

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMİREL KANAKALIM DALI

**ANLIURFA KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
HASTANESİNE BAŞVURAN GEBELERDE
ANEM SIKLIĞI VE İLK KİLİT FAKTÖRLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FERAY KABALCIOĞLU

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. FÜGEN ÖZCANARSLAN

ANLIURFA
2014

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMİREL KANABİLİM DALI

**ANLIURFA KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
HASTANESİNE BAĞLI GEBELERDE
ANEM GÖRÜLME SIKLIĞI VE İLK
FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FERAY KABALCIOĞLU

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. FÜGEN ÖZCANARSLAN

ANLIURFA
2014

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Feray KABALCIOĞLU'nun hazırladığı "Şanlıurfa Kadın Hastahkları Ve Doğum Hastanesine Başvuran Gebelerde Anemi Görülme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler" konulu çalışma, 29 / 04 / 2014 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek, Hemşirelik Anabilim Dalı'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN
Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik AD
BAŞKAN – (DANIŞMAN)



Doç. Dr. Nürten AKSOY
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Biyokimya AD
ÜYE

Yard. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN
Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik AD
ÜYE



29 / 04 / 2014
Prof. Dr. Nürten AKSOY
Enstitü Müdürü

TE EKKÜR

Yüksek Lisans eğitim süresince yeti memde büyük katkıları olan, bu tezin planlanması, yürütülmesi ve sunuma hazırlanması amacıyla bilgi ve deneyimlerinden faydalandığı, tez danışmanı, yürüten değerli hocam Doç. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN'a;

Eğitim süresince bilgi, deneyim ve tecrübelerinden faydalandığı, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik bölümünden değerli hocalarımla Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN ve Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL'a;

Tezin istatistiksel analizinin yürütülmesindeki yardımlarından dolayı, Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatma ERS N'e;

Tezin veri toplama sürecinde yardımlarını, esirgemeyen, her zaman bana cesaret veren ve her zaman yanımda olan değerli arkadaşım Hemşire Hatice AYDIN'a;

Veri toplama sürecinde veri toplama formunda olan sorularıma içtenlikle yanıtlı veren değerli gebelere;

Son olarak da desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen günlere gelmemde büyük role sahip ne yaparsam yapayım haklarını, asla ödeyemeyeceğim değerli aileme;

Sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

Saygılarımla

Feray KABALCIO LU

Mart 2014 ANLIURFA

2.7.4.5. Transferrin Satürasyonu	16
2.7.4.6. Serum Ferritin Düzeyi	16
2.7.4.7. Serum Transferrin Reseptörü	17
2.7.4.8. Protoporfirin	17
2.7.4.9. Eritrosit İndeksleri	17
2.8. Demir Eksikliği Anemisinin Tedavisi	19
2.8.1. Oral Demir Tedavisi	20
2.8.2. Parenteral Demir Tedavisi	21
2.9. Gebelerde Aneminin Önlenmesinde Ebe / Hemşirenin Rolü	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Amacı	30
3.2. Araştırmanın Yapı, Yeri ve Tarihi	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	31
3.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri	31
3.4. Verilerin Toplanması	31
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması ve Uygulanması	31
3.4.2. Laboratuvar Sonuçlarının Toplanması	31
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	32
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	64
7. KAYNAKLAR	68
Ek 1. Veri Toplama Formu	94
Ek 2. Hastane Ziyaret Yazması	101
Ek 3. Etik Kurul Ziyaret Yazması	102

KISALTMALAR D Z N

ACOG	: American College of Obstetrics and Gynecology
ASM	: Aile Sa l, , Merkezi
CDC	: Hastal,k Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers For Disease Control and Prevention)
DEA	: Demir Eksikli i Anemisi
DÖB	: Do um Öncesi Bak,m
DSÖ	: Dünya Sa l,k Örgütü
Hb	: Hemoglobin
Hct	: Hematokrit
IM	: ntramüsküler
INACG	: International Nutritional Anemia Consultative Group
IV	: ntravenöz
MCH	: Ortalama Eritrosit Hemoglobini (Mean Corpuscular Hemoglobin)
MCHC	: Eritrositteki Ortalama Hemoglobin Konsantrasyonu (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration)
MCV (OEH)	: Ortalama Eritrosit Hacmi (Mean Corpuscular Volüme)
NST	: Nonstres Testi
RDW	: Eritrositlerin Büyüklüklerine Göre Da l,m Geni li i (Red cell Distrubition Width)
SPSS	: Statistical Package for The Social Sciences
TDBK	: Toplam Demir Ba lama Kapasitesi
TNSA	: Türkiye Nüfus Sa l,k Ara t,rmas,
UNICEF	: United Nations Children's Fund
USAID	: According to the United States Agency for International Developmen
USG	: Ultrasonografi

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Aneminin Halk Sağlığı Sorunu Olarak Değerlendirilmesi.....	5
Tablo 2. Gebelikte Anemi Nedenleri	7
Tablo 3. Gebelikte Normal Demir Göstergeleri	19
Tablo 4. Gebelik Değerlendirme Basamakları,	25
Tablo 5. Gebelerde Demir Destek Programı Akademi Çizelgesi	27
Tablo 6. Gebelerin Sosyodemografik Bilgileri	33
Tablo 7. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri	34
Tablo 8. Gebelerin İndiki Gebelik Özellikleri	35
Tablo 9. Gebelerin Sağlık Durumuna Göre Dağılımı,	36
Tablo 10. Gebelerin Genel Sağlık Aile Kanlıklarına Göre Dağılımı,	37
Tablo 11. Gebelerin Anemi Tanımlanma Durumları,	38
Tablo 12. Gebelerin Demir Preparat Kullanma Durumları,	39
Tablo 13. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Anemi Dağılımı,	40
Tablo 14. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Anemi Dağılımı,	41
Tablo 15. Gebelerin İndiki Gebelik Özelliklerine Göre Anemi Dağılımı,	42
Tablo 16. Gebelerin Sağlık Durumuna Göre Anemi Dağılımı,	43
Tablo 17. Gebelerin Aile Kanlıklarına Göre Anemi Dağılımı,.....	45
Tablo 18. Gebelerde Anemi Sıklığını Etkileyen Sağlık Aile Kanlıklarına Ait Değişkenin Regresyon Analizi	46

GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa No
Grafik 1. Gebelik Boyunca Kan Volümü Değişiklikleri	4

ÖZET

ANLIURFA KADIN HASTALIKLARI VE DO UM HASTANES NE BA VURAN GEBELERDE ANEM GÖRÜLME SIKLI I VE L K L FAKTÖRLER

Hem irelik Anabilim Dal, Yüksek Lisans Tezi

FERAY KABALCIO LU

Bu ara t,rma anl,urfa ilinde anl,urfa Kad,n Hastal,klar, ve Do um Hastanesi do um poliklini ine ba vuran gebelerde anemisi görülme s,kl, , ve aras,ndaki ili kili faktörlerin saptanmas, amac,yla kesitsel olarak planlanm, t,r. Ara t,rman,n örneklemini Ocak - Mart 2013 tarihleri aras,nda hastane polikliniklerine do um öncesi bak,m hizmeti almak üzere ba vuran 14. Gebelik haftas,n, tamamlayan ve ara t,rmaya kat,lmay, kabul eden 873 gebe olu turmu tur.

Ara t,rman,n sosyo - demografik ve anemi ile ilgili verileri, literatür bilgilerine dayal, olarak ara t,rmac, taraf,ndan geli tirilen veri toplama formu kullan,larak elde edilmi tir. Veri toplama formu uyguland,ktan sonra gebelerden Hemoglobin ölçümü için kan örnekleri al,nm, ve laboratuvar sonuçlar, kaydedilmi tir. Veriler, SPSS for Windows 11.5 (Statistical Package for the Social Sciences) paket program, kullan,larak de erlendirilmi tir.

Verilerin analizinde; yüzdellik da ,l,m, ki-kare testi ve logistik regresyon (Binary Logistic) analizi kullan,lm, t,r. Bu çal, mada gebelerin % 23.3'ünün anemik oldu u saptanm, t,r. Gebelerde; en son gebelik ile imdiki gebelik aras,nda geçen sürenin 24 aydan k,sa olanlarda, iki y,ldan az süre ile gerçekle en do umu olanlarda, gebeli inin 2. Trimesterde olanlarda, gebelik öncesi anemik olanlarda, önceki gebelikte / do um sonras,nda kanamaya ba l, anemisi olanlarda, ilaç tedavisi / kan nakli gerektirecek kanamaya ba l, anemisi olanlarda, pika al, kanl, , olanlarda, kahvalt,da çay tüketen gebelerde anemi oran, anlaml, düzeyde yüksek ç,km, t,r ve anemi riskinin artt, , saptanm, t,r ($p<0.05$). Elde edilen veriler do rultusunda gebelerin ço unlu unun anemi riski ta ,d, , ve risk faktörlerin azalt,lmas,nda do um önce bak,m hizmetinin nitelik ve nicelik bak,m,ndan önemli oldu u ortaya ç,km, t,r. Sonuçlar do rultusunda önerilerde bulunulmu tur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Do um öncesi bak,m, Anemi

ABSTRACT

THE PREVALENCE OF ANEMIA AND RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN ADMITTED TO SANLIURFA MATERNITY HOSPITAL

Nursing Department Master Degree Thesis

FERAY KABALCIO LU

This study was designed as cross-sectional to determine the prevalence of anemia in pregnant women admitted to the maternity polyclinic of anl,urfa maternity hospital in the province of anl,urfa and the related factors. The sample group consisted of 873 pregnant women who applied to hospital polyclinics for antenatal care service between January 2013 and March 2013, completed their 14th gestational week and accepted to participate in the study. Socio-demographic and anemia-related data of the study were obtained by using the data collection form, which was developed by the researcher based on literature knowledge. After the application of the data collection form, blood samples were received from the pregnant women for the hemoglobin measurement and the laboratory results were recorded. The data were evaluated by using the SPSS for Windows 11.5 (Statistical Package for Social Sciences for windows). Percentage distribution, chi-square test, and logistic regression (Binary Logistic) analysis were used to analyze the data. In this study 23.3% of pregnant women were determined to be anemic.

Anemia rate was significantly higher than the anemia risk increased in pregnant women who had a duration that was shorter than 24 months between the last and present pregnancy, had deliveries within a period that was less than two years, were on the 2nd gestational trimester, had anemia before pregnancy, developed anemia due to bleeding during the previous pregnancy / after the delivery, had anemia due to bleeding that required medical treatment / blood transfusion, had the pica habit and consumed tea at breakfast ($p < 0.05$).

According to the data obtained, it was determined that majority of pregnant women had the risk of anemia and in order to decrease the risk factors, antenatal care services were important in terms of both quality and quantity. Recommendations were made in accordance with the results.

Keywords: Pregnancy, Antenatal care, Anemia.

1. G R ve AMAÇ

Anemi, beslenme bozuklukları ve fizyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan bir durum olup, kandaki hemoglobin düzeyi ve kırmızı kan hücrelerinin normal değerlerinin altında olması şeklinde tanımlanır (30). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya genelinde ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülen beslenme yetersizliği nedeniyle gelişen anemiden en çok etkilenenler arasında gebeler yer almaktadır (35, 267).

USAID (United States Agency for International Development) 2011 verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 500 milyon kadın anemik olduğu, her 10 gebe kadından 4'ünün, gebe olmayan her 10 kadından 3'ünün anemi tanındığı bildirilmiştir (253).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünya nüfusunu yaklaşık % 30'unun, dünyadaki gebelerin ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir. Küresel anlamda yaklaşık olarak gebe kadınlar, yarısı ve gebe olmayan kadınların 1/3'ünde anemi bulunmaktadır. Dünya genelinde anemi prevalansı, gebe kadınlarda % 42, gebe olmayan kadınlarda % 30 olarak bildirilmektedir (100, 163, 180).

Türkiye'de ise DSÖ 2008 raporuna göre gebe kadınların % 40,2'sinin anemik olduğu, bu oran, bölgelere göre % 50- 74'e kadar değiştiği bildirilmektedir (92, 125, 265).

Anırsızda gebelerde yapılan anemi çalışmaları, incelendiğinde 2004 yılında Harma ve arkadaşları multipar gebelerde yapılan çalışmada multipar, grand multipar ve great-grand multipar gebelerde bu oranlar sırasıyla; %20,6, %25,3 ve %39,7, Kabalcıoğlu'nun 2007 yılında yaptığı çalışmada ise gebelerde anemi prevalansı, % 58 olduğu bildirilmektedir (124, 136).

Kadınların doğurganlık döneminde aneminin ortaya çıkmasına neden olan durumlar; menstrual kan kaybı, erken ve geç yaşlarda gebe kalması, çok doğum, iki gebelik arasındaki sürenin iki yıldan az olması, gebelik süresince artan besin maddeleri gereksinimi, bilgisizlik, yanlış besin alımı, yetersiz ve dengesiz beslenme, emzirme, istenmeyen gebeliklerdir. Ayrıca uygun olmayan koşullarda gebeliği sonlandırması, viral, bakteriyel ve parazit hastalıkları, varlığı, demir emiliminin engelleyen besinlerin tüketimi (pikant, mayasız ekmek tüketimi, fazla çay - kahve içilmesi), vitamin ve mineral alımının yetersizliği ile emilim bozukluğu gibi nedenler sonucunda oluşmaktadır.

Gebelerde anemi nedenleri aras,nda %90 ile demir eksikli i anemisi (DEA) ilk s,ray, almaktad,r (240,248). DEA, vücuda giren demirin hemoglobin yap,m, için yetersiz olmas, eklinde tan,m lanabilir (86).

DEA, geli memi / geli mekte olan ülkelerin en önemli ve önlenebilir sa l,k sorunlar,ndan bir tanesidir. Bir ülkede demir eksikli i anemisinin görülmesi; o ülkenin kültürel, sosyo-ekonomik yap,s, ve geli mi li i ile ili kilidir. Demir eksikli i anemi prevalans, ya a, cinsiyete, co rafi bölgeye, kültürel al, kanl,klara ve sosyoekonomik duruma ba l, olarak de i kenlik gösterir (95).

Türkiye'de gebelerde DEA tespiti ve tedavisi do um öncesi bak,m hizmetleri kapsam,nda aile sa l, , merkezlerinin görevidir. Do um öncesi bak,mda etkin rolleri olan ebe / hem ireler bu hizmeti verebilecek sa l,k elemanlar,d,r. Türkiye Nüfus Sa l,k Ara t,rmas, (TNSA) 2008 raporuna göre Güneydo u Anadolu bölgesinde kad,nlar,n % 82,2'si sa l,k personeli taraf,ndan do um öncesi bak,m hizmeti alm, olup, sadece % 2,2'si bu hizmeti ebe / hem ireden alm, t,r.

Demir eksikli i anemisinin geli mesini engellemek veya anemi geli meden demir eksikli i saptanan vakalar,n en k,sa sürede tespit edilip tedavi edilebilmesi için demir eksikli ine yönelik durum tespiti yap,lmas, ve toplumdaki s,kl, ,n,n belirlenmesi gerekir. Bu a amada toplumla iç içe olan ebe ve hem irelere daha fazla görev dü mektedir (121).

Bu çal, ma anl,urfa Kad,n Hastal,klar, ve Do um Hastanesine ba vuran gebelerde anemi görülme s,kl, , ve aras,ndaki ili kili faktörlerin belirlenmesi amac,yla yap,lm, t,r.

2.GENEL B LG LER

2.1. Aneminin Tan,m,

Anemi; fizyolojik olarak kan,n oksijen ta ,ma kapasitesinin azalmas,, kandaki hemoglobin (Hb) konsantrasyonunun normal de erler alt,na dñmesi olarak tan,m lanmaktadır (30, 63, 71, 139, 209, 215, 222, 223).

Klinik olarak anemi, ki inin ya ve cinsiyet için geçerli referans aral, ,n,n alt,nda bulunan kan Hb veya hematokrit (Hct) de eri ekinde tan,m lan,r (265).

Referans de erleri sa l,kl, bir grup bireyin hemoglobin veya hematokrit de erlerine göre belirlenmi ve toplumun %95'ini içine alan de erlerin bulundu u aral,k olarak tan,m lanm, t,r. Hb ve Hct de erleri ya , cinsiyet, ki inin fizyolojik ve patolojik durum, sosyoekonomik durum, gebelik ve farklı evreleri, çevresel etmenler, ya an,lan yerin rak,m, (deniz seviyesinden yüksekli i) ve ki inin sigara içme al, kanl, ,na göre de i iklik gösterir (53, 73, 87, 114, 116, 180, 266).

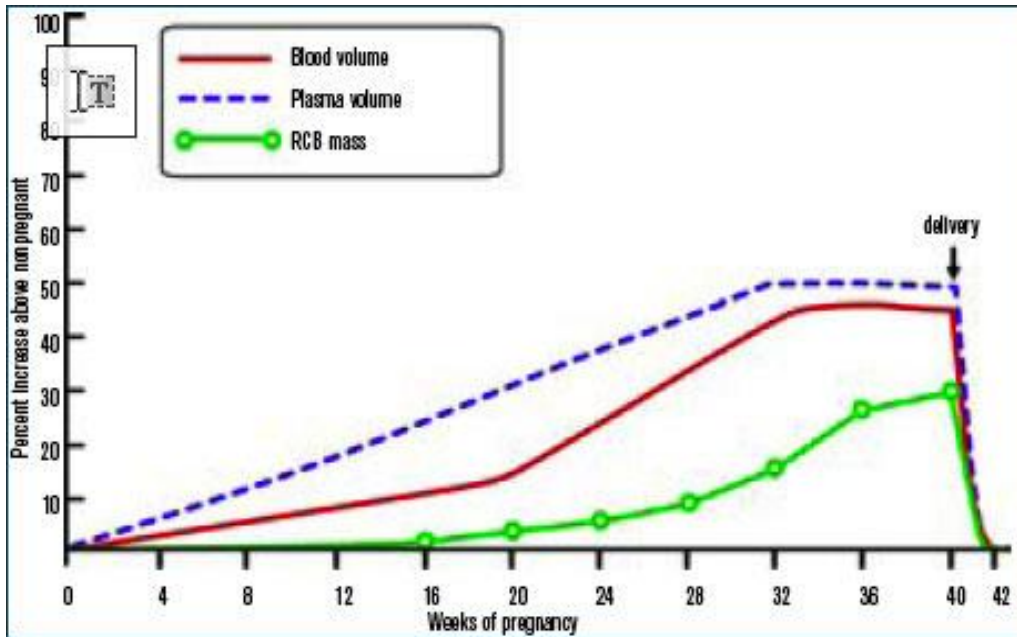
Gebe kad,nlarda görñlen anemi morbidite ve mortalite riski ile ili kilendirilen yayg,n bir halk sa l, , sorunudur (128). Gebelikte anemi; Hastal,k Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) taraf,ndan 1989 y,l,nda gebeli in birinci ve üçüncü trimestirinde hemoglobin seviyesinin 11g/dL'in alt,nda olmas,, ikinci trimestirinde ise plazma volümünün artmas,na ba l, olarak 10,5 g/dL'in alt,nda olmas, olarak tan,m lanm, t,r (8, 66, 71, 74, 88, 170, 256). Dünya Sa l,k Örgütü (DSÖ) indekslerine göre gebelikte anemi, her üç trimester için Hb de erinin 11 g/dl'in alt,nda olmas, olarak belirtilmi tir ve genellikle klinik uygulamalarda da bu s,n,r kullan,lmaktadır. Bu tan,m lama 2001 y,l,nda yap,lm, t,r ve geçerlili ini günümüzde de korumaktadır (264).

Yukar,daki s,n,r lar verilmekle birlikte baz, kaynaklara göre %10.5gr/dl'in baz,lar,na göre ise %10 gr/dl'in alt,na dñtü ü durumlarda anemi yapan nedenlerin ara t,r, lmas, ve tedavi yap, lmas,n,n gerekti ini belirtilmektedir (113, 192, 229, 230).

2.2 Gebelikte Görülen Hematolojik Değişiklikler

Gebelik sırasında oluşan hematolojik değişikliklerin en göze çarpanı, kan hacmi ve koagülasyon mekanizmasındaki değişikliklerdir (156).

Gebelik boyunca kan hacmi belirgin oranda yükselir. Terme yakın normal gebelerde kan hacminin gebelik öncesine göre %40-45 oranında arttığı, gözlenmiştir. Kan hacmindeki artış, her kadında değişiklik gösterebilir. Gebelikte kan volümü artması, yaklaşık olarak tekiz gebeliklerde 1500 - 1750ml (%40 - 45), ikiz gebeliklerde ise 2000 - 2500 ml kadardır. Artan volümün 1000 ml'si plazma, 450 ml'si de eritrosit volümüdür (221). Gebelikte plazma volümü 1. trimesterden başlayarak artmaya başlar 2. trimesterde olmak üzere 24. gebelik haftasında en yüksek değere ulaşmak üzere artar. En fazla artış, 2. trimesterde görülür. Plazma volümü 3. trimesterde yavaş artarak gebeliğin son haftalarında plato çizer. Gebeliğin 32. ve 34. haftasında pik yapar yavaş yavaş 40. haftaya doğru düşer (87, 113, 170, 245). Eritrosit volümü ise birinci trimesterin sonunda başlamaya ve tüm gebelik boyunca devam etmeye üzere %17-25 arasında artmaktadır. Normal bir gebeliğin seyri sırasında kan volümü %47 ve eritrosit miktarı, %17 artar. Bunun sonucunda hemodilüsyon meydana gelir. Hemodilüsyon 22-34. haftalarda maksimum düzeye ulaşır. Bu dilüsyonel anemi gebeliğin fizyolojik anemisi olarak kabul edilir (110, 165, 214, 247, 282).



Grafik 1: Gebelik boyunca kan volümü değişiklikleri (40).

Gebelikte plazma volümünün artması, sonucunda, hematokrit, kandaki hemoglobin konsantrasyonu ve eritrosit sayısı gibi belirlenmekle birlikte sayısında ve miktarında bir değişim olmaz. Bu olayın mekanizması, karmaşık gibi görünse de gebelikte oluşan fizyolojik aneminin olumlu yönleri vardır. Kan viskozitesinin düşmesinin annede trombüs oluşumu riskini düşürdüğü, plasental perfüzyonda artış sağladığı, ve buna bağlı olarak doğuma kadar fetüsün ve maternal dokuların beslenmesinin sağlanması için oksijen taşınmasını kolaylaştırarak, yönünde yararları olduğu tahmin edilmektedir (71, 92, 252).

2.3. Dünyada Gebelikte Anemi Prevalansı,

Anemi dünyada yaygın olarak görülen beslenme yetersizliği hastalıklarından birisidir (109). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de anemi ve demir eksikliği anemisi önlenebilir önemli sağlık sorunlarından, Anemiden en çok etkilenen grupları arasında gebe kadınlar gelmektedir. Anemi gebeliklerin % 10 - 75'i arasında sıklıkla karşılaşılan bir semptomdur (237).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya genelinde 1.62 milyar insan (% 24,8) anemiden etkilenmiştir. Anemiden etkilenen grup içinde ilk sırayı gebeler almakta olup, dünya genelinde %41,8 (56 milyon) gebe anemiktir (265).

DSÖ aneminin halk sağlığı sorunu olup olmadığını, ulusal düzeydeki yaygınlığına göre sınıflandırmaktadır.

Tablo 1. Aneminin Halk Sağlığı Sorunu Olarak Değerlendirilmesi (265)

Anemi Prevalansı, (%)	Halk sağlığı durumu
Ö4.9	Halk sağlığı problemi yok
5.0 - 19.9	İlmi hafif derecede halk sağlığı problemi
20.0 - 39.9	Orta derecede halk sağlığı problemi
≥ 40.0	Ağır derecede halk sağlığı problemi

DSÖ; aneminin düzeyine göre gebelerin ülkelere göre durumunu de erlendirmi ve buna göre dünya üzerindeki 68 ülkedeki gebelerde anemi ciddi halk sa l, , sorunu, 91 ülkede orta derecede, 33 ülkede hafif derecede halk sa l, , sorunu olu turdu unu saptam, t.r. Dünya üzerindeki anemik gebelerin da ,l,m,n, DSÖ bölgelerine göre de erlendirdi imizde anemik gebeler en s,k Afrika (%57,1) ve Güney Do u Asya bölgesinde (%48,2) görülürken, en az Avrupa (%25,1) ve Amerika (%24,1) bölgelerinde görülmektedir (265).

Anemi sorunu özellikle Asya'da akuttur. Yap,lan gebelikte anemi prevalans çal, malar, incelendi inde; Hindistan'da % 56,6, ran'da % 17,4, Peru'da % 50 ve Almanya'da % 2, 2 olarak bildirilmektedir (84, 175, 180, 263).

2.4. Türkiye'de Gebelikte Anemi Prevalans,

Gebelikte aneminin, tüm dünyada en önemli sa l,k problemlerinden biri oldu u ve gebelik sonuçlar,n, olumsuz yönde etkiledi i bildirilmektedir (66).

DSÖ; aneminin düzeyine göre gebelerin ülkelere göre %40,2'dik anemi prevalans, ile Türkiye aneminin ciddi halk sorunu oldu u ülkelerdendir. Yap,lan ara t,rmalara bak,ld, ,nda bizim ülkemizde de yüksek prevalans söz konusudur.

Türkiye'de anemi ve demir eksikli i anemisi prevalans,n, gösteren bütün ülkeyi temsil edici bir çal, ma yoktur, ancak ülkemizin de i ik bölgelerinde gebelerdeki anemi prevalans,n, belirlemek amac, ile yap,lan ara t,rmalar incelendi inde; Erdem ve ark. 2007 y,l,nda Diyarbak,r'da poliklini e ba vuran gebelerde yapt,klar, çal, mada anemi prevalans, %23,1, Kayaç,n Mersin Merkez 5 No'lu Sa l,k Oca , bölgesinde yapt, , çal, mada gebelerde anemi prevalans,n, %49,4 olarak bildirmi tir (94, 149).

Karao lu ve ark. Malatya'da yapt,klar, çal, mada anemi prevalans,n, %27,1 (147), Polat ve ark. Abdullahpa a E itim ve Ara t,rma Sa l,k Oca , bölgesinde yapt,klar, çal, mada gebelerde anemi prevalans,n, %43,8 olarak (209), Api ve ark. stanbul'da poliklini e ba vuran gebelerde yapt,klar, çal, mada anemi prevalans,n, %1,7 (19), Davas ve ark. yine stanbul'da yapm, olduklar, çal, mada (76) anemi prevalans,n, %74,1 olarak saptam, t.r.

Gebelerde; anemi tanınması, koymak, aneminin türünün saptamak, uygun şekilde ve uygun zamanda anemi tedavisini yapmak ve üreme dönemindeki kadın, anemiden korumak anemi prevalansını etkileyecektir.

Gebelerde aneminin önlenmesi üreme çağındaki kadınlarda aneminin önlenmesine bağlıdır. Üreme çağındaki kadınlar özellikle prekonsepsiyonel dönemde anemi yönünden araştırılmalı, tedavisi yapıp böyle gebe kalınması sağlanmalıdır.

Ülkemizde gebelere yönelik demir desteği programı, 2007 yılında uygulamaya konularak gebeliğin 4. ayından itibaren gebelik süresince altı ay ve doğum sonrası üç ay olmak üzere toplam dokuz ay süreyle, elementer demir ihtiva eden uygun demir preparatı kullanılarak uygulanmakta, ancak üreme çağındaki kadınlarda anemi prevalansını önlemeye yönelik ulusal bir program uygulanmamaktadır.

2.5. Gebelikte Anemi Nedenleri ve Aneminin Sınıflandırılması,

Gebelikte görülen anemilerin büyük çoğunluğu demir kaynaklı olmak üzere, folik asit, B12 vitamini eksikliği anemisi, olup orak hücreli anemi ve talasemi şeklinde de görülmektedir (113, 163, 231).

Tablo 2. Gebelikte Anemi Nedenleri (140, 222, 237, 239).

Edinsel	Hereditör
Demir eksikliği anemisi	Talasemiler
Akut kan kaybına bağlı anemi	Orak hücre hemoglobinopatileri
Enflamasyon veya maligniteye bağlı anemi	Diğer hemoglobinopatiler
Megaloblastik anemi	Hereditör hemolitik anemiler
Edinsel hemolitik anemi	
Aplastik veya hipoplastik anemi	

Gebelikte aneminin sınıflandırılması;

- **Klinik anemi yok:** Hb > 11g/dL, solukluk yok.
- **Orta iddette anemi:** Hb 7-11g/dL veya avuç içi veya konjunktivada solukluk.
- **Ciddi anemi:** Hb < 7g/dL ve/veya avuç içi veya konjunktivada ciddi solukluk, soluklukla birlikte ağız, daki bulgulardan en az biri;
Çabuk yorulma, istirahatta nefes darlığı, olması, dakikada >30 solunum sayısı,
- **Kritik anemi:** Hb < 4g/dL olması (140, 168, 271).

2.6. Gebelikte Aneminin Maternal Riskleri

Gebelikte ciddi aneminin maternal ve fetal sonuçlara kötü etkisi vardır. Maternal riskler, fetal risklere göre daha fazla artmış göstermektedir (23, 103). Anemisi olan gebelerde olmayanlara göre 5 kat daha fazla anne ölümü, ayrıca anemik gebelerde obstetrik kanama, tok gibi anne sağlığını tehdit edecek komplikasyonlar görülmektedir (212).

Anemi gebelerde ve doğum sonu dönemde annenin daha fazla yorgunluk yaşamasına, gebelik ve doğumda kardiyolojik sorunların çıkmasına neden olur (59, 167, 219).

Gebelikte aneminin maternal sonuçları, kardiyovasküler semptomları, ayrıca azalmış fiziksel ve mental performans, azalmış immün fonksiyon, yorgunluk, azalmış periferik kan rezervlerini ve sonuç olarak postpartum dönemde kan transfüzyonu için artmış riski içerir (67, 88). Anemi ile birlikte gebelerde hipertansiyon riskleri artmış, doğumdan sonra epizyotomi ya da insizyonun iyileşmesi gecikebilir. Ayrıca, anemi enfeksiyon oluşumunu hızlandırmakta ve anemiye bağlı hastalıkların seyri de daha kötü olmaktadır.

Ciddi maternal aneminin; piyelonefrit, puerperal ateş, preeklampsi, plasental yetmezlik gibi komplikasyonlara neden olduğu bildirilmiştir (166).

2.7. Demir Eksikliği Anemisi

Anemi gelişmesinde en önemli neden demir eksikliği olup ve de iki popülasyonlarda lokal nedenlere bağlı, farklılık göstermekle birlikte anemilerin %50'isi demir eksikliğine bağlıdır. Demir eksikliği anemisi (DEA) azalmış, ya da tükenmiş demir depoları, düşük serum demir düzeyi, düşük transferrin saturasyonu, düşük hemoglobin konsantrasyonu ve hematokrit değeri ile karakterizedir.

DEA dünyada en yaygın nutrient eksikliği olup (4, 132, 134, 169, 179). Nutrisyonel anemi, esansiyel besinlerden bir veya daha fazlasının eksikliği sonucu kanın hemoglobin içeriğinin normalden düşük olmasıdır. Bütün dünyada yaygın olması, beslenme sorunu yeterince çözümlenemediği için gelişmekte olan ülkelerde daha büyük boyutlardadır (199, 204).

Demir eksikliği anemisinin patogeneğinde, düşük sosyoekonomik durum, diyetle yetersiz demir alması, demir malabsorpsiyonuna, kronik kan kaybına, gebelikte ve emzirme döneminde demirin fetus ve infant eritropoezi için kullanılması, hemoglobini ile birlikte intravasküler hemolize ya da bütün faktörlerin kombinasyonuna bağlı olarak gelişebilir (87, 113).

Doğurgan çağındaki kadınlarda demir eksikliği anemisi; menstruasyon nedeniyle ağır kan kaybı, paraziter enfeksiyonlar, kronik enfeksiyonlar, mikrobeyin ödemlerinin eksikliği, hemoglobinopatiler yetersiz demir alması, phytate ve phenolic bileşiklerin fazla bulunduğu diyetlerde demirin yetersiz emilimi ve büyüme ve gebelik gibi demir ihtiyacının artması, dönemlerde görülür (28, 35, 117, 233, 265).

Aneminin demir eksikliği nedeniyle olup olmadığını anlamak için sık kullanılan pratik yöntem, demir almasından 1-2 ay sonra Hb ve Hct cevaplarının incelenmesidir. Hb'deki 1g/dL ya da Hct'deki %3'dük artış, demir eksikliğini gösterir (17).

2.7.1. Demir Eksikliği Anemisinin Evreleri

Demir eksikliği anemisinin gelişimini beş evreye ayırmak mümkündür.

Birinci evre; Demir kaybı, demir alımı, demirden fazlaysa bu negatif demir dengesi ile demir deposu (kemik iliği demir içeriği ile temsil edilir) giderek boşalır. Hemoglobin ve serum demiri normal kalmasına karşın serum ferritin yoğunluğu düşer. Demir deposu azalırken, diyetle alınan demirin emiliminde ve demir bağlama kapasitesinde kompensatuvar artış olur. Karaciğer, dalak ve kemik iliğindeki demir depoları, azalır, ancak anemi yoktur. Vücuttaki demir depolarının serumdaki göstergesi depo proteini olan ferritindir. Demir eksikliği inde ilk bulgu olarak ferritin azalır.

İkinci evre; Kaybolan demir depoları, kemik iliği tarafından karşılanamaz. Plazma transferrin düzeyi artarken serum demir yoğunluğu düşer, eritrosit yapımı için gerekli hazırlanmış demir giderek azalır. Transferrin saturasyonu < % 10 olduğunda eritropoez bozulmuştur. Serum ferritin reseptör yoğunluğu yükselir. Demir eksikliği evresidir. Bu evrede serum demiri azalırken, total demir bağlama kapasitesi artar ve sonuçta transferrin saturasyonunda azalma mevcuttur. Hemoglobin seviyesi ise normalin altına gerilemiştir.

Üçüncü evrede; Demir eksikliği ilerledikçe, hemoglobin ile hematokrit normal değerlerin altına düşer. Bu dönemde eritrositlerin normalden daha küçük oldukları ve içlerindeki hemoglobinin azalması dikkati çeker (146, 213).

Dördüncü evre; Bu dönemde ayrıca mikrositoz ve hipokromi iyice belirginleşir ve ferritin düzeyi ise iyice düşer.

Beşinci evre; Demir eksikliği dokulara etkileyerek klinik semptom ve belirtilere yol açar (17, 84, 201, 232).

2.7.2. Gebelikte Demir Eksikliği ve Anemisinin Nedenleri

- 1- Günlük diyetle yetersiz demir alınması, (68, 79, 181, 260),
- 2- Demir absorpsiyonunun bozulması, (228),
- 3- Organizmanın demir ihtiyacının artması, (gebelikte fetüsün gereksinimleri ve kan hacminin artması, nedeniyle demir tüketimi artmaktadır. Gebelikte özellikle 2. ve 3. trimesterde demir emilimi artmaz, bu nedenle diyetle alınan demir ihtiyacı karşılamaya yetmez. Bu nedenle demir desteği gereklidir.)
- 4- Demir kaybına yol açan patolojik hadiseler (kanamalar), tükenmiş demir depoları, (13, 246),
- 5- Demir kullanımı bozukluğu (246),
- 6- Sindirim kanalından emilimin az olması, ya da emilim bozuklukları, (276),
- 7- Sık gebelikler ve tekrarlayan düşükler (15, 218, 255),
- 8- Toplum olarak çoğunluğun diyetinin tahıllara dayanması, ve etlerin diyetle az bulunması,,
- 9- Bir kilogram demirin bebek için kullanılması, (273),
- 10- Sık enfeksiyonlar ve özellikle paraziter hastalıklar (Ancylostoma, Necator, malaria) nedeniyle demir depoları boşalmış veya düşük seviyededir (54, 135, 160, 241),
- 11- Yeterli bilgiye sahip olmaması,, sosyoekonomik durumun kötü olması, nedeniyle demir kaynağı, yiyeceklerin zamanında yeterli olarak verilmemesi (29, 65, 102, 149, 279)
- 12- Yemeklerle birlikte çok miktarda çay ve kahve tüketilmesi (37, 254),
- 13- Fitatlı yiyeceklerin ve mayasız ekmeğin tüketilmesi; Tahıl kepeği, tahıl tanesi, fazla safılaşmış tahıl, baklagiller, fındık ve tohumlarda bulunan fitatlar diyetdeki demir ile suda erimeyen ve indirgenmeyen bileşikler yaparak demirin emilimini güçle tirmektedirler. Besinlerin germinasyon, fermentasyon ve pürlenmesi fitat miktarını azaltarak demirin biyolojik yararlanabilirliğini artırabilir. Ekmek ve çörek gibi yiyeceklerin mayalandırılması, kurubaklagillerin suda bekletilmesi fitatların etkisini azaltarak demir emiliminin artmasını sağlayacaktır (62, 125, 242).

14- Pika al, kanl, ; yiyecek olarak dü ünülmeyen maddelerin en az 1 ay süre ile yenilmesi olarak tan,mlanabilir. Tuz, buz, f,st,k, ni asta, kahve çekirde i, toprak, saç, d, k,, boya kireç, domates çekirde i, kâ ,t, sigara izmariti gibi daha pek çok madde pika objeleri olarak tan,mlanm, t,r. Pikan,n fizyopatolojisi aç,klanmam, t,r. Besin d, , olan bu maddeler barsakta demiri ba lar ve emilimini azaltarak anemi geli imine neden olmaktadır (70, 93, 155, 171, 172, 190, 193, 216, 283, 285).

15- Bireylerin demir emilimini art,ran ve azaltan faktörler konusunda yeterli bilgiye sahip olmamas, ekinde s,ralanmaktadır (6, 18, 25, 26, 85, 90, 91, 108, 127, 159, 200, 205, 218, 220).

2.7.3. Demir Eksikli i Anemisinde Klinik Belirtiler

Demir eksikli i anemisi; yaln,zca anemiyle belirlenen hematolojik bir hastal,k de il, birçok fonksiyonu etkileyen sistemik bir bozukluktur. Demir eksikli inin erken evrelerinde az say,da semptom ile kar ,la ,l,r, iddet artt,kça semptomlar belirginle ir, orta derecede bir anemide semptom olmayabilece i gibi avuç içleri konjunktivada solukluk olabilmektedir (92).

Demir eksikli i anemisinde tüm sistemler etkilenir. Demir eksikli i anemisine özgü bir klinik bulgu yoktur (173). Demir eksikli i anemisi sinsi olarak ba lar ve klinik belirtiler çok yava ilerler. Eksiklikte sekonder klinik bulgular olabilece i gibi rutin kan tetkiklerinde fark edilen anemi d, ,nda hiçbir bulguda olmaya bilir (84).

Demir eksikli ine e lik eden semptomlar aneminin hangi h,zla geli ti ine ba l,d,r (258). Demir eksikli i anemisi için spesifik olarak kabul edilen en yayg,n klinik belirtileri letarji ve halsizliktir. Di er semptomlar ba a r,s,, parastezi, dilde yanma ayr,ca pika, ka ,k t,rnak ve mavi sklera üçlüsünden bir veya daha fazlas, olu abilmektedir.

Solukluk mukoz membranlarda, konjunktivada, t,rnak yataklar,nda ve ellerin palmar yüzeyinde daha belirgindir. Angular stomatit, glossit, cheliosis, koilonychia, retinal kanama, konjunktivit, ta ipne, ta ikardi ve splenomegali ciddi anemi vakalar,nda görülebilir. Baz, yazarlar demir eksikli i anemisi ile defektif hücre sel ba , ,kl,k ve bakterilere kar , azalm, lökosit savunmas, aras,nda ili kiyi desteklemektedir, fakat demir eksikli inde immünite ve enfeksiyonlara yatk,nl,k aras,ndaki ili kiler aç,k de ildir.

Demir eksikli i anemisinde yorgunluk, ya amsal önemi olan dokulardaki demir içeren enzimlerin ve kaslarda enerji olu umunun azalması, nedeni ile geli ir (262).

Kanda hemoglobin miktar, azald, , zaman dokulara giden oksijen miktar, azalır ve dokularda hipoksi olu ur. Hipoksi birçok dokunun fonksiyonunun bozulması,na neden olur. Bu nedenle aneminin yol açt, , semptom ve bulgular birçok sistemi ilgilendirir. Yavaş geli en, kronik demir eksikli i durumlarında bulgular silik olup, klinik belirtilerde yavaş ilerler. Halsizlik, yorgunluk/ egzersiz tolerasyonunda azalma, i tahs,zl,k, sinirlilik, inatç, ba a r,lar,, ekstremitelerde uyu malar, nefes darl, ,, çarp,nt, hissi, dudak kenar,nda çatlaklar, yutma güçlü ü gibi belirtiler görülür (9, 83, 106, 158, 197, 223, 250).

Ayr,ca solukluk, palpasyon, ta ikardi, kardiyomegali, sistolik üfürüm, tinnitus, ba a r,s,, irritabilite, çabuk yorulma, a ,z yaralar, gibi tüm anemilerde görülen klinik semptomlar da ki ide görülebilir.

Demir eksikli i anemisinde görülebilen semptomlar,n sistemlere göre s,n,fland,r,lması, öyledir (118);

I) Gastrointestinal Sistem: Dispeptik ikâyetler artar. Epitelyal hücrelerin h,zl, yap,m ve y,k,m,na ba l, atrofik glossit, angüler stomatit (a ,z kösesindeki erozyonlar) ortaya ç,kar. Pika, yani normalde yenmemesi gereken eylemin yenmesi olup demir eksikli i anemisinde s,k ortaya ç,kar. Geofaji (toprak yeme), pagofaji (buz yeme) gibi de i ik maddeler yenebilir. Anoreksi, aklorhidri, eksüdatif enteropati, malabsorbsiyon, intestinal permabilite indeksinde art, , dilde yanma, dil papillalar,nda silinme, yutma güçlü ü, açl,k a r,s,, bulant,, diyare, i tahs,zl,k, görülebilir. Hastalar,n %10 kadar,nda ancak hissedilebilen ve patogenezi bilinmeyen bir splenomegali bulunabilmektedir (249).

II) Sinir Sistemi: Dopaminerjik nörotransmisyonunda anormallik geli ir. rritabilite, çabuk yorulma, ileti im bozukluklar,, alg,lama fonksiyonlarında azalma, kulak ç,nlması,, dikkat da ,n,kl, ,, huzursuzluk, papil ödemi, kar,nçalanama gibi ekstremitte yak,nmalar,, K BAS, so u a duyarl,l,k, ellerde ve ekstremitelerde uyu ma, ba dönmesi, migren tarz,nda ba a r,s,, uyuklama hali, göz önünde sinek uçu mas,, ellerde parasteziler, periferik neurit, çal, ma kapasitesinde azalma gibi bulgular gözlenir (7, 198).

III) Kardiyovasküler Sistem: Aneminin meydana geli h,z,, hastan,n ya , ve dola ,m sisteminin anemiye regüle edip edememesine ba l,d,r. Aneminin seyri a ,r ve derin ise yani h,zl, seyretmi ise ok meydana gelebilir. Kalp h,z,nda art, , kalpte üfürüm, kardiyak hipertrofi, plazma volümünde art, , kalp yetmezli i, hareketle gelen solunum s,k,nt,s,, çarp,nt,, gö üs a r,s, geli ebilir.

IV) Solunum Sistemi: Total kan hacmi ve kan,n oksijen ta ,ma gücü azald, , durumlarda eforla veya istirahatle gelen nefes darl, , görülür. Vital kapasite azalm, ve solunum derinli i artm, t,r. Dispne ikâyetleri k,smen miyokard ve dola ,m sistemindeki bozukluklarla ilgilidir.

V) Kas- skelet Sistemi: Fiziksel performansta azalma, kemik k,r, , iyile mesinde gecikme gibi bulgular görülür. Demir eksikli i anemisi olan eri kinler, iddetli egzersiz s,ras,nda daha çabuk yorulurlar. Bu bulgular hafif anemilerde bile saptanabilir. Performanstaki azalman,n nedeni hemoglobin konsantrasyonundaki dü me nedeniyle oksijen miktar,n,n azal,p buna kar ,n ihtiyac,n artmas,d,r.

VI) Ba , ,kl,k Sistemi: Demir eksikli inde immünite ve enfeksiyonlara yatk,nl,k aras,ndaki ili kiler kesin olmasa da defektif hücre sel ba , ,kl,k ve fagositoz bozuklu unun varl, , kabul edilmektedir (42, 55) .

VII) Genital Sistem: Menstürüel bozukluklar s,k görülür. Amenoreler de s,k görülür. Bazen de menometroraji, hipermenore ve menorajiye rastlan,r. Erkeklerde libido kayb, görülür.

VIII) Üriner Sistem: A ,r anemilerde hafif proteinüri, sistit, hematüri ve böbreklerin konsantrasyon yetene inde azalma görülebilir. Orak hücre anemisinde hipostenüri saptanabilir. Önceden mevcut bir böbrek fonksiyonlar, bozuk ise anemi bunu art,rabilir ve azot retansiyonu geli ebilir. Anemi tedavisi sonras,nda kan üresi dü er.

IX) Deri ve Mukozalar: Solukluk, kas,k t,rnak, mavi sklera, atrofik rinit, cilt duyarlı,l, ,nda azalma söz konusudur.

X) Di er Sistemler: Demir eksikli i olan kad,nlarda erken do um s,k bildirilmi tir (44, 258).

Demir eksikli i anemisinin önemli bir belirtisi vücut ,s,n,n kontrol mekanizmas,nda olan bozukluklard,r. Bu mekanizmalarda olan sorunun tiroid stimüle eden hormon ve tiroid hormonlar,n,n salg,lanmas,ndaki azalma ile ilgili oldu u dü ünülmektedir (17, 84, 92).

2.7.4. Demir Eksikliği Anemisinin Tanı ve Tedavi İçin Gerekli Testler

Klinik bulgu ve belirtiler yanında, demir eksikliği anemisi tanı koymak için bazı laboratuvar testlerin yapılması gerekir. Bu testlerle organizmadaki demir durumu değerlendirilir. Demir eksikliği tanısı genellikle eritrosit indeksleri ve transferin saturasyonu veya ferritin düzeyinin ölçülerek birlikte değerlendirilmesi ile konur (85).

Gebe popülasyonunda demir depoları ve aneminin araştırılması, aneminin yönetiminde hemoglobin, hematokrit, ferritin, serum demir-demir bağlama kapasitesi, transferin, ortalama eritrosit hacmi gibi belirteçlerin hangisinin klinik olarak daha yararlı ve yönlendirici olduğunu net olarak ortaya koyması önemlidir (89, 187).

2.7.4.1. Hemoglobin:

Vücuttaki en büyük demir kompartmanıdır. Eritrosit proteininin %95'ini hemoglobin oluşturur. Hemoglobin, kanda parçalanmış eritrositlerin fotometrik yöntemle potasyum ferrosiyaniid tarafından siyanohemoglobine dönüşmesi ile ölçülmektedir. Hemoglobin ölçümü, demir eksikliği anemisinin tanı ve tedavisinde kullanılan ucuz, kolay, en yaygın esansiyel yöntemdir. Hemoglobin düzeyi demir eksikliği nedeniyle hemoglobin sentezinde bozulma sonucu ortaya çıkar. Anemi semptomatik hale gelmiştir. Hemoglobin ölçümü demir eksikliği için yeteri kadar sensitif ve spesifik değildir. Hemoglobin miktarı, çoğunlukla g/dl olarak verilir (50, 97).

2.7.4.2. Hematokrit:

Kanın eritrosit hacminin toplam kan hacmine oranıdır; yüzde olarak ifade edilir. Hematokrit ölçümü anemi tanımlaması için kolay, uygun ve tavsiye edilir bir yöntemdir fakat hemoglobinden daha az sensitiftir. Kan sayım cihazlarında hematokrit ölçülmemekte, ortalama eritrosit hacmi (MCV) ve eritrosit sayımından faydalanarak hesaplanmaktadır (232). Hematokrit için kabul edilen alt sınırları demir eksikliği eritrositlerinin 3 sayımı ile çarpılması sonucu elde edilir. Değerler % olarak verilir.

2.7.4.3. Serum Demir Düzeyi:

Serum demiri, demir bağlama kapasitesi ve transferin saturasyonu değerleriyle belirlenebilmektedir. Serum demirinin tamamına yakını bölümü transferrine bağlı olarak

ta ,nmakta olup gün içinde de i iklikler göstermektedir. Demir eksikli i anemisinde serum demir demir konsantrasyonu azal,r. Serum demiri dola ,mdaki transferine ba l, demir miktar,n, gösterir. Diürnal ritim gösterir. Bu nedenle kan örne i sabah saati, 8 saatlik açl,k sonrası,, oral demir preparat, kullanmakta olan hastalarda preparat,n 24 saat kesilmesini takiben parenteral demir kullanmakta olan hastalarda ilac,n 2-3 hafta kesilmesini takiben al,nmal,d,r (105).

inflamasyon, malign bir olu umda ve menstruasyon s,ras,nda kandaki de eri dü mektedir. Bu yüzden bu test tan,da dikkate al,nmaz (45, 159, 189).

2.7.4.4. Toplam Demir Ba lama Kapasitesi (TDBK):

Transferinin ba lad, , demir miktar,na TDBK denir. Transferin taraf,ndan ba lanan dokulardaki demir miktar,n, gösteren, dolayl, bir ölçümüdür. Demir seviyesi ne kadar yükselirse TDBK o kadar dü er ve demir düzeyi ne kadar dü erse TDBK o kadar yükselir (63).

Serum demiri gibi diurnal de i iklik göstermez. Fakat inflamasyon, kronik infeksiyon, maligniteler, karaci er hastal,klar,, nefrotik sendrom ve malnutrisyon TDBK de erlerini azalt,rken; oral kontraseptif kullan,m, ve gebelik TDBK de erlerini art,r,r.

2.7.4.5. Transferrin Satürasyonu:

Serum demirinin TDBKne oran,n, göstermektedir. Demir eksikli inde ve enfeksiyonlarda düzeyleri azalm, t,r. %10nun alt,nda olmas, Demir Eksikli i Anemisinin kesin göstergesidir. Normal de eri %33tür. Demir eksikli inde azal,rken, kronik hastal,klarda bu de er artmaktadır (101, 104).

2.7.4.6. Serum Ferritin Düzeyi:

Ferritin seviyelerinin ölçümü, anemik hastalarda demir eksikli i tan,s, için en yüksek sensitivite ve spesifiteye sahiptir. Normal ko ullar alt,nda depo demirini yans,tmaktadır. CDC gebelikte demir eksikli inin tan,s, için 12 g/L serum ferritin konsantrasyonunu cutoff de eri olarak belirtmektedir Düzeyinin 12 ng/dlden az olmas, demir eksikli i tan,s,n, akla getirmelidir. Ferritin bir akut faz reaktan, oldu undan ate , enflamatuar hastal,k, enfeksiyon, karaci er hastal,klar, ve di er stres hallerinde bu düzey yükselmektedir (2, 17).

2.7.4.7. Serum Transferrin Reseptör:

Serum transferin reseptörü gebelikte demir eksikliğinin tanısında güvenilir bir alternatif olarak önerilmektedir. 12 mg/L veya daha yüksek değerler demir eksikliği anemisinin göstergesidir.

2.7.4.8. Protoporfirin:

Serbest kemik iliği hücrelerinde protoporfirin, hem sentezi için yetersiz demir bulunmadığında artmaktadır. Demir eksikliği anemisinde, kurun zehirlenmesi gibi durumlarda artmaktadır. Gebelikte maternal demir eksikliği anemisi durumunda serum eritropoietin düzeylerinin yükseldiği belirtilmektedir. Tarama testi olarak kullanılabilir.

2.7.4.9. Eritrosit İndeksleri:

MCV (Mean Corpuscular Volume)

Ortalama eritrosit hacimlerini (volümlerini) gösterir. Kemik iliği hücrelerinin ortalama hacmi hematokritin kemik iliği hücre sayısına bölümü ile hesaplanarak fL olarak ifade edilir. Kemik iliği hücrelerinin büyüklüğü hakkında bilgi verir. MCV'nin normal değeri 80-100 fL arasında olup, sınırın altında olanlar mikrositik, üstünde olanlar makrositik olarak sınıflandırılır. Buna göre hücreler mikrositer, normositer ve makrositer olarak gruplanır (120, 238). MCV değerleri nutrisyonel anemilerin nedenini belirlemektedir. Demir eksikliği anemisinde yaşa göre ortalama değerin altındadır (21, 177).

Ortalama Hemoglobin Hücresi MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin)

Eritrositlerin içerdiği ortalama hemoglobin miktarını verir. Hemoglobin miktarının eritrosit sayısına bölümü ile hesaplanır, pg ile ifade edilir. MCH için normal sınırlar 28-32 pg arasında, demir eksikliği anemisinde 27'in altındadır ve hipokromi düşündürürler. Bu durumda mikrositöz de olabilir (86, 258).

Eritrositteki Ortalama Hemoglobin Konsantrasyonu: MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration)

MCHC, ortalama eritrositteki hemoglobin konsantrasyonunu gösterir ve % olarak ifade edilir. MCHC, kan hücresindeki hemoglobinin ağırlıklı ortalamasıdır. MCHC ise yüzde olarak ifade edilir, yani birim hacimdeki hemoglobinin gramıdır. Bu parametreler, kan hücrelerinin içerdiği hemoglobin ve dolayısıyla rengi ile ilgili ölçütler olduğundan hücrelerin hipokrom ve normokrom olarak sınıflandırılmasında kullanılır. MCHC için normal sınırlar % 32-36 arasındadır. % 32'den düşük değerler hipokromi ve 32-36 arasındaki değerler normokromi düşündürür. Genellikle % 36'dan yüksek değerlere rastlanmaz; yani hiperkromi yoktur. Hipokrom mikrositer bir anemi olan demir eksikliği anemisinde MCHC değerleri düşük bulunur. Demir eksikliği anemisinde %30'dan altındadır. Bunun yanında, demir eksikliği anemisi seyrinde anormal olan en son belirleyicidir (186).

Eritrositlerin Büyüklüklerine Göre Dağılım Genişliği: RDW (Red Cell Distribution Width)

Eritrosit histogramlarından elde edilen istatistiksel bir değerdir. Eritrositlerin büyüklüklerine göre dağılım genişliğini göstermektedir. Başka bir deyişle anizositozun objektif bir göstergesidir. Eritrosit hacmi dağılımı ölçülmesidir. Otomatik cihazlarda Red Cell Distribution Width olarak tanımlanan bu veri eritrosit hacminde değişimin koeffisiantı olarak % halinde verilmektedir. Serum hemoglobin ve hematokrit ölçümleri anemi tanısı için primer tarama testleridir fakat demir eksikliğini tanımlamak için nonspesifiktir (63,138).

Demir eksikliği anemisinin MCV düşük, RDW yüksektir. En erken en erken patofizyolojik değişiklikler serum ferritin düzeylerinin düşmesi, kemik iliği, dalak ve karaciğer depolarının tükenmesidir. Sonrasında serum demir düzeyleri düşer, total demir bağlama kapasitesi (transferin düzeyi) yükselir, hematokrit ve hemoglobin konsantrasyonunun azalması ile devam eder (87).

Demir eksikliği anemisinde eritrositler genellikle hipokrom, mikrositiktir. RBC 2.5×10^{12} /mL'dir. Gebelikte serum demir seviyeleri düşer, 30 g/dL'den altındaki değerler demir eksikliği olarak değerlendirilir. Total demir bağlama kapasitesi gebelikte artar, fakat demir eksikliği anemisinde 400 g/dL'den daha yüksek değerler gözlenir. <10 g/dL serum ferritin seviyesi demir eksikliği için diagnostiktir. Transferrin saturasyonu normal gebelikte azalır,

demir eksikli inde % 15'ın alt,na iner. Gebelik ilerledikçe demir ihtiyac, artar ve serum demiri dü er, total demir ba lama kapasitesi artar. Plazma ve doku ferritini azal,r, terme ula t,kça kemik ili i demiri a ,r, derecede azal,r. Gebelik s,ras,nda günlük 4 mg kadar demir ihtiyac, vard,r. Demir eksikli i anemisi geli irken ilk olarak ferritin dü er, hemoglobin konsantrasyonundaki dü ü geç olarak görülür. MCVøde de dü me görülür (35).

Tablo 3. Gebelikte Normal Demir Göstergeleri (2).

Test	Normal De erler
Plazma demir seviyesi	40-175 g/dL
Plazma total demir ba lama kapasitesi	216-400 g /dL
Transferrin saturasyonu	% 16-60
Serum ferritin seviyesi	>10 g/dL
Serbest eritrosit protoporfirin seviyesi	< 3 g/g

2.8. Demir Eksikli i Anemisinin Tedavisi

Demir eksikli i anemisinin a ,rl, , ve alta yatan nedeni, tedaviye uygun yakla ,m, belirler. Demir eksikli i anemisi olan hastalar,n tedavisinde öncelikle etiyoloji kesin olarak tan,mılanmal, ve tedavi edilmelidir. Demir eksikli i anemisinde tedavi öncesinde laboratuvar tetkikleri yap,larak tedavi süresi ve ekline karar verilir. Demir eksikli i anemisi geli tikten sonra sadece diyet ile tedavi edilememektedir (195).

Demir tedavisinin hedefi, mümkün olan en k,sa sürede demir eksikli i anemi sininin giderilmesi ve bo alm, demir depolar,n,n doldurulmas,d,r. Ayr,ca alta yatan nedenin düzeltilmesi büyük önem ta ,r.

Gebelikte birlikte geli en aneminin tedavisi önemli anne ve fetüs sa l, , için oldukça önemlidir. Do ru tedavi ve tan, yöntemleri, bebek ve anne sa l, ,n,, gebelik sonuçlar,n, olumlu etkilemektedir (59).

Gebelik ve doğum için annenin ekstrasidan 1130 mg demire ihtiyacı vardır. Bu demirin: 270-300 mg'ı fetus, 50-90 mg'ı plasenta ve korda 150 mg'ı travay esnasındaki normal fizyolojik kanamaya 450 mg'ı artan eritrosit kitlesine gereklidir (140, 205, 271).

Gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde yaygın olarak kadınlarda gebelikte artmış demir gereksinimi karşılamaz ve demir depoları boşalır (100, 271). Gebelik sırasında demir eksikliği anemisine rastlanmaması için gebelik ve doğum sonrasında dönemde de devam etmelidir (195).

Gebelikte demir tedavisine başlama kriteri olarak hemoglobin seviyesinin birinci ve üçüncü trimesterde 11 g/dl, ikinci trimesterde ise 10.5 g/dl alınması önerilmektedir (112). Demir depolarının doldurulması ve eritrosit yapımını uyarılması için, özellikle gebelik sırasında demir desteği yapılması gereklidir. Demirin yerine konması, oral veya parenteral olarak yapılabilir. Demir preparatları arasında en uygun olanı, engelleyen bir durum yoksa tedavi kesinlikle ağız yoluyla yapılması tercih edilir (48).

2.8.1. Oral Demir Tedavisi

Etkinliği, güvenli olması, ekonomik olması, sistemik ve lokal yan etkilerinin olmaması, nedeni ile genellikle oral tedavi kullanılır. Günde 200 mg elementer demir içeren oral demir bileşiklerinin- ferröz sulfat, fumarat, glukonat, basit demir bileşiklerinin verilmesiyle sağlanabilir (117).

Ferröz sulfat, en etkili ve en ucuz demir preparatıdır. Günde iki veya üç kez verilir. Demir preparatları aç karnına alınması önerilmektedir. Açık karında absorpsiyon daha fazladır (71, 78, 86, 210).

Demir tuzları, astrejan etkilidir, gastrik irritasyona yol açabilir, bulantı ve epigastrik ağrı, doz ile ilişkilidir. Mide barsak ile ilgili bu tip yan etkiler görüldüğünde ilaç, yemek arasında hatta yemekten sonrada alınabilir.

Tein içeren yiyecekler (çay), tahıllar (kepek, tahıl) ya da tıbbi tedaviler mide asidi pH'sini (antiasitler, proton pompa inhibitörleri ve H₂ reseptör blokerleri) artırarak demir emilimini düşürmektedir (154).

Demir tuzlar, asidik ortamda daha iyi emilirler ve askorbik asit, portakal suyu ile alınmaları, ya da karnelen, etli gıdalarla alınması, emilimini artırır (45, 159).

Gebelerin çoğunda demir verilmesine bağlı yan etki görülmemektedir. Ancak %10-20 hastada demire bağlı yan etkiler görülebilir. Oral tedavinin en önemli yan etkisi gastrointestinal irritasyondur. Buna bağlı bulantı, kusma, karın ağrısı, kabızlık ve ishal görülebilir. Demir preparatlar, gaitayı siyah renge boyar.

2.8.2. Parenteral Demir Tedavisi

Demir eksikliği olan gebelerin çoğunda oral demir tedavisi yeterlidir. Ancak atrofik gastrit, gastrik cerrahi ve çölyak hastaları, gibi nedenlere bağlı demir malabsorpsiyonu, oral demir tedavisine intolerans ve/veya uyumsuzluk, kronik hemodiyaliz, oral demir tedavisine göre yüksek demir açığı, oral demire toleranssızlık, ülseratif kolit, oral demir alımı ile hastaların alevlendiği durumlar, hastanın ilaca karşı güvensizliği ve hemoglobin 6 g/dL'den altındaki olan ve doku perfüzyonu yetersiz DEA hastalarına parenteral demir tedavisi verilmesi önerilmektedir (86, 232).

Hb değerlerinin hızlı yükseltilmesinin gerektiği ve/veya demir emiliminin yeterli olmadığı durumlarda da uygulanmaktadır. Parenteral demir tedavisi ayrı, pahalı ve anafilaktik reaksiyona sebep olabilir. İntravenöz (IV) veya intramusküler (IM) olarak uygulanabilir (189).

Intramusküler uygulama gluteal üst-üçte, kadrana, derine ve önce 0,5 ml verilerek hipersensitivite değerlendirilmesini takiben tam doz bir saat sonra uygulanır. Parenteral demir tedavisinin, hastane ortamı ve uzman hekimlerce uygulanması uygun olur (142, 232).

Intramusküler demir tedavisi sırasında cilt altına kaçırılmaya çok dikkat edilmelidir. Intramusküler demir tedavisi sırasında en önemli yan etki enjeksiyon bölgesinde abses oluşmasıdır. Tekrarlayan enjeksiyonlarla bu çok daha ciddi bir hal almaktadır (149).

Günlük maksimum doz 2ml - 100 mg demirdir. Enjekteler edildikten sonra 72 saate % 65 emilir ve % 25'i en az 4 hafta orada kalır, belki de hiç yararlanamaz (117, 258).

Tedavinin başlamasından 12-24 saat sonra hücre içi demir enzimleri seviyesi kazanır, irritabilite ve tahsizlik iyileşmeye başlar. 36-48 saat sonra kemik iliği yanıtı başlar ve eritroid

hiperplazi geli ir. 48-72 saat sonra retikülositoz ba lar ve 5-7. günler doru a ula ,r. 4 - 30üncü günler Hb düzeyi yükselir. 1-3.ü aylar depolar dolar (107, 138).

2.9. Gebelerde Demir Eksikli i Anemisinin Önlenmesinde Ebe / Hem irenin Rolü

Dünya Sa lık Örgütü ülkeleri aneminin görülme sıklı ,na göre üç büyük gruba ay,rm, t,r (264).

Gruplara göre Demir Eksikli ini Önleme Stratejileri de erlendirilecek olursa:

Grup 1: >%20 Anemi etiyojisinin ara t,r,lmas,na gerek duyulmaks,z,n en s,k neden demir eksikli i oldu unda bütün riskli popülasyona demir proflaksisi uygulanmas,.

Grup 2: %5-20 Demir eksikli ine yönelik temel tarama testlerinin yap,lmas,n, takiben tedavinin uygulanmas,.

Grup 3: <%5 Demir eksikli i d, ,ndaki nedenlere ba l, anemi riskinin fazla olmas, nedeniyle sadece demir eksikli i de il di er anemi etkenlerine yönelik tarama eklindedir.

Gebelik, do um eylemi ve lohusal,k esnas,ndaki komplikasyonlar, geli mekte olan ülkelerde üreme ya ,ndaki kad,nlar aras,nda önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir (268). Anne ölümlerini artt,ran en önemli faktörlerden biride anemidir. Do urganlık ça ,nda olan her kad,n,n; gebelik öncesinde, gebelik s,ras,nda ve gebelik sonras,nda anemi yönünden ara t,r,lmas, gerekmektedir. Özellikle anemi yönünden risk alt,nda olan, anemi geli me riski olan kad,nlar, belirlemek çok önemlidir. Gebe kad,nlarda demir eksikli i anemisinin önlenmesinde en önemli temel faaliyet anemi prevalans,n,n belirlenmesidir (125).

Anemiyi haz,rlayan temel nedenlerden biri olan a ,r, do urganlık, do umlar,n sa lıklı, ko ullarda yap,lmamas,, do um öncesi ve do um sonras, bakım yetersizlikleri, beslenme ve e itim yetersizlikleri ve kad,n,n kendi sa lı , hakk,nda yeterince bilgiye sahip olmamas, anne sa lı ,n, olumsuz yönde etkilemekte ve anne ölümlerini artt,rmaktad,r (149). Bu nedenle Anne ve çocuk sa lı , hizmetlerinde önemli bir yeri olan do um öncesi bakım (DÖB) hizmeti, temelde koruyucu bir sa lık hizmetidir. DÖB, do urganlık ça daki kad,nlar aras,nda mortalitenin yüksek oldu u geli mekte olan ülkelerde büyük ölçüde yarar sa lamaktad,r.

Antenatal dönem, gebe kad,na onun sa l, , ve çocuklar,n,n sa l, , için ya amsal müdahaleleri içerecek ekilde ula ma f,rsat, vermektedir.

DÖB hem anne aday,n,n hem de do acak bebe in sa l, , ve ya am, aç,s,ndan, gebe kad,n,n gebeli i süresince düzenli aral,klarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, e itimli bir sa l,k personeli taraf,ndan izlenmesidir (122). DÖB hizmetleri 1. basamak sa l,k hizmetlerinin verildi i Aile Sa l, , merkezlerinde, doktor, ebe / hem ire taraf,ndan verilmektedir. Hem irenin DÖB hizmetlerindeki rolleri; gebelikteki riskli durumlar, belirlemek, ortaya ç,kabilecek potansiyel sorunlar,n zaman,nda tan, ve tedavisini sa lamakt,r ve genel sa l,k düzeyini yükseltmektir (236).

DÖB hizmetlerinin sunulmas,nda merkezlerinde veya sahada ev ziyaretleri yaparak gebelere dan, mal,k yapmas,, fiziksel muayenelerini yapmas,, beslenme e itimi, demir ve folik asit deste inin sa lanmas,, s,k do um ve dü üklerin önlenmesi, besinlerin demirle zenginle tirilmesi ve demir kayb,na neden olan enfeksiyonlar,n kontrol alt,na al,nmas,, gebe kad,nlarda demir eksikli i anemisinin önlenmesinde gerçekte tirmesi gereken temel faaliyetleridir(92). Ancak DÖBø,n niceli i kadar niteli i de önemlidir. DÖBø,n niceli inin yan, s,ra niteli i hakk,nda bilgi almak için bu bak,m, sunan ki inin niteli i, verilen bak,m say,s,, hizmeti almak için ilk ba vuru zaman,, bak,m s,ras,nda yap,lan test ve ölçümlerin say,s,na ve do umlar,n yap,ld, , yer ile yapt,ran ki inin özelli ine de bakmak gerekir. Türkiye Nüfus ve Sa l,k Ara t,rmas, (TNSA) 2008 ara t,rmas,nda, DÖBø,n nitelik aç,s,ndan içeri ini de erlendirmede a ,rl,k ve kan bas,nc, ölçümü, idrar ve kan tetkiki, ultrason yap,лма oranlar,na bak,lm, t,r (121).

E itim seviyesinin dü ük olmas,, sosyo-ekonomik yetersizlikler, ula ,m sorunu, mevsimlik tar,m i çisi / göçerlik nedeniyle hastanelerden DÖB hizmeti alamayan kad,nlar,n aile sa l, , merkezlerinde görev yapan ebe ve hem ireler taraf,ndan izlenmesi gerekmektedir.

Sa l,k Bakanl, , bilim komisyonlar ile Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derne i, Türk Perinatoloji Derne i, Türkiye Maternal Fetal T,p ve Perinatoloji Derne i taraf,ndan Do um Öncesi Bak,m Yönetim Rehberi olu turulmu tur. Rehberlerin uygulanmas, ile her gebenin en az; 4 kez nitelikli izlenmesi, do um sonras, hastanede 3, evde 3 olmak üzere lo usa izleminin yap,lm,as,, normal do um sonras, 24 saat, sezaryen sonras, 48 saat hastanede yat,r,lmas,, her

do umun hastanede gerçekle tirilmesi, acil obstetrik vakalar,n yonnetimi ve gerekti inde stabilize edilerek sevklerinin gerçekle tirilmesi beklenmektedir (268).

zlem

Gebeli in saptanmas,yla ba lar.

A. Birinci zlem: Gebeli in 14. haftas,nda veya ilk 14 hafta içerisinde yap,lmal,d,r.

B. kinci izlem: Gebeli in 18-24. haftalar, (tercihen 20-22. haftalar) aras,nda yap,lmal,d,r.

C. Üçüncü zlem: Gebeli in 30-32. haftalar, aras,nda yap,lmal,d,r.

D. Dördüncü zlem: Gebeli in 36-38. haftalar, aras,nda yap,lmal,d,r.

40. haftaya kadar do um gerçekle mezse gebe, do um yapaca , sa l,k kurulu una sevk edilir. Her izlemde risk de erlendirmesi yap,l,r, riskli hasta üst merkeze sevk edilir.

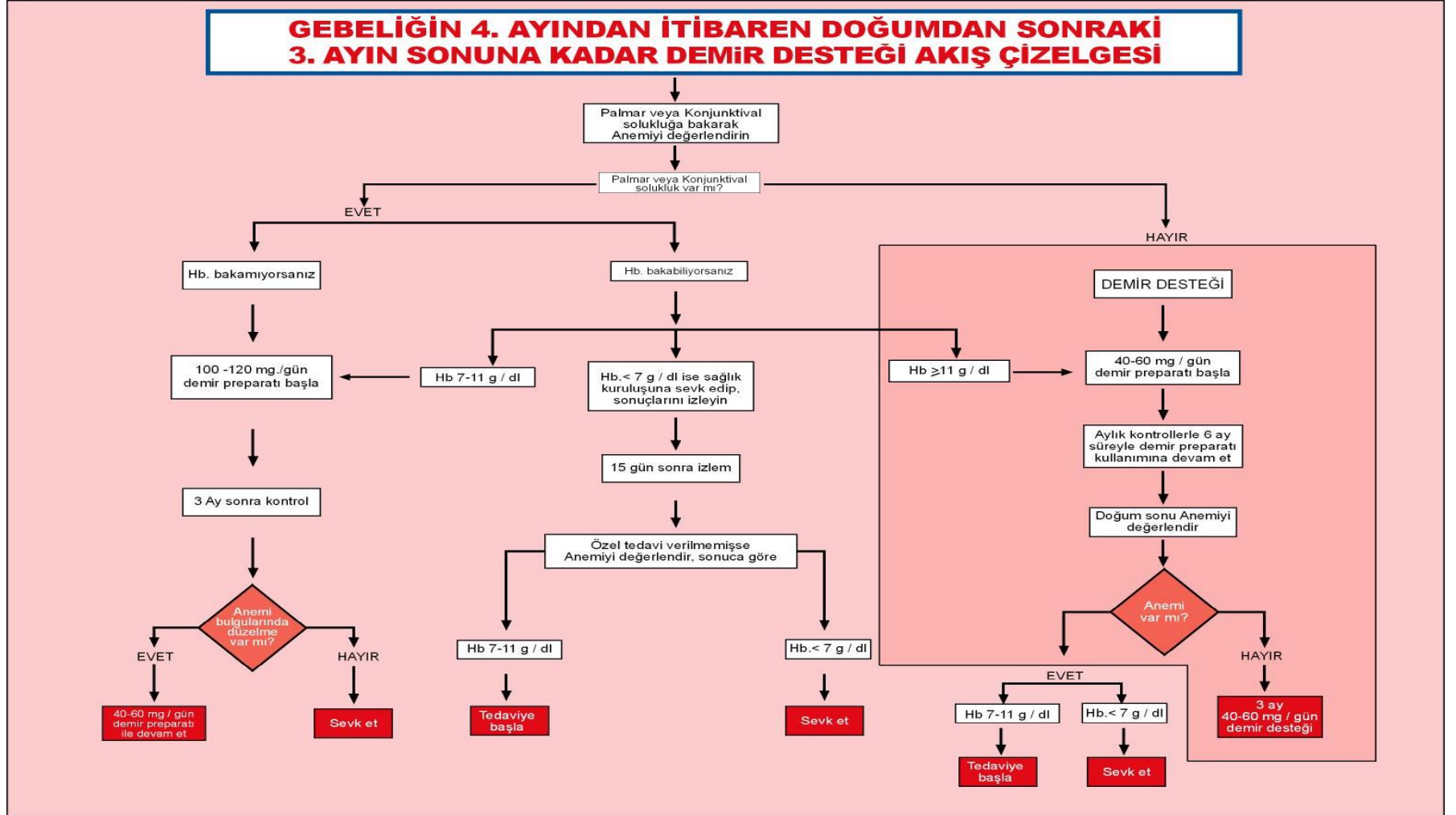
Her bir izlemde, gebeyi de erlendirmek için a a ,daki basamaklar uygulan,r. Basamaklar de erlendirilirken daha önceki izlemin ard,ndan herhangi bir de i iklik olup olmad, , sorgulan,r.

Tablo 4. Gebelik De erlendirme Basamaklar, (269).

	I. zlem	II. zlem	III. zlem	IV. zlem
Süre	lk 14 hafta	18-24. haftalar aras,	30-32. haftalar aras,	36-38. haftalar aras,
Ki isel Bilgiler	+	De i iklikler sorgulan,r	De i iklikler sorgulan,r	De i iklikler sorgulan,r
T,bbi Öykü	+	T,bbi öykü gözden geçirilir	T,bbi öykü gözden geçirilir	T,bbi öykü gözden geçirilir
Obstetrik Öykü	+	Obstetrik öykü gözden geçirilir	Obstetrik öykü gözden geçirilir	Obstetrik öykü gözden geçirilir
Mevcut Gebelik Öyküsü				
Son adet tarihi ve bulgulara göre tahmini do um tarihi hesaplama	+			
Gebelik yak,nmalar,	+	+	+	+
<i>Demir al,m, ile ilgili yak,nma</i>		+	+	+
Fizik nceleme	+	+	+	+
R SK DE ERLEND RME FORMU Herhangi bir kriter EVET ise üst merkeze sevk edilir				
Laboratuvar Testleri				
drar tahlili	+	+	+	+
Hemogram	+	+	+	+
Gebe ve E Kan grubu	+	Önceden yap,lmad,ysa	Önceden yap,lmad,ysa	Önceden yap,lmad,ysa
Gereken di er testler (E er yap,lam,yorsa hasta üst merkeze sevk edilir)			Glukoz tarama testi Temel obstetrik ultrasonografi	
Demir Deste i			16. haftadan itibaren tüm gebelik boyunca 40-60 mg/gün demir a ,zdan verilir, uygulama do umdan sonra 3 ay daha sürdürülür.	
Folik Asit Deste i			Gebelerde artan gereksinimi kar ,lamak ve megaloblastik kans,zl,k geli mesini önlemek yan,nda, fötusta yar,k damak, yar,k dudak ve spina bifida, anensefali, ensefalosel gibi nöral tüp defektlerini önlemek amac,yla gebe kalma plan, bulunan tüm kad,nlara günde 400 mikrogram folik asid a ,z yoluyla verilebilir	
Tetanoz Toksoidi			lk doz 12. haftadan itibaren yada ilk tespitten itibaren, 2.doz 4 hafta sonra, 3. doz son dozdan 6 ay sonra (Her doz 0.5 mg kas içine)	
drar Yolu Enfeksiyonu ve Di er Enfeksiyonlar			Gereken tedaviler verilir. drar yolu enfeksiyonu tedavisinin ard,ndan yap,lan izlemde hâlâ enfeksiyon devam ediyorsa bir üst basama a sevk edilir.	
Bilgilendirme	+	+	+	+
Dan, manl,k	+	+	+	+
Üst Merkeze Sevki Gerektiren Durumlar	+	+	+	+
öGebe zlem Fi iönin Denetlenmesi	+	+	+	+

Do um Öncesi Bak,m Yönetim Rehberinde 16. gebelik haftas,ndan itibaren günde 40-60 mg/gün elementer demir preparat, deste ine ba lanmas, ve õGebelere Demir Destek Program,ö ak, çizelgesini kullanarak destek veya tedavi dozuna karar verilmesi önerilmektedir (268).

Tablo 5. Gebelere Demir Destek Program Ak, Çizelgesi (274).



DSÖ, UNICEF (United Nations Children's Fund), INACG (International Nutritional Anemia Consultative Group) demir eksikliği anemisini önlemek için gebelikte 6 ay süre ile günlük 60 mg elementer demir verilmesini, eğer gebelikte 6 aylık süre tamamlanamazsa demir desteğine toplam 6 ay tamamlanana kadar postpartum periyotta devam edilmesini tavsiye etmektedir. Bu rejimin alternatifi, gebelikte demir desteğini günlük 120 mg elemental demire arttırmaktır. Toplumda gebelikte anemi prevalansı, % 40 veya daha yüksek ise gebelikte 6 ay demir desteğini tamamlansa da postpartum 3 ay demir desteğini sürdürülmelidir (63, 275).

DEA'nın önlenmesinde be temel uygulama önem taşımaktadır. Bu uygulamalar şunlardır;

- ✓ Anemi prevalansının saptanması,
- ✓ Beslenme eğitimi,
- ✓ Demir desteğinin verilmesi,
- ✓ Viral, bakteriyel ve parazit hastalıklarının kontrolü,
- ✓ Demirle besinlerin zenginleştirilmesidir (140).

Demir Eksikliği Anemisinden Korunmak İçin Alınacak Önlemler;

- ✓ DÖB hizmetlerinin nicelik ve nitelik bakımından artırılması,
- ✓ Gebelikte rutin laboratuvar tetkiklerinin yapılması, (Hb, Hct vb)
- ✓ Aile doğurganlığının önlenmesi, bunun için aile planlaması, hizmetlerine önem verilmesi,
- ✓ Gebelere mümkünse prekonsepsiyonel dönemde başlamak üzere demir ve folik asit desteğinin sağlanması,
- ✓ Sosyo-ekonomik ve eğitim seviyesi düşük annelere gebelikte yeterli ve dengeli beslenmenin ve demir desteğinin sağlanması, için gerekli eğitim verilmesi,
- ✓ Gebelere izlem sırasında yeterli ve dengeli beslenme konusunda eğitim verilmesi,
- ✓ Demir yönünden zengin besinlerin önemini kavratıp, tüketiminin sağlanması,

- ✓ Kahve, kola çay gibi içeceklerin tüketiminin azaltılması,, özellikle kahvalt, ve öğünlerde yemeklerle birlikte alınması,, önlenmesi,
- ✓ C vitamininden zengin meyve ve sebzeler demirin biyoyararlılığını artırması,, için diyetle mutlaka verilmesinin sağlanması,,
- ✓ Ekmek ve çörek gibi yiyeceklerin mayalandırılması,, kuru baklagillerin suda bekletilmesi fitatların etkisini azaltarak demir emiliminin artmasını sağlanması,,
- ✓ Kalsiyum demir emilimini baskılar. Demir emilimi üzerine kalsiyumun negatif etkilerinin üstesinden gelmek için pratik çözüm demir alınması ve biyoyararlılığını arttırmak, kalsiyumdan ve demirden zengin besinleri ayrı öğünde tüketmekten sakınmaktır. Süt, peynir ve diğer süt ürünlerinin öğün zamanından ziyade, öğün aralarında tüketilmesi önerilmeli,
- ✓ Çevre sağlığını düzeltilmesi, sık enfeksiyonlar ve özellikle paraziter hastalıkların önlenmesi,
- ✓ Önerilen tedaviye uyulması,, tedavinin yan etkileri konusunda bilgilendirilmesidir (244).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Ara t,rman,n ekli

Çal, ma, anl,urfa Kad,n Hastal,klar, ve Do um Hastanesine do um öncesi hizmet almak için gebe polikliniklerine ba vuran gebelerde anemi görülme s,kl, , ve ili kili faktörleri belirlemek amac,yla tan,malay,c, ve kesitsel olarak planlanm, t,r.

3.2. Ara t,rman,n Yap,ld, , Yer ve Tarih

Ara t,rma anl,urfa ilinde Sa l,k Bakanl, ,na ba l, Kad,n Hastal,klar, ve Do um Hastanesinin gebe takip poliklini inde ve biyokimya laboratuvar,nda Ocak ó Mart 2013 tarihleri aras,nda gerçeikle tirilmi tir. Ara t,rman,n yap,ld, , hastanenin 11 poliklini i bulunmaktad,r. Gebeler sekretere giri i lemlerini yapt,r,p s,ra ile muayeneye al,nmaktad,r,lar. Her poliklinikte bir sekreter ve bir uzman doktor bulunmaktad,r. Muayeneye gelen gebelerin Ultrasonografi (USG) ve laboratuvar tetkikleri yap,ld,ktan sonra e itim poliklini inde görevli ebe / hem ire taraf,ndan kan bas,nc, ve kilo kontrolleri yap,l,p kartlar,na i lenmektedir. Gerekli oldu u durumlarda gebelerin vital bulgular, takip edilip tetanoz a ,s, da uygulanmaktad,r. Ayr,ca e itim ebesi / hem iresi taraf,ndan gebelik, do um vbí konular hakk,nda e itimler uygulanmakta ve gebelere Sa l,k Bakanø, ,n,n haz,r,lam, oldu u e itim cd leri verilmektedir. Gebeler daha sonra doktor taraf,ndan istemlenmi ise, Nonstres testini (NST) yapt,r,mak için NST poliklini e gitmektedir. Ö leden sonra laboratuardan sonuçlar,n, alan gebeler muayene oldu u poliklini e gidip doktoruna tetkik sonuçlar,n, göstererek de erlendirilerek evlerine gönderilmektedir.

Ara t,rma için bu hastanenin seçiminde;

- Hastanenin anl,urfaøda Sa l,k Bakanl, ,na ba l, tek kad,n hastal,klar, ve do um hastanesi olmas,,
- Gebe takip poliklini ine gelen gebe say,s,n,n, anl,urfa ilinde bulunan di er özel hastanelere ba vuran gebe say,s,ndan daha fazla olmas,,
- Gebe izlem poliklini ine farkl, sosyoekonomik düzeylere sahip hastalar,n ba vurmas,,

3.3.Ara t,rman,n Evren ve Örnekleme

Ara t,rman,n evrenini, anl,urfa Kad,n Hastal,klar, ve Do um Hastanesinin gebe izlem poliklini ine ba vuran tüm gebeler olu turmu tur. Literatür bilgilerine dayan,larak, dünyada ve Türkiye gibi geli mekte olan ülkelere göre gebelerde anemi prevalans, % 43 olarak kabul edilmi ve mini tab program,nda Power analizi yap,larak %95 güven ve %95 güç ile en fazla %3 hata pay, için yakla ,k 478 ki ilik bir örneklem çap, hesaplanm, olup toplam 873 gebeye ula ,lm, t,r.

3.3.1. Örneklem seçim kriterleri;

- 12. gebelik haftas,n, tamamlayanlar,
- Türkçe konu abilen gebeler olarak belirlenmi tir.

3.4.Verilerin Toplanması,

3.4.1. Veri Toplama Formunun Haz,rlanması, ve Uygulanması,

Ara t,rmac, taraf,ndan literatür taranarak ve alan,nda uzman 5 ki iden görüş al,narak olu turulan Görü me Formu, 50 gebe üzerinde pilot uygulama yap,ld,ktan sonra gerekli düzenlemeler ile son eklini alm, t,r. Görü me formu; gebelerin sosyodemografik özelliklerini, sa lık al, kanl,klar,n,, jinekolojik ve obstetrik öyküsünü, imdiki gebelik öyküsünü ve laboratuvar bulgular,n, saptamaya yönelik 55 sorudan olu maktadır(**Ek 1**). Görü me Formu örneklem grubuna al,nan ve çal, maya kat,lmay, kabul eden tüm gebelere ara t,rmac, taraf,ndan yüz yüze görüş me tekni i kullan,larak ara t,rmac, taraf,ndan uygulan,p doldurulmu tur. Laboratuvar sonuçlar,n,n elde edilebilmesi için poliklinik sekreteri ile i birli i yap,lm, t,r.

3.4.2. Laboratuvar Sonuçlar,n,n Toplanması,

Gebelerin kan ölçümleri ara t,rman,n yap,ld, , hastanenin biyokimya klinik laboratuvar,nda Beckman Coulter Gen S marka otomatik say,m cihaz, ile ölçülmü hemoglobin de erleri referans olarak al,nm, t,r

3.5. Verilerin De erlendirilmesi

Verilerin bilgisayar ortam,nda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16.5 paket program, kullan,larak, frekans, ortalama, ki kare testi (χ^2) ve logistik regresyon (Binary Logistic) testleri ile analiz edilmi tir. Veriler % 95 güven aral, ,nda anlaml,klar $p<0.05$ düzeyinde olacak ekilde de erlendirilmi tir.

3.6 Ara t,rman,n Etik Yönü

Ara t,rma için anl,urfa l Sağlık Müdürlü ünden, anl,urfa Kadın Hastal,klar, ve Do um Hastanesinden yaz,l, izin al,nm, (Ek 2) ve izin yaz,s, ile Harran Üniversitesi T,p Fakültesi etik kuruluna ba vurulmu tur. Gerekli etik kurul izini al,nd,ktan sonra çal, maya ba lanm, t,r (Ek 3). Kat,l,mc,lara ara t,rma hakk,nda bilgi verilmi , formdan elde edilen bilgilerinin ismen de ifre edilmeyece i belirtilerek, ayd,nlanm, onam formu imzalat,r,lm, t,r. Okuma yazmas, olmayan gebelere ayd,nlat,lm, (bilgilendirilmi) onam formu okunmu , gebeye ve görü me tan, ,na imzalat,lm, t,r.

Ara t,rmadan kullan,lan Görü me Formlar, Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda dosyalanm, ve çal, ma tamamland,ktan sonra 2 y,l saklanarak daha sonra yok edilmesi planlanm, t,r.

3.7.Ara t,rman,n S,n,rl,klar,

- ❖ Literatüre göre gebeli in 12. haftas,ndan sonra demir depolar, kullan,lmaya ba lanmaktad,r. Buna dayanarak ara t,rmaya 12. gebelik haftas,n, tamamlayan gebeler al,nm, t,r.
- ❖ Gebelerin izlem için s,kl,kla son trimesterde gelmeleri nedeni ile randomizasyonun sa lanamam, t,r.
- ❖ Ara t,rma bir devlet hastanesinde yap,ld, , için sonuçlar tüm anl,urfa iline genellenemez.

4. BULGULAR

Tablo 6. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri

n: 873

Tanım,lay,c, Özellikler	Say,	%
Ya		
19 ya ve alt,	74	8.5
20 ó 34 ya	693	79.4
35 ya ve üstü	106	12.1
E itim Düzeyi		
Okuryazar de il	384	44.0
Okulsuz okuryazar	109	12.5
İlkö retim ve üzeri	380	43.5
Çal, ma Durumu		
Gelir getiren i te çal, ,yor	131	15.0
Gelir getiren i te çal, m,yor	742	85.0
Çal, ,lan		
Mevsimlik tar,m i çisi	121	92.4
Memur	5	3.9
Di er	6	3.7
Sosyal Güvence		
Sosyal güvence var	813	93.1
Sosyal güvence yok	60	6.9
Aile Tipi		
Çekirdek aile	597	68.4
Geni aile	276	31.6
Gebelerin Evde Birlikte Ya ad,klar, Ki i Say,s,		
1 -4 ki i	373	42.7
5 ó 8 ki i	332	38.0
9 ó 12	118	13.5
13 ki i ve üzeri	50	5.7
Gelir Durumu		
yi	53	6.1
Orta	564	64.6
Kötü	256	29.3

Tablo 6'da ara tırma kapsam,na al,nan gebelerin sosyodemografik özelliklerinin da ,l,m, yer almaktadır. Gebelerin % 79.4'ünün 20-34 ya aral, ,nda oldu u görülmektedir. Gebelerin e itim durumu incelendi inde, %44'ünün okur yazar olmad, ,, % 43.5'inin ilkö retim ve

üzeri mezunu ve % 85'inin gelir getiren bir i te çal, mad, ,, çal, anlar,n ise % 92.4'inün mevsimlik tar,m i çisi oldu u görülmü tür. Gebelerin %6.9'unun sosyal güvencesinin olmad, , ortaya ç,km, t,r. Gebelerin %68.4'inün çekirdek ailede, %31.6's,n,n geni ailede ya ad, , görülmü tür. Ara t,rmada gebelerin %42.7'sinin 1-4 ki ilik, %38'inin 5 ó 8 ki ilik ailelerde ya ad, , saptanm, t,r. Gebelerin %64.6's,n,n orta düzeyde gelire sahip oldu u tespit edilmi tir.

Tablo 7. Gebelerin Do urganl,k Özellikleri

Do urganl,k Özellikleri	Say,	%
İlk Do um Ya , n: 680		
19 ya ve alt,	269	39.6
20 ya ve üstü	411	60.4
Gebelik Say,s, Ort: 3.38 ± 2.15 (Min: 1- Max:14)		
1 ó 4 gebelik	640	73.3
5 ve üzeri gebelik	233	26.7
Çocuk Say,s, n: 633 Ort: 2.03 ± 2.15 (Min: 1- Max:11)		
1-3 çocuk	445	70.3
4 çocuk ve üzeri	188	29.7
Dü ük Yapma		
Yapmayan	654	74.9
Yapan	219	25.1
Dü ük Say,s, n: 219		
1	156	71.2
2 ve üzeri	63	28.8
Küretaj Olan		
Olmayan	792	90.7
Olan	81	9.3
Küretaj Say,s, n:81		
1	67	82.7
2 ve üzeri	14	17.3
Ölü Do um n: 873		
Yok	801	91.8
Var	72	8.2
Ölü Do um Say,s, n:72		
1	60	83.3
2 ve üzeri	12	16.7
En son Gebelik le İndiki Gebelik Aras,nda Geçen Süre n: 651		
24 aydan daha az	378	58.1
24 aydan daha fazla	273	41.9
ki y,ldan Az Süre le Gerçekle en Do um n: 651		
2 y,ldan az	409	62.8
2 y,ldan fazla	242	27.7

Tablo 7’de gebelerin genel doğurganlık özellikleri verilmektedir. Ara tirmada gebelerin % 39.6’sının ilk doğumları, 19 yaş altındadır, % 60.1’inin 20-34 yaşları arasında yapıldığı, ortaya çıkmıştır. Gebelerin % 70.3’ünün 1-3 çocuk sahibi olduğu, % 73.3’ünün 1-4 gebeliği, % 26.7’sinin 5 ve üzeri gebeliğinin bulunduğu tespit edilmiştir. Gebelerin % 25.1’inde düşük öyküsünün olduğu ve % 71.2’sinin 1 defa düşük yaptı, % 9.3’ünün küretaj öyküsü olduğu ve % 82.7’sine 1 defa küretaj uygulandı, % 8.2’sinin en az 1 defa ölü doğum yaptı, saptandı, t.r. Gebelerin % 62.8’inin en son gebeliği imdiki gebeliği arasında geçen sürenin 2 yıldan az olduğu saptandı, t.r. Ayrıca gebelerin % 62.8’i iki yıldan az aralıyla doğum yaptı, saptandı, t.r.

Tablo 8. Gebelerin İmdiki Gebelik Özellikleri

Değişkenler	Sayı	%
Süre		
2. Trimester	81	9.3
3. Trimester	792	90.7
Doktor Tarafından Doğum Öncesi Bakım Alma		
Alan	743	85.1
Almayan	130	14.9
Doğum Öncesi Bakım Almayanların Nedenleri n:130		
Gerekliliğini bilmeyen	62	47.7
Ekonomik yetersizlik	48	36.9
Elinin / Aile büyüklerinin izin vermemesi	5	3.8
Mevsimlik tarım işçisi / Göçer	6	4.6
Diğer	9	6.9
Ebe / Hemşire Tarafından Doğum Öncesi Bakım Alma		
Alan	676	77.4
Almayan	197	22.6
Gebeliklerini Planlama		
Planlandı, gebelik	650	74.5
Planlanmadı, gebelik	223	25.5

Tablo 8’de gebelerin imdiki gebeliklerine ait özellikleri verilmiştir. Ara tirma kapsamına alınan gebelerin % 9.3’ü 2. trimesterde, % 90.7’sinin 3. trimesterde olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin % 47.7’sinin doğum öncesi bakım almadığı, gerektiğini bilmediğinden, % 36.9’unun ekonomik nedenlerden dolayı, % 3.8’inin eşi ya da kayınanasının izin vermemesi, % 4.6’sı ise mevsimlik tarım işçisi / göçer oldukları gerekçesiyle düzenli doğum öncesi bakım alamadıkları, bildirmişlerdir.

Do um öncesi bakım hizmeti alan gebelerden % 77.4'ü evlerine yakın yerde bulunan Aile Sağlığı Merkezi (ASM) görev yapan ebe / hemşireye bakım için başvurdukları, söylemleridir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin % 74.5'ü bu gebeliği planladıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 9. Gebelerin Sağlık Durumuna Göre Dağılımı, n: 873

Sa Ğlık Durumu	Say,	%
Sistemik Hastalıklar		
Yok	770	88.2
Var	103	11.8
Gaitada Parazit		
Yok	793	90.8
Var	80	9.2
Birlikte Yaşadıkları Bireylerde Gaitada Parazit		
Yok	800	91.6
Var	73	8.4
Gebelik Öncesi Dönemde Anemi		
Var	368	42.2
Yok	341	39.1
Bilmiyor	164	18.8
Gebelik Öncesi Anemi için Demir Deste Ği Alma		
Alan	474	54.3
Almayan	399	45.7
Önceki Gebelikte / Do um Sonrasında Kanama		
Evet	156	17.9
Hayır	717	82.1
Tedavi Gerektirecek Kanama Durumu		
Evet	129	14.8
Hayır	744	85.2

Tablo 9'da görüldü Ğü üzere gebelerin sağlık durumları ile ilgili özellikleri verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin % 11.8'inin sistemik bir hastalığa sahip olduğunu belirlenmiştir. Gebelerde parazit belirtilerine ait özellikleri incelendi Ğinde; % 20.2'sinde burun ka Ğıntısı, % 30.7'sinde makat ka Ğıntısı, % 14.9'unda gece uyurken di Ğişçilik, % 50.1'inde sık sık karın ağrısı, % 28.2'sinde uykusunda ağrıdan salya gelmesi, % 9.2'sinde gaitada solucan görmesi gibi belirtiler olduğu bildirilmiştir. Gebelerin evde birlikte yaşadıkları illerde parazit belirtilerine ait özellikler incelendi Ğinde; % 9'unda burun ka Ğıntısı, % 7.2'sinde makat ka Ğıntısı, % 11.6'sında gece uyurken di Ğişçilik, % 14.9'unda Ğinde sık sık karın ağrısı, % 14.9'unda uykusunda ağrıdan salya gelmesi, % 8.4'ünde gaitada solucan görmesi gibi belirtilerinin olduğu saptanmıştır.

Gebelerin % 42.2'si gebelik öncesi dönemde anemi tanıs, alm, olup, %18.8'inin anemisinin olup olmad, , hakk,nda bilgisinin olmad, ,, gebelik öncesi anemi tanıs, alan gebelerin % 54.3'ünün demir deste i ald, , saptanm, t,r. Gebelerin % 17.9'unda önceki gebeli inde ya da doğumunda kanamas, oldu unu, % 14.8'inde bu güne kadar ilaç tedavisi / kan nakli gerektirecek kadar kanamas, oldu u ifade etmi tir.

Tablo 10. Gebelerin Genel Sağlık Al, kanlıklar,na Göre Da ılım, n: 873

Al, kanlıklar,	Say,	%
Madde Kullanım,		
Kullanılm,yor	747	85.6
Sigara	125	14.3
Di er	1	0.1
Günlük Ö ün Sayıs,		
Düzensiz	230	26.3
2 ö ün	205	23.5
3 ö ün	438	50.2
Pika		
Al, kanlı , olan	220	25.4
Al, kanlı , olmayan	653	74.8
Günlük Çay Tüketimi		
çmiyor	60	6.9
1 -4 bardak	583	66.8
5 bardak ve üzeri	230	26.3
Kahvalt,da Çay		
Tüketen	682	78.1
Tüketmeyen	191	21.9
Yemekle Birlikte Çay		
Tüketen	84	9.6
Tüketmeyen	789	90.4
Yemekten Hemen Sonra Çay		
Tüketen	357	40.9
Tüketmeyen	516	59.1
Ö ün Aralarında Çay		
Tüketen	111	12.7
Tüketmeyen	762	87.3
Tüketilen Ekmek Çe idi		
Ekmek fabrikas,ndaki somun	136	15.6
Mahalle fır,n ekme i	409	46.8
Yöresel ev ekme i (yufka, lava vbí)	328	37.6
Mayal, Ekmek		
Her gün tüketim	549	62.9
Düzensiz tüketim	183	21.0
Tüketmiyor	141	16.2
Mayas,z Ekmek		

Her gün tüketim	335	38.4
Düzensiz tüketim	209	23.9
Tüketmiyor	329	37.7

Tablo 10'da gebelerin genel sağlık, kanlıklarına ait özellikler verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin % 14.3'ünün bu gebeliklerinde sigara içtiği saptanmıştır. Gebelerin % 26.3'ünün düzensiz olarak yemek yediği, % 23.5'inin 2 örneğin, % 50.2'sinin 3 örneğin yemek yediği belirlenmiştir. Gebelerin % 25.4'ünde pıka (toprak, kil, buz vb.) yemeği, kanlı,) olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada gebelerin % 6.9'unun çay tüketmediği, % 66.8'inin n günde 1-4 çay bardağı, % 26.3'ünde 5 ve üzeri çay bardağı, çay tükettiği saptanmıştır. Çay tüketen gebelerin % 78.1'inin çay, kahvaltıda, % 9.6'sının çay, yemekle, % 40.9'unun yemekten hemen sonra içtikleri saptanmıştır. Gebelerin örneklerde tükettikleri ekmeğe itleri incelendiğinde % 15.6'sı, ekmeğe fabrikasında yapılan somun ekmeğe itlerini, % 44.6'sı, mahallerinde var olan fırın ekmeğini, % 37.6'sı, kendilerinin yaptıkları, yöresel ev ekmeği (yufka, lava vb.) tükettiklerini bildirmişlerdir. Gebelerin % 62.9'unun her gün mayalı, ekmeğe tükettiği, % 38.4'ü her gün mayasız ekmeğe tükettiği belirlenmiştir.

Tablo 11. Gebelerin Anemi Tanı, Alma Durumları, n: 873

Anemi Tanı, s,	Sayı,	%
İndiki Gebeliklerinde Anemi Tanı, Alma Durumları, n: 873		
Normal Hb	670	76.7
Anemik	203	23.3
Hemoglobin Değerlerine Göre Durumları, (Min: 6 ó Max: 17)		
11 mg/ dl üzeri	670	76.7
10 - 10.9 mg/ dl	134	15.4
6.0 ó 9.9 mg/ dl	69	7.9

Tablo 11'de gebelerin indiki gebeliklerinde anemi tanı, alma durumlarına ait özellikler verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin % 23,3'ünün anemik olduğu saptanmıştır.

Gebelerin % 76.7'sinin hemoglobin değerinin 11 mg/dl üzerinde, % 15.3'ünün hemoglobin değerinin 10.0 - 10.9 mg/dl aralığında ve % 7.9'unun hemoglobin değerinin 7.0 - 9.9 mg/dl aralığında olduğu saptanmıştır.

Tablo 12. Gebelerin Demir Preparat, Kullanma Durumlar, n: 873

	Say,	%
İndiki Gebeliklerinde Demir Deste i Alma n:873		
Destek alan	493	56.5
Destek almayan	380	43.5
Demir Deste i Alma Süreleri n:493		
1 ó 3 ay	305	61.9
4 ay ve üzeri	188	38.1
Demir Deste ini Alma Zamanlar, n: 493		
Yemeklerden sonra	332	67.3
Yemeklerden önce	131	26.6
Yemekle birlikte	30	6.1
Demir Deste i Almas, Konusunda E itim Alma n:873		
E itim alan	146	16.7
E itim almayan	727	83.3
Demir Deste i Alma Konusunda E itim Veren Sa lık Personeli n:146		
Doktor	93	63.7
Hem ire	53	36.3

Tablo 12de gebelerin demir preparat, kullanma durumlar,na ait özellikler verilmi tir. Gebelerin % 56.5inin demir deste i ald, ,, demir deste i alan gebelerin de % 61.9unun 1-3 ay aras,nda kulland, , belirtilmi tir. Gebelerin % 67.3ü demir deste ini yemekten sonra, % 26.6s, yemekten önce, % 6.1i deste i yemekle birlikte ald, , saptanm, t,r. Gebelerin demir deste i almas, konusunda e itim alma durumu incelendi inde % 83.3ü e itim almad, ,,n,, % 16.7si e itim ald, ,,n,, e itim alanlar,n % 63.7si bu e itimin ASM doktoru taraf,ndan verildi ini bildirmi tir.

Tablo 13. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Anemi Dağılımı, n: 873

Değişkenler	Anemi Var		Anemi Yok		Toplam		P	n
	n	%	n	%	n	%		
Yaş								
19 yaş ve alt,	22	29.7	52	70.3	74	100	0.181	3,417
20 ó 34 yaş	152	21.9	541	78.1	693	100		
35 yaş ve üzeri	29	27.4	77	72.6	106	100		
Eğitim								
Okuryazar değil	95	24.7	289	75.3	384	100	0.134	4,022
Okulsuz okuryazar	31	28.4	78	71.6	109	100		
İlköğretim ve üzeri	77	20.3	303	79.7	380	100		
Çalışma Durumu								
Çalışan	33	25.2	98	74.8	131	100	0.234	0,576
Çalışmayan	170	22.9	572	77.1	742	100		
Aile Tipi								
Çekirdek aile	139	23.3	458	76.7	597	100	0.975	0,524
Geni aile	64	23.2	212	76.8	276	100		
Sosyal Güvence								
Güvence var	188	23.1	625	76.9	813	100	0.740	0,110
Güvence yok	15	25.0	45	75.0	60	100		
Evde yaşadıkları, Kişisel Yaşama Göre Dağılımı,								
1 ó 4 kişi	82	22.0	291	78.0	373	100	2.097	0,552
5 ó 8 kişi	83	25.0	249	75.0	332	100		
9 - 12	24	20.3	94	79.7	118	100		
13 ve üstü kişi	14	28.0	36	72.0	50	100		
Gelir Durumuna Göre Dağılımlar,								
Kötü	67	26.2	189	73.8	256	100	0.410	1,783
Orta	125	22.2	439	77.8	564	100		
Yüksek	11	20.8	42	79.2	53	100		

Tablo 13’de gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre anemi dağılımları, yer almaktadır. Gebelerin 20 ó 34 yaş aralığında olanların % 21.9’unun, 19 yaş ve altında olan gebelerin % 29.7’sinin, okulsuz okur yazar olanların % 28.4’ünün, gelir getiren bir işte çalışanların % 25.2’sinin, geniş ailede yaşayan gebelerin % 23.3’ünde, sosyal güvencesi olmayanların % 25’inde, 13 ve üzeri sayıda aile bireyi ile yaşayan gebelerin % 28’inin, gelir durumu kötü olduğunu ifade eden gebelerin % 26.6’sının anemik olduğunu saptanmıştır.

Ancak anemi ile gebelerin ya , e itim seviyesi, al, ma durumu, aile tipi, evde ya ayan birey say,s, ve gelir durumlar, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, ili ki saptanmam, t,r (p > 0.05).

Tablo 14. Gebelerin Do urganlık zelliklerine Göre Anemi Da l,m, n: 873

De i kenler	Anemi Var		Anemi Yok		Toplam		P	2
	n	%	n	%	n	%		
İlk Do um Ya ,							n: 680	
19 ya  ve alt,	65	24.2	204	75.8	269	100	0.697	0.152
20 ya  ve st	94	22.9	317	77.1	411	100		
Gebelik Say,s,								
1  4 gebelik	145	22.7	495	77.3	640	100	0.489	0.479
5 ve üzeri	58	24.9	175	75.1	233	100		
ocuk Say,s,							n: 633	
1-3 ocuk	103	23.1	342	76.9	445	100	0.944	0.005
4 ve zeri	44	23.4	144	76.6	188	100		
D k Yapma								
Yapan	52	24.1	164	75.9	216	100	0.733	0.126
Yapmayan	150	22.9	505	77.1	655	100		
Küretaj Olan								
Olan	19	24.1	60	75.9	79	100	0.865	0.029
Olmayan	184	23.2	609	76.8	793	100		
l Do um							n: 873	
Var	18	25.7	52	74.3	70	100	0.615	0.253
Yok	185	23.1	617	77.0	802	100		
En Son Gebelik ile İmdiki Gebelik Aras,nda Geçen Süre							n: 651	
24 aydan az	100	26.5	278	73.5	378	100	0.039	4.371
24 aydan fazla	53	19.4	220	80.6	273	100		
ki Y,ldan Az Süre ile Gerçekle en Do um							n: 651	
2 y,ldan az	111	27.1	298	72.9	409	100	0.014	6.092
2 y,ldan fazla	45	18.6	197	81.4	242	100		

Tablo 14de gebelerin do urganlık özelliklerine göre anemi da l,m,lar, yer almaktad,r. Ara t,rma kapsam,na al,nan ve ilk do umu 19 ya  ve alt,nda yapt, n, ifade eden gebelerin % 24.2si, 5 ve üzeri say,da gebelik öyküsü olanlar,n % 24.9unun, 4 ve üzeri ya ayan çocu u oldu unu ifade eden gebelerin % 23.4nn, d k öyküsü olanlar,n % 24.1nin, küretaj öyküsü olanlar,n % 24.1nin l do um yapanlar,n % 25.7sinin, en son gebeli i ile imdiki

gebeleri arasında süresi 24 aydan az olan gebelerin % 19.4'ünün, iki yıldan az süre ile gerçekleşen doğum varlığı, az olanların % 27.1'inin anemik olduğu saptanmıştır, t.r.

Yapılan çalışmada gebelerin ilk doğum yaşları, gebelik sayısı, doğum zamanı, doğum türü, küretaj varlığı, ölü doğum varlığı ile anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

Gebelerin en son gebelikleri ile şimdiki gebelik arasında geçen süre ($p=0.039$, χ^2 : 4.371) ve iki yıldan az süre ile gerçekleşen doğum sayısı, ($p=0.014$, χ^2 : 6.092) ile anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır, t.r.

Tablo 15. Gebelerin şimdiki Gebelik Özelliklerine Göre Anemi Durumu, n=873

Değişkenler	Anemi Var		Anemi Yok		Toplam		P	χ^2
	n	%	n	%	n	%		
Gebelik Sürelerine Göre								
2. Trimester	27	33.3	54	66.7	81	100	0.024	5.084
3. Trimester	176	22.2	616	77.8	792	100		
Doktor Tarafından Doğum Öncesi Bakım Alma								
Alan	171	23.0	572	77.0	572	100	0.159	0.690
Almayan	32	24.6	98	75.4	130	100		
Ebe / Hemşire Tarafından Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları								
Alan	152	22.5	524	77.5	524	100	0.320	0.990
Almayan	51	25.1	146	74.1	197	100		
Bu Gebeliklerinde Demir Desteği Alma Durumları, n:873								
Destek Alan	115	23.3	378	76.7	493	100	0.953	0.003
Destek almayan	88	23.2	292	76.6	292	100		
Demir Desteği Alma Süreleri n:493								
1-3 ay	71	23.3	234	76.7	305	100	0.974	0.001
4 ay ve üzeri	44	23.4	144	76.6	188	100		
Demir Desteği Alma Zamanları, n:493								
Yemeklerden sonra	78	23.5	254	76.5	332	100	0.658	0.838
Yemeklerden önce	32	24.4	99	75.6	131	100		
Yemekle birlikte	5	16.7	25	83.3	30	100		

Tablo 15’de gebelerin imdiki gebelik özelliklerine göre anemi da ımlar, yer almaktadır. Ara tırma kapsam,na al,nan 2. trimesterdeki gebelerin %33.3’ünde, 3.trimesterdeki gebelerin % 22.2’ünde, doktor taraf,ndan do um öncesi bak,m alan gebelerin % 23’ünde, ebe ya da hem ire taraf,ndan do um öncesi bak,m alan gebelerin % 22.5’ünde, bu gebeli inde demir deste i alan gebelerin % 23.3’ünde, demir deste i almayan gebelerin % 23’ünde, deste i 1 ó 3 ay aras, alan gebelerin % 23.3’ünde, demir preparat,n, yemekten önce alan gebelerin % 24.4’ünde anemi oldu u saptanm, t,r. Çal, mada anemi ile gebelik haftas, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili ki saptan,rken ($p= 0.024$, $\chi^2: 5.084$), sa lık personelinden do um öncesi bak,m alma, gebelikte demir deste i alma, demir deste in süresi, gebelikte demir preparat, kullan,m zaman, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili ki saptanmam, t,r ($p > 0.05$).

Tablo 16. Gebelerin Sa lık Durumuna Göre Da ımlar, Anemi Da ımlar,

De i kenler	Anemi Var		Anemi Yok		Toplam		P	2
	n	%	n	%	n	%		
Sistemik Hastalık Durumu								
Var	26	25.5	76	74.5	102	100	0.574	0.316
Yok	177	23.0	593	77.0	770	100		
Gebelik Öncesi Dönemde Anemi Durumu								
Evet	102	27.7	266	72.3	368	100	0.008	9.727
Hayır	61	17.9	280	82.1	341	100		
Bilmiyorum	40	24.4	124	75.6	164	100		
Gebelik Öncesi Anemi Durumunda Demir Tedavisi Alma Durumu								
Tedavi alan	90	28.3	228	71.7	318	100	0.008	7.144
Tedavi almayan	113	20.4	442	76.9	555	100		
Gaitada Parazit Görülme Durumuna Göre Anemi Durumlar,								
Var	20	25.0	60	75.0	80	100	0.679	0.151
Yok	183	23.1	610	76.9	793	100		
Önceki Gebelikte / Do um Sonras,nda Kanamaya Ba lı Anemi Durumu								
Var	39	30.2	90	69.8	129	100	0.043	4.077
Yok	163	22.1	575	77.9	738	100		
İlaç Tedavisi / Kan Nakli Gerektirecek Kanamaya Nedeniyle Anemi Durumu								
Var	39	30.2	90	69.8	129	100	0.042	4.132
Yok	164	22.0	580	78.0	744	100		

Tablo 16'da gebelerin genel sa lık durumları,na göre anemi da ımları, yer almaktadır. Sistemik hastal ık olan gebelerin % 25. 5'inde, gebelik öncesi anemi te hissi alanların % 27.7'inde, anemi te hissi almayanlara kar ın demir preparat, kullanan gebelerin % 28.3'ünde, gaitada parazit gördü ünü belirten gebelerin ise %25'inde önceki gebeliklerinde / do um sonrasında kanamaya ba ılı anemi tanıs alanların % 30.2'inde, ilaç ya da kan nakli gerektirecek kanamaya ba ılı anemi tanıs alanların % 30.2'sinin anemik oldu u saptanmıştır.

Çalışmada gebelerin sistemik hastalık varlığı, ve gaitada parazit görülme durumu ile anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelerin gebelik öncesi mevcut olan anemi durumu ($p = 0.008$, $\chi^2: 9.727$), anemi tedavisi alması ($p=0.008$, $\chi^2: 7.144$), önceki gebeliklerinde / do um sonrasında kanamaya ba ılı anemi tanıs alması ($p= 0.043$, $\chi^2 : 4.077$), bu güne kadar ilaç ya da kan nakli gerektirecek kanamaya ba ılı anemi tanıs alma durumuna göre ($p = 0.042$, $\chi^2: 4.132$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 17. Gebelerin Al, kanl,klar,na Göre Da ,l,m, Anemi Da ,l,m,

De i kenler	Anemi Var		Anemi Yok		Toplam		P	2
	n	%	n	%	n	%		
Sigara Kullan,m,								
Kullan,yor	26	20.8	99	79.2	125	100	0.468	0.527
Kullanm,yor	174	23.8	558	76.2	732	100		
Günlük Ö ün Say,s,								
Düzensiz	59	25.7	171	74.3	230	100	0.604	1.007
2 ö ün	46	22.4	159	77.6	205	100		
3 ö ün	98	22.4	340	76.7	438	100		
Pika								
Al, kanl, , olan	65	29.5	155	70.5	220	100	0.011	6.525
Al, kanl, , olmayan	138	21.1	515	78.9	653	100		
Günlük Çay Tüketimi								
1 -4 bardak	133	22.8	450	77.2	583	100	0.278	1.177
5 bardak ve üzeri	61	26.4	170	73.6	231	100		
Kahvalt,da Çay Tüketme								
Tüketiyor	169	27.8	513	75.2	682	100	0.044	4.072
Tüketmiyor	34	17.8	157	82.2	191	100		
Yemekle Birlikte Çay Tüketme								
Tüketiyor	16	19.0	68	81.0	84	100	0.337	0.921
Tüketmiyor	187	23.7	602	76.3	789	100		
Yemekten Hemen Sonra Çay Tüketme								
Tüketiyor	82	23.2	272	76.8	354	100	0.959	0.003
Tüketmiyor	121	23.3	398	76.7	519	100		
Tüketilen Ekmek Çe idi								
Somon Ekmek	30	22.1	106	77.9	136	100	0.538	1.240
Mahalle f,r,n ekme i	90	22.0	319	78.0	409	100		
Yöresel ev ekme i	83	25.3	245	77.4	328	100		
Mayal, Ekmek Tüketimi								
Her gün tüketim	124	22.6	425	77.4	549	100	0.653	0.851
Düzensiz	42	23.0	141	77.0	183	100		
Tüketmiyor	37	26.2	104	73.8	141	100		
Mayas,z Ekmek Tüketimi								
Her gün tüketim	71	21.2	264	78.8	335	100	0.518	1.314
Düzensiz	52	24.9	157	75.1	209	100		
Tüketmiyor	80	24.3	249	75.7	329	100		

Tablo 17de gebelerin sa l,k al, kanl,klar,na göre anemi da ,l,mlar, yer almaktad,r. Gebelik döneminde sigara içen gebelerin % 20.8inin anemik oldu u saptanm, t,r. Beslenme al, kanl,klar,na göre anemi durumlar, incelendi inde; düzensiz ac,kt,kça beslenen gebelerin % 25.7isinin, pika al, kanl, , olan gebelerin % 29.5inin, günde 5 bardak çay tüketenlerin % 26.4ünün, kahvalt,da çay tüketenlerin % 19unun, yemekten hemen sonra çay tüketenlerin % 23.2isinin, yöresel ev ekme i (yufka, lava vbí ..) tüketenlerin % 25.3ünün anemik

oldu u saptanmam, t,r. Gebelerin imdiki gebeli inde sigara içme, günlük ö ün say,s,, günlük tüketilen çay miktar,, yemekle birlikte çay tüketimi, yemekten sonra çay tüketimi, tüketilen ekmek çe idi, mayal, ekmek tüketimi, mayas,z ekmek tüketimi ile anemi aras,nda anlaml, bir ili ki saptanmam, t,r (p > 0.05). Gebede pika al, kanl, ,n,n varl, , (p=0.011, ²: 6.525) ve kahvalt,da çay tüketimi (p=0.044, ²: 4.072) ile anemi aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili kinin oldu u saptanmam, t,r.

Tablo 18. Gebelerde Anemi S,kl, ,n, Etkileyen Sa l,k Al, kanl, ,na Ait De i kenin Regresyon Analizi

De i ken	P de eri	Odds Ratio (OR)
Pika		
Al, kanl, , olan Al, kanl, , olmayan	<i>0.041</i>	<i>1.542</i>

Tablo 18de ara t,rma kapsam,na al,nan gebelerde anemi görülme s,kl, ,n, etkileyen sa l,k al, kanl, ,na ait de i kenlerin lojistik regresyon analizini içermektedir. Pika al, kanl, , olan gebelerin, pika al, kanl, , olmayanlara göre anemi görülme riski 1.542 kat daha fazla oldu u ve bu de erin istatistiksel olarak anlaml, oldu u görülmektedir (p=0.041).

5. TARTI MA

DSÖ raporuna göre, dünya üzerindeki 68 ÷lkedeki gebelerde anemi ciddi halk sa l , sorunu, 91 ÷lkede orta derecede, 33 ÷lkede hafif derecede halk sa l , sorunu oldu u saptandı. Bu aç,dan bak,ld, ,nda ÷lkemiz %40,2'lik anemi prevalans, ile aneminin ciddi halk sorunu oldu u ÷lkelerdendir (265).

Bu sorunun önlenmesine yönelik çal, malar,n yap,lmas, oldukça önemlidir. ÷lkemizde konunun önemine istinaden 2007 y,l,ndan itibaren gebelere demir deste i program, yürürlü e konulmu tur (274).

Dünyadaki kad,nlar,n yakla ,k ¼'ünü etkileyen aneminin en önemli nedenlerinden birisi nutrisyonel anemi ve bunlar,n içinde de demir eksikli i anemisi ilk s,rada yer almaktadır (225, 264, 265). ÷lkelerin sosyo-ekonomik düzeyi yükseldikçe Demir Eksikli i Anemisinin s,kl, , azalmaktadır (51).

Bu bölümde anl,urfa Kad,n Hastal,klar, ve Do um Hastanesine do um öncesi hizmet almak için gebe polikliniklerine ba vuran gebelerde anemi görölme s,kl, , ve anemin ortaya ç,kmas,n, etkileyecek ili kili faktörlere yönelik çal, mada elde edilen bulgular ilgili literatür , , ,nda tart, ,lm, t,r.

Çal, mam,zda gebelerin % 23,3'ünün anemik oldu u saptandı (**Tablo 11**). Erdem ve ark. Diyarbak,r'da yaptı, , çal, mada gebelerin % 23.1'inde (94), Tunç ve ark. Batmanda yaptı, , çal, mada gebelerin %19.7'inde (248), Tapal, ve Bozkurt'un Denizli'de yaptı, , çal, mada gebelerin % 25.5'inde (233), Demir ve ark. Van ilinde yaptı, , çal, mada gebelerin %40'ında (81), Göker ve ark. Manisa'da yaptı,klar, çal, mada gebelerin % 23.1'inde (111) anemi tespit etmi tir.

DSÖ verilerine göre gebe kad,nlar,n yar,s,ndan fazlas,n,n anemik oldu u; Avrupa'da demir eksikli i anemisinin %14, Türkiye'de ise %25 oldu u belirtilmektedir. Bizim çal, mam,zda Türkiye ve DSÖ verileri ile benzerlik göstermektedir (19). ÷lkemizde gebelerde anemi prevalans, ile ilgili yapılan di er çal, malar incelendi inde; bölgelere göre anemi prevalans,n,n %29 ile %95 aras,nda de i ti i belirlenmi tir (46, 208).

Sa l,kl, bir gebelik için kad,nlar,n ya aral, ,n,n 20 ó 30 ya aras,nda olmas, önerilmektedir. Bu ya aral, , d ,nda meydana gelen gebeliklerde anne ve bebek için mortalite ve morbidite riski artmaktadır (236).

Bu çal, mada kad,nlar,n gebelik için risk olu turabilecek 19 ya alt, ve 35 ya üstünde anemi görülme s,k,l, , % 57.1 olarak belirlenmi tir (**Tablo 13**).

Gebelikte anemi ile ilgili çal, malarda anemik gebe kad,nlar,n % 80 - 84ünün 20 ó 34 ya grubu aras,nda oldu u ve bu sonuçlar,n bizim çal, mam,za yak,n de erler oldu u saptanm, t,r (35, 149). Bu bulguya göre kad,n,n ya ,n,n anemi s,kl, ,n, etkiledi i gözlenmi ancak kad,nlar,n ya , ile anemi durumlar, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir fark bulunamam, t,r ($p > 0.05$) (**Tablo 14**).

Khatod ve ark. (153), Bencaiva ve ark. (41) yapt, , çal, mada farklı olarak gebenin ya , ile anemi aras,nda anlaml, ili ki saptan,rken, Mersin ve ark. (183) yapt, , çal, mada ise bizim çal, mam,za benzer olarak ya gruplar, ile anemi s,kl, , aras,nda istatistiksel aç,dan önemli bir ili ki bulunamam, t,r.

Tüm ya gruplar, için ya amsal önem ta ,yan demir eksikli i anemisi, özellikle do urganl,k ça ,ndaki kad,nlar,n sa l, ,n, etkilemekte, anne ölümlerine neden olmaktadır.

Gebelerin e itim durumu incelendi inde, %44ünün okur yazar olmad, ,, % 12.5ünün okulsuz okur yazar oldu u, % 43.5ünün ilkö retim ve üzeri mezunu olduklar, belirlenmi tir. Modern toplumun en önemli gereklerinden biri olan e itim, üretken ve kaliteli bir ya am,n önko uludur. Kad,n,n e itim durumu, sa l,k durumunu ve sa l,k hizmetinden yararlanma tutumunu olumlu yönde etkileyen bir faktördür. Belirlenen hedeflere ula mada anahtar kavram e itimdir. Bu nedenle günümüzde bir toplumun bireylerine verece i e itimin niteli i ve etkinli inin art,r,lmas,, toplumun tüm kesimlerini içine almas, büyük önem ta ,maktadır.

TNSA 2008 verilerine göre 15 ó 49 ya grubu kad,nlar,n % 79ü ilkö retim ve alt, e itim düzeyine sahiptir. Güneydo u Anadolu bölgesinde ya ayan kad,nlar,n e itim almama oran, % 53 ile en yüksek olup bizim çal, mam,zla benzerlik göstermektedir (121, 272).

Bizim çal, mam,zda gebelerin e itim durumu ile anemi durumlar, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili ki bulunmasa da ($p > 0.05$), e itim durumunun anemi s,kl, ,n,n etkilendi i gözlenmi tir (**Tablo 13**).

Tapal,çn,n (233) Denizliøde yapt, , çal, mada Yüksekökol mezunu olan gebelere göre ilkö retim ve daha dü ük ö renim düzeyine sahip olan gebelerde 2,6 kat (%95 GA;1,1-5,8) daha s,k anemi saptanm, t,r.

Bharati ve ark. Hindistanøda ulusal düzeyde yap,lan bir çal, ma da gebenin e itim düzeyi ile anemi s,kl, , aras,nda anlaml, ili ki oldu unu ($P<0,01$), ara t,rmaya göre ö renim almayanlarda %52,1, temel ö renim alanlarda % 48,4 ve yüksekö renim alanlarda % 32,9 anemi prevalans, bildirilmi tir (49).

Oruç ve ark. gebeler de anemi prevalans,n, ara t,r,d, , çal, mas,nda okur yazar olmayan gebelerde %76 ve okur yazar olanlarda %49,7øun anemik oldu unu bildirilmi tir. Bu bulgu bizim çal, mam,zla paralellik göstermektedir (196).

Bat, Afrikaøda Meda ve ark. gebelerde yapt,klar, çal, mada e itim düzeyinin anemi ile ili kiyi incelenmi , hiç e itim almayanlar,n %67,9øu 1-6 y,l aras,nda e itim alanlar,n %64,4øü ve 7 y,l ve üzerinde e itim alanlar,n %59,2øü anemik bulunmu tur (182).

Pala ve ark. Bursaøda üreme ça ,ndaki kad,nlarda yapt, , çal, mada 8 y,l ve alt,nda e itim alanlar ile 9 y,l ve üzerinde e itim alanlar,n anemi durumunu kar ,la t,r,m, . 8 y,l ve alt,nda e itim alan kad,nlar,n % 36.6ø,n,n, dokuz y,l ve üzerinde e itim alanlar,n ise %26,9øunun anemik oldu u bulunmu tur (202).

Ma ve ark. Çinøde gebe kad,nlarda yapt, , çal, mada e itim seviyesi ile anemi aras,nda ili ki bulmu , ilkö retim mezunu gebelerde bu fark istatistik olarak anlaml, ($p < 0.05$) bulunmu tur (174).

Kad,nlar,n i gücüne kat,l,m,, sürdürülebilir kalk,nman,n önemli bir unsuru olarak kabul edilmesi, Türkiye Cumhuriyeti kanunda konulan e itlikçi yap,ya sahip olmas,na ra men, kad,n,n niteliksel geli imini ve i gücü piyasas,na giri ini sa layacak gerekli mekanizmalar,n olu amamas, gibi nedenlerle kad,nlar,n i gücüne kat,l,m,n,n dü üklü ü Türkiyeøde kad,n istihdam,n,n temel sorun alanlar,ndan biri olarak varl, ,n, sürdürmektedir. Ara t,rma kapsam,ndaki gebelerin sadece % 15ø gelir getiren bir i te çal, makta, % 85ø ev han,m,d,r.

Ayr,ca, köyden kente göçü yo un olarak ya ayan ülkemizde, köyde i gücü içinde görülen kad,n kente geldi inde yeterli e itim ve mesleki bilgi-beceriye sahip olmamas, nedeniyle kent i gücü piyasas,na girememektedir (272).

Atar ve ark. (22) 2006 y,l,nda yapt, , çal, mada gebelerin % 85.4'nin ev han,m, oldu u, rge ve ark. (130) Malatya ilinde yapt, , çal, mada gebelerin % 76.2'sinin ev han,m, oldu u, Kanber ve ark. (141) 2011 y,l,nda Afyonkarahisar'da yapt, , çal, mada gebelerin % 76.6's,n,n benzer ekilde ev han,m, oldu u bulunmu tur. Bu bulgu bölgeler aras,nda çok farklı,k göstermemektedir.

Gelir getiren bir i te çal, an kad,nlar,n % 92.4'ü mevsimlik tar,m i çisi olarak çal, maktad,r (**Tablo 6**). TNSA 2008 verilerine göre Güneydo u Anadolu bölgesinde son 12 ay içinde çal, an 15-49 ya grubundaki kad,nlar,n % 64.1'ü bizim bulgular,m,za benzer olarak mevsimlik tar,m i çisi olarak çal, maktad,r. Yine 2011 y,l, verilerine göre; kente göre (% 24,8) k,rsal alanda daha çok kad,n i gücüne kat,l,yor (% 37,5) gibi görünse de k,rdaki 100 kad,ndan 84'ü tar,m kesiminde ve bunlar,n % 80'ü herhangi bir ücret almaks,z,n ücretsiz aile i çisi olarak çal, maktad,r (272). Bu olgu hem k,rdaki hem de kentte kad,n,n i gücüne kat,l,m,n, azaltılmaktadır. Gelir azl, , nedeniyle çal, mak zorunda olan kad,n, sosyal güvencesiz dü ük statülü / gelirli i llerde çal, mak zorunda kalmaktadır. Çal, mam,zda anemi ile gebenin çal, ma durumu aras,nda istatistiksel olarak anlaml, ili ki saptanmam, t,r (p > 0.05). (**Tablo 13**)

Tapal,an,n Denizli'de yapm, oldu u çal, mada çal, an ve çal, mayan gebelerin anemi s,kl, ,n, de erlendirmi ; çal, an gebelerin % 40.9'ü, çal, mayanlar,n % 44.9'ü anemik bulunmu , çal, ma durumunun anemi geli imi üzerine istatistiksel olarak anlaml, etkisi olmad, , (p > 0.05) saptanm, t,r. Gebenin çal, ma durumunun anemi üzerine etkisi iki yönden olabilir, gelir düzeyi yüksek ve çal, ma artlar,n,n iyi oldu u durumda; genel sa l,kla birlikte anemi durumunu olumlu yönde etkilerken, çal, ma artlar,n,n kötü oldu u durumda; gebenin sa l, ,n, olumsuz yönde etkilemektedir (234).

Gebenin sa l, ,n, etkileyen bir de i kende aile tipidir. Geni aile terimi, tek bir hanede birden çok ku a ,n bir arada ya ad, , bir aile sistemini anlat,r. Geni aile, genellikle sanayi devriminden önceki toplum ve topluluklar,n aile yap,s,d,r.. Ancak bu hane halk, tipi, hane halk, üyelerinin kompozisyonu d, ,nda ba ka ölçütlerle de s,n,fland,r,ld, ,nda farklı isimler

alabilmektedir. Örneğin, çok sayıda hane halkı üyesi barındırabilen için *büyük aile*, kırsal alanlarda tarımla geçimini sağlayan ve erkek egemen toplumdaki yaygın, bundan dolayı, *geleneksel aile* şeklinde ifade edilmektedir (33).

Çekirdek aile ise sanayilemiş toplumların aile biçimi olarak kabul edilir. Anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan ailelere çekirdek aile adı verilir (281). Çalınmamızda gebelerin %68.4'ünün çekirdek ailede yaşadığını, saptanmıştır. Evde yaşayan birey sayısının artmasıyla birlikte, gelirin yetersiz olması, genel olarak sağlık, beslenmeyi ve sağlık hizmetinden yararlanmayı etkilemektedir. Bulgularımızda benzer olarak, Kanberin (141) yaptığı çalışmada % 66.7'si, Kaya'nın (149) yaptığı çalışmada gebelerin % 63.6'sı aile tipini çekirdek aile olarak belirlemiştir.

Gebelerin % 93.1'inin yeşil kart dâhil bir sosyal güvencesinin olduğu, ancak anemi ile sosyal güvence varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p > 0.05) (**Tablo 13**).

Atar ve arkadaşları (22) yaptıkları çalışmada gebelerin % 91'inin, Batkın (35) yaptığı çalışmada % 92.3'ünün, Kanberin (141) yaptığı çalışmada % 95'inin, Ekinci'nin (92) yaptığı çalışmada % 83.4'ünün sosyal güvencelerinin olduğu belirlenmiştir.

Yeşil Kart, ülkeye özel bir uygulama olarak herhangi bir sağlık güvencesi sisteminden yararlanmayanların tedavi masraflarını karşılamaya yönelik bir hizmettir. Sağlık Bakanlığı tarafından, Sağlık Sektörü için Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Ulusal Stratejik Eylem Planı, 2005-2015'te belirlenen öncelikli müdahale alanlarına göre programlar yeniden oluşturulmuştur. Bu programlar içinde olan **Özanne Dostu Hastane Programı**; nitelikli gebelerin doğum izlemi ve güvenli koşullarda tüm doğumları hastanede gerçekleştirilmesi sağlanarak anne ve bebek ölümlerini azaltmak amaçlanmaktadır. Kadınların sağlık hizmetlerine eksiksiz erişimini hedefleyen bir diğer çalışmamız ise 2008 yılında başlatılan **Öz Misafir Anne Projesi**dir. Bu proje ile özellikle mevsimlik tarımcısı olarak çalışmayan, ikamet ettikleri yerde hastane bulunmayan göçer gebelerin doğumlarına 10 gün kala en yakın yerleşim yeri merkezine getirilerek kamu kurumları, misafirhanelerinde konaklamaları ve doğumları hastanede gerçekleştirildikten sonra evlerine geri dönmeleri sağlanmaktadır. Ayrıca, yürütülmekte olan gezici sağlık hizmetleri ve evde bakım hizmetleri ile de hizmete

ula mada zorluk çeken ki ilere sa lık hizmeti yerinde verilmektedir. Bu kapsamda kad,nlar,n sa lık hizmetlerine eri imlerinin artaca , öngörülmektedir.

Ara t,rmada gebelerin % 42.7'sinin 1 - 4 ki ilik, %38'inin 5 ó 8 ki ilik ailelerde ya ad, , ve % 29.3'ünün kötü düzeyde gelire sahip oldu u saptanm, t,r. Bodnar ve ark. Amerika'da dü ük gelirli kad,nlarla yapt,klar, çal, mada postpartum aneminin %21 oran,nda görüldü ünü ve prenatal dönemde aneminin olmas, postpartum anemi geli mesinde etkili oldu unu belirtmi lerdir (56).

Gelir düzeyi dü ük olan gebe kad,nlarda anemi görülmeye s,kl, ,, gelir durumu yüksek olanlara göre daha fazlad,r. Ailede ya ayan birey say,s, artt,kça birey ba ,na dü en gelir azalacak bu durum gebenin yeterli ve dengeli beslenmesini olumsuz etkileyecektir.

Gebelerin % 39,6'si,n,n ilk do umlar,n, 19 ya alt,nda yapt, , görülmektedir. Ancak anemi ile kad,n,n ilk do um ya , aras,nda istatistiksel olarak anlaml, ili ki saptanmam, t,r (p > 0.05). (

Tablo 14)

Türkiye'de kad,nlar,n halen erken ya larda çocuk do urma e iliminde olduklar, görülmektedir. TNSA 2008 raporuna göre k,rsalda ya ayan 15 -19 ya grubu kad,nlarda do urganlık oran,n, % 47 olarak bildirmi tir. Kaya'n,n Mersin'de yapt, , çal, mada kad,nlar,n % 50'sinin ilk gebeli ini 15 -19 ya aral, ,nda yapt, ,n, bildirmi tir (121,149).

Gebelerin ortalama gebelik say,s,: 3.38 ± 2.15 (Min: 1 - Max:14) olarak bulunmu tur. Atar ve ark. (22) çal, mas,nda ortalama gebelik say,s, 1.9 ± 1.2 , Ek i'nin (92) çal, mas,nda 2.14 ± 1.38 , Erdem (94) ve ark. çal, mas,nda ortalama gebelik say,s, 4.8 ± 3.7 olarak bulmu tur. Bu farklıklar,n nedeni bölgesel farklılıklardan kaynaklanabilir.

Ara t,rma kapsam,na al,nan ve ilk do umu 19 ya ve alt,nda yapt, ,n, ifade eden gebelerin % 24.2'sinin anemik oldu u, 5 ve üzeri say,da gebelik öyküsü olanlar,n % 24.9'unda, 4 ve üzeri ya ayan çocu u oldu unu ifade eden gebelerin % 23.4'ünün, dü ük öyküsü olanlar,n % 24.1'inin, küretaj öyküsü olanlar,n % 24.1'inin ölü do um yapanlar,n % 25.7'sinin anemik oldu u saptanm, t,r. İlk do um ya ,, gebelik say,s,, ya ayan çocuk say,s,, dü ük varl, ,, küretaj varl, ,, ölü do um varl, , ile anemi aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili ki tespit edilmemi tir (p > 0.05) (**Tablo 14**).

Yapılan çal, malarda çocuk say,s, ile anemi aras,nda bir ili ki oldu u, çocuk say,s, art,kça anemi geli ti i bildirilmi tir (11, 14, 147, 193, 251).

Çal, mam,z,n bulgular,nda görüldü ü gibi, Karabulut ve ark. Türkiye'nin güneybat, bölgesinde ya ayan gebelerde yapt, , çal, mada gebenin ya ,, dü ük hikayesi, gravida, parite gibi özellikleri ile anemi aras,ndaki ili ki benzer bulunmu tur (144).

Ancak çal, mam,z,da yap,lan analiz sonucunda anemi ile gebenin geçirdi i gebelik say,s, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili ki olmasa da ($p=0,489$) gebelerdeki anemi s,kl, , üzerine etkili oldu u görülmektedir. Amel ve ark. Hindistan'da gebelerde yapm, oldu u anemi çal, mas,nda gebelik say,s, ile anemi aras,nda bir ili ki bulmu tur (16).

Abbasi ve ark. Pakistan'da yapt,klar, çal, mada anemi durumu ile dü ük öyküsü aras,nda bir ili ki oldu unu saptam, t,r (1).

Do urgan ça daki kad,nlarda demir eksikli i anemisine neden olan en önemli durumlardan biri s,k gebelik geçirmedir. S,k gebelikler nedeniyle vücuttaki demir depolar,n,n bo almas, sonucu kad,nda anemi geli imi h,zlan,r (150).

Yap,lan çal, malar incelendi inde; do um say,n,n artmas,yla gebelerde görülen anemi s,kl, ,n,n art, , görülmektedir. Karao lu ve ark. (147) çal, mas,nda 4 ve üzerinde canl, do um yapan kad,nlarda anemi görülme durumu %42,3 olarak ve aralar,nda ($p<0,05$) istatistiksel olarak ili ki anlaml,d,r. Yine benzer olarak Liabsuetrakul'un (169) yapm, oldu u çal, mada gebelik say,s, ile anemi aras,nda bir ili ki bulunmu tur.

Yine benzer olarak Ki io lu ve ark. Isparta çal, mas,nda gebelik say,s, artt,kça anemi prevalans,nda art, saptanm, . 1. gebeli i olanlarda anemi %40,6 oran,nda görülürken, 2.gebeli i olanlarda %43,8 ve 5. gebeli i olanlarda anemi prevalans, %55,5 olarak saptanm, t,r (157).

Jamayah ve ark. taraf,ndan Malezya'da 1072 gebe üzerinde yap,lan çal, mada parite ile anemi prevalans, ili kisi incelenmi , hiç canl, do um yapmayanlarda %34.4 ve üzeri canl, do um yapanlarda %45 oran,nda anemik gebe saptanm, t,r (131).

ran Kerman'da Mirzaie ve ark. yapt, , çal, mada hiç canl, do um yapmayan kad,nlarda anemi prevalans, %3,2 ve birden fazla canl, do um yapm, kad,nlarda ise anemi prevalans, %5,8 olarak tespit etmi lerdir (p<0,002) (185).

Jin ve ark. Çin'de 1993 ó 2005 y,llar, aras,nda gebe kad,nlarda ki anemi prevalans çal, mas,nda gebelik say,s, ile anemi aras,nda bir ili ki bulmu tur (133).

K,sa gebelik aral, ,, fetusün sa l, , yan,nda anne sa l, ,n, da etkilemektedir. Gebelik aral, ,na etki eden faktörler olarak; anne ya ,, emzirme süresi, postpartum amenore, kullan,lan kontrasepsiyon, önceki gebeli in sonucu, e in ve kad,n,n e itim durumu, sosyoekonomik düzey olarak bildirilmi tir. ki gebelik aras, 24 aydan k,sa olan kad,nlarda anemi daha fazla görölmektedir (191).

Çal, mada gebelerin % 41.9'unun en son gebelik ile imdiki gebeli inin aras,nda geçen süre 24 aydan k,sa ve % 27.7'sinin iki y,ldan az sürede do um yapt, , bulunmu tur (**Tablo 7**). 2008 TNSA verilerine göre iki y,ldan k,sa aral,klarla yap,lan do umlar,n oran, % 21 olup bu bulgu bizim çal, mam,zla benzerlik göstermektedir (121).

Çal, mam,zda en son gebeli i ile imdiki gebeli i aras,ndaki süresi 24 aydan az olan gebelerin % 19.4'ünün, do umlar, aras,nda geçen sürenin 2 y,ldan az olanlar,n % 27.1'inin anemik oldu u saptanm, t,r.

En son gebelik ile imdiki gebelik aras,nda geçen süre (p=0.039, χ^2 : 4.371) ve 2 y,ldan az sürede geçirilen do um (p=0.014, χ^2 : 6.092) ile anemi aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili ki saptanm, t,r (**Tablo 14**). Bruno ve ark. (61), Khatod ve ark. (153), Dim ve ark. (82) yapt, , çal, malarda ise en son ya anan do umun 2 y,ldan az ara ile gerçekle mesi ile anemi aras,nda bizim çal, mam,zda oldu u gibi anlaml, ili ki saptanm, t,r. Yine benzer olarak Ahmet ve Al ó Sumaie'nin Kuveyt'de gebelerde yapm, oldu u anemi çal, mada en son ya anan do umun 2 y,ldan az ara ile gerçekle mesi ile anemi aras,nda anlaml, ili ki saptanm, t,r (4).

Ülkemizde Çal, kan ve ark. yapt, , çal, mada da do um aral, , ile anemi aras,nda pozitif yönde ili ki oldu u saptanm, t,r (75).

Gebeli in birinci trimestrinde demir gereksinimi menstruasyonun olmamas,ndan dolay, azal,r. kinci ve üçüncü trimestirde ise k,rm,z, hücre kitlesinin art, , ve fetusün h,zl,

büyümesi devamlı olarak demir gereksiniminin artması,na neden olur. Yerine konmayan demir gereksinimi sonucunda gebelerde anemi tablosu olur (58, 78).

Özellikle üçüncü trimester gebelerdeki anemi oranı önemlidir. Amerika'da DHHS (Sağlık ve İnsan Servisi) üçüncü trimesterde anemi prevalansı, %20'nin altına düşürmeyi hedef almıştır (270).

Çalışmamızda trimesterlere göre gebelerde anemi durumu incelendiğinde; 2. trimesterdeki gebelerin %33.3'ünün, 3. trimesterdeki gebelerin % 22.2'sinin anemik olduğu tespit edilmiştir, trimesterlere göre anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. (p=0.024, χ^2 : 5.084)

Yapılan bir çalışmada, anemi prevalansı, 3. trimesterde %24,3 olarak belirlenmiş olup, Arap / Türk kadınlar daha fazla demir desteği almaları,na rağmen batılı kadınlara göre ilk trimesterde anemi prevalansı,na daha yüksek olduğu saptanmıştır (32).

Ezugwu ve ark. (96) Nijerya'da, Al-Mehaisenve ark. (12) Ürdün'de, Kumar ve ark. (161) Hindistan'da, Baraka ve ark. (32) Belçika'da, Ribot ve ark. (211) İspanya'da yaptıkları çalışmaları, oldu u benzer çalışmalarımız gibi trimesterlere göre anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Toplumların gerçek ekonomik ve sosyal kalkınmasından söz edebilmek ve sağlıklı bir toplum olabilmek için risk faktörlerinden en çok etkilenen anne ve çocukların sağlık sorunları, öncelikli olarak ele alınması, ve iyileştirilmesi gerekir (77).

Doğum öncesi (DÖB), anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (43, 224).

Bu nedenle doğum öncesi ve doğum sonrası izlem, öncelik verilmesi gereken konulardır. DÖB'nin temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır(194).

Hem annenin, hem de doğacak bebeğin sağlığını koruması, ve geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak yeterli olması gerekmektedir.

ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology) gebelik boyunca 28. haftaya kadar 4 haftada bir, 36. haftaya kadar 2 haftada bir ve daha sonra haftalık izlem önermektedir. Oysaki normal gebelerde yapılan bazı prospektif çalışmalarında daha az izleme gebelik sonuçları olumsuz etkilenmeden kaynakları daha etkin kullanılabileceğini gösterilmiştir (119, 170).

Ülkemizde DÖB kapsamında her gebenin en az; 4 kez nitelikli izlenmesi, doğum sonrası hastanede 3, evde 3 olmak üzere lohusa izleminin yapılması, normal doğum sonrası, 24 saat, sezaryen sonrası, 48 saat hastanede yatırılması, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize edilerek sevklerinin gerçekleştirilmesi beklenmektedir.

Araştırma DÖB hizmeti almayan gebelerin % 24.6'sında anemi tespit edilmiştir, hizmet almaları ile anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.159, χ^2 : 0.690). Düzenli doğum öncesi bakım almayan gebelerde anemi riskinin yüksek olması, doğum öncesi bakımının önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Bu sonuçlar verilen DÖB hizmetinin etkin olmadığı, sağlık personelinin gebelere ulaşmada yetersiz oldukları, ya da gebelerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları, düşündürmektedir.

Kaya'nın yaptığı çalışmada, her ay düzenli doğum öncesi bakım alan gebelerde anemi sıklığı, % 38,3 ve düzenli bakım almayanlarda %55,1 anemi sıklığı, saptanmıştır (p<0,03) (148).

Charles ve arkadaşlarının çalışmasında 4'ten az doğum öncesi bakım alan gebelerde anemi sıklığı, %60,6 olarak bulunurken, 4 ve üzerinde doğum öncesi bakım alanlarda anemi sıklığı, %39,4 olduğu görülmüştür (67).

Uche-Nwachi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 5 ve daha az doğum öncesi bakım alan kadınlarda, 6 ile 10 kez arasında doğum öncesi bakım alanlara göre 2.2 kat daha fazla anemi olduğu gösterilmiştir (OR=2.2 %95 CI (1.26-3,36) (251).

Piammongkol ve arkadaşlarının çalışmaları, lojistik regresyon analizinde, gebelik sürecinde 3'ten fazla doğum öncesi bakım hizmeti almayan, demir eksikliği ve demir eksikliği anemisiinden koruyucu etkisi olan faktörlerden birisi olduğu tespit edilmiştir (p<0,01) (207).

Günlük demir alımı, kandaki hemoglobin düzeyini yükselttiği için anemi riskini azaltmaktadır (34,206). Gebelik dönemindeki demir ihtiyacı, tek başına diyetle karşılamak mümkün olmadığından gebe kadınlara demir desteği verilmesi önerilmektedir. DSÖ, UN CEF, INACG demir eksikliği anemisini önlemek için gebelikte 6 ay süre ile günlük 60 mg elementer demir verilmesini, diğer gebelikte 6 aylık süre tamamlanamazsa demir desteğine toplam 6 ay tamamlanana kadar postpartum periyotta devam edilmesini tavsiye etmektedir (63, 276).

Çalışmamızda gebelik öncesi anemi tanısı alan gebelerin % 54.3'ünün demir desteği alındığı, 7. saptanmam, t.r. Bu gebelikte demir desteği alan gebelerin % 23.3'ünde, demir desteği almayan gebelerin % 23'ünde, desteği 1 ila 3 ay arasında alan gebelerin % 23.3'ünde, demir preparatını yemekten önce alan gebelerin % 24.4'ünün anemik olduğu 7. saptanmam, t.r. Gebelikte demir desteği alınmayan gebelerin desteği süresi, gebelikte demir preparatı kullanılmadıkça, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmam, t.r (p>0.05) (**Tablo 15**).

Gebelikte demir eksikliği saptanan henüz anemi gelişimi vakalarda demir desteğinin sağlanması gerekmektedir(95). Awar ve ark. Erbil'de 400 gebede yaptıkları çalışmada, anemi çalınmasında anemi ile demir preparatı kullanmayan gebeler arasında bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir(24). Taseer ve ark. Pakistan Khanewal'da yaptıkları çalışmada benzer olarak gebelerin % 38.7'sinin demir preparatı kullanmadığını tespit edilmiştir(235).

Vandevijver'in Belçika'da yaptığı çalışmada benzer araştırmada gebelerin üçte ikisi demir preparatı kullanılmadıkça, ra men anemik olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu çalışmamızla benzerlik göstermektedir (259).

Demir eksikliği anemisinde demir preparatları, oral veya parenteral yolla verilmektedir. Etkinliği, güvenli olması, ekonomik olması, sistemik ve lokal yan etkilerinin olmaması, nedeni ile genellikle oral tedavi kullanılır. Hastaların çoğunda preparata bağlı yan etki görülmemektedir. Ancak gebelerin %10-20'sine demire bağlı yan etkiler görülebilir. En sık görülen yan etki ishal ve kabızlık gibi sindirim sistemi bulgularıdır. Bu bulgular oral tedavi yolunu deşirtmeden semptomatik olarak tedavi edilir. Bu komplikasyonlar genellikle demir dozu ile ilgili değildir. Bulantı, epigastrik ağrı, kusma ve karın ağrısı gibi üst gastrointestinal bulgular genellikle demir alımından bir saat sonra ortaya çıkar. Gebeler bu tür şikayetler nedeniyle tedaviyi bırakmaktadır. Bu durumla ilgili gebeye bilgi verilmelidir. Bu

bulgular, n preparat, hemen yeme i izleyerek al, nmas, ile geçece i ya da azalaca ,, e er bulgular devam ederse, her dozdaki demir miktar, n, azaltmak ya da kullan, lan demir preparat, n, tablet; draje veya s, v, formüllerden bir di erine geçmek yararlı, olabilece i konusunda e itim verilmelidir. Buna kar , n bulgular devam ederse daha dü ük dozlarda ve tek doz eklinde vermek uygun olaca ,, dü ük dozlarda belli bir süre devam ettikten sonra, yeniden dozun art, r, lmas, gereklili i anlat, lmal, d, r(269).

DSÖ raporlar, na göre; geli mekte olan ülkeler ba ta olmak üzere dünya genelinde her gün yakla , k 800 kad, n gebelik, do um ve do um komplikasyonlar, na ba l, olarak önlenebilir nedenlerden dolayı, ölmektedir. 2010 y, l, nda, 287 000 kad, n gebelik ve gebeli e ba l, nedenlerden dolayı, hayat, n, kaybetmi ti. Bu ölümlerin % 20'ine aneminin katk, s, bulunabilece ini öne sürmü tür (143, 278, 280).

Kad, n, n gebelik öncesi sistemik bir hastal, , n, n olmas,, genel sa l, k durumunun iyi olmamas, gebelik sürecini, do um eylemini, do um s, ras, nda ortaya ç, kacak komplikasyonlar, n geli mesine neden olan bir etmendir. Ara t, rma kapsam, na al, nan gebelerin % 11.8'inin sistemik bir hastal, a sahip oldu u belirlenmi tir (**Tablo 9**).

Gebelerin genel sa l, k durumlar, na göre anemi durumlar, incelendi inde sistemik hastal, , olan gebelerin % 25. 5'inde anemi tespit edilmi , anemi ile sistemik hastal, k aras, nda istatistiksel olarak bir anlaml, bir ili ki tespit edilmemi tir ($p=0.574$, $\chi^2: 0.316$). Tapal, ø, n Denizli ilinde (233), Haidar ve ark. (123) Etopya'da yapm, oldu u çal, mas, nda ÷gebelerde sistemik hastal, k olup olmamas, ile ÷Hb düzeyiø aras, nda anlaml, ili ki saptanm, t, r.

Kaya, n, n (148) Mersin'de gebelerde yapt, , çal, mas, nda anemik gebelerin % 11.3'inde, Sukrat ve ark. Chiang (227) Mai'de gebelerde yapt, , anemi çal, mas, nda anemik gebelerin % 2.7'inde sistemik hastal, a sahip oldu u tespit edilmi tir. Bu bulgu bizim çal, mam, zla benzerlik göstermektedir.

Özellikle geli mekte olan ülkelerde do urganl, k ya , ndaki kad, nlarda gebelik d, , ndaki dönemlerde de demir depolar, n, n yetersiz oldu u ve dolay, s, ile gebelikte anemi geli imine yatk, n olduklar, bilinmektedir.

Ülkemizde anemi prevalans, n, n yüksek olmas,, özellikle k, rsal kesimde s, k/çok say, da do umlar nedeniyle anemiye yatk, nl, , n artmas,, üreme ça , ndaki kad, nlar, m, z, n sa l, kl,

beslenme al, kanl,klar,na ili kin üpheler nedeniyle aneminin prekonsepsiyonel dönemde tan,lanmas, ve tedavi edilmesi gerekmektedir (39).

Özellikle adölesan gebelik ve yüksek paritesi olan kad,nlarda daha s,k tarama ve beslenme konusunda e itimler yap,lmal,d,r. Çal, mam,zda kad,nlar,n % 27.7ğine gebelik öncesi anemi tan,s, konmu ve % 28.3ünün demir tedavisi ald, , tespit edilmi tir. Anemi ile gebelik öncesi var olan anemi durumu ($p=0.008$, $\chi^2: 9.727$) ve gebelik öncesi anemi tedavisi alma durumu ($p=0.008$, $\chi^2: 7.144$) aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir fark bulunmu tur.

Aranda ve ark. (20) spanyaada yapt,klar, çal, mada; kad,nlar,n % 36ğ,n,n, gebelik öncesi anemi tan,s, ald, ,n, bildirmi lerdir. Yine benzer olarak Alem ve ark. (10) Etiyopyaada yapt,klar, çal, mada gebelerin gebelik öncesi anemi tan,s, ald,klar,n, ve imdiki gebeliklerinde anemi tan,s, alma ile aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir fark bulmu tur.

Gebelerde anemi s,kl, ,n, artt,r,c, faktörlerden biri de barsak parazitleridir (60,160,164). Barsak parazitleri, dünyanın birçok yerinde oldu u gibi ülkemizde de gerek sosyo - kültürel gerekse sosyo - ekonomik düzeylerdeki yetersizlik nedeniyle hâlâ önemli bir halk sa l, , problemi olmaya devam etmektedir. Barsak parazitleri; kontamine olmu yiyeceklerin - sular,n tüketilmesi, etlerin çi veya az pi mi olarak yenmesiyle olu ur. Ayr,ca parazit yumurtalar,yla veya larvalar,yla bula ,k ellerin a za götürülmesi sonucu a ,z yoluyla, baz, parazit larvalar,n, deriye temas, sonucunda deri yoluyla bula ,r. Barsak parazitleri gebede anemi geli imini 3 kat daha artt,rmaktad,r (52, 115, 129, 277).

Çal, mam,z sosyo - ekonomik durumu kötü olan hastalar,n ba vurdu u bir hastanede yap,lm, t,r. Çal, mam,zda gebelerin % 9.2ğsi barsak paraziti oldu unu bildirmi tir (**Tablo 9**). Gaitas,nda parazit gördü ünü belirten gebelerin ise %25ğnin anemik oldu u tespit edilmi tir. Çal, mada anemi ile ve gaitada parazit görülme durumuna göre aralar,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili ki tespit edilmemi tir ($p>0.05$) (**Tablo 16**).

Makhoull ve ark. (176) Nepalada, Pasricha ve ark. (203) Vietnamada, Sukrat ve ark. (227) Maiada yapt, , çal, mada barsak paraziti olan gebelerde anemi geli ti i bizim çal, mam,za benzer olarak tespit edilmi tir.

Piammongkol ve ark. (207) Taylandada, Ayoya ve ark. (27) Maliada yapt, , çal, mada barsak paraziti olan gebelerde anemi geli ti ini bildirmi tir.

Kadın gebelik öncesi dönemde yeterli demir deposuna sahip olmaması, ve bu durumda gebe kalması, demir eksikliği anemisi gelişimini hızlandırır (184, 261).

Gebelik öncesinde anemi teşhis almış olanların % 27.7'inde, anemi teşhis alınmayanların demir preparat kullanan gebelerin % 28.3'ünde, önceki gebeliklerinde / doğum sonrasında kanamaya bağlı anemi teşhis alanların % 30.2'inde, ilaç ya da kan nakli gerektirecek kanamaya bağlı anemi teşhis alanların % 30.2'sinin anemik olduğu saptanmıştır.

Gebelik öncesi anemi teşhis alanların ($p=0.008$, $\chi^2: 9.727$), demir tedavisi alanların ($p=0.008$, $\chi^2: 7.144$), önceki gebeliklerinde / doğum sonrasında kanamaya bağlı anemi teşhis alanların ($p=0.043$, $\chi^2: 4.077$), bu güne kadar ilaç ya da kan nakli gerektirecek kanamaya bağlı anemi teşhis alanlara göre ($p=0.042$, $\chi^2: 4.132$) anemi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Gebelikte sigara kullanımı, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir sağlık sorunudur. Gebelikte sigara içilmesi gerek sağlık, nesillerin yetiştirilmesini engellemesi, gerekse anne ve bebek açısından gelebilecek olumsuzluklara yol açabilmesi nedeniyle bir takım önlemlerin alınması gerektirir. Çalınmazda gebelerin % 14.3'ü sigara içtiğini ifade etmiştir (**Tablo 10**).

Yurdakul ve ark. (286) Mersin'de yaptıkları çalışmada gebelerin sigara içme oranını % 25, rize ve ark. (130) %20.8, Karadağ ve ark. (145) %13.6, Marakolu ve ark. (178) yaptıkları çalışmada gebelerin herhangi bir döneminde %17, gebelerin doğumundan sonuna kadar %9 olarak sigara içtiğini saptanmıştır. Delpishehve ark. (80) Liverpool'da adolesan gebelerde yaptıkları çalışmada sigara içme oranını % 50 olarak bildirmiştir.

Bruno ve ark. (61), Casanova ve ark. (64) yaptıkları çalışmada ise sigara kullanımı ile anemi açısından anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Adebisi ve ark. yaptıkları çalışmada gebelikte sigara kullanımı ile anemi açısından ilişki saptanmış ve sigara kullananların 1.35 kat daha çok risk taşıdığı bildirilmiştir (3).

Bizim çalışmamızda sigara içen gebelerin % 20.8'inin anemik olduğu saptanmış, anemi ile sigara içme açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). (**Tablo 17**).

Subramoney ve ark. Hindistan'da 918 gebe kadında yaptıkları çalışmada sigara içen gebeler ile anemi arasında bir ilişki bulunduğunu bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir (226).

Sigara içerdiği nikotin nedeni ile damarlarda vazokonstriksiyona neden olur. Aynı etki uterin damarlarda ve plasantal dolaşımında da gözlenir. Özellikle plasantal bebeğe giden oksijen ve besin miktarı azalır. Bebeğe giden oksijen miktarının azalması, bebeğin büyüme ve gelişmesini etkiler. Ayrıca gebelerde spontan abortus, plasantal previa, ablasyon plasantal, erken membran rüptürü, hipertansiyon, preeklampsi ve erken doğum riski ve anemi gibi pek çok komplikasyonun oluşmasına neden olur (188).

Gebelikte sağlıklı beslenme birçok açıdan önemlidir. Sağlıklı beslenme fetus gelişimi, anne sağlığı, doğum ve laktasyon süreci için gereklidir. Ayrıca gebelikteki doğru beslenme postpartum obezite riskini de azaltarak uzun dönemde anne sağlığına iyi katkı sağlayacaktır (150).

Gebelik döneminde yeterli dengeli beslenme ve uygun alınması gebeliğe bağlı kısa ve uzun süreli komplikasyonlardan korunmak açısından önemlidir. Gebelik süresince enerji ve besin örneği ihtiyacı artmaktadır. Gebelik süresince besin örneğinin yeterli alınması hem annenin hem de gelişmekte olan fetüsün sağlığı üzerinde önemli etkilere sahiptir (130).

Çalışmamızda gebelerin % 26.3'ünün düzensiz olarak yemek yediğini saptanmıştır (**Tablo 10**). Düzensiz beslendiklerini bildiren gebelerin % 25.7'sinde anemi tespit edilmiştir. Çalışmamızda beslenme durumuna yönelik bir sorgulama yapılmış olup ancak gebelerin beslenme durumunu dolaylı olarak yansıtan örneğin sayısı ile bilgiler arasında ve anemi ile günlük örneğin sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$) (**Tablo 17**).

Utku ve ark. Bursa'da yaptıkları çalışmada gebelerin % 32,3'ü düzenli beslenmediklerini bildirmişlerdir (257). Bu bulgu bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Demir eksikliği anemisi için spesifik semptom ve bulgu olarak kabul edilen pika; en az 1 ay süreyle yiyecek olmayan maddeleri gelişimsel düzeye ve kültürel pratiğe uymayan biçimde yemek olarak tanımlanır. Bazı yazarlar ise pikayı hem yenilmeyecek hem de yenilebilir olan maddelerin kompulsif olarak tüketilmesi anlamında kullanmaktadır. Tuz, buz, fındık, niasta,

kahve çekirde i, toprak, saç, d, k,, boya kireç, domates çekirde i, kâ ,t, sigara izmariti gibi daha pek çok madde pika objeleri olarak tanımlanmış, t,r (36, 152, 155, 285).

Çal, mam,zda pika al, kanl, , olan gebelerin % 29.5'inin anemik olduğu saptanmış, t,r. López ve ark. yapmış oldu u çal, mada Latin Amerika'da gebelerde % 23 - 44 oran,nda pika yaygınl, , oldu unu bildirmişlerdir(172).

Çal, mam,zda pika al, kanl, ,nın varl, , ile anemi aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili kinin olduğu bulunmuştur. (p=0.011, χ^2 : 6.525) (**Tablo 17**). Yapılan lojistik regresyon analizinde pika al, kanl, , olan gebelerin olmayanlara göre anemi riskini 1.542 kat daha arttırdı, , saptanmış, t,r (p=0.041) (**Tablo 18**).

Kettaneh ve ark. (151) Fransa'da, Young ve ark. (284) Tanzanya'da, Fredanna ark. (99) Sierra Leone'da gebelerde yapt, , benzer çal, mas,nda pika al, kanl, , ile anemi aras,nda bir ili ki olduğu saptanmış, t,r.

Çay dünyada sudan sonra en fazla tüketilen içecektir. Genel olarak dünya nüfusunun üçte ikisi de çay tüketmektedir. Çay, kahve, kola ve kakaoda bulunan polifenol içeri i yüzünden demirin emilimini olumsuz etkiledi i uzun zamandır bilinmektedir. Literatürdeki çal, malar,n ço u da bu bilgiyi desteklemektedir. Yemekle birlikte çay içilmesi anemi geli me riskini de arttırdı, r,r.

Yapılan bir çal, mada ö ünle birlikte 1 veya 2 bardak çay tüketilmesi (78 veya 156 mg polifenol) demirin emiliminin de % 50-70 oran,nda azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (243).

Ancak bu etki çay,n yemekten 1 saat sonra alınmasıyla giderilmektedir. Diyetle C vitamininin bulunması da çay,n olumsuz etkisini azaltmaktadır. Anemik veya anemi yatkınl, , olanların yemekle birlikte çay almamaları, veya aç,k ve limonlu almaları önerilmektedir (37, 38, 46, 69, 98, 110, 126).

Çal, mam,zda günde 5 bardak çay tüketenlerin % 26.4'ünün, kahvaltıda çay tüketenlerin % 19'ünün, yemekten hemen sonra çay tüketenlerin % 23.2'sinin anemik olduğu saptanmış, t,r. Anemi ile günlük tüketilen çay miktarı, yemekle birlikte çay tüketimi, yemekten sonra çay tüketimi aras,nda anlaml, bir ili ki saptanmamış, t,r (p > 0.05) (**Tablo 17**).

Banjar, ve ark. yapm, oldu u çal, mada benzer olarak gebelerin %18'inin günde 250 ml ile 540 ml aras,nda çay tükettiklerini saptam, t,r (31).

Ancak kahvalt,da çay tüketimi ile anemi aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili kinin oldu u saptanm, t,r. (p=0.044, χ^2 : 4.072) (**Tablo 17**).

Baig-Ansari ve ark. (28) Pakistan'da, Upandhyay ve ark. (254) Hindistan Haryana'da, Awar ve ark. (24) Erbilde yapt,klar, çal, mas,nda 3 fincandan fazla çay içen gebelerle anemi aras,nda benzer olarak bir ili ki oldu unu bildirmi tir.

Mayal, ekme demirin emilimini art,rd, , için tüketilmelidir. Mayas,z ekme olarak bilinen yufka veya lava ekme i demir emilimini azalt,r. Ayr,ca kepekli ekme in veya esmer undan yap,lan köy ekme inin tüketimi de demirin yeterli bir ekilde emilememesine neden olmaktadır(217, 287).

Çal, mam,zda gebelerin %37.6's,nn mayas,z yöresel ev ekme i (yufka, lava vbí) tüketmektedir. Mayas,z ev ekme i tüketenlerin % 25.3'ünün anemik oldu u saptanm, t,r. Anemi ile tüketilen ekme çe idi, mayal, ekme tüketimi, mayas,z ekme tüketimi aras,nda anlaml, bir ili ki saptanmam, t,r (p > 0.05). (**Tablo 17**).

Ahmet ve Al-Sumaie'nin Kuveytli gebe kad,nlarda yapm, oldu u çal, mada esmer ekme tüketen gebelerin anemi yönünden risk alt,nda oldu unu saptam, t,r(5).

Bokhari ve ark. yapm, oldu u çal, mada gebelerin diyetine demirden zengin ekme ekleyerek anemi geli me riskini önlediklerini bildirmi lerdir(57).

6. SONUÇ VE ÖNER LER

Gebelerde anemi görülme sıklığı, ve anemin ortaya çıkmasını etkileyecek ilikili faktörlerin belirlenmesi amacıyla 873 gebede yapılan çalışmamızda;

- Gebelerin % 23.3'ünün anemik olduğu saptanmıştır. Gebelerin % 76.7'sinin hemoglobin değerinin 11 mg/dl üzerinde, % 15.3'ünün hemoglobin değerinin 10.0 - 10.9 mg/dl aralığında ve % 7.9'ünün hemoglobin değerinin 7.0 - 9.9 mg/dl aralığında olduğu saptanmıştır. (**Min: 6 ó Max: 17**)
- Gebelerin 20 ó 34 yaş aralığında olanların % 21.9'ünün, 19 yaş ve altında olan gebelerin % 29.7'sinin, okulsuz okur yazar olanların % 28.4'ünün, gelir getiren bir işte çalışanların % 25.2'sinin, geniş ailede yaşayan gebelerin % 23.3'ünde, sosyal güvencesi olmayanların % 25'inde, 13 ve üzeri sayıda aile bireyi ile yaşayan gebelerin % 28'inin, gelir durumu kötü olduğu ifade eden gebelerin % 26.6'sinin anemik olduğu saptanmıştır. Ancak anemi ile gebelerin yaş, eğitim seviyesi, çalışma durumu, aile tipi, evde yaşayan birey sayısı, ve gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p > 0.05).
- Araştırma kapsamına alınan ve ilk doğumu 19 yaş ve altında yaptıran, ifade eden gebelerin % 24.2'si, 5 ve üzeri sayıda gebelik öyküsü olanların % 24.9'ünün, 4 ve üzeri yaşta çocukları olduğu ifade eden gebelerin % 23.4'ünün, düşük öyküsü olanların % 24.1'inin, küretaj öyküsü olanların % 24.1'inin ölü doğum yapanların % 25.7'sinin, en son gebeliği ile imdikiki gebeliği arasında süresi 24 aydan az olan gebelerin % 19.4'ünün, gebelikleri arasındaki süre 2 yıldan az olanların % 27.1'inin anemik olduğu saptanmıştır.
- Yapılan çalışmada gebelerin ilk doğum yaşları, gebelik sayısı, yaşta çocuk sayısı, düşük varlığı, küretaj varlığı, ölü doğum varlığı ile anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (p > 0.05).
- Gebelerin en son gebelikleri ile imdikiki gebelik arasında geçen süre (p=0.039, χ^2 : 4.371) ve gebelikleri arasındaki süre (p=0.014, χ^2 : 6.092) ile anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

- Ara t,rma kapsam,na al,nan 2. trimesterdeki gebelerin %33.3ünde, 3.trimesterdeki gebelerin % 22.2ünde, doktor taraf,ndan do um öncesi bak,m alan gebelerin % 23ünde, ebe ya da hem ire taraf,ndan do um öncesi bak,m alan gebelerin % 22.5ünde, bu gebeli inde demir deste i alan gebelerin % 23.3ünde, demir deste i almayan gebelerin % 23ünde, deste i 1 ó 3 ay aras, alan gebelerin % 23.3ünde, demir preparat,n, yemekten önce alan gebelerin % 24.4ünde anemi oldu u saptanm, t,r. Çal, mada anemi ile gebelik haftas, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili ki saptan,rken ($p= 0.024$, $\chi^2 : 5.084$), sa l,k personelinden do um öncesi bak,m alma, gebelikte demir deste i alma, demir deste in süresi, gebelikte demir preparat, kullan,m zaman, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili ki saptanmam, t,r ($p > 0.05$).
- Sistemik hastal, , olan gebelerin % 25. 5ünde, gebelik öncesi anemi te hisi alanlar,n % 27.7ünde, anemi te hisi almas,na kar ,n demir preparat, kullanan gebelerin % 28.3ünde, gaitada parazit gördü ünü belirten gebelerin ise %25ünde önceki gebeliklerinde / do um sonras,nda kanamaya ba l, anemi tan,s, alanlar,n % 30.2ünde, ilaç ya da kan nakli gerektirecek kanamaya ba l, anemi tan,s, alanlar,n % 30.2ünün anemik oldu u saptanm, t,r.
- Çal, mada gebelerin sistemik hastal,k varl, , ve gaitada parazit görülme durumu ile anemi aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili ki bulunmam, t,r ($p > 0.05$).
- Gebelerin gebelik öncesi mevcut olan anemi durumu ($p = 0.008$, $\chi^2 : 9.727$), anemi tedavisi almas, ($p=0.008$, $\chi^2 : 7.144$), önceki gebeliklerinde / do um sonras,nda kanamaya ba l, anemi tan,s, almas, ($p= 0.043$, $\chi^2 : 4.077$), bu güne kadar ilaç ya da kan nakli gerektirecek kanamaya ba l, anemi tan,s, alma durumuna göre ($p = 0.042$, $\chi^2: 4.132$) istatistiksel olarak anlaml, bulunmu tur.
- Gebelik döneminde sigara içen gebelerin % 20.8ünün anemik oldu u saptanm, t,r. Beslenme al, kanl,klar,na göre anemi durumlar, incelendi inde; düzensiz ac,kt,kça beslenen gebelerin % 25.7ünün, pika al, kanl, , olan gebelerin % 29.5ünün, günde 5 bardak çay tüketenlerin % 26.4ünün, kahvalt,da çay tüketenlerin % 19ünün, yemekten hemen sonra çay tüketenlerin % 23.2ünün, yöresel ev ekme i (yufka, lava vbí ..) tüketenlerin % 25.3ünün anemik oldu u saptanm, t,r.

- Gebelerin imdiki gebeli inde sigara içme, günlük ö ün say,s,, günlük tüketilen çay miktar,, yemekle birlikte çay tüketimi, yemekten sonra çay tüketimi, tüketilen ekmek çe idi, mayal, ekmek tüketimi, mayas,z ekmek tüketimi ile anemi aras,nda anlaml, bir ili ki saptanmam, t,r (p > 0.05).
- Gebede pika al, kanl, ,n,n varl, , (p=0.011, ²: 6.525) ve kahvalt,da çay tüketimi (p=0.044, ²: 4.072) ile anemi aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir ili kinin oldu u saptanm, t,r. Pika al, kanl, , olan gebelerin, pika al, kanl, , olmayanlara göre anemi görülme riski 1.542 kat daha fazla oldu u ve bu de erin istatistiksel olarak anlaml, oldu u saptanm, t,r (p=0.041).

Bu sonuçlar do rultusunda öneriler;

- ❖ Gebelerde anemiye önlemek amac, ile Aile Sa l, , Merkezlerinde görev yapan ebe / hem irelerin do um öncesi bak,m hizmetlerine yönelik bilgi düzeylerinin saptanmas,, e itim gereksinimlerinin belirlenerek gerekli hizmet içi e itimlerin verilmesinin sa lanmas,,
- ❖ Do um öncesi bak,m hizmeti sunan Aile Sa l, , Merkezlerinde gebelerin erken önemde tespiti ve tüm gebelerin en az 4 kez, gebelik yönünden risk grubunda olan gebelerin ise daha s,k aral,klarla do um öncesi bak,m hizmeti almas, sa lanmas,,
- ❖ Ebe / hem irelerin gebelere aneminin önlenmesi aç,s,ndan alm, olduklar, do um öncesi bak,m,n,n önemini aç,klamak, gebelerin nitelik ve nicelik bak,m,ndan düzenli do um öncesi bak,m almalar,n,n desteklemesi,
- ❖ Do um öncesi bak,m hizmetleri kapsam,nda tüm gebelerin anemi yönünden de erlendirilmesi, aneminin erken tan, ve tedavisi sa lanmas,,
- ❖ Sistemik hastal, , olan gebelerin anemi yönünden daha s,k takip edilmesi,
- ❖ Gebeli in 16. haftas,ndan itibaren gebelerin düzenli demir deste i almalar,n,n sa lanmas, ve demir deste i al,rken dikkat etmeleri gerekenler konusunda e itim verilmesi,
- ❖ Gebelerin önerilen demir preparatlar,n, düzenli kullanamama nedenlerinin ara t,r,lmas, ve düzenli kullan,m,n desteklenmesi,

- ❖ Barsak parazitleri, çok ve sık doğum, erken yaş gebelikler, ağır, menstruasyon kanaması, mayasız ekmek tüketimi, pıka vb. gibi anemiyi artıran nedenlere yönelik kontrollerin yapılması, ve bunlara yönelik tedbirlerin alınması,,
- ❖ Demir Destek programı, sadece gebelere değil tüm doğurganlık yaşındaki kadınlara uygulanması, sağlanması,,
- ❖ Ulusal demir desteği programı, yeni anemi prevalans çalışmaları, na dayandırılması, ve gebelikte anemi prevalansı, nın saptanması, na yönelik yeni çalışmalar yapılması,,
- ❖ Gebelikte anemiyi önlemek amacıyla diyetisyenlerin desteği alınarak gebelerin yeterli ve dengeli beslenme, besinlerin doğru hazırlanması,, saklanması, ve tüketilmesi konularında bilinçlendirilmesi ve demir depoları, nın artırılması,,
- ❖ Demir, folik asit, B12 vitamini açısından zengin yiyeceklerin temin edildiği müdahale araştırmaları, nın yapılması,,
- ❖ Toplumun genel olarak eğitim seviyesinin yükseltilmesi, riskli gebeliklerin önlenmesi, sosyoekonomik koşulların iyileştirilmesi ve hayvansal gıda tüketiminin artırılması, için gerekli önlemler alınmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. **Abbasi A, Arooj S, Hussain W ve ark.** Causes of anemia in pregnant women of the state of azad kashmir: a cross-sectional survey; Health. 2013; 5:35-44.
2. **ACOG Practice Bulletin.** Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Anemia in Pregnancy, 2008; 112(1).
3. **Adebisi O.Y, Strayhorn G.** Anemia In Pregnancy and Race In The United States: Blacks At Risk. Health Services Research, 2005; 37(9):655-662.
4. **Ahmed F., Al-Sumaie A.M. :** Risk factors associated with anemia and iron deficiency among Kuwaiti pregnant women, International journal of food sciences and nutrition, September 2011; Vol. 62, No. 6, s: 585-592
5. **Ahmed F, Khan MR, Akhtaruzzaman M, Karim R, Marks GC, Banu CP, Nahar B, Williams G.** Efficacy of twice-weekly multiple micronutrient supplementation for improving the hemoglobin and micronutrient status of anemic adolescent schoolgirls in Bangladesh. Am J Clin Nutr 2005; 82:829-835.
6. **Akay OM, ahin F, Gülb Z.** Demir eksikliği anemisi gelişen menorejili kadınlarda konjenital veya edinsel trombosit fonksiyon bozuklukları, tam kan trombosit agregasyonu ile ilişkisi, Türkiye Tıp Dergisi, Türk J Haematol 2005;22(2): 71-78.
7. **Akgüne E, Hasbal C, Dedeoğlu R. ve ark.** Çocuklarda demir eksikliği tarama testi olarak eritrosit indekslerinden Rdw ve MCV'nin değerlendirilmesi, Bakırköy Tıp Dergisi 2007; 3, 6-9.
8. **Ak, N, Pala K, Aydın N, Sar, H, Tugay Aytakin N.:** Nilüfer halk sağlığı eğitimi ve araştırma bölgesindeki gebelerde risk etmenlerinin saptanması, ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2004;14(3):65-72.
9. **Akman N.** Erikinde Anemilere yaklaşımları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Anemi Sempozyumu. İstanbul, 2001; 966.
10. **Alem M, Enawgaw B, Gelaw A, Kena T, Seid M, Olkeba Y.** Prevalence of anemia and associated risk factors among pregnant women attending antenatal care in Azezo

Health Center Gondar town, Northwest Ethiopia; **Journal of Interdisciplinary Histopathology** 2013; 1(3): 137-144

11. Al-Farsi YM, Brooks DR, Werler MM, Cabral HJ, Al-Shafei MA. Effect of high parity on occurrence of anemia in pregnancy: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011;11:7.

12. Al-Mehaisen L, Khader Y, Al-Kuran O, Abu Issa F, Amarin Z.: Maternal Anemia in Rural Jordan: Room for Improvement. Hindawi Publishing Corporation *Anemia* Volume 2011; Article ID 381812, S: 1-8.

13. Allen HL. Multiple micronutrients in pregnancy and lactation: an overview; *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2005;81(suppl): 1206S-1212S.

14. AlQuaiz MA, Mohamed AG, Khoja TAM, AlSharif A, Shaikh SA, Al Mane H. ve ark. Prevalence of Anemia and Associated Factors in Child Bearing Age Women in Riyadh, Saudi Arabia; *Journal of Nutrition and Metabolism*, Volume 2013; S:1-8.

15. Amar R Shah, Neha D Patel, Menka H Shah. Haematological parameters in Anaemic pregnant women attending the Antenatal clinic of rural teaching hospital. *Innovative Journal of Medical and Health Science*. 2012; S: 70-73.

16. Amel EI, Mangaiarkkarasi A. Evaluation of Anaemia in Booked Antenatal Mothers during the Last Trimester *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013 ;Nov, Vol-7(11): 2487-2490.

17. Andrews NC. Disorders of iron metabolism and heme synthesis: iron deficiency and related disorders . In: Greer JP, Foerster J, Lukens JN, Rodgers GM , Paraskevas F , Glader B editor. 11th ed.. *Wintrobe's Clinical Hematology* . Vol 1: Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;p. 979-1009.

18. Annibale B, Capurso G, Delle FG. The stomach and iron deficiency anemia :a forgetting link.*Dig Liver Dis* 2003;35(4): 288-95.

19. Api O, Bayer F, Ak, I A, Bekta M, Api M, Dabak R, Ünal O. İstanbul'da Bir E itim ve Ara tırma Hastanesine Ba vuran Gebelerde Anemi Prevalans, n, Etkileyen Etyolojik ve Demografik Faktörler. *Perinatoloji Dergisi* Nisan 2009; Cilt: 17, Sayı: 1.

20. **Aranda N, Ribot B., Garcia E, Viteri FE, Arija V.** Pre-pregnancy iron reserves, iron supplementation during pregnancy, and birth weight; *Early Human Development* 87 .2011; 7916797.
21. **Atame T.** Anemik Hastaya Yaklaşım, Türkiye Klinikleri Hematoloji Anemiler Özel Sayısı, 2004; 2(2): 89-95 .
22. **Atar SA, Gürel H, Balcan E.** Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemdeki Bilgi Edinme Durumu, *Perinatoloji Dergisi*, 2006;14(2):90-95.
23. **Ate S, Savan K.** Tekrarlayan Gebelik Kaybı, Sonrası, Oluşan Gebeliklerde Doğum ve Neonatal Bulguların Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2007 .
24. **Awat FA, Klahis BMA.** Maternal anemia status among pregnant women in Erbil city, Iraq. *World Family Medicine Journal* Oct 2013; Vol. 11 Issue 8, p23-29.
25. **Aydemir S, Kadıoğlu G, Bayraktaroğlu T, Üstündağ Y, Özeltekin S, Borazan A, Aktunç E, Numanoğlu G.** Demir eksikliği anemili olgularda çölyak hastalığı, prevalansı, Türkiye Klinikleri J gastroentero hepatoloji dergisi 2004;15:101-105.
26. **Aydın Y.** Demir eksikliği anemisi. In: Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A. Cerrahya iç hastalıkları, 1. B. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2005; s.145-47.
27. **Ayoya MA, Spiekermann-Brouwer GM, Traoré AK, Stoltzfus RJ, Garza C.** Determinants of anemia among pregnant women in Mali; *Food and Nutrition Bulletin* 2006; vol. 27, no. 1, S: 3 ó 10.
28. **Baig-Ansari N, Badruddin SH, Karmaliani R, Harris H.** Anemia prevalence and risk factors in pregnant women in an urban area of Pakistan; *Food Nutr Bull.* 2008 June ; 29(2): 1326139.
29. **Balarajan Y, Ramakrishnan U, Özaltın E, Shankar A H, Subramanian SV.** Anaemia in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2012; 378(9809), 2123-2135.
30. **Banhidy F, Acs N, Puhó HE, Czeizel EA.** Iron deficiency anemia: pregnancy outcomes with or without iron supplementation; *Nutrition* 27. 2011; 65672.

31. **Banjari I, Kenjeri D, Milena LM.** Intake of tannic acid from tea and coffee as a risk factor for iron bioavailability in pregnancy women; International Conference 14th "Ruffia Days" Today Science-Tomorrow Industry". 2012.
32. **Baraka MA, Steurbaut S, Laubach M, Coomans D, Dupont AG.** Iron status, iron supplementation and anemia in pregnancy: ethnic differences. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2012; 25(8), 1305-1310.
33. **BASAGM (Ba bakanlık Aile ve Sosyal Ara tırmalar Genel Müdürlü ü)** Türkiye'de Aile De erleri Ara tırmaları, T.C. Ba bakanlık Aile ve Sosyal Ara tırmalar Genel Müdürlü ü Yayın, Genel Yayın No: 145, Ankara, 2010.
34. **Ba göl , Oskay Ü.** Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kanıt temelli yaklaşımlar International Journal of Human Sciences. 2012; (9)2, 1524-1534.
35. **Batkın D.** Gebe Kadınlara Verilen Beslenme E itiminin Aneminin Önlenmesine Etkisi, T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı, Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Sivas, 2011.
36. **Bay A.** Pika ve demir eksikliği anemisinin oksidatif stres antioksidan kapasite ve eser elementler üzerine etkilerinin araştırılması, TC Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Yan Dal Uzmanlık Tezi, Van, 2006.
37. **Baysal A.** Beslenme. Yenilenmiş 10. baskı, Hatibo lu Yayınevi. Ankara 2004.
38. **Baysal A.** Sosyal E zizliklerin Beslenmeye Etkisi; C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Özel Eki, 2003; 25 (4).
39. **Baysoy Güler N, Özkan S.** Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı, Perspektifi; Gazi Med J 2012; 23: 77-90.
40. **Beach R.** http://www.thehospitalist.org/details/article/239003/Pregnancy_Perils.html Erişim Tarihi: 1 Ağustos 2013.
41. **Bencaiova G, Burkhardt T, Breymann C.** Anemia - prevalence and risk factors in pregnancy; European Journal of Internal Medicine 23, 2012; 529-533.
42. **Bergmann RL, Richter R, Bergmann KE, Dudenhausen JW.** Prevalence and risk factors for early postpartum anemia. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2010; 150(2), 126-131.

43. **Be er E, Ergin F, Sönmez A.** Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(2):137-141.
44. **Be , ,k SK.** Demir Eksikliği Anemisi, Klinik Hematoloji Nobel Tıp Kitabevleri. 2003;4:47662.
45. **Be , ,k S.** Demir Eksikliği Anemisi, Türkiye Klinikleri, Hematoloji, Anemiler Özel Sayı, 2004; 2(2):96-102.
46. **Be tepe GU.** Afyon ili II ve IV No'lu Sağlık Ocağı, Bölgelerindeki Gebelerde Anemi Prevalans, Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2000.
47. **Be tepe G, Bilgin N.** Afyon ili 2 ve 4 Nolu Sağlık Ocağındaki Gebelerde Anemi Prevalans, ve Anemiyi Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık ve Toplum 2002; 12: 43653.
48. **Beutler E, Hoffbrand AV, Cook JD.** Iron Deficiency and Overload, Hematology 2003; 40-61.
49. **Bharati P, Som S, Chakrabarty S, Bharati S, Pal M.** Prevalence of Anemia and Its Determinants Among Nonpregnant and Pregnant Women in India. Asia-Pacific Journal of Public Health / October 2008; Vol. 20, No. 4.
50. **Biesalski HK, Erhardt J.** Laboratory Assessment of Iron Status, The Guidebook Nutritional Anemia, Batham, J. Zimmermann, M.B., Kraemer, K. (Ed). Sight and Life Press, Germany, 2007; 15-16.
51. **Bilge A, Bayram E, Can N , Biniciler .** Hekim gözüyle sağlık, beslenme ve öne çıkan güncel konular inceleme ve değerlendirme. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/hacettepe%20beslenme%20kitapcik%2026%20nisan.pdf. Erişim: 5 Mart 2013.
52. **Binetou CS, Robert TJ.** Iron deficiency is a major risk factor for anemia among pregnant women in Senegal, African Journal of Health Sciences Vol. 18, No. 1-2, January - June 2011; s: 96-104.
53. **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Demir Eksikliği Anemisinin Önlenmesi ve Kontrolü.** Halk Sağlığı, Kurumu Derneği, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Teknik Rapor No:7.
54. **Boccio JR, Iyengar V.** Iron deficiency: Causes, consequences, and strategies to overcome this nutritional problem. Biol Trace Elem Res 2003;94:1632.

- 55. Bodnar LM, Cogswell ME, Mc Donald T.** Have we forgotten the significance of postpartum iron deficiency? *Am J Obstet Gynecol*,2005; 193 : pp. 36644.
- 56. Bodnar LM, Scanlon KS, Freedman DS, Siega Riz AM, Cogswell ME.:** High prevalence of postpartum anemia among low-income women in the United States. *Am. J. Obstetric Gynecol*,2000; 185 (2): 4386443.
- 57. Bokhari F, Derbyshire EJ, Li W, Brennan CS.** Can an iron-rich staple food help women to achieve dietary targets in pregnancy? *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, March 2012, Vol. 63, No. 2, Pages 199-207.
- 58. Bothwell TH.** Iron requirements in pregnancy and strategies to meet them. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72(suppl) , 2000;257-264.
- 59. Breyman C.** Iron deficiency and anemia in pregnancy: modern aspects of diagnosis and therapy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2005;123:3-11.
- 60. Brooker S, Akhale W, Pullan R, Estambale B.** Epidemiology of plasmodium-helmintic co-infection in Africa: population at risk, potential impact on anemia and prospects for combined control. *Am J Trop Med Hyg.* 2007 December; 77(6 Suppl): 88698.
- 61. Bruno F, Mary D, George A.** Development of a clinical prediction rule for iron deficiency anemia in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005;193(2):460-466.
- 62. Bülbül S.** Çocuk beslenmesinde demirin yeri ve önemi, *Sürekli Tıp Eitim Dergisi*, 2004; 13(12). 446-450.
- 63. Casanova BF.** Iron deficiency anemia in pregnancy, *Postgraduate Obstetrics&Gynecology*, 2006; 26 (7):1-5.
- 64. Casanova BF, Sammel MD, Macones GA.** Development of a clinical prediction rule for iron deficiency anemia in pregnancy; *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2005; 193, 46066
- 65. Casanueva E, Viteri EF, Mares-Galindo M, Meza-Camacho C, Lora A, Schnaas L, Valde's-Ramos R.** Weekly iron as a safe alternative to daily supplementation for nonanemic pregnant women; *Archives of Medical Research* 37, 2006; 6746682.
- 66. CDC criteria for anemia in children and childbearing-aged women.** *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1989; 38:400.

67. **Charles M A, Campbell ó Stennett D, Yatch N, Jolly E P.** Predictors of anemia among pregnant women in Westmoreland, Jamaica. *Health Care Women International*. 2010 July; 31(7): 5856598.
68. **Co kun A, Özdemir Ö.** Gebelikte vitamin ó mineral kullan,m, ve beslenmenin irdelenmesi; *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derne i Dergisi, (TJOD Derg)*, 2009; Cilt: 6 Say,: 3 Sayfa: 155- 70.
69. **Cooper R, Morré DJ, Morré D.M.** Medical benefits of green tea: part I. review of non-cancer health benefits. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*,2005; 11; 521-528.
70. **Corbett RW, Ryan C, Weinrich SP.** Pica in pregnancy: does it affect pregnancy outcomes? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2003;28(3):183-191.
71. **Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. et al.** *Williams Do um Bilgisi*, 21. Bask., Nobel T,p Kitabevleri, 2005; 1307-1336.
72. **Cunnigham FG, Gant NF, Leveno KS, Gilstrop LC, Hauth JC, Wenstrom KD.** Hemotological disardes-anemies. *Williams Obstetries Hot Edition*. USA. The Mc Grow-Hill Componies. 2001;47,130861310.
73. **Cunningham FG, MacDonald PC, Gant FN, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hankins GDV, Clark SL, Stamford C.** Hematological disorders. In: *Williams Obstetrics: 20th ed*, Appleton&Lange, Inc, 1997; pp:1173-202.
74. **Çakmak P, Ya mur M, Yuvañç O, Var T, Güngör T, Mollamahmuto lu L.** Gebelik öncesi dönem ve gebelikte folik asit kullan,m,. *Uzmanl,k Sonras, Güncel Geli meler*, 2006; 3(3):157-161.
75. **Çal, kan E, Co kun E, Filiz T, Ta ç, Y, Dilbaz B, Haberal A.** Do um aral, , ve aile gelirinin maternal etkileri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Ve Obstetrik Dergisi*, 2004; 14:262-266.
76. **Davas I, Marangoz D, Varolan A, Akyol A, Baksu B.** Gebelikte de i ik seviyelerdeki anemilerde demir al,n,m,n,n maternal, do um ve perinatal sonuçlara etkileri. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 2008; 5:174-81.
77. **Dibek M,s,ro lu E, Aliefendio lu D, Fidan K ve ark.** Sa lık bakanl, , Ankara etlik do umevi ve kad,n hastal,klar, e itim ve ara t,rma hastanesinde do um yapan annelerin

antenatal bakım hizmetlerinden yararlanma durumunun değerlendirilmesi. Perinatoloji Dergisi, 2006; 14(1): 7-13.

78. DeCherney AH, Nathan L. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, Ninth Edition, Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2002; 409-411.

79. Deegan H, Bates HM, McCargar LJ. Assessment of iron status in adolescents: dietary, biochemical and lifestyle determinants. J Adolesc Health 2005;37:75.

80. Delpisheh A, Attia E, Drammond S, Brabin B J. Adolescent smoking in pregnancy and birth outcomes; European Journal of Public Health, 2005; Vol. 16, No. 2, 168-172.

81. Demir C, Kocaman EC, Dilek . Gebelikte serum ferritin düzeyleri, Balkan Med J, 2011; 28: 23-25.

82. Dim CC, Registrar S, Onah HE. The prevalence of anemia among pregnant women at Booking in Enugu, South Eastern Nigeria; MedGenMed. 2007; 9(3): 11.

83. Dinçol G, Pekçelen Y, Atamer T, Sargın D, Nalçacı, M, Aktan M, Beşer, S. Klinik Hematoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, 2003.

84. Diri H. Demir eksikliği anemili kadın hastalarda ferrik demir ve ferröz demir tedavilerinin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, TC İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. 2007.

85. Duffy TP. Mikrositik ve hipokromik anemiler. In Goldman L, Ausiello D, editors. Cecil textbook of medicine, (çev. ed. Ünal S.) Cilt 1. 22. Baskı İstanbul: Güneş Kitabevi, 2006; s.1003-1013.

86. Durhan B. Demir eksikliği anemisi tanısı konulan hastalarda pika görülme sıklığı ve pikanın anemi semptomları ile ilişkisi; T.C. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları, Hemireli İki, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2007.

87. Durmuş mamolu N. Anne kanındaki demir bağlama kapasitesi ve ferritin düzeylerinin fetal değerler ile ilişkisi. Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları, Eğitim Hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2005.

88. Dursun P. Hematolojik Hastalıklar ve Gebelik. Günalp S., Tuncer S., Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi, Pelikan Yayınları, 2004; 273-289.

- 89. Dündar Ö, Çiftçinar T, Tütüncü L, Ergür AR, Atay VM, Müngen E, Yergök Z.** İkinci trimester maternal hemoglobin seviyesinin doğum ayları ve haftasına etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010; 27(2), 156-160.
- 90. Dündar S.** Demir eksikliği anemisi. Yasavul Ü, Çelik A, Arç, M. In Hacettepe Hastaneleri Hastaneleri, kitab., 2B. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2004. s.867-72
- 91. Eastwood M.** Principles Of Human Nutrition. 2nd Edition, Edinburg: Blackwell Science Ltd, 2003; 329-335.
- 92. Ekici Z.** Gebelikte Anemilerde Semptom Değerlendirmesi ve Hemoglobin Renk Skalaları (WHO Haemoglobin Colour Scale) Kullanımının Etkinliği, Doktora Tezi, İstanbul, 2006.
- 93. Emmungil H.** Demir Eksikliği Anemisi Tespit Edilen Hastalarda Bu Duruma Sebep Olabilecek Gastrointestinal Patolojilerin Varlığına, Öngörmeye Yarayan Basit Klinik Bulgular ve Laboratuvar Testlerinin Belirlenmesi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2008.
- 94. Erdem Ö, Bucaktepe GE, Kara H.** Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda demir eksikliği anemisi ve gestasyon öyküsü ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi, 2009; Cilt: 36, Sayı: 2, (123-126).
- 95. Erduran E.** Türkiye’de Demir Eksikliği Anemisi ve Güncel Yaklaşımlar; XXXVI. Ulusal Hematoloji Kongresi, Antalya /Belek, 3 -7 Kasım 2010; s: 75- 77.
- 96. Ezugwu EC, Mbah B O, Chigbu CO.** Anaemia in pregnancy: A public health problem in Enugu, South-east Nigeria, Journal of Obstetrics & Gynaecology, July 2013; Vol. 33, No. 5:S:451-454.
- 97. Felgar ER, Ryan DH.** Automated analysis of blood cells. Ronald Hoffman ve ark (editors). Hematology, Basic principles and practice. 4. baskı, Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005; 2673-2684.
- 98. Fisunolu M, Besler H T.** Çay ve Sağlık ilişkisi; <http://danoneenstitusu.org.tr/newsfiles/85Cayvesaglikiliskisi.pdf>. Erişim: Austos 2013.
- 99. Fredanna ADM, Cormack, Judy CD.** Assessment of anemia knowledge, attitudes and behaviors among pregnant women in Sierra Leone; Health Educator, v:44 n:2 p:9-16, 36 Fall 2012.

- 100. Galloway R, Dusch E, Elder L, et al.** Women's perceptions of iron deficiency and anemia prevention and control in eight developing countries. *Social Science & Medicine*, 2002; 55(4):529-544.
- 101. Gangopadhyay R, Karoshi M, Keith L.** Anemia and pregnancy: A link to maternal chronic diseases; *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011; 115 Suppl. 1: S:11- 15.
- 102. Gautam CS, Saha L, Saha Kumar P.** Iron deficiency in pregnancy and the rationality of iron supplements prescribed during pregnancy; *Medscape J Med* 2008; 10 (12): 283.
- 103. Geelhoed D, Agadzi F, Visser L, Ablordeppey E, Asare K, O'Rourke P, Van Leeuwen JS, Van Roosmalen J.** Maternal and fetal outcome after severe anemia in pregnancy in rural Ghana. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85(1): 49-55.
- 104. Gibney J, Margetti B, Kearney J.** Iron-Deficiency Anemias. *The Nutrition Society Text Book Series. Public Health Nutrition. USA: Published By Blackwell Science*. 2004;227-235, 256-259.
- 105. Ginder GD.** Microcytic and hypochromic anemias. Goldman L, Ausiello D. (editors). *Cecil Medicine*. 23. Bask., Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008;1187-1194.
- 106. Glader B.** Anemia: general considerations. In; Greer J P, Rodgers G M, Foerster J et all. (Eds). *Wintrobe's Clinical Hematology*. 11th Philadelphia. Williams & Wilkins, 2004; 947-978.
- 107. Glader B.** Iron-deficiency anemia. In: Behrman R, Kliegman R, Jenson H (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia. W.B Saunders, 2004; 1614-6.
- 108. Goddard AF, James MW, McIntyre AS and Scott BB.** Guidelines for the management of iron deficiency anemia, *British Society of Gastroenterology. Gut*, Dec 2000;47(6):872.
- 109. Gogoi M, Prusty Kumar R.** Maternal Anaemia, Pregnancy Complications and Birth Outcome: Evidences from North-East India; *Journal of North East India Studies* Vol. 3, No. 1, Jan.-Jun. 2013; pp. 74-85.
- 110. Goonewardene M, Shehata M, Hamad A.** Anaemia in pregnancy; *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 26,2012; 3624.

- 111. Göker A, Yan,kerem E, Birge Ö.** Manisa'da Bir E itim ve Ara t,rma Hastanesine Ba vuran Gebelerde Anemi Prevalans,n,n Retrospektif ncelemesiö, Sted, 2012; cilt 21, say, 3, s: 102-109.
- 112. Göynüner G, Sav N, Sümbül M.** Gebelikte Demir Kullan,m, Ve Hematolojik Yans,malar,. Perinatoloji Dergisi, 2004;12(4):168-172.
- 113. Greer JP, Foerster J, Lukens JN, Rodgers George M, Paraskevas GB.** Wintrobe's Clinical Hematology. Lippincott Williams&Wilkins, 2004.
- 114. Guideline:** Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women; World Health Organization, 2012; S: 1 -32.
- 115. Gül C, Nazl,gül Y.** Helmin Enfeksiyonlar,na Güncel Yakla ,m, Dirim T,p Gazetesi 2008; say,,: 83 (40-48).
- 116. Güleç Küçükgöz Ü, Özgünen Tuncay F, Evrücke C , Demir C S.** Gebelikte anemi; Archives Medical Review Journal 2013; 22(3):300-316.
- 117. Gülertan Yavuz S.** Demir Eksikli i Anemisi Olan Kad,n Hastalarda Oral Demir Tedavisinin Etkinli inin De erlendirilmesi. Uzmanl,k Tezi. Haseki E itim Ara t,rma Hastanesi, 2008.
- 118. Gümrük F, Altay Ç.** Demir metabolizmas, ve demir eksikli i anemisi. Katk, Pediatri Dergisi. 1997; 16: 265-285.
- 119. Günalp S, Tuncer S.** Kad,n Hastal,klar, ve Do um Tan, ve Tedavi. Pelikan Yay,nlar,, Ankara, 2004.
- 120. Gwen O, Dario MT. In: Anemia. Dario MT, Geoffrey CL, Jerome VR, Ralph MS, Mahendr SK editörs.** Kochar's Clinical Medicine for Students. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009; 26-30.
- 121. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü** Türkiye Nüfus ve Sa l,k Ara t,rmas, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sa l,k Bakanl, , Ana Çocuk Sa l, , ve Aile Planlamas, Genel Müdürlü ü, Ankara, 2009.
- 122. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü** Türkiye'de Do urganl,k, Üreme Sa l, , ve Ya l,l,k. Türkiye Nüfus ve Sa l,k Ara t,rmas, 2008 leri Analiz Çal, mas,, Ankara,2010.

- 123. Haidar JA, Pobocik RS.** Iron deficiency anemia is not a rare problem among women of reproductive ages in Ethiopia: a community based cross sectional study. *BMC Blood Disord* 2009; 9:7.
- 124. Harma M, Harma M, Yurtseven , Demir N:** Multipar gebe kad,nlarda anemi s,kl, ,, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2004;14(1):12-5.
- 125. HASAK** Teknik Rapor No 7: Birinci Basamak Sa lık Hizmetlerinde Demir Eksikliği Anemisinin Önlenmesi ve Kontrolü, 2003.
- 126. Henning SM, Fajardo - Lira C, Lee H, Youssefian AA, Go VLW, Heber D.** Catechin content of 18 teas and a green tea extract supplement correlates with antioxidant capacity. *Nutrition and Cancer.* 2003;45; 226- 235.
- 127. Hershko C, Ianculovich M, Souroujon MA.** Hematologist's view of unexplained iron deficiency anemia in males: impact of Helicobacter pylori eradication. *Blood Cells Mol Dis.* Jan-Feb 2007; 38(1): 45653.
- 128. Huchon C, Dumont A, Traoré M, Abrahamowicz M, Fauconnier A, Fraser W, Fournier P.** A prediction score for maternal mortality in Senegal and Mali. *Obstetrics & Gynecology*, 2013; 121(5), 1049-1056.
- 129. Irmak H.**Sularla li kili Hastalıklar.
www.diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme.../b5.pdf. Eri im: A ustos 2013.
- 130. rge E, Timur S, Zincir H, Oltuluo lu H, Dursun S.** Gebelikte beslenmenin de erlendirilmesi. *Sürekli Tıp E itim Dergisi (sted)*, 2005;14(7):157-160.
- 131. Jamaiah H, Das A, Lim TO, Chen WS, Noraihan MN, Sanjay R, et al.** Anemia in pregnancy in Malaysia: a cross-sectional survey. *Asia Pac J Clin Nutr* 2007;16 (3):527-536.
- 132. Jiang T, Christian P, Khattry SK, Wu L, West KP.** Micronutrient deficiencies in early pregnancy are common, concurrent, and vary by season among rural nepali pregnant women. *The Journal of Nutrition*,2005; 135: 110661112.
- 133. Jin L, Yeung LF, Cogswell ME, Ye R, Berry RJ ve ark.** Pevalence of anaemia among pregnant women in south-east China, *Public Health Nutrition*, 199362005, 13(10), 151161518.

- 134. Johnson-Wimbley TD, Graham DY.** Diagnosis and management of iron deficiency anemia in the 21st century. *Ther Adv Gastroenterol* 2011;4(3):177-84.
- 135. Jong E.** Intestinal parasites, *Prim Care* 2002;29(4):857-77.
- 136. Kabalcıo lu F.** anlı,urfa Do umevinönde Do um Yapan Gebelerin Do urganlı,k Özellikleri ile Demir Preparat, - Folik Asit Kullanma Durumlar,. 1. Ulusal Ebelik Kongresi-EBKO, stanbul, 2007.
- 137. Kabaran S, Ayaz A.** Maternal ve fetal sa lık üzerinde B12, folik asit, A, D, E ve C vitaminlerinin etkileri; *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*: 2013; Cilt 70 Say, 2 s: 103-112.
- 138. Kalayo lu S.** Demir Eksikli i Anemisi. Büyüköztürk K (editör). ç Hastalıklar,. 1.Bask., Nobel, stanbul, 2007;603-609.
- 139. Kaleli B, Yıldırım B.** Gebelik ve Hematolojik Hastalıklar Obstetrik; *Maternal fetal tıp ve perinatoloji*. Ankara: Medikal Network, 2001;682-696.
- 140. Kanber AN.** Gebelere verilen beslenme e itiminin anemi üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2008.
- 141. Kanber AN, Demirel R, Köken NG.** Gebelere Verilen Beslenme E itiminin Anemi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011; 10(1), S: 45 ó 52.
- 142. Kane RC.** Intravenous Iron Replacement with Sodium Ferric Gluconate Complex in Sucrose for Iron Deficiency Anemia in Adults. *Currents Therapeutics Research*. 2003;64:263-268.
- 143. Karaalp E, Yücel N, Ö ütcüo lu B, Örgül G, Kavak H, Karaalp E.** stanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe E itim ve Ara tırma Hastanesi 2011 y,l, do umlar,n,n do um öncesi ve sonras, hemoglobin-hematokrit de erlerinin kar lla tır,lmas, ve anemi insidans,; *Göztepe Tıp Dergisi*, 2013; 28(2):79-82.
- 144. Karabulut A, evket O, Acun A.** Türkiye'nin güneybat, bölgesinde I.trimester gebelerde demir, folat ve vitamin B12 düzeyleri; *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2011; 12: 153-156.

- 145. Karada N, Ba kurt S, anan F, Ki io lu N.** Bal,kesir li Do um Ve Çocuk Bak,mevi Hastanesi Gebe Muayenesi Poliklini ine Ba vuran Gebe Kad,nlar,n Beslenme Özellikleri. Hem ire ve Ebeler çin Hem ire Dergisi, 1999; 49(4):2-3.
- 146. Karaka Z, A ao lu L.** Kan Hastal,klar,,: Neyzi O, Ertu rul T. Pediatri Cilt 2.2B. zmir: Nobel T,p Kitabevleri 2010; 1297-1310.
- 147. Karao lu L, Pehlivan E, E ri M, Deprem C, Güne G, Genç MF, et al.** The prevalence of nutritional anemia in pregnancy in an east Anatolian province, Turkey. BMC Public Health 2010; 10:329.
- 148. Kaya D, Akan N.** Bir Sa l,k Oca , Bölgesindeki Gebelerde Anemi Görülme S,kl , ve Etkileyen Faktörler; Turkiye Klinikleri J Nurs 2010; 2(2):100-9.
- 149. Kaya D.** Bir sa l,k oca , bölgesinde gebelerde anemi görülme s,kl ,n,n incelenmesi, T.C. Mersin Üniversitesi Sa l,k Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilimdal, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- 150. Keskin DD, Keskin S, Çetin O, Verit Atmaca FF, Yücel O, Özdemir Ö.** Gebeli in İlk Trimesterindeki Anemi Etyolojisinde Mikrobesein Eksikli inin Önemi. Perinatoloji Dergisi 2013; 21(2):72-76.
- 151. Kettaneh A, Eclache V, Fain O, Sontag C, Uzan M, ve ark.** The American Journal of Medicine,2005; 118, 185-188.
- 152. Khan Y, Tisman G.** Pica in iron deficiency: a case series; Journal of Medical Case Reports 2010;4:86.
- 153. Khatod L, Chidrawar S, Bhangadia S, Chakurkar J, Bhattad S, Bhattad S.** Determination of various sociodemographic factors affecting anemia in pregnancy, International Journal of Recent Trends in Science And Technology, ISSN 2277-2812 E-ISSN 2249-8109, 2013; Volume 8, Issue 1, pp 27-30.
- 154. K,ll,p S, Bennett J, Chambers MD.** Iron deficiency anemia. American Family Physician 2007; 75(5): 1-10.
- 155. Kim HK, Nelson LS.** Are you what you eat? Pica in pregnancy; Emergency Medicine July 2012; S: 4 ó 11.

- 156. Kimya Y, Cengiz C.** Gebeli e ba l, annedeki sistemik de i iklikler. Obstetrik; Maternal-Fatal T,p ve Perinatoloji, Ankara, Medikal Network, 2001; 6766681.
- 157. Ki io lu AN, Özturk M, Çakmak ZA, Özgüner F.** Anemia prevalence and its affecting factors in pregnant women of Isparta Province. Biomed Res, ndia,2004;16(1):11-14.
- 158. Kligman RM, Behrman RE, Jenson HB, Bonita FS.** Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: W B Saunders Company, 2007;2003617.
- 159. Koç SM.** Demir eksikli ine Ba l, Reaktif Trombositozu Olan Hastalarda Helicobakter Pylori S,kl, n,n Ara t,r,lmas,, T.C. nönü Üniversitesi T,p Fakültesi ç Hastal,klar, Anabilim Dal,, Uzmanlık Tezi, Malatya, 2012.
- 160. Korkmaz M.** Barsak Helmintleri; ANKEM Derg 2006 ;20(Ek 2):170-176
- 161. Kumar KJ, Asha N, Murthy DS, Sujatha MS. Manjunath VG.** Maternal anemia in various trimesters and its effect on newborn weight and maturity: an observational study. Int J Prev Med. ,2013 February; 4(2): 1936199.
- 162. Kurtay G, Özpak E.** Hemotolojik Hastal,klar ve Gebelik Temel Kad,n Hastal,klar, ve Do um Bilgisi. Güne Kitabevi, Ankara,2004;35.3756 376.
- 163. Küçük M, Yava o lu , Kad,köylü G, Bolaman Z.** Gebelik ve Hematoloji. Nobel Med,2011; 7(3): 10-17
- 164. Küçükgöz Güleç Ü, Tuncay Özgüne F, Evrük C, Demir S.C.** Gebelikte anemi, Archives Medical Review Journal 2013; 22(3):300-316.
- 165. Larciprete G, Valensise H, Vasapollo B, Altomare F, Sorge F, Casalino B et al.** Body composition during normal pregnancy: referance ranges. Acta Diabetol. 2003 October; 40 Suppl 1: S:225 ó 232.
- 166. Lee Ian A, Okam MM.** Anemia in Pregnancy. Hematol Oncol Clin N Am 25, 2011; 2416259.
- 167. Levy A.** Maternal anemia during pregnancy ,s an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery. European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology, In Pres, Correct Prof, Available Online, 20 March 2005.

- 168. Lewis SM.** Anaemia and Rural Haemoglobinometry in Rural areas. *Medical Progress* January, 2003.
- 169. Liabsuetrakul T.** Is international or asian criteria-based body mass index associated with maternal anaemia, low birthweight, and preterm births among thai population? An observational study; *J Health Popul Nutr* 2011 Jun;29(3):218-228.
- 170. Lowdermilk DL, Perry SE.** *Maternity&Women's Health Care.* Mosby Inc.2004.
- 171. López LB, Langini SH, Pita de Portela ML.** Maternal iron status and neonatal outcomes in women with pica during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.*, 2007; 98(2):151-152.
- 172. López LB, Ortega Soler CR, Portela ML.** Pica during pregnancy: a frequently underestimated problem; *Arch Latinoam Nutr.* 2004 Mar; 54(1):17-24.
- 173. Lozoff B, Andraca I, Castillo M, Smith B, Walter T, Pino P.** Behavioral and Developmental Effects of Preventing Iron Deficiency Anemia in Healthy Full- Term Infants. *Pediatrics* 2003; 112: 846-854.
- 174. Ma AG, Schouten E, Wang Y, Xu RX, Zheng MC, Li Y, Sun YY, Wang QZ.** anemia prevalence among pregnant women and birth weight in five areas in China; *Med Princ Pract* 2009;18:368-372.
- 175. Mahmoudian MD, Khademloo M.** The effect of simultaneous administration of zinc sulfate and ferrous sulfate in the treatment of anemic pregnant women. *Journal of Research in Medical Sciences*, 2005; 10(4): 205-209.
- 176. Makhoul Z, Taren D, Duncan B. et.all.** Risk factors associated with anemia, iron deficiency and iron deficiency anemia in Rural Nepali pregnant women, Southeast asian J tRoP med Public health, 3 May 2012; Vol No 43 . S:735 ó 746.
- 177. Malee MP** *Medical and Surgical Complications of Pregnancy,* Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Hanet AF (Edt). *Danforth's Obstetrics and Gynecology,* Ninth Edition, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2003; 273-278.
- 178. Marako lu K, Sezer R.** Sivas'ta gebelikte sigara kullan,m,. Cumhuriyet Üniversitesi T,p Fakültesi Dergisi, 2003; 25(4):157-164.

- 179. McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, DeBenoist B.** World wide prevalence of anaemia, who vitamin and mineral nutrition information system,1993-2005. Public Health Nutr.2009; 12, 4446454.
- 180. McLean L, Cogswell M, Egli I, et al.** Worldwide Prevalence Of Anemia n Preschool Aged Children, Pregnant Women And Non-Pregnant Women Of Reproductive Age. Kraemer K, Zimmermann MB,(edt) Nutritional Anemia, Sight and Life Press, 2007; 1-12.
- 181. McMahon LP.** Iron deficiency in pregnancy; Obstetric Medicine 2010; 3: 17624.
- 182. Meda N, Mandelbrot L, Cartoux M, Dao B, Ouange A, Dabis F.** Anemia during pregnancy in Burkina Faso, West Africa,1995-96:prevalence and associated faktors.Bulletin of the World Health Organisation,1999;77(11).
- 183. Mersin S, Ku C, Ye ildal N, Mayda A S, erifi B.** Konuralp Kamil Furtun Sa l,k Oca , Bölgesi Gebelerde Anemi Ara tırmas, www.dicle.edu.tr/~halks/m26.htm. Eri im Tarihi: A ustos 2013.
- 184. Milman N, Byg KE, Bergholt T, Eriksen L.** Side effects of oral prophylaxis in pregnancy --myth or reality? Acta Haematol 2006; 115:5367.
- 185. Mirzaie F, Eftekhari N, Goldozeian S, Mahdavinia J.** Prevalence of anemia risk factors in pregnant women in Kerman, Iran. ranian Journal of Reproductive Medicine, 2010; Vol.8.No.2pp:66-69.
- 186. Moumin N.** Demir Eksikli i Anemisi ve Talasemi Ta ,y,c,l , Olan Çocuklarda Kalp Hz, De i kenli i; T.C. Celal Bayar Üniversitesi T,p Fakültesi Çocuk Sa l, , ve Hastal,klar, Anabilim Dal,, Uzmanlık Tezi, Manisa, 2010.
- 187. Müngen E.** Iron supplementation in pregnancy. J Perinat Med 2003; 31:420-426.
- 188. Narkowicz S, Pötka J, Polkowska Z, Biziuk M, Namie nik J.** Prenatal exposure to substance of abuse: A worldwide problem. Environment International, Volume 54, April 2013; Pages 1416163.
- 189. Nevruz O, Güvenç B.** Demir Eksikli i ve Di er Hipoproliferatif Anemiler, Sa l,ker Y. (edt), Harr,son ç Hastal,klar, Prensipieri, , Nobel T,p Kitabevleri Ltd. ti., 2004; Cilt 2, 15. Bask., 660-666.

- 190. Njiru H, Elchalal U, Paltiel O.** Geophagy during pregnancy in Africa: a literature review. *Obstet Gynecol Surv.* 2011;66(7):452-459.
- 191. Noronha JA, Khasawneh Esra Al, Seshan V, Ramasubramaniam S, Raman S.** Anemia in pregnancy-consequences and challenges: a review of literature. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics & Gynecology.* Jan-Apr 2012; Vol. 4 Issue 1, p64-70. 7p. 1 Diagram, 2 Charts.
- 192. Novak JC, Brom B L.** *Maternal and Child Health Nursing.* Mosby Year Book,1999.
- 193. Obse N, Mossie A, Gobena T.** Magn,tude of anem,a and assoc,ated r,sk factors among pregnant women attend,ng antenatal care ,n Shalla Woreda, West Ars, Zone, Orom,a Reg,on, Eth,op,a, Ethiop J Health Sci. 2013; Vol. 23, No. 2 S: 165- 173.
- 194. Oçako lu H, Gülay M, Kizek Ö ve ark.** Nilüfer halk sa l, , e itim ve ara t,rma bölgesinde 2005-2006 y,llar,ndaki gebelik sonuçlar, ve ili kili riskler. *TAF Preventive Medicine Bulletin,* 2008; 7(6):491- 496.
- 195. Oral E, Kumbak B, entürk L, Aksu F.** Gebelikte profilaktik demir tedavisi gerekli mi? *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi,* 2002; 16:219 ó 222.
- 196. Oruç O, Tuncer A, Apan E.** Adana yenibaraj sa l,k oca , bölgesinde gebelerde anemi prevalans,, V. Ulusal Halk Sa l, , Kogresi Bildiri Kitab,, stanbul, 1996; 374-8.
- 197. Osborn LM, Dewitt TG, First LR.** (Çeviri M. Yurdakök). *Pediatrici.* Ankara: Güne Kitapevi; 2007;686ó691.
- 198. Öktem M, Aker Ö, Kundak Ç. ve ark.** Anemi, Bülten, 2007;32, 2-3. 20.
- 199. Özçak,r A.** Kad,nlar,n Beslenme Sorunlar,. Eri im:www.uludag.edu.tr. Eri im Tarihi: A ustos 2013.
- 200. Özgün Z, Kale A, Erdemo lu M, Akdeniz N, Bayhan G.** Sezaryan sonras, demir eksikli i anemisinin tedavisinde intraveöz demir sükroz tedavisi ile kan trasfüzyonun kar ,la t,r,lmas,. *Türkiye klinikleri J gynecol Obst dergisi,* 2006;16:45-42.
- 201. Özhan O.** Demir Eksikli i Anemisi Olan Kad,nlarda Serum Çinko Düzeylerinin De erlendirilmesi; Uzmanl,k Tezi, TC nönü Üniversitesi T,p Fakültesi ç Hastal,klar, AD. Malatya, 2007.

- 202. Pala K, Dundar N.** Prevalence and risk factors of anemia among women of reproductive age in Bursa, Indian J Med Res 128, September 2008.
- 203. Pasricha SR, Caruana SR, Phuc TQ, Casey G J, Jolley D, Kingsland S. ve ark.** Anemia, Iron Deficiency, Meat Consumption, and Hookworm Infection in Women of Reproductive Age in Northwest Vietnam; The American Society of Tropical Medicine and Hygiene, 2008; 78(3), pp. 3756381.
- 204. Pasricha SR, Drakesmith H, Black J, Hipgrave D, Biggs BA.** Control of iron deficiency anemia in low and middle income countries. Blood, 2013; 121, 260762617.
- 205. Pehlivanolu Bayer F. Dr. Lütfi Kartal Etilim Araştırma Hastanesi Gebelik Polikliniğine Başvuran Gebelerde Anemi Prevalansı, ve Etiyolojisi** Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
- 206. Peña-Rosas JP, Viteri FE.** Effects and safety of preventive oral iron or iron+folic acid supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009 Oct; 7:4.
- 207. Piammongkol S, Chongsuvivatwong V, Williams G, Pornpatkul M.** The prevalence and determinants of iron Deficiency anemia in rural Thai-Muslim pregnant Women in S pattan, province. Southeast Asian J Trop Med Public Health 3 May 2006; Vol no. 37.
- 208. Piriñci E, Açıık Y, Bostancı M, Eren S, Beritanlı H.** Elazığ il merkezinde yaşayan gebelerde anemi prevalansı. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2001; 3: 4496454.
- 209. Polat SA, Ozan T, Açıık Y, Güngör Y.** Abdullahpaşae tilim ve araştırma sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde anemi prevalansı, ve gebelerin anemi konusundaki bilgi, tutum ve davranışları, OMÜ Tıp Dergisi, 2001; 18, 249-257.
- 210. Poyrazoğlu GH.** Doğu Anadolu Bölgesindeki Gebelerde ve Doğum Bebeklerinde Demir Durumu ve Süt Çocuklarında Demir Desteğinin Gerekliliğii; T.C. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ, 2006.
- 211. Ribot B, Aranda N, Viteri F, C. Ve ark.** Depleted iron stores without anaemia early in pregnancy carries increased risk of lower birthweight even when supplemented daily with moderate iron; Human Reproduction, 2012; Vol.27, No.5 pp. 126061266.

- 212. Rizwan F, Qamarunisa H, Memon A.** Prevalence of anemia in pregnant women and its effects on maternal and fetal morbidity and mortality. Pak J Med Sci January - March 2010;Vol. 26 No. 1 92-95.
- 213. Saliho lu A.** Demir Eksikliği Anemisinde Etiyoloji, TC İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
- 214. Sarııldız L, Akda T.** Hamilelikte Gözlenen Bazı Hematolojik ve Metabolik Değişiklikler; Journal of Clinical and Analytical Medicine; 2013;4(3): 245-8.
- 215. Scholl TO.** Maternal nutrition and preterm delivery. In: Bendich A, Deckelbaum RJ, editors. Preventive nutrition. Totowa, NJ: Humana Press,2005; p. 629-663.
- 216. Schrier SL.** Causes and Diagnosis of Anemia Due to Iron Deficiency, Uptodate, <http://www.uptodate.com/contents/causes-and-diagnosis-of-anemia-due-to-iron-deficiency>
Erişim: 22.02.2014.
- 217. Sean RL.** Why Nutritional Iron Deficiency Persists as a Worldwide Problem; The Journal of Nutrition,2011; 141: 763S-768S.
- 218. Seren Z.** Kadınların Diyetlerinde Bulunan Demir Ve Demir Emilimini Etkileyen Etmenler Hakkında Bilgi Ve Uygulamalar,na Eğitim Katkısı. Yüksek Lisans Tezi, TC. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Bölümü Aile Ekonomisi Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara, 2002.
- 219. Sharma BJ.** Effect of dietary habits on prevalence of anemia in pregnant women of Delhi. The Journal of Obstetrics And Gynaecology Research, 2003;29(2):73.
- 220. Sıcak GT.** Hipokrom mikrositer anemiler. İçin G, Biberolu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç Hastalıkları. Cilt 1.2. Ankara: Güne Kitapevi;2003; s.1791-95.
- 221. Simpson KR, Creehan PA.** Perinatal Nursing, Lippincott Company,2001.
- 222. Smith C, Marks AD, Lieberma M** (Editör: Nal ME, Atik U, Aksoy N, Hacıoğlu A) Temel Tıbbi Biyokimya, Klinik Yaklaşımlar. 2. Baskı, Güne Tıp Kitabevi, 2007; pp. 808
- 223. Smith RP.** Netter's Obstetrics, Gynecology and Women's Health. Icon Learning Systems. Canada, 2002.
- 224. Sönmez Y** Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2007; 16(1): 9-12.

- 225. Stoltzfus R J, Mullany L, Black R E.** Iron Deficiency Anaemia. <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0163-0210.pdf> Erisim: a ustos 2013.
- 226. Subramoney S, Gupta PC.** Anemia in pregnant women who use smokeless tobacco; *Nicotine Tob Res.* 2008 May;10(5):917-20.
- 227. Sukrat B, Sirichotiyakul S.** The prevalence and causes of anemia during pregnancy in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital; *J Med Assoc Thai* 2006; 89 (Suppl 4): S142-6.
- 228. Sukrat B, Suwathanapisate P, Siritawee S, Pongthong T, Phupongpankul K.** The prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women in Nakhonsawan Thailand. *J Med Assoc Thai* 2010; 93 (7): 765-70.
- 229. Sullivan KM, Mei Z, Laurence Grummer-Strawn, Parvanta I.** Haemoglobin adjustments to define anemia. *Trop Med and Intern Health.* 2008; 13(10): 126761271.
- 230. Susan T, Blackburn DO.** Maternal, Fetal, & Neonatal Physiology: A Clinical Perspective. *Qualitative Health Research.* 2007; 11(6): 780-794.
- 231. evket Co kun A. 2.** Trimester Gebelerde Aneminin Demir Eksikli i Ölçümleri ve Yenido an Do um Kilosu le li kisi T.C. Sa lk Bakanl , Bak,rköy Dr. Sadi Konuk E itim ve Ara tırma Hastanesi Kad,n Hastal,klar, ve Do um Klini i, Uzmanl,k Tezi, stanbul, 2009.
- 232. Tahtac, M.** Demir Eksikli i Anemisinde Periferal Nöral Fonksiyonun Sinir Uyar,labilirli i Testleri le Elektrofizyolojik ncelenmesi; Uzmanl,k Tezi, TC Abant zzet Baysal Üniversitesi zzet Baysal T,p Fakültesi ç Hastal,klar, AD. Bolu ó 2008.
- 233. Tapal, A, Bozkurt A .** Denizli l Merkezinde Anemi Prevelans, ve Etkileyen Faktörler; 15. Ulusal Halk Sa l , Kongresi, Bursa 2012; S:935.
- 234. Tapal, A.** Denizli l Merkezinde Gebelerde Anemi Prevalans, ve Etkileyen Faktörler; T.C. Pamukkale Üniversitesi T,p Fakültesi Halk Sa l , Anabilim Dal,, Yay,nlanmam, Uzmanl,k Tezi, Denizli, 2012.
- 235. Taser IH, M,rbahar N, Safdar S, Awan Z.** Anemia in pregnancy; Related Risk Factors in Under Developede Area, *Professional Med J* Mar 2011;18(1): 1-4.
- 236. Ta k,n L.** Do um ve Kad,n Sa l , Hem ireli i, Sistem Ofset Matbaac,l,k, VII. Bask,, Ankara, 2008.

- 237. Tavmergen E.** Gebelikte Hematolojik Hastalıklar, Ege Kadın Doğum, Ders Notları,, İzmir Güven Kitabevi, 2005; 337-341.
- 238. Tavukçu Ergin F.** Demir Eksikliği Anemisinin Tiroid Hormonları Üzerine Etkisi. Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
- 239. T.C. Ana Çocuk Sağlığı, ve Aile Planlaması, Genel Müdürlüğü** Anemisinin Tanı ve Yönetimi, Güvenli Anne Programı,, Ankara, 2005.
- 240. T.C. Sağlık Bakanlığı Devlet Planlama Teşkilatı, Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu.** 2003;s:43.DPT:2670.
- 241. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı, ve Aile Planlaması, Genel Müdürlüğü.** Emzirmenin korunması, özendirilmesi, desteklenmesi ile demir yetersizliği anemisinin önlenmesi ve kontrolü. Ankara, 2004;4-8.
- 242. Thankachan P, Muthayya S, Walczyk T, Kurpad AV, Hurrell RF.** An analysis of the etiology of anemia and iron deficiency in young women of low socioeconomic status in Bangalore, India; Food and Nutrition Bulletin, 2007; vol. 28, no. 3 s: 328 ó 336.
- 243. Thankachan P, Walczyk T, Muthayya S, Kurpad AV, Hurrell RF.** Iron Absorption in Young Indian Women: The Interaction of Iron Status with the Influence of Tea and Ascorbic Acid, American Journal of Clinical Nutrition, 2008; 87(4): 881-886.
- 244. Thompson B.** Food-Based Approaches for Combating Iron Deficiency. in. Kraemer K., Zimmermann M.B., (Edt) Nutritional Anemia. Sight And Life Press. ,2007; 337-358.
- 245. Toman IS, Tatsumi N, Aul'a D, Wangsasaputra E.** Comparison Of Haemoglobinometry By Who Haemoglobin Colour Scale And Copper Sulphate Against Haemoglobinocyanide Reference Method. Clin. Lab. Haem, 2004; 26:253-258.
- 246. Tolentino K, Friedman JF.** An Update on Anemia in Less Developed Countries. Am. J. Trop. Med. Hyg. 2007; 77(1): 44-51.
- 247. Tripathi R, Tyagi S, Singh T, Dixit A. ve ark.** Clinical evaluation of severe anemia in pregnancy with special reference to macrocytic anemia. J. Obstet. Gynaecol. Res., January 2012;Vol. 38, No. 1: 203ó207.

- 248. Tunç Yaman S, Görük Yaman N, Ceylan B, Tunç N.** Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlarda gebelik ve demir eksikliği anemisi prevalansı; *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2012; 3 (1): 49-52.
- 249. Tuzcu M.** Eritrosit Bozuklukları. *Cecil Essential of Medicine*. (Türkçe baskı). 5. Edisyon. Nobel Tıp Kitabevleri. 2002;48: 421-437.
- 250. Türköz S G.** Hipokrom Mikrositer Anemiler. içinde: İçin G, Biberolu K, Süleymanlar G, Ünal S (Editörler). *Çocuk Hastalıkları*, Cilt 1. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2005: 179-187.
- 251. Uche-Nwachi EO, Odekunde A, Jacinto S, Burnett M, Clapperton M, David Y, et al.** Anaemia in pregnancy: associations with parity, abortions and child spacing in primary healthcare clinic attendees in Trinidad and Tobago. *Afr Health Sci* 2010;10:666-670.
- 252. Uçan BG, Bilgin N.** Afyon ili II ve IV nolu sahil bölgelerindeki gebelerde anemi prevalansı, ve anemiye etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi, *Sağlık ve Toplum*, 2002; 2, 43-53.
- 253. United States Agency for International Development** Are We Making Progress on Reducing Anemia in Women? Cross-country comparison of anemia prevalence, reach and use of antenatal care and anemia reduction interventions. Retrieved from A2Z project website: www.a2zproject.org/pdf/ReducingAnemia_low_res_06212011.pdf ,2011.
- 254. Upadhyay S, Kumar S.** Iron deficiency anaemia in pregnancy and the efficacy of iron supplements prescribed during pregnancy; *J Food Process Technol* 2012, 3:10.
- 255. Usha S, Sohan Pal S, Ashutosh N, Shailja S, Arati S, Hemant Kumar S.** Prevalence of anaemia in pregnancy in Rural Western U.P: A prospective study. *Indian Journal of Public Health Research and Development*. 2011; 2(2).
- 256. USPSTF** Screening For Iron Deficiency Anemia- Including Iron Prophylaxis, in: *Guide to Clinical Preventive Services*, 2nd ed., Baltimore, Md.:Williams&Wilkins, 1996; 231-246.
- 257. Utku N, Öner P, Ersöz H.** Bir Doğumevine Başvuran Gebelerde Doğum Öncesi Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi; 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa ,2-6 Ekim 2012 ;s:926- 927.
- 258. Ülkü B.** Demir eksikliği anemisi, Klinik hematolojinin ABC'si .Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, 2001;25:236-232.

- 259. Vandevijvere S, Amsalkhir S, Van Oyen H, Egli I, Moreno-Reyes R.** Iron status and its determinants in a nationally representative sample of pregnant women; J Acad Nutr Diet. 2013 May;113(5):659-66.
- 260. Vijaynath, Patil Ramesh S, Jitendra, Patel Abhishek.** Prevalence of anemia in pregnancy. Indian Journal of Applied Basic Medical Sciences. 2010; 12B:15.
- 261. Viteri FE, Berger J.** Importance of pre-pregnancy and pregnancy iron status: can long-term weekly preventive iron and folic acid supplementation achieve desirable and safe status? Nutr Rev 2005;63:65676.
- 262. Vural H, Erel Ö, Koçyigit A.** Demir eksikliği anemisi eritrositlerinde oksidatif stres. Genel Tıp Dergisi. 1997; 7 (2): 77-80.
- 263. WHO.** Focusing on anaemia. Towards an integrated approach for effective anaemia control. Joint statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund 2004.
- 264. WHO.** World Health Organization. Iron deficiency anaemia assessment prevention and control: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2001;132 (WHO/ NHD/01.3)
- 265. WHO.** Worldwide prevalence of anaemia, 1993-2005. Global Database on Anaemia Geneva, World Health Organization, 2008.
- 266. William F. Kern MD.** Hematology PDQ, 1.Bask., İstanbul, İstanbul Medikal yayıncılık. 2005;1-15.
- 267. World Health Organization.** Micronutrient deficiencies: Iron deficiency anemia. Retrieved from: <http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/index.html>.2012.
- 268.** www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%C4%9E%C4%B0T%C4%B0M/25_01_2011_15_42_40.pdf. (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlık ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009) Erişim: Mart 2013.
- 269.** www.gaheder.org/upload/dosyalar/tani_tedavi_rehberi_2.pdf. Erişim: Temmuz 2013.
- 270.** www.healthypeople.gov/2020/default.aspx. Erişim Ocak 2012.
- 271.** www.ism.gov.tr/indir/Gebelerde_demir_dest_%20bilgi.doc, Erişim: Temmuz 2013.

272. www.kadininstatusu.gov.tr/upload/kadininstatusu.gov.tr/mce/2012/trde_kadinin_durumu_2012_ekim.pdf. Eri im: Ekim 2013.
273. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG062NICEguideline.pdf.
274. www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-5940/gebelerde-demir-destek-programi-uygulumasi-genelgesi-20-.html. Eri im: Ocak 2013.
275. www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-46686/h/gebelerde-demir-destek-yeni-rehber.doc. Sa lık Bakanl ığı, (2010). Gebelerde Demir Destek Program, Bilgi Notu. Eri im: Ocak 2014.
276. www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-46686/h/gebelerde-demir-destek-yeni-rehber.doc Sa lık Bakanl ığı, (2010). Gebelerde Demir Destek Program, Bilgi Notu. Eri im: A ustos 2013.
277. www.thsk.gov.tr/tr/index.php/paraziter-hastaliklar-kontrolu/188-barsak-parazitleri. Eri im: A ustos, 2013.
278. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en. Eri im: Haziran 2013.
279. **Xing Y, Yan H, Dang S, Zhuoma B, Zhou X, Wang D.** Hemoglobin levels and anemia evaluation during pregnancy in the highlands of Tibet: a hospital-based study. BMC Public Health 2009;9:336.
280. **Yalınkaya A, Özcan Y, Kaya Z, Sava Z, Erdemolu M.** Üniversite Hastanemizde Maternal Mortalite Oran,, Perinatoloji Dergisi 2008; 16(1):9 ó 13.
281. **Yavuz S, Yüce ahin MM.** Türkiye’de Hanehalk, Kompozisyonlar,nda De ğerimler ve Bölgesel Farklılıklar; Sosyoloji Derne ği, Türkiye Sosyoloji Ara tırmalar, Dergisi, Bahar 2012; Cilt: 15 Say,; 1 - s: 75 ó 118.
282. **Yenicesu .** Gebelik ve Anemi (Ed) Maternal-fetal tıp ve perinatoloji 2.Bask,, Ankara,2001.
283. **Yıldız .** Demir Eksikliği Anemisi; Türk Pediatri Ar ıvi, 2009; 44 Özel Say,; 14-8.
284. **Young SL, Khalfan SS, Farag TH, Kavle JA, Ali SM, ve ark.** Association of Pica with Anemia and Gastrointestinal Distress among Pregnant Women in Zanzibar, Tanzania. The American Society of Tropical Medicine and Hygiene, 2010; 83(1), pp. 144ó151.

- 285. Young SL.** Pica in pregnancy: new ideas about an old condition. *Annu Rev of Nutr.* 2010;30:403-422.
- 286.Yurdakul M, I ,k T, Eker A.** Mersin li Mezitli Beldesinde Ya ayan Gebelerde Sigara çme Durumunun De erlendirilmesi. *Hem irelik Formu, Eylül-Aral,k 2005; s:12-16.*
- 287. Yurdakök K, nce OT.** Çocuklarda Demir Eksikli i Anemisini Önleme Yakla ,klar,. *Çocuk Sa l , ve Hastal,klar, Dergisi 2009; 52: 224-231.*

EK 1. Veri Toplama Formu

AYDINLATILMI (B LG LEND R LM) ONAM FORMU

Çal, man,n Ad,;

anl,urfa Kad,n Hastal,klar, ve Do um Hastanesine Ba vuran Gebelerde Anemi Görülme S,kl, , ve li kili Faktörler

Bu Ara t,rman,n Amac,;

anl,urfa Kad,n Hastal,klar, ve Do um Hastanesine ba vuran gebelerde demir eksikli i anemisi görülme s,kl, , ve aras,ndaki ili kili faktörlerin incelenmesidir. Bu ara t,rmada size bu gebeli inizde anemi ile ilgili sorular sorulacakt,r. Bu çal, man,n sonuçlar, rapor edilirken sizin ad,n,z kullan,lmayacakt,r. Herhangi bir ihtiyac,n,z saptand, , durumda ilgili sa l,k kurumlar,na yönlendirileceksiniz. Ara t,rma s,ras,nda sizi ilgilendirebilecek herhangi bir geli me oldu unda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Bu çal, ma Fakülte Etik Kurulu taraf,ndan incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve t,bbi kurallara uygun oldu u onaylanm, t,r. Çal, man,n yürütülmesi, olas, yan etkiler veya bir hasta olarak haklar,m konusunda kafamda sorular belirdi inde a a ,da belirtilen ki iyle ba lant, kurmam yeterli olacakt,r:
Ö r. Gör. Feray KABALCIO LU Telefon: 0.544.7817828

Bu ara t,rmada yer alman,z nedeniyle size hiçbir ödeme yap,lmayacak ya da ücret talep edilmeyecektir. Bu ara t,rmada yer almak tamamen sizin iste inize ba l,d,r. Ara t,rmada yer almay, reddedebilirsiniz ya da herhangi bir a amada ara t,rmadan ayr,labilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da hiçbir ekilde sizin zarar,n,za yol açmayacakt,r. Ara t,r,c,, görü me amac,na uygun gitmedi i takdirde sizi ara t,rmadan ç,karabilir. Ara t,rman,n sonuçlar, sizlere yönelik hizmetleri planlamada kullan,lacakt,r. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacakt,r ve ara t,rma yay,nlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak ara t,rman,n izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerekti inde bilgilerinize ula abilir. Siz de istedi inizde kendinize ait bilgilere ula abilirsiniz.

(Kat, l, mc, n, n / Hastan, n Beyan, n);

Yukar, da yer alan ve ara t, rmaya ba lanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Akl, ma gelen tüm sorular, ara t, rmac, ya sordum, yaz, l, ve sözlü olarak bana yap, lan tüm aç, klamalar, ayr, nt, lar, yla anlam, bulunmaktay, m. Çal, maya kat, lmay, isteyip istemedi ime karar vermem için bana yeterli zaman tan, nd,. Bu ko ullar alt, nda, bana ait t, bbi bilgilerin gözden geçirilmesi, aktar, lmas, ve i lenmesi konusunda ara t, rma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu ara t, rmaya ili kin bana yap, lan kat, l, m davetini hiçbir zorlama ve bask, olmaks, z, n gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzal, bir kopyas, bana verilecektir.

Kat, l, mc, n, n,

Ad, -Soyad, :

TC Kimlik Numaras, :

Tarih ve mza:

Görü me tan, , n, n,

Ad, -Soyad, :

Tarih ve mza:

Aç, klamalar, yapan ara t, rmac, n, n,

Ad, -Soyad, : **Ö r. Gör. Feray KABALCIO LU**

Görevi: **Sorumlu Ara t, rmac,**

Adresi: Harran Üniversitesi Sa l, k Yüksekokulu pekyolu / anl, urfa

Tel: 0- 414- 3183200

Tarih ve mza:

**ANLIURFA KADIN HASTALIKLARI VE DO UM HASTANES NE
BA VURAN GEBELERDE ANEM GÖRÜLME SIKLI I VE L K L
FAKTÖRLER**

1. Tan,t,c, Özelliklerine li kin Sorular

1.Kaç ya ,n,z, bitirdiniz?í í í í í í

2. Ö renim durumunuz nedir?

0- Okur-yazar de il

1- Okulsuz-okur-yazar

2- lkö retim

3- Lise

4- Üniversite

3. Gelir getiren bir i te çal ,yor musunuz? (Evet ise kar ,s,na ne i yapt, ,n, yaz,n,z)

1-Evet (í í í í í í í í í í í í) 0-Hay,r

4. E iniz kaç ya ,n, bitirdi?.....

5. Sa l,k güvenceniz var m,? 1- Evet 2- Hay,r

6.Sa l,k güvenceniz nedir?

1- SSK 2- Ba -kur 3- Emekli Sand, , 4- Ye il Kart 5- Di er(í í í í)

7. Size Göre gelir durumunuz (asgari ücrete göre) nas,l?

1- Kötü 2 -Orta 3- yi

8. lk kaç ya ,nda evlendiniz?.....

9.Bu kaç,nc, evlili iniz?.....

10.Aile tipiniz a a ,dakilerden hangisine uygundur?1 - Çekirdek aile 2- Geni aile

11. Ailenizde toplam kaç ki i var?í í í í ..

12. Sürekli olarak ya ad, ,n,z eve yak,n hangi sa l,k kurulu lar, bulunmaktad,r?

1-Aile Sa l, , Merkezi 2-Devlet Hastanesi

3- Üniversite Hastanesi 4- Sa l,k Kabini (Özel Hastane / T,p Merkezi)

28. Bu gebeliğiniz süresince toplam kaç kere kontrole gittiniz?.....

29. Bu hemire / ebeye istediğiniz zaman ulaşabiliyor musunuz? 1- Evet 2-Hayır

30. Gebeliğiniz boyunca doktora /sağlık personeline kontrole gittiniz mi?

1- Evet 2-Hayır

31. Doktora /sağlık kurulu na gitmemi ise sorun; kontrole gitmeme nedeniniz nedir?

1- Gitmem gerektiğini bilmiyordum

2- Ekonomik durumum kötü

3- Sosyal güvencem yok

4- Bulduğum yerdeki sağlık kurulu nu gebeye bakmıyor

5- Ailem/ e im gitmemi istemedi/ izin vermedi

6- Tarama / göçerlik durumu mevcut

7- Diğer ()

32. Doğum öncesi var olan kronik bir hastalığınız var mıydı? 1-Evet 2-Hayır

33. Kronik hastalığınız varsa nedir? Açıklayınız

4. Anemiye li kin Sorular

34. Gebeli i boyunca hiç ilaç kulland,n,z m,? 1-Evet (.....) 2-Hay,r

35. Gebeli i boyunca a a ,daki maddelerde herhangi birini kulland,n,z m,?

1-Kullanmam, 2-Sigara 3-Alkol 4 óDi er

36. Daha önceki gebeliklerinizde veya do um sonras, dönemde kanama geçirdiniz mi?

1- Evet 2- Hay,r

37. Bu güne kadar ilaç tedavisi veya kan nakli gerektirecek ciddi kans,zl, ,n,z oldu mu?

1- Evet 2- Hay,r

38. imdiki gebelik öncesi döneminizde saptanm, kans,zl, ,n,z var m,yd,?

1- Evet 2- Hay,r 3- Bilmiyorum

39. Bunun için ilaç kulland,n,z m,? 1- Evet 2- Hay,r

40. Ne kadar süre ile kulland,n,z?.....

41. Bu gebeli inizde demir hap, kullan,yor musunuz? 1- Evet 2- Hay,r

42. Ne kadar süredir kullan,yorsunuz?.....ay í í í í í í í í í í í í hafta

43. Demir hap, kullanman,z, kim önerdi?

1- Ebe-hem ire 2-Doktor 3- Arkada ,m 4- Kendim karar verdim

44. Size gebeli iniz boyunca anemi konusunda bir sa l,k personeli taraf,ndan bilgi verildi mi?

1-Verilmedi 2-Verildi ise kim taraf,ndan bilgi verildi (Belirtiniz);í í í í í í í í í í í .

45. Demir hap,n,z, hangi saatlerde al,yorsunuz?

1- Yemeklerden yar,m saat önce 2-Yemekle birlikte

3-Yemekten yar,m saat sonra 4-Yatmadan önce

46. Günde kaç ö ün yemek yiyorsunuz?

1-Düzensiz, kendimi aç hissettikçe 2- 2 ö ün

3- 3 ö ün 4- 4 ö ün ve +

47. Günde kaç bardak çay tüketiyorsunuz?

Çay: 1 bardak açk () koyu ()

48. Çay, günün hangi saatlerinde tüketiyorsunuz? (Birden fazla seçene i seçebilirsiniz)

1- Kahvalt,da 2- Yemekle birlikte 3- Yemeklerden sonra 4- Ö ün aralar,nda

49.Hangi tür ekmek tüketiyorsunuz?

1- Ekmek fabrikas,ndaki somun ekmek

2- Mahalle f,r,n ekme i

3- Yöresel ev ekme i (yufka, lava)

50. Mayal, ekmek tüketiminiz ne s,kl,kta?

1- Her gün tüketiyorum

2- Haftada 1-2 kez tüketiyorum

3- Ayda 1-2 kez tüketiyorum

4 - Tüketim s,kl, , de i iyor

5- Tüketmiyorum

51. Mayas,z ekmek tüketiminiz ne s,kl,kta?

1- Her gün tüketiyorum

2- Haftada 1-2 kez tüketiyorum

3- Ayda 1-2 kez tüketiyorum

4- Tüketim s,kl, , de i iyor

5- Tüketmiyorum

52. Zaman zaman toprak, kahve, kil, kireç, buz gibi maddelere kar , yeme iste iniz var m,?

1- Evet

2- Hay,r

53. Son 3 ay içinde gaitan,zda parazit / solucan gördünüz mü?

1- Evet 2- Hay,r

54. Hemogloblin de eri nedir?.....

55. Hemotokrit de eri nedir?.....

ÇALI MAMIZA KATIDI INIZ Ç N TE EKKÜR EDER Z

EK 2. Hastane zin Yaz,s,



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.0.63.07.00/26546

04/09/2012

KONU : Tez Çalışması

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINA

ŞANLIURFA

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim öğrencisi Feray KABALCIOĞLU'nun "Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Gebelerde Anemi Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler" konulu tez çalışmasını Ekim 2012/Mayıs-2013 döneminde hastanenizde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.


Dr. Mehmet Eyyüp HAZAR
Müdür a.
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

EK : Anket Formu (2 sayfa)

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI	
Geliş Tarihi: 04.09.2012	
Kayıt No: 1828	
Müdürlük	

Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma ve Sağlık Geliştirme Şube Müdürlüğü 63100 Yarıgebi/ŞANLIURFA
T1 F: 04.4143... 318 99 20 (2790) dahı

İletişim için : Ahmet GÜLPER
Web sayfa : efbir06@sis.t

EK 3.Anket Uygulama Etik Kurul zin Yaz,s,



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : B.30.2.HRÜ.0.20.05.00.050.01.04.250
Konu : Proje

14/12/2012

Sn: Doç.Dr. Fügen GÖZ
Harran Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi

Yürürlüğe olduğunuz "Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine Polikliniklerine Başyuran Gebelerde Anemi Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine ilişkin Etik Kurulumuzun 14.12.2012 tarih ve 05 nolu oturum 02 sayılı karar yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Halim CAMUZCUOĞLU
Etik Kurul Başkan Vekili

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenişehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 – 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Kararı

TARİH : 14.12.2012
OTURUM : 05
SAAT : 15:00

12/05/02

Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç.Dr. Fügen GÖZ'ün sorumlu araştırmacı olduğu "Şanlıurfa Kadın Hastahıkları ve Doğum Hastanesine Polikliniklerine Başvuran Gebelerde Anemi Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine,

Oybirliğiyle karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU
Etik Kurul Başkan Vekili