

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
*SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ*

**IĞDIR İLİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARIN  
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

*(YÜKSEK LİSANS TEZİ)*

*Gülhan AKDEMİR*

**Danışman**

**Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

*KARS 2019*

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
*SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ*

**İĞDIR İLİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARIN  
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

*(YÜKSEK LİSANS TEZİ)*

*Gülhan AKDEMİR*

**Danışman**

**Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

*KARS 2019*

TC  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Gülhan AKDEMİR tarafından hazırlanmış olan **“İğdır İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler”** adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sonucunda jüri üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmenliği uyarınca değerlendirilerek oy **..birleşik:.....** ile **..kabul..** edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22/03/2019

Adı Soyadı: Gülhan AKDEMİR

Başkan: Doç.Dr.Sevda ELİŞ YILDIZ

Üye: Doç.Dr.Özlem KARABULUTLU

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

İmza:

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

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun **26.03/2019** gün ve **08/102** sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Doç.Dr.Özgür ÇELEBİ

Enstitü Müdürü



## ÖNSÖZ

Yüksek lisansım süresince danışmanlığımı üstlenerek tez konumun belirlenmesinde, çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlanmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi desteğini ve anlayışını esirgemeyen değerli danışmanın Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU'ya,

Eğitimimi tamamlamamda benden desteğini esirgemeyen ve beni teşvik eden sevgili Prof. Dr. Dursun AKDEMİR ve Prof. Dr. Kerem KARABULUT'a,

Tezimin değerlendirilmesinde katkı ve görüşlerinden dolayı Doç. Dr. Sevda Elis YILDIZ'a, Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK'a ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Kazım KARA'ya,

Çalışmamın yürütülmesinde gerekli izin ve kolaylığı sağlayan Iğdır İl Sağlık Müdürü Dr. Alparslan EROL'a ve Iğdır İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan ve beni destekleyen sevgili aileme,

Sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b> .....	I
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	II
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	III
<b>ÖZET</b> .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
<b>SUMMARY</b> .....	V
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	2
2.1. Kadınların Temel Özellikleri.....	2
2.2. İlk Doğumda Anne Yaşı .....	3
2.3. Adölesan Gebelik ve Doğumlar .....	3
2.4. Kadın Sağlığı Alanında Hemşirelik Hizmetleri .....	7
2.5. Doğum Öncesi Bakım.....	9
2.5.1. Tanımı ve Amacı.....	9
2.5.2. Tarihçesi .....	10
2.6. Doğum Öncesi Bakım Rehberi.....	12
2.6.1. Birinci İzlem .....	12
2.6.2. İkinci İzlem .....	29
2.6.3. Üçüncü İzlem.....	30
2.6.4. Dördüncü İzlem .....	32
2.7. Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler .....	32
2.8. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Yeterliliğinin Değerlendirilmesi .....	37
2.8.1. Kessner'in Yeterlilik Ölçütü .....	37

2.8.2. Kotelchuck index (Adequacy of Prenatal Care Utilization index) .....	38
<u>3.1. Araştırmanın Şekli .....</u>	<u>39</u>
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	39
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	39
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	40
3.5. Veri Toplama Araçları .....	40
3.6. Verilerin Toplanması .....	41
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri .....	42
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	42
<b>3. MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>39</b>
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>42</b>
<b>5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....</b>	<b>50</b>
<b>6. KAYNAKÇA.....</b>	<b>55</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>60</b>
EK-1 Gebe İçin Tanıtıcı Bilgi Formu .....	60
EK-2 Doğum Öncesi Bakımda Yapılan Muayene Ve Tetkikleri Değerlendirme Formu .....	63
EK-3 Doğum Öncesi Bakımda Verilen Eğitim Ve Danışmanlık Hizmetlerini Değerlendirme Formu .....	65
EK-4 Etik Kurul İzni .....	67
EK-5 Kurum İzni .....	70
EK-6 Iğdır İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Gebe İzlem Raporu .....	72
EK-7 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi .....	73
<b>8. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>77</b>



**SİMGELER ve KISALTMALAR**

**AAFP:** Association American Family Physicion

**AAP:** American Academy Of Pediatrics

**ACOG:** American College Of Obstetricians And Gynecologists

**AÇS-AP:** Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

**ART:** Antiretroviral Therapy

**BKİ:** Beden Kütle İndeksi

**CDC:** Centers For Disease Control And Prevention

**CYBH:** Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

**DKÇ:** Doğuştan Kalça Çıkıklığı

**DM:** Diabetes Mellitus

**DÖB:** Doğum Öncesi Bakım

**ECA:** Epidemiological Catchment Area

**EKO:** Ekokardiyografi

**EMR:** Erken Membran Rüptürü

**FAS:** Fetal Alkol Sendromu

**GBS:** Grup B Streptokoklar

**GDM:** Gestasyonel Diabetes Mellitus

**KKMM:** Kendi Kendine Meme Muayenesi

**KMH:** Kalıtsal Metabolik Hastalıklarda

**MSS:** Merkezi Sinir Sistemi

**NST:** Nonstres Test

**SSS:** Sempatik Sinir Sistemi

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

**TSH:** Temel Sağlık Hizmetleri

**UAOC:** Ulusal Anne Ölümleri Çalışması



**TABLolar DİZİNİ**

Tablo 1.Gebe Kadınlar İçin Tetanoz Aşı Takvimi .....	25
Tablo 2.Bazı Ülkelerde En Az 4 İzlemi Yapılan Gebe Oranları.....	32
Tablo 3.Kessner'in Yeterlilik Ölçütü (Kessner Index).....	37
Tablo 4.Gebelere Ait Bazı Sosyodemografik Özellikler .....	42
Tablo 5.DÖB Rehberinde Yer Alan Tetkik ve Muayenelerin Dağılımı .....	45
Tablo 6.DÖB Rehberinde Yer Alan Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Dağılımı.....	46
Tablo 7.Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre DÖB Alma Durumu .....	47



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Gebelerde D Vitamini Akış Çizelgesi.....	25
Şekil 2. Türkiye’ de Yeterli Sayıda DÖB Alan Gebe Oranı .....	33
Şekil 3. Ülkemizde Yerleşim Yerine Göre Doğumun Yapıldığı Yer .....	34
Şekil 4. Ülkemizde Sağlık Personelinden DÖB Alma Oranı.....	35



**ÖZET****İĞDIR İLİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Araştırma Iğdır ilinde yaşayan 15-49 yaş grubundaki gebe kadınların doğum öncesi bakım alma sıklıklarını nicelik ve nitelik olarak değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel türdeki çalışmanın evrenini, Iğdır merkeze bağlı 44 aile sağlığı merkezine kayıtlı 7386 gebe oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini evreni bilinen örneklem hesaplaması ile Şubat 2018- Temmuz 2018 tarihleri arasında Iğdır Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı onaylayan 200 gebe oluşturmaktadır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veriler Doğum Öncesi Bakım Rehberi ve TNSA 2013 raporu temel alınarak araştırmacı tarafından taranan literatür sonucu 'Gebe İçin Tanıtıcı Bilgi Formu', Doğum Öncesi Bakımda Yapılması Gereken Muayene ve Tetkikleri Değerlendirme Formu' ve 'Doğum Öncesi Bakımda Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerini Değerlendirme Formu' kullanılmıştır. Araştırma verileri SPSS for Windows 20 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplanmış, Person Chi Square ve Fisher Exact Testi kullanılmıştır. Gebelerin %83'ü yeterli sayıda doğum öncesi bakım aldığını belirtmiştir. Iğdır İl Halk Sağlığı Müdürlüğü son 12 aylık (Ekim 2017-Eylül 2018) istatistik verilerine göre (%99,67) aile sağlığı merkezinden yeterli sayıda doğum öncesi bakım alan gebe oranı (%83) düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmada gebelerin DÖB alma sıklığı ile gebelik sayısı, gebenin aile tipi, yaşayan çocuk sayısı, akraba evliliği ve kendiliğinden ya da isteyerek düşük yapmış olmakla istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Gebe yaşı, gebenin ilk evlilik ve ilk gebelik yaşı, görücü usulü evlilik yapmış olmak, gebeliğinin planlı olması, ölü doğum yapmış olmak, canlı doğup 5 yaş altı ölen çocuğunun olması, yaşanılan yer, sosyal güvence varlığı, gebe ve eşinin eğitim düzeyi, gebe ve eşinin düzenli gelir getiren bir işinin olması ve ailenin ekonomik durumu ile istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sonuç olarak çalışmanın yapıldığı grupta yeterli doğum öncesi bakım alan gebe oranına göre aldığı bakımı nitelikli olarak değerlendiren gebe oranı daha düşük bulunmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Gebe, doğum öncesi bakım, kadın, 15-49 yaş, Iğdır ili.

## SUMMARY

### PREVALANCE OF THE WOMEN IN THE 15-49 AGE GROUP LIVING IN İĞDIR PROVINCE BEFORE BIRTH CARE AND THE EFFECTIVE FACTORS

The aim of this study was to evaluate the frequency of prenatal care of pregnant women aged 15-49 in İğdir province. The population of the cross-sectional study consisted of 7386 pregnant women enrolled in 44 family health centers of İğdir center. The sample of the study consisted of 200 pregnant women who applied to the Gynecology and Obstetrics Clinic of İğdir State Hospital between February 2018 and July 2018 and approved the study. Data were collected by face-to-face interview method. Data The Prenatal Care Guide and the TDHS 2013 report are based on the literature as a result of the literature that was reviewed by the researcher. Research data were analyzed with SPSS for Windows 20 program. Frequency, percentage, mean and standard deviation were calculated and Person Chi Square and Fisher Exacted Test were used for data analysis. 83% of the pregnant women stated that they received adequate number of prenatal care. According to the statistics of the last 12 months (October 2017-September 2018) (99.67%) of the İğdir Provincial Directorate of Public Health, the rate of pregnant women who received adequate number of prenatal care (83%) from the family health center was found to be low. In the study, it was found that there was a statistically significant difference between the frequency of pregnancies with pregnancies and the number of pregnancies, the type of family, the number of children living, the marriage of consanguineous and the low number of spontaneous or induced abortions ( $p < 0.05$ ). Pregnant age, the first marriage and the first gestational age of the pregnant woman, having the marriage arranged, the birth of the pregnancy, the birth of the child, the birth of a child born under the age of 5, the place of living, the presence of social security, the level of education of the pregnant and there was no statistically significant difference between the family's economic and employment status ( $p > 0.05$ ). As a result, in the study group, the rate of pregnant who evaluated the care according to the ratio of the pregnant who took adequate prenatal care was lower.

**Keywords:** Pregnant, prenatal care, female, age 15-49, İğdir province.

## 1.GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı

Dünyada her gün yaklaşık 800 kadın önlenemez gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (Kurnaz ve ark. 2015).

Doğum öncesi bakım (DÖB) temelde kadınların sağlıklı gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebek doğmasını hedefleyen temel koruyucu sağlık hizmetidir. Ne kadar erken başlanır ve düzenli aralıklarla nitelikli yapılırsa anne ve bebek ölüm oranını azaltmada o kadar etkili olur (Sütlü ve ark. 2012).

Birleşmiş Milletler Üçüncü Dünya Kadın Konferansında 1975-1985 yılları Kadın On yılı olarak kabul edilmiştir. Kadınların istihdam, sağlık ve eğitim alanındaki sorunlarını belirlemek, bu alanlardaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve kadın sağlığı konusunu genişletmek hedeflenmiştir. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında ana çocuk sağlığı yerine üreme sağlığı kavramı ortaya çıkmış kadın statüsü ve sağlığı için önemli adım atılmıştır. Sağlıklı kadın, sağlıklı çocuk, sağlıklı çocuk sağlıklı toplum düşüncesi çerçevesinde kadının yaşam evreleri ve yaşayacağı sağlık problemlerini bebeklik-çocukluk, adölesan, erişkin dönem, menopoz ve yaşlılık dönemleri altında ele alınmıştır (Taşkın 2016, Eroğlu ve Koç 2012).

Gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde fertil kadınlar için önemli sakatlık ve ölüm nedenidir. Ülkeler için kalkınmanın en önemli göstergelerinden olan anne ölüm oranı, üreme sağlığı hizmet sunumu kalitesiyle yakından ilişkilidir. Bin Yıl Kalkınma Hedeflerinin beşincisi anne sağlığındaki iyileşmenin temel göstergesi anne ölümlerinin azaltılmasıdır (DÖB Rehberi 2014).

Ülkemizde 2003'ten bu yana uygulamada olan Sağlıkta Dönüşüm Programında ana-çocuk sağlığına önem verilmiştir. Bu bağlamda yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllara göre önemli oranlarda azalma sağlanmıştır. 2002 yılında anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 64 iken, 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasıyla yüz bin canlı doğumda 28,5'e,

2012 yılında yüz bin canlı doğumda 15,4'e, bebek ölüm hızı ise 2002 yılında binde 31,5 iken 2012 yılında binde 7,4'e düşürülmüştür (DÖB Rehberi 2014).

Sağlık uygulamalarında birlik sağlanarak ülkemizin her noktasında kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması amacıyla Sağlık Bakanlığı Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği tarafından, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi oluşturmuş ve 2013'de revizyonunu yapmıştır. Bu rehberde gebelik takibi, acil vakaların yönetimi, stabilize etmek şartıyla gerekli durumlarda bir üst düzey sağlık kurumuna sevkler sırasında işlem basamakları detaylandırılmıştır (DÖB Rehberi 2014, Yılmaz ve ark. 2018).

WHO 2018 (c) verilerine göre dünyadaki gebelerin %75'i yeterli DÖB alırken bu oran ülkemiz için %88,9'dur.

Yeterli DÖB almayan gebe Türkiye' de %2,7 iken Iğdır ilinin içinde bulunduğu Doğu bölgesi için bu oran %5,9; Batı için %1'dir (TNSA 2013). Bu bağlamda yapılan çalışma Iğdır ilinde yaşayan 15-49 yaş grubundaki kadınların doğum öncesi bakım alma sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek, verilen hizmetin DÖB Yönetim Rehberine uygunluğunu değerlendirmek, sağlık çalışanlarının farkındalıklarını ve eğitim gereksinimlerini ortaya koymak ve DÖB hizmetinin kalitesini arttırmaya katkı sağlamak için yapılmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Çalışmanın amacı Iğdır ilinde yaşayan 15-49 yaş grubundaki kadınların doğum öncesi bakım alma sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kadınların Temel Özellikleri**

Ülkemizdeki kadınların %76'sı 15-19, %14'ü 20-24 yaş grubundadır. Kadınların %68'i evli, %28'i hiç evlenmemiş, %3'ü boşanmış ya da eşinden

ayrılmış, %1'inin ise eşi ölmüştür. Evli kadınların %2'si 15-19, %9'u 20-24 yaş grubundadır (TNSA 2013).

Eğitim seviyesi kişinin sosyo-ekonomik refah düzeyi, üreme davranışı, kontraseptif yöntem kullanımı, çocuk sağlığı gibi pek çok faktörün temel belirleyicisidir. Ülkemizde ortalama eğitim süresi 7,3 yıldır. Kadınların %12'si hiç eğitim almamış ya da ilkokulu tamamlamamıştır. Ancak önceki yıllara oranla kadınların eğitim seviyesinde yükselme görülmektedir (TNSA 2013).

Ekonomik özgürlük, eğitim faktörü gibi kadının yaşam kalitesini arttırmaktadır. Ülkemizdeki kadınların %31'i çalışmaktadır. Doğu Karadeniz'deki kadınların %61' i, Doğu'daki kadınların ise %20'si çalışmaktadır (TNSA 2013).

Ülkemizde 1970'li yılların sonunda toplam doğurganlık hızı 4 ve üzeri doğumdur. Toplam doğurganlık hızı 1980'lerin sonunda 3 doğuma düşmüş, 1990'lı yıllarda 2,6 doğuma kadar gerilemiştir. Buna göre, ülkemizde doğurganlık hızında azalma görülmektedir. 1978-2013 yıllarında toplamda 35 yılda yarı yarıya azalmıştır (TNSA 2013).

## **2.2. İlk Doğumda Anne Yaşı**

Erken yaşta ilk doğumunu yapan kadınlar geç yaşta ilk doğumunu yapan kadınlara göre genelde daha fazla doğum yaptıklarından ilk doğumda anne yaşı doğurganlığın önemli bir faktörüdür. 25-49 yaş aralığındaki kadınlarda ortalama ilk doğum yaşı 22,9'dur. Ortalama ilk doğum yaşı, kentte yaşayan 25-49 yaş aralığındaki kadınlar ile kırsal kesimde yaşayan aynı yaş grubundaki kadınlara göre hemen hemen 1,5 yıl daha fazladır. Kuzey'de en yüksek ortalama ilk doğum yaşı 23,9 yıl, Doğu ve Orta bölgelerde en düşük ortalama ilk doğum yaşı sırası ile 22,1 yıl ve 22,3 yıldır (TNSA 2013).

## **2.3. Adölesan Gebelik ve Doğumlar**

WHO 2018 (a) verilerine göre kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimleri yaşadığı yetişkinliğe geçiş dönemi olan 10-19 yaşlarını adölesan dönem olarak kabul etmektedir. Her yıl 15-19 yaş gurundaki 16 milyon adölesan doğum

yapmaktadır. Bu doğumların 2,5 milyonunu geliştirmekte olan ülkelerde 16 yaşından küçük adölesanlar yapmaktadır. Her yıl 15-19 yaş aralığında 3,9 milyon adölesan sağlıklı koşullarda kürtaj yaptırmaktadır.

Adölesan doğum Çin'de %2, Latin Amerika'da ve Karayip'lerde %18 ve Güney Afrika'da %50'lere ulaşmaktadır. İngiltere'de %26, İrlanda'da %17 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ise %63'tür. Adölesan doğumlar 1990' lı yıllarda azalmasına rağmen hala ABD, gelişmiş ülkeler arasında adölesan gebelik ve doğum oranı en yüksek ülke olmaya devam etmektedir (Aydın 2013).

Ülkemizde adölesanların hemen hemen %5'i doğum yapmaktadır. Bunların %3'ü bir canlı doğum yapmıştır. TNSA 2008' e kıyasla adölesan doğumlarda azalma vardır. 2008'de %6 olan adölesan doğumlar günümüzde %5'e düşmüştür. Kırsal kesimde adölesan doğumlar kente göre fazladır. Kırsal kesimde bu oran %6 iken kentte %4'tür. Adölesan doğum oranı Batı'da %3, Güney, Orta ve Doğu'da % 6 ve üzeridir (TNSA 2013).

Adölesan doğumların birçok olumsuz etkisi vardır. Yapılan araştırmalara göre doğum yaşı küçüldükçe annede komplikasyon görülme riski daha fazladır (Şen ve Kavlak 2011, Edirne ve ark 2010). Adölesan gebelerde CYBH (Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık) sigara ve madde bağımlılığı daha fazla görülmektedir (Venkatraman ve ark. 2013). Yetersiz beslenme, gebelik başlangıcındaki boy ve kilonun az olması, gebelik boyunca daha düşük kilo alımı, gebelikler arası sürenin az olması, gebelik sayısının fazla olması, evlilik dışı gebelik, artan perinatal mortalite ve morbidite, DÖB yetersizliği, doğum öncesi ve sonrası kanama, zor doğum eylemi, fistül, gebelik hipertansiyonu, preeklamsi ve anemi ortaya çıkan komplikasyonlardır (Öner ve ark. 2012, Şen ve Kavlak 2011).

Ülkemizde adölesan gebelerde hemoraji, preeklamsi, bulantı kusma, diare, idrar yolu enfeksiyonu, hipertansiyon, pyelonefrit, anemi ve kanama gibi komplikasyonlar görülmektedir (Aydın 2013).

Günümüzde adölesanlar daha erken yaşlarda cinsel ilişkiye girmekte ve etkin kontraseptif yöntemleri çok az kullanmaktadır. Latin Amerika, Avrupa ve Asya



ülkelerinde evli ve evli olmayan adölesanların kontraseptif kullanım oranları %42-68 arasında; Afrika ülkelerinde ise %3-49 arasındadır. Dünyada adölesanların kendi ve karşı cinsiyet özellikleri, vücut işlevleri ve üreme özellikleri hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğu bilinmektedir. Yetersiz bilgiye bağlı cinsel birliktelik ile CYBH, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan düşükler ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlar artmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde HIV vakalarının önüne geçebilmek için 15-24 yaş arası genç erkeklerin %36'sı ve genç kadınların %24'üne eğitim verilmiştir (Venkatraman ve ark. 2013, Öner ve ark. 2012).

WHO rakamları veremese de adölesanların intihar etme oranlarında artış olduğunu bildirmiştir. Adölesanların koitus, kontraseptif yöntem kullanımı, gebelik, abortus, annelik, bebek beslenmesi ve bakımı gibi konularda bilgileri daha ileri yaştaki kadınlara oranla yetersizdir. 20 yaş altındaki annelerin bebekleri 20-29 yaş arasındaki annelerin bebeklerine oranla ilk bir hafta ölüm riski %50 daha fazla, ilk bir ayda ise %50-100 daha fazladır (Öner ve ark. 2012, Aydın 2013).

Adölesan anneler çoğunlukla çocuğun sağlığı ve gelişimi konusunda da bilinçli olamamakta, bebeğini emzirmeme ve çocuğunu okul öncesi eğitime göndermemektedir. Erişkin annelere göre ilk 2 ayda bebek bakımına daha geç katılmakta ve sağlık hizmetine ulaşmada daha fazla problem yaşamaktadırlar (Aydın 2013, Şen ve Kavlak 2011).

Prematürelilik, düşük doğum ağırlığı ve asfiksi gibi yenidoğanın ölüm riskini arttıran ve ileride sağlık problemi yaşamasına sebep olan sağlık sorunları adölesan annelerin bebeklerinde daha fazla görülmektedir. Adölesan gebeler erişkin gebelere oranla sigara ve alkolü daha fazla tükettiğinden yenidoğanda düşük doğum ağırlığı ve sağlık problemleri daha fazla görülmektedir. Yenidoğanda düşük doğum ağırlığı, ortalama doğum ağırlığı ve doğum boyunun düşük olması sık görülen komplikasyonlardır (Şen ve Kavlak 2011).

ABD' de yapılan araştırmaya göre 10-15 yaş grubundaki annelerin bebekleri yenidoğan döneminde %55, 16-17 yaşındakilerin bebeklerin de %19 ve 18-19 yaş arasındaki annelerin bebeklerinde %6 ölüm riski taşımaktadır (Aydın 2013). Ayrıca erken membran rüptürü, mekonyum aspirasyonu, umbilikal kord transpozisyonu,

doğum travması, respiratuar stres, konjenital anomali, enfeksiyon ve oligohidroamnios gibi sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır (Öner ve ark. 2012, Şen ve Kavlak 2011).

Adölesan anne çocukları bilişsel, sosyal-duygusal gelişim güçlüklerini daha fazla yaşamaktadır. Bu çocuklar genelde davranışsal ve ruhsal sağlık sorunlarına zemin hazırlayan tek ebeveynli ve yoksul çevrede yaşamaktadırlar. Öğrenme zorluğu, okul performansı, davranış problemleri, suç işleme potansiyelleri ve sorunlu arkadaş ilişkileri daha fazla görülmektedir (Breheny ve Stephens 2010). 20 yaş altındaki kadınların çocuklarında 30 yaş üstündeki kadınların çocuklarına oranla bu durum 1,5-8,9 kat daha fazla ortaya çıkmaktadır. Çocuklarda anksiyete bozukluğu, majör depresyon ve intihar girişimi gibi mental sağlık sorunları, madde kullanımı, suç işleme oranları, eğitim başarılarının düşük, okul terk oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çocuk istismarı ve annenin ilk doğum yaşı arasında korelasyon olduğu bildirilmiştir (Çolak 2012).

Adölesan gebelik ve doğumların artış nedenleri arasında kültürel kaynaklı yapılan erken evlilikler, kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi yetersizliği, okul ve aile tarafından yeterli bilgilendirilmeme, düşük gelir, şehirleşme etkileri, etnik durum, eğitim seviyesinin düşük olması yer almaktadır. Sağlıklı bebekler dolayısıyla sağlıklı toplumun oluşmasına engel olan adölesan gebelikler dünyamız için önemli sağlık sorunudur. Ülkelerin ekonomik durumlarının iyileşmesi, kişi başına düşen gelir düzeyinde artış sağlanması, yeterli danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ile adölesan gebeliklerin ve doğumların önüne geçilebilir. Eğitim seviyesi yükseltilmeli, kadınların çalışma hayatına daha fazla katılımı sağlanmalı, kadın statüsü iyileştirilmeli, gençlerin erken evlilikten ve buna bağlı erken gebelik ve komplikasyonlardan korunması sağlanmalıdır (Aydın 2010, Çolak 2012).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri adölesanlar arasında yaygınlaştırılmalı, ülkelerin özellik ve kültürlerine uygun sorunlar saptanarak çözüm üretilmelidir. Genç neslin cinsel yaşam konusunda bilgilerini arttırabilmek için, eğitim müfredatı cinsel sağlık bilgileri yönünden zenginleştirilmeli, okula devam etmeyen akran grupları için eğitim kampanyaları, kitle iletişim araçları ile eğitimler

yapılarak danışmanlık hizmeti verilmelidir. Sağlık birimlerine ulaşımında kolaylık sağlanmalı ve yargılama yapılmadan hizmet alması sağlanmalıdır (Aydın 2010).

#### **2.4. Kadın Sağlığı Alanında Hemşirelik Hizmetleri**

Teknolojideki gelişmeler ekonomik, sosyal ve siyasal gibi birçok alanda yenilikleri beraberinde getirmiştir. Sağlık alanında da meydana gelen yenilikler sağlık personellerinin görevlerinde bazı değişikliklere neden olmuştur. Kadın sağlığının korunması, geliştirilmesi, rehabilitasyon hizmetleri, tanı ve tedavideki gelişmeler hemşirelerin rol ve sorumluluklarını da değiştirmiştir. Değişen yetki ve sorumluluklar yasalarla güvence altına alınmıştır. Ülkemizde kanun, yönetmelik ve genelgede dağınık halde olan hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları Hemşirelik Kanunu ile 2007'de daha çağdaş bir hale getirilmiştir. Fakülte ve yüksekokullarda lisans eğitimini tamamlayanlara hemşire ünvanı verilmiştir (Eroğlu ve Koç 2012).

İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğe göre, gebe ve emziren çalışanın izlemi, zararlı maddelerden korunması, bebek bakımı ile ilgili eğitimleri planlamak ve yürütmek Sağlık Bakanlığı sertifikalı işyeri hemşiresinin görevidir. Yönetmelik gebe ve emziren annelerin sağlık kurumu dışında da desteklenmesi gerektiğini belirtmiştir (T.C. Resmi Gazete, 16 Aralık 2003, sayı: 25318).

Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile meslekte cinsiyet ayrımı ortadan kalkmıştır (T.C. Resmi Gazete, 25 Nisan 2007, sayı: 26510).

Hemşirelik Yönetmeliğine göre hemşirelik hizmetleri, birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbi tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama, mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde

meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde bakım sunma, hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimini içermektedir (T.C. Resmi Gazete, 8 Mart 2010, sayı: 27515).

Hemşirelik Yönetmeliği Madde 6 (T.C. Resmi Gazete, 8 Mart 2010, sayı: 27515)' de 'Hemşire mesleki bilgi ve becerisini geliştirmek için gerekli eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütür' ifadesi anne sağlığı hemşireliği ile direkt ilişkili olmamasına rağmen meslektaşları yardımıyla ya da eğitim programlarıyla bilgi ve becerilerinin güncel tutulması açısından önemlidir (Eroğlu ve Koç 2012)

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğe göre hemşire genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra; çiftlere, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık yapar. Kadının gebelik dönemine özgü bakım ve izlemlerini yapar. Gebelikte gelişebilen riskli durumları erken dönemde fark eder ve önerilen tedavileri uygular, gerektiğinde sevk eder. Doğumun uygun koşullarda yapılması için hastayı yönlendirir. Doğum eylemiyle ilgili normalden sapmaları izler ve bildirir. Yenidoğan bebeğin bakımını ve muayenesini yapar. Erken ve geç lohusalık döneminde anne ve yenidoğan bakımını yapar. Ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapar. Aile planlaması danışmanlığı, emzirme danışmanlığı, sağlıklı cinsel yaşam, genetik hastalık riski taşıyan ailelere danışmanlık, periyodik jinekolojik ve meme kontrolü, testler (pap smear vb.) için yol gösterir ve yardımcı olur (T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, sayı: 27910).

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS-AP) merkezi hemşiresi, birey ve ailelerin ana-çocuk sağlığı ile ilgili gereksinimleri, sorunları ve öncelikleri belirler. Ailedeki hasta anne ve çocuğun konsültasyon için gereksinimlerini belirler ve AÇS-AP merkezi hekimine sevk eder. Aile planlaması hizmetlerini yürütür. DÖB, evde doğum ve doğum sonrası anne ve bebeğin izlem hizmetlerini yürütür. Kadın sağlığına yönelik tarama Pap Smear, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) vb. programlara katılır. Merkez bölgesinde ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile ilgili yapılacak araştırmalara katılır (T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, sayı: 27910).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (T.C. Resmi Gazete, 25 Mayıs 2010, sayı: 27591) Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (T.C. Resmi Gazete, 11 Mart 2011 sayı: 27871) Madde 3.c.' ye göre, aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli ya da bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, tıp teknisyeni ve sağlık memuru aile sağlığı elemanıdır. Madde 5.f.' ye göre, gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerle ana-çocuk sağlığı, aile planlaması hizmetini verir, evde bakım hizmetinin verilmesinde hekime yardımcı olur. Bu yönetmelik ile hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni meslek ünvanlarını kaybederek aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmış, hekimin emrinde çalışan işçi konumuna getirilmiştir (Eroğlu ve Koç 2012).

Kadın sağlığında kanıta dayalı hemşirelik hizmeti için Hemşirelik Kanununda yer verildiği gibi hemşirelik eğitiminin sadece lise üzerine dört yıllık eğitimle kazandırılması, meslek liselerinde hemşirelik eğitiminin sonlandırılması, yasal düzenlemelerle lisans ve lisansüstü hemşirelik mezunlarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında da istihdamının sağlanması, kadın sağlığıyla ilgili çalışmaların kliniklerde uygulanması için hemşireler ve sağlık personelleri ile kadın sağlığını koruyucu ve geliştirici proje ve araştırmaların planlanması ve uygulaması, kadın sağlığı hemşireliği ile ilgili meslek örgütlerinin kadın sağlığına yönelik sağlık mevzuatına yönelik çalışma grubu oluşturup öneri paketi hazırlayarak sağlık politikalarına yön vermesi gerekmektedir (Eroğlu ve Koç 2012).

## **2.5. Doğum Öncesi Bakım**

### **2.5.1. Tanımı ve Amacı**

Gebelik fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı süreçtir. Anneliğin başlangıcı olan gebeliğin sağlıklı devam etmesi ve sağlıklı doğumla sonuçlanması için gebelik boyunca gebenin sağlık personeli tarafından düzenli takip edilmesi gerekmektedir (Omaç ve ark. 2009, Çatak ve ark. 2014, Demirbaş ve Kadioğlu 2014).

DÖB anne ve fetüsün tüm gebelik süresince belirli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunarak, eğitilmiş sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Prenatal ya da antenatal bakım hizmeti olarak da adlandırılmaktadır (Çatak ve ark. 2014, Sönmez 2007). DÖB maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmeyi hedefleyen temel koruyucu sağlık hizmetidir. Gebede daha önce var olan hastalıkların erken teşhisi için bakıma ilk trimestırda başlanmalı, düzenli aralıklarla gebe ve fetüs izlemi yapılmalıdır (Pirinççi ve ark. 2010).

Yeterli DÖB almamış gebelerin bakım alan gebelere oranla doğumda daha fazla ölüm riski taşıdıkları, bebeklerinde ise perinatal ölüm riskinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bebek ölümlerinin %25,8'ini neonatal ölümler oluşturmaktadır. Neonatal ölüm nedenleri arasında doğuma bağlı nedenler ilk sırada yer almaktadır (Sütlü ve ark. 2012). Anne-bebek sağlığının geliştirilmesi ve korunmasını hedefleyen DÖB, gebeleri kendi bakımlarına ve bebek bakımına hazırlayarak özellikle primiparlar için fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamaları önlemektedir (Yalçın 2011).

DÖB ile amaç; gebelikten önce annedeki sağlık problemlerini saptamak, gebelik komplikasyonlarının erken tanı ve tedavisini sağlamak, riskli gebelikleri belirlemek, gerekli durumda stabilize etmek şartıyla bir üst düzey sağlık kurumuna sevk yapmak, fetüsü intrauterin izlemek, gebeyi tetanoza karşı bağışıklamak, doğumun nerede, nasıl ve kimin tarafından yapılacağını belirlemek, gebeyi gebelikte beslenme, gebelikte hijyen, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirmektir (Sütlü ve ark. 2012, DÖB Rehberi 2014).

DÖB gebe ve fetüsün sağlığını koruyup gelişimini sürdürmenin yanı sıra gebenin bu konulardaki yanlış alışkanlıklarını düzeltmek, doğru davranışlarını pekiştirmek, gebeye yeni bilgiler kazandırmak, aileyi yeni rollerine ve yeni üyeye hazırlamayı hedeflemektedir (Demirbaş ve Kadioğlu 2014).

### **2.5.2. Tarihçesi**

DÖB ilk kez Boston'da yirminci yüzyılın başlarında ortaya çıkmıştır. Boston Hemşireler Birliğinde görevli hemşireler, Boston LyingIn Hastanesine kayıtlı gebelere ev ziyareti yapmıştır. Bu ziyaretin gebelere fayda sağladığı görülmüştür.

Hekimlerin de desteğini alan hemşireler koruyucu hekimlik uygulamasının temelini atarak ilk DÖB hizmetini vermiştir (Sönmez 2007).

Ülkemizde ana-çocuk sağlığına önem verilmesi Cumhuriyetin kurulmasıyla başlamıştır. İlk doğum ve çocuk bakımevi 1926'de Ankara ve Konya'da açılarak sağaltım hizmeti verilmiştir (Sönmez 2007).

1952'de WHO ve UNICEF'in desteğiyle, Sağlık Bakanlığında özel bir örgüt olarak Ana ve Çocuk Sağlığı Başkanlığı kurulmuştur. Ancak bu örgüt, ülke genelinde yeterli hizmet verememiştir (Sönmez 2007).

1961'de ana-çocuk sağlığı açısından ülkemizde önemli adımlar atılmıştır. 1963'de koruyucu sağlık hizmetlerinin ilki Nusret H. Fişek'in öncülüğünde yapılmıştır. Ülkeyi nüfus, doğurganlık, aile planlaması, ana-çocuk sağlığı gibi konularda temsil eden bu çalışma 5 yılda bir tekrarlanmıştır (Sönmez 2007).

1965 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasasıyla DÖB hizmetlerinin sağlık ocakları aracılığıyla halka ulaştırılması amaçlanmış bu görev sağlık ocağı ebelerine verilmiştir (Sönmez 2007).

1978 yılında WHO'nun Alma- Ata'da yayınladığı bildirgeyi imzalayan ülkemiz, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) görüşünü benimsemiş, sağlık hizmetleri arasında en fazla ihtiyaç duyulan ana-çocuk sağlığına hizmet götürülmesi hedeflenmiştir (Taşkın 2016).

1982'de Sağlık Bakanlığına bağlı AÇS/AP Genel Müdürlüğü kurularak, AÇS/AP hizmetleri, Temel Sağlık Hizmetleri ile uyumlu yürütme kararı alınmıştır (Taşkın 2016).

1983 yılında yüksek doğurganlığa bağlı doğum ve düşükle kaybedilen anne ölümlerini azaltmak ve kadın sağlığını güçlendirmek için nüfus planlaması yasasında değişiklikler yapılarak gebeliğin 10. haftasına kadar isteğe bağlı kürtaj yasal hale getirilmiştir. Düşüklerin sağlıklı koşullarda olmasını sağlamak için aile planlaması ünitelerine bağlı kürtaj klinikleri açılmıştır (Taşkın 2016).

Ülkemizde doğurganlık düzeyi ve değişimi, anne-bebek ölümleri, aile planlaması, ana-çocuk sağlığı gibi konular hakkında bilgi toplamak için Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998'de yapılmıştır. 1993'de Sağlık Bakanlığının yönetiminde yapılan TNSA sonuçları ilk kez toplanan verilerin analizi yapılarak 1996'da yayımlanmıştır (Sönmez 2007, TNSA 2013).

## **2.6. Doğum Öncesi Bakım Rehberi**

2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasına (UAOC) göre, ölen her on anneden altısı önlenebilir nedenlerle yaşamını yitirmiştir. Her 5 anneden biri DÖB almamış, DÖB alan her 4 anneden biri ise yetersiz ve niteliksiz bakım almıştır. Buna göre Sağlık Bakanlığı 2008 yılında ulusal düzeyde daha nitelikli ve standart DÖB yapılması için Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ni hazırlamış ve uygulamaya koymuştur (Sütlü ve ark. 2012).

DÖB rehberine göre her gebenin 14 hafta içinde gebeliği tespit edilmeli ve ilk izlemi yapılmalıdır. 18-24 haftalar arasında ikinci, 30-32 haftalar arasında üçüncü ve 36-38 haftalar arasında dördüncü izlem yapılmalıdır. Ayrıca rehberde her izlemde yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri tanımlanmıştır (Sütlü ve ark. 2012).

### **2.6.1. Birinci İzlem**

Gebelik 14. haftaya kadar tespit edilir ve gebe izlemine başlanır. Eğer gebelik 14. haftaya kadar tespit edilememişse gebelik haftası kaç olursa olsun ilk izlem olarak kaydedilir ve DÖB rehberinin ilk izlem prosedürü uygulanır (DÖB Rehberi 2014).

Aile öyküsünde ve gebede kalıtsal hastalıkların (konjenital, metabolik, endokrin vb.) varlığı sorgulanır (DÖB Rehberi 2014).

Genetik bozukluk ve akraba evliliği kalıtsal hastalıkların morbidite ve mortalitesini arttırmaktadır. Klinik bulguların fazla olmaması kalıtsal metabolik hastalıklarda (KMH) erken tanı ve tedavi şansını azaltmaktadır. KMH arasında



tedavi edilebilen hastalık sayısı ne yazık ki çok azdır. Bu durum antenatal bakım ve koruyucu hekim uygulamalarının önemini arttırmaktadır (Aşıkoyalı ve ark. 2018).

Konjenital anomaliler genetik, enfeksiyöz, çevresel ve beslenme kaynaklı olabilir. Kalp anomalisi ve nöral tüp defektleri en çok görülen anomalilerdendir. Anomali tedavileri uzun sürdüğünden sağlık maliyetinde ciddi kayıplara neden olmaktadır. Aşılama, folik asit alımı, iyottan zengin beslenme, gebelikte zararlı çevresel faktörleri önleme, gebelik öncesinde ve esnasında teratojen ilaç kullanımını engelleme anomalileri önleyebilmektedir. Bu nedenle DÖB ile konjenital anomalilerin önüne geçilebilir (Güven ve Sağol 2017). Riskli gebelere genetik danışmanlık almaları önerilmelidir (Aşıkoyalı ve ark. 2018).

Antenatal genetik danışmanlık, fetüs için riskli durumu değerlendirmek, tanıya yönelik uygulanacak testler ve bu testlerin risklerini, sonuçlarını, hastalığın morbidite ve mortalitesini belirlemek için yapılan danışmanlıktır. Birçok hastalığa antenatal dönemde tanı konulabilir. Gelişen teknoloji, yapılan araştırma verileri, invaziv, noninvaziv yöntemler, ultrasonografi ile tanının doğrulanması kolaylaşmıştır (Perçin 2018). Genetik danışmanlık ile altta yatan neden araştırılıp fetüsün hasta birey olarak doğma olasılığı değerlendirilir (Ruhi 2018, Perçin 2018).

Madde kullanımı son zamanlarda tüm dünyada giderek artış göstermektedir. Genelde erkekler için sorun olarak görülse de çalışmalar kadınların da madde kullanımında artış olduğunu göstermektedir. Madde kullanımı kadınlarda erkeklere oranla daha zararlıdır. Doğurganlık göz önüne alındığında yenidoğandaki büyüme ve gelişme toplumsal yıkıcılığı arttırmaktadır (Yalçıntürk 2017).

Amerika'da gebelerin çevresel ve sosyal etkenlere bağlı olarak bir veya daha fazla madde alımı % 4'ten fazladır. Buna bağlı olarak yılda 225 bin yenidoğanın madde kullanımından etkilendiği tahmin edilmektedir (Wendell 2013, Keegan ve ark 2010). Amerika'da yaşayan gebe kadınların %20'den fazlası sigara, %15'i alkol, %3-10'u kanabis, %0,5-3'ü kokain kullanmaktadır (Lamy ve Thibaut 2010).

Ülkemizde, madde kullanımı son yıllarda giderek artan, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gebelikte kullanılan madde anne sağlığını tehdit ettiği gibi fetüs

için fiziksel ve mental sorunları beraberinde getirmektedir (Özel ve ark. 2018). Gebelikte alkol alımının fetüste teratojeniteye nasıl yol açtığı ve anomaliye neden olan sınır hala bilinmemektedir. Ancak alkol ve metaboliti olan asetaldehitin fetüs gelişimini olumsuz etkileyen başlıca etkenlerden olduğu kabul edilmektedir. Alkol protein sentezini azaltarak fetüste büyüme ve gelişmeyi engeller. Spontan düşük ve ölü doğum oranını arttırır. Alkol ve asetaldehitler hücrel ve mitokondrial transportu bozarlar (Genç ve Mihmanlı 2014, Dos Santos ve ark 2016).

Ordinoha ve Brisbe (2015) 221 kadın ile yaptığı çalışmada; kadınların %59,28'inin, Smith ve ark. (2014) 409 kadın ile yaptığı çalışmada ise kadınların %25'inin gebelikleri boyunca alkol aldıklarını gözlenmiştir.

Fetal alkol sendromu (FAS) tanımı ilk defa 1973'de yapılmıştır. Gebelik boyunca kronik alkol alımına bağlı bir dizi anomaliyi içermektedir. İntrauterin ve/veya postnatal gelişme geriliği, kranyofasyal anomaliler, MSS (Merkezi Sinir Sistemi) fonksiyon bozuklukları olarak üç ana başlık altında toplanabilir. FAS'da yenidoğanda iskelet-eklem anomalileri, ventriküler septal defekt, atriyal septal defekt, inmemiş testis, hidrosefali, yarı damak-dudak, vertebral malformasyonlar, renal anomaliler, sekonder görme, işitme ve konuşma bozuklukları ile titremeler görülür (Genç ve Mihmanlı 2014, Dos Santos 2016).

Alkol alımı özellikle batıda mental retardasyonun başlıca sebeplerindedir. ABD'de doğumların %1'inde yenidoğanda alkol alımına bağlı olarak mental retardasyon ortaya çıkmaktadır. Gebelikte tüketilen 4 içkide FAS riski %20,8 iken tüketilen 8 içkide bu oran %50'ye yükselmektedir (İzci ve Bilici 2015).

Kokain alan gebelerde uterin damarlarda artan vazokonstriksiyona bağlı azalan plasental perfüzyon dekolman plasenta riskini yükseltir. Erken membran rüptürü, erken doğum eylemi, intrauterin gelişme geriliği, amniyotik mayide mekonyum ve spontan abortus insidansı artar. Fetüste intrauterin serebral infarkt ve üriner traktus anomali riski artar. Minör anomalilerde 1,6 major anomalilerde 4,99 ürogenital anomalilerde 6,5 kat risk artar. Bu çocukların uzun süreli takiplerde uyuma ve yeme bozuklukları, hipertoni ve tremor görülmüştür. Adölesan dönemde ise kognitif bozukluklar artmıştır (Genç ve Mihmanlı 2014, İzci ve Bilici 2015).

Gebelikte kokain alımının annede plasenta previa, preeklamsi benzeri semptomlar, epileptik nöbetler, kardiyak aritmiler, ani ölüm, pulmoner ödem gibi hastalıklar görülürken, bebekte intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölümü, konjenital anomaliler görüldüğü kanıtlanmıştır (Özel ve ark. 2018). Özellikle kokain kullanan annelerin bebekleri beslenme bozukluğu, letarji, epileptik nöbet riskleri açısından doğum öncesi ve sonrası izlem sayısı arttırılmalıdır (İzci ve Bilici 2015).

Gebelikte marihuana kullanan kadınlar hem sigaranın hem de marihuananın zararlı etkilerine maruz kalmaktadır. Preterm doğum ve intrauterin gelişme geriliğinin neden olduğu düşük doğum ağırlıklı bebek oranı %25, ölü doğum oranı ise %10'dur (Brown ve Graves 2013, Hayatbakhsh ve ark. 2012).

Gebeler üzerinde amfetaminin etkilerini inceleyen çok fazla klinik çalışma yoktur. Ancak prelinik yapılan çalışmalarda gebelik boyunca amfetamin ve türevlerini kullananlarda nörogelişimsel hasar tespit edilmiştir. Yenidoğanda postural motor hareketlerinde doğumdan sonraki ilk 3 hafta içinde bozulmalar görülmüştür (Mcdonnel-Dowling ve ark 2014). Gebelik boyunca amfetamin kullanan kadınlarda gestasyonel hipertansiyon, preeklamsi, intrauterin bebek ölümleri, düşük, erken doğum, yenidoğan ve bebek ölümleri ortaya çıkmaktadır (Gorman ve ark. 2014).

Gebelikte madde ve alkol kullanımı varsa gebe, kadın-doğum hekiminin yanı sıra psikiyatrist, halk sağlığı uzmanı ve pediatrist ile birlikte değerlendirilmelidir. Riskler gebeye anlatılmalı, prenatal kontroller sık yapılmalı, büyüme ve gelişmeyi takip edebilmek için USG izlemleri daha sık yapılmalı, gebe danışmanlık ve rehabilitasyon programlarına dahil edilmelidir (Genç ve Mihmanlı 2014, Dos Santos 2016).

Madde kullanımının azaltılması için bu gebelerin tespit edilerek, tedavi ve takibe alınması, eşlerinin gebelik ve oluşabilecek riskler hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Araştırmalara göre madde kullanan gebeler daha çok yalnız yaşayan, sosyoekonomik durumu zayıf, eğitim düzeyi düşük, sosyal desteği az olan bireylerdir. Özellikle bu gibi riskli gruplar belirlenerek gebelik boyunca madde kullananlara sosyal destek verilmeli, eğitim düzeyleri artırılmalıdır. Literatüre

bakıldığında; ülkemizde kadınlar ve gebeler arasında alkol ve madde kullanımını inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmasına rağmen kullanım oranlarının azımsanamayacağı görülmektedir (Kaya ve Şahin 2013, İzci ve Bilici 2015).

Sigara ile vücuda alınan nikotin ve karbonmonoksit fetüsün gelişimini olumsuz etkiler. Nikotin vazokonstriksiyon etkisi ile uterin artere kan akımını azaltır, karbonmonoksit ise fetal dokulara olan oksijen ulaşımını azaltır. Gebelikte sigara kullanımı ile düşük, ektopik gebelik, fetal gelişim geriliği, ablasyo plasenta, preterm doğum, membranların erken rüptürü ve düşük doğum ağırlığı arasında anlamlı ilişki vardır. Perinatal mortalite hızı %150 daha fazladır. Artan perinatal komplikasyonlar fetüsün bağışıklık sistemine zarar vererek enfeksiyona yatkınlığı arttırır (Davas ve ark. 2018, Brown ve Graves 2013).

Agrawal ve ark. (2010) yaptıkları çalışmalarla gebelikte günlük sigara içiminin artışı ile düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, erken doğum ve düşük riskinin arttığını ortaya koymuştur.

Durualp ve ark. (2011) gebelik süresince sigara kullanımının ve pasif içiciliğinin yenidoğanın doğumdaki ağırlık, boy ve baş çevresi ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında gebelerin sigara içme durumları ile bebeklerinin doğum ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamıştır.

Boyacı ve ark. (2006) gebeliğinde aktif sigara içen ya da sigara dumanına maruz kalan pasif içici konumundaki Kocaeli’de doğum yapan 107 gebe kadından 5 ml, yenidoğanın kordonundan 5 ml kan alınarak kotinin düzeyini incelemiştir. Çalışmaya alınan gebeler hafif içici olduğundan yenidoğanın ağırlık, boy ve gebelik yaşları arasında anlamlı fark görülmemiştir. Ancak içilen sigara miktarı arttıkça biyolojik sıvıda kotinin değeri de artmaktadır. Böylece bebek gelişiminde olumsuz etkiler daha belirgin ortaya çıkmaktadır.

Gebelikte sigara kullanımı anne ve bebeğe olumsuz etkileri nedeniyle önlem almayı gerektirmektedir. Tüm toplumu kapsayan gebelikte sigaranın zararları konusunda sürekli eğitimler verilmelidir (Davas ve ark. 2018). Genç yaş grubu, sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek olanlar, eşinden ayrılmış ve çalışan kadınlar

gibi risk gruplar belirlenmeli ve ayrıntılı, öncelikli grup olarak değerlendirilmelidir. Gebelik öncesi veya gebelikte sigarayı bırakanların tekrar sigaraya başlamasını önlemek için gerekli bilgi ve destek sağlanmalı, gebelikte sigara kullanımının gebe ve fetüse etkileri üzerine daha fazla araştırma yapılmalı, bu araştırmalar daha geniş örnekleme kapsamalıdır (Durualp ve ark 2011, Saka ve ark. 2008).

Gebelik, sigara bırakmak için en ideal dönemlerden birisidir. Çünkü anne adayları bebeklerinin sağlığını riske atmak istemezler. Sigara bırakmanın gerçekten zor olduğu kabullenmeli ve bu doğrultuda gebenin ihtiyaç duyduğu danışmanlık gerekli ve yeterli şekilde sağlık personeli tarafından verilmelidir. Gebelikte sigara sayısı azaltılarak aşamalı şekilde sigara bıraktırma yöntemi önerilmemektedir. Yoksunluk belirtilerini atlama daha uzun zaman alır ve birden bırakmaya göre başarı şansı düşer. Sigara sayısını azaltmak fetüsün sigaranın zararlı etkilerine daha fazla maruz kalmasına neden olmaktadır (Durualp ve ark 2011, Saka ve ark. 2008).

Diabetes mellitus, gebeliğin en yaygın tıbbi komplikasyonudur. Gestasyonel diabetes mellitus (GDM) ilk kez gebelik sürecinde farkedilen herhangi bir derecedeki glukoz intoleransıdır. Amerikan Diyabet Derneği verilerine göre gebeliklerin % 4'ü GDM ile komplike olmaktadır. Ülkemiz için bu oran %3-8 arasındadır (Eryakın ve ark. 2013).

Tip II DM için yüksek riskli etnik grupların üyesi olmak, birinci derece akrabalarda DM öyküsü, önceki gebeliklerde GDM öyküsü, vücut kitle indeksinin (BKİ) 30 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde olması, gebelik öncesi ve gebelikler arasında ve gebelikte anlamlı kilo artışı, maternal yaşın 25'in üzerinde olması, 4100 g üzerinde doğum öyküsü, nedeni belli olmayan ölü doğum veya anomalili doğum öyküsü, ilk prenatal izlemde glukozüri saptanması, metabolik sendrom, polikistik over sendromu, glukokortikoid kullanımı ve hipertansiyon GDM için risk faktörüdür (Carreno ve ark. 2012).

DM' li anne bebeklerinde esas etkilenme, birinci trimestirdaki organogenez sırasında olmaktadır. En sık doğumsal anomaliler kardiyovasküler, gastrointestinal, genitoüriner ve santral sinir sisteminde görülmektedir. Polihidramnios, preeklamsi, preterm eylem, pyelonefrit, makrozomik fetüs ve bununla ilişkili omuz distosisi gibi

doğum travması, sezeryan sıklığında artış, yenidoğanda hipoglisemi, polisitemi, hipokalsemi ve hiperbilirubinemi meydana gelir (Güvenç ve Güzeltaş 2017). Diyabetik anne bebeklerinin yaklaşık %3-6'sında doğumsal kalp anomalileri ortaya çıkmaktadır (Elmekkawi ve ark 2015).

Gebelikte insülin kullanımı ve beraberinde hipertansiyonun bulunması, bebekte Down sendromu gibi genetik hastalıkların olması ile DKH riskini arttırmaktadır (Demirpence ve ark. 2014).

Grup B streptokoklar (GBS) neonatal dönemde morbidite ve mortaliteye neden olan etkenlerdendir. Genellikle asemptomatik seyrederek gebelerde rekto-vajinal kolonizasyon sonrası koryoamniyonit, idrar yolu enfeksiyonu, bakteriyemi gibi enfeksiyonlara neden olmaktadır. Bu enfeksiyonlar doğumda yenidoğana bulaşabilmekte ve yenidoğanda menenjit, osteomyelit, sepsis gibi ciddi enfeksiyonlara yol açabilmektedir (Krieg ve ark 2008).

Amerika Birleşik Devletlerinde GBS neonatal mortalite ve morbiditenin başlıca sebeplerinden biri olması üzerine 2010 yılında, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) ve AAP (American Academy of Pediatrics) birlikte hastalığın önlenmesine yönelik bir kılavuz yayımlamıştır. AAFP (Association American Family Physician) 2012 yılında CDC kılavuzunu yeniden düzenlemiştir. Revize edilen kılavuza göre; 35-37 haftalık gebe kadınların rekto-vajinal GBS taşıyıcılığı açısından taranması gerektiği, kültür sonucu olumlu bulunan veya nükleik asit testi pozitif olan gebelere antibiyotik profilaksisi önerilmiştir. Erken membran rüptürü ve erken doğum olgularının diğer normal gebelerden ayrılması gerektiği vurgulanmıştır (Cagno ve ark 2012).

Ülkemizde vajinal GBS kolonizasyonu Kahramanmaraş'ta yapılan çalışmada %33 bulmuştur (Kireççi ve ark. 2010).

Prenatal HIV taramasının hayata geçirilmesi, gebe kadınlara ve yenidoğanlarına antiretroviral tedavinin (ART) verilmesi AIDS'in perinatal yoldan geçişini azaltmıştır. HIV ile yaşayan hamile ve emziren kadınlar için Global ART

kapsamı %80'dir. Yüksek etkili antiretroviral tedavi highly active antiretroviral therapy (HAART), kronik HIV enfeksiyonlu insan sayısındaki artış HIV enfeksiyonlu gebe sayısını arttırmıştır. ART kombinasyonlarının kullanılması perinatal HIV geçiş oranlarının Avrupa ve ABD'de %15-30'dan %2'nin altına düşmesine neden olmuştur (Sucu ve ark. 2016).

HIV pozitif gebelerin tespit edilmesi, perinatal geçişin azaltılması için uygun antiretroviral tedavi ve gerekli önlemlerin alınması, hekim ve ebe/hemşirenin güncel bilgilere sahip olması, gebelikte seyrinin ve uygulanacak tedavi prensiplerinin bilinmesi uygun tedavi ile HIV tedavisine gebelikte de devam edilebilmesi ve perinatal geçişin önlenmesi mümkündür (Sucu ve ark. 2016).

Preeklamsi görülme oranı ülkeden ülkeye farklı olsa da genelde %5-10 oranında değişmektedir. Ülkemizdeki gebelerin ise %2-8'inde ortaya çıkmaktadır. Maternal mortalite %5'tir. Preeklamsi, anne ve bebek mortalite ve morbidite, perinatal ölüm erken doğum ve inrauterin gelişme geriliğine neden olmaktadır. Riskli grupların erken tanınması, gebede çoklu organ hasarının önlenmesi, doğumun etkili yönetilmesi preeklamsinin takip ve tedavisinde temel hedefdir (Dursun ve Dal 2017).

Hemşirenin uygulayacağı bakım preeklamsinin derecesine göre farklılık göstermektedir. Orta derece preeklamsi için kan basıncı kontrolü yapılmalı, tam ve kısmi yatak istirahati önerilmeli, idrarda protein ve fetal hareketlerin izlemi yapılmalıdır. Şiddetli preeklamside kan basıncını kontrol altında tutmak ve eklamsiyi önlemek temel amaçtır. Laboratuvar testleri ve fizik muayenesi yapıp fetüs Nonstres Test (NST) ya da biyofizik profille takip edilmelidir. National High Blood Pressure Education Program Working Group'a göre fetüs hareketleri her gün değerlendirilmeli, her hafta NST ya da biyofizik profil ya da her ikisi birlikte yapılmalı, haftada en az bir kere kan basıncı kontrolü yapılmalı, kan testleri ve idrarda 12-24 saatlik protein varlığı değerlendirilmeli, ayda bir USG yapılarak amniyotik mayi ve fetüs gelişimi takip edilmeli, gerekirse doppler yapılmalıdır (Gözükara 2016, Dursun ve Dal 2017).

Doğum ve doğum sonu dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonları düzenli antenatal bakım ile en aza indirmek mümkündür. Bu noktada hemşireler kilit

roldedir. Hemşirenin vereceği eğitim, düzenli antenatal bakım ile komplikasyonların önüne geçilebilir. Hemşire öncelikle düşük ve yüksek riskli grupları belirlemelidir (Gözükara 2016). Düşük riskli gruplar için yetersiz kalsiyum alımında gebelere kalsiyum önermeli, alkol ve sigaranın zararları hakkında eğitim vermeli ve kullanımını önlemeli, egzersiz ve folik asit içeren multivitamin önerilmelidir. Kilolu gebeler için kalori ve tuz kısıtlaması, düşük doz aspirin alımı, vitamin C ve E alımı önerilmelidir. Şiddetli preeklamsi öyküsü olan gebelerin gebelikleri arasında 2 yıldan az 10 yıldan fazla süre olmamalıdır. Diüretik kullanımı, 1-2 gr Ca alımı, düşük doz aspirin tedavisi uygulanabilir (Çekmez ve ark. 2015, Dursun ve Dal 2017).

Obstetrik öyküsü alınan gebenin düşük ve ölü doğum yapıp yapmadığı değerlendirilmelidir (DÖB Rehberi 2010). Kendiliğinden düşük ve ölü doğum annenin kontrolünde olmamasına karşın istemli düşük kendi kontrolündedir. İstemli düşükler kadının ilerde çocuk sahibi olma şansını azaltması, anne ve perinatal ölüm riski taşıması gibi etkileri nedeniyle önemlidir. Ülkemizde kadınların %23'ü en az bir kere kendiliğinden düşük, %14'ü en az bir kez istemli düşük, %3'ü ise ölü doğum yapmıştır (TNSA 2013).

Gebenin son adetinin ilk günü, adet düzeni, son adet tarihi bilinmiyorsa USG ile gebelik ayının tespiti, tahmini doğum tarihi belirlenmeli, gebelik yakınmaları tespit edilmelidir (DÖB Rehberi 2014).

Gebelikte anne ve fetüs sağlığı, metabolik gereksinimlerinin karşılanması için fizyolojik bir takım değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler genelde hormonlara ve büyüyen uterusu bağlanmaktadır (Çetin ve ark. 2017).

Fizyolojik değişime bağlı ortaya çıkan yakınmalar trimestırlara göre farklılık göstermektedir. Gebeliğe uyum dönemi olan ilk trimestırda vücut değişime erken ya da geç tepki verir. Bulantı-kusma, pityalizm, sık idrara çıkma, burun tıkanıklığı veya kanması, lökore, diş eti kanaması, halsizlik, memelerde hassasiyet gibi şikayetler görülebilir. İkinci trimestır gebe ve fetüs için şikayetlerin azaldığı dönemdir. Uterus gebeyi rahatsız edecek kadar büyümemiştir ve genelde ilk trimestır şikayetleri azalır. Konstipasyon, başta ağrı, düşük tansiyon, iştahta artma, lökore, stria gibi şikayetler görülebilir. Son trimestır uterus hacminin artmasına bağlı halsizlik ve varis gibi



şikayetler ortaya çıkar. Doğuma hazırlık olan bu dönemde pelvik bölgede ve eklemlerde ağrı olabilir. Uykusuzluk, idrara sık çıkma, bacaklarda kramp, özellikle alt ekstremitelerde ödem bu dönemde görülen diğer şikayetlerdendir. Gebenin yakınmalarını tespit etmek ve ihtiyacına göre yaklaşımda bulunmak hemşirenin verdiği bakımın kalitesini arttırmaktadır (Mecdi ve Rathfisch 2013, Taşkın 2016).

Çetin ve ark. (2017) gebelikte ortaya çıkan fiziksel şikayetlerin gebelik sayısı ile ilişkisini incelemiş ve primiparlarda multiparlara göre fiziksel şikayetlerin daha fazla olduğunu görmüştür. Yine aynı çalışmada planlı gebeliklerde, plansız gebeliklere göre iştahta artma, halsizlik, yorgunluk, memelerde hassasiyet, baş ağrısı gibi olağan fiziksel şikayetlerin daha fazla yaşandığı görülmüştür.

Gebelikteki hormonal değişiklikler, ileri yaş, obezite, sedanter yaşam tarzı konstipasyon ve hemoroid yakınmalarına neden olmaktadır (Taşkın 2016). Ağrı ve şişkinlik tedavisinde anestezi ilaç uygulamaları, sıcak uygulama, gaita yumuşatıcı ajanlar kullanılabilir. Rektal ven trombozunun olduğu durumlarda pıhtı topikal anestezi eşliğinde bistürü yardımıyla ven duvarı kesilerek çıkarılır (Mecdi ve Rathfisch 2013, Çetin ve ark. 2017).

Gebenin boyu, kilosu, kan basıncı ölçüp, nabızı sayılır. Ciddi anemi bulguları kontrol edilir. Göğüs ve kalp oskültasyonu yapılır. Pretibial ödem ve varis muayenesi yapılır. Gebelik haftasıyla uterus yüksekliğinin uyumu değerlendirilir. Uterus yüksekliğinin (fundus-pubis mesafesi) gebelik haftasına göre büyük veya küçük olduğu ( $\pm 4$ cm.) durumda gebenin sevki yapılır. CYBH bulgusu varsa değerlendirilir. Fetal kalp sesleri dinlenir. Fetal kalp atımı normalde 120-160 atım/dk'dır ve el doppleri ile 10-12. haftalarda duyulabilir. Hastalığı gösteren diğer tehlike belirtileri kontrol edilir (DÖB Rehberi 2014).

Fizik muayene sonrası gebenin risk değerlendirmesi 'Gebelikte Risk Değerlendirme Formu' kullanılarak yapılır. Sevk kriterinin bir parçası olan form riskli gebelikleri belirlemek için tüm gebelere uygulanır (DÖB Rehberi 2014).

## Gebelikte Risk Değerlendirme Formu

### A-Tıbbi Öykü

1. Kardiyovasküler hastalıklar
2. Jinekolojik hastalıklar
3. DM
4. Endokrin hastalıklar
5. Epilepsi
6. Serebrovasküler ve nörolojik hastalıklar
7. Psikiyatrik hastalıklar
8. Kronik hipertansiyon
9. Solunum sistemi hastalıkları
10. Renal hastalıklar
11. Hematolojik hastalıklar
12. Enfeksiyon hastalıkları
13. Romatolojik hastalıklar
14. Venöz tromboemboli
15. Neoplazmlar
16. Kalıtsal hastalıklar
17. Ortopedik bozukluk
18. Akraba evliliği
19. İlaç kullanımı ve madde bağımlılığı
20. Düşük sosyoekonomik durum

### B-Obstetrik Öykü

1. Geçirilmiş uterin cerrahi
2. Pelvik kitle, myom, uterin malformasyon
3. Tekrarlayan 3 ve üzeri düşük
4. Doğum ağırlığının 2500 gr altında olması
5. Doğum ağırlığının 4000 gr üzerinde olması
6. Ölü doğum, yeni doğan ölümü
7. Eklampsi-preeklampsi öyküsü
8. Erken doğum öyküsü,
9. Postterm doğum öyküsü
10. Anomalili bebek öyküsü
11. GDM öyküsü

12. Venöz tromboemboli öyküsü
13. Ektopik gebelik öyküsü
14. Rh Uygumsuzluğu
15. Antepartum ve postpartum kanama öyküsü
16. Zor ve müdahaleli doğum öyküsü
17. Plasenta previa, plasenta dekolmanı öyküsü

### **C- Mevcut Gebeliğin Değerlendirilmesi**

1. 18 yaş altı
2. 35 yaş üstü
3. Rh uygumsuzluğu
4. Çoğul gebelik
5. İki yıldan sık gebelik
6. Sigara, alkol kullanımı
7. 5 ve üzeri doğum
8. GDM
9. Plasenta previa
10. Venöz tromboemboli
11. Varis
12. Polihidramnios-oligohidramnios
13. Anomalili fetüs
14. Servikal yetmezlik
15. Vajinal kanama
16. Preeklemsi-eklemsi
17. Gebelikte cerrahi müdahale geçirilmesi
18. Yatış gerektiren hiperemesis gravidarum
19. Preterm eylem
20. Gebelikte travma geçirilmesi
21. Şiddetli enfeksiyon
22. Ciddi anemi
23. Preterm erken membran rüptürü (EMR)
24. BKİ' nin 30kg/ m<sup>2</sup> üzerinde olması
25. BKİ' nin 18kg/ m<sup>2</sup> altında olması
26. İnfertilite sonrası gebelik
27. Anormal PAP Smear
28. Sistit
29. İntrauterin gelişme geriliği

30. Gestasyonel haftası ile uterus büyüklüğünün uygunsuzluğu ( $\pm 4$  cm fark)
31. 10-12. haftalardan itibaren el doppleri, 16-20.haftalardan itibaren fetal steteskop ile fetal kalp seslerinin duyulmaması, 20. haftadan sonra gebenin fetüs hareketlerini hissetmemesi
32. Pelvik Kitle, myom, uterin malformasyon

Risk değerlendirme formundaki kriterlerden bir veya daha fazla kriter varsa, gebe uzman hekime sevk edilir. Gerekirse izlem sayısı arttırılır (DÖB Rehberi 2014).

İdrarda bakteriüri ve proteinüri varlığı mikroskopik ya da test çubuğu ile değerlendirilir. Ferritin, hemoglobin bakılır. HBsAg bakılır. Rh uyumsuzluğu için gebe ve eşinin kan grubuna bakılır. Anne Rh (-), baba Rh (+) ise İndirekt Coombs Testi yapılır. İndirekt Coombs testi sonucu (-) olanlar izlenir, (+) olanları bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilir. (DÖB Rehberi 2014).

Gebenin GDM açısından risk durumu ve açlık plazma glukozu 100-126 aralığında ise glukoz tarama testi yapılır. Gebe risk grubunda değilse 24-28. haftalar arasında glukoz tarama testini yaptırması istenir. TSH bakılır. Fetal anomaliler ve kromozomal anoploidi tarama testleri, USG incelemeleri hakkında gebe bilgilendirilir. 11-14 haftalar arasında USG ile ense saydamlığı ve combine test, combine test yapılmamışsa 16-20 haftalar arasında maternal serum alfa fetoprotein, 16-20 haftalar arasında üçlü/dörtlü test, 18-22. haftalar arasında fetal anomali taraması ve gebenin semptomlarına göre gerekli testler, sağlık kuruluşunda yapılamıyorsa bir üst basamağa yönlendirilir (DÖB Rehberi 2014).

Hepatit B enfeksiyonu bağışıklaması yapılır, gebeliğin 2. veya 3. trimestrinde grip aşısı yaptırması önerilir. İdrar yolu enfeksiyonu veya şüphesi varsa idrar kültürü yaptırması istenerek gerekli tedavi düzenlenir (DÖB Rehberi 2014).

DÖB Rehberine göre tetanoz bağışıklaması Tablo 1'deki gibi uygulanır (DÖB Rehberi 2014).

**Tablo 1. Gebe Kadınlar İçin Tetanoz Aşı Takvimi**

Doz Sayısı	Uygulama Zamanı	Koruma Süresi
Td1	Gebeliğin 4. Ayı- İlk karşılaşma	Yok
Td2	Td1' den en az 4 hafta sonra	1-3 Yıl
Td3	Td2' den en az 6 ay sonra	5 Yıl
Td4	Td3' den en az 1 yıl sonra	10 Yıl
Td5	Td4' den en az 1 yıl sonra veya sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

Anemi varlığında demir tedavi dozuna başlanır. Anemi yoksa 16. haftada demir desteğine başlanır. DÖB' ye göre D vitamini desteği aşağıdaki gibi uygulanır (DÖB Rehberi 2014).

### GEBELERDE D VİTAMİNİ DESTEĞİ AKIŞ ÇİZELGESİ



Serum (25) OH D düzeyine bakılmadan D Vitamini başlanır.

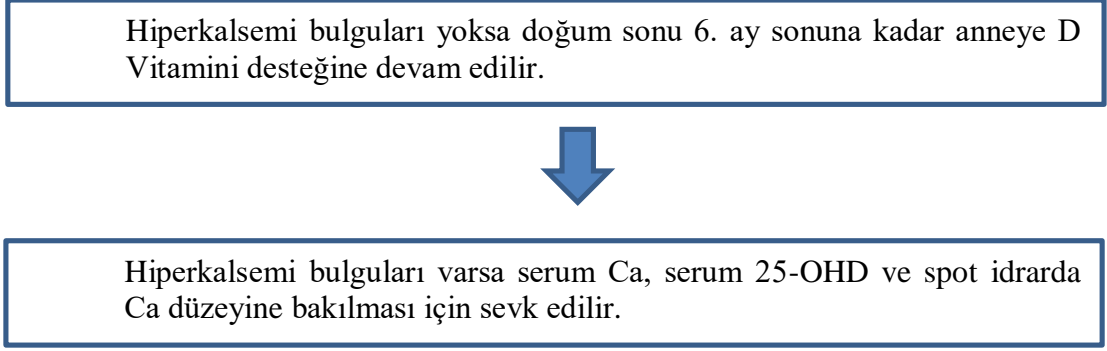


Gebeliğin 12 haftasından itibaren 1200IU (9) damla günlük tek doz D vitamini prepatı başlanır.



Hiperkalsemi bulguları (iştahsızlık, bulantı, kabızlık, poliüri, polidipsi gibi) hakkında bilgilendirilir ve takibi yapılır.

**Şekil 1.D Vitamini Akış Çizelgesi**



**Şekil 1.D Vitamini Akış Çizelgesi (Devamı)**

Gebelikteki değişikliklerle gebenin yalnız baş etmesi zordur. Bu dönemde gebe profesyonel destek almalıdır. Gebeye verilecek bakım farmakolojik, nonfarmakolojik ve alternatif tedaviyi içermelidir (Mecdi ve Rathfisch 2013).

Bulantı-kusma şikayeti olan gebenin diyet programı düzenlenmeli, değişen yaşam tarzına uyumu sağlanmalıdır. Yağlı yiyecekler, sebzeler ve lifli besinler, portakal ve limonlu meyve suyu, demir preparatları tahriş edici etkisinden dolayı şikayetleri arttırmaktadır. Protein, karbonhidrat ve az elektrolit içeren besinlerin az ve sık aralıklarla tüketilmesi şikayetleri azaltmaktadır (Taşkın 2016). Yapılan çalışmalarda zencefil ve B6 vitamini tedavisinin şikayetleri azalttığı görülmüştür (Mecdi ve Rathfisch 2013, Ensiyeh ve Sakineh 2009).

Uyku bozukluğu artan gebelerin yorgunluk düzeyi de artmaktadır (Çoban ve Yanikkerem 2010). Fiziksel şartların iyileştirilip, gebenin kendini rahat hissettiği ortamda yeterli uyuması sağlanmalıdır (Mecdi ve Rathfisch 2013). Gebeye gün içerisinde en az bir kere ayaklarını uzatıp dinlenmesi, uyurken sims pozisyonunu tercih etmesi önerilir (Çoban ve Yanikkerem 2010).

Beddoe ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada yoga yapan gebelerin daha az uyanık kaldığını görmüştür.

Gebelikte artan vajinal akıntı renksiz, kokusuz ve kaşıntısızdır. Sekresyonun fazla olması veya asiditesinin artması enfeksiyona yatkınlığı arttırmaktadır. Bölge hijyenine dikkat edilmemesi üriner sistem enfeksiyonunu da beraberinde getirmektedir (Taşkın 2016). Genital hijyene dikkat etmek, doğru iç çamaşırını seçmek

ve kızılçık suyu kullanmak, alternatif tedavi yöntemleri arasındadır. Genital bölgenin havalanmasını sağlayan pamuklu, ince iç çamaşırı kullanmak, zorunlu olmadıkça ped kullanmamak, mümkünse parfümsüz pedleri tercih etmek enfeksiyonu önlemektedir. Genital hijyen uygulamasının önden arkaya doğru yapılması, koitus sonrası genital yolun yıkanması enfeksiyon riskini azaltmaktadır (Mecdi ve Rathfisch 2013, Taşkın 2016).

Memelerdeki hassasiyet şikayetini en aza indirmek için geniş askılı, memeleri iyi kavrayan, destekleyen, pamuklu ve terletmeyen sütyen tercih edilmelidir. Ağrı şikayeti artarsa soğuk uygulama yapılabilir. İkinci trimestırda kollostrum salgılanabileceği için hijyene dikkat edilmelidir (Taşkın 2016).

Gebelikte ortaya çıkan bir diğer şikayet palmar eritemdir. Avuç içinde kızarıklıkla ortaya çıkar ve çoğu zaman asemptomatiktir. Sistemik hastalıklar, ilaç, kimyasallar, neoplaziler ve enfeksiyon etiyolojisini oluşturmaktadır (Taşkın 2016).

Mide yanmasını azaltmak için yağlı yemekler, lifli besinler, portakal ve limonlu meyve suları tüketilmemelidir. Yeterli sıvı alımı, uyumadan önce yemekten kaçınmak, yemek yedikten sonra mide işlevselliğini arttırmak için başı yüksekte tutmak ve ağız bakımına dikkat etmek önerilebilir (Mecdi ve Rathfisch 2013, Taşkın 2016).

Gebelikte ödemi azaltmak için istirahat, uzun süre oturmaktan veya ayakta durmaktan kaçınmak, diyetle tuz tüketimini kontrol etmek, uygun ayakkabı tercihi ve masaj önerilir (Taşkın 2016). Çoban ve Şirin (2009) çalışmalarında ayak masajının alt ekstremitelerdeki ödemi olan gebelerde ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk gibi şikayetleri giderdiğini ancak ödemin derecesini azaltmada etkisiz olduğunu kanıtlamıştır.

Gebelikte beslenme ve diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, cinsellik, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş bakımı, sigara alkol ve madde kullanımı, ilaç alımı, tetanoz bağışıklaması, gebelikte tehlike işaretleri (vajinal kanama, konvülsiyon, başta ağrı, görme bozuklukları, ateş, günlük aktivitelerini yerine

getirememe, karın ağrısı, dispne, hiperventilasyon, amniyotik mayinin sızması, yüz, el ve ayakta ödem) hakkında gebeye danışmanlık yapılır (DÖB Rehberi 2014).

Gebelikte yaşanan hormonal değişiklikler diş eti kanamalarını ve enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Her üç gebenin ikisinde gebelik peridontitisi ortaya çıkmaktadır. Gebelik öncesi %14,5 diş eti problemi yaşayan kadınlar için bu oran gebelikte %46'ya yükselmiştir. Gebelikte ortaya çıkan bu tablo gebenin sadece yaşam kalitesini etkilememekte erken doğum, abortus, preeklamsi ve düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır. Gebelik peridontitisi, eğitim seviyesi ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük gebelerde daha fazla ortaya çıkmaktadır. Profesyonel plak temizliği ve düzenli yapılan ağız bakımı ile gingival enflamasyon ve diş eti kanamaları önemli derecede azaltılabilir (Taşkın 2016, Mut ve ark. 2014).

Mut ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada muayene ettikleri gebelerin %90'unda diş eti tedavisine gerek duyduğunu ve gebelerin %50'sinde gingivitis ya da periodontitis gibi önemli diş eti hastalığı olduğunu saptamıştır. Yine aynı çalışmada diş eti problemlerinin gebeliğin erken dönemlerinde ortaya çıktığı ve gebelerin diş eti tedavisine ihtiyaç duyduğunun bilincinde olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Mut ve ark (2014) gebelerin sadece %7,3'ünün ağız ve diş sağlığı konusunda aile hekimi tarafından bilgilendirildiğini saptamıştır. Iowa için bu oran %44, Kuveyt için %22'dir (Mut ve ark. 2014). Gebelerin ağız bakımı konusunda kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, aile hekimi veya ebe/hemşire tarafından yeterli bilgilendirilmemektedir. Ağız bakımı DÖB hizmetlerine entegre edilmeli ve sağlık çalışanları için gerekli eğitim programları düzenlenmelidir (Taşkın 2016, Mut ve ark 2014).

Hemoglobinin <7 gr/dl olması, kanama ve lekelenme durumu, preeklamsi belirtileri, hipertansiyon ya da proteinüri varlığı, uterus yüksekliğinin gebelik haftasına göre büyük veya küçük olması ( $\pm$  4cm), gebenin fetüs hareketlerini hissetmemesi ya da el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması, bakteriüri varlığında tedaviye rağmen bakteriürinin devam etmesi, tehlike işaretlerinin



görülmesi, sistemik hastalıkların olması ve çoğul gebelik varsa gebenin sevki ve takibi yapılır (DÖB Rehberi 2014).

### 2.6.2. İkinci İzlem

Gebeliğin 18-24. haftalarında yapılır. İlk izlemde alınan gebe öyküsü gözden geçirilir. Sigara, alkol, madde kullanıp kullanmadığı, gebelikte tehlike işaretlerinin varlığı tekrar sorgulanır. Demir alımına bağlı yakınmaların varlığı, farklı ilaç alıp almadığı sorgulanıp kaydedilir (DÖB Rehberi 2014).

Gebe kadınların hemen hemen üçte biri gece uyurken alt ekstremitelerindeki kramplar nedeniyle uyanmaktadır. Huzursuz bacaklar sendromu olarak adlandırılan (RLS) bu durum, genelde sağlıklı genç kadınlarda çok az ortaya çıkmaktadır. Kramp nedeniyle uyanmalar gebelik öncesi ve sonrası %8-10 iken, ilk trimestırda %12-21, ikinci trimestırda %49-57, üçüncü trimestırda %73-75 oranında görülmektedir. Demir eksikliği anemisi kaynaklı gebe kadınların %15-25'inde gebelikte RLS gelişebilmektedir. Semptomlar doğum sonu kaybolur. RLS tedavisinde kullanılan dopaminerjik ya da opioid ajanları fetüs için risk taşımaktadır. Koruyucu tedavi olarak folattan zengin ekmek ve tahıl gevreği başlangıçta önerilmektedir. Yaşanan uyku sorunları RLS tablosunun sıklığını arttırdığından uyku kalitesi artırılıp gebenin istirahati sağlanmalıdır (Ulaşlı ve Ünlü 2014).

İlk izlemdeki idrar ve kan tahlilleri tekrarlanır. Ferritin ve hemoglobin değerleri kontrol edilir. Fetal kalp atımı ve sayısı, fetal biometrik ölçüm, plasenta lokalizasyonu, amniyotik mayi miktarının değerlendirildiği obstetrik USG yaptırması istenir (DÖB Rehberi 2014).

Gebeliğin 24-28. haftaları arasında 50 gr glukoz yükleme testi yapılmalıdır. (Yavuz ve ark.2015).

Demir ve D vitamini preparatları kullanması önerilir. Tetanoz bağışıklaması gerekiyorsa uygulanır. Gebelik yakınmaları konusunda bilgilendirme ve danışmanlık yapılır. Fetüs hareketlerinin hissedilmemesi durumunda hemen sağlık kurumuna başvurması konusunda bilgilendirilir. Riskli durum varsa sevki yapılır (DÖB Rehberi 2014).

### 2.6.3. Üçüncü İzlem

Gebeliğin 28-32. haftalarında yapılır. Sigara, alkol, madde kullanımı, gebelikte tehlike işaretlerinin varlığı tekrar sorgulanır. Demir alımına bağlı yakınmaları, farklı ilaç alıp almadığı sorgulanıp kaydedilir. Gebeliğin son dönemlerinde hidrostatik basınca bağlı ellerde ve göz kapaklarında ödem ortaya çıkabilir. Meme muayenesi yapılır (DÖB Rehberi 2014).

İlk izlemdeki idrar ve kan tahlilleri tekrarlanır. Ferritin ve hemoglobin değerleri kontrol edilir. Önceki takiplerdeki laboratuvar test sonuçları gözden geçirilir. Demir ve D vitamini desteği sağlanır. Tetanoz bağışıklaması gerekiyorsa uygulanır (DÖB Rehberi 2014).

Gebelik yakınmaları ile ilgili gerekirse tekrar danışmanlık yapılır. Fetüs hareketlerinin hissedilmemesi, hızlı kilo alımı, doğum, doğumun nerde ve kim tarafından yapılacağı planlanması, anne sütü ve emzirme, doğum sonu aile planlaması konularında danışmanlık yapılır (DÖB Rehberi 2014).

WHO annelerin ilk altı ay bebeklerine su dahil ek gıda vermeden sadece anne sütü ile beslemelerini tavsiye etmektedir (Uzun ve ark. 2018). Dünyada sadece anne sütüyle beslenme oranı %34,8-%38 iken, gelişmekte olan ülkelerde %37, az gelişmiş ülkelerde ise %20'dir. Sadece anne sütü ile beslenme azaldıkça ek gıda ile besleme oranı artmaktadır. Bu durum az gelişmiş ülkelerde %55-%80'lere yaklaşmıştır (Alioğulları ve ark. 2016).

İlk altı ay sadece anne sütü alma oranı, Amerika'da %73,9-13,6; Kanada'da %90,3- 14,4; Avusturya'da %93,2-13,6 olarak belirtilmiştir. (Yenal ve ark 2013). Ülkemizde bebeklerin %58'i ilk iki ayı sadece anne sütü ile beslenmekte, bu oran bebekler büyüdükçe azalmaktadır (TNSA 2013).

Anne sütü sosyoekonomik düzeyi düşük, sağlıksız çevre koşullarında büyüyen çocukları başta ishal olmak üzere birçok bulaşıcı hastalıktan korumaktadır. ABD Çocukluk Dönemi Beslenme Yetersizliklerini Önleme Merkezi anne sütü ile dünyada yılda 1,3 milyon bebek ölümünün önlenebileceğini açıklamıştır (Alioğulları ve ark. 2016, Uzun ve ark. 2018).

Anne sütü bebekte diare, solunum yolu enfeksiyonları, astım, orta kulak iltihabı gibi hastalıkların sıklık ve Őiddetini en aza indirmektedir. Anne sütü ile alınan globulinler bebeği özellikle ilk 6 ayda olmak üzere 18 aya kadar korumaktadır. Emzirilen bebeklerin ilaç kullanma, hastaneye baŐvurma ve hastanede yatma riski azalmaktadır. Emzirme anne bebek ilişkisini arttıracak bebeğin bilişsel geliŐimine katkı sağlamaktadır (Oktar ve ark. 2018).

Emzirmenin anneye birçok faydası vardır. Emzirme postpartum kanama riskini azaltır, uterus involusyon sürecini hızlandırır, meme ve over kanseri riskini azaltır, postpartum dönemde kemik minerelizasyonunu geliŐtirerek postmenopazal dönemde kalça kırıkları riskini azaltır, doğum kilolarından kurtulmaya yardımcı olur, tam emziren annelerde ovulasyonu baskılayarak ilk altı ayda %98 kontraseptif etki gösterir. Emzirme boyunca annede salgılanan oksitosine bağlı olarak annelik rolüne adaptasyonu hızlandırır. Ekonomik olduğu için aile bütçesine katkı sağlar (Alioğulları ve ark. 2016).

Emzirme baŐarısı emzirme süresi, annenin kendini baŐarılı hissetmesi, anne ve bebeğin ihtiyaçlarının karŐılıklı tatmin olmasıyla sonuçlanan interaktif bir süreç olarak farklı Őekillerde tanımlanmaktadır. Annenin emzirme öz yeterlilik algısı; annenin emzirme isteği, emzirme için sarf ettiği çaba, emzirmeyle ilgili duygu ve düŐüncelerine yön vermektedir. Emzirme baŐarısı ile emzirme öz yeterlilik algısı pozitif ilişkilidir. BaŐarılı emzirme süreci doğum öncesi verilen bakım ve danışmanlık ile baŐlar, doğum sonu dönemde hastane ve ev ziyaretleri ile devam eder. Emzirme baŐarısını arttırmak için sağlık personelleri annenin öz yeterliliğini arttıracak giriŐimlerde bulunmalı, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde eğitim vermeli, anneyi emzirme konusunda desteklemeli, emzirme sorunları ile baş etmek için destek grupları oluŐturulmalı, mevcut emzirme eğitim programları taranmalı, eğitim görsel içeriklerin yer verildiği broŐürlerle desteklenmeli, araştırmacılar emzirme baŐarısı, emzirme öz yeterliliği ve uzun süre emzirme ilişkisini inceleyen çalışmalar yapmalıdır (Yenal ve ark. 2013, Alioğulları ve ark 2016, Mızrak 2017).

Gebeye danışmanlığı yapılacak diğer bir konu aile planlamasıdır. Ülkemizdeki evli kadınların %57'si tekrar doğurmak istemediğini dile getirmiştir. Kadınların %18'i ise doğumlar arası en az 2 yıl olması gerektiğini düŐünmektedir.

Çalışmalara göre istenmeyen gebelikler önlenebilseydi toplam doğurganlık hızı 1,9 yani 0,4 çocuk daha az olacaktı. Hekim, ebe/hemşire gebeye etkin kontraseptif yöntem seçiminde rehberlik yapmalı, gebeye gerekli bilgi ve danışmanlık hizmeti vermeli verilmelidir (TNSA 2013).

#### 2.6.4. Dördüncü İzlem

Gebeliğin 36-38. haftalarında yapılır. Gebenin meme ve vajinal muayenesi yapılır. İdrar ve kan tahlilleri tekrarlanır. Ferritin ve hemoglobin değerleri kontrol edilir. Demir ve D vitamini desteğine devam etmesi istenir. Tetanoz bağışıklaması gerekiyorsa bağışıklaması yapılır. Fetüs hareketlerinin hissedilmemesi, fazla kilo alımı, doğum, doğumun nerde ve kim tarafından yapılacağı, fetüs hareketlerinin hissedilmemesi ve doğum sonu kontraseptif yöntemler hakkında danışmanlık yapılır (DÖB Rehberi 2014).

Riskli durumlar tablosu tekrar edilerek gebedeki riskli durum varlığı tespit edilir. Prezantasyon anomalisi veya riskli durumun varsa sevki yapılır (DÖB Rehberi 2014).

#### 2.7. Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler

WHO 2018 (c) verilerine göre Dünyada gebelerin %75'inin en az 4 kere gebelik izlemi yapılmıştır. Tablo 2'de bazı ülkelerde en az 4 izlemi yapılan gebe oranları verilmiştir. Tablo 2'ye göre ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça yeterli DÖB alan gebe oranı da artmaktadır.

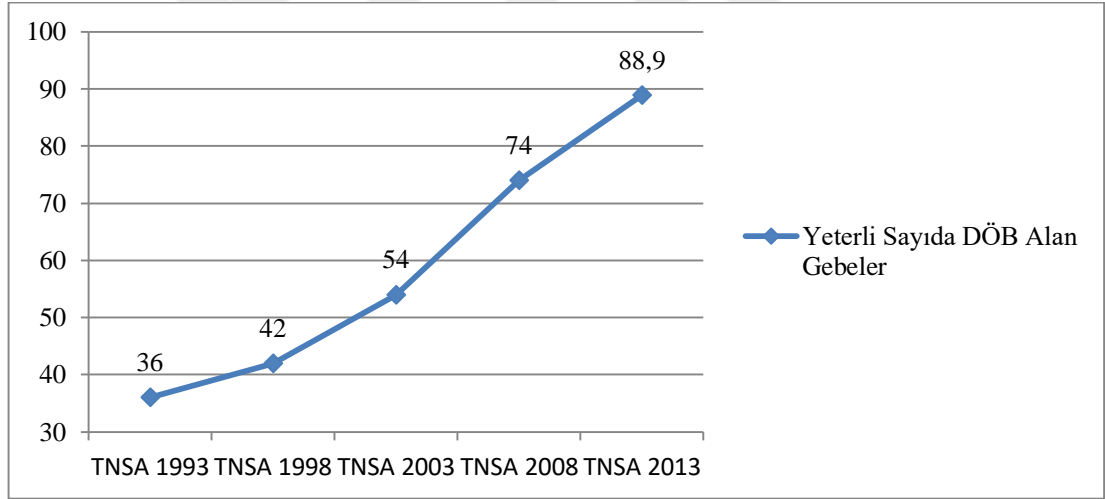
**Tablo 2. Bazı Ülkelerde En Az 4 İzlemi Yapılan Gebe Oranları**

ÜLKELER	EN AZ 4 KERE DÖB ALAN GEBE ORANI (%)
Afganistan	17,8
Avustralya	95,0
Bangladeş	37,2
Kanada	98,9
Orta Afrika Cumhuriyeti	38,1
Hırvatistan	97,3
Küba	97,8
Etiyopya	31,8

**Tablo 3.Bazı Ülkelerde En Az 4 İzlemi Yapılan Gebe Oranları (Devamı)**

Finlandiya	98,0
Fransa	99,2
İzlanda	97,7
Hindistan	51,2
Endonezya	83,5
İtalya	87,3
Kenya	57,6
Fas	55,3
Nepal	69,4
Nijerya	51,1
Senegal	53,8
Güney Afrika	75,5
Türkiye	88,9

Ülkemizdeki gebelerin yeterli DÖB alma oranı Şekil 2’de verilmiştir. Bu oran TNSA 1993 için %36, TNSA 1998 için %42, TNSA 2003 için %54, TNSA 2008 için %74, TNSA 2013 için %88,9’dur (TNSA 2013).

**Şekil 2.Türkiye’ de Yeterli Sayıda DÖB Alan Gebe Oranı**

Gebeliğin ilk 14 haftada saptanması, sağlık problemlerini erken tanı ve tedavisi için önemlidir. DÖB alan gebe sayısındaki artışların yanı sıra bakımın erken olması gerektiğine inanan gebe sayısında da artış olduğu görülmektedir (TNSA 2013).

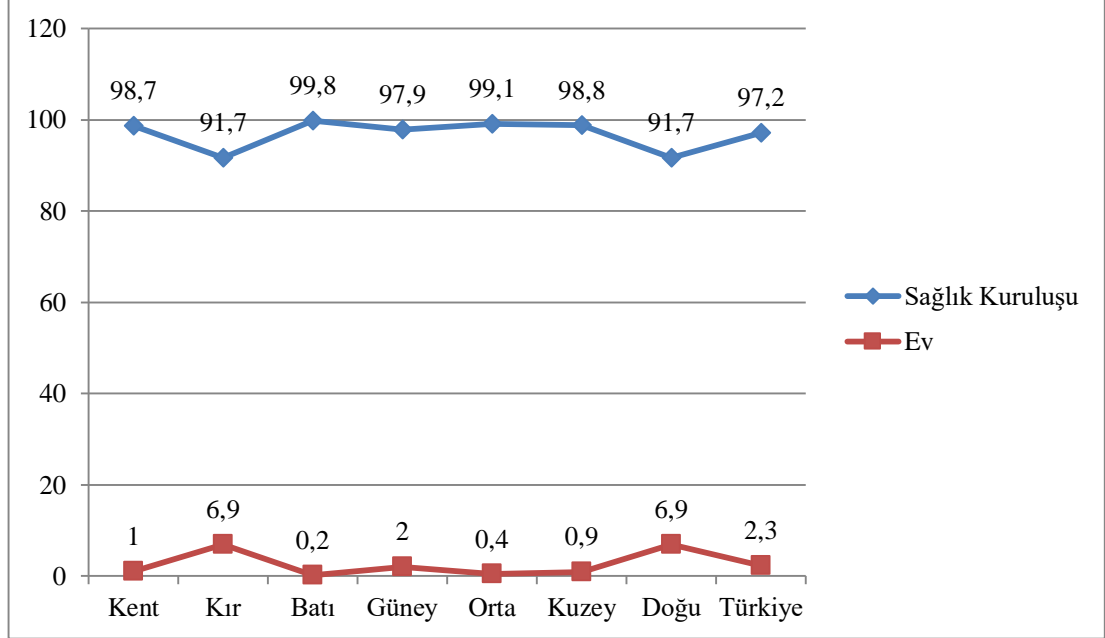
WHO 2018 (c) verilerine göre doğumda sağlık personelinde yardım alma oranı ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile doğru orantılıdır. Afganistan’da gebelerin %50,5’i, Avustralya’da %99,7’si, Bangladeş’de %49,8’i, Orta Afrika

Cumhuriyeti'nde %40'ı, Eritre'de %34,1'i, Etiyopya'da %27,7'si doğumda sağlık personelinen yardım almaktadır.

Ülkemizde sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı 2008 yılında %90 iken 2013 yılında bu oran %97'ye yükselmiştir (TNSA 2013).

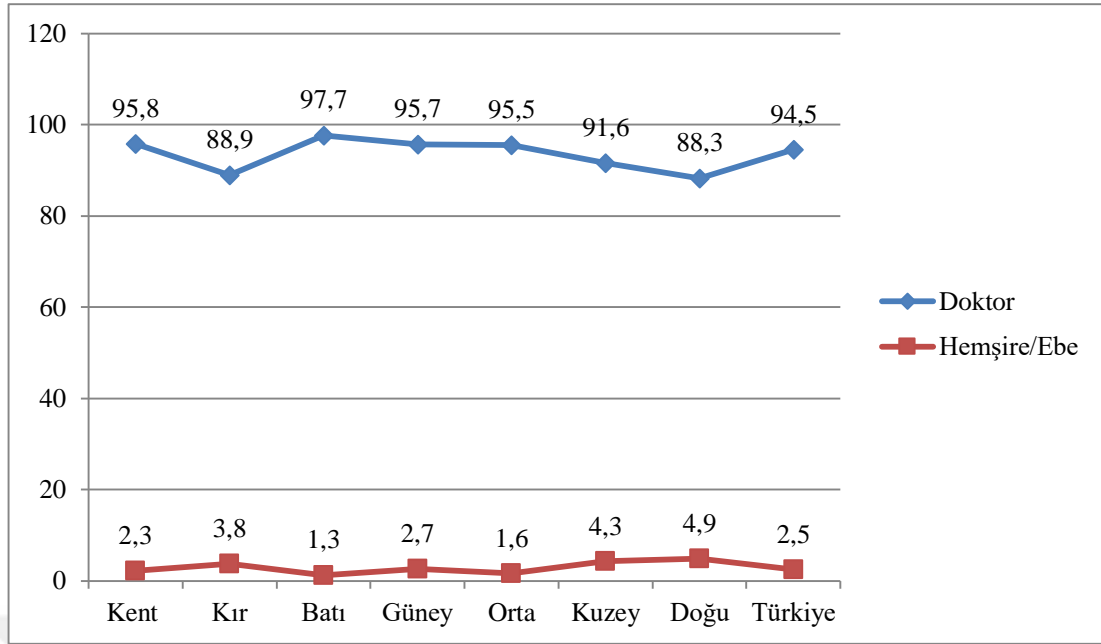
Gebelerin %99'u ilk bebeklerini bir sağlık kuruluşunda dünyaya getirirken bu oran doğum sayısı 6 ve üzeri olan gebelerde %85'dir. DÖB sayısı ile sağlık kuruluşunda doğum yapma olasılığı doğru orantılıdır. 4 ve üzeri DÖB alan gebeler %99 olasılıkla doğumunu sağlık kuruluşunda yapmaktadır. Yeterli DÖB almayan gebeler %20 ihtimalle doğumlarını evde yapmaktadır (TNSA 2013).

Şekil 3'de ülkemizde yerleşim yerine göre doğumun yapıldığı yer gösterilmektedir. Kentteki doğumların %99'u sağlık kuruluşunda yapılmaktadır. Kırsal kesimde doğumların %6,9'u evde yapılmaktadır. Doğu'daki doğumların %92'si sağlık kuruluşunda yapılırken diğer bölgeler için %97 olan bu oran ülke ortalamasının üzerindedir (TNSA 2013).



Şekil 3. Ülkemizde Yerleşim Yerine Göre Doğumun Yapıldığı Yer

TNSA 2013 verilerine göre son 5 yıldaki gebelerin %97'si en az bir kere doktor ya da hemşire/ebe tarafından izlemi yapılmış olup %95'inin izlemi hekim tarafından yapılmıştır.



**Şekil 4.Ülkemizde Sağlık Personelinden DÖB Alma Oranı**

Şekil 4’ de TNSA 2013 verilerine göre sağlık personelinin DÖB alma oranı verilmiştir. Yerleşim yeri ve bölgelere göre bakımı alan gebe sayısında farklılıklar vardır. Ülkemizdeki gebelerin %88,9’u, 4 ve üzeri DÖB almıştır. Kırsal kesimde bakımı almayan gebe oranı ülke genelinin 2 katından fazladır. TNSA 2013’te kırsal kesimde 4 ve üzeri DÖB alan gebe sayısı TNSA 2008’deki gebe sayısının 1,4 katıdır. Kentsel kesimde bu oran %92 iken kırsal kesimde bu oran %75’tir. DÖB kapsamından önemli ilerlemeler kaydedilmesine rağmen Doğu ile diğer bölgeler arasındaki fark hala belirgindir. Doğu’da %93 olan bu oran diğer bölgeler için %96’nın üzerindedir (TNSA 2013).

Şanlıurfa’da yapılan çalışmada gebelerin %93,6’sı DÖB almıştır (Yılmaz ve ark. 2018).

Kurnaz ve ark. (2015) çalışmalarında DÖB rehberinde yer alan test ve ölçümlerin yeterli oranda yapıldığını, ancak eğitimlerin aynı oranda verilmediğini saptamıştır.

DÖB alma sıklığını etkileyen birçok faktör vardır. Gebe yaşı, gebelik sayısı, aile tipi, gebe ve eşinin eğitim seviyesi, gebenin mesleği, gebeliğin planlı olması, sosyal güvence varlığı ve yerleşim yeri bu faktörler arasındadır (Prinççi 2010).

Ülkemizde yapılan farklı çalışmada kadının yaşı, eğitimi, doğum sayısı, yerleşim yeri ve yaşanılan yer DÖB alma sıklığını etkilediği görülmüştür (Sönmez 2007).

ABD’de yapılan araştırmaya göre sosyokültürel yapı ve sosyal güvencenin yeterli DÖB almayı etkilediği, hizmetlerden yararlanan gebelerin bebeklerinin neonatal bakım düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. ABD’de yapılmış başka bir araştırmada yeterli DÖB almayan gebelerin, gebelikte yapılması gereken tetkiklerle ilgili kaçırılmış fırsatların 14,6 kat daha fazla olduğunu saptamıştır (Pirinçci 2010).

Turan ve ark (2008) gebelerin düzenli DÖB almalarını sadece gebe eğitimi ve yaşanılan yerin etkilediğini saptamıştır. Aynı çalışmada gebe yaşı ile DÖB alma arasında anlamlı ilişki olmamasına rağmen 19 yaş altı gebelerin DÖB alma oranının daha az olduğu sonucuna varılmıştır. Benzer bir çalışmada gebelerin yeterli DÖB alma sıklığı ile annenin yaşı, annenin ve eşinin eğitimi, aile tipi, gelir düzeyi ve sosyal güvence arasında anlamlı derecede fark saptanmıştır (Omaç ve ark. 2009).

Şanlıurfa’da yapılan çalışmada gebelerin DÖB alma sıklığını demografik özellikleri, ekonomik durumu, adölesan gebelik, plansız gebelik, eğitim seviyesi, DÖB önemi hakkında bilgi sahibi olma, yaşanılan yer, sağlık personeli ile olan iletişimi ve gebelik korku ve endişesinin etkilediğini saptamıştır (Yılmaz ve ark. 2018).

Gebelerin eğitim seviyesi ile DÖB alma arasında doğru orantı vardır. Lise ve üzeri eğitim alan gebelerin hemen hemen hepsi sağlık personelinden DÖB almıştır. Eğitimi olmayan gebelerin %90’ı sağlık personelinden DÖB almıştır (TNSA 2013). Gebenin eğitim seviyesi arttıkça DÖB alma oranı artmaktadır (Turan 2008, Pirinçci 2010).

Hanehalkı refah düzeyi arttıkça DÖB alan gebe sayısı da artmaktadır. En düşük hanehalkı refah düzeyindeki gebelerde DÖB oranı %91 iken kadınlar, orta ve daha yüksek hanehalkı refah düzeyindeki gebelerde bu oran %99’dur (TNSA 2013).



Yerleşim yeri hizmete ulaşmada ve DÖB hizmetini almada önemli etkenlerden biridir. Kentte yaşayan gebelerin kırsal kesimdeki gebelere göre yeterli DÖB alma oranları daha yüksektir (Turan 2008, Pirinçci 2010, Sütü ve ark. 2012).

## 2.8. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

Doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterliliğinin değerlendirilmesi riskli grupları belirlemek ve sağlık politikalarına yön vermek için önemlidir. Bu amaçla gelişmiş ülkelerde kullanılan Kessner ve Kotelchuck tarafından geliştirilen ve kendi adları ile anılan iki ölçüt vardır (Kotelchuck 1994).

### 2.8.1. Kessner'in Yeterlilik Ölçütü

DÖB hizmetlerini yeterli, orta ve yetersiz olarak değerlendiren Kessner Yeterlilik Ölçütünde DÖB hizmetinin ilk trimestırda başlaması ve miadında gebelik için 9 izlem yapılması yeterlidir. Gebelik süresi için değerlendirmenin 36 hafta, izlem sayısının 9 ile sınırlandırılması eleştirilmektedir (Sönmez 2007).

**Tablo 4. Kessner'in Yeterlilik Ölçütü (Kessner Index)**

DÖB	Gebelik Haftası	DÖB'nin Sayısı
Yeterli	≤13 14-17 18-21 22-25 26-29 30-31 32-33 34-35 ≥36	0 ya da 1 kez /bilinmiyor 2 ya da daha fazla 3 ya da daha fazla 4 ya da daha fazla 5 ya da daha fazla 6 ya da daha fazla 7 ya da daha fazla 8 ya da daha fazla 9 ya da daha fazla
Yetersiz	14-21 22-29 30-31 32-33 ≥34	0 ya da bilinmiyor 1 ya da daha az/bilinmiyor 2 ya da daha az/bilinmiyor 3 ya da daha az/bilinmiyor 4 ya da daha az/bilinmiyor
Orta	Yukarıda belirtilenler dışında kalan durumlar	

### 2.8.2. Kotelchuck index (Adequacy of Prenatal Care Utilization index)

DÖB'in başladığı ay ile yapılan izlem sayısının beklenene oranına dayanmaktadır. Beklenen izlem sayısı Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Kolejinine göre; DÖB'nin başladığı aya göre 28. gebelik haftasına kadar ayda bir, 28. haftadan 36. haftaya kadar iki haftada bir, 36. haftadan doğuma kadar da haftada bir DÖB alması gerektiği kabul edilir. Buna göre ikinci gebelik ayında ilk izlemi yapılan ve 34. haftada doğum yapan bir gebe 28.haftaya kadar 6 kez, 28. haftadan doğuma kadar da 3 kez olmak üzere toplamda 9 kere DÖB almıştır. 40. haftada doğum yapan gebe ise 28. haftaya kadar 6 kez, 36. haftaya kadar 4 kez, 36. haftadan doğuma kadar da 4 kez olmak üzere toplamda 14 kere DÖB almıştır (Sönmez 2007).

Kotelchuck ölçütünde DÖB çok yeterli, yeterli, orta ve yetersiz olarak değerlendirilmektedir:

**Çok Yeterli:** Gebeliğin dördüncü ayından önce DÖB almaya başlamış ve gözlenen değer ile beklenen değer oranı yüzde 110 ya da üzerinde olması.

**Yeterli:** Gebeliğin dördüncü ayından önce DÖB almaya başlamış ve gözlenen değer ile beklenen değer oranı yüzde 80-109 arasında olması.

**Orta:** Gebeliğin dördüncü ayından önce DÖB almaya başlamış ve gözlenen değer ile beklenen değer oranı yüzde 50-79 arasında olması.

**Yetersiz:** Gebeliğin dördüncü ayından sonra DÖB almaya başlamış ya da gözlenen değer ile beklenen değer oranı yüzde 50'nin altında olması (Kotelchuck 1994).

Her iki ölçüt DÖB'ı sadece nicelik olarak değerlendirmektedir. DÖB'in yeterliliği değerlendirilirken niteliği göz ardı edilmiştir. Ancak DÖB'in niteliksel değerlendirildiği ölçüt bulunmamaktadır. Her iki ölçüt uzun zaman önce geliştirilmiş olsa da geçerliliğini hala korumaktadır (Sönmez 2007).

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırmanın türü kesitseldir.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Iğdır il merkezinde bulunan Iğdır Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde Şubat- Temmuz 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Iğdır il merkezindeki 44 aile sağlığı merkezine kayıtlı Temmuz 2017- Temmuz 2018 tarihleri arasındaki 7386 gebe oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini evreni bilinen örneklem hesaplaması ile Şubat 2018- Temmuz 2018 tarihleri arasında Iğdır Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı onaylayan ve aşağıdaki özellikleri taşıyan 200 gebe çalışmaya dahil edilmiştir.

##### Araştırmaya katılma kriterleri:

- 15-49 yaş grubunda olmak,
- Iğdır il merkezinde ikamet etmek,
- 36-40 haftalık gebe olmak,
- Iğdır il merkezine bağlı 44 ASM'den birine kayıtlı gebe olmak
- Evli olmak,
- Riskli gebeliğin olmaması.

Evrendeki birey sayısı bilindiğinden örneklem büyüklüğünü saptamak için;

$$n = \frac{Nt^2p}{d^2(N - 1) + t^2pq}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N:Evrendeki birey sayısı: 7386

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı: 0,85

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (1-p): 0,15

t:Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri: 1,96

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri: 0,05

Formülü sonucuna göre, örneklem büyüklüğü en az 191 gebe bulunmuştur.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımsız Değişkenler:** Gebe kadınlara ait tanıtıcı özellikler.

**Bağımlı Değişkenler:** Gebe kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumu.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; Doğum Öncesi Bakım Rehberi ve TNSA 2013 raporu temel alınarak araştırmacı tarafından taranan literatür sonucu ‘Gebe İçin Tanıtıcı Bilgi Formu’, Doğum Öncesi Bakımda Yapılması Gereken Muayene ve Tetkikleri Değerlendirme Formu’ ve ‘Doğum Öncesi Bakımda Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerini Değerlendirme Formu’ kullanılmıştır (Pirinçci ve ark. 2010, Omaç ve ark. 2009, Sütü ve ark. 2012, Kurnaz ve ark. 2015, TNSA 2013, DÖB Rehberi 2010).

**Gebe İçin Tanıtıcı Bilgi Formu:** Gebenin yaşı, ilk gebelik yaşı, ilk evlilik yaşı, en uzun süre yaşadığı yer, aile tipi, akraba evliliği yapıp yapmadığı, evliliğinin görücü usulü olup olmadığı, kendisinin ve eşinin eğitim durumu, kendisinin ve eşinin mesleği ve ekonomik durumunu nasıl değerlendirdiği gibi tanıtıcı sorular sorulmuştur. Gebeliğine yönelik olarak gebelik sayısı ve kaç haftalık gebe olduğu, gebeliğinin planlı olup olmadığı, ölü doğum ve canlı doğup 5 yaşın altında ölen çocuğunun olup olmadığı sorularını içeren toplam 20 soru sorulmuştur (Ek-1).

### **Doğum Öncesi Bakımda Yapılan Muayene ve Tetkikleri Değerlendirme Formu:**

Doğum Öncesi Bakım Rehberinde yer alan ve her gebeye yapılması gereken muayene ve tetkik uygulamalarının incelendiği formda gebelere 21 soru sorulmuştur. Gebelere gebeliğin ilk 14 haftada tespiti, ağırlık ve boy ölçümü, USG ile fetal gelişim takibi, idrar ve kan tetkikleri (hemogloblin, kan grubu, HbsAg, TSH, ikili ve üçlü taramalar, glikoz), tetanoz bağışıklaması, kan basıncı ölçümü, nabız sayımı, gebe ve fetal kalp sesinin dinlenmesi, gebede ödem ve varis değerlendirmesi, demir ve D vitamini desteği ve yeterli sayıda gebelik muayenesinin yapılıp yapılmadığını içeren sorular yönlendirilmiştir (Ek-2).

### **Doğum Öncesi Bakımda Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerini Değerlendirme Formu:**

Doğum Öncesi Bakım Rehberinde yer alan ve gebelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile gebenin alışkanlıklarını değerlendirmek için 14 soru sorulmuştur. Gebelik yakınmaları ile baş etme yolları, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, gebelikte egzersiz, tehlike işaretleri ve yapılacaklar, bebek beslenmesi ve emzirme, doğumun nerde ve kim tarafından yapılacağı, gebelikte sigara, alkol ve madde kullanımının fetüse zararları ve doğum sonu aile planlaması konularında eğitim ve danışmanlık hizmetlerini alıp almadığı sorulmuştur. Gebenin alışkanlıklarını değerlendirmek için gebelikte sigara, alkol ve madde kullanıp kullanmadığı, sigara içilen ortamda bulunup bulunmadığı sorulmuştur. Alınan hizmeti değerlendirmek için gebeye aldığı bakımı değerlendirmesi istenmiştir (Ek-3).

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri Şubat-Temmuz 2018 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden Iğdır Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 36-40 haftalık gebelerle yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama formu uygulanmadan önce gebelere çalışmanın amacı ve verilerin sadece bu çalışmada kullanılacağı başka hiçbir yerde kullanılmayacağı açıklanarak çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı onam alınmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından 25-30 dakikada uygulanmıştır.

### 3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamında, SPSS for Windows 20 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, ortalama ve standart sapmaya yer verilmiştir. Değerlendirmede Pearson Chi Square, Fisher's Exact testleri kullanılmış olup  $p < 0,05$  olanlar anlamlı olarak kabul edilmiştir.

### 3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 13.12.2017 tarih, 80576354-050-99/06 sayılı etik kurul onayı (Ek-4), Iğdır İl Sağlık Müdürlüğü'nden 22.02.2018 tarih, 87364060-042 sayılı resmi izin (Ek-5) alınmıştır. Veri toplanırken araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli olan 36-40 haftalık gebeler araştırmaya alınmış, çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmıştır. Ayrıca, veri toplamadan önce gebelere çalışmanın amacı açıklanmış, soruları yanıtlanmış ve bilgilendirilmiş onay ilkesi doğrultusunda gerekli bilgiler verilip araştırma amaçlı çalışma için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi ile yazılı onamları (Ek-7) alınmıştır. Ayrıca, katılımcılara verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır.

### 3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, Iğdır il merkezinde bulunan 44 aile sağlığı merkezine kayıtlı 36-40 haftalık gebelere genellenebilir.

## 4. BULGULAR

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 5. Gebelere Ait Bazı Sosyodemografik Özellikler**

Sosyodemografik Özellikler	Gruplar	n	%
Yaş	15-19	27	13,5
	20-29	111	55,5
	30-39	59	29,5
	40-49	3	1,5

Tablo 6.Gebelere Ait Bazı Sosyodemografik Özellikler (Devamı)

<b>İlk evlilik yaşı</b>	15-19	105	52,5
	20-29	91	45,5
	30-39	4	2,0
	40-49	-	-
<b>İlk gebelik yaşı</b>	15-19	60	30,0
	20-29	134	67,0
	30-39	6	3,0
	40-49	-	-
<b>Kaçıncı gebelik</b>	1	56	28,0
	2	49	24,4
	3	60	30,0
	4 ve üzeri	35	17,5
<b>Gebelik istemli mi</b>	Evet	157	78,7
	Hayır	43	21,5
<b>Gebelik haftası</b>	36	35	17,5
	37	32	16,0
	38	75	37,5
	39	25	12,5
	40	33	16,5
<b>Kendiliğinden ya da isteyerek düşük yapma</b>	Yapan	38	19,0
	Yapmayan	162	81,0
<b>Ölü doğum yapma</b>	Yapan	16	8,0
	Yapmayan	184	92,0
<b>Canlı doğup 5 yaş altı ölen çocuk</b>	Evet	10	5,0
	Hayır	190	195,0
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>	0	56	28,0
	1	54	27,0
	2	50	25,0
	3	27	13,5
	4 ve üzeri	13	6,5
<b>En uzun yaşanılan yer</b>	İl merkezi	88	44,0
	İlçe merkezi	61	30,5
	Kasaba	2	1,0
	Köy	49	24,5
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	142	71,0
	Geniş	58	29,0
<b>Eş ile kan bağı</b>	Evet	64	32,0
	Hayır	136	68,0
<b>Görücü usulü evlilik</b>	Evet	130	65,0
	Hayır	70	35,0
<b>Sosyal güvence</b>	Evet	144	72,0
	Hayır	56	28,0
<b>Gebenin eğitim durumu</b>	Okur-yazar değil	28	14,0
	Okur-yazar	32	16,0
	İlkokul	78	39,0
	Lise	44	22,0
	Üniversite	18	9,0

**Tablo 4.Gebelere Ait Bazı Sosyodemografik Özellikler (Devamı)**

<b>Eşin eğitim durumu</b>	Okur-yazar değil	14	7,0
	Okur-yazar	12	6,0
	İlkokul	77	38,5
	Lise	63	31,5
	Üniversite	34	17,5
<b>Gebenin çalışma durumu</b>	Çalışan	8	4,0
	Çalışmayan	192	96,0
<b>Eşin çalışma durumu</b>	Çalışan	117	58,5
	Çalışmayan	83	41,5
<b>Ekonomik durum</b>	İyi	55	27,5
	Orta	101	50,5
	Kötü	44	22,0

Tablo 4’de çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerin sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Ortalama gebelik haftası 37,9 ( $\pm 1,2$ )’dur. Kadınların %55,5’i 20-29 yaş grubundadır. İlk evlilik yaş grubunun %52,5 ile 15-19 yaş grubu oluşturmaktadır. İlk gebelik yaşı %67 oranı ile 20-29’dur. Gebelerin %28’i primipardır, %24,4’ünün ikinci, %30’unun üçüncü, %17,5’inin ise dört ve daha üzeri gebeliğidir. Gebelerin %78,7’si şimdiki gebeliğini istemekte, %21,5’i istememektedir. Gebelerin %8’i ölü doğum, %19’u kendiliğinden ya da isteyerek düşük yapmıştır. Gebelerin %5’inin canlı doğup 5 yaş altında ölen çocuğu vardır. %27’sinin 1, %25’inin 2, %13,5’inin 3, %6,5’sinin 4 ve üzeri çocuğu vardır.

Gebelerin %44’ü en uzun süre il merkezinde, %30,5’i ilçede, %1’i kasabada, %24,5’i köyde yaşamıştır. %71’i geniş, %29’u çekirdek ailede yaşamaktadır. Kadınların %32’si akraba evliliği yapmıştır. Görücü usulü evlilik %65’tir. %72’sinin sağlık sigortası varken %28’inin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Okuma yazması olmayan kadın oranı %14 iken bu oran eşleri için %7’dir. Kadınların %16’sı sadece okur-yazar olup herhangi bir okul bitirmemiştir. Bu oran erkekler için %6’dır. Kadınların %39’u ilkokul mezunu iken eşlerin %38,5’i ilkokul mezunudur. Lise eğitimi kadınlar için %22 iken erkekler için 31,5’tir. Gebelerin sadece %9’u üniversite mezunu iken bu oran eşleri için %17,5’tir. Gebelerin sadece %4’ü düzenli gelir getiren bir işte çalışırken eşler için bu oran %58,5’tir. Ailenin ekonomik durumunu gebelerin %27,5’i iyi, %50,5’i orta, %22’si kötü olarak değerlendirmektedir (Tablo 4).



Tablo 7.DÖB Rehberinde Yer Alan Tetkik ve Muayenelerin Dağılımı

Tetkik ve Muayeneler	Gruplar	n	%
Gebeliğin ilk 14 haftada tespiti	Yapıldı	166	83,0
	Yapılmadı	34	17,0
Boy ölçümü	Ölçülen	103	51,5
	Ölçülmeyen	97	48,5
Tetanoz bağışıklaması	Yapılan	128	64,0
	Yapılmayan	72	36,0
Ağırlık ölçümü	Ölçülen	170	85,0
	Ölçülmeyen	30	15,0
Hemoglobin değeri	Ölçülen	175	87,5
	Ölçülmeyen	25	12,5
Tiroid testi	Yapılan	83	41,5
	Yapılmayan	117	58,5
Kan basıncı ölçümü	Ölçülen	181	90,5
	Ölçülmeyen	19	9,5
Nabız sayısı	Yapılan	129	64,5
	Yapılmayan	71	35,5
Gebe kalp oskültasyonu	Yapılan	34	17,0
	Yapılmayan	166	83,0
Fetal kalp sesini dinleme	Dinlenen	185	92,5
	Dinlenmeyen	15	7,5
İdrar tetkiki	Yapılan	150	75,0
	Yapılmayan	50	25,0
Vajinal muayene	Yapılan	39	19,5
	Yapılmayan	161	80,5
Ödem ve varis kontrolü	Yapılan	67	33,5
	Yapılmayan	133	66,5
Kan grubu kontrolü	Yapılan	135	67,5
	Yapılmayan	65	32,5
HBsAg kontrolü	Yapılan	72	36,0
	Yapılmayan	128	64,0
Demir (Fe) kullanımı	Kullanan	179	89,5
	Kullanmayan	21	10,5
D vitamini kullanımı	Kullanan	189	94,5
	Kullanmayan	11	5,5
Glukoz tarama testi	Yapılan	94	47,0
	Yapılmayan	106	53,0
İkili ve üçlü tarama testi	Yapılan	159	79,5
	Yapılmayan	41	20,5
En az 4 kere DÖB alan	Alan	166	83,0
	Almayan	34	17,0
USG yapılan	Yapılan	195	97,5
	Yapılmayan	5	2,5

Tablo 5'te DÖB rehberinde yer alan tetkik ve muayenelere yer verilmiştir. Gebelerin %83'ünün gebeliği ilk 14 haftada tespit edilmiştir. Gebelerin %48,5'inin boyu ölçülmemiştir. Tetanozla bağışıklanan gebe oranı %36'dır. Gebelerin %15'i tartılmamış, %12,5'inin hemoglobin değerine bakılmamıştır. Tiroid testi %58,5

oranında uygulanmamıştır. Kan basıncı %90,5 oranıyla ölçülürken nabız sayımı için oran %64,5'e gerilemektedir. Gebe kalp oskültasyonu %83 oranıyla yapılmazken fetal kalp sesleri %7,5 dinlenmemiştir. İkili ve üçlü tarama testleri %20,5 oranında yapılmazken glikoz tarama testi için bu oran %53'e yükselmektedir. Fetal gelişimi izlemek için %97,5 oranında USG yapılmıştır. İdrar tetkiki %25 oranında yapılmazken vajinal muayene için bu oran %80,5'e yükselmektedir (Tablo 5).

Gebelerde %66,5 oranında ödem ve varis kontrolü yapılmamıştır. Gebelerin %32,5'inin kan grubu, %64'ünün HBsAg varlığı kontrol edilmemiştir. Kadınların %89,5'i gebelikleri boyunca demir, %94,5'i D vitamini desteği almıştır. Gebelerin %83'ü yeterli sayıda DÖB almıştır (Tablo 5).

**Tablo 8.DÖB Rehberinde Yer Alan Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Dağılımı**

<b>Gebelikte Alışkanlıklar, Eğitim ve Danışmanlık</b>	<b>Gruplar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik şikayetleri ile baş etme yolları eğitimi</b>	Alan	93	46,5
	Almayan	107	53,5
<b>Hijyen ve genel vücut bakımı eğitimi</b>	Alan	50	25,0
	Almayan	150	75,0
<b>Ağız ve diş sağlığı danışmanlığı</b>	Alan	25	12,5
	Almayan	175	87,5
<b>Gebelikte egzersiz eğitimi</b>	Alan	37	18,5
	Almayan	163	81,5
<b>Gebelikte tehlike işaretleri ve yapılması gerekenler</b>	Alan	119	59,5
	Almayan	81	40,5
<b>Emzirme eğitimi</b>	Alan	146	73,0
	Almayan	54	27,0
<b>Doğumun nerde ve kim tarafından yaptırılacağına karar verme</b>	Verilen	43	21,5
	Verilmeyen	157	78,5
<b>Gebelikte sigara kullanımı</b>	Kullanan	29	14,5
	Kullanmayan	171	85,5
<b>Gebelikte sigara içilen ortamda bulunma</b>	Bulunan	135	67,5
	Bulunmayan	65	32,5
<b>Gebelikte sigara kullanımının bebeğe etkileri hakkında eğitim ve danışmanlık</b>	Alan	88	44,0
	Almayan	112	56,0
<b>Gebelikte alkol ve madde kullanımı</b>	Kullanan	4	2,0
	Kullanmayan	196	98,0
<b>Gebelikte alkol ve madde kullanımının bebeğe verdiği zararlar hakkında eğitim ve danışmanlık</b>	Alan	28	14,0
	Almayan	172	86,0
<b>Doğum sonu aile planlaması hakkında eğitim ve danışmanlık</b>	Alan	86	43,0
	Almayan	114	57,0
<b>Doğum öncesi bakım hizmetini yeterli bulma</b>	Bulan	81	40,5
	Bulmayan	119	59,5

Tablo 6'da gebe alışkanlıklarına ve DÖB rehberinde yer alan eğitim ve danışmanlık hizmetlerine yer verilmiştir. Gebelerin %53,5'i gebelik şikayetleri ile baş etme yolları hakkında eğitim almamıştır. Hijyen ve genel vücut bakımı eğitimi almayan gebe oranı %75 iken bu oran ağız ve diş sağlığı danışmanlığında %87,5'e yükselmektedir. Gebelikte egzersiz eğitimi %18,5 oranında verilmiştir. Gebelikte tehlike işaretleri ve yapılacaklar eğitimi %59,5 oranında, emzirme ve bebek beslenmesi eğitimi %73 oranında verilmiştir. Doğumun nerde ve kim tarafından yapılacağı konusunda gebelerin %21,5'i danışmanlık hizmeti almıştır. Doğum sonu aile planlaması hakkında eğitim ve danışmanlık hizmetini alan gebe oranı %43'tür. Gebelerin %14,5'i gebeliği süresince sigara kullanmış, %67,5'i gebeliği süresince sigara içilen ortamda bulunmuş, %2'si gebeliği süresince alkol almıştır. Gebelik süresince sigara kullanımının ve sigara içilen ortamda bulunmanın fetüse zararları hakkında gebelerin %44'üne, alkol ve madde kullanımının zararları hakkında ise %14'üne eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmiştir. Gebelerin %59,5'i aldığı prenatal bakımı nitelikli bulmamaktadır.

**Tablo 9. Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre DÖB Alma Durumu**

Özellik	Gruplar	Yeterli DÖB Alan		Yeterli DÖB Almayan		İstatistik	
		n	%	n	%	$\chi^2$	P
Yaş	20 yaş altı	22	81,5	5	18,5	Fisher Exact Test	0,786
	20 yaş ve üzeri	144	83,2	29	16,8		
İlk evlilik yaşı	20 yaş altı	92	86,8	14	13,2	2,299	0,129
	20 yaş ve üzeri	74	78,7	20	21,3		
İlk gebelik yaşı	20 yaş altı	53	88,3	7	11,7	1,728	0,189
	20 yaş ve üzeri	113	80,7	27	19,3		
Kaçıncı gebelik	1	41	73,2	15	26,8	11,061	0,011
	2	41	83,7	8	18,3		
	3	49	81,7	11	12,5		
	4 ve üzeri	35	100	0	0		
Gebelik istemli mi	Evet	129	82,2	28	17,8	0,360	0,548
	Hayır	37	86,0	6	14,0		
Kendiliğinden ya da isteyerek düşük yapma	Yapan	36	94,7	2	5,3	4,580	0,032
	Yapmayan	130	80,2	32	19,8		
Ölü doğum yapma	Yapan	15	93,8	1	6,2	Fisher Exact Test	0,317
	Yapmayan	151	82,1	33	17,9		
Canlı doğup 5 yaş altı ölen çocuk	Evet	10	100	0	0	Fisher Exact Test	0,217
	Hayır	156	82,1	34	17,9		

**Tablo 10. Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre DÖB Alma Durumu (Devamı)**

<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>	En fazla 2 çocuğu olan	128	80,0	32	20,0	5,103	0,024
	3 ve üzeri çocuğu olan	38	95,0	2	5,0		
<b>En uzun yaşamlan yer</b>	İl merkezi	72	81,8	16	18,2	0,156	0,693
	İlçe ve köy	94	83,9	18	16,1		
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	113	79,6	29	20,4	4,065	0,044
	Geniş	53	91,4	5	8,6		
<b>Eş ile kan bağı</b>	Olan	62	96,9	2	3,1	12,841	0,000
	Olmayan	104	76,5	32	23,5		
<b>Görücü usulü evlilik</b>	Yapan	107	82,3	23	17,7	0,134	0,714
	Yapmayan	59	84,3	11	15,7		
<b>Sosyal güvence</b>	Olan	121	84,0	23	16,0	0,385	0,535
	Olmayan	45	80,4	11	19,6		
<b>Gebenin eğitim durumu</b>	En fazla ilkokul	118	85,5	20	14,5	1,983	0,159
	Lise ve üzeri	48	77,4	14	22,6		
<b>Eşin eğitim durumu</b>	En fazla ilkokul	85	82,5	18	17,5	0,034	0,854
	Lise ve üzeri	81	83,5	16	16,5		
<b>Mesleği</b>	Çalışan	6	75,0	2	25,0	Fisher Exact Test	0,626
	Çalışmayan	160	83,3	32	16,7		
<b>Eş mesleği</b>	Çalışan	96	82,1	21	17,9	0,180	0,672
	Çalışmayan	70	84,3	13	15,7		
<b>Ekonomik durum</b>	Orta	48	87,3	7	12,7	5,047	0,080
	Yeterli	78	77,2	23	22,8		
	Kötü	40	90,9	4	9,1		

Tablo 7’de gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre yeterli DÖB alma durumu verilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin yeterli DÖB alma durumları ile gebelik sayısı ( $p=0,011$ ) arasında istatistiksel anlamda anlamlı derecede fark saptanmıştır. 4 ve üzeri sayıda gebe olan kadınlar 3 ve daha az sayıda olan gebelere göre daha yüksek oranda yeterli DÖB almıştır. Kendiliğinden ya da isteyerek düşük yapan gebe kadınlar ( $p=0,032$ ) kendiliğinden ya da isteyerek düşük yapmayan gebe kadınlara oranla anlamlı derecede yeterli DÖB almıştır. Yaşayan çocuk sayısı 3 ve üzeri olan gebe kadınlar yaşayan çocuk sayısı en fazla 2 olan gebe kadınlara ( $p=0,024$ ) göre anlamlı derecede yeterli DÖB almıştır. Geniş ailede yaşayan gebe kadınlar ( $p=0,044$ ) çekirdek ailede yaşayan gebe kadınlara göre anlamlı derecede yeterli DÖB almıştır. Akraba evliliği yapan gebeler ( $p=0,000$ ) akraba evliliği yapmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yeterli DÖB almıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerin yeterli DÖB alma durumuna gebe yaşı, gebenin ilk evlilik ve ilk gebelik yaşı, görücü usulü evlilik yapmış olmak,

gebeliğinin planlı olması, ölü doğum yapmış olmak, canlı doğup 5 yaş altı ölen çocuğunun olması, yaşanılan yer, sosyal güvence varlığı, gebe ve eşinin eğitim düzeyi, gebe ve eşinin düzenli gelir getiren bir işinin olması ve ailenin ekonomik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 7)



## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Gebelerin hepsi en az bir kere aile sağlığı merkezinden DÖB almıştır. Iğdır İl Halk Sağlığı Müdürlüğü son 12 aylık (Ekim 2017-Eylül 2018) istatistik verilerine göre aile sağlığı merkezinden DÖB alan gebe oranı %99,67'dir. Çalışmaya katılan gebelerin DÖB alma sıklığı düşük bulunmuştur (%83). DÖB hizmetini hastane ve aile sağlığı merkezinden almada farklılıklar vardır. Gebelerin yarısından fazlası 20-29 yaş aralığındadır (%55,5). Primipar oranı 20-29 yaş aralığında daha fazladır (%67). Adölesan dönemde yapılan evlilik oranı yüksektir. Adölesan gebelik TNSA 2013 yurt ortalamasına göre (%4,6) çok yüksek bulunmuştur (%30). 30-39 yaş aralığında yapılan ilk evlilik ve ilk doğum oranının düşüklüğü dikkat çekmektedir. Evlilik ve doğumlar fertil çağın başlarında yapılmaktadır. 4 ve üzeri gebeliğı olan kadın oranı %17,5 iken plansız gebelik oranı %21,5'tir. Bu durum kadınların daha az çocuk doğurmak istediklerini ancak etkili kontraseptif yöntem kullanmadığını buna bağlı olarak da yeterli aile planlaması eğitim ve danışmanlık hizmetini almadığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan gebelerin %17'sinin gebelik tespiti ilk 14 haftada yapılmamıştır. Iğdır İl Halk Sağlığı Müdürlüğü son 12 aylık (Ekim 2017-Eylül 2018) istatistik verilerine göre aile sağlığı merkezinden DÖB alan gebelerin ortalama tespit haftası 9,9 ( $\pm 0,6$ ) haftadır. Benzer çalışmada gebelerin gebelik tespit haftası 6,8 olarak bulunmuştur (Kurnaz ve ark. 2015).

Kendiliğinden düşük oranı TNSA 2013 verilerine göre yurdumuzda giderek artmaktadır. Ancak istemli düşüklükler azalmaktadır. Her iki durum için de Iğdır'da görülen düşük oranı (%19) TNSA 2013 verilerine göre yurt ortalamasından (18,7) anlamı fark olmamak üzere fazladır. Kendiliğinden ya da istemli düşüklüklerin azaltılması için yurt genelinde olduğu gibi Iğdır ilinde de DÖB niteliğinin artırılması ve öneminin üzerinde durulması gerektiğini göstermektedir. Canlı doğup 5 yaş altı ölen çocuk oranı (%5) TNSA 2013 verilerine göre (%15) yurt genelinin altındadır. TNSA 2013 verilerine göre yurt genelinde bir kadının yaşamı boyunca yaptığı ölü doğum oranı %3'tür. Çalışmaya katılan gebeler için bu oran yurt genelinin %8 oranı ile üzerindedir. Bu durum gebe takibinin, DÖB hizmetinin önemini ve gerekliliğini gözler önüne sermektedir.

Gebelerin kan basıncı (%90,5) ve ağırlık takibi (%85), nabız sayımı (%64,5), ve boy ölçümüne göre daha yüksek oranda (%51,5) yapılmaktadır. Sağlık personelinin gebenin boy değerinin gebelik için risk taşımadığı, sadece gebeyi tanıyan ve önemli olmayan bir veri olduğu düşüncesi ile gebe boyunu ölçmediği tahmin edilmektedir. Bakımı alan gebe oranına göre tetanozla bağışıklama, tiroid testi, HbsAg testi, kan grubu tayini daha düşük (<%64)oranda yapıldığı görülmektedir. Bu durumun gebelik izleminin düzenli periyotlarla yapılamamasından veya gebelerin yaptırmak istememesinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Fetal kalp sesinin dinlenmesi, fetal gelişimin USG ile kontrol edilme oranı (>%90)yüksek olmasına karşın gebe kalp oskültasyonu (%17) yetersizdir. Fetal kalp sesinin dinlenme oranının yüksek olması aile sağlığı merkezinde doppler bulundurmanın mecburi olması ve buna bağlı olarak muayenesinin yapıldığı düşünülmektedir. 4 ve üzeri DÖB alan gebe oranına göre (%83) idrar tetkiki (%75), ödem ve varis kontrol (%33,5) oranı düşüktür. Bu duruma sadece yakınması olan gebelerde kontrol ve muayenenin yapıldığı tahmin edilmektedir.

İkili ve üçlü tarama testleri (%79,5) ve glikoz tarama testi yapılan gebe oranı (%47) yeterli DÖB alan gebe oranından daha düşüktür. Aile sağlığı merkezinde yapılamayan taramaları gebeler hastanede yaptırmamaktadır. Gebelerin tarama testleri ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olması etkindir.

Gebelerin yüksek oranda vajinal muayenesi (%80,5) yapılmamaktadır. Bu duruma gebelerin vajinal muayene yaptırmaktan çekinmesi, gebeliğe zarar vereceğini düşünmesi gibi nedenlerden dolayı isteksizliği, şikayet ve yakınma (enfeksiyon vb.) olmadıkça sağlık personelinin muayeneden kaçınması ve uzman hekime yönlendirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelerin çoğu gebeliği süresince Demir ve D vitamini preparatlarını düzenli kullanmıştır (>%89). Preparatların aile sağlığı merkezinden ücretsiz temin edilmesi bu duruma etkindir. Gebelerin uzun süreli ilaç kullanamaması, preparat desteğinin bilincinde olmaması ve aile sağlığı merkezinden temin edemediği durumlarda Demir ve D vitamini preparatlarını almadığı için uygulamada aksaklıkların yaşandığı tahmin edilmektedir.

Gebelik süresince sigara kullanım oranı (%14,5) az olmasına karşın sigara içilen ortamda bulunan gebe oranı (%67,5) yüksektir. Buna karşın gebelerin gebelik süresince sigara içmenin ve sigara içilen ortamda bulunmanın fetüseye zararları hakkında eğitim alma oranı (%44) oldukça düşüktür. Bu duruma gebelik alışkanlıklarının doğru ve yeterli tespit edilemediği ve sağlık personelinin yeterli danışmanlık hizmeti vermemesinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Gebeliği süresince madde kullanımı olmamasına karşın gebeliği süresince en az bir kere alkol alan gebe (%2) vardır. Alkol ve madde kullanımının gebe ve fetüseye olan zararları hakkında eğitim ve danışmanlık hizmeti alan gebe oranı sadece %14'tür. Alkol ve madde kullanımının az olduğu düşüncesi ile eğitim atlanmaktadır.

Gebelikte tehlike işaretleri ve yapılması gerekenler ve emzirme eğitimi gebelerin yarısından fazlasına (>%59) verilmesine karşın Doğum Öncesi Bakım ve Yönetim Rehberinde yer alan diğer eğitimler gebelere daha düşük oranlarda verilmektedir. Hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, gebelikte egzersiz, doğumun nerde ve kim tarafından yapılacağı hakkında eğitim ve danışmanlık hizmeti almayan gebe oranı yüksektir (>%70). Gebelik şikayetleri ile baş etme yolları ve doğum sonu aile planlaması hakkında gebelerin yarıdan fazlası (>%53) eğitim almamıştır. Iğdır ili için çalışmaya katılan gebelerin yeterli DÖB alma oranı %83 iken aldığı DÖB hizmetini nitelikli bulan gebe oranı % 40,5'tir. Sağlık çalışanlarının Doğum Öncesi Bakım ve Yönetim Rehberinin içeriğine yeterince hakim olmamaları, eğitimlerin öneminin farkında olmamaları gebelere verilen eğitimin ve DÖB hizmetini nitelikli bulan gebe oranının düşük olmasına neden olmuştur.

Çalışmaya katılan gebelerin yeterli DÖB alma durumları gebelik sayısı, gebenin aile tipi, yaşayan çocuk sayısı, akraba evliliği, kendiliğinden ya da isteyerek düşük yapmış olmakla ilişkilidir ( $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerin yeterli DÖB almasına gebe yaşı, gebenin ilk evlilik ve ilk gebelik yaşı, görücü usulü evlilik yapmış olmak, gebeliğinin planlı olması, ölü doğum yapmış olmak, canlı doğup 5 yaş altı ölen çocuğunun olması, yaşanılan yer, sosyal güvence varlığı, gebe ve eşinin eğitim düzeyi, gebe ve eşinin düzenli gelir getiren bir işinin olması ve ailenin ekonomik durumu ile ilişkisi yoktur ( $p>0,05$ ).



Gebe yaşı, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça aile hekiminden alınan yeterli DÖB alma oranı artmaktadır. Gebelerin riskli durumlar hakkında bilinçli ve duyarlı olması, hizmeti talep etmesi, sağlık çalışanlarının düzenli takibi etkindir. Kendiliğinden ya da isteyerek düşük ve ölü doğum yapan gebelerin tümü yeterli sayıda DÖB almıştır. Önceki gebeliğin sonlanmış olması gebelerin DÖB alma talebini arttırmış, sağlık çalışanları riskli grupları belirleyerek titizlikle takibini yapmıştır.

İlk gebelik yaşı 20 yaş ve üzeri olan gebelerin aile hekiminden DÖB alma oranı 20 yaş altına göre daha yüksek bulunmuştur. Lise ve üzeri eğitime sahip gebeler en fazla ilkokul mezunu olan gebelere oranla aile sağlığı merkezinden daha düşük oranla yeterli DÖB almıştır. Bu gruptaki gebeler yeterli sayıda DÖB almasına karşın aile sağlığı merkezinden aldıkları DÖB oranı düşüktür.

Planlı gebeliklerde gebe kadınlar plansız gebeliklere oranla daha fazla DÖB almıştır. Bu duruma gebeliğin, bebeğin istenmesi ve bu nedenle gebenin kontrolleri aksatmaması etkindir. Uzun süre kırsal kesimde yaşayan gebeler (%87) gebelikleri süresince uzun süre il merkezinde yaşayan gebelere (%81) oranla aile sağlığı merkezinden daha fazla oranla DÖB almıştır. Akraba evliliği yapan ve geniş ailede yaşayan gebeler akraba evliliği yapmayan ve çekirdek ailede yaşayan gebelere oranla daha fazla DÖB almıştır.

Lise ve üzeri eğitimi olan, düzenli gelir getiren bir işte çalışan ve ekonomik durumu iyi olan gebeler uzman hekime başvurmakta aile hekimi kontrollerini aksatmaktadır. Gebe kadınların sağlık okuryazarlığının artması, önceki yıllara kıyasla farkındalığının artması, doğumların daha az olması ile sağlıklı bebek beklentisinin artması, sağlık imkanlarının önceki yıllara göre iyileştirilmesi, aile sağlığı merkezinin nerdeyse tamamının hizmet vermesi, aile sağlığı merkezlerinde Sağlık Bakanlığının zorunlu kıldığı araç gereçlerin bulunması, sağlık çalışanlarının bu zorunluluğa bağlı hizmet vermesi ve gebelerin hizmeti talep etmesi bu durumun başlıca nedenleridir. Yeterli sayıda izlenim yapılan gebe oranı %83 olmasına karşın aldığı DÖB hizmetini nitelikli bulan gebe oranı %59,5'tir.

Yeterli ve kaliteli hizmetin verilmesi için DÖB rehberinde yer alan tetkik, tedavi ve gebe eğitimlerine gerekli önem verilmelidir. Sağlık personelleri DÖB

rehberinin içeriğine hakim olmalı, rehberine uygun çalışmaya özen göstermeli, sağlık personellerine periyodik eğitim programları düzenlenmelidir. Gebelerin eğitime gerekli hassasiyet gösterilmeli, riskli gruplar belirlenmeli, kadın doğum uzmanına yönlendirilip takibi yapılmalı, gerekirse pozitif ayrımcılık uygulanmalıdır.



## 6. KAYNAKÇA

Agrawal A, Scherrer JF, Grant JD, Sartor CE, Pergadia ML, Duncan AE, Xian H: The effects of maternal smoking during pregnancy on offspring outcomes. *Preventive medicine*, 50(1-2): 13-18, 2010.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Mayıs 2010 Tarihli Resmî Gazete, Sayı: 27591.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 11 Mart 2011 Tarihli Resmi Gazete, Sayı: 27871.

Alioğulları AS, Esencan TY, Ünal A, Şimşek Ç: Anne sütünün faydalarını ve emzirme tekniklerini içeren görsel mesaj içerikli broşür ile annelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4): 252-260, 2016.

Aşıkvalı S, Cengiz Z, Uçar SK, Çoğulu Ö: Kalıtsal ve metabolik hastalıklarda prenatal tanı. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 3(1):81-90, 2018.

Aydın D: Adölesan gebelik ve adölesan annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4): 250-254, 2013.

Beddoe AE, Paul YCP, Kennedy HP, Weiss SJ, Lee KA: The effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical distress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 38(3): 9-310, 2009.

Boyacı H, Büyükgöze B, Başyigit İ, Yıldız F, Ilgazlı A, Duman C: Fetustaki sigara dumanı maruziyetinin kord kanı kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. *Tur Toraks Der*, 7(2): 115-9, 2006.

Breheny M, Stephens C: Youth or disadvantage? The construction of teenage mothers in medical journals. *Culture, Health & Sexuality Journal*, 12(3): 307-322, 2010.

Brown HL, Graves CR: Smoking and marijuana use in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 56(1): 107-113, 2013.

Brown HL, Graves CR: Smoking and marijuana use in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 56(1): 107-113, 2013.

Cagno CK, Pettit JM, Weiss BD: Prevention of perinatal group B streptococcal disease: updated CDC guideline. *American Family Physician*: 86(1): 59-65, 2012.

Carreno CA, Clifton RG, Hauth JC, Myatt L, Roberts JM, Spong CY, Ramin SM: Excessive early gestational weight gain and risk of gestational diabetes mellitus in nulliparous women. *Obstetrics and Gynecology*, 119(6): 1227, 2012.

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

Çekmez Y, Arslan O, Türkmen SB, Kıran G: Ağır preeklampsi ve eklampsi nedeni ile magnezyum sülfat infüzyonu uygulanan gebelerin perinatal sonuçlarının incelenmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 23(3): 165-169, 2015.

Çetin FÇ, Demirci N, Çalık KY, Akıncı AÇ: Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4): 135-141, 2017.

- Çoban A, Şirin A: Alt ekstremitelerde fizyolojik ödemi olan gebelere 5 gün süre ile uygulanan ayak masajının ödem derecesi, ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk üzerine etkisi. Genel Tıp Dergisi, 19(2): 32-53, 2009.
- Çoban A, Yanikkerem U: Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. Ege Tıp Dergisi, 49(2): 87-94, 2010.
- Çolak Ü, Türkiye'deki adölesan gebelikler. Eğitim Dergisi, 33(1): 1-6, 2012.
- Davas I, Varolan A, Yazgan A, Yılmaz Ö, Yardım Ç, Akyol A, Baksu B: Gebelikte sigara kullanımının maternal ve fetal komplikasyonlar üzerine etkileri. Şişli Etfal Tıp Bülteni, 41(3): 19-23, 2018.
- Demirbaş H, Kadioğlu H: Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. MÜSBED : 4(4), 200-206, 2014.
- Demirpençe S, Demirpençe İB, Meşe T: Gebelik öncesi diyabeti olan ve gebelikte diyabeti gelişen anne bebeklerinde doğum sonrası komplikasyonlar ve doğuştan kalp hastalıklarının öngördürücüleri. Turk Pediatri Ars, 49: 299-306, 2014.
- Dos Santos FS, De Martinis BS, Furtado EF: The detection of fetal alcohol exposure by FAEES meconium analysis. Current Developmental Disorders Reports, 3(4): 235-241, 2016.
- Dursun M, Dal NA: Gebelikte hipertansiyon. Bilim ve Gençlik Dergisi, 5(2): 28-43, 2017.
- Durualp E, Bektaş G, Ergin D, Karaca E, Topçu E: Annelerin sigara kullanımı ile yenidoğanın doğum kilosu, boyu ve baş çevresi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 64(03): 119-126, 2011.
- Edirne T, Can M, Kulusari A, Yıldızhan R, Adali E, Akdağ B: Trends, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 110:105-108, 2010.
- Elmekkawi SF, Mansour GM, Elsafty MS, Hassanin AS, Laban M, Elsayed HM: Prediction of fetal hypertrophic cardiomyopathy in diabetic pregnancies compared with postnatal outcome. Clinical Medicine Insights: Women's Health, 8: 39-43, 2015.
- Ensiyeh J, Sakineh MAC: Comparing ginger and vitamin B6 for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy: a randomised controlled trial. Midwifery, 25(6): 649-653, 2009.
- Eroğlu K, Koç G: Dünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(2): 136-151, 2012.
- Genç S, Mihmanlı V: Madde bağımlılığı ve gebelik. Okmeydanı Tıp Dergisi, 30(2):120-123, 2014.
- Gorman MC, Orme KS, Nguyen NT, Kent III EJ, Caughey AB: Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 211(4): 429-e1, 2014.
- Gözükara İ: Şiddetli preeklampsi ve eklampsi yönetimi. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics, 9(4): 24-33, 2016.
- Güven Ç, Sağol S: Konjenital anomalilerin prevalansı, etiyolojisi ve teratojenite. Türkiye Klinikleri Dergisi, 10(1): 1-5, 2017.

Güvenç O, Güzeltaş A: Diyabetik Anne Bebeğinde Görülen Kardiyovasküler Komplikasyonlar. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26(3): 310-319, 2017.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 2013.

Hayatbakhsh MR, Flenady VJ, Gibbons KS, Kingsbury AM, Hurriion E, Mamun AA, Najman JM: Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. Pediatric research, 71(2): 215, 2012.

Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 25 Nisan 2007 Tarihli Resmi Gazete, Sayı: 26510.

Hemşirelik Yönetmeliği, 8 Mart 2010 Tarihli Resmi Gazete, Sayı: 27515.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011 Tarihli Resmi Gazete, Sayı: 27910.

Iğdır İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2018 gebe izlem raporu.

İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 16 Aralık 2003 Tarihli Resmi Gazete, Sayı: 25318.

İzci F, Bilici R: Gebelerde madde kullanımı: Görülme sıklığı ve etkileri. Bağımlılık Dergisi, 16(1): 24-34,2015.

Kaya Y, Şahin N: Kadınlarda madde kullanımı ve hemşirenin rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10(1): 3-7, 2013.

Keegan J, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M: Addiction in pregnancy. Journal of Addictive Diseases, 29(2): 175-191, 2010.

Kireççi E, Özer A, Arıkan DC, Gül M: Group B Streptococcal Vaginal Colonization in the Third Trimester of Pregnancy. Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine, 16: 144-8, 2010.

Koncagül S, Erkayran U, Küçük Z: Gebelerde 50 gr Oral Glukoz Tolerans Test Sonuçları ile Vücut Kitle İndeksinin Karşılaştırılması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(1): 45-49, 2017.

Kotelchuck M: An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. American Journal Of Public Health, 84(9): 1414-1420, 1994.

Krieg SA, Henne MB, Westphal LM: Obstetric outcomes in donorocyte pregnancies compared with advanced maternalage in in vitro fertilization pregnancies. Fertil Steril, 90(1): 65-70, 2008.

Lamy S, Thibaut F: Psychoactive substance use during pregnancy: a review. L'Encephale, 36(1): 33-38, 2010.

McDonnell-Dowling K, Donlon M, Kelly JP: Methamphetamine exposure during pregnancy at pharmacological doses produces neurodevelopmental and behavioural effects in rat offspring. International Journal of Developmental Neuroscience, 35: 42-51, 2014.

Mecdi M, Rathfisch G: Gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamalar. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 21(2): 129-138, 2013.

Mızrak B: Emzirme Motivasyonu Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Emzirme Motivasyonunu

Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Eskişehir, 2017.

Mut ANU, Öçek ZA, Yücel Ü, Çiçeklioğlu M, Eden E: İzmir-Bornova'da gebelerin ağız-dış sağlığı hizmeti gereksinimi ve bu hizmetlerden yararlanma düzeyinin sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28(3): 93-103, 2014.

Oktar Ö, Coşkun AM, Bostancı S: Anne sütü mucize olmaya devam ediyor. Türkiye Klinikleri Dergisi, 10(3): 228-237, 2018.

Omaç M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E: Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). Fırat Tıp Dergisi, 14(2): 115-119, 2009.

Ordinoha BI, Brisbe S: Alcohol consumption among pregnant women attending the antenatal clinic of a tertiary hospital in southsouth nigeria. Niger J Clin Pract, 18(1):13-7, 2015.

Öner S, Yapıcı G, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Buğdaycı R: The sociodemographic factors related with the adolescent pregnancy. Asian Pacific Journal of Reproduction , 1(2): 135-141, 2012.

Özel Ş, Tayman C, Üstün YE, Korkut S, Yorgancı A, Parpucu H, Kazancı EG: Neonatal yoksunluk sendromu (NYS) sıklığı ve NYS'de sistemik inflamatuvar yanıtın değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2018, DOI: 10.12956/tjpd.2018.357.

Perçin EF: Kılavuzlar eşliğinde fetal konjenital anomaliler ve ilişkili olduğu sendromlar. Türkiye Klinikleri Dergisi, 3(1):58-62, 2018.

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

Ruhi HI: Prenatal Genetik Danışmanlık. Türkiye Klinikleri Dergisi, 3(1):121-5, 2018.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum öncesi bakım rehberi, Ankara, 2014.

Saka G, Ertem M, Çifçi S, Değer V, Keskin C: Mardin kent merkezinde 15 yaş üstü kadınlarda sigara içme sıklığı. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(2): 141-6, 2008.

Sezik HA, Can H, Kurnaz MA, Tuna M, Çakır YT, Ay Z: Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor?. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 19(4): 187-195, 2015.

Smith L, Sarrory J, Coures J, Burns E: Alcohol consumption during pregnancy. Cross-Sectional Survey Midwifery, 30(12): 1173-8, 2014.

Sönmez Y: Doğum öncesi bakım hizmetleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi: 16(1): 9-12, 2007.

Sucu M, Çetin C, Özsürmeli M, Khatib G, Çetin C, Evrücke C: Gebelik ve HIV enfeksiyonu. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 25(4): 522-535, 2016.

Sütçü M, Aktürk H, Somer A, Törün SH, İnce Z, Çoban A, Salman N: Anneden bebeğe HIV geçişi: sekiz yıllık deneyim. Mikrobiyol Bul, 49(4): 542-553, 2015.

Sütlü S, Çatak B, Kılınç SA, Taşdemir AB, Dinç M, Ayaş H, Yıldırım A: Doğum öncesi bakımın neresindeyiz. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 21(5): 264-270, 2012.

- Şen S, Kavlak O: Çocuk Gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebelere yaklaşım. Aile ve Toplum Dergisi, 7(25):35-44, 2011.
- Taşkın L: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, X. baskı, Ankara, 2016.
- Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S: Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(9): 157-172, 2008.
- Ulaşlı SS, Ünlü M: Gebelikte uyku sorunları. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2(2): 237-244, 2014.
- Uzun K, Kolcu M, Öcebe DK: Anne sütü ile beslenmede kanıta dayalı uygulamalar. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 1(2): 29-32, 2018.
- Venkatraman CM, Alma VC, Pierre AM: WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Journal of Adolescent Health, 52: 517-522, 2013.
- Wendell AD: Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology, 56(1): 91-96, 2013.
- WHO 2018 (a), <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Erişim tarihi: 26.08.2018.
- WHO 2018 (c), <http://www.who.int/topics/pregnancy/en/> . Erişim tarihi: 26.08.2018.
- Yalçın H, Anne Adaylarına Verilen Eğitimin (ASBEP) Gebelik, Doğum, Lohusalık ve Bebek Bakımına İlişkin Fonksiyonel Olmayan Uygulamalara Etkisi: Karaman İli Örneği. Selçuk Üniv, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya, 2011.
- Yalçıntürk AA: Gebelikte madde kötüye kullanımı ve hemşirelerin sorumlulukları. Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(2): 45-50, 2017.
- Yavuz A, Demirtaş Ö, Terzi H, Işıkkent NT, Kale A: Derince eğitim ve araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniği'ne başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı ve perinatal sonuçları. Kocatepe Tıp Dergisi, 16(4): 244-248, 2015.
- Yenal K, Tokat MA, Ozan YD, Çeçe Ö, Abalın FB: Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi, 10(2): 14-9, 2013.
- Yılmaz L, Koruk F, Koruk İ: Şanlıurfa'da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2): 209-218, 2018.

**7. EKLER****EK-1****GEBE İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU****İĞDIR İLİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARIN  
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sevgili Katılımcılar,

Bu çalışmanın amacı Iğdır İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörleri belirlemektir. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu araştırmanın niteliği açısından çok önemlidir. Sorulara verdiğiniz yanıtlar sadece araştırmacılar tarafından bilimsel amaçlı kullanılacak ve saklı tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz. Lütfen adınızı soyadınızı yazmayınız.

**ARAŞTIRMA EKİBİ**

1. Kaç yaşındasınız?

- a) 15-19                      b) 20-29                      c) 30-39                      d) 40-49

2. İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız?

- a) 15-19                      b) 20-29                      c) 30-39                      d) 40-49

3. İlk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız?

- a) 15-19                      b) 20-29                      c) 30-39                      d) 40-49

4. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

- a) 0                      b) 1                      c) 2                      d) 3                      e) 4 ve üzeri

5. Bu gebeliğiniz istemli miydi?

- a) Evet                      b) Hayır

6. Kaç haftalık gebesiniz?

- a) 36                      b) 37                      c) 38                      d) 39                      e) 40





19. Eşinizin mesleği nedir?

- a) Devlet memuru      b) Özel sektör      c) Esnaf      d) İşsiz  
e) İş buldukça (inşaat işçisi, amele vb.)

20. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) İyi      b) Orta      c) Kötü



## EK-2

**DOĞUM ÖNCESİ BAKIMDA YAPILAN MUAYENE VE TETKİKLERİ  
DEĞERLENDİRME FORMU**

<b>SORULAR</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	<b>HATIRLAMİYORUM</b>
Gebeliğiniz ilk 3 haftada aile hekiminiz/ ebeniz tarafından tespit edildi mi?			
Gebeliğiniz süresince hekiminiz/ ebeniz tarafından boyunuz ölçüldü mü?			
Gebeliğiniz süresince tetanoz aşınız yapıldı mı?			
Gebeliğiniz süresince ağırlık ölçümünüz yapıldı mı?			
Gebelik izleminizin herhangi birinde kan değerlerinize (hemoglobin) bakıldı mı?			
Gebelik izleminizin herhangi birinde tiroid testiniz yapıldı mı/ yaptırmanız istendi mi?			
Gebelik izleminizin herhangi birinde kan basıncınız (tansiyonunuz) ölçüldü mü?			
Gebelik izleminizin herhangi birinde nabzınız sayıldı mı?			
Gebelik izleminizin herhangi birinde aile hekiminiz kalbinizi dinledi mi?			
Gebelik izleminizin herhangi birinde bebeğinizin kalp sesi (ÇKS) dinlendi mi?			

Gebelik izleminizin herhangi birinde idrar tetkikiniz yapıldı mı?			
Gebelik izleminizin herhangi birinde (vajinal muayeneniz (alttan muayene) sile hekiminiz tarafından yapıldı mı/yaptırmanız istendi mi?			
Gebelik izleminizin herhangi birinde sizde ödem (el ve ayağın su toplayarak şişmesi) ve varis olup olmadığı aile hekiminiz/ ebeniz tarafından kontrol edildi mi?			
Gebelik izleminizin herhangi birinde kan grubunuza bakıldı mı/ baktırmanız istendi mi?			
Gebelik izleminizin herhangi birinde Hepatit testi yapıldı mı/ yaptırmanız istendi mi?			
Gebeliğiniz süresince demir (kan ilacı) desteği aldınız mı?			
Gebeliğiniz süresince D vitamini desteği aldınız mı?			
Gebeliğiniz süresince şeker yüklemesi yaptırdınız mı?			
Gebeliğinizde ikili ve üçlü tarama testleriniz yapıldı mı/ yaptırmanız istendi mi?			
Gebeliğiniz süresince aile hekiminiz en az 4 kez gebelik muayenenizi yaptı mı?			
Gebeliğiniz süresince bebeğinizin gelişimini takip etmek için en az bir kere ultrason izlemi yapıldı mı/ yaptırmanız istendi mi?			

## EK-3

**DOĞUM ÖNCESİ BAKIMDA VERİLEN EĞİTİM VE DANIŞMANLIK  
HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU**

SORULAR	EVET	HAYIR	HATIRLAMİYORU M
Gebelik takibinizde aile hekiminiz/ ebeniz size gebelikte yorgunluk, memelerde hassasiyet, bulantı, kusma, mide yanması gibi şikayetlerle baş etme yolları hakkında bilgi verdi mi?			
Gebelik takibinizde aile hekiminiz/ ebeniz size hijyen ve genel vücut bakımı hakkında bilgi verdi mi?			
Gebelik takibinizde aile hekiminiz/ ebeniz size ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi verdi mi?			
Gebelik takibinizde aile hekiminiz/ ebeniz size gebelik egzersizleri konusunda bilgi verdi mi?			
Gebelik takibinizde aile hekiminiz/ ebeniz size kanama, suyun gelmesi, karın ağrısı ve ateş gibi durumlarda doktora başvurmanız konusunda bilgi verdi mi?			
Gebelik takibinizde aile hekiminiz/ ebeniz size doğumdan sonra bebeğinizi hemen emzirmeniz, bebeğinizi ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslemeniz konusunda bilgi verdi mi?			
Gebelik takibinizde aile hekiminiz/ ebeniz size doğumun nerde ve kim tarafından yaptırılacağı konusunda danışmanlık yaptı mı?			
Gebeliğiniz süresince sigara kullandınız mı?			

Gebeliğiniz süresince sigara içilen ortamda bulundunuz mu?			
Gebelik takibinizde aile hekiminiz/ ebeniz size sigaranın gebe ve bebeğe zararları konusunda bilgi verdi mi?			
Gebeliğiniz süresince alkol veya madde (uyuşturucu) kullandınız mı?			
Gebelik takibinizde aile hekiminiz/ ebeniz size alkol veya madde (uyuşturucu) kullanımının gebe ve bebeğe zararları konusunda bilgi verdi mi?			
Gebelik takibinizde aile hekiminiz/ ebeniz size doğum sonrası için aile planlaması hakkında bilgi verdi mi?			
Aldığınız doğum öncesi bakım hizmeti sizin için yeterli miydi?			

## EK-4

## ETİK KURUL İZİNİ



T.C  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
(Etik Kurul Başkanlığı)



Sayı : 80576354-050-99/ 06  
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

13/12/2017

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Özlem KARABULUTLU  
Kafkas Üniversitesi Sağlık Fakültesi

“İğdir İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler” adlı çalışmanız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu komisyonunca 13.12.2017 tarih ve 10 numaralı oturumda incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.Barlas SÜLÜ  
Etik Kurul Başkanı

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**Tıp Fakültesi**  
**(Etik Kurulu Başkanlığı)**

**ETİK KURUL KARARI**

**TOPLANTI TARİHİ: 13.12.2017**

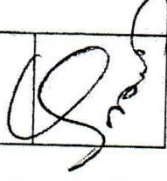
**TOPLANTI SAYISI: 2017/10**




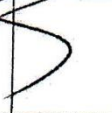
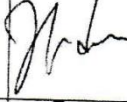
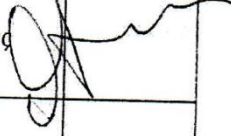

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Doç.Dr.Barlas SÜLÜ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

**KARAR 10**

Yrd.Doç.Dr.Özlem KARABULUTLU'nun "İğdir İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" adlı çalışması.

Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.


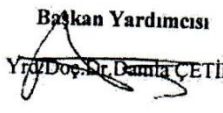
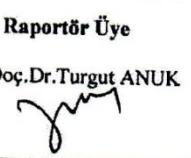
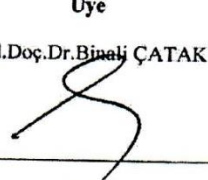
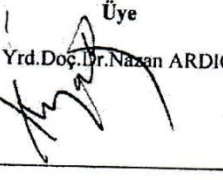
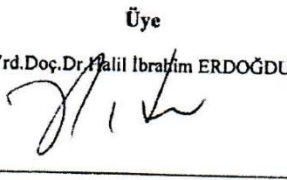
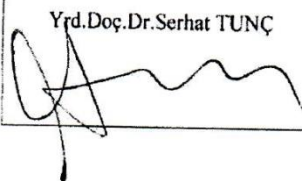
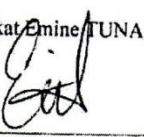
Etik Kurul Başkanı	Doç.Dr.Barlas SÜLÜ	
--------------------	--------------------	---

Başkan Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN		Raportör Üye Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK	
Üye Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ		Üye Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK	
Üye Yrd.Doç.Dr.Halil İbrahim ERDOĞDU		Üye Yrd.Doç.Dr.Serhat TUNÇ	
Üye Avukat Emine TUNA		Üye	



<b>Gelen Evrak No: 157</b>	<b>Karar No: 10</b>	<b>Karar Tarihi: 13.12.2017</b>
<b>Araştırmanın Adı: "İğdir İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler"</b>		
<b>Araştırmanın Yürütücüsü: Yrd.Doç.Dr.Özlem KARABULUTLU</b>		
<b>Çalıştığı Kurum: Kafkas Üniversitesi Sağlık Fakültesi</b>		
Araştırmanın gerekçesi yeterli mi?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmanın metodu uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmada kullanılacak ilaçlara ait bilgiler yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma ilacının bilinen veya muhtemel yan etkileri ve varsa bunların önlemleri yeterince açıklanmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Bilgilendirilmiş Olur Formu; Gönüllünün anlayacağı şekilde yazılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tanık dâhil olmak üzere ilgililerin imzaları için yer ayrılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmadan kaynaklanabilecek ölüm, sakatlanma, hastalık durumunda yapılacak ödeme, tedavi ile ilgili sigorta veya taahhütname ile ilgili belgeler var ve uygun-yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmacı ve destekleyici arasında sorumluluk paylaşımına dair belge var mı ve uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma bütçesi, yapılacak ödemeler uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Protokolde mevcut veriler ve literatür araştırmayı destekler nitelikte midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

KARAR		
Kafkas Üniversitesi Etik Kurul yönetmeliğine göre	<input checked="" type="checkbox"/> Uygundur X	<input type="checkbox"/> Uygun değildir
	<input type="checkbox"/> Düzeltilmesi Gerekir	

<b>Başkan</b>  Doç.Dr.Barlas SÜLÜ	<b>Başkan Yardımcısı</b>  Yrd.Doç.Dr.Damla CETİN	<b>Raportör Üye</b>  Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK
<b>Üye</b>  Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK	<b>Üye</b>  Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ	<b>Üye</b>  Yrd.Doç.Dr.Nalil İbrahim ERDOĞDU
<b>Üye</b>  Yrd.Doç.Dr.Serhat TUNÇ	<b>Üye</b>  Avukat Emine TUNA	<b>Üye</b>

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 56760034-6050-42884285-473634206681 Ekdüğüle cıgı bılısınız.  
 Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-5

## KURUM İZİNİ

İĞDIR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Kafkas Üniversitesi'nde Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmaktayım. Danışmanın Yrd. Doç. Özlem KARABULUTLU gözetmenliğinde 'İğdir İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler' başlıklı çalışmanın Etik Kurul izni ektedir. İğdir Devlet Hastanesine ayaktan kabul edilen 2016-2017 yıllarındaki gebe kadınların aile sağlığı merkezinden aldığı doğum öncesi bakım nitel ve nicel olarak değerlendirilecektir.

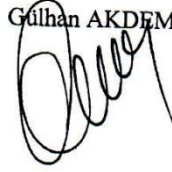
Çalışmanın yapılabilmesi için izin yazısının tarafıma verilmesini bilgilerinize arz ederim.

13.02.2017

0553 494 53 39

Topçular Mah. Tomurcuk Sok.  
Ardıl Apt. No:3-5 Kat 1 Daire:9

Gülhan AKDEMİR





T.C.  
İĞDIR VALİLİĞİ  
İĞDIR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İĞDIR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İĞDIR İZLEME  
DEĞERLENDİRME VE RAPORLAMA BİRİMİ  
22/02/2018 07:51 - 87364060 - 042 - E 28



Sayı : 87364060-042  
Konu : 15-49 Yaş Arası Kadınların Doğum  
Öncesi Bakım Alma Sıklığı

İĞDIR KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

Ekli listede yer alan Gülhan AKDEMİR 'in vermiş olduğu dilekçeye istinaden 15-49 Yaş arası Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı konulu yazı ile ilgili çalışma yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini;

Olurlarınıza arz ederim.

Zekeriya CAN  
İğdir Kamu Hastaneleri  
Hizmetleri Başkan Yrd.

...../...../2018

OLUR

Dt.Taner BAŞARAN

İğdir Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Kışla Mah.Melekli Yolu Üzeri

Faks No:04762275751

e-Posta:gulenden.karagoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: igdirdevleth@mynet.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b15b0045-6c59-4288-9ed5-656712465bdf kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Gülenden KARAGÖZ

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:05396698952

## EK-6

## İĞDIR İL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ GEBE İZLEM RAPORU

## Gebe İzlem Raporu

İl Adı	2018											
	OCAK				ŞUBAT				MART			
	Gebe Sayısı	Ortalama Tespit Haftası	Takvim Dışı İzlem Sayısı	Gerekli İzlem Sayısı	Başarıli İzlem Sayısı	Başarıli Oran(%)	Gebe Sayısı	Ortalama Tespit Haftası	Takvim Dışı İzlem Sayısı	Gerekli İzlem Sayısı	Başarıli İzlem Sayısı	Başarıli Oran(%)
Genel Toplam	1.697	10	141	741	740	99,87	1.767	10	245	750	748	99,73
İĞDIR	1.697	10	141	741	740	99,87	1.767	10	245	750	748	99,73

İl Adı	2018											
	NİSAN				MAYIS				HAZİRAN			
	Gebe Sayısı	Ortalama Tespit Haftası	Takvim Dışı İzlem Sayısı	Gerekli İzlem Sayısı	Başarıli İzlem Sayısı	Başarıli Oran(%)	Gebe Sayısı	Ortalama Tespit Haftası	Takvim Dışı İzlem Sayısı	Gerekli İzlem Sayısı	Başarıli İzlem Sayısı	Başarıli Oran(%)
Genel Toplam	2.086	10	1.010	955	953	99,79	2.049	10	1.276	998	991	99,30
İĞDIR	2.086	10	1.010	955	953	99,79	2.049	10	1.276	998	991	99,30

İl Adı	2018											
	AĞUSTOS				EYLÜL							
	Gebe Sayısı	Ortalama Tespit Haftası	Takvim Dışı İzlem Sayısı	Gerekli İzlem Sayısı	Başarıli İzlem Sayısı	Başarıli Oran(%)	Gebe Sayısı	Ortalama Tespit Haftası	Takvim Dışı İzlem Sayısı	Gerekli İzlem Sayısı	Başarıli İzlem Sayısı	Başarıli Oran(%)
Genel Toplam	1.768	10	1.155	855	854	99,88	1.609	9	901	772	772	100,00
İĞDIR	1.768	10	1.155	855	854	99,88	1.609	9	901	772	772	100,00

İl Adı	2017											
	EĞİM				KASIM				ARALIK			
	Gebe Sayısı	Ortalama Tespit Haftası	Takvim Dışı İzlem Sayısı	Gerekli İzlem Sayısı	Başarıli İzlem Sayısı	Başarıli Oran(%)	Gebe Sayısı	Ortalama Tespit Haftası	Takvim Dışı İzlem Sayısı	Gerekli İzlem Sayısı	Başarıli İzlem Sayısı	Başarıli Oran(%)
Genel Toplam	1.530	10	58	708	702	99,15	1.402	11	48	680	676	99,41
İĞDIR	1.530	10	58	708	702	99,15	1.402	11	48	680	676	99,41

**EK-7****BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ**

“İğdır İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

**Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Doğum öncesi bakım, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir.

Annede olabilecek hastalıkları saptamak, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunlarının olup olmadığını belirlemek, yeterli ve etkili sağlık hizmeti sunmak, doğumların sağlık personeli yardımı ile sağlıklı koşullarda yaptırılması, gebelik hipertansiyonu, kanama, enfeksiyon gibi anne ölümlerine neden olan komplikasyonları önlemek, anne-bebek mortalite ve morbiditeyi azaltmak doğum öncesi bakımın temel şartlarından biridir.

Bu çalışma; İğdır ilindeki 15-49 yaş grubundaki kadınların doğum öncesi bakım alma sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya 15-49 yaş grubundaki araştırmaya katılmaya gönüllü İğdır ilinde yaşayan 36-40 haftalık gebe kadınlar katılacaktır.

**Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar vererseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır.

Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

**Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Size bu araştırmada yukarıda açıkladığımız konulara ilişkin sorular yönelteceğiz. Böylece sizin doğum öncesi bakım alma sıklığınızı ve etkileyen faktörleri belirleyeceğiz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz. Bu formun imzalı bir kopyası size verilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası size verilecektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi işaretlemenizi ve yanıtlanmamış soru bırakmamanızı rica ederiz.

**Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Sevgili Katılımcılar,

Bu çalışmanın amacı; “İğdır İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesidir. Anket formunda yer alan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu araştırmanın niteliği açısından çok önemlidir. Sorulara verdiğiniz yanıtlar sadece araştırmacılar tarafından bilimsel amaçlı kullanılacak ve saklı tutulacaktır. Katılımınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

**Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

**Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırıcınız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırıcınız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

**Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Gülhan AKDEMİR

GÖREVİ : Yüksek Lisans Öğrencisi-Hemşire

TELEFON : 05534945339

### **Gönüllünün/Hastanın Beyanı**

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında /Kliniğinde, Yrd. Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

**a.** Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

**b.** Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).

**c.** Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmalim nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

**d.** Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

**e.** Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

**f.** Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

**Adı, soyadı:**

**Adres:**

**Tel:**

**İmza:**

**Tarih:**

**Görüşme tanığı**

**Adı soyadı, unvanı:**

**Adres:**

**Tel:**

**İmza:**

**Tarih:**

**Bilgilendiren Araştırmacı**

**Adı, soyadı:**

**Adres:**

**Tel:**

**İmza:**

**Tarih:**



## 8. ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Iğdır'da doğdum. İlköğretim, ortaokul ve lise eğitimimi Iğdır'da tamamladım. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde 2014 yılında lisan eğitimimi tamamladım. 2016 yılında Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimine başladım.

