



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**İZMİR MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA GEBE
TAKİBİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Zeynep AY

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç.Dr. Hüseyin CAN

**İZMİR
NİSAN-2015**

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**İZMİR MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA GEBE
TAKİBİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Zeynep AY

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç.Dr. Hüseyin CAN

İZMİR

NİSAN-2015

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İZMİR MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA GEBE
TAKİBİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

TEZİ HAZIRLAYAN
Dr. Zeynep AY

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma tarafımızca incelenerek her yönü ile “Tıpta Uzmanlık Tezi” olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Tez Danışmanı :Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Can - İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Üye : Doç.Dr. Ercüment TARCAN - İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Üye :Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR - Dokuz Eylül Üniversitesi Aile
Hekimliği ABD

Prof. Dr. Mehmet Ali MALAS
Tıp Fakültesi Dekan

TEŐEKKÖR

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Hüseyin CAN' a, birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma ve Aile Hekimliği Kliniği çalışanlarına bu tezin hazırlanmasındaki katkılarından dolayı teşekkür ederim. Ayrıca tüm asistanlık ve tez süreci boyunca yanımda olan, yardımlarını esirgemeyen ve hayatıma anlam katan değerli aileme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	IV
TABLolar LİSTESİ	V
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1 Gebelik	5
2.1.1 Gebeliğin tanımı	5
2.1.2 Gebelik tanısı	5
2.1.3 Gebelik testleri	6
2.1.4 Tahmini doğum tarihi	7
2.1.5 Gebeliğin fizyolojisi	7
2.2 Doğum Öncesi Bakım	15
2.2.1. Dünyada doğum öncesi bakım hizmetleri	16
2.2.2. Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetleri	17
2.2.3 T.C. Sağlık Bakanlığı doğum öncesi bakım yönetim rehberi	19
2.2.4 Gebelikte beslenme ve kilo alımı	28
2.2.5 Gebelikte vitamin ve mineral desteği	28
2.2.6 Gebelikte bağışıklama	29
2.2.7 Gebelikte serolojik değerlendirme	29
2.2.8 Gebelikte tiroid fonksiyonunun değerlendirilmesi	30
2.2.9 Gebelikte anomali taramaları ve görüntüleme	30
2.2.10 Gebelikte diyabet taraması	31
2.3 Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması	32

2.3.1 Aile Hekimi	33
2.3.2 Aile Sağlığı Elemanı ve Aile Sağlığı Merkezi	33
2.3.3 Aile Hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1 Çalışmanın genel nitelikleri	35
3.1.1 Çalışmaya dahil olma kriterleri	35
3.1.2 Çalışmaya dahil olmama kriterleri	36
3.2 Çalışmanın kısıtlılıkları	36
3.3 İstatistiksel Yöntem	36
3.4 İzinler	36
4.BULGULAR	37
5.TARTIşMA	51
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	57
TÜRKÇE ÖZET	59
İNGİLİZCE ÖZET	60
KAYNAKLAR	61
EKLER	65
Ek 1. Anket formu	65
Ek 2. Risk Değerlendirme Formu	70

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
β-hCG	İnsan koryonik gonadotropin β subüniti
CYBE	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
DÖB	Doğum öncesi bakım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GFR	Glomerüler filtrasyon hızı
hCG	İnsan koryonik gonadotropin
OGTT	Oral glukoz tolerans testi
PAPP-A	Gebeliğe özgü plazma protein A
SAT	Son adet tarihi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	Tiroid stimüle edici hormon
UNICEF	Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu
USG	Ultrasonografi
ÜYT	Üremeye yardımcı tedavi
VKI	Vücut kitle indeksi

TABLolar DİZİNİ

<u>TABLolar</u>	<u>SAYFA</u>
<u>NO</u>	
Tablo 1. Gebelikte uygun kilo alımı _____	12
Tablo 2. Gebelikte ortalama serum lipid düzeyleri _____	13
Tablo 3. Gestasyonel diyabet tanı kriterleri _____	32
Tablo 4. Katılımcıların tanımlayıcı verileri _____	37
Tablo 5. Katılımcıların DÖB izlem zamanlarına ilişkin yanıtları _____	38
Tablo 6. Gebenin fizik muayenesinde bakılması gerekenler _____	39
Tablo 7. Katılımcıların fetal kalp muayenesi ile ilgili bilgi düzeyleri _____	40
Tablo 8. Birinci basamakta bakılması gereken laboratuvar tetkikleri _____	40
Tablo 9. Katılımcıların gebelikte anomali tarama testlerine ilişkin yanıtları _____	41
Tablo 10. OGTT gebelik haftası yanıtları _____	42
Tablo 11. 50 gr glukoz ile yapılan OGTT için verilen yanıtların yaş, fiilen hekimlik yapılan süre ve takip edilen gebe sayısı ile karşılaştırılması _____	42
Tablo 12. 50 gr, 75 gr ve 100 gr glukoz ile yapılan OGTT sınır değerleri için verilen yanıtlar _____	43
Tablo 13. Ayrıntılı fetal ultrasonografide değerlendirilen parametreler _____	44
Tablo 14. Gebelikte folik asit desteği _____	45
Tablo 15. Gebelikte demir desteği _____	46
Tablo 16. Tetanoz aşısının gebelikte ilk yapılma zamanına ilişkin katılımcı yanıtları _____	46
Tablo 17. Gebelikte tehlike işaretleri _____	47
Tablo 18. Erken doğum belirtilerine verilen cevaplar _____	47
Tablo 19. Gebenin sevk edilmesi gereken durumlar _____	48
Tablo 20. Doğum sonrası bakım sayısı _____	49
Tablo 21. Gebelikte risk faktörleri _____	5

1.GİRİŞ

Dünyada her gün 800 kadın gebelik veya doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle kaybedilmektedir. 2013 yılında 289,000 kadın gebelik ve doğum sürecinde kaybedilmiştir ve bu ölümlerin hemen hemen hepsi önlenebilir ölümlerdir. Anne ölümlerinin neredeyse tamamı gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmaktadır. Dünyanın bazı bölgelerinde anne ölümlerinin sayısının fazla olması sağlık hizmetlerine ulaşımındaki yetersizlikleri yansıtmaktadır (1).

Anne ölümü, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde 2013 yılında anne ölüm oranı 100,000 canlı doğumda 230 iken, gelişmiş ülkelerde bu oran 100,000 canlı doğumda 16'dır. Anne ölümlerinin ülke içindeki dağılımlara bakıldığında, gelir düzeyi düşük ve yüksek olan kadınlarla kırsal kesimde ve kentsel kesimde yaşayan kadınlar arasında büyük eşitsizlikler olduğu görülmektedir (1).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından Ekim 2004-Aralık 2007 tarihleri arasında yürütülen Ulusal Anne Ölümleri çalışmasında ise anne ölüm oranı, 100,000 canlı doğumda 28.5 seviyesindedir. Gebe kadınların %58.4'ü doğrudan, %15.8'i ise dolaylı nedenlerden dolayı kaybedilmiştir (1). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 yılı verilerine bakıldığında anne ölüm oranının 100,000 canlı doğumda 15.9 olduğu görülmektedir (3). Ülkemizdeki anne ölüm oranındaki düşüklük sürekli artan doğum öncesi ve sonrası bakımın etkisidir. Dünyadaki verilerle benzer şekilde kırsal alanlardaki anne ölüm oranı, kentsel alanlardakinden daha yüksektir. Tıbbi bakıma ulaşmanın daha zor olduğu kırsal alanlarda annenin doğum sonrası ilk 24 saate hayatını kaybetme sıklığı kentsel alana göre daha fazladır. Anne ölümlerinin dörtte biri doğum sırasında veya sonrasında meydana gelen kanamalardan kaynaklanmaktadır. Anne ölümlerinin ülkemizdeki ikinci en sık nedeni eklampsi olarak belirlenmiştir. Emboli, uterus rüptürü, gebeliğe bağlı enfeksiyonlar, septik abortus ve ektopik gebelik anne ölümünün diğer nedenlerindedir. Mortalite ve morbiditeye yol açan bu nedenlerin önlenmesi ve

yönetimine yönelik sağlık çözümleri iyi bilinmekte olduğundan çoğu anne ölümü önlenebilir niteliktedir. Anne ölümlerinin % 61.6'sında bir ya da daha fazla önlenebilir faktör mevcuttur. Kadının ya da ailesinin sorunu fark etmemesi ve tedavi için başvuruda gecikme gebeliğe bağlı ölümlerin en sık standart altı nedenlerindedir. Doğum öncesi bakımın kimden ve nereden alındığı da anne ölümlerini arttıran önemli etkenler arasındadır(1,2)

Doğum öncesi bakım (DÖB) anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (4). Yeterli ve nitelikli DÖB ile annelerin daha sağlıklı bir gebelik geçirmeleri ve daha sağlıklı bebeklere sahip olmaları sağlanmış olur (4). Tüm kadınlara gebelikleri boyunca yeterli DÖB alması, deneyimli kişilerce doğum yaptırılması ve doğumdan sonraki haftalarda bakım ve destek verilmesi sağlanarak anne ve bebek ölümleri azaltılabilir (1).

DÖB ile annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmeleri, sağlıklı bebeklerin doğması ve gebelikte sağlığın korunması hedeflenmektedir. Annede gebelikten önce var olan hastalıkların saptanması, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisinin, gerekirse sevkinin sağlanması, riskli gebeliklerin saptanması, fetüsün intrauterin izlemi, annenin tetanoza karşı bağışıklanması, doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağı belirlenmesi, anneye gebelik süreci ve sonrası hakkında eğitim verilmesi DÖB'nin amaçlarıdır (5).

Gebelik saptandıktan sonra en erken dönemde DÖB başlanmalı ve annenin gereksinimlerine uygun bir şekilde düzenli aralıklarla doğuma kadar sürdürülmelidir. Gebeliğin erken döneminde başlanan, düzenli ve nitelikli bir DÖB ile anne ölümleri ve perinatal ölümler azaltılabilmektedir. Yapılan çalışmalarda yetersiz DÖB sonucu gebelik ve doğum komplikasyonlarında artış olduğunu gösterilmiştir. Yeterli sayıda ve nitelikte DÖB almayan kadınlarda düşük doğum ağırlığı ve prematür doğum oranının %76 daha fazla olduğu gözlenmiştir (5,6).

Anne sağlığının iyileştirilmesi DSÖ'nün önceliklerinden biridir (1). Maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmak için 1987 yılında Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), DSÖ, Dünya Bankası ve 37 ülkeden çeşitli kuruluşların katılımıyla Nairobi'de yapılan uluslararası konferansta Güvenli Annelik Girişimi başlatılmıştır. DSÖ tarafından başlatılan bu

programın ana amacı 2000 yılına kadar anne ölümlerini %50 azaltmaktır. Güvenli annelik ile anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik yaklaşımlar benimsenmiştir (7).

Türkiye’de ana ve çocuk sağlığına önem verilmesi cumhuriyetin kurulmasıyla başlamıştır. İlk doğum ve çocuk bakımevi 1926 yılında Ankara’da açılmış ve aynı yıl bir ikincisi Konya’da hizmete girmiştir. Ancak bu kuruluşlarda daha çok sağaltım hizmeti verilmiştir. 1952 yılında DSÖ ve UNICEF’in yardımlarıyla, Sağlık Bakanlığı’nda özel bir örgüt olarak Ana ve Çocuk Sağlığı Başkanlığı kurulmuştur. Gebelerin ve okul öncesi çocukların izlenmesine önem vermesi beklenen bu örgüt, ülke genelinde hizmet sunamamıştır. 1961 yılı sağlık alanında, özellikle kadın-anne-çocuk sağlığını çok yakından ilgilendiren koruyucu sağlık hizmetleri yönünden önemlidir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile DÖB hizmetlerinin sağlık ocakları tarafından herkese ulaştırılması amaçlanmış, bu görev sağlık ocağı ebelerine verilmiştir (8). Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü “Sağlıkta Dönüşüm” programının ana unsurlarından biri olan aile hekimliği uygulaması 2005 yılından itibaren pilot illerde, 2007 tarihinde ise İzmir’de fiilen başlatılmıştır. Uygulamanın tüm ülkede giderek yaygınlaşması ile birlikte 2011 itibariyle tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (9).

Günümüzde halen tüm ülkede uygulanmakta olan aile hekimliği sisteminde doğum öncesi izlem açısından aile hekimine yasa ile verilmiş yetki ve görevler; doğum öncesi izlem yapmak, kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı hizmetlerini vermek, sunduğu hizmetlere ilişkin sağlık kayıtlarını tutmak, gerekli bildirimleri yapmak ve kendisine kayıtlı kişilerin sağlık durumlarını ev ziyareti ile tespit etmektir. Aile sağlığı elemanı için ise doğum öncesi bakım başlığı altında değerlendirilebilecek yasal yükümlülükleri gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri olarak bildirilmektedir. Aile hekimlerinin yürütmekle yükümlü olduğu aşı takibi, gebe takibi ve çocuk bebek takibi hizmetleri aile hekimliği sisteminde performans değerlendirmesi kapsamında ele alınmış ve tüm bu

uygulamaların gereği gibi yerine getirilmemesi durumlarında yapılacak kesintiler pilot kanunda belirtilmiştir (9).

Ülkemizde DÖB uygulamasında kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği ile işbirliği yapılarak Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi oluşturulmuş ve bu rehber 2009 yılında yayınlanmıştır (10).

DÖB’de izlem sayısı kadar izlemin niteliği de son derece önem arz etmektedir. Doğum öncesi kontrollerde kadının düzenli olarak tartılması, kan basıncının takip edilmesi, kan tahlillerinin yapılması gibi takipler anne ve bebekte oluşabilecek sağlık sorunlarına karşı erken dönemde önlem alınmasını sağlayacaktır. DÖB hizmetine erişimin kolaylaştırılması, tespitin ve izlem yeterliliğinin nicel ve nitel olarak iyileştirilmesi anne ve çocuk sağlığı hizmetleri açısından hayati önem taşımaktadır (4,9). Anne sağlığının iyileştirilmesi için kaliteli DÖB hizmeti alınmasına engel olan nedenler tanımlanmalı ve sağlık sisteminin tüm basamaklarınca ele alınmalıdır (1).

Araştırmamızda; İzmir il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışmakta olan aile hekimlerinin gebe takibi konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Gebelik

2.1.1 Gebeliğin tanımı

Kadının rahminde embriyo veya fetusu taşıdığı yaklaşık olarak dokuz ay süren dönem gebelik olarak adlandırılır (11). Gebelik ürünü döllenmeyi takiben ilk 8 haftalık dönemde embriyo, 8 haftadan doğuma kadar olan dönemde ise fetus olarak adlandırılır. Son adet ilk gününe göre hesaplanan tahmini fetal yaş gestasyonel yaş olarak adlandırılır. Gestasyonel yaş tamamlanmış gebelik haftaları ile ifade edilir (12).

2.1.2 Gebelik tanısı

Gebelik tanısı sıklıkla adet gecikmesi öyküsü ve buna eşlik eden pozitif gebelik testi ile konur. Gebeliği düşündüren belirti ve bulgular gebelik şüphesinde yardımcı olmakla birlikte kesin tanı objektif bulguların varlığına dayanmaktadır. Kanda veya idrarda insan koryonik gonadotropin β subüniti (β -hCG) artışının tespit edilmesi, fetüsün ultrasonografi ile görüntülenmesi, fetal el doppler ultrasonu ile fetal kalp atımının duyulması veya fetüsün palpe edilmesi ile gebeliğin kesin tanısı konulur (12).

Gebelik için şüpheli semptom ve bulgular

- Amenore
- Bulantı ve kusma
- Mastodini (memelerde hassasiyet),
- Montgomery tüberkülleri (Areoladaki süt bezlerini çevreleyen sebace bezlerde genişleme),
- Kolostrum sekresyonu
- Fetal hareketlerin hissedilmesi
- Mesane irritabilitesi, sıkışma ve noktüri
- Bazal vücut ısısında artış
- Cilt bulguları (kloazma, linea nigra, stria gravidarum, spider telenjektazi)

Gebelik için olası semptom ve bulgular

- Chadwick bulgusu (vajina ve serviksin mavi renk alması)
- Hegar bulgusu (yumuşayan serviks isthmusunun genişleyebilmesi)
- Lökore
- Pelvik eklem ve ligamanlarda gevşeme
- Karında büyüme
- Uterus kontraksiyonları

Gebelik için kesin bulgular

- Fetal kalp seslerinin duyulması
- Fetüsün palpe edilmesi
- Fetüsün ultrasonografi ile görüntülenmesi (12)

2.1.3 Gebelik testleri

Gebeliğin erken dönemde tanısında β -hCG düzeyindeki değişikliklerin tespitinin tanıda duyarlılığı yüksektir. Lüteinizan hormon (LH), folikül stimüle edici hormon (FSH), tirotropinin ve hCG'nin α subünitleri aynıdır. Meydana gelebilecek çapraz reaksiyon riskini azaltmak için gebelik tanısında hCG'nin β subüniti kullanılır (12).

Fertilizasyondan 8 gün sonra sinsityotrofoblastlardan hCG salgılanmaya başlar ve implantasyon oluştuktan sonra yani konsepsiyondan 8-11 gün sonra serumda tespit edilebilir hale gelir. 10-12. gestasyonel haftalarda pik yapan hCG düzeyleri 2. ve 3. trimesterde azalır. 34. gestasyonel haftada hCG düzeylerinde tekrar hafif bir yükselme izlenir (12).

İdrarda gebelik testi, gebelik tespitinde ucuz, güvenilir ve hızlı bir yöntemdir. 10-15 dakikada sonuç alınır. Kalitatif bir yöntemdir. Kullanılan kite göre değişmekle birlikte 5-50 mIU/mL arasındaki β -hCG düzeyleri tespit edilir (12). Evde uygulanan gebelik testinde sabah verilen ilk idrarda hCG bakılır. Renk değişimi olması veya test

havuzcuğunda doğrulama işareti olması durumunda test pozitif olarak değerlendirilir. Bu testin güvenilirliği uygulama tekniği ve yoruma bağlıdır. Bu nedenle bir hekim tarafından testin tekrar edilmesi gerekir.

Konsepsiyondan 4 hafta sonra serumda hCG tespit edilebilir. Tekniğe bağlı olarak 2-4 mIU/mL gibi düşük değerlerde tespit edilebilmektedir. Erken gebeliğin tanısında güvenilir bir yöntemdir (12).

2.1.4 Tahmini doğum tarihi

Gebelik tanısı konulduktan sonra gebelik süresi ve tahmini doğum tarihi hesaplanmalıdır. Gestasyonel yaşın tespit edilmesi için Naegele yöntemi kullanılır. Bu yöntem ile son adet görüldüğü aydan üç ay çıkarılıp son adetin ilk gününe yedi gün eklenerek tahmini doğum tarihi hesaplanır. Örneğin son adet tarihi 1 Haziran olan bir gebenin tahmini doğum tarihi 8 Mart olacaktır (12).

2.1.5 Gebeliğin fizyolojisi

Gebe kadınlarda fertilizasyondan hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler oluşmaktadır. Bu değişiklikler fetus ve plasentadan kaynaklanan fizyolojik uyarılar nedeniyle meydana gelmektedir (13).

Gebelik normal bir fizyolojik durumdur. Buna rağmen gebeliğin seyri boyunca vakaların %5-20'sinde anne ve bebeğin sağlığını bozabilecek patolojik süreçler ortaya çıkabilir. Gebeliğin takibini yapan hekim gebelik sırasında ortaya çıkabilecek normal değişiklikler konusunda fikri olmalıdır. Böylelikle hekim gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek anormal değişiklikleri tespit ederek erken dönemde müdahale edilmesini mümkün kılar (12).

Cilt değişiklikleri: Gebe kadınların yaklaşık %90'ında cilt pigmentasyonunda artış gözlenmektedir. Önceden var olan nevüslerin renginde koyulaşma ve büyüme, ayak bilekleri ve kalçalarda oluşan telenjiektazik değişiklikler, başta kıllanma artışı bu dönemde görülebilen ve doğumu takiben kaybolan değişikliklerdendir.

Chloasma (gebelik maskesi); sıklıkla boyunda, yüzde ve ensede görülen düzensiz sarı-kahverengi simetrik lekelenmelerdir. Doğumdan sonra kaybolur

Karın ön duvarı orta hatta meydana gelen kahverengi-siyah renkli deri değişikliği linea nigra olarak adlandırılır. Doğumdan sonra kaybolur.

İkinci trimester sonrası ortaya çıkan, önceleri kırmızı olan daha sonra gümüşü-sedef rengi görünüm alan atrofik cilt değişiklikleri stria gravidarum olarak adlandırılır. Sıklıkla karın, uyluk ve göğüs bölgelerinde izlenir.

Gebelerde östrojen yüksekliği nedeniyle spider anjyomlar ortaya çıkabilir. Genelde yüzde, boyunda, göğüste ve kollarda ortaya çıkar ve doğumdan sonra kaybolur (14).

Meme değişiklikleri: Gebeliğin erken dönemlerinde sıklıkla memelerde hassasiyet ve parestezi meydana gelir. İkinci aydan sonra memelerin boyutunda artış meydana gelir ve cildin altındaki ince damarlar görünür hale gelir. Meme uçlarında genişleme, pigmentasyon artışı ve erektilitede artış olur. İlk birkaç aydan sonra hafif bir masajla meme ucundan kolostrum adı verilen kalın, sarımtırak sıvı salgılanabilir. Yağ bezlerindeki hipertrofiye bağlı olarak Montgomery bezleri olarak adlandırılan çıkıntılar izlenir. Yapılan çalışmalarda gebelikteki meme boyutu ve hacmi ile süt üretimi arasında korelasyon bulunmadığı gösterilmiştir (13).

Genital organ değişiklikleri: Gebelikte vulvada yumuşama ve pigmentasyonda artış gözlenir. Vajinada artmış damarlanmanın etkisi olarak menekşe rengi görünüm (Chadwick belirtisi) izlenir. Vajen pH'sı laktobasillerin etkisi nedeniyle asidik hale gelir, böylece enfeksiyon riski azaltılır ancak kandidiyazis gelişimi için uygun bir ortam meydana gelir (13,14).

Gebe kadınlarda servikste damarlanma artışı, yumuşama ve siyanoz görülür. Servikal girişte halk arasında nişan olarak da adlandırılan ve doğumun başlamasından önce atılan mukus plağı oluşur. Servikal mukus lam üzerine yayıldığında progesteron etkisiyle parçalı bir görünümle kristalize olur (Fering bulgusu). Endoservikal bezlerin hipertrofisine bağlı olarak fizyolojik ektropion görülebilir bu görünüm servikal erozyon ile karışabilir (13,14).

Normalde uterus ortalama 60-80 gr ağırlığındadır ve iç hacmi 10 mL civarındadır. Gebelikte birlikte uterusun ağırlığı ve iç hacmi giderek artar. Gebeliğin sonuna doğru uterus iç hacmi 5L hatta 10L'yi ve ağırlığı 900-1100 gramı bulabilir. Gebelik sürecinde fetüsün ekstremitelerini rahatlıkla hareket ettirmesini sağlamak için uterus duvarında giderek artan incelme söz konusudur. Uterus düz kas

hücrelerinde hipertrofi olması, uzunluklarında artış olması ve etrafının düzensiz yerleşimli kollajen fibrilleri ile çevrilmesi doğum eylemi esnasındaki kasılmaları meydana getirir. Gebelikte uterusun kanlanması termde yaklaşık olarak 500 mL'dk'ya ulaşabilir (13,14).

Gebelikte ovulasyon izlenmez ve yeni folikül matürasyonunda duraklama meydana gelir. Overlerde korpus luteum mevcuttur, en yüksek fonksiyonunu 7 haftasında kazanır ve sonrasında atrofiye uğrar. Gebelikteki progesteron seviyesindeki yüksekliğe corpus luteumun da hafif bir etkisi vardır. Korpus luteum 6-7 gebelik haftalarında en yüksek fonksiyonda çalışır ve daha sonra atrofiye uğrar. Gebelikte overlerin yüzeyinde endometriyal stromadakine benzer bir desidual reaksiyon gelişir (13,14)

Kardiyovasküler sistem: Uterusun büyümesiyle birlikte diyafram yükselir ve kalp sol laterale döner. Hafif derecede perikardial effüzyon görülür. Kalp atımı dakikada 15 atım artar. Oskültasyonda birinci kalp sesindeki ayırım artarken ikinci seste değişiklik olmaz, üçüncü ses duyulabilir. İncirumda sistolik üfürüm duyulabilir, elektrokardiyogramda elektrik aksında hafif değişim vardır. Miyokard hipertrofisi nedeniyle sol ventrikül diyastol sonu çapında ve kitlesinde artış olur (13,14).

Gebelikte sistemik ve pulmoner damar direncinde azalma olur. Kalbin dakika hacmi erken gebelik dönemiyle birlikte artar. Plasentanın da maternal dolaşıma eklenmesiyle oksijen tüketimi artar. Damar yatağı büyür ve periferik damar direnci azalır. Arteriyel kan basıncı ikinci ve üçüncü trimester ilk dönemlerinde düşer, daha sonra yükselir. Büyümüş uterus sırt üstü yatar pozisyonda aorta ve vena cava inferiora bası yapar, bu da kardiyak debide azalmaya ve arteriyel hipotansiyona sebep olur. Bu nedenle gebelere sol yana yatmaları önerilir (13,14).

Solunum sistemi: Gebelikte diyafram yaklaşık 4 cm yükselir, torasik çap ortalama 6 cm artar. Akciğerlerdeki fonksiyonel rezidüel kapasite ve rezidüel hacim azalır. Ventilasyon hacmi, dakikada alınan oksijen ve tidal hacim artar. Gebelikte normal günlük aktiviteler sırasında solunum sıkıntısı görülmez ancak oluşan solunum yolu hastalıkları artan oksijen ihtiyacının karşılanmasını engelleyebileceğinden daha ciddi seyredebilir (13,14).

Gastrointestinal sistem: Diş etindeki damarlanma artışı nedeniyle gebelikte firçalama esnasından diş eti kanamaları oluşabilir (14). Gebelik ilerledikçe büyüyen uterusun etkisiyle mide ve bağırsakların yeri değişir. Yapılan çalışmalarda gebe olmayan kadınlarla kıyaslandığında gebe kadınlarda mide boşalma zamanında gecikme olmadığı izlenmiştir. Alt özefagus sfinkter tonusunun azalması, midenin yukarı itilmesi, özefageal peristaltizmin azalması nedeniyle gebelikte reflü sık görülür. Genişlemiş uterusun altında kalan seviyelerdeki damarlardaki basıncın artması ve kabızlık nedeniyle gebelerde hemoroid gelişimi sık karşılaşılan bir durumdur (13).

Gebelikte karaciğer boyutunda artış izlenmez, bununla birlikte portal ven çapındaki artışa bağlı olarak karaciğer kan akımında artış gelişir. Total alkalen fosfataz düzeyi iki katına kadar artabilir. Aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz, gama glutamil transferaz ve serum bilirubin düzeyleri gebe olmayan kadınlara kıyasla bir miktar düşük seyredir. Total albümin düzeyi artar ancak plazma hacmindeki artışa bağlı olarak serum albümin düzeyi azalır. Serum globulin düzeyi bir miktar artar. Gebelik süresince safra kesesinin kontraktilitesi azalır ve rezidüel hacim artar. Boşalmada gecikmenin neden olduğu staz safranin kolesterol saturasyonunda artışa ve böylece kolesterol taşlarının görülme sıklığında artışa neden olur (13).

Üriner sistem: Gebelikte böbrek boyutunda hafif bir büyüme olur. Glomerüler filtrasyon hızında (GFR) ve renal perfüzyon miktarında artış görülür. Özellikle ikinci trimester başlangıcında GFR %50 kadar artar. Gebelikte GFR artışına bağlı olarak plazma kreatinin ve üre konsantrasyonlarında azalma meydana gelir. Bu nedenle gebelerde renal fonksiyonu doğru değerlendirmek için kreatinin klirensi hesaplanması daha uygundur. Gebelikte aminoasitlerde ve suda çözünür vitaminlerde renal kayıp meydana gelir. Tübüler geri alımın azalması nedeniyle glikozüri görülebilir. Gebeliğin son döneminde çok az miktarda proteinüri saptanabilir. Zor doğum sonrasında mesane ve üreter travması nedeniyle hematüri görülebilir. Sağda uterus basısının daha çok olması nedeniyle sağda göreceli olarak daha fazla olmak üzere her iki böbrekte hidronefroz görülür. Uterus basısıyla mesane kapasitesinde düşme ve mesane basıncı artar. Miada doğru mesane öne ve yukarı doğru itilir, mesane yüzü konkav hale gelir. Bu da kanlanmayı bozar, travmaya ve enfeksiyona

yatkınlık meydana gelir. Gebe kadınlarda gündüz su tutulumunun fazla olması nedeniyle geceleri noktüri görülebilir (13,14).

Endokrinolojik değişiklikler: Gebelik sürecinde hipofiz bezinde laktotrof hücre hipertrofisine bağlı olarak hipofiz büyümesi meydana gelir. Büyümüş hipofiz bezi optik kiazmaya bası yapabilir ancak normal gebeliklerde basıya bağlı görme alanında azalma ortaya çıkması çok nadirdir (13).

İlk trimester boyunca büyüme hormonu annenin hipofiz bezinden baskın olarak salgılanmaktadır ve serum ve amniyon sıvısındaki değeri gebe olmayan kadınlardaki ile aynıdır 17. gebelik haftası itibarı ile plasenta büyüme hormonu salgısının esas kaynağını oluşturur (13).

Normal gebelik boyunca plazma prolaktin değerleri belirgin olarak artar ve termde gebe olmayan kadınların 10 katı değerlere ulaşır (150 ng/mL). Doğumu takiben prolaktinin plazma konsantrasyonu azalır. Erken emzirme döneminde emmeye yanıt olarak prolaktin konsantrasyonunda pulsatil burst tipi artışlar görülür (13).

Gebelikteki fizyolojik değişiklikler nedeniyle maternal ve fetal ihtiyaçları karşılamak için tiroid hormonu üretimi %40-100 oranında artar. Gebelikte glandüler hiperplazi ve vaskülarite artışına bağlı olarak tiroid bezi boyutunda hafif bir artış meydana gelir. Normal gebelik süresince tiroid bezi boyutunda belirgin bir artış beklenmez bu nedenle gebede guatr saptanması durumunda nedeni araştırılmalıdır (13). İlk trimesterin erken dönemlerinden itibaren tiroksin bağlayıcı globülin seviyeleri artar, 20. haftada tepe değerine ulaşarak normalin yaklaşık 2 katına çıkar ve doğuma kadar bu seviyede devam eder. Tiroksin bağlayıcı globülin artışına bağlı olarak serbest T3 ve T4 düzeyinde azalma görülür. Gebeliğin erken döneminde hCG'nin tiroid stimüle edici hormon (TSH) benzeri aktivitesi nedeniyle serbest T4 artmakta, TSH azalmaktadır. Gebeliğin geç dönemlerinde ise serbest T4 azalma göstermektedir. Bu değişiklikler hipotiroidiyi maskeleyen ve tiroid fonksiyon testlerinin yorumunu güçleştirebilmektedir (15).

İlk trimesterde paratiroid hormon düzeyi düşer. Gebeliğin ilerlemesiyle birlikte GFR artışı, plazma hacmindeki artış ve fetal-maternal kalsiyum geçişine bağlı olarak azalan kalsiyum seviyesi nedeniyle paratiroid hormon artışı meydana gelir. Fetüse

yeterli kalsiyum desteği sağlamak için gebelikte fizyolojik hiperparatiroidizm gelişir. Buna bağlı olarak annede kemik mineral dansitesinde azalma meydana gelir (13,14).

Gebelikte adrenal kortizol sekresyonu artmaz ancak gebe olmayan kadınlara kıyasla kortizolun yarı ömrü iki katına çıktığı için kortizolun metabolizasyonu azalır. Gebelikte serum kortizol konsantrasyonu artar ancak bunun büyük bir kısmı kortizol bağlayıcı protein olan transkortine bağlı halde bulunur (13)

Gebelik süresince plazma testosteron ve androstenedion seviyelerinde artış olur. Maternal plazma testosteron ve androstenedion plasentada östrojene dönüştürülür (13).

Metabolik değişiklikler: Hızlı büyüyen fetüsün ve plasentanın ihtiyaçlarını karşılamak için gebe kadınlar çok sayıda ve yoğun metabolik değişikliklere maruz kalır. Gebelikte günlük enerji ihtiyacı 300 kcal/gün artar.

Gebelikteki kilo artışının büyük kısmını uterus ve içeriği, memeler ve kan hacmi ile ekstraselüler hacimdeki artış oluşturur. Gebelikte ortalama kilo alımı 12.5 kg civarındadır (13).

Gebe kadınlarda vücut kitle indeksine (VKI) göre gebelik süresince alınması uygun olan kilo tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Gebelikte uygun kilo alımı

Gebelikteki kilo durumu	VKI (kg/m ²)	Gebelikte önerilen kilo alımı
Zayıf	<18.5	12.7-18.1 kg
Normal	18.5-24.9	11.3-15.8 kg
Kilolu	25-29.9	6.8-11.3 kg
Obez	>30	5-9.1 kg

*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion:Weight Gain During Pregnancy Number 548, January 2013

Gebelikte su tutulumunda artış gebelik sırasında görülen normal değişikliklerdendir. Termde fetüs, plasenta ve amniyon sıvısının toplan su içeriği 3.5 litre (lt) civarındadır. Annenin kan hacminde, uterus ve meme boyutundaki artış da 3 lt civarındadır. Bundan dolayı normal bir gebelik sürecinde kadınlar en az 6.5 lt su tutarlar. Özellikle günün sonuna doğru gebelerin bacaklarında ve bileklerinde gode bırakan ödem görülür (13).

Gebelik süresince yaklaşık olarak 1000 gr kadar protein artışı olur ve bunun yarısı fetüs ve plasentaya aittir. Plasental etkiyle fetal dolaşımdaki aminoasit konsantrasyonu artırılır ve fetüsün aminoasit konsantrasyonu maternal kompartmandan daha fazla hale gelir. Artmış protein ihtiyacıyla annenin iştahı artar ve diyetle alınan proteinin verimli şekilde kullanılması sağlanır. Gebelikte pozitif olan azot dengesi doğum sırasında geçici olarak negatife döner ve annenin diyetinde yeterli miktarda karbonhidrat ve yağ bulunmazsa enerji ihtiyacı protein depolarından sağlanmak durumunda kalınır. Gebelikte albümin/globülin oranı düşer, üre miktarı nispeten azalır, β -globulin ve fibrinojen artar, albümin azalır (13,14).

Normal gebelik ılımlı açlık hipoglisemisi, postprandial hiperglisemi ve hiperinsülinemi ile karakterizedir. Gebelik kadın için diabetojenik risk taşımaktadır. Gebelikte periferik dokularda insülin direnci artar. Böylece yemek sonrası anne kanında insülin artsa bile hiperglisemi uzun süre devam eder, böylelikle bebek için gerekli olan yüksek miktarda glikoz sağlanmış olur. Karaciğerde glikojen depolarında artan glikoz yapımının da buna katkısı vardır. Gebe kadında enerji ihtiyacını karşılamak için, bu dönemde insülin artışının yanı sıra plasental laktojenin de etkisiyle annede lipoliz görülür ve bu nedenle ketozise eğilim oluşur. Açlıkta annede plazma serbest yağ asitleri, trigliserid ve kolesterol düzeyinde artış olur. 12 saat açlığı takiben kan şekeri düzeyi gebelerde 10 mg/dL daha düşüktür. Fetüsün glikoz konsantrasyonu ise anneninkinden 20 mg/dL daha düşüktür. (13,14)

Gebelik süresince plazma lipid, lipoprotein ve apolipoprotein düzeyleri artar. Gebeliğin ortalarında yağ depolanması görülür. Yağ depolanması periferden daha ziyade santraldir. Böylece fetal büyüme hızının en fazla olduğu son trimesterde artan esansiyel yağ ihtiyacının plasental transferi sağlanır (13).

Tablo 2. Gebelikte ortalama serum lipid düzeyleri

Total serum kolesterol	267 \pm 30 mg/dL
LDL-C	136 \pm 33 mg/dL
HDL-C	81 \pm 17 mg/dL
Trigliserid	245 \pm 73 mg/dL

*Lippi G, Albiero A, Montagnana M, et al: Lipid and lipoprotein profile in physiological pregnancy, Clin Lab 53:173,2007

Elektrolit ve mineral metabolizması: Gebelikte sodyum ve potasyumun tübüler reabsorbsiyonu artar ancak artmış plazma hacimi nedeniyle gebe olmayan kadınlarla aynı seviyededir. Gebelik süresince total kalsiyum seviyesi azalırken iyonize kalsiyum seviyesinde değişiklik olmaz. Büyümekte olan fetüs annenin kalsiyum kaynaklarından büyük oranda faydalanır. İhtiyaç duyulan kalsiyum sağlanması için kemik mineral döngüsü artar. Bu nedenle, özellikle kemik gelişimi halen devam eden genç annelerde, diyetle yeterli miktarda kalsiyum alınması elzemdir (13).

Hematolojik ve immünolojik değişiklikler: Artan uterin dolaşım ihtiyacını yerine getirmek, yatarken ve ayaktaiken azalan venöz dolaşımın olumsuz etkilerinden anneyi ve fetüsü korumak, doğumdaki kan kaybının anneye zararını önlemek için gebelikte hipervolemi gelişir. İlk trimesterden itibaren annenin kan hacmi artmaya başlar ve ikinci trimesterde artış hızı en üst düzeydedir. Üçüncü trimesterde artış hızı yavaşlar ve plato çizer. 34.gebelik haftası itibarı ile kan hacmi %40-45 civarında artar. Kan hacmindeki artışa bağlı olarak plazma ve eritrosit sayısında da artış olur. Kemik iliğinde ılımlı eritroid hiperplazi ve retikülosit sayısında hafif artış izlenir. Kan hücrelerine göre plazma miktarındaki büyük artış nedeniyle gebelik esnasında hemoglobin konsantrasyonu ve hematokritte ılımlı düşme görülür. Termde hemoglobin düzeyi ortalama 12.5 gr/dL'dir ve gebelerin yaklaşık %5inde 11.0 gr/dL'nin altında olabilir. Bu nedenle özellikle gebeliğin son dönemlerinde 11.0 gr/dL'nin altındaki hemoglobin değerlerinde demir eksikliği düşünülmelidir. Sağlıklı erişkin bir kadının vücudunda toplamda 2.0.-2.5 gr demir bulunmaktadır. Normal bir gebelik süresince 1000 mg demir ihtiyacı vardır. 300 mg kadarı fetüs ve plasentaya transfer edilir, 200 mg demir başta gastrointestinal yol olmak üzere ekskresyonla kaybedilir, 500 mg demir de eritrosit yapımında kullanılır. Demirin çoğu gebeliğin son kısmında kullanıldığı için doğum sonrası demir ihtiyacı daha fazla artar. Gebelik esnasındaki ortalama demir ihtiyacını karşılamak için tek başına diyetle alınan demir miktarı ve depolardan alınan demir miktarı yeterli değildir. Normal vajinal yolla doğumda yaklaşık olarak 500 mL kan kaybı olur, ikiz gebeliklerde bu miktar 1000 mL kadardır (13).

Gebelikte immün yetmezlik görülmez, ancak hem hücresel hem de hümorale immünitede azalma söz konusudur. Bu dönemde romatoid artrit, multiple skleroz

gibi otoimmün hastalıklarda geçici bir iyileşme söz konusudur. Gebe kadınlarda lökosit sayısı 5000-12,000/ μ L arasında değişmekle birlikte doğum sırasında ve lohusalığın erken dönemlerinde 25,000/ μ L düzeyine çıkabilmektedir (13,14).

Gebelikte kan koagülasyon faktörlerinin seviyesinde yükselme söz konusudur. Fibrinojen (Faktör 1) oranlarında %50 oranındaki artış nedeniyle sedimantasyon hızında da yükselme izlenir. Gebelik boyunca tüketim nedeniyle trombosit seviyelerinde hafif bir düşme olur (14) .

Kas iskelet sistemi değişiklikleri: Büyüyen uterusun nedeniyle gebelerde ağırlık merkezi öne doğru yer değiştirir. Ağırlık merkezini tekrar arkaya almak için normal gebelik seyrinde progresif lordoz izlenir. Sakroiliak, sakrokoksigeal ve pubik eklemlerde eklem gevşekliğinde artış olur. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde üst ekstremitelerde ağrı, uyuşma ve güçsüzlük gelişebilir (14).

2.2 Doğum Öncesi Bakım

DÖB, anne adayının ve doğacak bebeğin sağlığı ve yaşamı açısından, gebe kadının gebeliği süresince eğitimli bir sağlık personeli tarafından düzenli aralıklarla, gerekli muayeneler yapılarak ve önerilerde bulunularak izlenmesidir (4). DÖB hizmeti kapsamında, gebeliğe bağlı şikayeti olmayan ve/veya sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmemiş tüm gebelere en az dört izlem yapılması ve anne adayının gebelik sırasında oluşabilecek tehlike işaretleri ve belirtileri konusunda bilgilendirilmesi ile gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek sorunların sayısının ve şiddetinin azaltılması hedeflenmektedir (16).

Güvenli annelik; anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır (7).

Gelişmekte olan ülkelerde güvenli annelik programının yürütülmesine gereksinim vardır. Bunun nedenleri:

1. Anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir.

2. Dünyada her yıl 500,000 den daha fazla sayıda anne gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir.

3. Her yıl dünyada yaklaşık 8 milyon bebek yaşamlarının ilk birkaç günü içerisinde ölmektedir.

4. Gebelik bir hastalık değildir, fizyolojik bir olaydır. Gebeliğe bağlı komplikasyonlar ve ölümler temel sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmesi ile önlenir.

5. Her kadının güvenli bir gebelik yaşama ve doğum yapma hakkı vardır.

6. Her yıl 20 milyon gebelik güvenli olmayan şartlarda sonlandırılmakta ve buna bağlı olarak da 80,000 anne ölümü meydana gelmektedir.

7. Dünyada düşüklere bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölümler anne ölümlerinin %10- 50'sini (ortalama %13) oluşturmaktadır.

8. Gelişmekte olan ülkelerde en önde gelen anne ölüm nedeni kanamadır. Anne ölümlerinin %17-46'sı (ortalama %25) kanamaya bağlıdır.

9. Eklampsi görülme oranı tüm gebeliklerde %1'in altındadır. Buna karşılık eklampsi ve gebelikteki hipertansif komplikasyonlar anne ölüm nedenlerinin %12'sini oluşturmaktadır.

10. Amniyotik membran rüptürü veya eylem ile başlayıp postpartum 42.günde sonuçlanan süreçte görülen genital sistem enfeksiyonuna bağlı sepsis tüm dünyada gebeliklerin %8'inde ortaya çıkmakta, anne ölümlerinin %15'ine neden olmaktadır.

11. Gebelik komplikasyonlarına bağlı anne ölümlerinin büyük kısmı önlenir ölümlerdir.

12. Güvenli annelik yaklaşımı mevcut sağlık sistemine maliyet veya iş yükü getirmemekte, tersine hizmetin daha organize ve daha az maliyetle yapılmasını sağlamaktadır (7).

2.2.1 Dünyada doğum öncesi bakım hizmetleri

Toplum sağlığı hizmetleri kapsamında kadınların gebelik boyunca özel bir bakıma gereksinim duyduğu gerçeği modern obstetride nispeten geç ortaya çıkmış bir gelişmedir. 1930'lu yılların sonuna doğru Birleşik Krallık otoriteleri anne sağlığının korunması için tüm kadınlara gebelikleri boyunca düzenli olarak kontrol muayeneleri yapılmasına karar vermiştir. 20. yüzyılın ikinci yarısı boyunca anne ölümlerinin yol açtığı sonuçların boyutları hakkında uluslararası bir farkındalık

gelişmiş ve ulusal hükümetler geliştirmekte olan ülkelerdeki kadınların da DÖB hizmetine erişebilmesi için çeşitli kuruluşlarla birlikte çalışmıştır (17).

Anne sağlığının iyileştirilmesi DSÖ'nün önceliklerinden biridir. Maternal mortaliteyi azaltmak için DSÖ tüm üyelerine kanıta dayalı klinik ve programsal kılavuzlar sağlamakta, global standartlar belirlemekte ve teknik destek sağlamaktadır. Buna ek olarak DSÖ daha düşük maliyetli ve etkin tedavileri desteklemekte, sağlık çalışanları için eğitim materyalleri ve kılavuzlar düzenlemekte ve programların uygulanması hususunda ülkelere destek vermektedir (1).

DSÖ verilerine göre dünyadaki kadınların %70i gebeliği boyunca en az bir kez DÖB almıştır. Bu oranlar ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermektedir. Gelişmiş olan ülkelerde kadınların %98'i en az bir kez DÖB alırken geliştirmekte olan ülkelerde bu oran %68 gibi düşük bir seviyededir. En düşük oran Güney Asya ülkelerinde izlenmektedir, bu bölgedeki kadınların ancak %54'ü gebelik boyunca en az bir kez DÖB almaktadır. Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde DÖB kullanım oranı %65'tir. Sağlık hizmeti kullanımında genelde en düşük oranlara sahip olan Güney Afrika bölgesinde ise kadınların %68'i en az bir kez DÖB aldıklarını belirtmişlerdir. Diğer bölgelerde DÖB alma oranları %82 ile %86 arasında değişmektedir. Bu veriler bize sunulan hizmetin kalitesi hakkında bilgi vermemekle birlikte kadınların DÖB hizmetine erişebildiklerini ve bu hizmeti almaya istekli olduklarını göstermektedir (17).

DSÖ herhangi bir risk faktörü olmayan normal gebeliklerde en az 4 kez DÖB yapılmasını önermektedir. Çoğu ülkede kadınların yarısından fazlası gebelikleri süresinde en az 4 kez DÖB aldığını belirtmiştir. Güney Asya ülkelerinde gebelik boyunca DÖB alma oranı oldukça düşüktür. Nepal'de kadınların %38'i en az bir kez DÖB aldıklarını belirtirken, yalnızca %9'u dört veya daha fazla DÖB aldığını belirtmiştir. Latin Amerika ve Karayip'te kadınların çoğu 4 ve üzeri DÖB almaktadır. Bu bölgelerdeki kadınlar ortalama 6 kez sağlık personeli tarafından görülmektedir. Latin Amerika, Karayipler, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da kadınların üçte ikisi ilk trimesterde DÖB hizmetine ulaşırken, Asya'daki kadınların ancak yarısı bu hizmete ulaşabilmektedir. Güney Afrika'da ise kadınlar ikinci trimesterde DÖB için başvurmaktadır (17).

2.2.2 Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetleri

DÖB hizmeti temelde birincil koruyucu sağlık hizmetidir ve bu hizmetten yararlanmak tüm kadınların hakkıdır. DÖB ile anne ve perinatal mortalite ve morbidite azaltılabilir ve anne-çocuk sağlığı yükseltilebilir (18).

Türkiye’de anne ve çocuk sağlığına yönelik hizmetlerin kullanımına ilişkin olarak verilere 1993, 1998 ve 2003, 2008 ve 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarından ulaşılabilir.

Son on yıl verileri değerlendirildiğinde en az bir kez sağlık personelinin (doktor veya hemşire/ebe) DÖB alma oranı TNSA-2003’te %81.1 ve TNSA-2008’de %92 iken bu oran 2013 yılında belirgin bir artış göstererek %97’ye yükselmiştir ve bu kadınların neredeyse tamamına yakınına (%95) doktor tarafından DÖB verilmiştir. Doğum öncesi bakımda, yerleşim yerine ve bölgelere göre de farklılıklar bulunmaktadır. Kırsal alanlarda doğum öncesi bakım almayan kadınların yüzdesi ülke ortalamasının iki katından fazla, kentsel alanlarda yaşayan kadınların yüzdesinin üç katından fazladır (19,20,21).

Doğum öncesi bakımların toplam sayısı da, doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme açısından önemli bir göstergedir. TNSA-2013 verilerine göre Türkiye’de kadınların yüzde 89’u, dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım almışlardır. Bu oran son on yılda belirgin biçimde artış göstermiştir (TNSA-2003 verilerinde % 59.3, TNSA-2008 verilerinde %79.7). TNSA-2008 ve TNSA-2013 arasındaki dönemde kırsal alanda yaşayan kadınların doğum öncesi bakım sayısında belirgin gelişmeler gözlenmiştir. TNSA-2013’te kırsal yerleşimlerde dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım alan kadınların yüzdesinin TNSA-2008’deki değerinin (yüzde 55) neredeyse 1.4 katı olduğu tespit edilmiştir. Ancak, dört veya daha fazla bakım alan kadınların oranında kentsel ve kırsal alanlar arasında önemli farklılıklar hala mevcuttur (sırasıyla yüzde 92 ve yüzde 75) (19,20,21).

Doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasını önlemekte daha yararlı ve etkili olmaktadır. Doğum öncesi bakımın zamanlamasına bakıldığında TNSA-2003 verilerinde bu oran %57.5 iken 2008 yılında %74.0’a yükselmiş ve 2013 yılında %90’a ulaşmıştır. Yerleşim yerleri arasındaki farklılıklar dikkate alındığında, dördüncü aydan önce doğum öncesi bakım

alan kadınların oranı kentlerde yüzde 93 iken kırsal yerleşim yerlerinde yüzde 78'dir. Bu da doğum öncesi bakımın düzeyinde son on yılda gözle görülür bir artışın olduğunu göstermektedir. DÖB'nin ortanca başlama zamanı TNSA 2008 verilerine göre 2.2 ay iken 2013'te 1.7 aya inmiştir. TNSA-2013 sonuçları TNSA-2008 ile karşılaştırıldığında, sadece doğum öncesi bakım alan kadınların sayısının artmadığını, aynı zamanda kadınların doğum öncesi bakımın erken dönemde yapılmasının öneminin daha fazla farkında olduklarını göstermektedir (19,20,21).

Doğum sonrası bakım anne-çocuk sağlığı açısından, özellikle de evde gerçekleşen doğumlarda çok önemlidir. TNSA-2013 yılında kadınların yüzde 94'ü doğum sonrası kontrol almış olup bu kontrolün neredeyse tamamı doktor tarafından yapılmıştır. Sonuçlar kadınların yüzde 74'ünün doğumdan sonraki dört saat içinde ilk bakımlarını aldıklarını göstermektedir (21).

2.2.3 T.C. Sağlık Bakanlığı doğum öncesi bakım yönetim rehberi

Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da anne ve çocuklara özel önem verilmesi öncelikli konular arasında yer almıştır.

Ülkemizde kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli DÖB hizmeti sunulması, uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı bilim komisyonları ve Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği işbirliği ile Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ve Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberi oluşturmuştur. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilen kitap 2009 yılında yayınlanmıştır (10).

“Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan rehberlerin uygulanması ile her gebeye doğum öncesi en az 4 nitelikli izlem yapılması, doğum sonrası evde 3 kez lohusa izleminin yapılması, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize edilerek sevklerinin gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir.

Bu rehberde, her izlemde gebe ve/veya aile yakınlarını karşılayarak uygun iletişimi kurmak için gebenin nazik bir şekilde karşılanması, gerekli mahremiyetin sağlanması, sağlık personelinin kendini tanıtmaması, gebeye ismiyle hitap edilmesi,

gerekli olumlu beden dilinin kullanılması ve gebeye her aşamada soru sorabileceğinin belirtilmesi önerilmektedir (10).”

“Birinci İzlem

Gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde yapılmalı ve süresi 30 dakika olmalıdır.

Öykü alma

Kişisel bilgiler: Gebenin yaşadığı yer ve fiziksel koşulları, ailenin ekonomik durumu, ulaşım şartları öğrenilerek kayıt edilmelidir.

Tıbbi öykü: Gebenin tıbbi geçmişi detaylandırılmalı, kronik sistemik hastalıklar, geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları, CYBE öyküsü, psikiyatrik hastalıklar, bağımlılık öyküsü, geçirilmiş operasyonlar, alerji öyküsü, talasemi taşıyıcılığı olup olmadığı, aile öyküsü, sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaçlar, gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi, infertilite mevcut ise süresi ve infertilite için gördüğü tedaviler sorgulanmalıdır.

Obstetrik öykü: Ayrıntılı bir obstetrik öykü alınmalı, bu gebeliği dahil toplam gebelik sayısı (gravida), daha önceki doğum sayısı (parite), yaşayan çocuk sayısı, son gebeliğin sonlanma yeri ve tarihi sorularak not edilmelidir.

Her gebeliğin öyküsü ve gebelik sonucu irdelenmelidir:

- Doğumların kim tarafından nerede yapıldığı
- Gebeliklerin sonlanma şekli ve gebelik haftası
- Bebek/çocuk ölümü ve nedenleri
- Prematür/postmatür doğum
- İkiz veya çoğul gebelik
- Tekrarlayan düşük öyküsü
- Gebelik sırasında yaşanan komplikasyonlar (kanama, preeklampsi, eklampsi, gestasyonel diyabet, tromboz, emboli)
- Doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar (plasentanın erken ayrılması, plasenta previa, makat, transvers ve diğer prezentasyon anomalileri, uzamış doğum eylemi, üçüncü derece perine yırtıkları ve masif kanama, plasentanın elle çıkarılması)
- Doğum şekli (normal doğum, sezaryen doğum, forseps veya vakumla müdahaleli doğum)

- Doğum sonrası dönemde yaşanan komplikasyonlar (sepsis, kanama, depresyon, meme absesi vb.)
- Daha önceki canlı doğumlara ait yaşanan komplikasyonlar (hidrops fetalis, kromozomal anomali veya malformasyon, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği ve makrozomi)
- Daha önceki canlı doğumlara ait bilgiler (cinsiyeti, doğum ağırlığı, anne sütü alma süresi) ve yaşanan komplikasyonlar
- Tetanoz aşılama durumu

Mevcut gebelik öyküsü: Son adet ilk günü öğrenilir ve son adet tarihine (SAT) göre tahmini doğum tarihi Nagele formülüne göre hesaplanır. SAT bilinmiyorsa ilk gebelik testi tarihi, gebelikten ilk şüphelendiği tarih, fetus hareketlerinin ilk hissedildiği tarih, üremeye yardımcı teknik ise gebeliği ise embriyo transfer tarihi sorgulanır.

Gebelik yakınmaları (bulantı kusma, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb. yeme, sık idrara çıkma, meme hassasiyeti, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb.) ve gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmalar (vajinal kanama, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi) sorgulanır.

Alışkanlıkları ve kullandığı ilaçlar sorgulanarak kayıt edilir.

Fizik muayene

Gebenin boy ve kilosunu ölçülerek kayıt edilir.

Kan basıncı ölçülür ve nabız sayılır. Sistolik kan basıncının 140, diastolik kan basıncının 90 mmHg altında olması normal kabul edilir.

Ciddi anemi bulguları (el tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almada güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı) kontrol edilir.

Göğüs ve kalp oskültasyonu yapılır.

Pretibial ödem varlığı değerlendirilir.

Gebelik haftası ile uterus büyüklüğün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapılır. Uterus büyüklüğü ile gestasyonel hafta arasında uyumsuzluk durumunda sevk edilmesi önerilir.

Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendirilir.

Fetus kalp sesleri dinlenir. Fetus kalp atımları fetal steteskop ile 16-20, el doppleri ile 10-12. haftalardan itibaren duyulabilir. Normal fetal kalp atımı 120-160 atım/dakika arasındadır.

Gebenin, bebeğin ilk hareketlerini hissetme zamanını kaydetmesi istenir.

Öykü alma ve fizik muayenenin ardından “risk değerlendirme formu”ndaki (Ek-2) sorgulamalar yapılır. Kriterlerden birine bile evet cevabı verilir ise izlemin uzman hekim danışmanlığı alınarak hangi basamakta devam edeceğine karar verilir. İzlem ikinci basamakta devam edecek ise gebenin yapılan müdahaleler ve izlem hakkında birinci basamağa bilgi vermesi konusunda gerekli danışmanlık verilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür.

Laboratuvar testleri

İdrar tahlili: Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakılması önerilmektedir.

Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü: Her izlemde mutlaka hemogloblin bakılması önerilmektedir.

Kan grubu tayini: İlk izlemde Rh uygunsuzluğu açısından gebenin ve eşinin kan grubuna mutlaka bakılmalıdır.

HBs Ag: Bakılması önerilmektedir.

Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler yapılmalı, yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendirilmelidir.

Gebeve verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklama

Demir Desteği: Tüm gebelere 16. gebelik haftasından itibaren günde 40-60 mg/gün elementer demir preparatı desteğine başlanması ve “Gebelere Demir Destek Programı” akış çizelgesini kullanılarak destek veya tedavi dozuna karar verilmesi önerilmektedir.

Tetanoz Bağışıklaması: Tüm gebelerin ilk izlemde tetanoz toksoidi ile aşılama açısından değerlendirilmesi önerilmektedir. Gebeliğin 12. haftasından itibaren yapılabilir. Gebenin geç tespit edilebileceği düşünülürse 4.ayda veya ilk izleminde birinci dozun yapılması uygundur. Aşı takvimine uygun olarak diğer dozlar devam edilmesi önerilir.

Gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedavileri veriniz. İdrar yolu enfeksiyonu tedavisinin ardından kontrol izlemde hala enfeksiyon devam ediyorsa bir üst basamağa sevk ediniz.

Bilgilendirme ve danışmanlık

Gebeliğe bağlı olağan yakınmalar hakkında (yorgunluk, bulantı ve kusma, sık idrara çıkma, baş dönmesi, varis ve hemoroid, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, ciltteki değişiklikler, memelerde hassasiyet, meme başındaki glandlarda belirginleşme, kolostrum salınımı, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb. yeme) gebeyi bilgilendirmek gerekir.

Beslenme ve diyet, gebelikte cinsel yaşam, sigara ve alkol alışkanlıkları, gebelik tehlike işaretleri (vajinal kanama, konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, ateş ve/veya ciddi güçsüzlük, ciddi karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, suyunun gelmesi, yüz, el ve bacaklarda şişme) gibi konularda gebeye danışmanlık verilmelidir.

Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyecekleri yöntem konusunda bilgilendirilmesi, doğum eylemi ve doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıının planlanması, emzirme ve postpartum aile planlaması danışmanlığı, fetal anomaliler, tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında da danışmanlık verilmelidir.

Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi

İzlem sırasındaki tüm ayrıntılar izlem fişine yazılmalıdır. İzlem fişinin bir örneği ebeye verilmelidir. Bir sonraki izlem tarihi 18-24. haftalar (tercihen 20-22.haftalar) olarak belirlenerek randevu kartına yazılmalıdır.

İkinci İzlem

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

Öykü alma

Kişisel bilgiler: İlk izlemden bu yana değişiklik olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Tıbbi öykü: İlk izlemden bu yana oluşan hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varlığı sorgulanmalıdır.

Obstetrik öykü: İlk izlemde kayıt edilen obstetrik öykü gözden geçirilmelidir.

Mevcut gebelik öyküsünü gözden geçirme: İlk izlemden bu yana olan gebeliğe bağlı olağan yakınmalar, gebelik tehlike işaretleri sorgulanmalıdır. Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt edilmelidir. Demir alımına bağlı yakınmalarının olup olmadığı kontrol edilir.

Fizik muayene

Gebenin kilosu ölçülür.

Kan basıncı ve nabız sayısı kontrol edilir.

Uterus yüksekliği ölçülür ve kaydedilir. Uygunsuzluk durumunda (4 cm fark varsa) sevk edilmesi önerilir.

Yaygın ödem kontrolü yapılır.

Diğer sistemik muayeneler yapılır. Varis, tromboflebit bulguları açısından değerlendirilir. Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendirilir.

Vajinal muayene karın ağrısı olan gebelere yapılır. Suyu gelen ve kanaması olan gebelere ise spekulum muayenesi yapılır. Bu hastalar ikinci basamakta takip için yönlendirilir.

Fetus kalp sesleri uygun teknikle dinlenir.

Laboratuvar testleri

İdrar tahlili: Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakılması önerilmektedir.

Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü: Her izlemden mutlaka hemogloblin bakılması önerilmektedir.

Kan grubu tayini: İlk izlemden bakılmadı ise gebenin ve eşinin kan grubuna bakılmalıdır. Anne Rh (-), baba Rh (+) ise indirekt coombs testi yapılmalıdır. İndirekt coombs testi sonucu (-) olanlar birinci basamakta, (+) olanlar ikinci basamakta takip edilmelidir.

Bu izlemden oral glukoz tolerans testi (OGTT) yapılmalıdır. Sağlık kurumunda yapılamıyor ise bir üst kuruma yönlendirilmelidir.

Bu izlemden temel obstetrik ultrasonografi önerilir. Temel obstetrik ultrasonografide fetus sayısı, fetal kalp atımı, fetal biometrik ölçümler, plasenta lokalizasyonu, amniyotik sıvı miktarı değerlendirilir.

Gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklama

Demir desteğine devam edilmelidir.

Gerekiyorsa tetanoz toksoidi ile aşılanmanın 20. ve 24. haftalarda birinci ve ikinci dozunun yapılp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Bilgilendirme ve danışmanlık

Birinci izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir. Tüm gebeler sevk gerektiren durum açısından değerlendirilmelidir:

- Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması
- Kanama ve lekelenme olması
- Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon (140/90mmHg üzerinde olması, başlangıç tansiyonunun sistolik 30 veya diastolik 15 mmHg'dan daha fazla yükselmesi) ve/veya proteinüri olması
- Uterus yüksekliği değerlendirildiğinde beklenen haftayla uyumlu olmaması (büyük veya küçük)
- Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması
- Bir önceki izlemede bakteriüri tespit edilen gebenin tedaviye rağmen bakteriürinin devam ediyor olması
- Tehlike işaretlerinin varlığı (Vajinal kanama, konvülziyon, başağrısı ile beraber görmede bozulma, ateş ve/veya ciddi güçsüzlük, ciddi karın ağrısı, solunum güçlüğu veya sık solunum, sularının gelmesi, yüz, el ve bacaklarda şişme, fetus hareketlerinin hissedilememesi)
- Çoğul gebelik şüphesi olması (Doğrulamak ve doğumu planlamak üzere)
- Gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların varlığı (kalp hastalığı, böbrek hastalığı, diyabet, astım, tiroid fonksiyon bozukluğu vb.

Sevk edilen vakaların sevk edilen kuruluşa gidip gitmediği mutlaka takip edilmelidir. Risk değerlendirme formunu kullanarak, gebenin kuruluştaki izlenebilirliği tekrar değerlendirilmelidir.

Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi

Bir sonraki izlem tarihi 30-32. hafta olarak belirlenerek randevu kartına yazılır.

Üçüncü İzlem

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

Öykü alma

Kişisel bilgiler: İkinci izlemde bu yana değişiklik olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Tıbbi öykü: İkinci izlemde bu yana oluşan hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varlığı sorgulanmalıdır.

Obstetrik öykü: İlk izlemde kayıt edilen ve ikinci izlemde gözden geçirilen obstetrik öykü kontrol edilmelidir.

Mevcut gebelik öyküsünü gözden geçirme: İkinci izlemde bu yana olan gebeliğe bağlı olağan yakınmalar, gebelik tehlike işaretleri sorgulanmalıdır. Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt edilmelidir. Demir alımına bağlı yakınmalarının olup olmadığı kontrol edilir. Fetus hareketlerinin varlığı sorgulanmalıdır.

Fizik muayene

İkinci izlemde yapılanlara ilave olarak meme muayenesi yapılır.

Laboratuvar testleri

İdrar tahlili: Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakılması önerilmektedir.

Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü: Her izlemde mutlaka hemoglobin bakılması önerilmektedir.

Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler yapılmalı, yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendirilmelidir.

Gebeğe verilecek ilaç desteği ve bağışıklama

Demir desteğine devam edilmelidir.

Tetanoz toksoidi ile aşılamanın iki dozunun da yapılması kontrol edilmelidir.

İdrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlar varlığında gereken tedavi verilmelidir.

Bilgilendirme ve danışmanlık

Birinci izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir.

Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem hakkında gebe ve ailesi bilgilendirilir.

Erken doğum eylemi (rahim kasılmalarının düzenli ve kuvvetli gelmesi, kanamanın buna eşlik etmesi, nişan gelmesi) konusunda bilgi verilir.

Doğum eylemi ve doğum, gebeye bilgi verilerek doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı planlanır.

Gebeye doğum sonrası aile planlaması ve emzirme hakkında danışmanlık verilir. Sevk edilecek durumların varlığına yönelik sorgulama ve değerlendirme yapılır.

Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi

Bir sonraki izlem tarihi 36-38. hafta olarak belirlenerek randevu kartına yazılır.

Dördüncü İzlem

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

Öykü alma

Kişisel bilgiler: En son izlemde bu yana değişiklik olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Tıbbi öykü: En son izlemde bu yana oluşan hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varlığı sorgulanmalıdır.

Obstetrik öykü: Obstetrik öykü kontrol edilmelidir.

Mevcut gebelik öyküsünü gözden geçirme: En son izlemde bu yana olan gebeliğe bağlı olağan yakınmalar, gebelik tehlike işaretleri sorgulanmalıdır. Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt edilmelidir. Demir alımına bağlı yakınmalarının olup olmadığı kontrol edilir. Fetus hareketlerinin varlığı sorgulanmalıdır.

Fizik muayene

Üçüncü izlemde yapılanlara ilave olarak Leopold manevraları ve obstetrik değerlendirme amaçlı vaginal muayene (pelvik yapı, serviks, prezente olan kısım) yapılır.

Laboratuvar testleri

Bakteriüri ve proteinüri açısından idrar tahlili yapılmalıdır.

Doğuma hazırlık açısından gebenin hemoglobin ölçümü yapılmalıdır.

Gebeeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama

Demir desteğine devam edilmelidir.

İdrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlar varlığında gereken tedavi verilmelidir.

Bilgilendirme ve danışmanlık

Birinci izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir.

Gebelikte tehlike işaretleri, doğum eylemi ve doğum, doğumun planlanması, emzirme ve postpartum aile planlaması konusunda danışmanlık verilmesi bu haftalardaki izlem için önceliklidir.

40. haftaya kadar doğum gerçekleşmezse gebenin doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna hemen başvurması konusunda bilgi verilmelidir.

Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi

İzlem sırasındaki tüm ayrıntılar izlem fişine yazılmalı ve izlem fişinin bir örneği gebeye verilmelidir.

Gebe başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar da buna göre planlanır (10).”

2.2.4 Gebelikte beslenme ve kilo alımı

Gebelikte önemli olan fazla gıda almak değil, gereken tüm besin öğelerinin dengeli bir diyetle alınmasıdır. Gebelikte günlük kalori ihtiyacı ilk trimesterde gebe olmayan erişkinlerle aynı iken ikinci trimesterde günlük kalori ihtiyacına yaklaşık 350 kcal, üçüncü trimesterde yaklaşık 450 kcal ilave edilir. Tüm gebelik boyunca alınması gereken ideal kilo VKİ 18.5-25 (normal) olan kadınlarda 12-16 kg, VKİ 25-30 (fazla kilolu) olanlarda 7-11 kg, VKİ >30 (obez) olanlarda ise 5-9 kg'dır (22).

2.2.5 Gebelikte vitamin ve mineral desteği

Gebelikte başta folik asit ve demir olmak üzere hemen hemen tüm vitamin ve minerallere olan ihtiyaç artar. Gebelikte folat ve demir kullanımının faydaları kanıtlanmış olup yaygın kullanılan multivitamin preparatlarının hekim tarafından gerekli görülmedikçe kullanılması önerilmez (22).

Gebelik öncesi dönemde folik asit desteği başlanması bebekte nöral tüp defekti görülme olasılığını azaltmaktadır. Folik asit günlük 400 mikrogram olmalı,

planlanan gebelikten en az 2 ay önce başlanmalı ve gebeliğin 3. ayına kadar devam edilmelidir (7).

Gebelikte, fetüsün gereksinimleri ve kan hacmindeki artış nedeniyle demir tüketimi artar. Demir gereksinimi özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde en yüksek düzeydedir. Günlük demir gereksinimi ilk trimesterde 0.8 mg, ikinci ve üçüncü trimesterde 6.3 mg'dır. Doğumdan sonra ve laktasyon süresince de günlük gereksinim yüksektir. Gebelerde demir absorpsiyonu artmaktaysa da diyetle alınan miktar gereksinimi karşılamaya yetmez. Vücuttaki demir depolarının durumuna göre ek demir desteği gerekir. Bu nedenle gebelikte demir desteği gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Gebelere Demir Destek Programı Rehberi"nde klinik anemi olmasa da günlük demir gereksinimi göz önüne alınarak tüm gebelere ikinci trimestirden başlayarak 6 ay ve doğum sonu 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40-60 mg elementer demir verilmesi önerilmektedir (23).

2.2.6 Gebelikte bağışıklama

Tetanoz aşısı: Tetanoz, aşıyla önlenebilen bulaşıcı olmayan enfeksiyöz tek hastalıktır ve birçok enfeksiyöz hastalıktan farklı olarak bağışıklığı kalıcı değildir. T.C.S.B Genişletilmiş Bağışıklama Programında hiç aşılanmamış gebelerin en az iki doz Td (Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz aşısı) aşısı almalarının sağlanması önerilmektedir. İlk dozun gebeliğin dördüncü ayında veya ilk karşılaşmada, ikinci dozun ise birinci dozdan en az dört hafta sonra yapılmasını ve doğumdan en az iki hafta önce tamamlanması gerekmektedir (24).

Kızamıkçık (Rubella) ve Kızamık (Rubeola) aşısı: Antenatal değerlendirmede Rubella IgM ve IgG negatif olan kadınlara yapılmalıdır. Aşı zayıflatılmış canlı aşıdır. Canlı virus aşılarının fetus üzerine olası riskleri nedeniyle aşıdan en az 28 gün süreyle gebelikten kaçınılmalıdır. Ülkemizde sadece rubellaya karşı aşı bulunmadığından Kabakulak-Kızamık-Kızamıkçık karma aşısı yapılmaktadır (22).

Grip (influenza) aşısı: Kış aylarında gebe kalması olası hastalara, özellikle de ek hastalıkları olan ve üst solunum yolu enfeksiyonlarını ağır geçirdiğini belirten hastalara inaktive grip (influenza) aşısı önerilmelidir. Aşılamanın influenza mevsiminden önce yapılması kritiktir. Bu nedenle Ekim ayı öncesinde gebe olan veya olması olası tüm kadınların aşılanması önerilmektedir (22).

2.2.7 Gebelikte serolojik değerlendirme

Serolojik değerlendirme için gebelerde HbsAg, Anti HIV, Anti Rubella IgM ve IgG bakılması önerilmektedir.

Toxoplasma, Sitomegalovirüs ve Parvovirüs için rutin tarama önerilmemektedir. Toxoplasma ve CMV lkemiz gibi yüksek riskli populasyonlarda bakılabilir. Gebelere ellerin ve yiyeceklerin dikkatli bir Şekilde yıkanması, çiğ et ile temas edilmemesi ve yiyeceklerin iyi piŐirilmesinin koruyucu rolü belirtilmelidir.

Kan transfüzyonu olmuŐ gebelere, ailede hepatit C yks olan gebelere Anti HCV istenmesi önerilmektedir.

Son 1 yıl içerisinde normal olarak sonuçlanmıŐ Pap smear testi yoksa rahim ağzı kanseri için serviksten örnek alınması önerilmektedir (22).

2.2.8 Gebelikte tiroid fonksiyonunun değerlendirilmesi

Tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi gebelik süreci için oldukça önemlidir. Özellikle ilk aylarda, anneden fetüse plasenta yoluyla taŐınan tiroid hormonunun beyin geliŐiminde önemi büyüktür. Gebelikte hipotiroidi tedavi edilemezse düşük, anemi, preeklampsi, plasental ayrılma ve erken doğum riski artmaktadır. Tedavi edilmemiş hipotiroidi fetüsün nörolojik geliŐimini olumsuz yönde etkileyerek kognitif ve entelektüel performans düŐüklüklerine yol açmaktadır. Tedavi edilmemiş hipertiroidi ise ölü doğum, erken doğum riski, preeklampsi ve intrauterin gelişme geriliğine neden olabilmektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, gebelik planlayan veya gebe kadınlarda en az bir kez TSH ölçülmesini önermektedir. Hedef TSH değeri ilk trimester için <2.5 mIU/L, sonraki dönemler için <3 mIU/L olmalıdır (15).

2.2.9 Gebelikte anomali taramaları ve görüntüleme

11-14 hafta muayenesi: Sıklıkla transabdominal ultrasonografi ile uygulanır. Son adetini hatırlayamayan, adetleri düzensiz olan veya emzirirken gebe kalan kadınlarda gebelik sresinin ve tahmini doğum tarihinin hesaplanması için uygun bir dönemdir.

Bu haftalardaki taramayla, Down Sendromu gibi anöploidiler ve diğer kromozomal anormalliklerinin riskinin değerlendirilmesi, bu haftada fetusta bulunabilecek yapısal anormalliklerin ve ikiz gebeliklerin saptanması amaçlanır. İlk trimester kombine taraması (11-14 hafta taraması ya da ikili test) anne yaşı, sonografik ölçüm ve sonografik ölçümle aynı zamanda gebenin kanında bakılan biyokimyasal parametrelerin kombinasyonu ile oluşturulur ve bu taramayla kromozomal defektlerin yakalanma oranı %85-90 civarındadır. Biyokimyasal değerlendirme için ultrason günü içerisinde annenin serumunda serbest β -hCG ve gebeliğe özgü plazma protein A (PAPP-A) konsantrasyonlarına bakılır. Trizomi 21 taşıyan gebelerin serumunda serbest β -hCG değeri normale göre artmış ve PAPP-A değeri normale göre azalmıştır. Test sonucunda Trizomi 21 riski 1:300 ve üzerinde çıktığında anne adayına kesin tanı için koryon villus örnekleme veya amniosentez önerilir. Koryon villus örnekleme 10-12. gebelik haftalarında, amniosentez 15. gebelik haftasından sonra yapılır (22).

16-18 Hafta Muayenesi: İlk trimester kombine taramasını kaçırmış anne adaylarına 16-18 haftalar arasında dörtlü test önerilir. Dörtlü testin yapılamadığı merkezlerde ilk trimester kombine taraması da yapılamamışsa üçlü test yapılır. Gebeden alınan kanda hCG, unkonjuge estriyol ve alfa fetoprotein hormonları ölçülür. Sonuçlar, anne adayının yaşı ve ölçüm haftası ile beraber analiz edilir ve Trizomi 21, Trizomi 18 ve nöral tüp defekti için riskler ayrı ayrı saptanır. Down Sendromu'nda unkonjuge estriyol ve alfa fetoprotein gebelik haftasına göre olması gerekenden düşük, hCG ise olması gerekenden yüksektir (22).

18-23 Hafta Muayenesi: Fetusun hem Trizomiler için hem de diğer organ patolojileri için ultrasonografi ile ayrıntılı olarak değerlendirildiği muayenedir. İkinci düzey değerlendirme olarak adlandırılan bu taramayı perinataloji alanında tecrübeli hekimler yapmalıdır. Bu muayenede fetusun beyin, yüz, kalp, böbrekler, bağırsaklar, kol ve bacak kemikleri, dil ve kulak gibi farklı alanları içeren organları ultrasonografi ile geniş bir spektrumda incelenir. 18-20 haftalar arası ultrasonografi ile nöral tüp defektlerinin %96'sının saptanabildiği ve ultrasonografinin alfa fetoprotein bakılmasına üstün olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (22).

2.2.10 Gebelikte diyabet taraması

Gebelik sırasında herhangi bir derecede ortaya çıkan veya tanınan glikoz intoleransı gestasyonel diyabet olarak adlandırılır (12). Gestasyonel diyabetin araştırılması amacıyla tek aşamalı veya iki aşamalı tanı yaklaşımı kullanılmaktadır. İki aşamalı tanı yaklaşımı 24-28. gebelik haftalarında rastgele bir zamanda 50 gr glikoz içeren sıvı içirildikten 1 saat sonra plazma glikoz düzeyinin değerlendirilmesi ve testin kuşkulu olması (plazma glikoz düzeyi ≥ 140 mg/d) durumunda daha ileri bir testin (100 gr veya 75 gr glikoz ile OGTT) yapılmasıdır. Tek aşamalı tanı yaklaşımı ise gebe kadınlara da gebe olmayan erişkinler gibi 75 gr glikoz ile 2 saatlik OGTT yapılmasıdır. Günümüzde iki aşamalı tanı yaklaşımının kullanılması giderek azalmakta, buna karşılık tek aşamalı tanı testi kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ülkemizde ise konu ile ilgili otoriteler, kanıta dayalı bulgular elde edilene kadar, iki aşamalı tanı yaklaşımına devam edilmesini benimsemektedirler (25).

Tablo 3. Gestasyonel diyabet tanı kriterleri

		Açlık	1.saat	2.saat	3.saat
Tek aşamalı test					
75 gr glukoz ile OGTT (en az 1 patolojik değer tanı koydurur)		≥ 92	≥ 180	≥ 153	-
İki aşamalı test					
İlk aşama	50 gr glukoz ile OGTT	-	≥ 140	-	-
İkinci aşama	75 gr glukoz ile OGTT (en az 2 patolojik değer tanı koydurur)	≥ 95	≥ 180	≥ 155	-
	100 gr glukoz ile OGTT (en az 2 patolojik değer tanı koydurur)	≥ 95	≥ 180	≥ 155	≥ 140

* Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Ankara, 2013

** Venöz plazmada ölçülen glukoz birimi mg/dL'dir.

2.3 Türkiye'de Aile Hekimliği uygulaması

Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır. Ülkemizde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise; ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm

Programı çerçevesinde 24.11.2004 tarihinde 5258 Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Pilot Kanun” ile aile hekimliği uygulamasının temeli atılmıştır. Bunu takiben 06.07.2005 tarihinde “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” çıkarılan aile hekimliğini uygulamasının esasları mevzuatta belirtilmiştir (26). 2010 yılı sonu itibarıyla tüm illerde Aile Hekimliği Uygulamasına geçmiştir. Bu geçiş sürecinde birinci basamakta çalışmak isteyen tüm hekimler 1. Aşama Uyum Eğitimlerini tamamlayıp geçici Aile Hekimliği Uygulama Sertifikalarını almış ve artık sağlık ocaklarının yerini alan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmaya başlamışlardır. Uygulamaya ilk yıllarda geçen illerde internet üzerinden ikinci Aşama Uyum Eğitimlerine de başlanmıştır. İkinci Aşama Uyum eğitimlerinin de tüm illerde tamamlanması planlanmaktadır. Aile Hekimliği uygulamasının nihai hedefi 2017 yılından sonra birinci basamakta çalışmaya başlayacak tüm hekimlerin Aile Hekimliği Uzmanı olmasıdır.(27)

2.3.1 Aile Hekimi

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde aile hekimi “Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler” olarak tanımlanmıştır (18).

2.3.2 Aile Sağlığı Elemanı ve Aile Sağlığı Merkezi

Yönetmeliğe göre aile sağlığı elemanı “Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumunca görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyeni” olarak tanımlanmıştır. Aile Sağlığı Merkez ise “ Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu” olarak tanımlanmaktadır (28).

2.3.3 Aile Hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 4. maddesinin 3. paragrafında belirtildiği üzere aile Hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları:

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

ç) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

1) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak (28).

Bu yönetmelik gereği; Aile hekimi, aile sağlığı Merkezinin yönetimi, birlikte çalıştığı ekibin denetlenmesi ve hizmet içi eğitimlerinin sağlanması, Bakanlıkça ve Kurumca yönetilen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye özel sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür (28).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışmanın genel nitelikleri

Araştırma İzmir merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışmakta olan aile hekimlerinin gebe takibi konusundaki bilgi düzeyini değerlendirmek üzere yapılmış, tanımlayıcı kesitsel bir araştırma olarak tasarlandı.

Çalışmanın evreni 01.08.2014 - 31.10.2014 tarihleri arasında İzmir ili merkez ilçelerinde (Konak, Karabağlar, Alsancak, Balçova, Narlıdere, Gaziemir, Buca, Karşıyaka, Bayraklı, Bornova) aile hekimi olarak görev yapmakta olan hekimler olarak belirlendi. Çalışmamızın yapıldığı tarihlerde bu ilçelerde 871 aile hekiminin çalışmakta olduğu saptandı. Örneklem hesaplaması yapılarak, %5 hata payı ile %95 güven aralığı için örneklem büyüklüğü 267 olarak hesaplandı. Mesai saatleri içinde araştırmacılar tarafından il merkezindeki ASM ziyaret edilerek çalışmaya katılmaya gönüllü olan hekimlerin yazılı onamları alınarak “İzmir merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin birinci basamakta gebe takibi hakkındaki bilgi düzeyinin belirlenmesi başlıklı veri toplama formu uygulandı.

Veri formu 49 sorudan oluşmaktaydı. Araştırmacılar tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi ve ilgili literatür esas alınarak oluşturuldu. Tanımlayıcı verileri belirlemek için katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri, hekimlikte fiilen çalışma süresi, hekime bağlı nüfus, günlük ortalama muayene edilen hasta, takiben edilen gebe sayısı soruldu. Hekimlerin bilgi düzeyini değerlendirmek için doğum öncesi izlemlerin sayısı ve zamanı, doğum öncesi bakımda yapılması gereken

muayene, anomali taramaları, laboratuvar tetkikleri, gebelikte bağışıklama ve ilaç desteği, gebelikte risk faktörleri ve üst kuruma sevk kriterlerini içeren sorular soruldu.

3.1.1 Çalışmaya dahil olma kriterleri

- 1.Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve katılmayı kabul etmiş olma
2. İzmir merkezindeki bir ASM’de Aile Hekimi olarak görev yapma

3.1.2 Çalışmaya dahil olmama kriterleri

- 1.Çalışmaya katılmayı kabul etmeme
- 2.Anket çalışmasının yapıldığı zaman diliminde İzmir merkezindeki bir ASM’de Aile Hekimi olarak görev yapmama

3.2 Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmanın yalnızca İzmir ili merkez ilçeleri ile sınırlı olması bir kısıtlılıktır. Çoğu aile hekiminin çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması, çalışmanın yapıldığı sürede hekimlerin yıllık izinde veya gezici hizmette olmaları nedeniyle çalışmaya katılımın az olması da çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır.

3.3 İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel değerlendirmesinde SPSS 15.0 for Windows istatistik demo paket programı kullanıldı. Ölçümsel değişkenler ortalama \pm standart sapma (SD) ile, kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu. Veri çözümlemede, kategorik değişkenler için ki-kare, testi sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise parametrik olan koşullarda t-testi, parametrik olmayan koşullarda ise Mann Whitney-U testi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ alındı.

3.3 İzinler

Çalışmanın etik kurul onayı 02.08.2013 tarihinde 172 sayı numarası ile İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için ayrıca İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü AR-GE Hizmetleri Birimi'nden (24.07.2014 tarihinde 28232 sayı numarası ile) ve T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'ndan (23.07.2014 tarihinde ve 770 sayı numarası ile) izin alınarak çalışmaya başlandı.

4.BULGULAR

Katılımcıların (n:225) yaş ortalaması 47.76 ± 5.96 (32-65) yıl olup, kadınların oranı %34.2 (n:77), erkeklerin oranı %65.8 (n:148) idi. Katılımcıların %86.2'si (n:193) evli iken, %5.4'ü bekar (n:12) ve %8.5 'i (n:19) dul veya boşanmıştı. Çalışmaya katılan hekimlerin uzmanlık durumu sorgulandığında; %19.1'inin (n:43) Aile Hekimliği Uzmanı olduğu saptandı. Aile hekimi olarak çalışılan süre ortalama 6.60 ± 1.48 yıl ve günlük çalışma süresi ortalama 8.04 ± 0.42 saat olarak belirtildi. Takip edilmekte olan gebe sayısı katılımcılar tarafından ortalama 21.18 ± 11.03 olarak belirtildi. Katılımcılara ait tanımlayıcı veriler tablo 4'te gösterildi.

Tablo 4. Katılımcıların tanımlayıcı verileri

Değişken	Ort. \pm SD*	Minimum	Maximum
Fiilen hekimlik yapılan süre (yıl)	22.53 ± 5.84	7	38
Aile hekimi olarak çalışılan süre (yıl)	6.60 ± 1.48	1	8
Hekime bağlı nüfus sayısı	3434.98 ± 506.85	1407	4040
15-49 yaş arası kadın nüfusu	938.22 ± 187.24	345	1987
Günlük ortalama çalışma süresi (saat)	8.04 ± 0.42	6	10
Günlük takip edilen hasta sayısı	62.55 ± 18.31	10	120
Takip edilen gebe sayısı	21.18 ± 11.03	1	73
Gebe takibine ayrılan günlük süre(dakika)	20.91 ± 10.53	3	120

*Ort. \pm SD: Ortalama \pm Standart sapma

Çalışmaya katılan hekimlerin tamamı gebelik süresince en az 4 kez DÖB yapılması gerektiğini belirtti. Katılımcıların tamamına yakını (%97.8, n:220) ilk izlemin 14 haftadan önce yapılmasının uygun olduğunu belirtti. Katılımcıların DÖB izlem zamanlarına ilişkin yanıtları tablo 5’te verildi.

Çalışmaya katılan hekimlerin tamamına yakını (%94.2, n:212) tahmini doğum tarihi hesaplaması için kullanılan Naegele formülünü doğru olarak bildi. “Hasta son adet tarihini bilmiyorsa hangileri sorgulanır?” sorusu için hekimlerin %67.6’sı (n:152) ilk gebelik testi tarihi, %68.9’u (n:155) gebelikten ilk şüphelendiği tarih, %55.1’i (n:124) fetus hareketlerinin ilk hissedildiği tarih, %63.6’sı (n:143) üremeye yardımcı tedavi (ÜYT) gebeliği ise embriyo transfer tarihi seçeneklerini işaretledi. Hekimlerin %14.7’si (n:33) SAT’ını bilmeyen hastalarda gebelik yaşı tayininde ultrasonografiden de faydalanabileceğini belirtti. İlk gebelik testi tarihi ve gebelikten ilk şüphelendiği tarih seçeneğini işaretleyenlerle işaretlemeyenler arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 5. Katılımcıların DÖB izlem zamanlarına ilişkin yanıtları

Değişken	Değişken türü	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk gebelik izlemi ne zaman yapılmalıdır?	İlk 8 hafta içinde	38	16.9
	İlk 12 hafta içinde	79	35.1
	İlk 14 hafta içinde	103	45.8
	İlk 18 hafta içinde	3	1.3
	Diğer	2	0.9
İkinci izlem hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?	12-16 haftalar arası	33	14.7
	18-24 haftalar arası	184	81.8
	26-30 haftalar arası	2	0.9
	32-36 haftalar arası	0	0
	Diğer	6	2.7
Üçüncü izlem hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?	22-24 haftalar arası	29	12.9
	26-28 haftalar arası	52	23.1
	30-32 haftalar arası	127	56.4
	34-36 haftalar arası	5	2.2
	Diğer	12	5.3
Dördüncü izlem hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?	24-26 haftalar arası	5	2.2
	28-30 haftalar arası	19	8.4
	32-34 haftalar arası	37	16.4
	36-38 haftalar arası	161	71.6

	Diğer	3	1.3
--	-------	---	-----

Fetüs hareketlerinin ilk hissedildiği tarih seçeneğini işaretleyen hekimlerin aile hekimi olarak çalışmakta olduğu süre 7.11 ± 2.08 yıl ve takip ettikleri gebe sayısı 22.83 ± 10.89 iken işaretlemeyen hekimlerin aile hekimi olarak çalışmakta olduğu süre 6.61 ± 2.74 yıl ve takip ettikleri gebe sayısı 19.05 ± 10.95 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla $p=0.026$ ve $p=0.007$). SAT'ını bilmeyen hastalarda ÜYT gebeliği ise embriyo transfer tarihi sorgulanmasını işaretleyen aile hekimlerinin günlük takip ettikleri hasta sayısı ortalaması 64.52 ± 18.11 , takip ettikleri gebe sayısı 22.64 ± 10.81 iken işaretlemeyen aile hekimlerinin günlük takip ettikleri hasta sayısı ortalaması 59.05 ± 18.26 , takip ettikleri gebe sayısı 18.58 ± 11.01 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla $p=0.040$ ve $p=0.014$).

Gebenin fizik muayenesinde bakılması gerekenler sorgulandığında hekimlerin tamamına yakını boy ve kilo, kan basıncı, nabız, anemi bulguları, pretibial ödem bakışı, göğüs ve kalp oskültasyonu yapılması gerektiğini belirtti. Hekimlerin %40'ı (n:90) uterus büyüklüğü için vajinal muayene yapılması gerektiğini belirtti. İstatistiksel olarak değerlendirildiğinde vajinal muayene yapılmasını gerektiğini belirten aile hekimleri ile belirtmeyen aile hekimleri arasında anlamlı fark bulunmadı. Katılımcıların gebenin fizik muayenesinde bakılması gerekenlere ilişkin yanıtları tablo 6'da gösterildi.

Tablo 6. Gebenin fizik muayenesinde bakılması gerekenler

Fizik Muayene	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Boy ve kilo	225	100	0	0
Kan basıncı	222	98.7	3	1.3
Nabız	221	98.2	4	1.8
Anemi bulguları	214	95.1	11	4.9
Pretibial ödem	216	96.0	9	4.0
Göğüs ve kalp oskültasyonu	190	84.4	35	15.6
Uterus büyüklüğü için vajinal muayene	90	40	135	60

Aile hekimlerine vücut kitle indeksi normal olan sağlıklı bir gebede gebelik süresince alınması gereken normal kilo değeri sorgulandığında hekimlerin %64.1'i (n:143) doğru yanıt olan 12-16 kg seçeneğini işaretlerken, %28.3'ü (n:63) 6-10kg, %2.7'si (n:6) 18-22 kg ve %4.9'u (n:11) diğer seçeneğini işaretledi. Soruya doğru yanıt veren aile hekimlerine bağlı nüfus sayısı 3483.36±515.72 ve 14-49 yaş arası kadın nüfusu 955.51±172.28 iken soruya doğru yanıt vermeyen aile hekimlerine bağlı nüfus sayısı 3349.57±482.14 ve 14-49 yaş arası kadın nüfusu 908.09±208.57 olup aradaki fark istatistiksel anlamlı bulundu (p=0.014 ve p=0.014).

Katılımcılara sorulan “Fetal kalp sesleri fetal doppler ile ne zaman duyulabilir?” sorusuna katılımcıların ancak %35.6'sı (n:80) doğru yanıt verdi. Normal fetal kalp atım hızı sorulduğunda ise katılımcıların tamamına yakını (%94.2, n:212) bu soruya doğru yanıt verdi (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların fetal kalp muayenesi ile ilgili bilgi düzeyleri

Sorular	Yanıtlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Fetal kalp sesleri fetal doppler ile ne zaman duyulabilir?	6-8 hafta	3	1.3
	10-12 hafta	80	35.6
	14-16 hafta	73	32.4
	18-20 hafta	57	25.3
	Fikrim yok	9	4
	Diğer	3	1.3
Normal fetal kalp atım hızı ne kadardır?	40-79 atım/dk	5	2.2
	80-119 atım/dk	2	0.9
	120-159 atım/dk	212	94.2
	160-199 atım/dk	4	1.8
	Fikrim yok	2	0.9

Birinci basamakta bakılması gereken laboratuvar tetkikleri sorgulandığında aile hekimlerinin tamamına yakını birinci basamakta idrar tahlili, kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü, kan grubu tayini, HbSAg ve TSH bakılması gerektiğini belirtti. Hekimlerin %49.3'ü (n:111) Anti Rubella IgG ve Anti Rubella IgM, % 46.7'si (n:105) HbA1c tetkiklerinin yapılması, %48.0'i (n:108) toxoplazma,

sitomegalovirüs ve parvovirüs için tarama yapılması ve %8.9'u (n:20) Papsmear testi yapılması gerektiğini belirtti.

Katılımcıların birinci basamakta bakılması gereken laboratuvar tetkiklerine ilişkin yanıtları tablo 8'de gösterildi.

Tablo 8. Birinci basamakta bakılması gereken laboratuvar tetkikleri

Tetkikler	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
İdrar tahlili	223	99.1	2	0.9
Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü	224	99.6	1	0.4
Kan grubu tayini	219	97.3	6	2.7
HbSAg	215	95.6	10	4.4
TSH	213	94.7	12	5.3
Anti Rubella IgG ve Anti Rubella IgM	111	49.3	114	50.7
Toxoplazma, CMV ve parvovirüs için tarama	108	48.0	117	52.0
HbA1c	105	46.7	120	53.3
Papsmear testi	20	8.9	205	91.1

“İkili test hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?” sorusuna aile hekimlerinin %90.2'si (n:203) doğru yanıt verdi. Bu soruya doğru yanıt verenlerle vermeyenler karşılaştırıldığında takip edilen gebe sayısı daha fazla olanların doğru yanıt verme oranının daha yüksek olduğu saptandı (p=0.002). Doğru yanıt verenlerin takip ettiği gebe sayısı 21.85±10.77 iken doğru yanıt vermeyenlerin takip ettiği gebe sayısı 15.27±11.81 idi. “İkili testte hangi değerler üzerine invaziv tanı yöntemi önerilir?” sorusuna doğru yanıt veren hekimlerin oranı %45.8 (n:103) bulundu. Hekimlerin %24.0'ü (n:54) bu soruyu fikrim yok olarak yanıtladı. Bu soruya doğru yanıt veren hekimler ile vermeyenler arasından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Hangi gebelere üçlü test yapılması gerektiği sorulduğunda hekimlerin %58.7'si (n:132) tüm gebelere yapılması gerektiğini belirtirken, %53.3'ü (n:120) ikili testini yaptırmamış gebelere yapılması gerektiğini belirtti. Üçlü testin yapılması gereken hafta sorulduğunda hekimlerin %79.6'si (n:179) doğru yanıt verdi. Soruya doğru yanıt veren hekimlerin takip ettikleri gebe sayısı 21.90±10.79, doğru yanıt vermeyen hekimlerin ise takip ettikleri gebe sayısı 18.42±11.65 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0.031). Katılımcıların gebelikte anomali tarama testlerine ilişkin yanıtları tablo 9'da gösterildi.

Tablo 9. Katılımcıların gebelikte anomali tarama testlerine ilişkin yanıtları

Sorular	Yanıtlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
İkili test hangi gebelik haftaları arasında yapılmalıdır?	11-14 haftalar arası	203	90.2
	15-18 haftalar arası	18	8.0
	19-23 haftalar arası	2	0.9
	24-25 haftalar arası	1	0.4
	Fikrim yok	1	0.4
İkili testte hangi değerin üzerine invaziv tanı yöntemi önerilir?	1:300	103	45.8
	1:600	20	8.9
	1:900	5	2.2
	1:1000	21	9.3
	Fikrim yok	54	24.0
	Diğer	22	9.8
Üçlü test hangi gebelik haftalarında yapılır?	12-14 haftalar arası	7	3.1
	16-18 haftalar arası	179	79.6
	20-22 haftalar arası	17	7.6
	24-26 haftalar arası	14	6.2
	Fikrim yok	2	0.9
	Diğer	6	2.7

“OGTT hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?” sorusuna hekimlerin %82.2’si (n:185) doğru yanıt verdi (Tablo 10). Bu soruya doğru yanıt veren hekimlerin takip ettikleri gebe sayısı 22.04 ± 10.72 , doğru yanıt vermeyen hekimlerin takip ettikleri gebe sayısı 17.38 ± 11.73 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.010$)

Tablo 10. OGTT gebelik haftası yanıtları

Sorular	Yanıtlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
OGTT hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?	14-18 haftalar arası	14	6.2
	19-23 haftalar arası	21	9.3
	24-28 haftalar arası	185	82.2
	29-33 haftalar arası	1	0.4
	Fikrim yok	2	0.9
	Diğer	2	0.9

50 gr glukoz ile yapılan OGTT için sınır değerler sorulduğunda hekimlerin %84.9’u (n:191) doğru yanıt verdi. Bu soruya doğru yanıt veren hekimlerle doğru yanıt vermeyen hekimlerin yaşı, fiilen hekimlik yapılan süre ve takip ettikleri gebe sayısı arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 11).

Tablo 11. 50 gr glukoz ile yapılan OGTT için verilen yanıtların yaş, fiilen hekimlik yapılan süre ve takip edilen gebe sayısı ile karşılaştırılması

	OGTT doğru yanıt (Ort.±SD*)	OGTT doğru olmayan yanıt (Ort.±SD*)	p değeri
Yaş (yıl)	47.34±5.77	50.18±6.51	0.015
Fiilen hekimlik yapılan süre (yıl)	22.14±5.65	24.57±6.51	0.017
Takip edilen gebe sayısı	21.88±11.28	17.30±8.68	0.036

*Ort.±SD: Ortalama±Standart sapma

Katılımcıların 50 gr, 75 gr ve 100 gr glukoz ile yapılan OGTT için sınır değerler için verdikleri yanıtlar tablo 12’de gösterildi.

Tablo 12. 50 gr, 75 gr ve 100 gr glukoz ile yapılan OGTT sınır değerleri için verilen yanıtlar

50 gr glukoz 1.saat	100 mg/dl	120 mg/dl	140 mg/dl	160 mg/dl	180 mg/dl	Yanıt yok
Sayı (n)	3	5	191	15	9	2
Yüzde (%)	1.3	2.2	84.9	6.7	4.0	0.9
100 gr glukoz açlık	75 mg/dl	85 mg/dl	95 mg/dl	105 mg/dl	115 mg/dl	Yanıt yok
Sayı (n)	20	11	117	41	3	33
Yüzde (%)	8.9	4.9	52.0	18.2	1.3	14.7
100 gr glukoz 1. saat	150mg/dl	168 mg/dl	170 mg/dl	180 mg/dl	200 mg/dl	Yanıt yok
Sayı (n)	25	11	15	135	7	32
Yüzde (%)	11.1	4.9	6.7	60	3.1	14.2
100 gr glukoz 2.saat	125 mg/dl	135 mg/dl	145 mg/dl	155 mg/dl	165 mg/dl	Yanıt yok
Sayı (n)	17	17	23	117	16	35
Yüzde (%)	7.6	7.6	10.2	52.0	7.1	15.6
100 gr glukoz 3.saat	90 mg/dl	100 mg/dl	110 mg/dl	120 mg/dl	140 mg/dl	Yanıt yok
Sayı (n)	19	14	22	19	117	34
Yüzde (%)	8.4	6.2	9.8	8.4	52.0	15.1

75 gr glukoz açlık	<82 mg/dl	<92 mg/dl	<102 mg/dl	<112 mg/dl	<122 mg/dl	Yanıt yok
Sayı (n)	19	127	34	6	6	33
Yüzde (%)	8.4	56.4	15.1	2.7	2.7	14.7
75 gr glukoz 1. saat	<140 mg/dl	<150 mg/dl	<160 mg/dl	<170 mg/dl	<180 mg/dl	Yanıt yok
Sayı (n)	31	29	20	8	106	31
Yüzde (%)	13.8	12.9	8.9	3.6	47.1	13.8
75 gr glukoz 2. saat	<133 mg/dl	<143 mg/dl	<153 mg/dl	<163 mg/dl	<173 mg/dl	Yanıt yok
Sayı (n)	41	37	101	6	5	35
Yüzde (%)	18.2	16.4	44.9	2.7	2.2	15.6

Katılımcılara ayrıntılı fetal ultrasonografinin hangi gebelik haftalarında yapılması gerektiği sorulduğunda %67.1'i (n:151) doğru yanıt olan "18-23 haftalar arası" seçeneğini işaretledi. Katılımcıların %16.9'u (n:38) bu soruya 24-29 haftalar arası, %8.4'ü (n:19) 14-19 haftalar arası ve %7.1'i (n:16) fikrim yok olarak yanıt verdi. Ayrıntılı fetal ultrasonografide hangi parametrelerin değerlendirildiğine ilişkin soruya verilen katılımcı yanıtları tablo 13'te gösterildi.

Tablo 13. Ayrıntılı fetal ultrasonografide değerlendirilen parametreler

USG parametreleri	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Fetüs sayısı	222	98.7	3	1.3
Fetal kalp atımı	220	97.8	5	2.2
Fetal biyometrik ölçümler	201	89.3	24	10.7
Plasenta lokalizasyonu	211	93.8	14	6.2
Overlerin lokalizasyonu	72	32.0	153	68.0
Overlerin yapısı	70	31.1	155	68.9
Amniyotik sıvı miktarı	207	92.0	18	8.0
Endoservikal uzunluk	102	45.3	123	54.7

Katılımcıların çoğu (% 92.9, n:209) folik asit desteğine başlamak için en uygun zamanı doğru bildi. Bu soruya doğru yanıt veren hekimlerin takip ettikleri gebe sayısı 21.61 ± 11.22 , doğru yanıt vermeyen hekimlerin takip ettikleri gebe sayısı 15.81 ± 6.45 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.023$). Folik asit

desteği için verilmesi gereken günlük doz sorusuna hekimlerin %79.6'sı (n:179) ve folik asit ne zamana kadar verilmelidir sorusuna hekimlerin %72.9'u (n:164) doğru yanıt verdi. Her iki soru için de doğru yanıt verenlerle vermeyenler arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı.

Katılımcıların gebelikte folik asit desteği konusundaki yanıtları tablo 14'te verildi.

Tablo 14. Gebelikte folik asit desteği

Sorular	Yanıtlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Folik asit desteğine başlamak için en uygun zaman hangisidir?	Gebelikten 3 ay önce	209	92.9
	Gebelik tespit edildiğinde	9	4.0
	16. gebelik haftasında	1	0.4
	Diğer	6	2.7
Folik asit desteği için verilmesi gereken günlük doz kaç mcg olmalıdır?	200 mcg	11	4.9
	400 mcg	179	79.6
	600 mcg	17	7.6
	800 mcg	8	3.6
	1000 mcg	6	2.7
	Fikrim yok	4	1.8
Sağlıklı bir gebeye folik asit ne zamana kadar verilmelidir?	Gebelik tespit edilene kadar	9	4.0
	İlk trimester boyunca	164	72.9
	Gebelik boyunca	7	3.1
	Gebelikten 3 ay sonrasına kadar	42	18.7
	Fikrim yok	2	0.9
		1	0.4

	Diğer		
--	-------	--	--

Aile hekimlerine gebelikte demir desteği başlama zamanı sorulduğunda katılımcıların %75.1'i (n:169) soruya doğru yanıt verdi. Demir desteği için günlük verilmesi gereken doz sorusuna katılımcıların %56.4'ü doğru yanıt verdi. Doğru yanıt veren hekimlerin yaş ortalaması 48.49±6.15, doğru yanıt vermeyen hekimlerin yaş ortalaması 46.82±5.60 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.045).

Katılımcıların gebelikte demir desteği sorularına ilişkin yanıtları tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Gebelikte demir desteği

Sorular	Yanıtlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelikte demir desteği ne zaman başlanmalıdır?	Gebelikten 3 ay önce	6	2.7
	Gebelik tespit edildiğinde	27	12.0
	16. gebelik haftasında	169	75.1
	Diğer	23	10.2
Demir desteği günlük kaç mcg olmalıdır?	20-40 mcg/gün	34	15.1
	40-60 mcg/gün	127	56.4
	60-80 mcg/gün	16	7.1
	80-100 mcg/gün	32	14.2
	Fikrim yok	15	6.7
	Diğer	1	0.4
Demir desteği ne kadar süre	Gebelikten 3 ay	198	88.0

verilmelidir?	sonrasına kadar		
	Gebelik boyunca	20	8.9
	Fikrim yok	1	0.4
	Diğer	6	2.7

“Tetanoz aşısı ilk dozu hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?” sorusuna katılımcıların %56.7’si (n:128) 20. haftadan itibaren, %34.7’si (n:78) 12. haftadan itibaren cevabını verdi.

Katılımcıların yanıtları tablo 16’da ayrıntılı olarak verildi.

Tablo 16. Tetanoz aşısının gebelikte ilk yapılma zamanına ilişkin katılımcı yanıtları

Gebelik haftası	Katılımcı sayısı	Yüzde (%)
12. haftadan itibaren	78	34.7
20. haftadan itibaren	128	56.9
28. haftadan itibaren	3	1.3
Fikrim yok	2	0.9
Diğer	14	6.2

Katılımcıların gebelikte tehlike işaretlerine ilişkin yanıtları tablo 17’de gösterildi.

Tablo 17. Gebelikte tehlike işaretleri

Tehlike işareti	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Vajinal kanama	222	98.7	3	1.3
Kasılma nöbeti	211	93.8	14	6.2
Baş ağrısı ile beraber görmede bozukluk	215	95.6	10	4.4
Yüksek ateş	210	93.3	15	6.7
Karın ağrısı	189	84.0	36	16.0
Solunum güçlüğü veya sık solunum	211	93.8	14	6.2

Yüz, parmak ve bacaklarda şişme	192	85.3	33	14.7
Fetüs hareketlerinin hissedilmemesi	219	97.3	6	2.7
Günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi	146	64.9	79	35.1
Suların gelmesi	206	91.6	19	8.4

Aile hekimlerinin erken doğum belirtilerine ait soruya verdikleri yanıtlar tablo 18’de verildi.

Tablo 18. Erken doğum belirtilerine verilen cevaplar

Erken doğum belirtileri	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Rahim kasılmalarının düzenli kuvvetli gelmesi	217	96.4	8	3.6
Memeden süt gelmeye başlaması	46	20.4	179	79.6
Rahim kasılmalarına kanamanın eşlik etmesi	201	89.3	24	10.7
Nişan gelmesi	198	88.0	27	12.0

Aile hekimlerine gebelerin hangi durumlarda sevk edilmesi gerektiği sorulduğunda büyük çoğunluğu tüm seçenekleri işaretledi. Katılımcıların gebenin sevk edilmesi gereken durumlara ilişkin yanıtları tablo 19’da gösterildi.

Tablo 19. Gebenin sevk edilmesi gereken durumlar

Sevk durumları	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Hemoglobin 7 ve altında olması	219	97.3	6	2.7
Kanama ve lekelenme olması	210	93.3	15	6.7
Preeklampsi belirtilerinin olması	221	98.2	4	1.8
Uterus yüksekliğinin beklenenden büyük veya küçük olması	196	87.1	29	12.9

Fetus hareketlerinin hissedilememesi veya fetal el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulamaması	220	97.8	5	2.2
Gebede saptanan bakteriürinin tedaviye rağmen devam etmesi	203	90.2	22	9.8
Tehlike işaretlerinin varlığı	217	96.4	8	3.6
Gebeliğe eşlik eden sistemik hastalık varlığı	210	89.3	24	10.7

Aile hekimlerine birinci basamakta en az kaç kez doğum sonu bakım yapılması gerektiği sorulduğunda hekimlerin yarısından fazlası bu soruya doğru yanıt verdi. “Birinci basamakta doğum sonu bakım ilk kez ne zaman yapılmalıdır?” sorusuna hekimlerin %72.4’ü (n:163) doğum sonrası 2-5. günler arası, %26.2’si (n:59) doğum sonrası ilk gün ve %1.3’si (n:3) doğumdan 1 hafta sonra yanıtını verdi. Bu sorulara doğru yanıt verenlerle vermeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Aile hekimlerinin doğum sonrası bakım sayısına ait soruya verdikleri yanıtlar tablo 20’de verildi.

Tablo 20. Doğum sonrası bakım sayısı

Soru	Bakım sayısı	Yanıt sayısı (n)	Yüzde (%)
Birinci basamakta en az kaç doğum sonrası en az kaç doğum sonu bakım yapılmalıdır?	1	0	0
	2	5	2.2
	3	145	64.4
	4	70	31.1
	5	5	2.2

Katılımcıların gebenin ilk muayenesinde sorgulanması gereken ve varlığı halinde üst basamakta takip gerektiren durumlara ilişkin yanıtları tablo 21’de gösterildi.

Tablo 21. Gebelikte risk faktörleri

Risk faktörleri	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yenidoğan kaybı	216	96.0	9	4.0
3 veya daha fazla arka arkaya spontan düşük öyküsü	222	98.7	3	1.3
Erken doğum öyküsü	209	92.9	16	7.1
Anomalili bebek doğurma öyküsü	216	96.0	9	4.0
Son bebeğin doğum ağırlığı <2500 gr	199	88.4	26	11.6
Son bebeğin doğum ağırlığı >4500 gr	197	87.6	28	12.4
Son gebelikte HT veya preeklampsi nedeniyle yatış öyküsü	219	97.3	6	2.7

Üreme organlara yönelik daha önce geçirilmiş operasyon	190	84.4	35	15.6
Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik	197	87.6	28	12.4
18 yaşından genç gebe	197	87.6	28	12.4
35 yaş ve üstü gebe	199	88.4	26	11.6
Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu	203	90.2	22	9.8
Vajinal kanama	219	97.3	6	2.7
Pelvik kitle	209	92.9	16	7.1
Diastolik kan basıncı >90 mmHg olması	197	87.6	28	12.4
Anemi öyküsü	149	66.2	76	33.8
İnsülin bağımlı diyabet hastası	209	92.9	16	7.1
Renal hastalık	203	90.2	22	9.8
Kardiyovasküler hastalık	213	94.7	12	5.3
Tiroid hastalığı	196	87.1	29	12.9
Talasemi taşıyıcılığı	175	77.8	50	22.2
Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı	181	80.4	44	19.6
Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum	173	76.9	52	23.1

5.TARTIŞMA

İzmir il merkezindeki ASM'lerde çalışmakta olan aile hekimlerinin gebe takibi konusundaki bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada 225 hekim çalışmaya katılmayı kabul etti ve hekimlerin bilgi düzeylerini değerlendirmek üzere anket yapıldı. DÖB hizmeti kapsamında, gebeliğe bağlı şikayeti olmayan ve/veya sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmemiş tüm gebelere en az dört izlem yapılarak DÖB verilmesi gerektiğini belirtmektedir (10). Çalışmamıza katılan hekimlerin tamamı gebelik süresince en az 4 kez DÖB yapılması gerektiğini ifade etti. Bu bulgu, aile hekimlerinin DÖB izlem sayısı konusundaki bilgi düzeyinin yeterli olduğunu göstermiştir. Son on yıl verileri değerlendirildiğinde en az bir kez

sağlık personelinin (doktor veya hemşire/ebe) DÖB alma oranı TNSA-2003'te %81.1 ve TNSA-2008'de %92 iken bu oran 2013 yılında belirgin bir artış göstererek %97'ye yükselmiştir ve bu kadınların neredeyse tamamına yakınına (%95) doktor tarafından DÖB verilmiştir (19,20,21). Ege bölgesi için beş yıllık dönem içerisinde en son doğumda sağlık personelinin doğum öncesi bakım alma oranları incelendiğinde bu oran TNSA-2003'te 87.8 iken TNSA-2013'te %98.7'ye çıkmıştır. TNSA-2013 verilerine göre Türkiye'de kadınların yüzde 89'u, dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım almışlardır. Bu oran son on yılda belirgin biçimde artış göstermiştir (TNSA-2003 verilerinde % 59.3, TNSA-2008 verilerinde %79.7). Bu verileri de göz önünde bulundurursak İzmir bölgesindeki aile hekimlerinin bu iyileşmeye katkısı olduğunu söyleyebiliriz. Doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılmasının, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasının önlenmesinde daha yararlı ve etkili olduğu bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde ilk izlemin gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde yapılması önerilmektedir (10). Çalışmamızda ilk 14 haftalık süreyi kapsayan yanıtları veren katılımcı oranı %97.8 olarak bulundu. TNSA verilerine bakıldığında dördüncü aydan önce DÖB alma oranı 2003 yılında %57.5 iken, 2013 yılında %90'a yükseldiği görülmektedir. DÖB ortanca başlama zamanı ise TNSA-2013'te 1.7 ay olarak saptanmıştır (19,21). Hekimlerin bu konudaki bilinçli tutumu DÖB hizmet kalitesini artırıcı bir faktör olarak düşünülebilir. Nitekim TNSA-2013 sonuçları TNSA-2008 ile karşılaştırıldığında, sadece doğum öncesi bakım alan kadınların sayısının artmadığını, aynı zamanda kadınların doğum öncesi bakımın erken dönemde yapılmasının önemini daha fazla farkında olduklarını göstermektedir (20,21). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde gebeliğin ikinci izleminin 18-24. haftalarda (tercihen 20-22. haftalar) arasında yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (10). Bu haftaları kapsayan yanıtların verilme oranı %81.8 olarak saptandı. Benzer şekilde 30-32. haftalar arası yapılması istenen üçüncü izlem ve 36-38. haftalar arası yapılması istenen dördüncü izlemin belirtilen haftaları kapsayan yanıt oranları sırasıyla %56.4 ve %71.6'dır. Gebelikte ilk izlem ve ikinci izlem zamanının bilinme oranı yüksekken, üçüncü ve dördüncü izlem zamanı ile ilgili sorulara verilen doğru yanıt oranındaki düşüş ikinci izlemden sonraki izlemlerin

sıklıkla ikinci veya üçüncü basamakta Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından yapılması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Gebeliğin tespiti sonrası gebe kadından alınacak son adet tarihi (SAT) bilgisi ile tahmini doğum tarihi hesaplanmalı ve bu hesaplama üzerinden izlem planlanmalıdır. Hesaplama için Naegele formülü kullanılır (10). Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %94.2'si Naegele formülünü doğru olarak bildi. Gebe son adet tarihini bilmiyorsa ilk gebelik testi tarihi, gebelikten ilk şüphelendiği tarih, fetus hareketlerinin ilk hissedildiği tarih, üremeye yardımcı teknik ile gebe kalmışsa embriyo transfer tarihi sorgulanarak alınan bilgilerle tahmini doğum tarihi hesaplanabilir (10). Çalışmamızda aile hekimlerinin Naegele formülü dışındaki yöntemler hakkında ortalama bir bilgiye sahip olduğunu saptadık. Bunun nedeni olarak gebelerin büyük kısmının son adet tarihini biliyor olmaları ve son adet tarihini hatırlamayan kadınlara ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından gebeliğin erken dönemlerinde yapılan ultrasonografi ile tahmini fetal yaşın ve tahmini doğum tarihinin hesaplanması nedeniyle aile hekimlerinin diğer yöntemlere ihtiyaç duymamaları gösterilebilir.

Katılımcılar gebenin fizik muayenesinde bakılması gerekenler sorusuna yüksek oranda doğru cevap verdi. Muayene ile ilgili sorulara ilişkin katılımcıların sadece %40'ı uterus büyüklüğünün vajinal muayene ile değerlendirilmesinin gebenin fizik muayenesinin bir parçası olması gerektiğini belirtti. TNSA-2003 verilerinde izlemleri süresince gebelerin yalnızca %33.5'ine vajinal muayene yapıldığı saptanmıştır (19). Benzer şekilde Omaç ve arkadaşları tarafından Haziran 2004-2005 tarihleri arasında Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada DÖB izlemi sırasında gebelerin %5.8'ine vajinal muayene yapıldığı saptanmıştır (29). Bu verilere bakıldığında gebelere vajinal muayene yapma oranının düşük olduğu izlenmektedir. Bu düşüklüğün nedeninin çoğu gebenin vajinal muayene yaptırmak istememesi nedeniyle hekimin bu muayene yöntemini kullanmaması olabileceği düşünülmüştür.

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği ve Institute of Medicine tarafından VKI normal olan gebelerde gebelik süresince 12-16 kg alınmasının uygun olduğunu belirtmektedir (30). VKI normal olan gebelerde gebelikte alınması gereken kilo hekimlere sorulduğunda cevaplar daha çok 10-12 kg (%28.3) ve 12-16 kg (%64.1) sıklıkları arasında dağıldı. 2013 yılında İzmir'de yapılan bir çalışmada DÖB izlemi

sırasında gebelerin %48.4'üne gestasyonel kilo alımı önerilerinde bulunulduğu ve öneride bulunulan gebelerin %19.3'üne uygun gestasyonel kilo alımı önerisinde bulunulduğu saptanmıştır (31). Gebelikte uygun kilo alımı için aile hekimlerinin dörtte birinin 10-12 kg alınmasını önermesinin nedeni tıp eğitimi süresince gebelikte ortalama 12 kg alınması gerektiği bilgisinin verilmesi ve daha fazla kilonun anne-bebek sağlığı için uygun olmayacağı düşüncesi ile 12 kilonun üst sınır olarak değerlendirilmesi olabilir.

Katılımcılara sorulan "Fetal kalp sesleri fetal doppler ile ne zaman duyulabilir?" sorusuna katılımcıların yarısından daha azı doğru cevap verirken, tamamına yakını normal fetal kalp atım hızını doğru bildi. TNSA-2003 verilerine göre Ege bölgesinde gebelerin %96.1'inde DÖB sırasında bebeğin kalp atışları dinlenmiştir (19). Aydın ilinde 2006 yılında yapılan bir çalışmada da kentsel alanda gebelerin %95.3'ünde kırsal alanda gebelerin % 91.9'unda DÖB izlemi sırasında fetal kalp atımı dinlendiği saptanmıştır (32). Fetal kalp atımı dinleme oranları bu kadar yüksek olduğu halde fetal kalp atımının fetal el doppleri ile duyulma zamanının bilinirliğinin düşük olmasının nedeninin tespiti için ek çalışmalar yapılabilir.

Birinci basamakta bakılması gereken laboratuvar tetkikleri sorgulandığında aile hekimlerinin tamamına yakını birinci basamakta idrar tahlili, kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü, kan grubu tayini, HbSAg ve TSH bakılması gerektiğini belirtti. Anti Rubella IgG, Anti Rubella IgM, HbA1c, toxoplazma, sitomegalovirüs ve parvovirüs tetkikleri için işaretlenme oranındaki düşüklüğün bu tetkiklerin birinci basamakta yapılamaması olduğu düşünülmektedir. Aile hekimlerinin onda birinden azı gebelere Pap smear testi yapılması gerektiğini belirtti, bu da yine gebelerin vajinal muayene yaptırmak istememesi ile ilişkili olabilir.

Gebelikte anomali taramasına ilişkin sorulara verilen yanıtlarda da aile hekimlerini pratikte sıklıkla uygulamadıkları testlerin sonuçlarıyla ilgili farklı yanıtları tercih ettiği görüldü. Katılımcıların çoğunluğu ikili ve üçlü test hangi gebelik haftalarında yapılacağına yüksek oranda doğru cevap vermiş olsalar da (sırasıyla %90.2; %79.6) testlerin yorumlanması konusunda yanıtların farklı seçeneklere dağıldığı görüldü. Anomali taramalarının yapılması gereken zamana doğru yanıt veren aile hekimlerinin takip ettikleri gebe sayısı doğru yanıt vermeyenlere göre daha fazla olduğu saptandı. Bu da nitelikli gebe takibi

verilmesinde hekimin deneyimin de büyük bir payı olduğunu göstermektedir. “İkili testte hangi değerin üzerine invaziv tanı yöntemi önerilir?” sorusuna hekimlerin yarısından azı doğru yanıt verdi, dördte biri ise bu soruyu “Fikrim yok” olarak yanıtladı. Bu soruya doğru yanıt veren hekimler ile vermeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Doğru yanıt verme oranındaki düşüklüğün nedeninin ikili test sonucunun sıklıkla kadın doğum hekimleri tarafından değerlendirilmesi olarak düşünülebilir. Yine bu durum birinci basamak ile üst basamak kurumlar arasında koordinasyon eksikliğini göstermektedir. Aile hekimlerine ayrıntılı fetal ultrasonografinin bileşenleri ve yapılmasının uygun olduğu zaman sorulduğunda çoğu hekim ayrıntılı fetal ultrasonografide değerlendirilen parametreleri doğru bildi. Ancak ultrasonografinin yapılma zamanına ilişkin doğru yanıt oranı düşüktü (%67.1) İkinci düzey ultrasonografi taraması ile fetüs hem trizomiler için hem de diğer organ patolojileri için ayrıntılı olarak değerlendirilir. Bu tarama perinataloji alanında tecrübeli hekimler tarafından yapılır (22). Katılımcıların aile hekimlerinden oluştuğu düşünüldüğünde bu konudaki bilgi eksiklikleri göz ardı edilebilir olsa da aile hekiminin takip ettiği gebeyi fetal anomalilerin ve nöral tüp defektinin değerlendirilmesi açısından zamanında üst kuruma yönlendirmesi DÖB'nin önemli basamaklarından birisidir.

Aile hekimlerinin çoğunluğu OGTT'nin yapılması gereken gebelik haftalarını doğru olarak bildi. Katılımcıların çoğu 50 gr glukoz ile yapılan OGTT için sınır değerlere doğru yanıt verirken 75 gr ve 100 gr glukoz ile yapılan OGTT için sınır değerlere doğru yanıt verme oranı düşüktü. Birinci basamakta gestasyonel diyabet taramasında çoğunlukla iki aşamalı test kullanılması nedeniyle 50 gr glukoz ile OGTT daha sık yapıldığından bu test için sınır değerlerin bilinirliğinin fazla olduğu, daha az ihtiyaç duyulan ikinci aşama testler için sınır değerlerin bilinirliğinin daha az olduğu düşünülmektedir.

Gebelik öncesi dönemde folik asit desteği başlanması bebekte nöral tüp defekti görülme olasılığını azaltmaktadır. Nöral tüp defekti olasılığını azaltma için tüm gebelere gebelikten en az 2 ay önce günlük 400 mcg folik asit başlanmalı ve gebeliğin ilk 3 ayı boyunca verilmelidir (7). Hekimlerin tamamına yakını folik asit desteğine başlamak için en uygun zamanı doğru bildi. Fakat hekimler kullanılacak doz ve tedavinin ne kadar sürmesi gerektiği konusunda benzer bilgi düzeyine sahip

değildi. Aile hekimlerinin gebelikte demir desteğinin başlanmasıyla ilgili değerlendirmeleri farklılık içermektedir. Demir vermeye başlanacak haftalar konusunda hekimlerin dörtte üçü doğru cevap verirken günlük doz konusunda bilgi eksiklikleri göze çarpmaktadır. Folik asit desteğinden farklı olarak demir desteğinin ne kadar süreyle verileceği konusunda daha yüksek oranda doğru cevap verildi (%88.0). Hekimler folik asit ve demir desteği günlük dozları konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip görünmemektedir.

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi'nde tüm gebelerin ilk izlemde tetanoz toksoidi ile aşılama açısından değerlendirilmesi önerilmektedir. Tetanoz aşılmasının gebeliğin 12. haftasından itibaren yapılabileceği, gebenin geç tespit edilebileceği düşünülürse 4.ayda veya ilk izleminde birinci dozun yapılması uygun olduğu belirtilmektedir. Aşı takvimine uygun olarak diğer dozlar devam edilmesi önerilmektedir (10). Çalışmaya katılan hekimlerin %34.7'si tetanoz aşılmasının 12. gebelik haftasından itibaren, %56.9'u ise 20. gebelik haftasından itibaren yapılabileceğini belirtti. Bu da hekimlerin %91.6'sının tetanoz aşısı yapılma zamanını doğru bildiğini göstermiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin tamamına yakınının gebelikte tehlike işaretlerine ilişkin yanıtları doğrudu. Katılımcı hekimlere gebelerin hangi durumlarda sevk edilmesi gerektiği sorulduğunda büyük çoğunluğu sevk gerektiren durumları doğru olarak bildi.

Aile hekimleri gebenin ilk muayenesinde sorgulanması gereken ve varlığı halinde üst basamakta takip gerektiren durumların büyük çoğunluğunu doğru olarak yanıtladı. Hekimlerin %33.8i bu seçeneklerde yer alan anemi şikkını seçmedi. Anemi birinci basamakta aile hekimlerinin tanı koyabileceği ve genellikle tedavinin birinci basamakta sürdürülebileceği bir hastalık olduğundan hekimler arasında "hayır" cevabını arttırmış olabileceği düşünüldü.

Erken doğum belirtilerinin değerlendirildiği soruya da katılımcıların çoğu doğru olan seçenekleri tercih etti. Aile hekimlerin tamamına yakını doğum sonrası yapılması gereken izlem sayısını doğru bildi. Doğum sonrası ilk izlem zamanı da katılımcıların dörtte üçü tarafından doğru olarak bilindi.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın yalnızca İzmir ili merkez ilçeleri ile sınırlı olması bir kısıtlılıktır. Sorular ana kılavuzlar ve kitaplar temel olarak hazırlanmıştır. Bu açıdan çalışmanın hedeflerinin uygun bir şekilde değerlendirildiğini söyleyebiliriz. Benzer örneklem grubu ve anket sorularıyla yapılan başka bir çalışma olmadığı için çalışmamızı Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi ve literatürde yer alan DÖB izlemine yönelik diğer öneriler ile karşılaştırdık. Aile hekimliğindeki hizmet kalitesinin artırılması ve mezuniyet sonrası eğitime dikkat çekmesi açısından çalışmamızın önemli olduğunu düşünüyoruz. Çalışmamız ile aile hekimlerinin gebe

takibi hakkındaki bilgi düzeyi hakkındaki değerlendirme sunulmuştur. Hekimlerin bilgi düzeyini etkileyen nedenlerin belirlenmesi için aile hekimlerinin çalışma koşullarını, gebe takibi konusundaki davranışlarını ve yardımcı sağlık personelinin gebe takibindeki rolünün irdelendiği daha ileri çalışmalar yapılabilir. Birinci basamakta verilen doğum öncesi bakım hizmetinin niteliğinin değerlendirilmesi ve daha kaliteli doğum öncesi bakım hizmeti sağlanması için daha fazla çalışması yapılması gereklidir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmamızda aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberinde yer alan önerilere ve bilgilere hakim olduğu, ancak literatürdeki diğer bilgiler konusunda eksiklikleri olduğu saptanmıştır. Takip edilen gebe sayısı daha fazla olan hekimlerin sorulara doğru yanıt verme oranı daha yüksektir bu da uygulama pratiğinde bilgiye olan ihtiyacın artması ile öğrenmeye duyulan ihtiyacın ve bilginin kalıcılığının arttığını bize gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Gebe takibi konusunda verilecek hizmet içi eğitimler ile aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının konu hakkındaki bilgilerini gözden geçirmesi, eski bilgilerin yenilenmesi ve eksik bilgilerin tamamlanması sağlanabilir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının uygulanmakta olan doğum öncesi bakımı izlemleri konusundaki görüşleri alınarak niteliğin artırılmasına yönelik uygulamalar yapılabilir.

Çalışmamızda birinci basamakta yapılması mümkün olmayan ve üst basamak birimler ile koordinasyon gerektiren tetkik ve muayeneler konusunda bilgi eksiliği göze çarpmaktadır. Bunu azaltmak için gebenin takibinde tüm basamakların birbiri ile koordineli çalışması ve gebenin takibi sürecinde basamaklar arası iletişim sağlanması ile bu eksikliğin giderilebileceği düşünülmektedir.

İZMİR MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ'NDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA GEBE TAKİBİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Amaç:

Dünyada her gün 800 kadın gebelik veya doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle kaybedilmektedir ve bu ölümlerin hemen hemen hepsi önlenebilir ölümlerdir. Tüm kadınların gebelikleri boyunca yeterli doğum öncesi bakım (DÖB) alması sağlanarak anne ve bebek ölümleri azaltılabilir. Çalışmamızda İzmir merkezindeki Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışmakta olan aile hekimlerinin gebe takibi konusundaki bilgi düzeyinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem:

Çalışmaya Ağustos-Kasım 2014 tarihleri arasında İzmir il merkezinde aile hekimi olarak görev yapmakta olan hekimler dahil edildi. Araştırmacılar

tarafından ilgili literatür esas alınarak hazırlanan sorulardan oluşturulan veri toplama formu yüz yüze görüşme yöntemi ile katılımcılara uygulandı. Tanımlayıcı analizlerde yüzde (sayı), ortalama±standart sapma (minimum – maksimum değer) ve ortanca; gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi ve Mann Whitney-U testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ alındı.

Bulgular:

Katılımcıların (n:225) yaş ortalaması 47.76 ± 5.96 (32-65) yıl olup, %34.2'sini (n:77) kadınlar oluşturmaktaydı. Çalışmaya katılan hekimlerin %19.1'inin (n:43) Aile Hekimliği Uzmanı olduğu saptandı. Katılımcıların tamamına yakını azami doğum öncesi ve doğum sonrası bakım sayısını ve süresini bilmekteydi. Birinci basamakta yapılan tetkik ve muayeneler konusunda katılımcıların çoğunluğu bilgi sahibiyken, üst basamakta yapılan tetkikler konusunda bilgi düzeyi daha düşük saptandı. Sorulara doğru yanıt veren hekimlerin takip ettikleri gebe sayısı daha fazlaydı ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Sonuç:

Hizmet içi eğitimler ile aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının doğum öncesi bakım hakkındaki bilgilerini gözden geçirmesi, eski bilgilerini yenilenmesi ve eksik bilgilerini tamamlaması sağlanabilir. Gebe takibinde tüm basamakların birbiri ile koordineli çalışması ve gebenin takibi sürecinde basamaklar arası iletişim sağlanması ile doğum öncesi bakımın niteliğinin arttırmasına katkı sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, Birinci Basamak, Doğum Öncesi Bakım

DETERMINING KNOWLEDGE OF FAMILY PHYSICIANS, WORKING AT THE FAMILY MEDICINE CENTERS AT THE CENTER OF THE İZMİR, ABOUT FOLLOWING-UP PREGNANT WOMEN IN PRIMARY CARE

SUMMARY

Background and aim

About 800 women die from pregnancy or childbirth-related complications around the world every day. Almost all of these deaths could have been prevented by providing skilled care to pregnant women during pregnancy. In our study, we aimed to determine family physicians' knowledge of essentials of prenatal care, practicing at Family Medicine Centers in İzmir.

Material and method

Our research included FPs who practice in İzmir between August-November 2104. Information obtained via questionnaire prepared by researchers based on

current guidelines. Descriptive statistics are given as mean±standart deviation and percentage. Student t-tests, Mann Whitney-U tests and Chi-square tests were used to compare groups. P value <0.05 was taken as significant.

Results

Mean age of the respondents (n:225) ranged from 32-65 years old and mean age was 47.76±5.96. 34.2% (n:77) of physicians were women and 19.1% (n:43) were family medicine specialists. Almost all respondents knew number and timing of prenatal and postnatal care visits. While most physicians had sufficient knowledge on examination and tests that can be done in primary care, they had less knowledge on tests which only can be done in higher level of care. Physicians who had more right answers also had been following-up more pregnant women and statistically significant difference was found.

Conclusions

Continuing medical education and training programmes may help family physicians to review, update and fulfill their knowledge. Coordinated working and maintaining connection between primary care and higher levels of care may provide more qualified prenatal care.

Key words: Family Physician, Prenatal Care, Primary Care

KAYNAKLAR

- 1- DSÖ. Maternal mortality. Fact sheet N°348 May 2014. Erişim yeri: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
Erişim tarihi:26/02/2015
- 2- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICONINSTITUT Public Sector GMBH ve BNB Danışmanlık Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2005.
- 3- TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013.

- 4- Akın A, Özvarış ŞB. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde: Bertan M, Güler Ç, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. baskı. Ankara: Güneş Kitapevi; 1997
- 5- Özvarış ŞB, Akın A. "Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma" (1998). Erişim yeri: http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf Erişim tarihi:26/02/2015
- 6- Coria-soto IL, Bobadilla JL, Notzon F. The effectiveness of antenatal care in preventing intrauterine growth retardation and low birth weight due to preterm delivery. *Int J Qual Health Care* 1996;8:13-20.
- 7- Sağlık Bakanlığı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, (2006) Ankara.
- 8- Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Bursa: Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayınları;1993.
- 9- Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. İzmir’de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011;9(1):1-15.
- 10- SB AÇSAP Genel Müdürlüğü - T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2009) Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti. Ankara 2009.
- 11- DSÖ gebelik tanımı. Erişim yeri: <http://www.who.int/topics/pregnancy/en/> Erişim tarihi:10.03.2015
- 12- Decherney A. et al. Current Diagnosis And Treatment Serisi Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Tıraş B (Çeviren) 10. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2010:187-202
- 13- Cunningham FG. et al. Williams Obstetrics 23rd Edition McGraw Hill. New York. 2010:107-135
- 14- Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Güneş Kitabevi, 2004:187-196
- 15- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, 2007:45-48

- 16- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık. 2010. Ankara
- 17- Antenatal care in developing countries promises, achievements and opportunities, an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. WHO,UNICEF,2003. Erişim Adresi: http://www.childinfo.org/files/antenatal_care.pdf Erişim Tarihi: 05.03.2015
- 18- Yıldızoğlu İ, Ökten Ş. Gebelerin DÖB Hizmetlerinden yaralanma durumları. Hemşirelik Forumu Dergisi 2001; 4 (6):51-55.
- 19- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Erişim adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf Erişim tarihi:10.03.2015
- 20- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Erişim Adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf Erişim tarihi:10.03.2015
- 21- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Erişim Adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim tarihi:10.03.2015
- 22- Arslan T, Yiğiter AB. Gebelik Takibinde Güncel Yaklaşımlar. Turkish Family Phycian 2012;3(2):1-13
- 23- T.C. Sağlık Bakanlığı Gebelerde Demir Destek Programı Rehberi. Erişim yeri: www.saglik.gov.tr/EN/dosya/.../gebelerde-demir-destek-yeni--rehber.doc Erişim tarihi:25.03.2015
- 24- T.C Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, Ankara, 2008. Erişim yeri: <http://www.saglik.gov.tr/SHGM/belge/1-3929/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi.html> Erişim tarihi:31.03.2015
- 25- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Ankara, 2013.

- 26- Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. Aile Doktorları için Kurs Notları Birinci Aşama. Ankara, 2004.
- 27- Selçuk E, Karataş B, Eray İ. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişim süreci. Bozok Tıp Derg 2011;3:23-8.
- 28- T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete Sayı: 28539, Resmi Gazete tarihi:25.01.2013
- 29- Omaç M. ve ark. Arapgir Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). Fırat Tıp Dergisi 14.2 (2009): 115-119.
- 30- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion:Weight Gain During Pregnancy Number 548, January 2013. Erişim yeri: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Weight-Gain-During-Pregnancy>
Erişim tarihi: 15.03.2015
- 31- Daşıkın, Z. Gebelikte Kilo Alımı: Gebe Kadınlar Prenatal Bakımda Doğru Kilo Alım Önerisi Alıyor mu?(Ödemiş/İzmir). Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics, 2015, 25.1: 32-38
- 32- ERGIN F, AKSU H, DEMİRÖZ H.. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 2010, 13.4.

EK-1

“İZMİR MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA GEBE TAKİBİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ” KONULU ARAŞTIRMA ANKET FORMU

Değerli katılımcı,

Danışmanlığı Yrd.Doç.Dr. Hüseyin CAN tarafından yapılan ve Dr. Zeynep AY'ın uzmanlık tez konusu olarak belirlenen bu araştırmanın amacı, aile hekimlerinin birinci basamakta gebe takibi hakkındaki bilgi düzeyinin belirlenmesidir. Araştırmaya katılımda gönüllülük esası mevcuttur. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda, doğru sonuçlara ulaşılabilmesi için soruları eksiksiz ve kendinizi en iyi yansıtacak şekilde cevaplandırmanız önemlidir. Kimliğinizle ilgili herhangi bir bilgi istenmemektedir. Sorulara vereceğiniz tüm cevaplar ve bilgiler gizli kalacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Katılımcı No:

Tarih:

GENEL BİLGİLER

1-Doğum yılı.....

2-Cinsiyet () Kadın ()Erkek

3-Medeni durum () Evli () Bekar () Boşanmış/Dul

4-Mezun olunan üniversite.....

- 5-Varsa uzmanlık durumu () Aile Hekimliği () Diğer uzmanlık alanları
6-Fiilen hekimlik yapılan süre.....yıl
7-Aile hekimi olarak çalışılan süre.....yıl
8-Hekime bağlı olan nüfus sayısı.....
9-15-49 yaş arası kadın nüfusu.....
10-Günlük ortalama çalışma süresisaat
11-Günlük takip edilen/muayene edilen hasta sayısı
12-Takip edilen gebe sayısı.....
13-Gebe takibine ayrılan süre.....dakika

BİRİNCİ BASAMAKTA GEBE TAKİBİ

- 14-Gebelik süresince en az kaç izlem yapılmalıdır?
- 15-İlk gebelik izlemi ne zaman yapılmalıdır?
() İlk 8 hafta içinde () İlk 12 hafta içinde () İlk 14 hafta içinde
() İlk 18 hafta içinde () Fikrim yok () Diğer.....
- 16-İkinci izlem hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?
() 12-16 haftalar arası () 18-24 haftalar arası
() 26-30 haftalar arası () 32-36 haftalar arası
() Fikrim yok () Diğer.....
- 17-Üçüncü izlem hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?
() 22-24 haftalar arası () 26-28 haftalar arası
() 30-32 haftalar arası () 34-36 haftalar arası
() Fikrim yok () Diğer.....
- 18-Dördüncü izlem hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?
() 24-26 haftalar arası () 28-30 haftalar arası
() 32-34 haftalar arası () 36-38 haftalar arası
() Fikrim yok () Diğer.....
- 19-Tahmini doğum tarihi nasıl hesaplanır?
() Son adet tarihine 9 ay eklenir
() Son adet tarihine 40 hafta eklenir
() Son adet tarihine 7 gün eklenip 3 ay geri gidilir
() Son adet tarihinden 7gün çıkarılıp 3 ay eklenir
() Diğer.....
- 20-Hasta son adet tarihi (SAT)ni bilmiyorsa ne sorgulanır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
() İlk gebelik testi tarihi
() Gebelikten ilk şüphelendiği tarih
() Fetus hareketlerinin ilk hissedildiği tarih
() Üremeye Yardımcı Tedavi gebeliği ise embriyo transfer tarihi
() Diğer.....
- 21- Gebenin fizik muayenesinde aşağıdakilerden hangilerine bakılmalıdır?
() Boy ve kilo
() Kan basıncı
() Nabız
() Anemi bulguları
() Pretibial ödem
() Göğüs ve kalp oskültasyonu
() Uterus büyüklüğü için vajinal muayene
() Diğer.....

22-Vücut Kitle İndeksi normal olan sağlıklı bir gebelikte alınması gereken normal kilo nedir?
() 6-10 kg () 12-16 kg () 18-22 kg () Diğer.....

23-Fetus kalp sesleri fetal el doppleri ile ne zaman duyulur?
() 6-8 hafta () 10-12 hafta () 14-16 hafta () 18-20hafta
() Fikrim yok () Diğer.....

24-Normal fetal kalp atım hızı dakikada kaç atım olmalıdır?
() 40-79 atım/dk () 80-119 atım/dk () 120-159 atım/dk
() 160-199 atım/dk () Fikrim yok () Diğer.....

25-Tüm gebelere birinci basamakta bakılması gereken laboratuvar tahlilleri hangileridir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
() İdrar tahlili
() Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü
() Kan grubu tayini
() HBsAg
() TSH
() Anti RubellalgG ve Anti RubellalgM
() Toxoplazma, Sitomegalovirus ve Parvovirus için tarama
() HbA1c
() Papsmear Testi
() Diğer.....

26-İkili test hangi gebelik haftaları arasında yapılmalıdır?
() 11-14 haftalar arası () 15-18 haftalar arası
() 19-23 haftalar arası () 24-25 haftalar arası
() Fikrim yok () Diğer.....

27-İkili testte Trizomi 21 riski hangi değer üzerinde olduğunda invaziv tanı yöntemleri önerilir?
() 1:300 () 1:600 () 1:900 () 1:1000
() Fikrim yok () Diğer.....

28-Üçlü test hangi gebelik haftalarında yapılır?
() 12-14 haftalar arası () 16-18 haftalar arası
() 20-22 haftalar arası () 24-26 haftalar arası
() Fikrim yok () Diğer.....

29-Hangi gebelere üçlü test yapılması uygundur?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
() Tüm gebelere () İkili testini yaptıramamış gebelere
() Primiparlara () Multiparlara
() Fikrim yok () Diğer.....

30-Oral glukoz tolerans testi (OGTT) hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?
() 14-18 haftalar arası () 19-23 haftalar arası
() 24-28 haftalar arası () 29-33 haftalar arası
() Fikrim yok () Diğer.....

31-50 gr glukoz ile yapılan OGTT'de 1. Saat glukoz için sınır değeri nedir?
() 100 mg/dl () 120 mg/dl () 140 mg/dl () 160 mg/dl () 180 mg/dl

32- 100 gr glukoz ile yapılan OGTT'de normal sınır değerleri nelerdir?
Açlık () 75 mg/dl () 85mg/dl () 95mg/dl () 105mg/dl ()
115mg/dl

1. saat () 150mg/dl () 168mg/dl () 170mg/dl () 180mg/dl ()
200mg/dl
2. saat () 125mg/dl () 135mg/dl () 145mg/dl () 155mg/dl ()
165mg/dl
3. saat () 90mg/dl () 100mg/dl () 110mg/dl () 120mg/dl ()
140mg/dl

33-75 gr glukoz ile yapılan OGTT'de normal sınır değerleri nelerdir?

- Açlık () <82mg/dl () <92mg/dl () <102mg/dl () <112mg/dl () <122mg/dl
1. saat () <140mg/dl () <150mg/dl () <160mg/dl () <170mg/dl () <180mg/dl
2. saat () <133mg/dl () <143mg/dl () <153mg/dl () <163mg/dl () <173mg/dl

34-Temel obstetrikUSGde hangi değerlere bakılır?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- () Fetus sayısı
() Fetal kalp atımı
() Fetalbiyometrik ölçümler
() Plasenta lokalizasyonu
() Overlerin lokalizasyonu
() Overlerin yapısı
() Amniyotik sıvı miktarı
() Endoservikal uzunluk
() Diğer.....

35-Ayrıntılı fetal ultrasonografi (2. Düzey USG) hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?

- () 14-19 haftalar arası () 18-23 haftalar arası
() 24-29 haftalar arası () 30-35 haftalar arası
() Fikrim yok () Diğer.....

36-Folik asit desteğine başlamak için en uygun zaman hangisidir?

- () Gebelikten 3 ay önce () Gebelik tespit edildiğinde
() 16. Gebelik haftasında () Son trimesterde
() Doğumdan sonra () Diğer.....

37-Folik asit desteği için verilmesi gereken günlük doz kaç mcg olmalıdır?

- () 200 mcg () 400mcg () 600mcg () 800mcg () 1000mcg
() Fikrim yok

38-Sağlıklı bir gebeyefolik asit desteği ne zamana kadar verilmelidir?

- () Gebelik tespit edilene kadar () İlk trimester boyunca
() Gebelik boyunca () Gebelikten 3 ay sonrasına kadar
() Fikrim yok () Diğer.....

39-Gebelikte demir desteği ne zaman başlanmalıdır?

- () Gebelikten 3 ay önce () Gebelik tespit edildiğinde
() 16. Gebelik haftasında () Son trimesterde
() Doğumdan sonra () Diğer.....

40-Klinik anemisi olmayan gebelere demir desteği için verilmesi gereken demir kaç mg/gün olmalıdır?

- () 20-40mg/gün () 40-60mg/gün () 60-80mg/gün
() 80-100mg/gün () Fikrim yok () Diğer.....

41-Demir desteği ne kadar süre verilmelidir?

- () 1 ay boyunca () İlk trimester boyunca

- Gebelikten 3 ay sonrasına kadar Gebelik boyunca
 Fikrim yok Diğer.....

42-Rubella aşısı ne zaman yapılmalıdır?

- Gebelikten en az 1 ay önce Gebelik tespit edildiğinde
 16. Gebelik haftasında Son trimesterde
 Fikrim yok Diğer.....

43-Tetanoz aşısı ilk dozu hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?

12. Haftadan itibaren 20. Haftadan itibaren
 28. Haftadan itibaren 32. Haftadan itibaren
 Fikrim yok Diğer.....

44-Gebelikte tehlike işaretleri nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Vajinal kanama
 Kasılma nöbeti
 Baş ağrısı ile beraber görmede bulanıklık
 Yüksek ateş
 Karın ağrısı
 Solunum güçlüğü veya sık solunum
 Yüz parmak ve bacaklarda şişme
 Fetus hareketlerinin hissedilmemesi
 Günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi
 Suların gelmesi
 Diğer.....

45-Gebeler hangi durumda sevk edilmelidir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması
 Kanama ve lekelenme olması
 Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon (140/90 mmHg üzerinde olması, başlangıç tansiyonunun sistolik 30 veya diastolik 15 mmHg'dan daha fazla yükselmesi) ve/veya proteinüri
 Uterus yüksekliği değerlendirildiğinde beklenen haftayla uyumlu olmaması (büyük veya küçük)
 Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması
 Tedaviye rağmen gebede saptanan bakteriürinin devam ediyor olması
 Tehlike işaretlerinin varlığı
 Gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların varlığı (Kalp hastalığı, Böbrek hastalığı, Diyabet vb.)
 Diğer.....

46-Erken doğum belirtileri nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Rahim kasılmalarının düzenli kuvvetli gelmesi
 Memeden süt gelmeye başlaması
 Rahim kasılmalarına kanamanın eşlik etmesi
 Nişan gelmesi
 Diğer.....

47-Birinci basamakta en az kaç doğum sonu bakımı yapılmalıdır?

- 1 2 3 4 5

48-Birinci basamakta doğum sonu bakımı ilk kez ne zaman yapılmalıdır?

- Doğum sonrası ilk gün Doğum sonrası 2-5 günler arası
 Doğumdan 1 hafta sonra Doğumdan 40 gün sonra

() Fikrim yok

() Diğer.....

49-Gebenin ilk muayenesinde sorgulanması gereken ve varlığı halinde üst basamakta takip gerektiren durumlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- () Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yeni doğan kaybı
- () 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü
- () Erken doğum öyküsü (22-37 haftalar arası)
- () Anomalili bebek doğurma öyküsü
- () Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g
- () Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g
- () Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsinedeniyle hastaneye yatış
- () Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon
- () Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik
- () 18 yaşından genç
- () 35 yaş ve üstü
- () Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu
- () Vajinal kanama
- () Pelvik kitle
- () Diastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olması
- () Anemi öyküsü
- () İnsülin bağımlı diyabet hastası
- () Renal hastalık
- () Kardiyovasküler hastalık
- () Tiroid hastalığı
- () Talasemi taşıyıcılığı
- () Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı
- () Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum
- () Diğer.....

EK-2

RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

Bu risk değerlendirme formu “yüksek riskli gebeleri” saptamak için kullanılır; tüm gebelere uygulanır. Bu form uzman görüşü alınarak izlem sayısı ve izlemin nerede, nasıl yapılacağı konusunda karar verilmesi içindir. Risk değerlendirme formu sevk kriterlerinin bir parçasıdır. Bunlardan herhangi biri olmayan gebede de gebelik süresi içerisinde sevk gerektiren bir komplikasyon yaşanabilir.

Hastanın Adı:

Klinik Kayıt Numarası:

Adres:

Telefon:

TC Kimlik Numarası:

Aşağıdaki tüm soruları karşılık gelen kutuyu işaretleyerek cevaplandırınız.

OBSTETRİK ÖYKÜ

	Hayır	Evete
1. Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yeni doğan kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Erken doğum öyküsü (22-37 hf. arası)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anomalili bebek doğurma öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış
8. Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon? (Miyomektomi, septum ameliyatı, konizasyon, klasik CS servikal serklaj)

MEVCUT GEBELİK

- | | Hayır | Evet |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 18 yaşından genç | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 35 yaş ve üstü | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Vajinal kanama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Pelvik kitle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Diastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olması | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Anemi öyküsü | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GENEL TIBBİ ÖYKÜSÜ

- | | Hayır | Evet |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 17. İnsülin bağımlı diyabet hastası | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Renal hastalık | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Kardiyovasküler hastalık | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Tiroid hastalığı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Talasemi taşıyıcılığı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Yapılan muayene sonucuna göre tespit edilen riskli durum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....

Her izlem sonrasında Risk Değerlendirme Formu tekrar gözden geçirilmelidir. Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka Kadın-Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem