

### ***Gebelikte Günlük Aktivitelerin Düzenlenmesi***

Gebelik, kadının günlük ev işlerini ve meslek hayatını sürdürmesine engel değildir. Ancak ani hareketlerden ve ağır kaldırmaktan kaçınmak gerekir. Gebelikten önce yapılan sporlara gebelikte de devam edilebilir. Ancak ölçülü davranmak ve çok yorulmamak gerekir. Gebelere açık havada yürüyüşler, yüzme ve hafif egzersizler önerilir. Ayrıca uzun süre oturmaktan ve ayakta durmaktan kaçınmak yerinde olur. Gebenin durumuna göre kara ya da hava yoluyla seyahatine izin verilir(6,7,8,22,29,57).

### ***Gebeliği Riske Sokan Durumlar Konusundaki Bilgi Gereksinimi***

Gebeliğin her döneminde meydana gelebilen kanama ciddi bir sorunun belirtisi kabul edilir. Kanama, anne ve fetusun hayatını tehdit edebilen bir komplikasyon olduğundan erken dönemde tanınması ve uygun girişimde bulunulması gerekir(2,10,37,39,41,57).

İlk aylarında görülen bulantı ve kusmalar, gebeliğin karakteristik belirtilerindendir. Ancak bulantı ve kusmaların şiddetli ve uzun süreli olması ciddi bir tıbbi tedaviyi ve özenli bir bakımı gerektirir(10,41,57).

Gebeliğin son dönemlerinde bacaklarda görülen ödem, dinlenme ile geçmiyorsa önemli bir bulgu oluşturulabilir. Ödemin ayak, bacak, karın el ve yüze yayılması, beraberinde proteinüri ve hipertansiyon bulgularının da görülmesi preeklampsi belirtilerindedir. Bu bulgulardan herhangi birinin varlığında gebenin acilen bir sağlık kuruluşuna başvurması gerekir. Düzenli antenatal kontrole gitme, gebede oluşabilecek bu sorunun erken dönemde fark edilmesini kolaylaştırır(2,10,39,40,57).

Gebeliği riskli hale sokan diğer bir önemli durum da annenin yaşıdır. Sağlıklı çocuk doğurmak için en uygun dönem 20-30 yaş arasındadır. Bu dönemden önceki ve sonraki gebeliklerde hem anne hem de fetus mortalite ve morbidite oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle 35 yaşın üstü ve 18 yaşın altındaki adolesan gebelikler özel bakıma ihtiyaç gösterirler(2,16,34,41,44,57).

Sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerin gebelikte kullanımı hem anne ve hem de fetusun sağlığını tehlikeye sokar. Gebelikte kesinlikle kullanılmaması öğütlenir.

Gebelik süresince hekim kontrolü dışında ilaç kullanımı sakıncalıdır. Özellikle ilk trimesterde kadının bu konuda çok duyarlı olması gerekir.

X ışınları ve radyasyon anne ve fetusu olumsuz yönde etkileyen etmenlerdir. Bu nedenle gebelikte röntgen çektirmemek ve radyasyonun yoğun olduğu ortamlardan uzak durmak gerekir.

Gebelik döneminde canlı aşı uygulaması sakıncalıdır. 5 yıl öncesine kadar tetanoz aşısı olmayan gebelere rutin olarak, gebeliğin 5 ve 6. aylarında birer doz tetanoz aşısının anne ve fetus sağlığı açısından uygulanması önemlidir(3,7,8,17,29,57).

### ***Doğuma hazırlık konusunda eğitim gereksinimi***

Gelişmiş toplumlarda antenatal eğitimin önemi kavranmış olduğundan, ebeveynlerin eğitim gereksinimlerini karşılamak amacıyla doğum öncesi eğitim programları düzenlenmiştir(6,26,29,55).

Eğitim programları şu konuları içerir:

- Gebelik bakımı
- Doğuma hazırlık eğitimi
- Lohusalık bakımı
- Bebek bakımı

Doğuma hazırlık programları, II. trimasterin sonlarına doğru başlar.

Doğum hazırlık eğitiminin amacı, anneyi psikolojik ve fiziksel açıdan değerlendirmek, annenin doğumu doğal bir olay olarak algılamasını sağlamak ve doğum eylemine nasıl yardımcı olacağını öğretmektir.

Doğuma hazırlık programı soluma ve gevşeme egzersizleri, jimnastik hareketleri ve ıkınma tekniklerini kapsar. Soluma ve gevşeme egzersizleri doğum sırasında ağrıyı kontrolde annenin en büyük yardımcısıdır. Ağrı sırasında gevşeyerek dikkatin soluma hareketlerine yönelmesi annenin ağrıyı daha hafif hissetmesine neden olacaktır.

Jimnastik programı, gebelikte, vücutta meydana gelen değişikliklere bağlı olarak zorlanan ve gerilen kasları gevşetmeye, doğuma yardımcı kasları güçlendirmeye ve iyi bir duruş sağlamaya yönelik hareketlerden oluşmaktadır.

ıkınma teknikleri, dilatasyonun tam ve ıkınma hissi olduğu zaman gebenin nasıl ıkınacağını, nasıl pozisyon alacağını açıklayan bilgileri içermektedir.

Ayrıca eğitim programında eşlere yönelik çalışmalara da yer verilmektedir. Eşler belirli saatlerde eğitimlere katılmakta ve doğum sırasında eşlerine nasıl yardımcı olacakları öğretilmektedir.

Bu programlar süresince bebek bakımı ve lohusalığa ilişkin eğitimler de verilmekte, film ve slayt gösterileri yapılmaktadır(6,8,26,40,55).

### ***DEĞERLENDİRME***

Bu süreçte gebeye verilen bakımın başarılı olup olmadığı araştırılır. Anne adayları gebelik sürecini kendi ve bebeği açısından sağlıklı bir biçimde geçirebilmişse verilen bakım, hedefine ulaşmış olur.



## 4. MATERYAL VE METOD

### 4.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, 1991-1992 yılları arasında gebe kalan kadınların, antenatal bakıma ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla betimleyici yöntemlere göre planlanarak gerçekleştirilmiştir.

### 4.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, farklı gebelik haftalarında olan, değişik yaş grubu gebeler oluşturmuştur.

### 4.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini basit rastlantısal yöntem ile seçilen toplam 240 gebe oluşturmuştur. Kadınların farklı sosyo-ekonomik ve kültürel yapısını daha iyi yansıtabilmek amacıyla dört farklı statüye sahip antenatal hizmet veren sağlık kuruluşu uygulama alanı olarak seçilmiştir. Bunlar, Şişli Etfal Hastanesi Kadın-Doğum Polikliniği, Sosyal Sigortalar Kurumu Okmeydanı Hastanesi Antenatal Polikliniği, Okmeydanı Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi ve Amerikan Bristol Hastanesidir. Her bir sağlık kuruluşundan 60'ar denek araştırma grubuna alınmıştır.

Veriler karşılıklı görüşme yoluyla uygulanan anket formuyla elde edilmiştir. 67 sorudan oluşan bu formda, deneklerin demografik, obstetrik, tıbbi özellikleri ve antenatal dönemdeki bakımla ilgili bilgileri araştırılmıştır.

Çalışma süresince hastaneler, araştırmacı tarafından geliştirilen ve antenatal hizmetin düzeyini belirleyen bir ölçüt doğrultusunda değerlendirilmiştir.

#### 4.4. ARAŞTIRMANIN ANALİZİ

Antenatal kontrole gelen gebelere antenatal bakımla ilgili bilgilerini ölçmek amacıyla 45 soruluk bir anket uygulanmıştır. Soruların herbiri Biliyor (2), Bilmiyor (0), Eksik Biliyor (1) şeklinde değerlendirilerek alınan toplam puan, aşağıdaki ölçüt doğrultusunda belirlenmiştir,

- 0-22 puan alanlar eksik biliyor
- 23-45 puan alanlar orta biliyor
- 46-67 puan alanlar iyi biliyor
- 68-90 puan alanlar tam biliyor

Araştırmanın sonucunda elde edilen demografik, jinekolojik ve obstetrik özellikleri yanıstan veriler yüzdellik yöntemle; elde edilen başarı durumlarının hastanelerle ilişkisi, başarı durumunun annenin çalışma durumu ve antenatal kontrollere devam etme ile ilişkisi  $X^2$  yöntemi ile; gebenin beslenme, Rh uygunsuzluğu ve gebelik fizyolojisi hakkındaki bilgi puanlarının parite ve antenatal kontrole devam etme durumu ile ilişkisi t testi ile; alınan toplam bilgi puanınının eğitim düzeyi ve farklı hastanelerle olan ilişkisi varyans analizi ile değerlendirilmiştir(46).

## 5. BULGULAR

### 5.1. GEBELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Gebelerin ve eşlerinin eğitim düzeyleri ve meslek gruplarına göre dağılımlarını içeren özellikler ve gebelerin yaş ortalaması Tablo 1’de gösterilmiştir.

*Tablo 1 : Gebe ve Eşlerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımları*

<i>Demografik özellikler</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Gebenin eğitim durumu	- Okur yazar değil	11	4.6
	- Okur-yazar	24	10.0
	- İlkokul	114	47.5
	- Ortaöğretim	59	24.6
	- Yüksek okul	32	13.3
TOPLAM		240	100.0
Eşinin eğitim durumu	- İlkokul	129	53.8
	- ortaöğretim	69	28.7
	- Yüksekokul	42	17.5
TOPLAM		240	100.0
Mesleği	- ev hanımı	195	81.3
	- Memur	13	5.4
	- işçi	13	5.4
	- diğer	19	7.9
TOPLAM		240.0	100
	- işçi	69	28.7
	- memur	39	16.2
	- serbest	132	65.1
TOPLAM		240	100
YAŞ ORTALAMASI 26.38 ± 5.23			

- \* Gebelerin % 4.6'sı okur-yazar değil, % 10'u okur yazar, % 47.5'i ilkokul, % 24.6'sı ortaöğretim, % 13.3'ü yüksek okul mezunuydu.
- \* Eşlerin % 53.8'i ilkokul, % 28.7'si ortaöğretim, % 17.5'i yüksek okul mezunuydu.
- \* Gebelerin % 81.3'ünü evhanımı, % 5.4'ünü memur, % 5.4'ünü işçi, % 7.9'unu diğer meslek gruplarında serbest olarak çalışanlar oluşturmaktaydı.
- \* Eşlerin % 28.7'sini işçiler, % 16.2'sini memurlar, % 65,1'ini serbest meslek grubundakiler oluşturmaktaydı.
- \* Gebelerin yaş ortalaması  $26,38 \pm 5,23$  olarak belirlendi.

## 5.2. GEBELERİN OBSTETRİK ANAMNEZLERİ

Gebelerin; parite durumu, gebelik, doğum, düşük, canlı çocuk sayıları ile hastalık ve sigara kullanma durumu obstetrik anamnezleri tablo-lanarak sunulmuştur.

Gebelerin parite durumlarına göre dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2 : Gebelerin Parite Durumlarına Göre Dağılımları**

<i>Parite</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nullipar	117	48.7
Multipar	123	51.3
Toplam	240	100.0



Gebelerin % 48.7'si nullipar, % 51.3'ü multipardı.

Gebelerin gebelik sayısına göre dağılımları Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3 : Gebelerin Gebelik Sayısına Göre Dağılımları**

<i>Gebelik Sayısı</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1.	105	43.8
2-4.	115	47.9
5 ve ↑	20	8.3
Toplam	240	100.0

Şimdiki gebelikleri ile ilgili olarak, gebelerin, % 43.8'inin ilk, % 47.9'unun iki ila dördüncü % 8.3'ünün beş ve fazlası gebelikleriydi.

Gebelerin doğum sayılarına göre dağılımları Tablo 4'te sunulmuştur.

**Tablo 4 - Gebelerin Doğum Sayılarına Göre Dağılımları**

<i>Doğum yapma durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Hiç	115	47.9
1-2	95	39.8
3-4	21	8.8
5 ve ↑	9	1.7
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 47.9'u hiç doğum yapmamış, % 39.8'i bir ve iki, % 8.8'i üç ve dört, % 1.7'si beş ve daha fazla doğum yapmıştı.

Gebelerin düşük sayılarına göre dağılımları Tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 5 : Gebelerin Düşük Sayılarına Göre Dağılımları**

<i>Düşük yapma durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Hiç	174	72.5
1-2	63	22.1
3 ve ↑	13	5.4
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 72.5'i hiç düşük yapmamış, % 22.1'i bir ve iki düşük, % 5.4'ü üç ve daha fazla düşük yapmıştı.

Gebelerin canlı çocuk sayılarına göre dağılımları Tablo 6'da sunulmuştur.

**Tablo 6 : Gebelerin canlı Çocuğa Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımları**

<i>Canlı çocuğa sahip Olma Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Yok	124	51.7
1-2	93	48.7
3 ve ↑	23	9.6
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 51.7'si çocuk sahibi değil, % 48.7'si bir ve iki, % 9,6'sı üç ve daha fazla sayıda çocuk sahibi idi.

Gebelerin geçirdikleri hastalıklara göre dağılımları Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7 - Gebelerin Geçirdikleri Hastalıklara Göre Dağılımları**

<i>Hastalık geçirme durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Geçirmemiş	150	62.5
Enfeksiyon hast.	26	10.8
Kardio-vask.hast.	8	3,3
Metabolik hast.	16	6.7
Ameliyatlar	34	14.2
Birden fazla	6	2,4
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 62.5'i hiç hastalık geçirmemişti. % 10.8'i üriner sistem enfeksiyonu, vaginit, hepatit gibi enfeksiyon hastalıklarından en az birini, % 6.7'si şeker hastalığı, böbrek ve karaciğer hastalığı geçirmişti. % 3.3'ü yüksek tansiyon, kalp hastalığı gibi hastalıklara sahipti. % 14.2'si herhangi bir jinekolojik ameliyat geçirmişti. Bu gebelerin % 2.4'ü bu hastalıklarından en az ikisini geçirmiş ya da geçirmekte idi.

Gebelerin gebelikte sigara kullanma durumlarının dağılımı Tablo 8'de sunulmuştur.

**Tablo 8 : Gebelerin Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Dağılımı**

<b>Sigara kullanma durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kullanmıyor	181	75.4
1-2	32	13.3
5-10	26	10.8
20 ve ↑	1	0.4
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 75.4'ünü sigara kullanmayanlar, % 13.3'ünü günde 1-2, % 10.8'ini 5-10, % 0.4'ünü 20 tane ve daha fazla kullananlar oluşturmuştu.

\* Ankete katılan gebelerin evlilik yılı ortalaması,  $5.41 \pm 4.40$  olarak belirlendi.

### 5.3. ŞİMDİKİ GEBELİKLE İLGİLİ VERİLER

Bu bölümde gebelerin şimdiki gebelikleriyle ilgili veriler tablo-  
lanmıştır.

Gebelerin son adet tarihlerini bilme durumu Tablo 9'da gösteril-  
miştir.

**Tablo 9 : Gebelerin Son Adet Tarihlerini Bilme Durumlarının Dağılımı**

<i>SAT</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Biliyor	224	93.3
Bilmiyor	16	6.7
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 93.3'ü son adet tarihlerini bilmelerine karşın,  
% 6.7'si bilmemekteydi.

Gebelerin muhtemel doğum tarihlerini bilme durumları Tablo  
10'da sunulmuştur.

**Tablo 10 : Gebelerin Muhtemel Doğum Tarihlerini Bilme Durumlarının Dağılımı**

<i>MDT</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Biliyor	73	30.4
Bilmiyor	167	69.6
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 30.4'ü muhtemel doğum tarihlerini bilmelerine kar-  
şın, % 69.6'sı bilmemekteydi.

Gebelerin gebelik dönemlerine göre dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11 : Gebelerin Gebelik Dönemlerine Göre Dağılımı**

<i>Trimasterler</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
I.Trimaster	10	4.2
II. Trimester	83	34.5
III.Trimaster	147	61.3
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 4.2’si I. trimesterde, % 34.5’i II. trimesterde, % 61.3’ü III. trimesterde idi.

Gebeliklerin planlanmış gebelik olup olmama durumuna göre dağılımı Tablo 12’de sunulmuştur.

**Tablo 12 : Gebeliğin Planlanmış Gebelik Olup Olmama Durumunun Dağılımı**

<i>Gebeliğin Planlama Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Planlanmış	175	72.9
Planlanmamış	65	27.1
Toplam	240	100.0

Gebeliklerin % 72.9’u planlanmış, % 27.1’i planlanmamış gebeliklerdi.

Eşlerin çocuk sahibi olmayı isteme durumunun dağılımı Tablo 13'te gösterilmiştir.

**Tablo 13 : Eşlerin Çocuk Sahibi Olmayı İsteme Durumunun Dağılımı**

<i>Eşlerin Çocuk İsteme durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
İstiyor	187	77.9
İstemiyor	53	22.1
Toplam	240	100.0

Eşlerin % 77.9'u çocuk sahibi olmayı isterken, % 22.1 istememekteydi.

Gebelerin gebelik ve doğumla ilgili korkularının dağılımı Tablo 14'te sunulmuştur.

**Tablo 14 : Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Korkularının Dağılımı**

<i>Korku durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Korkmuyor	85	35.4
Ağrı çekmek	81	33.7
Doğumda ölmek	5	2.1
Bebeğin sakat olacağından	23	9.6
Bebeğin öleceğinden	14	5.8
Birden fazla	32	13.3
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 35.4'ünün gebelik ve doğumla ilgili korkuları yoktu. % 33.7'si ağrı çekmekten % 2.1'i doğum anında ölmekten, % 9.6'sı bebeğin sakat doğacağından, % 5.8'i bebeğin öleceğinden korkuyordu. % 13.3'ünün ise korku kaynağı birden fazlaydı.

Gebelerin gebelik ve doğumla ilgili bilgileri aldıkları kaynaklara göre dağılımı Tablo 15'te gösterilmiştir.

**Tablo 15 : Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgileri Aldıkları Kaynaklara Göre Dağılımı**

<i>Bilgi Kaynakları</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Yakınlar	65	27.1
Kitap ve dergi	17	7.1
Önceki deneyimler	35	14.6
Ebe-hemşire	22	9.2
Doktor	26	10.8
Birden fazla	75	31.3
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 27.1'i gebelik ve doğumla ilgili bilgileri yakınlarından, % 7.1'i kitap ve dergilerden, % 14.6'sı daha önceki deneyimlerinden, % 9.2'si kontrole devam ettiği kuruluştaki ebe ve hemşirelerden, % 10.8'i doktorundan, % 31.3'ü birden fazla kaynaktan elde etmişti.



Gebelerin antenatal kontrole devam etme durumunun dağılımı Tablo 16'da sunulmuştur.

**Tablo 16 : Gebelerin Antenatal Kontrole Devam Etme Durumu**

<b>Kontrolle devam Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Düzenli	70	29.2
Düzensiz	170	70.8
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 29.2'si antenatal kontrollere düzenli devam etmiş % 70.8'i etmemiştir.

Parite durumuna göre gebelerin antenatal kontrollere devam etme durumunun karşılaştırması Tablo 17'de gösterilmiştir.

**Tablo 17 : Parite Durumuna Göre Gebelerin Antenatal Kontrollere Devam Etme Durumunun Karşılaştırılması**

<b>Kont.dev.durumu</b>	<b>Düzenli</b>		<b>Düzensiz</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nullipar	50	71.4	67	39.4	117	48.8
Multipar	20	28.6	103	60.6	123	51.2
Toplam	70	100.0	170	100.0	240	100.0

$$X^2 = 17.53$$

$$p < 0.001$$

Antenatal kontrole nulliparların % 71.4'ü düzenli, % 39.4'ü düzensiz, multiparların % 28.6'sı düzenli, % 60.6'sı düzensiz devam etmiştir.

Sonuç istatistik olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Eğitim durumuna göre gebelerin antenatal kontrole devam etme durumunun karşılaştırılması Tablo 18’de sunulmuştur.

**Tablo 18 : Eğitim Durumuna Göre Gebelerin Antenatal Kontrollere Devam Etme Durumunun Karşılaştırılması**

<i>Kontrolde devam durumu</i> <i>Eğitim durumu</i>	<i>Düzenli</i>		<i>Düzensiz</i>		<i>Toplam</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Okuryazar değil	-	-	11	6.5	11	4.5
Okur yazar	2	2.8	22	12.9	24	10.0
İlkokul	6	8.6	108	63.5	114	47.5
Ortağretim	30	42.9	29	17.1	59	24.6
Yksekokul	32	45.7	-	-	32	13.3
Toplam	70	100.0	170	100.0	240	100.0

$$X^2 = 143.32$$

$$p < 0.001$$

Antenatal kontrole, okuryazar olmayanların hepsi dzensiz devam etmişti. Okuryazar olanların % 2.8’i dzenli, % 12.9’u düzensiz, ilkokul mezunlarının % 8.6’sı düzenli, % 63.5’i düzensiz, ortaöğretim mezunlarının % 42.9’u düzenli, % 17.1’i düzensiz, yüksekokul mezunlarının da hepsi düzenli devam etmişti.

**Sonuç istatistiki olarak ileri derecede anlamlı bulundu.**

Gebelerin antenatal kontrole başlama döneminin dağılımı Tablo 19'da gösterilmiştir.

**Tablo 19 : Gebelerin Antenatal Kontrole Başlama Döneminin Dağılımı**

<i>İlk kontrole gitme zamanı</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
I.Trimaster	70	29.2
II.Trimaster	141	58.7
III.Trimaster	29	12.1
Toplam	240	100.0

Gebelerin % 29.2'si antenatal kontrollere I.trimasterde, % 58.7'si II. trimasterde, % 12.1'i III. trimasterde başlamıştı.

#### **5.4. ARAŞTIRMANIN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ HASTANELERDEKİ ANTE-NATAL HİZMET DÜZEYİNİ GÖSTEREN VERİLER**

Antenatal hizmet; sağlıklı bir anamnez olma, genel vücut muayenesi, laboratuvar tetkikleri ve gebelik muayenesini içerir. Gebelik ve lohusalıkla ilgili tüm bilgileri içeren eğitim programları ise en önemli bölümünü oluşturur.

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerdeki antenatal hizmet düzeyi bu kriterler doğrultusunda gözlemlenmiş ve Tablo 20a, 20b, 20c, 20d, 20e'de sunulmuştur.

(+)'lar işlevin yapıldığını

(-)'lar yapılmadığını

(+)'ler gerekli görüldüğü durumlarda yapıldığını ancak rutin uygulamanın içine dahil olmadığını açıklamaktadır.

**Tablo 20a. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Hastanelerdeki Anamnez Alma Sisteminin Karşılaştırılması**

<i>Anamnez Kriterleri</i>	<i>Hastaneler</i>	<i>Şişli Et.Hast.</i>	<i>Okmeydanı SSK</i>	<i>Amerikan Bris.</i>	<i>AÇS Merkezi</i>
Adı Soyadı	+	+	+	+	+
Yaşı	+	+	+	+	+
Adres & Telefon	-	-	-	++	+
Gravida	-	+	+	+	+
Para	-	+	+	+	-
Abortus & Küretaj	-	-	-	++	-
SAT	+	+	+	+	+
MDT	-	-	-	+	-
Gebelikten önceki kilo	-	-	-	+	-
Boy	-	-	-	+	-
Soygeçmişi	-	-	-	+	-
Özgeçmişi	-	-	-	+	-
Geçirdiği Operasyonlar	-	-	-	+	-
Obstetrik Anamnez	-	-	-	+	-
Sigara İçme Durumu	-	-	-	+	-
Alkol Kullanma Durumu	-	-	-	+	-
İlaç Kullanımı	-	-	-	+	-

**Tablo 20b. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Hastanelerdeki Genel Vücut Muayenesi Kriterlerinin Karşılaştırılması**

<i>Genel Muayene</i>	<i>Hastaneler</i>	<i>Şişli Et.Hast.</i>	<i>Okmeydanı SSK</i>	<i>Amerikan Bris.</i>	<i>AÇS Merkezi</i>
Kilo		-	-	+	-
Kan Basıncı		+	+	+	+
Ödem Kontrolü		+	+	+	+
Varis Kontrolü		-	+ -	+	+
Ağız ve Dişler		-	-	+	-
* Diğer		-	+	+	-

\* Özellikle ilk antenatal izlemde gebenin tüm vücut sistemleri ile bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekir. Araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz hastanelerde bu tür bir yaklaşım gözlenemedi. Ancak hastanelerimizin bazılarında gebenin şikayeti doğrultusunda o sistemle ilgili daha kapsamlı bir muayeneye gidildiği belirlendi. Tablomuzun "diğer" bölümü lüzum halinde gerçekleştirilen muayeneleri kapsamaktadır.

**Tablo 20c. Laboratuvar Tetkiklerinin Karşılaştırılması**

<i>Laboratuvar Tetkikleri</i>	<i>Hastaneler</i>	<i>Şişli Et.Hast.</i>	<i>Okmeydanı SSK</i>	<i>Amerikan Bris.</i>	<i>AÇS Merkezi</i>
Kan Grubu		+ -	+	+	+
HB-Htc		+ -	+ -	+	+ -
İdrar		+ -	+ -	+	-
Ultrasonografi		+ -	+ -	+	-
* Diğer		-	-	+	-

\* Gebenin durumu ile ilgili "Coombs, AFP, Rubella vs. gibi" bazı özel testler.

Tablo 20d. Gebelik Muayenesi Kriterlerinin Karşılaştırılması

<i>Hastaneler</i>	<i>Şişli Et.Hast.</i>	<i>Okmeydanı SSK</i>	<i>Amerikan Bris.</i>	<i>AÇS Merkezi</i>
<b>Gebelik Muayenesi</b>				
Vaginal Muayene	+-	-	+	-
Leopold Manevraları	-	+	+	+
ÇKS	+	+	+	+
Fundus Pubis Yüksekliği	-	-	+	-
Karın çevresi	-	-	+	-

Tablo 20e. Gebelik ve Lohusalıkla İlgili Sağlık Eğitiminde Yer Alan Konular ve Uygulamaların Hastaneler Arasındaki Karşılaştırılması.

<i>Hastaneler</i>	<i>Şişli Et.Hast.</i>	<i>Okmeydanı SSK</i>	<i>Amerikan Bris.</i>	<i>AÇS Merkezi</i>
<b>Eğitim Konuları</b>				
Gebelikte oluşan şikayetler	-	+-	+	+
Bebeğin gelişimi	-	-	+	-
Beslenme	-	+-	+	+
Zararlı Maddeler ve Kullanımı	-	-	+	+
Uyku ve Dinlenme	-	-	+	-
Genel Vücut Bakımı	-	-	+	+
Doğuma hazırlık	-	-	+	-
Lohusalık ve bebek bakımı	-	-	+-	+
Aile Planlaması	-	-	+-	+

### 5.5. GEBELERİN ANTENATAL BAKIM KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE BAŞARI DURUMLARININ BAZI PARAMETRELERLE OLAN İLİŞKİLERİNE YÖNELİK VERİLER

Gebelerin aldıkları ve alması gereken toplam bilgi ve bazı konulara yönelik özel bilgi puanlarının dağılımı Tablo 21’de sunulmuştur.

**Tablo 21. Gebelerin Aldıkları ve Alması Gereken Toplam Bilgi ve Bazı Konulara Yönelik Özel Bilgi Puanlarının Dağılımı**

	<i>Gebelerin alması gereken Tam Puan</i>	<i>Aldığı puan X±SD</i>
Beslenme konusundaki toplam bilgi puanları	16	9.75±3.40
Rh uygunsuzluğu konusundaki toplam bilgi puanları	6	1.66±1.47
Gebelik fizyolojisi konusundaki toplam bilgi puanları	10	3.88±2.31
<b>Toplam PUAN</b>	<b>90</b>	<b>45.64±18.43</b>

- \* Gebelerin alması gereken toplam bilgi puanı 90 olması gerekirken, aldıkları puan ortalaması 45.64±18.43 oldu.
- \* Gebelerin beslenme konusunda alması gereken toplam bilgi puanı 16, alınan puan ortalaması 9.75±3.40 idi.
- \* Gebelerin Rh uygunsuzluğu konusunda toplam 6 puan alması gerekirken, alınan puan ortalaması 1.66±1.47’dir.
- \* Gebelerin gebelik fizyolojisi konusunda 10 puan alması gerekirken, alınan puan ortalaması 3.88±2.31 idi.

Gebelerin aldıkları toplam puan değerlendirmesi ve başarı durumlarının hastanelerde olan ilişkisi Tablo 22a ve 22b'de gösterilmiştir.

**Tablo 22a. Gebelerin Aldıkları Toplam Puan Değerlerinin Hastanelerle Olan İlişkisi**

Hastaneler	n	X	±	SD	"F" ve "p" değerleri
Şişli Etfal Hast.	60	39.93		12.94	44.68 p<0.001
Okmeydanı SSK	60	38.10		12.49	
Amerikan Bristol	60	64.51		13.86	
Ana Çocuk Sağlığı	60	42.06		17.34	
Toplam	240	45.64		18.43	

Gebelerin aldıkları toplam puan ortalamalarının; Şişli Etfal Hastanesi için 39.93±12,94, Okmeydanı SSK Hastanesi için 38.10±12.49, Amerikan Bristol Hastanesi için 64.51±13.86, Ana Çocuk Sağlık Merkezi için 42.06±17.34 olduğu görüldü.

Alınan toplam puan ile hastaneler arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu.

**Tablo 22b. Gebelerin Antenatal Bakım ile İlgili Başarı Durumlarının Hastanelerle İlişkisi**

Hastaneler	Zayıf		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Şişli Etfal Hastanesi	8	34.8	36	36.7	14	17.5	2	5.1	60	25
Okmeydanı SSK Hast.	7	30.4	29	29.6	24	30.0	-	-	60	25
Amerikan Bristol	-	-	9	9.2	16	20.0	35	89.8	60	25
Ana Çocuk Sağlığı	8	34.8	24	24.5	26	32.5	2	5.1	60	25
Toplam	23	100.0	98	100.0	80	100.0	39	100.0	240	100.0

$$\chi^2 = 115.44$$

$$p < 0.001$$



- \* Şişli Etfal Hastanesindeki gebelerin % 34.8'i zayıf, % 36.7'si orta, % 17.5'i iyi, % 5.1'i tam puan almıştı.
- \* Okmeydanı SSK Hastanesindeki gebelerin % 30,4'ü zayıf, % 29.6'sı orta, % 30'u iyi puan almış, tam puan alan olmamıştı.
- \* Amerikan Bristoldeki gebelerden zayıf puan alan olmamıştı. Bu gebelerin % 9.2'si orta, % 20'si iyi % 89.8'i tam puan almıştı.
- \* Okmeydanı AÇS merkezindeki gebelerin % 34.8'i zayıf, % 24.5'i orta, % 32.5'i iyi, % 5.1'i tam puan almıştı.

Sonuç ileri derecede anlamlı bulundu.

Alınan toplam puan ile parite durumu arasındaki ilişki Tablo 23'te sunulmuştur.

*Tablo 23 - Alınan Toplam Puan ile Parite Durumu Arasındaki İlişki*

<i>Parite</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>"t" ve "p" değerleri</i>
<b>Nullipar</b> n= 117	52.20	17.69	t= 5.34  p<0.001
<b>Multipar</b> n= 123	40.48	16.00	

Nulliparların aldıkları puan ortalaması  $52.20 \pm 17.69$ , multiparların  $40.48 \pm 16.00$  idi.

İlişki, istatistiki olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Alınan toplam puan ile gebelerin, eğitim düzeyi arasındaki ilişki Tablo 24'te gösterilmiştir.

**Tablo 24. Alınan Toplam Puan ile Gebelerin Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki**

<i>Eğitim Düzeyi</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"F" ve "p" değerleri</i>
Okur-yazar değil	11	26.88		11.94	41.49 p<0.001
Okuryazar	24	38.50		9.32	
İlkokul	114	39.75		13.44	
Ortaöğretim	59	51.03		18.24	
Yüksekokul	32	71.43		5.57	
Toplam	240	45.64		18.43	

Okuryazar olmayan gebelerin aldıkları toplam puan ortalaması  $26.88 \pm 11.94$ , okuryazar olanların  $38.50 \pm 9.32$ , ilkokul mezunlarının  $39.75 \pm 13.44$ , orta öğretim mezunlarının  $51.03 \pm 18.24$ , yüksekokul mezunlarının  $71.43 \pm 5.57$  olarak bulundu.

Sonuç istatistiki olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Alınan toplam puan ile eşlerin eğitim düzeyi arasındaki ilişki Tablo 25'te sunulmuştur.

**Tablo 25: Alınan Toplam Puan İle Eşlerin Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki**

<i>Eşlerin eğitim düzeyi</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>"F" ve "p" değeri</i>
İlkokul	129	38.62	13.53	66.52 p<0.001
Ortaöğretim	69	47.00	16.81	
Yüksekokul	42	67.92	11.81	
Toplam	240	45.64	18.43	

Eşleri ilköğretim mezunu olan gebelerin aldıkları puan ortalamasının  $38.62 \pm 13.53$ , ortaöğretim mezunu olanların  $47.00 \pm 16.81$ , yüksek okul mezunu olanların  $67.92 \pm 11.81$  olduğu belirlendi.

Sonuç istatistik olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Başarı durumu ile annenin çalışma durumu arasındaki ilişki Tablo 26'da sunulmuştur.

**Tablo 26 : Başarı Durumu ile Annenin Çalışma Durumu Arasındaki İlişki**

Gebenin Çalışma durumu Başarı durumu	Ev hanımı		Memur		İşçi		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ZAYIF	23	11.7	-	-	-	-	-	-	23	9.5
ORTA	93	46.9	4	30.8	-	-	1	5.6	98	40.8
İYİ	67	34.8	2	15.4	6	46.2	5	27.8	80	33.4
ÇOK İYİ	13	6.6	7	53.8	7	53.8	12	66.6	39	16.3
TOPLAM	196	100.0	13	100.0	13	100.0	18	100.0	240	100.0

$$X^2 = 80.96$$

$$p < 0.001$$

Başarı durumları zayıf olanların hepsi ev hanımı, orta alanların % 46.9'u ev hanımı, % 30,8'i memur % 5.6'sı diğer meslek gruplarına dahildi. Başarı durumu iyi olanların % 34.8'i ev hanımı, % 15.4'ü memur, % 46.2'si işçi, % 27.8'i diğer mesleklerdendi. Tam başarı gösterenlerin % 6.6'sı ev hanımı, % 53.8'i memur, % 53.8'i işçi, % 66.6'sı diğer meslek gruplarına dahildi.

İlişki ileri derecede anlamlı bulundu.

Alınan toplam puan ile gebelerin gebelik sayıları arasındaki ilişki Tablo 27’de gösterilmiştir.

**Tablo 27. Alınan Toplam Puan ile Gebelerin Gebelik Sayıları Arasındaki İlişki**

<b>Gebelik sayısı</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>±</b>	<b>SD</b>	<b>"F" ve "P" değerleri</b>
1.	105	51.23		17.32	9.562 p<0.001
2-4	115	43.40		18.21	
5 ve ↑	20	35.33		5.6	
Toplam	240	45.64		18.43	

Alınan toplam puan ortalaması birinci gebeliği olanlarda  $51.23 \pm 17.32$ , iki ila dördüncü gebeliği olanlarda  $43.40 \pm 18.21$ , beş ve daha fazla gebeliği olanlarda  $35.33 \pm 5.6$  olarak belirlendi.

Sonuç istatistiki olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Alınan toplam puan ile gebelerin canlı çocuk sayısı arasındaki ilişki Tablo 28’de sunulmuştur.

**Tablo 28. Alınan Toplam Puan ile Gebelerin Canlı Çocuk Sayısı Arasındaki İlişki**

<i>Canlı çocuk sayısı</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"F" ve "p" değerleri</i>
Hiç	124	51.00		18.39	11.45 p<0.001
1-2	93	42.36		16.89	
3 ve ↑	23	35.33		5.7	
Toplam	240	45.64		18.43	

Hiç çocuğu olmayan gebelerin toplam puan ortalaması 51.00±18.39, 1-2 çocuğu olanların 42.36±16.89, 3 ve daha fazla çocuğu olanların 35.33±5.7 idi.

Sonuç istatistiki olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Elde edilen başarı durumunun, gebelerin antenatal kontrole devam etme durumu ile ilişkisi Tablo 29'da gösterilmiştir.

**Tablo 29 : Elde Edilen Başarı Durumunun, Gebelerin Antenatal Kontrole Devam Etme Durumu ile İlişkisi**

<i>Kontrole devam Toplam puan</i>	<i>Düzenli</i>		<i>Düzensiz</i>		<i>Toplam</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
ZAYIF	-	-	23	13.5	23	9.3
ORTA	10	14.3	88	51.8	98	40.8
İYİ	25	35.7	55	32.3	80	33.4
ÇOK İYİ	35	50.0	4	2.4	39	16.3
TOPLAM	70	100.0	170	100.0	240	100.0

$$X^2 = 89.76$$

$$p < 0.001$$

Başarı durumu zayıf olan gebelerin tamamı antenatal kontrollere düzensiz devam etmiş, orta derecede başarı gösteren gebelerin % 14.3'ü düzenli, % 51.8'i düzensiz, iyi derecede başarı gösteren gebelerin % 35.7'si düzenli % 32.3'ü düzensiz, tam başarı elde edenlerin % 50'si düzenli, % 2.4'ü düzensiz devam etmişti.

Sonuç istatistiki olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Alınan toplam puanın gebelerin trimasterlere göre kontrole başlama zamanıyla olan ilişkisi Tablo 30'da sunulmuştur.

**Tablo 30 : Alınan Toplam Puanın Gebelerin Antenotal Kontrole Başlama Zamanıyla olan İlişkisi**

<i>Antenatal kontrole başlama zamanı</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"F" ve "p" değerleri</i>
I. Trimaster	70	61.88		14.54	59.13 p<0.001
II. Trimaster	141	41.48		14.57	
III. Trimaster	29	32.35		10.32	
Toplam	240	45.64		18.43	

I. trimasterde antenatal kontrollere başlayan gebelerin puan ortalaması  $61.88 \pm 14.54$ , II. trimasterde başlayanların  $41.48 \pm 14.57$ , III. trimasterde başlayanların  $32.35 \pm 10.32$  olarak belirlendi.

İlişki istatistiki olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Gebelerin parite durumunun beslenme, Rh uygunsuzluğu ve gebelik fizyolojisi konusundaki toplam bilgi puanları ile karşılaştırılması Tablo 31 ile 33 arasında bulgulanmıştır.

Parite durumu ile gebelerin beslenme konusundaki bilgi puanlarının karşılaştırılması Tablo 31'de sunulmuştur.

**Tablo 31 : Parite Durumu İle Gebelerin Beslenme Konusundaki Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Parite</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"t" ve "p" değeri</i>
Nullipar n= 117	11.28		4.27	t= 5.97
Multipar n= 123	8.10		3.94	p<0.001

Beslenme konusundaki bilgi puanı ortalaması nulliparlarda  $11.28 \pm 4.27$ , multiparlarda  $8.10 \pm 3.94$  idi.

Sonuç istatistiki olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Parite durumu ile gebelerin Rh uygunsuzluğu konusundaki bilgi puanlarının karşılaştırılması Tablo 32'de gösterilmiştir.

**Tablo 32 : Parite Durumu ile Gebelerin Rh Uygunsuzluğu Konusundaki Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Parite</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"t" ve "p" değeri</i>
Nullipar n= 117	1.93		1.83	t= 2.60
Multipar n= 123	1.31		1.82	p<0.01

RH uygunsuzluğu konusundaki bilgi puan ortalaması nulliparlar-  
da  $1.93 \pm 1.83$ , multiparlarda  $1.31 \pm 1.82$  idi.

Sonuç istatistiki olarak anlamlı bulundu.

Parite durumuna göre gebelerin gebelik fizyolojisi hakkındaki bil-  
gi puanlarının karşılaştırılması Tablo 33'de sunulmuştur.

**Tablo 33 : Parite Durumuna Göre Gebelerin Gebelik Fizyolojisi Hakkındaki Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Parite</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"t" ve "p" değeri</i>
Nullipar n=117	4.44		3.12	t= 4.54
Multipar n=123	2.78		2.50	p<0.001

Gebelik fizyolojisi hakkındaki bilgi puan ortalaması nulliparlar-  
da  $4.44 \pm 3.12$ , multiparlarda  $2.78 \pm 2.50$  idi.

Sonuç istatistiki olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Gebelerin eğitim durumunun beslenme, Rh uygunsuzluğu ve gebe-  
lik fizyolojisi konusundaki toplam bilgi puanı ile karşılaştırılması Tablo 34  
ila 36 arasında bulgulanmıştır.

Eğitim durumu ile gebelerin beslenme konusundaki bilgi puanla-  
rının karşılaştırılması Tablo 34'de sunulmuştur.



**Tablo 34 : Eğitim Durumu İle Gebelerin Beslenme Konusundaki Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Eğitim Durumu</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"F" ve "p" değerleri</i>
Okuryazar değil	11	4.18		3.45	33.74 p<0.001
Okuryazar	24	8.29		3.51	
İlkokul	114	8.28		3.73	
Ortaöğretim	59	10.79		4.02	
Yüksekokul	32	15.31		0.73	
Toplam	240	9.65		4.39	

Beslenme konusundaki bilgi puan ortalaması okuryazar olmayanlarda  $4.18 \pm 3.45$ , okuryazar olanlarda  $8.29 \pm 3.51$ , ilkokul mezunu olanlarda  $8.28 \pm 3.73$ , ortaöğretim mezunlarında  $10.79 \pm 4.02$ , yüksekokul mezunlarında  $15.31 \pm 0.73$  idi.

Sonuç istatistiki olarak, ileri derecede anlamlı bulundu.

Eğitim durumu ile gebelerin Rh uygunsuzluğu konusundaki bilgi puanlarının karşılaştırması Tablo 35'te gösterilmiştir.

**Tablo 35 : Eğitim Durumu İle Gebelerin Rh Uygunsuzluğu Konusundaki Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Eğitim Durumu</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"F" ve "p" değerleri</i>
Okuryazar değil	11	-		-	16.78 p<0.001
Okuryazar	24	1.08		1.01	
İlkokul	114	1.10		1.70	
Ortaöğretim	59	2.16		1.79	
Yüksekokul	32	3.37		1.79	
Toplam	240	1.61		1.85	

Rh uygunsuzluğu konusundaki bilgi puan ortalaması; okuryazar olmayanlarda 0, okuryazar olanlarda  $1.08 \pm 1.01$ , ilkokul mezunlarında  $1.10 \pm 1.70$ , ortaöğretim mezunlarında  $2.16 \pm 1.79$ , yüksekokul mezunlarında  $3.37 \pm 1.79$  idi.

Sonuç istatistiki açıdan ileri derecede anlamlı bulundu.

Eğitim durumu ile gebelerin gebelik fizyolojisi konusundaki bilgi puanlarının karşılaştırılması Tablo 36'da sunulmuştur.

**Tablo 36 : Eğitim Durumu ile Gebelerin Gebelik Fizyolojisi Konusundaki Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Eğitim Durumu</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"F" ve "p" değerleri</i>
Okuryazar değil	11	2.18		2.08	51.38 p < 0.001
Okuryazar	24	1.83		1.76	
İlkokul	114	2.42		1.81	
Ortaöğretim	59	4.33		3.08	
Yüksekokul	32	8.18		1.37	
Toplam	240	3.59		2.93	

Gebelik fizyolojisi konusundaki bilgi puan ortalaması, okuryazar olmayanlarda  $2.18 \pm 2.08$ , okuryazar olanlarda  $1.83 \pm 1.76$ , ilkokul mezunlarında  $2.42 \pm 1.81$ , ortaöğretim mezunlarında  $4.33 \pm 3.08$ , yüksekokul mezunlarında  $8.18 \pm 1.37$  idi.

Sonuç istatistiki olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Gebelerin antenatal kontrollere devam etme durumunun beslenme, Rh uygunsuzluğu ve gebelik fizyolojisi konusundaki toplam bilgi puanı ile karşılaştırılması Tablo 37 ile 39 arasında bulgulanmıştır.

Antenatal kontrole devam etme durumu ile gebelerin beslenme konusundaki bilgi puanlarının karşılaştırılması tablo 37'de sunulmuştur.

**Tablo 37 : Antenatal Kontrole Devam Etme Durumu ile Gebelerin Beslenme Konusundaki Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Kontrollere Devam Durumu</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"t" ve "p" değeri</i>
Düzenli n= 70	13.24		3.11	t= 10.14
Düzensiz n= 170	8.34		3.91	p<0.001

Beslenme konusundaki bilgi puan ortalaması kontrollere düzenli devam edenlerde  $13.24 \pm 3.11$ , düzensiz devam edenlerde  $8.34 \pm 3.91$  bulundu.

Sonuç istatistiki açıdan ileri derecede anlamlı bulundu.

Antenatal kontrollere devam etme durumu ile gebelerin Rh uygunsuzluğu konusundaki bilgi puanlarının karşılaştırılması Tablo 38'de gösterilmiştir.

**Tablo 38 : Antenatal Kontrollere Devam Etme Durumu ile Gebelerin Rh Uygunsuzluğu Konusundaki Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Kontrollere devam durumu</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"t" ve "p" değeri</i>
Düzenli n= 70	2.94		1.72	t= 7,62
Düzensiz n= 170	1.09		1.63	p<0.001

Rh uygunsuzluğu konusundaki bilgi puan ortalaması, antenatal kontrollere düzenli devam edenlerde  $2.94 \pm 1.72$ , düzensiz devam edenlerde  $1.09 \pm 1.63$  idi.

Sonuç istatistiki açıdan ileri derecede anlamlı bulundu.

Antenatal kontrollere devam etme durumu ile, gebelerin gebelik fizyolojisi konusundaki bilgi puanlarının karşılaştırılması Tablo 39'da sunulmuştur.

**Tablo 39 : Antenatal Kontrollere Devam Etme Durumu İle Gebelerin Gebelik Fizyolojisi Konusundaki Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması**

<i>Kontrollere devam durumu</i>	<i>X</i>	<i>±</i>	<i>SD</i>	<i>"t" ve "p" değeri</i>
Düzenli n= 70	6.28		3.05	t= 9.43
Düzensiz n= 170	2.52		2.04	p<0.001

Gebelik fizyolojisi konusundaki bilgi puan ortalaması, antenatal kontrollere düzenli devam edenlerde  $6.28 \pm 3.05$ , düzensiz devam edenlerde  $2.52 \pm 2.04$  bulundu.

Sonuç istatistiki açıdan ileri derecede anlamlı bulundu.

## 6. TARTIŞMA

Anne ve çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde antenatal kontrollerin önemi yadsınamaz. Ülkemizde anne ölüm oranının halen yüzde 150'lerde bulunması annelerimizin bu konuya fazla duyarlı olmadığını göstermektedir. Oysa düzenli bir antenatal kontrolle gebelik ve doğuma ilişkin riskli durumların fark edilmesi, böylece hem anne hem de fetusun intrauterin yaşamının güvence altına alınması olasıdır. Bu konuda sağlık ekibi elemanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Özellikle ebe ve hemşirelerin aileye yapacakları sağlık eğitimi ve danışmanlık ile onların antenatal bakıma daha fazla özen göstermeleri sağlanabilir(52).

Deneklerimizin demografik ve obstetrik özellikleri, şimdiki gebelikle ilgili verileri, antenatal bakımdaki farklılıklar, bulgular doğrultusunda tartışılmıştır.

Tablo 1'de gebelerin demografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalamalarının  $26.38 \pm 5.23$ , % 95.4'ünün okuryazar, % 81.3'ünün de ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Yaş ortalamasının  $26.38 \pm 5.23$  olması, gebelerimizin doğurgan çağ kadınının çocuk sahibi olması için en uygun yaş dönemi içinde bulunduğunu göstermektedir. Araştırmamızdaki gebelerin eğitim düzeyinin ülkemiz standartlarının üstünde bulunmasında araştırmanın büyük şehirde yapılmış olması ve sosyoekonomik-kültürel düzeyi yüksek gebelerin araştırma kapsamına alınmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Gebelerin çoğunluğunun ev hanımı olması benzer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir(1,12,14,18,25,27,33,53,54).

Gebelerin parite durumları incelendiğinde % 48.7'sinin nullipar, % 51.3'ünün multipar olduğu görülmüştür.

Doğurgan çağıdaki kadın, herhangi bir fizyolojik bozukluğu yoksa her yıl gebe kalabilir. Ancak aşırı doğurganlığın hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir(14). Gebelerimizin % 47.9'unun hiç, % 39.8'inin 1-2, % 10.5'inin 3 ve daha fazla doğum yapması, benzer çalışma sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Ülke genelinden farklı olarak araştırmamızda doğum sayısının düşük bulunması, deneklerimizin çoğunluğunun nullipar olması ve araştırmanın şehir merkezinde yapılmış olması ile açıklanabilir(14,54).

Gebeliklerin hepsinin miadına ulaşması beklenemez. Spontan veya isteğe bağlı herhangi bir nedenle gebelik, düşükle sonuçlanabilir. Deneklerimizin % 72.5'inin hiç düşük yapmadığı saptanmıştır. Bu durum, Coşkun'un ve Çakıner'in çalışmalarıyla paralellik göstermektedir(1,11,14,53).

Deneklerimizin % 48.7'sinin 1-2 tane canlı çocuğa sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Sonucumuz, kentlerde yapılan araştırma verilerine yakınlık göstermesine rağmen, Türkiye genelinin altındadır(19,49,50). Farklı olan bu durumun araştırma kapsamına alınan gebelerin, yüksek sosyoekonomik - kültürel düzeye sahip olmaları ve sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları ile açıklanması mümkündür.

Tablo 8'de deneklerimizin gebelikte sigara içme durumu incelendiğinde, her dört gebeden birinin günde en az 1-2 tane sigara kullandığı belirlenmiştir. Memetali ve Çakıner'in benzer çalışmalarında farklı sonuçlar elde edilmiş ve gebelikte sigara içme oranının çok az olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bu farklı sonuç, eğitim düzeyi yüksek olan gebelerimizin, daha fazla sigara kullandıkları ve önceden var olan alışkanlıklarını gebelik süresince de devam ettirdikleri gerçeği ile açıklanabilir(14,35).

Gebelerin son adet tarihleri ve muhtemel doğum tarihlerini bilme durumlarına bakıldığında deneklerin büyük bir bölümünün son adet tarihlerini bildiği, ancak muhtemel doğum tarihi konusunda kesin bir bilgiye sahip olmadığı görülmüştür (Tablo 9,10).

Deneklerimizin % 72.9'unun gebeliğini planlayarak gerçekleştirdiği, geri kalanının ise çocuk sahibi olmayı düşünmediği halde etkin bir kontraseptif yöntem kullanmadığı için gebe kaldığı belirlenmiştir. Sonuçlarımız Memetali'nin çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir(15,35).

Gebelik ve doğum stresin arttığı bir dönemdir. Birçok kişi doğumu, ağrılı ve hayatı tehdit eden bir olgu şeklinde düşündüğünden doğumda anksiyete yaşar. Anksiyete, bilinmeyen ve anlaşılamayan yakın bir tehlikeyi beklemekle yaşanan huzursuzluk ve gerginlik hissidir(26). Çeşitli literatürlerde gebenin anksiyete durumu ile travayın seyri arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmış, anksiyeteli gebelerin travay süresinin eğitilmiş gebelere oranla daha uzun olduğu kanıtlanmıştır(24,26). Tablo 14'te gebelerin gebelik ve doğumla ilgili korku ve endişeleri araştırıldığında; gebelerimizin, % 35.4'ünün herhangi bir korku ve endişeye sahip olmadığı saptanmıştır. Geri kalan % 64.6'sının ise ağrı, doğum anında ölmek, bebeğini sakat ya da ölü doğurmak gibi pekçok korkuları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 15'te görüldüğü gibi deneklerimiz gebelik ve doğumla ilgili bilgilerini sağlıklı kaynaklardan elde etmedikleri ve bu konuda sağlık ekibi elemanlarından yeterince yararlanmadıkları belirlenmiştir. Güler ve arkadaşlarının çalışmalarıyla paralellik gösteren bulgumuz, gebelerin sağlık personelinde çekindikleri ve onları kaynak kişi olarak görmedikleri biçiminde yorumlanabilir(19,25,33).

Fetusun sağlıklı gelişebilmesi ve annenin sorunsuz bir gebelik dönemi geçirebilmesi için ilk trimesterden itibaren düzenli antenatal kontrollere devam etmesi gerekir. Çalışma kapsamına alınan deneklerimizin % 70.8'inin düzensiz, % 29.2'sinin düzenli antenatal kontrollere gittiği; ayrıca % 58.7'sinin II., % 12.1'inin ise ancak III. trimesterden sonra kon-

trollere başladığı belirlenmiştir (Tablo 16,19). Ülkemizde bu konu ile ilgili çok çeşitli araştırmalar yapılmış ve farklı sonuçlar elde edilmiştir. Şöyle ki; antenatal kontrollere gitme oranını, Güler ve arkadaşları % 51, Çakıner % 39, Memetali % 33.3, Ünal % 33.7 olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızda parite durumunun düzenli antenatal kontrollere gitmeye etkisi araştırıldığında, ileri derecede anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (Tablo 17). ( $X^2 = 17,53$   $p < 0.001$ ). Benzer çalışmalarla da paralellik gösteren sonucumuz, nullipar gebelerin antenatal kontrole gitmede daha titiz davrandıkları doğrultusundadır(25). Tablo 18'de gebelerin eğitim düzeyinin antenatal kontrole gitmeye etkisi araştırıldığında her iki parametre arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $X < -100 > 2 = 143,32$   $p < 0.001$ ). Okuryazar olmayan gebelerin hiçbirinin düzenli antenatal kontrole gitmedikleri halde, yükseköğretim mezunu deneklerimizin tümünün bu konuda aşırı titiz davrandıkları belirlenmiştir. Literatürle benzerlik gösteren sonucumuz, kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe antenatal kontrole gitmenin önemini daha iyi kavradıklarını göstermektedir(14,25,45,54).

Antenatal kontrole gitme, gebe ve ailesinin sorumluluğu olarak düşünülse bile bu konuda sağlık kuruluşlarının ilgili polikliniklerinde verilen hizmetin kolay elde edilebilir olması ve kapsamlı sunulması ailelerin motivasyonunu arttıracak ve bu konuda daha titiz ve dikkatli olmalarını sağlayacaktır. Çalışmamızda verileri elde ettiğimiz hastanelerin antenatal hizmet düzeyleri de incelenmiştir. Hastanelerin herbirinin hizmet düzeyi Tablo 20a,b,c,d ve e'de görülen ölçütler doğrultusunda değerlendirilmiştir. Bu ölçütler sırasıyla, anamnez olma, genel muayene, gebelik muayenesi, laboratuvar tetkikleri ve sağlık eğitimidir. Anamnez olma aşamasının hastaneler arasında önemli farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Amerikan Bristol Hastanesinde gebelerden alınan anamnez diğerlerinden daha kapsamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 20a). Gebenin genel muayenesinde izlenen yol, Şişli Etfal Hastanesi dışında diğer hastaneler arasında benzerlik göstermiştir. Okmeydanı Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'nde, genel muayene konusunda yeterli düzeye ulaşan Amerikan Bristol Hastanesine yakın veriler elde edilmiştir (Tablo 20b). Tablo 20c ve 20d'de görüldüğü gibi Amerikan Bristol Hastanesinin gebeliğe özgü



muayene ve laboratuvar tetkiklerini özenle gerçekleştirdiği ancak diğer hastanelerin bu konuda ayrıntılı bir izleme gerek duymadıkları hatta rutin yapılması gereken işlevleri bile lüzum halinde gerçekleştirdikleri belirlenmiştir. Gebelikte sağlık eğitimi gereksiniminin de sadece Amerikan Bristol Hastanesi'nde kapsamlı olarak ele alındığı, Şişli Etfal Hastanesi ve Okmeydanı Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi'nde buna çok az önem verildiği, Ana Çocuk Sağlığı Merkezinde ise gebenin bireysel eğitim gereksinimleri dikkate alınmaksızın bazı bilgilerin rutin olarak verildiği gözlenmiştir. Sonuçta Amerikan Bristol Hastanesi'nde diğer hastanelere göre daha kapsamlı bir gebe bakımının sağlandığı ve sunulan antenatal hizmet düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yukarıda sözü edilen sağlık kuruluşlarının antenatal polikliniklerinden seçilen deneklerimizin Tablo 21'de görüldüğü gibi antenatal bakım konusundaki toplam bilgi puanı ortalamaları, 90 puan üzerinden  $45.64 \pm 18.43$  olarak saptanmıştır. Deneklerimizin sosyoekonomik-kültürel düzeylerinin ülkemiz geneline oranla yüksek bulunmasına rağmen, antenatal bakım konusunda yeterli ve istenen düzeyde bilgi sahibi olmadıkları acı bir gerçek olarak belirlenmiştir.

Gebelerimizin aldıkları toplam bilgi puanlarının hastanelerle olan ilişkisine bakıldığında Amerikan Bristol Hastanesi lehine ileri derecede anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (Tablo 22a) ( $F = 44.68$   $p < 0.001$ ). Elde edilen bu sonucun ilgili hastaneye başvuran gebelerin sosyokültürel düzeylerinin yüksek olmasının yanısıra hastanenin antenatal kontrole verdiği önemle de büyük ölçüde ilgili olduğu düşünülmektedir.

Alınan toplam bilgi puanının, hastanelerarası farklılığı dışında, deneklerimizin eğitim düzeyi, parite ve çalışma durumu, gebelik ve canlı çocuk sayısı, antenatal kontrollere devam etme durumu ve kontrollere başlama zamanında da etkilendiği görülmüştür.

Tablo 23'te nulliparların multiparlara oranla daha bilgili oldukları ve aralarında ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $t = 5,34$   $p < 0,001$ ). Ayrıca gebe ve eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe aldıkları toplam bilgi puanlarının da doğru orantılı olarak arttığı saptanmıştır (Tablo 24, 25). Sonuçlarımız, Güler ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (25,27).

Tablo 26'da annenin çalışma durumunun antenatal bakım konusundaki başarı durumunu nasıl ve ne şekilde etkilediği incelendiğinde başarısızlık gösterenlerin tümünün ev hanımı olduğu, çok iyi başarı gösteren gebelerin ise, büyük bir bölümü çeşitli mesleklerde çalışan kadınlar oluşturduğu ve sonuçta çalışan kadının antenatal bakım konusunda anlamlı derecede fazla bilgiye sahip olduğu saptanmıştır ( $\chi^2 = 80,96$   $p < 0,001$ ).

Gebelerimizin aldıkları toplam bilgi puanı ile geçirdikleri gebelik ve sahip oldukları canlı çocuk sayıları arasında ters bir orantı olduğu ve gebelik-çocuk sayısı arttıkça alınan, toplam puan ortalamasının azaldığı görülmüştür (Tablo 27,28). Oysa gebelik ve canlı çocuk sayısı fazla olan kadının antenatal bakımla ilgili daha fazla deneyime sahip olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuç; nullipar gebelerin antenatal kontrollere titizlikle uyum gösterdikleri ve büyük bir hevesle gebelik bakımıyla ilgili kaynaklardan yararlandıkları, buna karşın multipar kadınların evdeki diğer çocuklarının bakımı nedeniyle antenatal kontrollere gitmeyi ihmal ettikleri ve var olan eski alışkanlıklarını sürdürdükleri biçiminde yorumlanabilir.

Tablo 29'da gebelerin başarı durumlarının antenatal kontrole devam etme ile olan ilişkisi incelendiğinde, zayıf puan alan gebelerin tamamının antenatal kontrollere düzensiz, düzenli devam eden gebelerin % 50'sinin tam başarı elde ettiği, diğer yandan I. trimesterden itibaren antenatal kontrollere başlayan gebelerin toplam bilgi puanı ortalamasının  $61,88 \pm 14,54$ , II. trimesterde başlayanların ise  $32,35 \pm 10,32$  olduğu görülmüştür (Tablo 30). Literatürle paralellik gösteren sonucumuz, antenatal kontrole gebeliğin ilk ayından itibaren düzenli giden gebelerin kendi özba-

kımları konusunda bilinçlendikleri ve diğerlerine oranla antenatal bakım konusunda daha fazla bilgiye sahip olduklarını göstermektedir(14,25,45,54).

Gebelerimizin antenatal bakım konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek için hazırlanan toplam 45 soruluk anket formunun önemli bir bölümünü, gebelik fizyolojisi, gebelikte beslenme ve Rh uygunsuzluğuna ilişkin sorular oluşturmuştur. Gebelerin bu konulara yönelik özel bilgi puanlarının dağılımı Tablo 21'de sunulmuştur. Buna göre; gebelerin gebelik fizyolojisi konusunda almaları gereken toplam bilgi puanı 10 iken, alınan toplam puan ortalaması  $3.88 \pm 2.31$ , gebelikte beslenme konusunda 16 puan almaları gerekirken, alınan puan ortalaması  $9.75 \pm 3.40$ , Rh uygunsuzluğu konusunda toplam 6 puan almaları gerekirken alınan puan ortalaması  $1.66 \pm 1.47$  olarak bulunmuştur. Gebelik fizyolojisi, gebelikte beslenme ve Rh uyumsuzluğu konusunda alınan toplam bilgi puanınının, gebelerimizin parite, eğitim ve antenatal kontrollere devam etme durumundan etkilendiği görülmüştür.

Tablo 31'de gebelerin parite durumu ile gebelikte beslenme ( $t = 5.97$   $p < 0.001$ ), Tablo 32'de parite durumu ile Rh uygunsuzluğu ( $t = 2,60$   $p < 0.01$ ), Tablo 33'de parite durumu ile gebelik fizyolojisi ( $t = 4.54$   $p < 0.001$ ) konusundaki bilgi puanları karşılaştırıldığında, nulliparlar lehine ileri derecede anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Literatürdeki sonuçlarla benzerlik gösteren bulgularımız, nulliparların beslenme, Rh uygunsuzluğu ve gebelik fizyolojisi konusunda multiparlardan daha bilgili olduklarını bir kez daha göstermiştir(45,54).

Tablo 34, 35 ve 36'da gebelerimizin eğitim durumu; beslenme, Rh uygunsuzluğu ve gebelik fizyolojisi konusunda aldıkları toplam bilgi puanları ile karşılaştırılmış, sonuçta, eğitim düzeyi yükseldikçe alınan puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür. Benzer çalışma bulgularıyla paralellik gösteren sonuçlarımız istatistiki olarak da ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $F = 33.74$   $p < 0.001$ ), ( $F = 16.78$   $p < 0.001$ ), ( $F = 41.38$   $p < 0.001$ )(25).

Antenatal kontrollere devam etme durumunun; beslenme, RH uygunsuzluğu ve gebelik fizyolojisi konusundaki puanlarla olan ilişkisi incelendiğinde, antenatal kontrollere dzenli devam eden gebelerin lehine ileri derecede anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. ( $t= 18.14$   $p<0.001$ ), ( $t= 7.62$   $p<0.001$ ) ( $t= 9.43$   $p<0.001$ ). Buna göre, antenatal kontrollere gitmede daha titiz davranan gebelerimizin daha iyi puanlar elde ettikleri görülmüştür. Sonuçlarımız, benzer çalışma bulgularıyla da aynı doğrultudadır(25).

## 7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma, anne adaylarının gebelik dönemine ilişkin eğitim gereksinimlerini saptamak ve sağlık kuruluşlarında bu gereksinimlerin karşılanabilirlik derecesini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızın materyalini, farklı statülerde sağlık hizmeti veren kuruluşlara antenatal takip için başvuran 240 gebe oluşturmuştur. Gebelerin demografik, obstetrik, tıbbi özellikleri ve antenatal bakıma ilişkin bilgi düzeyleri araştırılmış, hastaneler de antenatal hizmetin düzeyini belirleyen bir ölçüt doğrultusunda gözlemlenmiş ve elde edilen veriler, istatistiki yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Gebelerimizin yaş ortalaması  $26.38 \pm 5.23$  olarak bulunmuştur. Öğrenim durumlarının ilkokul mezunu düzeyinde yoğunluk kazandığı, çoğunluğunun ev hanımı, eşlerinin ise serbest meslek sahibi olduğu gözlenmiştir.

Olguların % 48.7'sini nulliparlar, % 51,3'ünü multiparlar oluşturmuştur. Ortalama doğum sayısının 1-2 doğumda yoğunlaştığı ve % 72,5'inin hiç düşük yapmadığı belirlenmiştir.

Her dört gebeden birinin gebelik süresince günde en az 1.2 tane sigara kullandığı saptanmıştır.

Gebelerimizin % 64.6'sının gebelik ve doğumla ilgili korkular yaşadığı halde antenatal kontrollere düzenli gitmeye özen göstermedikleri belirlenmiştir.

Antenatal kontrollere düzensiz devam edenlerin büyük bir bölümünü multiparların oluşturduğu, nulliparların ve yüksek okul mezunu gebelerin antenatal kontrollere devam konusunda daha hassas ve dikkatli davrandıkları görülmüştür.

Amerikan Bristol Hastanesinde diğer hastanelere göre daha kapsamlı bir gebe bakımının sağlandığı ve sunulan antenatal hizmet düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Deneklerimizin antenatal bakım konusundaki toplam bilgi puanı ortalaması  $45.64 \pm 18.43$  olarak bulunmuştur.

Nulliparite, herhangi bir işte çalışma, gebeliğin başından itibaren düzenli antenatal kontrole gitme, en az ilköğretim mezunu olma, ve az sayıda canlı çocuğa sahip olma gebelerin antenatal bakım konusundaki bilgi puanlarını arttıran özellikler olarak saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimizi şöyle özetleyebiliriz:

- \* Ülkemiz kadınının eğitim düzeyini yükseltmek,
- \* Gebe ve ailesine antenatal bakımın önemini kavratmak
- \* Ana çocuk sağlığı merkezlerinde ve antenatal kontrol ünitelerinde verilen bakımı daha nitelikli bir düzeye ulaştırmak
- \* Bu merkezlerde görev alacak sağlık personelinin, aileye sağlık eğitimi ve danışmanlık konusunda dikkatli ve titiz davranmasını sağlamak,

- \* Ev ziyaretlerini yaygınlaştırarak, gebeleri, sağlık kuruluşlarından yararlanmaları konusunda bilinçlendirmek ve bireysel eğitim vermek,
- \* Ebeveynlik ve cinsellik konularını lise ve yüksek okulların ders programlarında ele almak,
- \* Eğitimde TV, radyo ve basılı yayınlardan yararlanmak,
- \* Ülkemizde ebevyn sınıfı eğitim programlarını yaygınlaştırmak,
- \* Bu programlarda ebek ve doğum konularına ek olarak lohusalık ve bebek bakımı konusunda da eğitim vermek,
- \* Eşlerinde bu programlara düzenli katılımını sağlamak,
- \* Sağlık ekibi elemanları tarafından geliştirilmiş eğitim kitapçıkları ve broşürleri annelere dağıtmak.

## 8. ÖZET

---

Antenatal bakımın amacı, anne ve çocuk sağlığını koruyup geliştirmek üzere gebelik süresince ortaya çıkabilecek sapmaları erken dönemde fark edip uygun önlemler almak, ebeveynleri gebeliğe, doğuma ve doğum sonrası döneme hazırlamaktır.

Fetusun intrauterin dönemde sağlıklı gelişmesi annenin sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Gebelik ve doğum kadın yaşamının normal bir aşamasını oluşturmasına rağmen, anne organizması, bu döneme yedek güçlerini ve fonksiyonel kapasitelerini kullanarak uyum sağladığından küçük bir sapma organizmanın dengesini bozabilir. Bundan dolayı gebenin gebeliğin başından itibaren düzenli antenatal kontrollere katılması büyük önem taşır.

Çalışmamız; anne adaylarının gebelik dönemine ilişkin eğitim gereksinimlerini saptamak ve sağlık kuruluşlarında bu gereksinimlerin karşılanabilirlik durumunu belirlemek amacıyla planlanmıştır. Farklı statülerde sağlık hizmeti veren kuruluşlara antenatal kontrol için başvuran 240 gebe örneklem grubumuzu oluşturmuştur.

Deneklere, demografik, obstetrik, tıbbi özelliklerini ve antenatal dönemdeki bilgi düzeylerini ölçen çok sorulu anket formu uygulanmış, veriler karşılıklı görüşme yoluyla elde edilmiştir. Ayrıca hastaneler de antena-



tal hizmetin düzeyini belirleyen bir ölçüt doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Gebelerimizin yaş ortalaması  $26.38 \pm 5.23$  olarak bulunmuş, bunların büyük bir çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu gözlenmiştir. Gebelerin % 48.7'sini nullipar, % 51.3'ünü multiparlar oluşturmuş, ortalama doğum sayısının 1-2 doğumda yoğunluk kazandığı belirlenmiştir.

Deneklerimizin % 93.3'ünün son adet tarihlerini bilmelerine karşın, muhtemel doğum tarihlerini bilme konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır.

Gebelerimizin % 70.8'i antenatal kontrollere düzensiz devam etmiş, bunların % 60.6'sını multiparlar oluşturmuştur. Yüksekokul mezunlarının antenatal kontrollere devam konusunda daha hassas ve dikkatli davrandıkları görülmüştür.

Deneklerimizin antenatal bakım konusundaki toplam bilgi puanı ortalaması  $45.64 \pm 18.43$  olarak bulunmuştur. Amerikan Bristol Hastanesinde antenatal kontrole devam eden gebelerin, eğitim durumlarının yüksek olması ve bu merkezlerde sunulan antenatal bakımın standartlara daha yakın olması nedeniyle, aldıkları toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Nulliparların antenatal bakım konusunda multiparlara göre daha bilgili ve eğitime açık oldukları görülmüştür.

Alınan toplam bilgi puanını, deneklerimizin eğitim düzeyi, çalışma durumu, gebelik ve canlı çocuk sayısı, antenatal kontrollere devam etme durumu ve başlama zamanının da etkilediği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan, çalışan, az sayıda çocuğa sahip olan ve antenatal kontrollere düzenli devam eden gebelerin, antenatal bakıma ilişkin toplam bilgi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

## 9. SUMMARY

---

---

The purpose of antenatal care is to protect mother's health as fetus grows in a healthy way. So the pathologic conditions in mother and fetus could be understood and treated. Another aim of the antenatal care is to prepare the mother and also father to the delivery and postpartum period.

The good fetal growth is directly related with the maternal good health. Although, pregnancy and delivery are two of the natural events in a woman's life, the mother compensates these events by using her reserves and functional capacities and deviations from normal pregnancy may insult the organism. Because of this the antenatal care from the beginning of the pregnancy is extremely important.

Our study was planned to determine the educational needs of the pregnant and the adequacy of the antenatal education programs of health centers. 240 pregnant who applied for antenatal care at the different medical centers had consisted our study population.

Multiple questions were asked about demographic, obstetrical and medical histories of the cases. The answers were obtained by interviews. Also the levels of antenatal care in hospitals were evaluated.

The mean ages of the cases was  $26.28 \pm 5.23$  (mean  $\pm$  standart deviation). The majority of them were graduated from primary school. 48.7 % of them were nullipars, 51.3 % multipars. The most of the cases had given birth once or twice.

Although, 93.3 per cent of our cases had known the time of their last menstrual periods many of them hadn't known the estimated date of delivery.

70.8 per cent of our pregnants had come to antenatal visits irregularly and 60.6 percent of them were multipars. It was seen that the pregnants whom graduated from university were more careful about the antenatal controls.

The mean total knowledge scores of our cases were founded  $45.64 \pm 18.43$ . The mean total scores of pregnants whom attended to antenatal controls in American Bristol Hospital had more higher scores because of their high educatinal levels and quality of the antenatal programs of this center compared with the other centers.

The knowledge of nullipars about the antenatal care was more than the multipars and they were more interested also.

Evaluations of the cases were effected by their educational levels, wheather they work or not, numbers of pregnancies and living children, attendace to the antenatal clinics regularly, early or late starting to the antenatal clinics.

The ones with high educational level, being worked, small number of children and attendance regularly to the antenatal clinics had higher scores at the evaluation.

## KAYNAKLAR

- 1- Abadan,N.: Türk Toplumunda Kadın. Kent Basımevi, İstanbul, (1982).
- 2- Arısan,K.: Doğum Bilgisi. Çeltüt Matbaacılık Sanayi, İstanbul, (1989).
- 3- Atasü, T.: Gebelikte Fetusa ve Yenidoğana Zararlı Etkenler. İ.Ü.Cer-  
rahpasha Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, (1984).
- 4- Atasü,T.: Gebelik ve Cinsel İlişki, Klinik Gelişim Yayınları, 3:771,  
(1990).
- 5- Bartan,M., Güriş,D.: Türkiye'de Çocuk Sağlığının Durumu. H.Ü.Tıp  
Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını, Ankara, (1989).
- 6- .....Becoming a Parent. Ross Growth & Development Information  
Series, (1988).
- 7- Beisher,N., Mackay,E.: Obstetrics And The Newborn. Dai Nippon  
Printing Co LTD, California, (1979).
- 8- Berry,K.: Obstetric care. Hunt Bernard Printing LTD, Buckinghamshi-  
re, (1976).

- 9- Birol,L.: Hemşirelik Süreci. Temmuz Matbaa ve Yayıncılık, İzmir, (1989).
- 10- Coşkun,A. Karanisoglu,H: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, (1992).
- 11- Coşkun, A: Adolesan Dönemi Gebeliklerinde Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklerin İncelenmesi ve Bu Gebeliklere Sosyoekonomik ve Kültürel Faktörlerin Etkinliği. İ.Ü.Tıp Fakültesi, İstanbul, (1984), (Doktora Tezi).
- 12- Coşkun,A.: Emziren Annelerden Alınan Anne Sütü ve Meme Ucu Materyalinin Bakteriyolojik Yönden İncelenmesi ve Meme Bakımının Önemi. İ.Ü.Tıp Fakültesi, İstanbul, (1990), (Doçentlik Tezi).
- 13- Coşkun,A.: Ülkemizde ana sağlığı sorunları, I.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Sempozyumu Tebliği, 6-7 Eylül (1989).
- 14- Çakıner,T.: Avcılar bölgesinde doğurgan yaşta ve çocukları olan annelerin, gebelik, aile planlaması ve çocuk sağlığı konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması, I.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Sempozyumu Tebliği, 6-7 Eylül (1989).
- 15- Ekizler,H.: İn Utero Ölü ve Anomalili Doğumlarda Sosyo-ekonomik Problemler. İ.Ü.Tıp Fakültesi, İstanbul, (1985), (Doktora Tezi).
- 16- Erefe,İ. ve ark.: Bornova sosyalizasyon bölgesinde risk yaklaşımı ile gebelerin izlenmesi üzerine bir çalışma, I.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, (1988).
- 17- Erdoğan,E.: Gebelikte ve lohusalıkta kullanılan ilaçların çocuğa olumsuz etkileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3:62, (1986).

- 18- Erdoğan,S., Savaşer,S.: Annelerin çocuklarının sağlığını korumaya yönelik yaklaşımları, I.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Sempozyumu Tebliği, 6-7 Eylül (1989).
- 19- Fadiloğlu,Ç., Yılmaz,D.: Adolesan annelerin gebeliğe uyum durumlarının incelenmesi. I. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Sempozyumu Tebliği, 6-7 Eylül (1989).
- 20- Ferlencez,Ş.: Ülkemizde ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve gelişimi, I.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Sempozyumu Tebliği, 6-7 Eylül (1989).
- 21- .....Focus on Children as Special Issue. Johns Hopkins Magazine. September 23, (1992).
- 22- Grunfeld,N.: Pregnancy. Hongkong Publishing, England (1992).
- 23- Güler,Ç.: Aile Sağlığı ve Aile Planlaması. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, (1989).
- 24- Güler,K.: Doğumda anksiyete ve hemşirelik yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni, 7:46, (1986).
- 25- Güler,K. ve Ark: Prenatal bakımı etkileyen Faktörlerle ilgili epidemiyolojik bir çalışma, Hemşirelik Bülteni, 12:58, (1988).
- 26- Güler,K.: Doğurma Fizyolojik ve Psikolojik Yönden Hazırlanmış Gebelerle, Hazırlanmamış Olanların Antepartum, İnpartum ve Postpartum Dönemlerindeki Anksiyete Farklılıklarının Araştırılması. İ.Ü.Tıp Fakültesi, İstanbul, (1982), (Doktora tezi).
- 27- Gürkan,Ö.: Postpartum Dönemde Primipar ve Multiparların Deri Hijyenine Ait Bilgilerinin Araştırılması. İ.Ü.Tıp Fakültesi, İstanbul, (1985), (Yüksek Lisans Tezi).

- 28- Hart,R., Belsey,M., Tarimo,E.: Integrating Maternal and Child Health Services. With Primary Health Case. Macmillan and Clays Publishing, England,(1990).
- 29- Harvey,M.: Preparation For Childbirth. Baptist Memorial Hospital Publishing, Memphis, Tennessee, (1986).
- 30- ..... "2000 Yılında Herkese Sağlık", T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara, (1991).
- 31- .....Kız Çocuklarının Eğitimi Çalışma Grubu Raporu, 1990'ların Çocuk Politikası Kongresi, 26-27 Mayıs (1989).
- 32- Kocaman,G.: Annelere ve çocuklara verilen sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ve sorunlar, I.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 13-14 Eylül (1985).
- 33- Kömürcü,N.: İlk doğumunu yapan annelerin doğum eylemlerine ilişkin duygu ve düşünceleri, I.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Simpozyumu Tebliği, 6-7 Eylül (1989).
- 34- Marlow,D.: Pediatric Nursing. Saunders Company. Philadelphia (1977).
- 35- Memetali,N.: Gebelik, Doğum, Doğum sonu İzleme ve Bakım Olayının Yenidoğan Sağlığına Etkisi. İ.Ü.Tıp Fakültesi, İstanbul, (1988), (Yüksek Lisans Tezi).
- 36- Moghissi,K., Evans,T.: Nutritional Impacts On Women. Harper & Row Publishers, Maryland, (1978).
- 37- Olds,S.: Maternal-Newborn Nursing Addison Wesley Publishing Company, California, (1984).

- 38- Öncel,B.: Ebe Hemşirenin Doğum Kitabı. Dur Ofset, İstanbul, (1979).
- 39- Pernoll,M., Benson,R.: Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis and Treatment Typopress Publishing, Lebanon, Sixth Edition, (1987).
- 40- .....Prepared Childbirth Series. Methodist Hospital Publishing.
- 41- Pritchard,J., MacDonald,P., Gant,N.: Williams Doğum Bilgisi. Çeviri: İ.Yılmaz, V.Aydemir, Güneş Kitabevi, Ankara, Onyedinci baskı, (1989).
- 42- Sencer,E.: Beslenme ve Diyet. Güven Matbaası, İstanbul, İkinci Baskı, (1991).
- 43- Seviğ,Ü.: Halk sağlığı hizmetleri hemşireliğini yürütecek personelin görev tanımlamasına ilişkin bilgilerinin araştırılmasıyla ilgili bir çalışma, I.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 13-14 Eylül (1985).
- 44- Stevans,K.: Individualized prenatal nursing care of pregnant adolescent makes a difference. Journal of Gynecologic Nursing. November: 521, (1989).
- 45- Şen,A: Gebe Kadınların Hamilelik Döneminde Kendi Beslenmelerine İlişkin Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İ.Ü.Tıp Fakültesi, İstanbul, (1985), (Yüksek Lisans Tezi).
- 46- Şenocak M.: Tıbbi İstatistik. Sermet Matbaası, Kırklareli, (1986).
- 47- Taşkın,L.: Anne Sağlığı Hemşireliği .



- 48- Tezcan,S., Oral,S.N.: Ana Sağlığı Aile Planlaması Doęurđanlık Konularına İlişkin Araştırma Özetleri 1970-1986. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, No.86/37, Üçbilek Matbaası, Ankara (1986).
- 49- .....Türkiye Cumhuriyeti Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Ana Sağlığı Programı. Ankara (1986).
- 50- .....Türk Hemşireliğinin ve Ebeliğin Konumu. İ.Ü.Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, (1992).
- 51- .....Türkiye’de Ana ve Çocukların Durumu Analizi. T.C. Hükümeti ve UNICEF İşbirliği Programı, Yeniçağ Matbaası, Ankara (1991).
- 52- .....The State Of The World’s Children. United Nations Children’s Fund UNICEF, (1992).
- 53- Uptan,S.: K.K.T.C. Gazi Magosa Bölgesinde Doęurđanlık Çağındaki Kadınların Aile Planlaması ve Yöntemleri Konusunda Bilgi Düzeyleri ile Uygulama Biçimlerinin Araştırılması. İ.Ü.Tıp Fakóltesi, İstanbul, (1989), (Yüksek Lisans Tezi).
- 54- Ünal,G.: Erzurum Bölgesinde Emziren Annelerin Emzirme İşlemi Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Uygulamaların Belirlenmesi ve Hemşirenin Rolü. İ.Ü.Tıp Fakóltesi, İstanbul, (1991), (Yüksek Lisans Tezi).
- 55- Üstün,M., Çapanoğlu R.: Gebelik ve Gebelik Sonrası Egzersizleri. Menteş Kitabevi, İstanbul, (1990).
- 56- Wechelberg,K., Puyn,U.: Anne ve Çocuk. Çeviri: E.Kınalıbay, Remzi Kitabevi, İstanbul, (1989).
- 57- Ziegel,E., Crantley,M.: Obstetric Nursing. Macmillan Publishing Company. United States of America, Eighth Edition, (1984).

## Ö Z G E Ç M İ Ş

1967 yılında İstanbul'da doğan Nermin Demir, ilk ve orta öğrenimini aynı ilde tamamladı. 1984 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'na girdi ve 1987-1988 öğretim yılında mezun oldu. Aynı yıl Amerikan Bristol Hastanesi Doğumhane Servisinde servis hemşiresi olarak çalışmaya başladı. Halen aynı yerde görevini sürdürmekte olan Demir, İngilizce ve Sırpça bilmektedir.

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM BAKANLIĞI  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**