

**T.C**  
**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AYDIN DOĞUMEVİNDE DOĞUM YAPMIŞ**  
**OLAN KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ**  
**BAKIMLARI VE GEBELİK SÜRESİNDEKİ**  
**TUTUM VE DAVRANIŞLARININ**  
**İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Ceyda ELVEREN**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Yrd. Doç. Dr. Ayfer GEMALMAZ**

**Aydın**  
**2008**

**T.C**  
**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AYDIN DOĞUMEVİNDE DOĞUM YAPMIŞ**  
**OLAN KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ**  
**BAKIMLARI VE GEBELİK SÜRESİNDEKİ**  
**TUTUM VE DAVRANIŞLARININ**  
**İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Ceyda ELVEREN**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Yrd. Doç. Dr. Ayfer GEMALMAZ**

**Aydın**  
**2008**

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>I</b>
<b>ÇİZELGELER LİSTESİ</b>	<b>II</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b>	<b>IV</b>
<b>ÖZET</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>VII</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
<b>2.1. Riskli gebelikler ve riskin değerlendirilmesi</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Güvenli Annelik ve Acil Kadın Doğum (Obstetrik) Bakım</b>	<b>4</b>
<b>2.3. “Bebğim Sağ Olsun” Kampanyası</b>	<b>6</b>
<b>2.4. Dünyada Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Durumu</b>	<b>6</b>
<b>2.5. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Durumu</b>	<b>7</b>
<b>2.6. DÖB Hizmetlerinin Yeterliliğinin Değerlendirilmesi</b>	<b>9</b>
<b>2.6.1.Kessner’in Yeterlilik Ölçütü (Kessner Index)</b>	<b>9</b>
<b>2.6.2.Doğum Öncesi Bakım Kullanımı Yeterlilik Ölçütü</b>	<b>10</b>
<b>2.7. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Protokolü</b>	<b>11</b>
<b>2.8. Gebe ve anne ölümleri</b>	<b>12</b>
<b>2.9. Doğum sonrası ve Yasal Tahliye Sonrası danışmanlık hizmetleri</b>	<b>14</b>
<b>2.10. Anne sütü ve emzirme ile ilgili danışmanlık</b>	<b>14</b>
<b>2.11. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen DÖB</b>	<b>14</b>
<b>yönetim rehberi</b>	
<b>2.11.1. BİRİNCİ İZLEM</b>	<b>15</b>
2.11.1. 1. Öykü alma	<b>15</b>
2.11.1. 2. Fizik muayene	<b>15</b>
2.11.1. 3. Laboratuvar testleri	<b>15</b>
2.11.1. 4. Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama	<b>16</b>
2.11.1.5. Bilgilendirme ve danışmanlık	<b>16</b>
2.11.1.6. Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi	<b>16</b>
<b>2.11.2. İKİNCİ İZLEM</b>	<b>16</b>

2.11.2.1.Öykü Alma	16
2.11.2.2. Fizik muayene	17
2.11.2.3. Laboratuvar testleri	17
2.11.2.4. Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama	17
2.11.2.5. Bilgilendirme ve danışmanlık	17
2.11.2.6. Gebe izlem fişinin kontrolü	17
<b>2.11.3. ÜÇÜNCÜ İZLEM</b>	<b>17</b>
2.11.3.1.Öykü Alma	17
2.11.3.2. Fizik muayene	18
2.11.3.3. Laboratuvar testleri	18
2.11.3.4. Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama	18
2.11.3.5. Bilgilendirme ve danışmanlık	18
2.11.3.6. Gebe izlem fişinin kontrolü	18
<b>2.11.4. DÖRDÜNCÜ İZLEM</b>	<b>18</b>
2.11.4.1.Öykü Alma	18
2.11.4.2. Fizik muayene	19
2.11.4.3. Laboratuvar testleri	19
2.11.4.4. Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama	19
2.11.4.5. Bilgilendirme ve danışmanlık	19
2.11.4.6. Gebe izlem fişinin kontrolü	19
<b>2.12. Serolojik Testler</b>	<b>19</b>
<b>2.13.Görüntüleme</b>	<b>20</b>
<b>3.AMAÇLAR</b>	<b>22</b>
<b>4.GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>23</b>
<b>5.BULGULAR</b>	<b>24</b>
<b>6. TARTIŞMA</b>	<b>42</b>
<b>7.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>47</b>
<b>8. KAYNAKLAR</b>	<b>49</b>
<b>9.EKLER</b>	<b>53</b>

<b>Ek 1. Risk Değerlendirme Formu</b>	<b>53</b>
<b>Ek 2. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi</b>	<b>55</b>
<b>Ek 3. Anket formu</b>	<b>70</b>

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tez çalıőmamda bana yol gösteren ve destek olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Ayfer GEMALMAZ'a eğitimimde desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Okay BAŐAK, Doç. Dr. Serpil AYDIN, Doç. Dr. Güznel DİŐCİĐİL, ve Uzm. Dr. Serdar GÜREL'e, diğer rotasyon hocalarıma, asistan arkadaşlarım Dr. Funda GÖKSOY, Dr. Aydın SÖYLEMEZ, Dr. Özlem KALAK, Dr. Ayfer OKLAY BOZKAYA, Dr. Halim ARVIŐ'e uzmanlığını alan arkadaşlarımız Dr. Zübeyde ANADOL, Dr. Mustafa TÜRKOĞLU, Dr. Yavuz ERĐÜN ve Dr. Didem SALT PEKER'e, sabır ve desteğinden dolayı sevgili annem Ülkü ELVEREN'e, kardeőim ve meslektaşım Dr. Őükrü ELVEREN ve Uğur ELVEREN'e teőekkürlerimi sunarım.

## ÇİZELGELER LİSTESİ

<u>Çizelge Numarası ve Adı</u>	<u>Sayfa no</u>
Çizelge 1. Bazı ülkelerde en az bir kez DÖB alanların oranı.....	7
Çizelge 2. Türkiye’de DÖB alma durumu.....	8
Çizelge 3. Türk Kadınlarının Bazı Demografik Özelliklere göre DÖB Alma Oranları (2003 TNSA).....	8
Çizelge 4. Kessner yeterlilik ölçütlerine göre DÖB’ün değerlendirilmesi.....	10
Çizelge 5. Sağlık Bakanlığına göre Doğum Öncesi Bakım Protokolü.....	11
Çizelge 6. Sağlık Bakanlığı’na Göre Lohusalık Döneminde Bakım Protokolü .....	11
Çizelge 7. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....	24
Çizelge 8. Katılımcıların obstetrik durumlarına ilişkin bazı özellikleri.....	26
Çizelge 9. Katılımcıların bir önceki gebeliklerine ilişkin bazı özellikler.....	27
Çizelge 10. Katılımcıların son gebeliklerine ilişkin bazı özellikler.....	28
Çizelge 11. Katılımcıların bir önceki ve son gebeliklerinde DÖB alma durumlarının karşılaştırılması .....	28
Çizelge 12. Katılımcıların son gebeliklerinde DÖB aldığı sağlık kuruluşu.....	29
Çizelge 13. Katılımcıların son gebeliklerinde DÖB aldığı sağlık çalışanı.....	29
Çizelge 14. Katılımcıların son gebeliklerinde DÖB sırasında aldıkları hizmetler.....	30
Çizelge 15. Eğitim düzeyi ile doğum şekli arasındaki ilişki .....	31
Çizelge 16. Sosyal güvence ile doğum şekli arasındaki ilişki.....	31
Çizelge 17. Sosyal güvence durumu ile bir önceki gebelikte DÖB alımı arasındaki ilişki .....	33
Çizelge 18. Sosyal güvence durumu ile son gebelikte DÖB alımı arasındaki ilişki.....	33
Çizelge 19. Sosyal güvence durumu ile yeterli sayıda DÖB alma arasındaki ilişki.....	33
Çizelge 20. Yaş, gebelik, düşük, küretaj ve yaşayan çocuk sayısı ile yeterli sayıda DÖB alma ilişkisi.....	34
Çizelge 21. Eğitim durumu ile yeterli sayıda DÖB alımı arasındaki ilişki.....	34
Çizelge 22. Meslek ile yeterli sayıda DÖB alımı arasındaki ilişki.....	35

Çizelge 23. Akraba evliliği ile yeterli sayıda DÖB alımı arasındaki ilişki.....	35
Çizelge 24. Hastalık varlığı ile yeterli sayıda DÖB alımı arasındaki ilişki .....	35
Çizelge 25. Son gebelik sırasında sağlık problemi yaşanması ile yeterli DÖB arasındaki ilişki.....	36
Çizelge 26. Bir önceki gebeliğin sonlanma şekli ile yeterli DÖB alımı arasındaki ilişki.....	36
Çizelge 27. DÖB alımı ile demir-vitamin takviyesi arasındaki ilişki.....	37
Çizelge 28. DÖB alma ile doğum sırasında problem yaşanması arasındaki ilişki	37
Çizelge 29. DÖB alma ile beslenmede değişiklik yapılması arasındaki ilişki.....	37
Çizelge 30. DÖB alma ile son gebeliğin sonlanma şekli arasındaki ilişki.....	38
Çizelge 31. DÖB alma ile ilk emzirme zamanı arasındaki ilişki.....	38
Çizelge 32. Doğan bebeklerin demografik özellikleri.....	38
Çizelge 33. Bebeklerin doğum sonrasında ilk beslendikleri gıda türü.....	39
Çizelge 34. DÖB alma ile bebeklerin boy, kilo, baş çevresi ortalamaları arasındaki ilişki .....	39
Çizelge 35. Katılımcıların gebelikte sigara kullanma durumu.....	40
Çizelge 36. Gelir düzeyi ile yeterli sayıda DÖB alımı arasındaki ilişki.....	40
Çizelge 37. Alınan DÖB hizmeti ve gebeliğin seyri ile ilgili bazı veriler.....	41



## KISALTMALAR LİSTESİ

### Kısaltma

**DÖB**

**UNDP**

**UNICEF**

**AÇSAP**

**UNFPA**

**DSÖ**

**DİE**

**AÖH**

**STK**

**SAT**

**CYBE**

**UNNK**

**TNSA**

### Açık Şekli

Doğum öncesi bakım

United Nations Development Programme

The United Nations Children's Fund

Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması

United Nations Population Fund

Dünya Sağlık Örgütü

Devlet İstatistik enstitüsü

Anne ölüm hızı

Sivil Toplum Kuruluşları

Son adet tarihi

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunarak, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir. Gebeliğin hem anne hem de bebek için sağlıklı devam etmesi, gebeliğin başlangıcından sonuna kadar tıbbi kontrolleri gerektirir. Araştırmanın amacı Aydın Doğumevi'nde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakımlarını, doğum öncesi bakım alma üzerine etkili faktörleri ve gebelik sürecindeki tutum ve davranışlarını incelemektir.

**Yöntem:** Araştırmaya Aydın Doğum Evinde 2007 yılı Mart ve Temmuz ayları arasında doğum yapan, çalışmaya katılmaya gönüllü ardışık 150 kadın dahil edildi. Katılımcılara çalışma açıklandıktan ve sözlü onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formu uygulandı. Anket formu katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini, DÖB alma durumunu ve DÖB ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik toplam 67 sorudan oluşuyordu. İstatistiksel değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi ve Pearson korelasyon testi kullanıldı.  $p < 0,05$  değerleri anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Yaş ortalaması  $22,6 \pm 2,9$  olan katılımcıların %61,3'ü ilköğretim mezunu idi, % 58'i ev hanımıydı ve %99'unun sosyal güvencesi bulunmaktaydı. Önceki gebelikte en sık karşılaşılan sağlık sorunu olarak kanama (%14), en son gebeliklerinde en sık karşılaşılan sağlık sorunu olarak %12,7 oranıyla idrar yolu enfeksiyonu bildirilmişti. Kadınların %4,7'si gebeyken sigara kullandığını belirtti. Katılımcılarımızın bir önceki gebeliklerinde en az bir kez DÖB alma oranı %72,1 iken, son gebeliklerinde bu oran %96 olarak saptanmıştır, ancak bu artış anlamlı değildir ( $p = 0,484$ ). DÖB almayanların %83,3'ü DÖB almama gerekçesi olarak maddi olanaksızlığı göstermiştir. Kadınların %84,7'si DÖB hizmetini birinci basamak sağlık kuruluşlarından ve %81,2'si doktordan almıştı. Katılımcıların %21,3'ünün son doğumlarını sezaryen doğum şeklinde yaptığı, üniversite mezunlarının ve yeşil kart dışı sosyal güvencesi olanların sezaryen olma oranlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,001$ ). Yeşil kartlılarda DÖB alma ve yeterli DÖB alma oranları diğer sosyal güvence sahiplerine kıyasla daha düşüktü ancak bu düşüklük anlamlı değildi (sırasıyla  $p = 0,772$  ve  $p = 0,069$ ). Lise ve üstü eğitimlilerde yeterli DÖB alma oranı ilköğretim ve altı eğitimlilerden anlamlı olarak daha yüksekti ( $p = 0,042$ ). Ev hanımlarının yeterli DÖB alma oranları diğer meslek

gruplarındaki kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü ( $p=0,001$ ). Yaş, yaşayan çocuk sayısı, gebelik sayısı ve düşük sayısı ile yeterli DÖB alma arasında korelasyon saptanmazken; küretaj ve ölen çocuk sayısı ile yeterli DÖB alma arasında zayıf negatif korelasyon vardı (sırasıyla  $r= -0,173$ ,  $p=0,034$  ve  $r= -0,186$ ,  $p=0,023$ ).

**Sonuç:** Aydın merkezde doğum öncesi bakım hizmetlerinin beklenen düzeyde olduğu sonucuna varılmakla birlikte, eğitim ve sosyokültürel düzeyi düşük, sosyal güvencesi olmayan kadınlara da “yeterli” ve “nitelikli” DÖB hizmetlerini ulaştırabilmek hedeflenmeli ve buna yönelik planlamalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler** Doğum öncesi bakım, gebe, kadın sağlığı, hizmet

## ABSTRACT

**Aim and Introduction:** Prenatal care means the follow up procedure of mother and the fetus done by a trained health care professional with regular intervals with necessary examinations and recommendations. In order to provide healthy continuance of conception for both mother and the baby medical controls should be done from conception till birth. The aim of the study is evaluation of the prenatal care usage of mothers that gave birth at the Ministry of Health, Aydın Maternity Hospital, the factors related to prenatal care usage and their behaviours and attitudes in this period.

**Material and Method:** In this study, 150 mothers giving birth in Aydın Maternity Hospital between March 2007 and July 2007 and willing to take part were included consecutively. The questionnaire was administered to participants by face to face interviewing method after giving information about our study and taking a verbal consent. The questionnaire was composed of 67 questions regarding the sociodemographic and obstetric features, prenatal care usage and their knowledge, attitude and behaviours related to prenatal care. Descriptive statistics, chi-square and Pearson correlation tests were used for statistical analysis.  $p < 0,05$  was accepted as statistically significant.

**Results:** The mean age of participants was  $22,6 \pm 2,9$ . 61,3% were primary school graduates 58% were housewives and 99% had social insurance. The most commonly encountered problem in previous pregnancy was bleeding with a percentage of 14%, and most commonly encountered problem in their last pregnancy was urinary tract infection with a percentage of 12,7%. 4,7% stated usage of tobacco during their pregnancy. The percentage of participants who had taken prenatal care at least once during their previous pregnancy was 72,1% and in their last pregnancy the percentage was 96%. The difference was not statistically significant ( $p = 0,484$ ). 83,3% of mothers who had not taken prenatal care accused economic difficulties for not taking prenatal care. 84,7% of women took prenatal care in primary care centers and 81,2% had gone to a physician for prenatal care. Of the total 21,3% had caesarean section in their last delivery and university graduates had higher rates of caesarean section than others ( $p = 0,001$ ). The rate of adequate prenatal care was significantly higher in the group of mothers who were high school graduates than primary school graduates or illiterate ( $p = 0,042$ ). Rate of adequate prenatal care usage was significantly lower in housewives compared to other professions ( $p = 0,001$ ). There

was a weak correlation between number of abortion and death children with adequate prenatal care ( $r = -0,173$ ,  $p = 0,034$  ve  $r = -0,186$ ,  $p = 0,023$  respectively).

**Conclusion:** In conclusion the rates of prenatal care in central Aydın is as expected but to supply adequate and qualified prenatal care for the group of women with low socioeconomic or educational level or no social insurance is to be aimed and planned.

**Key words:** Prenatal care, pregnant, women's health, service

## 1.GİRİŞ

Ailenin geleneksel olarak sürdürdüğü işlevlerin bir kısmı, toplumun başka kurumlarına devredilmiş haldedir (1). Örneğin aile artık toplum için ekonomi ve eğitim üreten birim olmaktan çıkmış, bu fonksiyonlar ilgili özgün kurumlarca yerine getirilir olmuştur. Aile yapısı kentlerde anne-baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aileye dönüşmüştür. Bu tür aile yapılarında geleneksel ailelerle kıyaslandığında diğer görevlerin yanı sıra kadına, çocukların kontrollerinde daha fazla sorumluluk düşmüştür (1). Kadının ailenin temeli olması, toplumla aile arasında köprü görevi görmesi, gelecek nesillerin refahı açısından da önem taşımaktadır (1). Kadının sadece çocuğun bakımı ve topluma hazırlanmasında önemli fonksiyonları yoktur. Kadın günümüzde ailede tüketim ve ekonomi konusunda da karar verici roledir. Günümüz toplumunda değişen sosyokültürel ve ekonomik koşullarda da kadının önemi büyük olacaktır. Maternal ve peritane mortalite, ülkemizde önemli birer sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Maternal ölümlerin önlenmesi için, öncelikle ölümlerin tüm detayı ile irdelenerek nedenlerinin belirlenmesi ve risk faktörlerinin ortaya konması gerekir (2). Sağlık Bakanlığı'nın, Avrupa Birliği mali desteği ile 2003-2007 yılları arasında yürüttüğü Türkiye Üreme Sağlığı Programı'nın sonuçlarına göre; gebeliğe bağlı kadın ölümlerine ilişkin rakamlar şöyledir (3).

- Gebeliğe bağlı ölümlerin yaklaşık 1/3'ü doğum öncesi gerçekleşmektedir.
- Türkiye'de kadınların çoğunluğu doğum öncesi bakım alamamaktadır (4).
- Türkiye'de yeterli doğum öncesi bakım kentlerde % 56 kırsal kesimde ise % 25.4'tür (2,4).

DSÖ ve ICD-10 kavramlarına ve tanımlamalarına göre; ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik, doğum, doğum sonrası 42 gün içerisinde meydana gelen tüm kadın ölümlerine maternal mortalite denmektedir (5) ancak, bu tanım içerisinde kaza sonucu veya tesadüfen meydana gelen ölümler dahil edilmemektedir (6).

Gebelik boyunca, doğum ve lohusalık döneminde yapılan müdahaleler, ihmaller, yanlış verilen bakım hizmeti ya da adı geçen olaylar zinciri sonucunda meydana gelen obstetrik komplikasyonlardan kaynaklanan ölümlere, *doğrudan anne ölümü* denmekteyken, gebelik öncesi var olan bir hastalık veya hastalıklar nedeni ile gebelik sırasında gelişen, obstetrik kaynaklı olmayan, ancak gebeliğin fizyolojik etkisi ile şiddetlenen nedenlerden meydana gelen ölümler *dolaylı anne ölümü* olarak adlandırılır. Bu ölümlere yol açabilecek durumları üç kategoride sınıflandırabiliriz (5):

1. Hizmet alma kararının verilmesinde yaşanan gecikmelerden kaynaklananlar- Bu ölümler, sorunlar ve tehlike işaretlerine ilişkin bilgi eksikliği ve yetersiz sosyal faktörler sebebiyle yaşanır.
2. Ulaşımla ilgili sorunlar, ekonomik yetersizlikler ve yerel sağlık kuruluşlarının sayısının azlığı sebebiyle hizmete ulaşmada yaşanan gecikmelerin yol açtığı ölümler- Özellikle kırsal kesimde anne ölümlerinin sık yaşanan sebeplerindendir.
3. Hizmet alımında gecikmelerden kaynaklanan ölümler- Malzeme, personel eksikliği ve hizmet sunucuların kapasite eksikliği gibi hizmet alımını aksatan doğum öncesi, sonrası ve doğum esnasında anne ölümlerine yol açabilecek eksikliklerdir.

Türkiye ulusal anne ölümleri çalışmasının sonuçlarına göre, ülke genelinde kadın ölümlerinin %4,3'ü gebeliğe bağlı ölümlerdir (5). Bu oran kırsal alanlarda daha fazla (%5,5) ve kentsel alanlarda daha düşüktür (%3,3). Aynı durum anne ölümleri için de geçerli olup, ülke geneli için %3,2 olan anne ölümlerinin kadın ölümleri içindeki payı, kırsal alanlar için %4,1, kentsel alanlar için ise %2,4'tür. Türkiye gebeliğe bağlı ölümler açısından incelendiğinde % 58,4'ü doğrudan, % 15,8'i dolaylı, % 23,2'si tesadüfi nedenlerle (trafik kazası gibi nedenlerle) olmaktadır (3). Bebek ölümü ülkemizde gelişmiş ülkelerden oldukça yüksek olup kırsal kesimde % 0,29, kentlerdeyse % 0,21'dir. 20 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelerde, doğumlar arasındaki süre 2 yılı geçtiğinde, doğum sayısı 4'ün üzerindeyse bebek ölümlerinin artmakta olduğu görülmüştür (5,7).

Genel olarak Türkiye'de, 15-49 yaş aralığındaki kadınların %2,5'i doğrudan, %0,7'si de dolaylı anne ölüm nedenlerinden hayatını kaybetmiştir. Türkiye'de, annelerin %37'sinde ölüm, doğumdan önceki dönemde meydana gelmektedir. Bu dönemdeki ölümlerin yarısı 22. haftadan önce, diğer yarısı da 22.haftadan sonra gerçekleşmektedir. Gebeliğe bağlı ölümlerin %9'u doğum sırasında, %54,1'i doğum sonrası dönemde meydana gelmektedir. Bu dönemde gerçekleşen ölümlerin gebeliğe bağlı ölümler içindeki payı, yerleşim yerine göre kıyaslandığında, kırsal alanlarda kentsel alana göre daha yüksek olduğu görülmektedir (%61,1 ve %46,1).

Bu ölümlerin %20,9'u doğum sonrası dönemin birinci gününde meydana gelmektedir. Genel olarak tüm gebeliklerin %47'si canlı doğumla sonuçlanmıştır. Bebeklerin %4,5'i doğumdan sonra ölmüştür. %12'si ölü doğum olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, intrauterin fetal ölüm %18, düşükler %15,4 ve dış gebelikler de %1 seviyesindedir. Ayrıca, vakaların %7,9'unda bebeğin durumuna ilişkin bilgi bulunmamaktadır.

## 2.GENEL BİLGİLER

Bir ülkedeki ana çocuk sağlığı ile ilgili göstergeler, toplumdaki ana çocuk sağlığı düzeyini olduğu kadar ülkenin çevre koşullarını, toplumun sosyoekonomik düzeyini ve gelişmişlik durumunu da çok iyi yansıtmaktadır. Bu nedenle ana çocuk sağlığı ile ilgili göstergeler ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile paralellik gösterirler. Ülkelerin gerçek anlamda ekonomik ve sosyal yönden kalkınmasından söz edebilmek için, toplum içinde risk faktörlerinden en çok etkilenen anne ve çocukların sağlık sorunlarının öncelikli olarak ele alınıp iyileştirilmesi gerekmektedir.

Türkiye ulusal anne ölümleri çalışmasının sonuçlarına göre, ülke genelinde kadın ölümlerinin %4,3'ü gebeliğe bağlı ölümlerdir ve bu ölümlerin % 58,4'ü doğrudan gebelik, doğum ve loğusalık ile ilgili nedenlere bağlıdır. Gebeliğe bağlı ölümlerin %49,3'ünde bir yada daha fazla önlenabilir faktör mevcuttur. Doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetlerinin geliştirilmesi ve daha fazla kişiye ulaştırılması bu ölümlerin çoğunun önlenmesini sağlayacaktır (5).

DÖB, anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunarak, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir. DÖB'ün temel amacı annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır (7,8).

Doğum öncesi bakım (DÖB) kavramı tıp dünyası açısından yeni sayabileceğimiz gelişmelerden biridir. İlk kez Boston'da 20. yüzyılın başlarında gündeme gelmeye başlamıştır (8). Boston Hemşire Birliği'nin hemşireleri gebe kadınların sağlığına katkıda bulunabilmek amacı ile Boston Lying-In Hastanesi'nde kayıtlı tüm gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamışlardır. Bu ev ziyaretleri ile büyük başarı sağlanmış, hekimlerin de desteğini kazanarak önemli bir koruyucu hekimlik uygulaması olarak DÖB hizmetinin ortaya çıkmasına yol açmıştır (8).

Türkiye'de ana ve çocuk sağlığına önem verilmesi Cumhuriyetin kurulmasıyla başlamıştır. İlk doğum ve çocuk bakımevi 1926 yılında Ankara'da açılmış ve aynı yıl bir ikincisi Konya'da hizmete girmiştir (9). Ancak bu kuruluşlarda daha çok sağıltım hizmeti verilmiştir. 1952 yılında DSÖ ve UNICEF'in yardımlarıyla, Sağlık bakanlığı'nda özel bir örgüt olarak Ana ve Çocuk Sağlığı Başkanlığı kurulmuştur. Gebelerin ve okul öncesi çocukların izlenmesine önem vermesi beklenen bu örgüt, ülke genelinde hizmet sunamamıştır (9).

1961 yılı sağlık alanında, özellikle kadın-anne-çocuk sağlığını çok yakından ilgilendiren koruyucu sağlık hizmetleri yönünden önemlidir. 224 sayılı Sağlık



Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile DÖB hizmetlerinin sağlık ocakları tarafından herkese ulaştırılması amaçlanmış, bu görev sağlık ocağı ebelerine verilmiştir. Ülkemizde gebelerin 12. haftaya kadar saptanması ve ilk izlemenin yapılması, doğuma kadar da en az altı kez izlenmesi gerekmektedir. Kendisi ya da bebeği ile ilgili riskli bir durum saptananlar için izlem sayısı arttırılmalıdır (10).

### **2.1. Risk Gebelikler ve Riskin Değerlendirilmesi**

Anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskinin yüksek olduğu gebelikler (7);

- Erken yaştaki gebelikler (18 yaşın altı)
- Çok sayıda doğum yapmışlar (4 doğumdan fazla)
- Çok geç yaştaki gebelikler (35 yaşından sonra)
- Çok sık aralıklar ile gerçekleşen gebelikler (2 yıldan sık aralıklarla)

Türkiye’de gebe kalma olasılığı olan 15-49 yaş kadınların % 41’i yukarıda ifade edilen riskli gruplardan bir veya daha fazlasında yer almaktadır. Kadının her gebelikte karşılaştığı potansiyel komplikasyonlar (7);

- Annenin tükenme sendromu
- Gebelik, doğum ve doğum sonu kanamalar
- Toksemi
- Doğum ile ilgili enfeksiyon, septisemi şeklinde özetlenebilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından tüm gebelerde ilk izlem esnasında kullanılması önerilen risk değerlendirme formu (Ek-1) “yüksek riskli gebeleri” saptamak için kullanılmaktadır. Bu form, izlem sayısı ve izlemin nerede, nasıl yapılacağı konusunda karar verilmesi içindir.

### **2.2. Güvenli Annelik ve Acil Kadın Doğum (Obstetrik) Bakım**

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın, Avrupa Birliği mali desteği ile 2003-2007 yılları arasında yürüttüğü Türkiye Üreme Sağlığı Programı’nın ana ayaklarından birini oluşturan Güvenli Annelik ve Acil Kadın Doğum (Obstetrik) Bakım çalışmaları, temel modellerin geliştirilmesi, eğitim ve anne bebek ölümlerinin yüksek olduğu hedef ve pilot kentlerde yatırımların gerçekleştirilmesiyle 2007 sonu itibariyle sürecini artık tamamlamıştır (11).

Bu programın sonuçlarına göre ülkemizin cinsel sağlık/üreme sağlığı (CS/ÜS) açısından öncelikli sorunları şunlardır:

1. Anne ölümlerinin yüksek olması
2. İstenmeyen gebeliklerin fazla olması
3. CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması
4. Gençlerin CS/ÜS düzeylerinin düşük olması
5. CS/ÜS açısından bölgeler ve yerleşim birimleri arasında eşitsizlik bulunması

Tespit edilmiş bulunan bu beş soruna yönelik olarak planlanan stratejiler, hedefler ve girişimler şu şekilde özetlenebilir:

Gebelerin, gebelerin eşlerinin ve gebe ailelerinin gebelikte kendi kendine bakım, dikkat edilmesi gereken önemli noktalar, doğum ve çocuk bakımı hakkında bilgilenmeleri

1. Doğumların güvenli yaş aralığına çekilmesi (20-35 yaş arası)
2. Doğumlar arasındaki sürenin en az 2 yıl olması
3. Her bireyin üreme seçenekleri konusunda özgür ve aydınlatılmış bir seçim yapma hakkına sahip olduğu
4. Gebelikten korunma yöntemleri ve aile planlaması konusunda bilgilendirilmesi
5. İsteyerek düşükler (kürtaj) yerine gebeliği önleyici yöntemler ile aile planlaması yapılması
6. Modern ve geleneksel yöntemlerin farkının ve etkililiğinin ortaya konması
7. Erkeklerin, başta aile planlaması olmak üzere , tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili karar ve uygulamalara katılımının ve sorumluluk üstlenmesinin sağlanması (erkek katılımı)
8. Erkek katılımının sağlanması için Türk Silahlı Kuvvetleri ile iş birliği yapılarak silah altındaki erlere yönelik davranış değişikliği iletişimi çalışmaları yapılması
9. HIV ve diğer CYBE'lerin nasıl bulaştığı, korunma yöntemleri vb. konularda bilgi ve tutum kazandırılması
10. HIV/AIDS alanında özellikle risk altındaki grupta gönüllü test uygulamasını teşvik edilmesi

11. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin varlığının açık bir şekilde ortaya konması
12. Geleneksel yapıda özellikle savunmasız ve pasif bir grup olarak karşımıza çıkan kadınların sosyal statüsünün güçlendirilmesi
13. İkili koruma (gebelikten ve enfeksiyonlardan) kavramının özellikle nüfusu 50.000'in üzerindeki kentlerde, yerleşim birimi fark etmeksizin Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde ve risk altındaki kişiler tarafından anlaşılmasının ve uygulanmasının sağlanması
14. Özellikle erkeklere yönelik çalışmalarda tek eşliliğin önerilmesi

### **2.3. “Bebeğim Sağ Olsun” Kampanyası**

Türkiye’de anne ve bebek ölüm hızının düşürülmesine katkı sağlamak amacıyla başlatılan “Bebeğim Sağ Olsun” Kampanyası, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası sağlık kontrollerinin önemine ve kritik sağlık tedbirlerine dikkat çekerek, toplumsal farkındalığın artırılmasını hedeflemektedir (12). Bebeğim Sağ Olsun kampanyasında, Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirdiği eğitimci eğitimleri, hizmet ve ekipman iyileştirmesi ile ücretsiz sağlık kontrolü ve bakım hizmetleri hakkında bilgiler de verilmiştir. Bebeğim Sağ Olsun kampanyası, sağlık hizmeti kullanıcılarının yanı sıra ilgili kurumlarda, özel sektörde ve Sivil Toplum Kuruluşları’nda da farkındalığı artırarak, toplumda davranış değişikliği yaratma etkisine sahip yeni çalışmalara kapı açmayı ve yeni projelerle sürdürülebilirliğin sağlanmasını ilke edinmiştir (11).

### **2.4. Dünyada Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Durumu**

Günümüzde, tüm dünyadaki gebe kadınların % 70 kadarı, gebelikleri boyunca en az bir kez sağlık personeli tarafından izlenmektedir (13). Bu oran, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre oldukça büyük farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde neredeyse gebelerin tamamı en az bir kez izlenirken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %65,0’dır (13). Gelişmekte olan ülkeler içinde, Asya ülkeleri bu konuda en kötü veriye sahiptir. Güney Asya’da her iki kadından biri gebelik sırasında sağlık personelinden DÖB almamaktadır. Buna karşın, Küba, Finlandiya ve Avusturya’da kadınların %77’si gebelikleri süresince dört ve üzerinde DÖB almaktadır (14). Özellikle Güney Amerika’da Brezilya, Kolombiya, Dominik Cumhuriyeti ve Guatemala’daki yüksek oranlar bölge ortalamasını da yükseltmektedir. Afrika’da ise, kadın nüfusun sadece dörtte biri, Asya’da da yarısı, ilk üç ayda DÖB almaya başlamış olmaktadır (15) (Çizelge 1).

### Çizelge 1. Bazı Ülkelerde En Az Bir Kez DÖB Alanların Oranı

Ülke	En az bir kez DÖB alma (%)
Küba	100,0
Finlandiya	100,0
Avusturya	100,0
Fransa	99,0
ABD	99,0
Nijerya	41,0
Bangladeş	40,0
Afganistan	37,0
Somali	32,0
Etiyopya	27,0

#### 2.5. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Durumu

Türkiye’de DÖB alma durumu ve DÖB’e yönelik özellikler, gebelikler ve bunların sonuçlarıyla ilgili verilere 1993, 1998 ve 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarından ulaşılabilir.

TNSA-1993 (16) verilerine göre kadınların %62,3’ü en az bir kere DÖB alırken TNSA-1998’de (17) bu oran %68,1’e, TNSA-2003’te (4) ise % 81,1’e yükselerek son 10 yılda DÖB alanların oranında belirgin bir artış olduğu gözlenmektedir. Dört ve üzerinde DÖB alan kadınların oranı da yıllar içinde artmakla birlikte (%42’den %63,7’ye), istenilen düzeyde değildir. DÖB sayısının ortancası 1993’de 4,7 iken 1998 yılında 4,2 bulunmuştur. 1998-TNSA sonuçlarına göre DÖB alanların %57,9’u altı aydan önce bu hizmeti almaya başlamışlardır. Son beş yılda %13,4’lük bir artışla bu oran %71,3’e çıkmıştır (4). DÖB’e başlama zamanı ortanca ay değeri 1993, 1998 ve 2003 TNSA’larda sırasıyla 3,1, 3,0 ve 2,8 ay olarak bulunmuştur. Ülkemizde kadınların DÖB almanın, DÖB’ü gebeliğin erken dönemlerinde almaya başlamanın ve gebelik süresince DÖB almaya devam etmenin önemini yıllar içerisinde daha çok fark ettikleri gözlenmektedir. DÖB alma durumu açısından 1993, 1998 ve 2003 TNSA karşılaştırması Çizelge 2’de verilmiştir.

**Çizelge 2. Türkiye’de DÖB Alma Durumu**

<b>DÖB alma durumu</b>	<b>1993 TNSA</b>	<b>1998 TNSA</b>	<b>2003 TNSA</b>
	<b>( %)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
<b>En az bir kez DÖB</b>	62,3	68,1	81,1
<b>4 ve üzeri DÖB</b>	35,9	42,0	63,7
<b>DÖB sayısı (ortanca)</b>	4,7	4,2	--
<b>DÖB başlama zamanı</b>	53,6	57,9	71,3
<b>&lt;6 ay</b>			
<b>DÖB başlama zamanı</b>	3,1	3,0	2,6
<b>(ortanca ay)</b>			

Kadının yaşı, öğrenim durumu, doğumun sırası, yaşadığı yerleşim yeri ve bölgeye göre DÖB alma durumu farklılık göstermektedir. Genç anneler, 35 yaş ve üzerindeki ile karşılaştırıldığında daha fazla DÖB almaktadırlar (4,17). Ayrıca, kadının eğitim düzeyi arttıkça DÖB almanın da arttığı görülmektedir. En az lise eğitimi almış kadınların neredeyse tamamı DÖB almışken ilkokulu bitirmemiş olanların yalnızca yarısı DÖB almaktadır. İlk doğumunu yapan kadınların DÖB alma oranı altıncı ve sonraki doğumlarını yapanların yaklaşık iki katıdır. Kırsal alanda ve ülkenin doğusunda yaşayan kadınlar daha az DÖB almaktadır (4,17) (Çizelge 3).

**Çizelge 3. Türk Kadınlarının Bazı Demografik Özelliklere Göre DÖB Alma Durumları (4)**

<b>Demografik özellikler</b>	<b>DÖB alma (%)</b>
<b>Doğumda anne yaşı</b>	
20	85,3
20-34	81,8
35-49	69,4
<b>Annenin eğitim durumu</b>	
Eğitim yok/ilkokul bitirmemiş	53,4
İlkokul mezunu	84,0
Ortaokul mezunu	94,3

Lise ve üzeri	98,6
---------------	------

### **Doğum sırası**

1	92,9
---	------

2-3	83,9
-----	------

4-5	63,7
-----	------

6+	48,7
----	------

### **Yerleşim yeri**

Kır	65,3
-----	------

Kent	88,1
------	------

### **Bölge**

Batı	91,2
------	------

Doğu	61,0
------	------

## **2.6. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Yeterliliğinin Değerlendirilmesi**

DÖB hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılan iki ölçüt bulunmaktadır. Bunlar Kessner ve Kotelchuck tarafından geliştirilmiş olup kendi adlarıyla anılmaktadır (18).

### **2.6.1. Kessner'in Yeterlilik Ölçütü (Kessner Index)**

Gebelik süresini dikkate alarak DÖB hizmetinin başlama zamanı ve alınan hizmetlerin sayısı üzerinden yeterli, orta ve yetersiz olarak değerlendirme yapılır. Yeterlilik için DÖB'nin ilk trimestırda başlaması ve miadında gebelik için dokuz izlem yapılmış olması gereklidir (18). Bu ölçüte yönelik en büyük eleştiri gebelik süresinin değerlendirilmesinin 36. haftayla ve alınması gereken DÖB sayısının da dokuz ile sınırlı olmasıdır.

**Çizelge 4. Kessner Yeterlilik Ölçütlerine Göre DÖB'nin Değerlendirilmesi**

<b>DÖB</b>	<b>Gebelik haftası</b>	<b>DÖB sayısı</b>
<b>Yeterli</b>	13 yada < 13	0 yada 1 kez bilinmiyor
	14-17	2 ya da daha fazla
	18-21	3 ya da daha fazla
	22-25	4 ya da daha fazla
	26-29	5 ya da daha fazla
	30-31	6 ya da daha fazla
	32-33	7 ya da daha fazla
	34-35	8 ya da daha fazla
	36 ve 36'nın üstü	9 ya da daha fazla
<b>Yetersiz</b>	14-21	0/bilinmiyor
	22-29	1 yada daha az/ bilinmiyor
	30-31	2 yada daha az/bilinmiyor
	32-33	3 yada daha az/bilinmiyor
	34 ve 34'ün üstü	4 yada daha az/bilinmiyor
<b>Orta</b>	Yukarıda belirtilenler dışında kalan durumlar	

### **2. 6. 2. Doğum Öncesi Bakım Kullanımı Yeterlilik Ölçütü (Adequacy of Prenatal Care Utilization Index, Kotelchuck Index)**

Bu ölçüt basitçe DÖB'nin başladığı ay ve gözlenen DÖB sayısının beklenene oranına dayanmaktadır. Beklenen DÖB sayısı, Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji'nin önerilerine göre belirlenmektedir. 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 (19). Buna göre, ikinci gebelik ayında DÖB almaya başlamış ve 34. haftada doğum yapan bir kadın için beklenen DÖB sayısı dokuz, 40. haftada doğum yapan kadın için ise 13 olmalıdır.

Kotelchuck ölçütüne göre, DÖB kullanımı aşağıda gösterildiği şekilde çok yeterli, yeterli, orta ve yetersiz olarak ayrılır.

*1. Çok Yeterli:* Gebeliğin dördüncü ayından önce DÖB almaya başlamış ve gözlenen değer ile beklenen değer oranı % 110 ya da üzerindedir.

2. *Yeterli*: Gebeliğin dördüncü ayından önce DÖB almaya başlamış ve gözlenen değer ile beklenen değer oranı % 80-109 arasındadır.
3. *Orta*: Gebeliğin dördüncü ayından önce DÖB almaya başlamış ve gözlenen değer ile beklenen değer oranı % 50-79 arasındadır.
4. *Yetersiz*: Gebeliğin dördüncü ayından sonra DÖB almaya başlamış ya da gözlenen değer ile beklenen değer oranı % 50'nin altındadır.

## 2.7. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Protokolü

Ülkemizde, gebeliği süresince bir kadının herhangi bir sağlık personeli (doktor, ebe/hemşire) tarafından ilk üç ayda veya daha erken tespit edilebilmesi; ek olarak, beş ya da daha fazla izlenmesi durumunda yeterli DÖB almış olarak kabul edilir (10) .

**Çizelge 5. Sağlık Bakanlığı’na göre Doğum Öncesi Bakım Protokolü**

Gebelik Haftası	İzleme Sıklığı
12.Haftaya kadar	Tespit-izleme
24.Hafta (6.ayda)	1 kez
28.Hafta (7.ayda)	1 kez
32.Hafta (8.ayda)	1 kez
36.Hafta (9.ayda)	1 kez
39.Hafta (10.ayda)	1 kez

Bu çizelgeden de anlaşılacağı üzere, gebelik döneminde hiç bir risk yoksa gebeler en az 6 kez izlenmelidir.

**Çizelge 6. Sağlık Bakanlığı’na Göre Loğusalık Döneminde Bakım Protokolü**

Doğumdan sonraki 24 saat içinde	1 kez
Doğumdan sonraki 2.haftada	1 kez
Doğumdan sonraki 6.haftada	1 kez



Sonuç olarak, loğusalık döneminde hiçbir risk yoksa da, gebeler en az 3 kez izlenmelidir (10).

## **2.8. Gebe ve anne ölümleri**

Türkiye’de ölüm oranları özellikle anne, bebek ve çocuk ölüm oranları 1960’lı yılların başında çok yüksekti (1940 yılında bebek ölüm oranı % 26; 1973 yılında % 12,6) (14). Bu oranın düşürülmesi, uygulanan politikaların meşrulaştırılmasında can alıcı hedeflerden bir tanesi olmuştur. Devlet İstatistik Enstitüsü (şimdiki adıyla Türkiye İstatistik Kurumu-TİK) tarafından 1989’da yapılan araştırmaya göre, 1981 yılı için anne ölüm hızı 100 bin canlı doğumda 132 olarak tespit edilmiştir. Anne ölümlerinin en önemli nedeni doğrudan gebeliğe bağlı nedenler olarak belirtilmektedir (2).

Anne ölümlerinin bir diğer nedeni, uygun olmayan koşullarda çocuk düşürmedir (2). III. Dünya ülkelerinde uygulanan anne ve çocuk sağlığını geliştirmeyi yada kadın statüsünü iyileştirmeyi amaçlayan birçok program (Örneğin, “Güvenli Annelik” programı) 1980’lerde Dünya Bankası, UNDP, UNICEF, UNFPA ve Dünya Sağlık Örgütünün desteğiyle başlatılmış ve anne ölümlerini azaltmayı hedeflemiştir. Bu programlarda, doğum kontrol yöntemlerinin kullanımının artırılmasıyla hamileliğin önlenmesine, ve bu sayede anne ve gebe ölüm oranlarının düşürülmesine çalışılmıştır.

Yapılan incelemelere göre, anne ölümlerinin büyük kısmı önlenebilen nedenlerden kaynaklanmaktadır. Türkiye’deki anne ölümlerinin %90’ının çok pahalı olmayan müdahalelerle kolayca engellenebileceği ortaya konmaktadır (20). Doğuma bağlı yada üreme sisteminde oluşan hastalıklardan dolayı meydana gelen kadın ölümlerinin önlenebilmesinin en önemli şartı, bütçeden sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetleri içinde üreme sağlığı hizmetlerine ayrılan payın yeterli olmasıdır. Tüm kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmesi için, bunların ücretsiz, ulaşılabilir ve kaliteli olması gerekir.

Gelişmiş ülkelerde anne ölüm nedenleri olarak kanama, toksemi ve enfeksiyonlar eski önemini yitirmiş, bunların yerine embolizm, kalp yetmezliği ve anestezi komplikasyonları ortaya çıkmıştır (21). Türkiye genelinde bakıldığında ise, ilk üç sırayı kanama (%33), gebelik hipertansiyonu (%20) ve enfeksiyon (%14) almaktadır (4,5). Bu durumları hazırlayan faktörler, aşırı doğurganlık, erken ve ileri yaşlardaki gebelikler, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde yeterli bakım alamamak olarak tespit edilmiştir (3).

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, 1991 ile 1996 yılları arasında gerçekleşen 19808 doğum incelendiğinde, anne ölümlerinin %62.5'unun nedeni olan preeklampsi-eklampsi olarak saptanmıştı (22). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, erken ve ileri yaşlardaki gebelikler ile, sık ve fazla doğumlar önlenirse ve her gebenin doğum öncesi bakım alabilmesi sağlanabilse, her yıl dünyada milyonlarca çocuğun ve annenin hastalanmaları ve ölmeleri engellenebilecektir (5,23).

1972-1984 yılları arasında 42 ülkede yapılan dünya doğurganlık araştırması, doğum aralığının 12 aydan kısa olması halinde bebeklerin yaşam şansının %60-70 oranında azalacağını ve 20 yaşından küçük annelerden doğan bebeklerin ilk bir ay içinde ölüm riskinin, 20-30 yaş grubundaki annelere göre %24 oranında daha fazla olacağını ortaya koymuştur (24).

TİK tarafından en son belirlenen Ana Ölüm Hızı (AÖH) tahmini yüz bin canlı doğumda 100'dür. Türkiye'de 53 ilde hastane ölümleri incelenerek yapılan bir ulusal araştırmada bu değer 1998 yılı için yüz bin canlı doğumda 49 olarak bulunmuştur (25). Bu düzeyler Avrupa'nın 1990 verileri ile karşılaştırıldığında, Bulgaristan'da 17, Yunanistan'da 10, İsrail'de 7 ve İsviçre'de 6 olan anne ölüm oranlarına göre oldukça yüksektir (25).

TNSA-2003 verilerine göre toplam doğurganlık hızı son 25 yılda sürekli bir azalma göstererek yaklaşık yarıya (1978'de 4,33 iken, 2003'de 2,23) düşmüştür. Evli kadınların %34,4'ü son beş yıl içindeki doğumlarını planlamadıklarını belirtmişlerdir. Buna göre eğer tüm istenmeyen doğumlar önlenmiş olsaydı, toplam doğurganlık hızının 2,2 den 1,6'ya düşeceği hesaplanmıştır (4). Bu durum, Türkiye'de gebeliklerin önemli bir kısmının istenmeden ve planlanmadan meydana geldiğini göstermektedir.

Türkiye'de doğumların % 27'si 24 aydan kısa aralarla meydana gelmektedir. Bu sayı kırsal kesimde % 36,5'e çıkmaktadır. 25-29 yaş grubundaki kadınların %28'i, 45-49 yaş grubundakilerin %38'i 20 yaşından önce anne olmuştur (4). Türkiye'de hastanelerde yapılan bir çalışmada, anne ölümlerinin % 62,3'nün mevcut koşullarda, %24,2'sinin ileri koşullarda önlenileceği ve Türkiye'de gebeliklerin %68'inde bir yada daha fazla risk faktörü olduğu belirtilmiştir (25).

Yine 2003 TNSA sonuçlarına göre, kadınların %18,6'sı DÖB almamıştır. Türkiye'nin Doğu bölgesinde bu oran %60,6'ya çıkmaktadır. DÖB almayan kadınların oranında 1998 sonuçlarına göre %13,4'lük bir azalma olmakla beraber hizmetlerin niteliğine yönelik soru işaretleri vardır. Sağlık sistemindeki yetersizlikler nedeniyle gebeler için eğitim ve danışmanlık hizmetlerini de kapsayan temel bakım

uygulamalarının ihmal edildiği düşünülmektedir. Çünkü DÖB alanların ancak yarısı gebeliğinde dört ve daha fazla izlenmiştir (26).

### **2.9. Doğum Sonrası ve Yasal Tahliye Sonrası Verilecek Danışmanlık Hizmetleri**

Doğum sonrası yada yasal tahliye sonrası dönem, annelerin aile planlaması yöntemi kullanmaya en sıcak baktığı dönemlerden biridir (27). Bu dönemlerde yöntem uyumu ve yöntem kullanımının çok yüksek oranlarda olduğu bilinmektedir (27). Kadın ve bebek sağlığı dikkate alındığında iki gebelik arasında en az iki yıl olması gerektiği önerilmektedir. Bu nedenle, doğumdan hemen sonra kullanılacak kontraseptif yöntemin anne ve çocuk sağlığı yönünden oldukça önemli olduğu açıktır. Doğumun gerçekleştiği sağlık birimlerinde, doğum sonrası taburculuk işlemleri yapılmadan AP eğitim ve danışmanlığı konusunda yeterli süre mevcuttur. Bu sürenin iyi değerlendirilmesi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesine özen gösterilmesi uygun olacaktır (27). Devlet Planlama Teşkilatı 1997 yılı programında, doğum evleri ve doğum hizmeti veren hastanelerde gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması ve doğumlardan sonra doğum kontrol uygulamalarının yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (28).

### **2.10. Anne Sütü ve Emzirme ile İlgili Danışmanlık**

Anne ve bebek sağlığı açısından önemli diğer bir konu ise; anne sütü ve emzirmedir. Türkiye’de anne sütünün teşviki için 1991 yılından bu yana Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler programı yürütülmektedir. Bugüne kadar program kapsamında, doğum hizmeti veren 203 hastane eğitilmiş, bu hastanelerden 141’ine Bebek Dostu Hastane unvanı verilmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında anne sütü uygulamalarını yaygınlaştırmak için çalışmalar 2002 yılında başlatılmış, değerlendirmeler sonucunda 33 birinci basamak sağlık kuruluşuna Bebek Dostu Sağlık Kuruluşu unvanı verilmiştir. Ayrıca il genelindeki başarılı çalışmalarından dolayı Türkiye’de ilk kez Konya ili, Bebek Dostu İl olmuştur (29).

### **2.11. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Tarafından Önerilen DÖB Yönetim Rehberi**

Sağlık Bakanlığı’nın yayınlamış olduğu, uygulamada birlikteliği sağlamak ve hekimlerin klinik pratiklerinde yol gösterici olması amacıyla, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği işbirliğinde Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım Bilim Kurulu tarafından DÖB yönetimi rehberi

hazırlanmıştır (Ek 2). Bu rehberde göre ilgili personel öncelikle her izlemde gebe ve/veya aile yakınlarını karşılayarak uygun iletişimi kurmalı, bu amaçla da, gebeyi nazik bir şekilde karşılamalı; gerekli mahremiyeti sağlamalı; kendini mutlaka tanıtmalı; gebenin adını öğrenip sık sık adıyla hitap etmeli; gerekli olumlu beden dilini kullanmalı, aradaki mesafeyi fazla açmadan yüz yüze göz teması sağlamalıdır. Tüm aşamalarda soru sorabileceğini gebeye hatırlatmalıdır.

### **2.11.1. BİRİNCİ İZLEM**

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

#### **2.11.1.1. Öykü alma**

- a. Kişisel bilgiler
- b. Tıbbi öykü
- c. Obstetrik öykü
- d. Mevcut gebelik öyküsü

#### **2.11.1.2. Fizik muayene**

Gebenin boy, kilo ve kan basıncı ölçülür. Sistolik kan basıncının 140, diastolik kan basıncının 90 mmHg altında olması normal kabul edilir. Ciddi anemi bulguları kontrol edilir. Fetus kalp sesleri dinlenir. Fetus kalp atımları fetal steteskop ile 16-20, el doppleri ile 10-12. haftalardan itibaren duyulabilir. Gebenin, bebeğin ilk hareketlerini hissetme zamanını kaydetmesi istenir. Ardından risk değerlendirme formundaki sorgulamalar yapılır (Ek 1). Kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise izlemin uzman hekim danışmanlığı alınarak hangi basamakta devam edeceğine karar verilir. İzlem ikinci basamakta devam edecek ise gebenin yapılan müdahaleler ve izlem hakkında birinci basamağa bilgi vermesi konusunda gerekli danışmanlık verilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür.

#### **2.11.1.3. Laboratuvar testleri**

Bakteriüri ve proteinüri açısından idrar tahlili yapılmalıdır. İlk izlemde Rh uygunsuzluğu açısından gebenin ve eşinin kan grubuna mutlaka bakılmalıdır. Her izlemde

gebenin hemoglobin ölçümü yapılmalıdır. Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler yapılmalı, yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendirilmelidir.

#### **2.11.1.4. Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama**

İkinci trimesterin başından itibaren günde 40-60 mg/gün demir preparatı desteğine başlanmalıdır. Gebeliğin 12. haftasından itibaren tetanoz bağışıklaması yapılabilir. Gebenin geç tespit edilebileceği düşünülürse 4.ayda veya ilk izleminde birinci dozun yapılması uygundur. Aşı takvimine uygun olarak diğer dozlar devam edilir. Gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedaviler verilmelidir. İdrar yolu enfeksiyonu tedavisinin ardından kontrol izleminde hala enfeksiyon devam ediyorsa bir üst basamağa sevk edilmelidir.

#### **2.11.1.5. Bilgilendirme ve danışmanlık**

Gebeliğe bağlı olağan yakınmalar hakkında (yorgunluk, bulantı-kusma, kabızlık, cilt değişiklikleri, baş dönmesi vb.) gebeyi bilgilendirmek gerekir. Beslenme ve diyet, gebelikte cinsel yaşam, sigara ve alkol alışkanlıkları, gebelik tehlike işaretleri gibi konularda gebeye danışmanlık verilmelidir. Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyecekleri yol konusunda bilgilendirilmesi, doğum eylemi ve doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması, emzirme ve postpartum aile planlaması danışmanlığı, fetal anomaliler, tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında da danışmanlık verilmelidir.

#### **2.11.1.6. Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi**

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

### **2.11.2. İKİNCİ İZLEM**

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

#### **2.11.2.1. Öykü alma**

- a. Kişisel bilgiler
- b. Tıbbi öykü

- c. Obstetrik öykü (İlk izlemde kayıt edilen obstetrik öykü gözden geçirme)
- d. Mevcut gebelik öyküsünü gözden geçirme (gebeliğe bağlı olağan yakınmalar, gebelik tehlike işaretleri sorgulanmalıdır)
- e. Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt edilmelidir.

#### **2.11.2.2. Fizik muayene**

TA, kilo kaydedilir. Uterus yüksekliği ölçülür ve kaydedilir. Yaygın ödem kontrolü yapılır. Varis, tromboflebit bulguları açısından sistemik muayene yapılır. Karın ağrısı olan gebelere vaginal muayene yapılır. Fetus kalp sesleri dinlenir.

#### **2.11.2.3. Laboratuvar testleri**

Bakteriüri ve proteinüri açısından idrar tahlili yapılmalıdır. Her izlemde gebenin hemoglobin ölçümü yapılmalıdır. İlk izlemde bakılmadı ise gebenin ve eşinin kan grubuna bakılmalıdır. Anne Rh (-), baba Rh (+) ise İndirekt Coombs Testi yapılmalıdır. İndirekt Coombs testi sonucu (-) olanlar I.basamakta, (+) olanlar II. basamakta takip edilmelidir. Glukoz tarama testi yapılmalı ve Temel Obstetrik Ultrasonografi önerilmelidir.

#### **2.11.2.4. Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama**

Demir desteğine devam edilmelidir. Gerekliyse tetanoz toksoidi ile aşılamanın 20. ve 24. haftalarda birinci ve ikinci dozunun yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

#### **2.11.2.5. Bilgilendirme ve danışmanlık**

Birinci izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir. Ayrıca sevk gerektiren durum varlığına yönelik sorgulama ve değerlendirme yapılır. Risk değerlendirme formu kullanılarak gebeni kuruluştaki izlenebilirliği tekrar değerlendirilir.

#### **2.11.2.6. Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi**

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

### **2.11.3. ÜÇÜNCÜ İZLEM**

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

#### **2.11.3.1. Öykü alma**

- a. Kişisel bilgiler

- b. Tıbbi öykü
- c. Obstetrik öykü (İlk izlemde kayıt edilen obstetrik öykü gözden geçirme)
- d. Mevcut gebelik öyküsünü gözden geçirme

#### **2.11.2.2. Fizik muayene**

İkinci izlemde yapılanlara ilave olarak meme muayenesi yapılır ve çoğul gebelik varsa karın palpasyonu ve oskültasyonu ile tespit edilir.

#### **2.11.3.3. Laboratuvar testleri**

Bakteriüri ve proteinüri açısından idrar tahlili yapılmalıdır. Her izlemde gebenin hemoglobin ölçümü yapılmalıdır. İlk izlemde bakılmadı ise gebenin ve eşinin kan grubuna bakılmalıdır.

#### **2.11.3.4. Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama**

Demir desteğine devam edilmelidir. Tetanoz toksoidi ile aşılamanın iki dozunun da yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. İdrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlar varlığında gereken tedavi verilmelidir.

#### **2.11.3.5. Bilgilendirme ve danışmanlık**

Birinci izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir. Ayrıca erken doğum eylemi konusunda bilgi verilir.

#### **2.11.3.6. Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi**

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

### **2.11.4. DÖRDÜNCÜ İZLEM**

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

#### **2.11.4.1. Öykü alma**

- a. Kişisel bilgiler
- b. Tıbbi öykü
- c. Obstetrik öykü (İlk izlemde kayıt edilen obstetrik öykü gözden geçirme)
- d. Mevcut gebelik öyküsünü gözden geçirme

#### **2.11.4.2. Fizik muayene**

Üçüncü izlemde yapılanlara ilave olarak Leopold manevraları ve obstetrik değerlendirme amaçlı vaginal muayene yapılır

#### **2.11.4.3. Laboratuvar testleri**

Bakteriüri ve proteinüri açısından idrar tahlili yapılmalıdır. Her izlemde gebenin hemoglobin ölçümü yapılmalıdır.

#### **2.11.4.4. Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama**

Demir desteğine devam edilmelidir. İdrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlar varlığında gereken tedavi verilmelidir.

#### **2.11.4.5. Bilgilendirme ve danışmanlık**

Birinci izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir. Özellikle gebelikte tehlike işaretleri, doğum eylemi ve doğum, doğumun planlanması, emzirme ve postpartum aile planlaması danışmanlığı öncelikli olarak yapılmalıdır. 40. haftaya kadar doğum gerçekleşmezse gebenin doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna hemen başvurması konusunda bilgi verilmelidir.

#### **2.11.4.6. Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi**

İzlem fişinin bir örneği gebeye verilmelidir.

### **2.12. Serolojik Testler**

**Hepatit B:** HB<sub>s</sub>Ag anne adayının hepatit geçirip geçirmediğini saptamak için yapılan testtir. Eğer anne adayında HB<sub>s</sub>Ag (+) ise, doğum sırasında bebeğe geçme riskini önlemek için doğumdan hemen sonra bebeğe hiperimmünglobulin ve aşı yapılmalı, aşı doğumdan sonraki 2 ve 6. aylarda tekrarlanmalıdır. Halen Sağlık Bakanlığı'nın önerisi ile tüm yenidoğanlara hepatit aşısı yapılmaktadır. HB<sub>s</sub>Ag (-) gebelere, hastalığa karşı koruyucu olarak hepatit B aşısı yaptırımları önerilir.

**Rubella (Kızamıkçık):** Gebenin kızamıkçık geçirip geçirmediğini saptamak amacı ile Rb IgG bakılabilir. Eğer geçirmemiş yani Rb IgG(-) ise gebeliği boyunca dikkatli olması gerekmektedir. En doğru olan gebelik öncesi Rb IgG bakılması ve (-) ise



anne adayına aşı yapılmasıdır. Bu aşular canlı virüs aşuları olduğundan gebelikten en az 1 ay önce yapılmalıdır.

### 2.13. Görüntüleme

Gebelik yaşı tayini, anne karnındaki bebeğin sayısının, yaşayıp yaşamadığının, pozisyonunun, gelişiminin, amnion sıvısının ve plasentasının değerlendirilmesi, bir Down sendromu tarama testi olan ense saydamlığının ölçülmesi ve burun kemiğinin kısalığının araştırılması için ultrasonografi (USG) kullanılır. USG'de hafif serebral ventrikulomegali, choroid pleksus kisti, ekojenik intrakardiyak odak, konjenital kalp bozuklukları, artmış intestinal ekojenisite, duodenal atrezi ("double-bubble sign"), renal pelviste genişleme, kısa humerus ve femur, artmış iliak kanat açısı, klinodaktili ve 5. parmağın hipoplazisi, birinci ve ikinci ayak parmakları arasının ayırık olarak saptanması Down sendromunun araştırılmasını gerektiren şüpheli bulgular arasındadır.

Gebelik takipleri sadece USG ile yapılmamalıdır. İdeal olanı gebeliğin ilk anlaşıldığı günden sonraki haftada, ayrıca 12, 22, 32 ve 38. haftalar civarında ve doğum öncesinde kurallarına ve amacına uygun olarak ultrasonografi yapılmasıdır.

-İlk ya da erken dönem USG: Gebelik yaşının ve embriyo sayısının belirlenmesi için, bebeğin yaşayıp yaşamadığını, iç ya da dış gebelik tanısını koymak için

-11-14. haftalar arasında USG: Ense deri saydamlığı, burun kemiği varlığı ve bebekteki büyük anormalliklerin tespiti için

-22-24. haftalar arasında USG: Bebeğe anormallik varlığını, plasentanın yerini araştırmak ve rahim ağzı boyunu ölçmek için

-32. haftada USG: Bebeğin büyümesini değerlendirmek için

-38. haftada USG: Doğum zamanı gelen annenin ve bebeğin durumunun değerlendirilmek için yapılır.

Yaklaşık %2 gebede fetal anomaliye rastlanmaktadır. Gebeliğin 10-14 haftalarında yapısal anomalilerin yaklaşık %40'ı, 22-24 haftalarında %80'i ultrasonografi ile ortaya konulabilmekte ve tanınabilmektedir. Bunların daha ileri araştırmaları, gelişmiş merkezlerde ve Perinatoloji uzmanlarınca yapılır ve olası

sorunların tanınabilir. Ancak yine de %100 oranında sonuç almak imkan dahilinde değildir.

Vaginal yolla yapılan ultrasonografi, ikiz gebeliklerde plasenta sayısının ve kese sayısının belirlenmesi amacıyla kullanılır. Acı ya da rahatsızlık verici bir işlem değildir. Enfeksiyon ya da düşük riski taşımaz. Kural olmamakla birlikte daha çok, erken gebelik haftalarında, ilk 3 ay içinde gebelik tanısı, gebeliğin iç mi dış mı olduğu, gebeliğin yaşı, embriyo sayısının tespiti, embriyonun yaşayıp yaşamadığı ve bebeğin iç organlarının ve büyümesinin değerlendirilmesi için kullanılır. İlerleyen gebelik haftalarında, erken doğum eylemi tanısında ve taranmasında rahim ağzı boyunun ölçülmesi ve plasentanın önde gelip gelmediğinin araştırılması için kullanılır. Ayrıca çok sık olmamakla beraber gebeliğin son aylarında, başın doğum kanalına yerleştiği durumlarda kullanılabilir.

### **3. AMAÇLAR**

Hem annenin, hem de doğacak bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde doğum öncesi bakım (DÖB) ve doğum sonrası bakım önemli temel koruyucu hizmetlerdendir. DÖB, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, gebelikte sağlığın korunmasını ve sağlıklı bebeklerin doğmasını hedefler. Bu çalışmanın amaçları Aydın Doğumevi'nde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım durumlarını, doğum öncesi bakım alma üzerine etki eden faktörleri, doğum öncesi bakımın anne ve yeni doğan üzerine etkilerini saptamak ve katılımcıların DÖB ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

#### 4. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Servisinde doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. 2007 yılı Mart ve Temmuz ayları arasında doğum yapan, çalışmaya katılmaya gönüllü ardışık 150 kadın çalışmaya alınmıştır. Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi yıllardır bölgeye hizmet vermektedir. Verilen hizmet, nüfusun her kesimi ve il genelinde bilinmekte ve kabul görmektedir.

Çalışmamız katılımcıların gebelikleri süresince ve bir önceki gebeliklerinde doğum öncesi bakım alma durumlarını, DÖB ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını ve DÖB'in gebeye ve yeni doğana etkilerini değerlendirmek üzere yapılmış tanımlayıcı, kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Aydın ili İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Doğumevi Başhekimliği'nden izin alınmıştır. Anket formu konu ile ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra hazırlanmış, uygulanabilirliğinin sınanması ve eksikliklerinin değerlendirilmesi amacıyla 20 kişiye ön uygulama yapılmış, ardından gerekli düzenlemeler ve değişiklikler yapılarak son şekli verilmiştir. Anket formu katılımcılara, çalışmanın amaçları açıklandıktan ve sözlü onamları alındıktan sonra, bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Anket formumuz yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, aylık gelir, meslek gibi sosyodemografik özellikler; önceki gebelik, düşük, küretaj ve doğum ve yaşayan çocuk sayısı gibi doğurganlık özellikleri; annenin tıbbi özgeçmişi, son gebelik ve doğum ile ilgili özellikler; anne ve bebekte önceki gebeliklerdeki sağlık sorunu öyküsü; DÖB alma durumları ve sıklığı; bebeğin kilosu, boyu ve baş çevresi gibi özellikleri sorgulayan 64 adet kapalı soru ve DÖB ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları belirlemeye yönelik üç adet açık uçlu sorudan oluşmaktaydı (Ek 3).

#### **İstatistiksel analiz**

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi ve t- testi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için  $p < 0,05$  değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

## 5. BULGULAR

Araştırmamıza yaş ortalaması 22,6±2,9 olan 150 kadın dahil edildi. Katılımcıların %61,3'ü (s=92) ilköğretim mezunu idi ve %99,3'ünün (s=149) sosyal güvencesi bulunmaktaydı. Sosyal güvencesi olanların %34'ünü (s=51) Emekli Sandığı, %38'ini (s=57) Yeşil Kart oluşturmaktaydı. Katılımcıların %58,0'ı (s=87) ev hanımıydı. Eşlerin %24'ü (s=36) uzak akraba, % 11,3'ü (s=17) üçüncü derece, %8'i (s=12) ikinci derece akraba olmak üzere toplam 65 katılımcı akraba evliliği yapmıştı. Eşlerinin mesleklerine bakıldığında, %30,7'sinin (s=46) sağlık çalışanı dışında memur ve % 29,3'ünün (s=44) işçi olduğu görülmüştür. 150 olgumuzun %64,9'ünün (s=104) bilinen ciddi bir hastalığı bulunmazken, %10,7'si (s=16) diyabeti ve %7,3'ü (s=11) hipertansiyonu olduğunu ifade etti.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Çizelge 7'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

**Çizelge 7. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (150)	%
<b>Eğitim</b>		
Okuryazar	16	10,7
İlköğretim(ilkokul+ortaokul)	92	61,3
Lise	29	19,3
Üniversite	13	8,7
<b>Sosyal güvence</b>		
Yeşil Kart	57	38,0
Emekli Sandığı	51	34,0
Bağ-kur	29	19,3
SSK	12	8,0
Yok	1	0,7
<b>Meslek</b>		
Ev Hanımı	87	58,0
Tarım Çalışanı	19	12,7
Memur	14	9,3
Sağlık Çalışanı	11	7,3
Esnaf	7	4,7

Serbest	6	4,0
İşçi	6	4,0
<b>Eşinin mesleği</b>		
Sağlık Çalışanı Dışında Memur	46	30,7
İşçi	44	29,3
Serbest Meslek	34	22,7
Tarım Çalışanı	16	10,0
Esnaf	7	4,7
Sağlık Çalışanı	3	2,0
<b>Eşler arasında akrabalık</b>		
Akrabalık yok	85	56,7
Uzak akraba	36	24,0
İkinci derece akraba (hala, amca, dayı,teyze çocukları)	17	11,3
Üçüncü derece akraba	12	8,0
<b>Hastalık</b>		
Hastalığı yok	104	69,3
Şeker Hastalığı	16	10,7
Hipertansiyon	11	7,3
Astım (akciğer hastalığı)	11	7,3
Böbrek Hastalığı	3	2,0
Guatr	2	1,3
Karaciğer Hastalığı	2	1,3
Kalp Hastalığı	1	0,7

Çalışmaya alınan ve son gebelikleri doğumla sonuçlanan kadınların 14'ünün ilk gebeliği iken 136 katılımcı iki veya daha çok gebelik geçirmişti. Katılımcıların obstetrik bazı özelliklerine ilişkin bulgular Çizelge 8'de yer almaktadır.

**Çizelge 8. Katılımcıların obstetrik durumlarına ilişkin bazı özellikleri**

	<b>Ortalama±SD</b>
<b>İlk evlilik yaşı</b>	18,56±1,99
<b>İlk gebelik yaşı</b>	19,77±2,08
<b>Gebelik sayısı</b>	2,83±1,07
<b>Düşük sayısı</b>	0,39±0,56
<b>Küretaj sayısı</b>	0,11±0,31
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>	2,31±0,77
<b>Ölen çocuk sayısı</b>	0,03±0,18

Bir önceki doğumları, ortalama 1,5±0,8 yıl önce sonlanmış olup; önceki gebelikte DÖB alma oranı %72,1 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %38,7'si (s=45) önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşadıklarını belirtmişler ve en fazla yaşanan sağlık sorunları arasında kanama %14 (s=21) ile ilk sırada, idrar yolu enfeksiyonu %12,5 (s=17) ile ikinci sırada yer almıştır. Önceki gebeliğin sonlanma şekline baktığımızda %67,3'ünün (s=101) canlı normal doğum, %18,4'ünün (s=25) canlı sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır. Çizelge 9'da katılımcıların bir önceki gebeliklerine ilişkin bazı özellikleri ayrıntılı olarak verilmiştir.

**Çizelge 9. Katılımcıların bir önceki gebeliklerine ilişkin bazı özellikler**

	Sayı =136	%
<b>Önceki gebelikte DÖB alma</b>		
Evet	98	72,1
Hayır	38	27,9
<b>Önceki gebelikte sağlık sorunu</b>		
Yaşamadım	91	66,9
Kanama	21	15,4
İdrar yolu enfeksiyonu	17	12,5
Preeklampsi (tansiyonyüksekliği)	4	2,9
Diğer	3	2,3
<b>Önceki gebeliğin sonlanma şekli</b>		
Canlı -normal doğum	101	74,3
Canlı-sezaryen	25	18,4
Düşük	10	7,3
<b>Toplam</b>	<b>136</b>	<b>100</b>

Kadınların %97,3'ü (s=146) "Sizce DÖB gerekli midir?" sorusuna "evet" yanıtı vermiştir. Katılımcıların altısı (%4,0) son gebeliklerinde hiç DÖB almamıştır. En az bir kez DÖB alan kadınların oranı %96,0 (s=144) iken, yeterli DÖB (en az altı kez ve üzeri DÖB) alan kadınların oranı %90 (s=135) bulunmuştur. Canlı normal doğum oranı % 78,7 ve sezaryenle canlı doğum oranı ise %21,3 olarak saptanmıştır. DÖB almayanların %83,3'ü (s=5) maddi olanaksızlığı DÖB almama gerekçesi olarak gösterirken, %16,7 (s=1) oranında katılımcı nereden alınacağını bilemediğini ifade etmiştir. Son gebelikte idrar yolu enfeksiyonu en sık görülen (%12,7 ; s=19) sağlık sorunu olarak ifade edilmiştir. Katılımcıların %21,3'ü son doğumlarını sezaryen ile yapmışlardır(Çizelge 10).



**Çizelge 10. Katılımcıların son gebeliklerine ilişkin bazı özellikler**

	Sayı	%
<b>Son gebelikte DÖB alma</b>		
Evet	144	96,0
Hayır	6	4,0
<b>Son gebelikte yeterli DÖB alma</b>		
Evet	135	90,0
Hayır	15	10,0
<b>Son gebelikte sağlık sorunu</b>		
Yaşamadım	110	73,3
İdrar yolu enfeksiyonu	19	12,7
Kanama	16	10,7
Preeklampsi (tansiyon yüksekliği)	3	2,0
Diğer	2	1,3
<b>Son gebeliğin sonlanma şekli</b>		
Canlı -normal doğum	118	78,7
Canlı-sezaryen	32	21,3

Katılımcıların son gebeliği ve bir önceki gebeliğinde DÖB alma oranları karşılaştırıldığında son gebelikte DÖB alma oranının daha yüksek olduğu ancak bu yüksekliğin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (Çizelge 11).

**Çizelge 11. Katılımcıların bir önceki ve son gebeliklerinde DÖB alma durumlarının karşılaştırılması**

Önceki gebelikte DÖB alma durumu	Bu gebelikte DÖB alma durumu			p= 0,484 $\chi^2=0,491$
	Evet	Hayır	Toplam	
Evet	97 (%72,4)	1 (%50,0)	98 (%72,1)	
Hayır	37 (%27,6)	1 (%50,0)	38 (%27,9)	
<b>Toplam</b>	<b>134 (%98,5)</b>	<b>2 (%1,5)</b>	<b>136 (%100)</b>	

Son gebeliğinde DÖB alan 144 katılımcının %61,1'lik bir bölümü, bu hizmeti sağlık ocaklarından almışken, %23,6'sının AÇSAP, %13,2'sinin özel muayenehane, ve %2,1'inin devlet hastanesinden DÖB hizmeti aldığı saptanmıştır (Çizelge 12) .

**Çizelge 12. Katılımcıların son gebeliklerinde DÖB aldığı sağlık kuruluşları**

	Sayı	%
<b>DÖB alınan yer</b>		
Sağlık Ocağı	88	61,1
AÇSAP	34	23,6
Özel muayenehane	19	13,2
Devlet Hastanesi	3	2,1
<b>Toplam</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların %59,1'i (s=88) DÖB hizmetini pratisyen hekimden almışken, %18,8'i (s=28) ebe-hemşireden, %18,1'i (s=27) kadın doğum uzmanından, %4'lük (s=6) kısmı da aile hekiminden DÖB hizmeti aldığını ifade etmiştir (Çizelge13).

**Çizelge13. Katılımcıların son gebeliklerinde DÖB aldığı sağlık çalışanı**

	Sayı	%
<b>DÖB alınan sağlık çalışanı*</b>		
Pratisyen hekim	88	59,1
Ebe-Hemşire	28	18,8
Kadın doğum uzmanı	27	18,1
Aile hekimi	6	4,0
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100,0</b>

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Çizelge14'de katılımcıların son gebeliklerinde DÖB sırasında aldıkları hizmetler ayrıntılı olarak yer almaktadır. Buna göre DÖB hizmetlerinden idrar tahlilinin en yüksek oranda (%98) alınmış olduğunu görmekteyiz. Ağırlık ve boy ölçümü ile kan tahlili DÖB alan gebelerin %97,3'üne yapılarak ikinci sırada yapılan testler olmuştur. Gebelerin %95,3'üne en az bir kez tetanoz bağışıklama hizmeti verilmiş olup en az verilen DÖB hizmeti % 29 (s=19,3) oranıyla vajinal smear olarak tespit edilmiştir.

**Çizelge 14. Katılımcıların son gebeliklerinde DÖB sırasında aldıkları hizmetler**

	Sayı	%
<b>Alınan Hizmet</b>		
İdrar tahlili	147	98,0
Ağırlık- boy ölçümü	146	97,3
Kan tahlili	146	97,3
Kan basıncı ölçümü	144	96,0
Tetanoz aşısı uygulaması	143	95,3
Bebek kalp sesi dinlenmesi	129	86,0
Beslenme ile ilgili bilgilendirme	129	86,0
Emzirme ile ilgili bilgilendirme	124	82,7
Doğum şekli ile ilgili bilgilendirme	102	68,0
Sağlık tehlike belirtileri ile ilgili bilgilendirme	100	66,7
Ultrason yapılması	86	57,3
Aile planlaması ile ilgili bilgilendirme	79	52,7
Vajinal muayene	75	50,0
Vajinal smear	29	19,3

Çalışma grubundaki kadınların %21,3'ü son doğumlarında sezaryen ile doğum yaptıklarını ifade etmişti. Doğum şekli ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, üniversite mezunlarının %69,2'si (s=9) sezaryen ile doğum yaparken, ilköğretim mezunlarında bu oran sadece %10,9 idi ve eğitim düzeyi ile doğum şekli arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0,001$ ). Çizelge 15'te eğitim düzeyi ile doğum şekli arasında ilişki ayrıntılı olarak verilmiştir.

Doğum şekli ile sosyal güvence arasındaki ilişki Çizelge 16'da ayrıntılı olarak yer almaktadır. Yeşil kart sahibi olan 57 kadının %8,8'i (s=5) sezaryenle doğumu tercih etmiştir. Sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan kadınların ise %37,3'ü (s=19) sezaryenle doğum yapmıştır ve sosyal güvence ile doğum şekli arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır( $p=0,003$ ).

**Çizelge 15. Eğitim düzeyi ile doğum şekli arasındaki ilişki**

	Okur-yazar	İlköğretim	Lise	Üniversite	Toplam	
<b>Canlı-normal</b>	16 (%100)	82 (%89,1)	16(%55,2)	4 (%30,8)	118 (%78,7)	p< 0,001 $\chi^2=37,651$
<b>Canlı-sezaryen</b>	0 (%0)	10 (%10,9)	13 (%44,8)	42 (%100)	32 (%21,3)	
<b>Toplam</b>	16 (%100)	92 (%100)	29 (%100)	42 (%100)	150 (%100)	

**Çizelge 16. Sosyal güvence ile doğum şekli arasındaki ilişki**

	Güvence yok	SSK	Emekli Sandığı	Bağ-kur	Yeşil kart	Toplam	
<b>Canlı-normal</b>	0 (%0)	9 (%75)	32(%62,7)	25 (%86,2)	52 (%91,2)	118 (%78,7)	p= 0,003 $\chi^2= 8,644$
<b>Canlı-sezaryen</b>	1(%100)	3(%25)	19 (%37,3)	4 (%13,8)	5 (%8,8)	32 (%21,3)	
<b>Toplam</b>	1(%100)	12 (%100)	51 (%100)	29 (%100)	57 (%100)	150 (%100)	

Önceki gebeliğinde DÖB almayan 38 katılımcının %44,7'si yeşil kartlıydı. DÖB almama oranı yeşil kartlılarda yeşil kartlı olmayanlara göre daha yüksekti ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Çizelge 17).

Son gebelikte DÖB alımı ile sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamış olup; son gebelikte DÖB almayanların %50'si yeşil kartlı iken, %50'si de yeşil kart dışı sosyal güvenceye sahip idi (Çizelge 18).

Son gebeliğinde yetersiz DÖB (5 ve daha az DÖB) aldığını belirten 15 katılımcının %60'ı yeşil kartlı iken, yeterli DÖB (6 ve daha fazla DÖB) alan 135 katılımcının ise % 35,6'sı yeşil kartlı idi. Yeşil kartlılar daha yüksek oranda yetersiz DÖB almasına karşın sosyal güvence durumu ile son gebelikte yeterli sayıda DÖB alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Çizelge 19).

**Çizelge 17. Sosyal güvence durumu ile bir önceki gebelikte DÖB alımı arasındaki ilişki**

	Güvence yok	SSK	Emekli Sandığı	Bağ-kur	Yeşil kart	Toplam	
<b>DÖB almış</b>	1 (%1,0)	9 (%9,2)	39 (%39,8)	20 (%20,4)	29 (%29,6)	98 (%100)	p= 0,326 $\chi^2 =4,342$
<b>DÖB almamış</b>	0 (%0,0)	1(%2,6)	12 (%31,6)	8 (%21,1)	17 (%44,7)	38 (%100)	
<b>Toplam</b>	1(%0,7)	10 (%7,4)	51 (%37,5)	28 (%20,6)	46 (%33,8)	136 (%100)	

**Çizelge 18. Sosyal güvence durumu ile son gebelikte DÖB alma arasındaki ilişki**

	Güvence yok	SSK	Emekli Sandığı	Bağ-kur	Yeşil kart	Toplam	
<b>DÖB almış</b>	1 (%0,7)	11 (%7,6)	49 (%34,0)	29 (%20,1)	54 (%37,5)	144 (%100)	p= 0,722 $\chi^2 =2,074$
<b>DÖB almamış</b>	0 (%0,0)	1(%16,7)	2 (%33,3)	0 (%0,0)	3 (%50,0)	6 (%100)	
<b>Toplam</b>	1(%0,7)	12 (%8,0)	51 (%34,0)	29 (%19,3)	57 (%38,0)	150 (%100)	

**Çizelge 19. Sosyal güvence durumu ile yeterli sayıda DÖB alma arasındaki ilişki**

	Güvence yok	SSK	Emekli Sandığı	Bağ-kur	Yeşil kart	Toplam	
<b>Yetersiz DÖB</b>	0 (%0,0)	3 (%20,0)	2 (%13,3)	1 (%6,7)	9 (% 60,0)	15 (%100)	p= 0,069 $\chi^2 =8,711$
<b>Yeterli DÖB</b>	1 (%0,7)	9 (%6,7)	49 (%36,3)	28 (%20,7)	48 (% 35,6)	135 (%100)	
<b>Toplam</b>	1(%0,7)	12 (%8,0)	51 (%34,0)	29 (%19,3)	57 (%38,0)	150 (%100)	

Katılımcıların bazı obstetrik özellikleri ile DÖB alma arasındaki ilişkiye bakıldığında küretaj sayısı ve ölen çocuk sayısı ile yeterli DÖB alma arasında zayıf negatif korelasyon saptandı. Küretaj sayısı ve ölen çocuk sayısı arttıkça yeterli sayıda DÖB alma azalıyordu (sırasıyla  $p=0,034$  ve  $p=0,023$ ). Yeterli sayıda DÖB alma ile yaş, gebelik sayısı, düşük sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arasında korelasyon saptanmadı (Çizelge 20).

**Çizelge 20. Yaş, gebelik, düşük, küretaj ve yaşayan çocuk sayısı ile yeterli sayıda DÖB alma arasındaki ilişki**

	Yaş	Gebelik sayısı	Düşük sayısı	Küretaj sayısı	Yaşayan çocuk sa.	Ölen çocuk sa.
<b>DÖB sayısı</b>						
<b>r</b>	0,105	-0,052	0,032	-0,173	0,020	-0,186
<b>p</b>	0,201	0,527	0,695	0,034	0,805	0,023

Yetersiz sayıda DÖB alan katılımcıların sadece %6,7'si lise ve üstü eğitimliyken, yeterli sayıda DÖB alanların %30,4'ü bu gruptaydı. Lise ve üstü eğitimlilerde yeterli DÖB alma oranı ilkokul ve altı eğitimlilerden anlamlı olarak daha yüksekti (Çizelge 21).

**Çizelge 21. Eğitim durumu ile yeterli sayıda DÖB alımı arasındaki ilişki**

	İlköğretim ve altı	Lise ve üstü	Toplam	
<b>Yetersiz DÖB</b>	14 (%93,3)	1 (%6,7)	15 (%100)	$p=0,042$
<b>Yeterli DÖB</b>	94 (%69,6)	41 (%30,4)	135 (%100)	$\chi^2=3,909$
<b>Toplam</b>	108 (%72,0)	42 (%28,0)	150(%100)	

Yetersiz DÖB alan katılımcıların hepsi ev hanımıydı. Yeterli DÖB alanların ise sadece %53,3'ü ev hanımıydı. Ev hanımlarının yeterli DÖB alma oranları diğer meslek gruplarındaki kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü (Çizelge 22).

**Çizelge 22. Meslek ile yeterli sayıda DÖB alımı arasındaki ilişki**

	Ev hanımı	Diğer meslekler	Toplam	
<b>Yetersiz DÖB</b>	15 (%100)	0 ( %0,0 )	15 (%100)	p=0,001
<b>Yeterli DÖB</b>	72 (%53,3)	63 (%46,7)	135 (%100)	$\chi^2=12,660$
<b>Toplam</b>	87 (%58,0)	63 (%42,0)	150 (%100)	

Akraba evliliği yeterli sayıda DÖB alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Çizelge 23).

**Çizelge 23. Akraba evliliği ile yeterli sayıda DÖB alımı arasındaki ilişki**

	Akrabalık var	Akrabalık yok	Toplam	
<b>Yetersiz DÖB</b>	6 (%40)	9 (%60)	15 (%100)	p= 0,784
<b>Yeterli DÖB</b>	59 (%43,7)	76 (%56,3)	135 (%100)	$\chi^2=0,075$
<b>Toplam</b>	65 (%43,3)	85 (%56,7)	150 (%100)	

Katılımcıların ciddi bir hastalıklarının bulunmasıyla yeterli sayıda DÖB almaları arasındaki ilişkiye bakıldığında hastalığı olmanın yeterli DÖB alma üzerine anlamlı etkisi olmadığı saptandı (Çizelge 24).

**Çizelge 24. Hastalık varlığı ile yeterli sayıda DÖB alımı arasındaki ilişki**

	Hastalık yok	Hastalık var	Toplam	
<b>Yetersiz DÖB</b>	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100)	
<b>Yeterli DÖB</b>	94 (69,6)	41 (30,4)	135 (100)	P=0,813
<b>Toplam</b>	104 (69,3)	46 (30,7)	150 (100)	$\chi^2=0,056$



Gebelikleri sırasında sağlık problemi yaşayanların, problem yaşamayan olgulara oranla daha fazla DÖB aldıkları saptanmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Çizelge 25).

**Çizelge 25. Son gebelik sırasında sağlık problemi yaşanması ile yeterli DÖB arasındaki ilişki**

	Sağlık sorunu yok	Sağlık sorunu var	Toplam	
<b>Yetersiz DÖB</b>	14 (93,3)	1 (6,7)	15 (100)	
<b>Yeterli DÖB</b>	96 (71,1)	39 (28,9)	135 (100)	P=0,065
<b>Toplam</b>	110 (73,3)	40 (26,7)	150 (100)	$\chi^2=3,409$

Bir önceki gebeliğin sonlanma şekli ile yeterli DÖB alımı arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; yeterli DÖB alanların sezaryen doğum yapma oranlarının yetersiz DÖB alanlara göre daha yüksek olduğu ama istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır (Çizelge 26).

**Çizelge 26. Bir önceki gebeliğin sonlanma şekli ile yeterli DÖB alımı arasındaki ilişki**

	Canlı- normal doğum	Canlı- sezaryen	Düşük	Toplam	
<b>Yetersiz DÖB</b>	13 (%92,9)	0 (%0)	1 (%7,1)	14 (%100)	p =0,166
<b>Yeterli DÖB</b>	88 (%72,1)	25(%20,5)	9 (%7,4)	122(%100)	$\chi^2=3,596$
<b>Toplam</b>	101 (%74,3)	25(%18,4)	10(%7,4)	136(%100)	

DÖB alımının katılımcıların gebeliklerinde demir ve vitamin takviyesi almaları üzerine etkisini incelediğimizde; yeterli DÖB almış olanların sadece %10,1'i demir ve vitamin takviyesi almamış iken, yetersiz DÖB alanlarda bu oran %26,7'ye çıkmaktadır, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Çizelge 27).

**Çizelge 27. DÖB alımı ile demir-vitamin takviyesi alma arasındaki ilişki**

	<b>Demir-vitamin takviyesi almış</b>	<b>Demir-vitamin takviyesi almamış</b>	<b>Toplam</b>	
<b>Yetersiz DÖB</b>	11 (%73,3)	4 (%26,7)	15 (%100)	p =0,059
<b>Yeterli DÖB</b>	116(%89,9)	13 (%10,1)	129 (%100)	$\chi^2=3,552$
<b>Toplam</b>	127 (%88,2)	17 (% 11,7)	144 (%100)	

Yetersiz DÖB alanların %13,3'ü, yeterli DÖB alanların ise sadece %2,2'si doğum sırasında problem yaşadığını bildirmişti. Yeterli DÖB alanlarda doğum sırasında problem yaşama oranı daha düşüktü ancak bu fark anlamlı değildi (Çizelge 28).

**Çizelge 28. DÖB alma ile doğum sırasında problem yaşanması arasındaki ilişki**

	<b>Doğumda problem yaşamamış</b>	<b>Doğumda problem yaşamış</b>	<b>Toplam</b>	
<b>Yetersiz DÖB</b>	13 (%86,7)	2 (%13,3)	15 (%100)	p= 0,076
<b>Yeterli DÖB</b>	129 (%95,6)	3 (%2,2)	135 (%100)	$\chi^2=5,145$
<b>Toplam</b>	142 %(94,7)	5 (% 3,3)	150 (%100)	

DÖB alma ile beslenme düzeninde değişiklik yapılması arasındaki ilişkiye baktığımızda yeterli DÖB alanların daha az oranda beslenmede değişiklik yaptıkları gözlemlendi ancak bu fark anlamlı değildi (Çizelge 29).

**Çizelge 29. DÖB alma ile beslenmede değişiklik yapılması arasındaki ilişki**

	<b>Beslenme değişiklik yapmayanlar</b>	<b>Beslenme değişiklik yapanlar</b>	<b>Toplam</b>	
<b>Yetersiz DÖB</b>	3 (% 20,0)	12 (% 80,0)	15 (% 100)	p= 0,143
<b>Yeterli DÖB</b>	53 (%39,3)	82 (%60,7)	135 (%100)	$\chi^2=2,140$
<b>Toplam</b>	56 (%37,3)	94 (%62,7)	150 (%100)	

Yetersiz DÖB alan 15 katılımcının %13,3'ü canlı sezaryen doğum yapmış olup; yeterli DÖB alanlarda bu oran %22,2'ye çıkmaktadır. Yeterli DÖB alanların sezaryen doğum oranları artmakla birlikte aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (Çizelge 30) .

**Çizelge 30. DÖB alma ile son gebeliğin sonlanma şekli arasındaki ilişki**

	Canlı normal doğum	Canlı sezeryan	Toplam	
<b>Yetersiz DÖB</b>	13 (%86,7)	2 (%13,3)	15 (%100)	p= 0,425
<b>Yeterli DÖB</b>	105 (%77,8)	30 (%22,2)	135 (%100)	$\chi^2=0,636$
<b>Toplam</b>	118 (%78,7)	32 (%21,3)	150 (%100)	

DÖB alma ile ilk emzirme arasındaki ilişki incelendiğinde, yeterli DÖB alanların ilk 1 saatte bebeğini emzirme oranının, yetersiz DÖB alanlara göre daha düşük olduğu saptandı ancak bu düşüklük anlamlı değildi (p=0,092) (Çizelge 31).

**Çizelge 31. DÖB alma ile ilk emzirme zamanı arasındaki ilişki**

	ilk 1 saat içinde emzirme	Daha sonra emzirme	Toplam	
<b>Yetersiz DÖB</b>	13 (%86,7)	2 (%13,3)	15 (%100)	p= 0,092
<b>Yeterli DÖB</b>	88 (%65,2)	47 (34,8)	135 (%100)	$\chi^2=2,832$
<b>Toplam</b>	101 (%67,3)	49 (%32,7)	150 (%100)	

Çalışma grubundaki kadınların canlı olarak dünyaya getirdiği 150 bebeğin bazı demografik özellikleri Çizelge 32'de verilmiştir.

**Çizelge 32. Doğan bebeklerin demografik özellikleri**

	Min-Max	Ortalama±SD
<b>Kilo (gr)</b>	2900-4350	3923,71±264,24
<b>Boy (cm)</b>	45-52	47,93±1,12
<b>Baş çevresi (cm)</b>	35-39	36,65±0,95

Bebeklerini ilk olarak ne zaman emzirdikleri sorulduğunda, 101 katılımcı (% 67,3) ilk bir saat içinde, 49 katılımcı (%32,7) ilk bir saatin ardından emzirmeye

başladığını ifade etmiştir. Katılımcılarımızın %92'si (s=138) bebeklerini ilk olarak anne sütü ile beslediğini belirtmiştir (Çizelge 33).

**Çizelge 33. Bebeklerin doğum sonrasında ilk beslendikleri gıda türü**

	<b>sayı</b>	<b>%</b>
<b>Anne sütü</b>	138	92,0
<b>Su</b>	11	7,3
<b>Mama</b>	1	0,7
<b>Toplam</b>	150	100

Yeterli DÖB alıp almamanın bebeklerin boy, kilo ve baş çevresi ortalamasına etkisine baktığımızda yeterli DÖB alanlarda baş çevresi ölçüm ortalamasının bir miktar arttığını ancak bu artışın anlamlı olmadığını bulduk (Çizelge 34).

**Çizelge 34. DÖB alma ile bebeklerin boy, kilo, baş çevresi ortalamaları arasındaki ilişki**

	<b>Boy ortalaması (cm)</b>	<b>Kilo ortalaması (gr)</b>	<b>Baş çevresi ortalaması (cm)</b>	<b>Toplam</b>
<b>Yetersiz DÖB</b>	48,00±1,46	3876,67±373,62	36,19±0,78	15
<b>Yeterli DÖB</b>	47,93±1,08	3928,94±250,56	36,70±0,96	135
<b>Toplam</b>	47,93±1,12	3923,71±264,24	36,65±0,95	150
<b>p</b>	<b>0,809</b>	<b>0,469</b>	<b>0,052</b>	

Gebelikte sigara içilmesini tüm katılımcılar (s=150) yanlış buluyordu. Ancak %4,7 (s=7) katılımcı gebeyken de sigara kullandığını belirtti. Katılımcıların gebeliklerinde sigara kullanım durumları Çizelge 35’de verilmiştir.

**Çizelge 35. Katılımcıların gebelikte sigara kullanma durumu**

<b>Sigara kullanma durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet kullanıyorum gebeyken de kullandım	7	4,7
Evet kullanıyorum ama gebeyken bıraktım	40	26,7
Hayır kullanmıyorum	15	10
Kullanmıyorum ama yanımda sigara içildi	88	58,7

Katılımcıların %63,3’ünün aylık geliri 1500 YTL ve üzerinde idi. Bu gruptaki kadınların yeterli DÖB alma oranı gelir düzeyi düşük gruptakilere göre anlamlı olarak daha yüksekti (Çizelge 36).

**Çizelge 36. Gelir düzeyi ile yeterli sayıda DÖB alımı arasındaki ilişki**

	<b>Aylık gelir&lt;1499 YTL</b>	<b>Aylık gelir&gt;1500 YTL</b>	<b>Toplam</b>	
<b>Yetersiz DÖB</b>	10 (%66,7)	5 (%33,3)	15 (%100)	p= 0,011
<b>Yeterli DÖB</b>	45 (%33,3)	90 (%66,7)	135 (% 100)	$\chi^2=6,459$
<b>Toplam</b>	55 (%36,7)	95 (%63,3)	150(%100)	

Katılımcıların %22'si gebe olduğunu altıncı haftadan önce fark etmiş ve %46'sı gebelik testi yaptırmıştır. İlk gebelik muayenesini 0-12. haftalar arasında yaptıranların oranı %80,7'dir. Kadınların %32,7'si son gebeliğini planlamadığını belirtmiştir. DÖB sırasında katılımcıların %82,7'sine emzirme hakkında bilgi verilmiştir (Çizelge 37).

**Çizelge 37. Alınan DÖB hizmeti ve gebeliğin seyri ile ilgili bazı veriler**

	Sayı	%
<b>İlk gebelik muayenesi</b>		
0-12 hafta	121	80,7
13. haftadan sonra	28	18,7
<b>Gebeliği fark etme zamanı</b>		
0-5 hafta	33	22,0
6. haftadan sonra	117	78,0
<b>Gebelik testi yaptırma</b>		
Evet	69	46,0
Hayır	81	54,0
<b>Son gebeliğin istenmesi</b>		
Evet	101	67,3
Hayır	49	32,7
<b>DÖB sırasında aile planlaması ile ilgili bilgi verilmesi</b>		
Evet	79	52,7
Hayır	71	47,3
<b>DÖB sırasında emzirme ile ilgili bilgi verilmesi</b>		
Evet	124	82,7
Hayır	26	17,3

## 6. TARTIŞMA

Ülkemizde ve dünyada yapılan bir çok araştırma anne ölümlerinin, kadının toplumdaki statüsü ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (1-4,18,19,22,30). Sosyoekonomik düzeyi düşük ve kırsal bölgedeki toplumlarda annenin sağlık düzeyi yetersiz ve ölüm hızı çok yüksektir. Annenin sağlığı, morbiditesi ve mortalitesi sosyoekonomik düzey ile doğru orantılı olarak gelişmektedir (25). Geleneksel toplumumuzun kadına biçtiği en uygun rol eş ve annelik olduğu için eğitimi olmayan kadın erken yaşta evlendirilmekte ve hemen çocuk doğurması beklenmektedir. Kadın böylece toplumda kabul ve saygı görmekte; çok çocuğu olan kadının toplumsal konumu yükselirken eğitim, sosyal ve mesleki alanlarda ilerlemesi de engellenmektedir (26). Başta gelişme sürecindeki ülkeler olmak üzere; dünya genelinde anne ölümlerinin yüksek olduğu yerlerde kadınların sosyal statüsü düşük, gereksinimleri tamamen göz ardı edilmiş yada çocukluktan beri erkeklerin gereksinimlerinden sonra ikinci planda kalmıştır (31).

Anne ölümlerinin çoğunun, yeterli hizmet ile önlenbilir olduğu bilinmektedir. Aile planlaması hizmetleri, gebelik izlemeleri, doğumların eğitilmiş personel ile yaptırılması, gebelik ve doğumda yaşam kurtarıcı teknolojilerin kullanılmasıyla bu çeşit ölümleri önlemek mümkündür (4,32). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNNK) eylem programı, 1994 panelinde, anne ölümlerinin en yüksek ve en düşük olduğu bölgeler arasındaki farkın 2015 yılına kadar %50 oranında azaltılması hedeflenmiştir. Ayrıca, 2008 yılına kadar en az bir kez doktor veya eğitilmiş ebe/hemşireden doğum öncesi bakım alan gebe kadınların oranının %90'ın; 2013 yılına kadar doğum öncesi bakım hizmeti alan kadınların oranının %98'in; 2013 yılına kadar eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların oranının %98'in üzerine çıkarılması; perinatal ölüm hızının, en az binde 14'e düşürülmesi; yeni doğan ölüm hızının en az binde 9'a düşürülmesi de hedefler arasındadır.

Ülkemizin batısında bulunan bir il olan Aydın merkezde yaptığımız bu çalışmada DÖB hizmetlerinin yeterli olduğunu söyleyebiliriz. Katılımcılarımızın hemen tamamı (%96) en az bir kez, %90'ı da yeterli sayıda (altı ve üzeri) DÖB hizmeti almıştı. TNSA 2003 sonuçlarına göre Ege bölgesinde DÖB almama oranı %12,2'dir. Aydın il merkezinde yapılan bir çalışmada bu oran %11,3 olarak saptanmıştır (33). Çalışmamızın şehir merkezindeki bir hastanede yapılması, katılımcıların büyük çoğunluğunun sosyal güvence sahibi olması ve gelir düzeylerinin yüksek olması sonuçlarımızı olumlu yönde etkilemiş olabilir. Bizim çalışmamızda en az bir kez DÖB alanların oranı oldukça yüksek olup gelişmiş ülkelere

paralellik göstermektedir (15). TNSA 2003'te (4) DÖB almama nedeni olarak geleneksel nedenler ve sağlık personeline güvensizlik ilk sıradadır. Bizim çalışmamızda ise ekonomik sebepler ve bilgi eksikliği en sık nedenler olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda, katılımcılarımızın önceki gebeliklerinde DÖB alma oranı %72,1, son gebeliklerinde ise %96 olup, son gebelikte DÖB alma oranı daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Detroit'te yapılmış bir araştırmada adolesanların DÖB hizmetlerini 1,8 kat, istenmeyen gebeliği olan kadınların bu hizmeti 3.7 kat daha geç dönemde aldıkları gözlenmiştir (34). Aydın'da yapılmış bir başka çalışmada ise kadının yaşının DÖB alma durumunu etkilemediği tespit edilmiştir (33). Bizim çalışmamızda da, kadının yaşının DÖB alma durumunu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Kadınlara götürülen sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler; onların bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden sağlıklı olmaları ve statülerini yükseltmesi amacını taşıyan bir yaklaşımla yürütülmelidir (26). Hastane şartlarında antenatal ölümlerin %65'i, erken neonatal ölümlerin ise %78'inin önlenebileceği vurgulanmaktadır (35). Türkiye'de de, postneonatal mortalite için elde edilen gerileme görülür bir hızdadır (36). Ancak neonatal mortalite için aynı şeyleri söylemek zordur. Neonatal mortalite hızının antenatal bakım ve doğum yardımı ile fazla değişmemesinin iki açıklaması olabilir: ya mortalite daha fazla indirilemeyecek bir seviyeye gelmiştir, veya verilen bakım hizmeti yetersizdir. Bizim çalışmamızda antenatal ve neonatal ölüm yoktu, bunun nedeni katılımcılarımızın neredeyse tamamının DÖB hizmeti almış olması olabilir.

Hollanda'da yaşayan Türk vatandaşlarında bebek ve çocuk mortalitesi, Hollanda nüfusundan 2-3 kat fazla bulunmuştur (36). Bunun nedeni olarak, malformasyon, kaza, enfeksiyon ve geçici yer değiştirmeler gösterilmiştir. Görüldüğü gibi sağlık şartlarının daha iyi olduğu bir ülkede yaşamak bile, bazı sosyo-kültürel olumsuzlukları önlemede tek başına yeterli olamamaktadır. Bebek ve çocuk ölümlerinin düzeyi, genelde bir toplumdaki sağlık hizmeti düzeyini ve genel yaşam koşullarını yansıtır. Bu hizmet ve koşullar doğum öncesi ve doğum sonrası olarak ikiye ayrılırlar da bir bütünü oluşturan parçalardır (23). Çocuk ölümlerinin fazla olduğu ailelerde doğurganlığın arttığı tespit edilmektedir (5). Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda, kadının eğitim düzeyi yükseldikçe toplam çocuk sayısının düştüğü gözlenmektedir (37). Bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyinin çocuk sayısı üzerinde etkisi saptanmadı.

TNSA-2003 verilerine göre beş anneden dördü araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde bir sağlık personelinden DÖB almıştır (4). Doğum öncesi bakım alan annelerin oranı,



TNSA-1998'deki rakamlar temel alındığında %13 oranında artmıştır. Bizim çalışmamızda da benzer olarak kadınların son gebeliklerinde DÖB alma oranları bir önceki gebeliklerine göre artmış olarak bulundu.

DÖB alma oranı kırsal alanlarda yaşayan kadınlar için %65,8; kentsel alanlarda yaşayan kadınlar için ise %88,4'dür. Bizim çalışmamızın yapıldığı merkezin tüm Aydın iline hizmet veren iki doğum hastanesinden biri olduğu göz önüne alındığında, çalışmamızın sadece şehir merkezli değil, kırsal kesimi de içerdiği düşünülebilir ve DÖB alma oranı TNSA-2003 verilerinden daha yüksektir.

TNSA-2003'te kadının eğitimi yükseldikçe DÖB alma oranlarının arttığı gözlenmektedir. Okuryazar olmayan kadınların sadece % 54,3'ü bu hizmeti alırken orta ve daha fazla eğitimi olan kadınların % 98,9'u gebelik döneminde sağlık personeli tarafından izlenmektedir (4). Bizim çalışmamızda da eğitim seviyesi yükseldikçe ve kadınlar meslek sahibi olduklarında DÖB alma oranının arttığı saptandı. Lise ve üzeri eğitilmişler ile herhangi bir mesleği olan kadınların DÖB alma oranları daha yüksekti. Çalışmamızda gelir düzeyi daha iyi olanların daha yüksek oranda yeterli DÖB aldıkları saptandı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı'nda da kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ile toplumsal statüleri ve ekonomik düzey arasındaki olumlu bağlantı vurgulanmaktadır (38).

Sosyo-ekonomik koşulların kötü olduğu yerlerde çok sık aralıklarla çocuk doğurmak kadının genel sağlığını olumsuz etkilemektedir. Gebelik ve emzirme kadının beslenme gereksinimini önemli derecede artırmaktadır. Ancak, yoksulluk içinde olan kadının bunu yerine getirebilmesi mümkün değildir. Sağlıklı gebe bir kadının günlük ek kalori ihtiyacı ortalama 300 kcal'dir. Ayrıca, vitaminler, folik asit, demir ve diğer mineral gereksinimi de artmaktadır. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca kadın yeterince beslenememekte ayrıca, gebelik ve emzirme vücutlarına büyük zarar vermektedir (37). Doğurganlık döneminde bir kadının günlük demir gereksinimi yetişkin bir erkeğin gereksiniminden 3 kat daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelerde gebe olmayan kadınların yarısı, gebe olan kadınların da 2/3'ü klinik olarak anemiktir. Kadının vücudunun oksijenlenmesi azaldığından, anemi kadını halsiz ve iştahsız kılmakta, aynı zamanda doğum esnasında kanama ve diğer komplikasyonların riskini artırmaktadır (37). Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre kadınların % 46,5'inin gebeliklerinde vitamin ve/veya mineral aldığı, % 20,3'ünün demir ve vitamin ilaçlarını bir arada kullandıkları tespit edilmiştir (39). Bizim çalışmamızda ise, katılımcıların %50'sinin demir ve vitamin ilaçlarını birlikte kullandığı saptandı.

Katılımcıların %33,1'i önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdi ve en fazla yaşanan sağlık sorunları arasında kanama, literatüre uygun olarak ilk sırada yer almaktaydı (40,41).

Gebelikte sigara içilmesinin anne ve fetus sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinen bir durumdur. Bizim çalışmamızda tüm katılımcılar gebelikte sigara içilmesini yanlış bulduğunu ifade etmişti. Sigara içen 47 kadından %14,9'u gebeyken de sigaraya devam ettiğini, grubun %58,7'si ise pasif içici olduklarını belirtmişti. Gebelerin sigara içme sıklığı bizim çalışmamızla uyumlu olarak Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada % 20 (42), 1999 yılında Bursa'da yapılan çalışmada %16 (43), Sivas'ta %17 (44) olarak bildirilmiştir.

Tetanoz aşısı uygulanması DÖB hizmetleri içinde önemli bir yere sahiptir. Çalışmamızda gebelerin %95,3'üne az bir kez tetanoz aşısı yapıldığını saptadık. Benzer şekilde İzmir'de 2003 yılında yapılan bir çalışmada da gebelerin %90,4'ü son gebeliği sırasında en az bir kez tetanoz aşısı olmuş, %8,2'sinin aşısız ya da eksik aşıllı olduğu bulunmuştur (45).

DÖB hizmet alımı sırasında kadınlarımızın hemen hemen hepsinin boy ve kilosu, ve kan basınçları ölçülmüştü. TNSA-2003'te kadınların  $\frac{3}{4}$ 'ünün tartıldığı,  $\frac{1}{3}$ 'ünün boylarının ölçüldüğü bildirilmektedir. Aydın ilinde yapılan bir çalışmada bu oranlar %84 olarak verilmiştir. Bizim çalışmamızda kadınların  $\frac{3}{4}$  'üne idrar ve kan tahlili yapıldığı gözlenirken TNSA-2003'te bu oranlar %97-98 olarak verilmektedir.

Uzun yıllardır uygulanan ana sağlığı programlarının çoğu, komplikasyon riski taşıyan gebelerin tespit edilmesine odaklanmıştır. Bu tip yaklaşımların ana sağlığına birçok olumlu katkısı olmasına karşın, anne ölümlerinde arzu edilen düzeyde düşüşü sağlayamamıştır. Araştırmalar, komplikasyon oluşan birçok gebelikte bilinen bir risk faktörünün bulunmadığını göstermektedir (38). Bu nedenle bir gebe yeterli düzeyde doğum öncesi bakım alsa dahi, onda komplikasyon oluşup oluşmayacağı yada acil bakım hizmetine ihtiyacı olup olmayacağına önceden belirlenmesine yönelik bir yöntem bulunmamaktadır. Bu nedenle, tüm gebelerin gerektiğinde kullanabileceği, etkin bir acil bakım sisteminin geliştirilmesi gereği duyulmaktadır (38). Araştırmamızdaki gebelerin sadece üçte ikisi DÖB hizmeti alırken sağlıklarının tehlikede olduğunu gösteren belirtilerle ilgili bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir.

TNSA-2003 sonuçlarına göre sezaryen oranı %21,2, Batı Anadolu'da bu oran %30,7 olarak bildirilmektedir (4). Mevcut oranın Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen %5-15 hedefinin üzerinde olduğu görülmektedir. Bizim katılımcılarımızın beşte biri doğumlarını

sezaryenle yaptıklarını belirtmişti. Sezaryen oranımızın bölge oranından bir miktar düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda daha fazla DÖB alanların, lise ve üstü eğitimlilerin, yeşil kart dışında sosyal güvencesi olanların sezaryen oranları daha yüksek bulunmuştur ve bu bulgular TNSA-2003 verileri ile uyumludur(4).

Bebeklerin doğar doğmaz ilk bir saat içinde anne göğsüne koyularak emzirilmeleri sağlanmalıdır. Bununla birlikte ülkemizde bebeklerin sadece yarısı ilk bir saat içinde emzirilmekte ve bebeklerin sadece % 85'i ilk gün anne sütü almaktadır (46). Bu nedenle hastanelerimizin tamamının "Bebek Dostu Hastane" olması, anne ve bebeklerin 24 saat aynı odada tutularak emzirilmelerinin teşvik edilmesi gerekmektedir (11,12). 2003 TNSA sonuçlarına göre bebeklerin %54'ünün doğumdan sonraki ilk birkaç saat içinde emzirilmeye başladığı, %16'sının ise doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde hiç emzirilmediği ve bebeklerin %97'sinin bir süre emzirilmeye devam edildiği görülmektedir (4). Bu veriler anne sütü ile beslenmenin yaygın olduğunu, ancak çok önemli olmasına rağmen emzirmeye başlamanın çok geç olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızda ise, katılımcıların üçte ikisi ilk bir saat içinde emzirmeye başladığını ifade etmişti. DÖB sırasında emzirme ile ilgili bilgi alanların oranı %82,7, bebeklerini ilk olarak anne sütü ile besleyenlerin oranı %92 gibi yüksek oranlardı. Bu oranlar TNSA verilerine göre daha yüksektir ve emzirme danışmanlığı açısından DÖB hizmetinin yeterli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda yeterli DÖB alanlarla yetersiz DÖB alanlar arasında; gebelik sırasında beslenmede değişiklik yapılması, demir-vitamin alımı, doğum sırasında problem yaşanması, son gebeliğin sonlanma şekli ve bebeklerin boy ve kilosunda artış olması açısından anlamlı fark olmadığını, aksine yeterli DÖB alanların belenmelerini daha az değiştirdiğini saptadık. Bu durum DÖB hizmetinin nicelik olarak yeterli olmasına karşın nitelik olarak geliştirilmesi ve bu konuda farkındalık sağlanması gerektiğini düşündürebilir.

## **7. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Anne ve çocuk ölümlerinin düzeyi, genelde bir toplumdaki sağlık hizmeti düzeyini ve genel yaşam koşullarını yansıtır. Bu hizmet ve koşullar doğum öncesi ve doğum sonrası olarak ikiye ayrılırlar da bir bütünü oluşturan parçalardır. Doğum öncesi verilen hizmetin doğumdan sonrasını da etkilemesi beklenen bir gözlemdir.

Yenidoğan mortalitesinin nedenlerinin yaklaşık üçte biri konjenital malformasyonlara bağlı olarak gelişmektedir. Ülkemizde yine bu konuda sağlıklı veri bulunmadığı için, fetal ve neonatal mortalitede konjenital malformasyonların rolü tam olarak tespit edilememektedir.

Ancak neonatal mortalitenin bir kısmının önlenmesi için, major malformasyonların erken tanınması ve bu gebeliklerin yasal ve etik sınırlar içinde erken sonlandırılması ile mümkün olabilecektir. Diğer bir deyişle, antenatal bakım hizmetinin tam olarak verilmesi durumunda hem morbidite azaltılabilecek, hem de mortaliteden kaçınılamayacak durumlar erken dönemlerde saptanabilecektir.

2005 yılı ulusal anne ölümleri raporu gebeliğe bağlı anne ölümlerinin % 49,3'ünde, anne ölümlerinin de % 51,8 inde önlenilebilir faktörlerin etkisinin olduğu sonucunu ortaya koymuştur. Bu yüksek önlenilebilir faktörleri önlenilebilir kılmak için sağlık hizmeti veren birinci basamak pratisyen hekim ve ebeler ile ilgili faktörler, ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşanan yanlış tanı ve tedavi ile ilgili faktörler, sağlık hizmetlerinin sunumundaki malzeme ve donanımla ilgili faktörler, hane halkı ve toplumsal faktörler, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi gibi geniş bir konjonktürde sınıflandırabileceğimiz tedbir ve müdahalenin önemi vurgulanmıştır.

Gebelik ile ilgili ölümlerin ve hastalıkların önlenmesi bir insan hakları ve sosyal adalet sorunudur. Gebelik ve annelik ile ilgili sağlık hizmetlerinde 'tedavi edici' ve 'tıbbi' bakış açısı ile birlikte ve daha da önemli olarak 'koruyucu ve önleyici' bir yaklaşım sunulması anne mortalite ve morbiditesi sorununun daha etkili, daha insancıl bir şekilde ve daha düşük bir maliyetle çözülmesini sağlayacaktır. Her gebe kadın DÖB hizmetlerine erişim hakkına sahiptir. Her gebe kadın kanunlar çerçevesinde (10 haftaya kadar olan gebeliklerinde isteyerek, 10 haftadan sonraki gebeliklerde ise tıbbi gereklilik durumlarında) güvenli bir şekilde gebeliği sonlandırma ve ardından gerekli bakım hizmetlerini alma hakkına sahiptir. Sonuç olarak; doğum öncesi ve sonrası dönemde anne, fetus, yenidoğan ve bebek morbidite ve mortalitesini azaltmak için düşüklerde ve gebeliğe bağlı bebek ölümlerinde güvenilir bir kayıt sistemine geçilmesi gereklidir. TNSA-2003 sonuçlarına göre anne yaşının ileri olması (40+), kırsal bölgede doğum, eğitimsizlik, kısa doğum aralığı, yüksek parite ve düşük ağırlıklı bebek doğumu, mortalite hızlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak hangi grupların daha fazla risk altında oldukları belirlenebilir ve gebelik öncesi taramalar ile hizmet önceliği bu gruplara yönlendirilebilir.

İdeal olanı, her gebeye hak ettiği ve gereksinimi olan hizmeti verebilmektir. Özellikle kırsal kesimde yaşayan, doğum ve yeni doğan yönlerinden risk grubuna girenlerin zamanında tespiti ve sağlık kurumlarına zamanında yönlendirilmeleri önemlidir. Gebeliklerin daha

güvenli hale getirilmesi için verilen hizmetler uygun teknolojilerin kullanımı ile normal gebelik ve doğum süreçlerinde güvenli bir şekilde medikalize edilmiş olarak, kanıta dayalı, multidisipliner bir yaklaşımla, uygun bir sevk sistemiyle, bütüncül, etkili, aile merkezli, kültürel olarak kabul edilebilir bir şekilde ve kadınların karar verme sürecine dahil edilmesi ile kadınların onuruna, özel yaşamın mahremiyetine ve bilgilerin gizliliğine saygı gösterilerek verilmelidir.

## 8. KAYNAKLAR

1. İçli T. “Cumhuriyet döneminde Türk kadının sosyal konumu” Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi 2003;7: 11-56
2. 75. Yılda Kadınlar ve Erkekler – Bilanço 98. İş Bankası Yayınları 1998, İstanbul
3. Türkiye Üreme sağlığı programı <http://www.euro.who.int/document/ens/en65.pdf> adresinden 09.05.2008 tarihinde erişilmiştir.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003*, Ankara, 2004.
5. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005  
[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/english/summary\\_report.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/english/summary_report.pdf) adresinden 23.02.2008 tarihinde erişilmiştir.
6. Ellerbrock TV, Atrash HK, Hogue CJR, Smith JC. Pregnancy mortality surveillance: a new initiative. *Contemp Obstet Gynecol* 1988; 31: 23-24.
7. Maral I.. Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Dönem 5, Halk Sağlığı Stajı Ders Notları
8. Pernoll ML. Lange Medical Book Edit. *Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis ve Tedavi*. İstanbul: Barış Kitabevi;1994.
9. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Bursa: Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayınları;1993.
10. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.  
<http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/mevzuat/saghizyurutulmesiyonergesi.pdf> 04.04.2008 tarihinde erişilmiştir.
11. [http://\\_\\_sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf\\_dokumanlar/03\\_GA.pdf](http://__sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/03_GA.pdf) adresinden 04/01/2008 tarihinde ulaşılmıştır
12. [http://www.bebegimsagolsun.org/basin\\_bultenleri/Bebegim\\_Sag\\_Olsun\\_Basin\\_Bulteni\\_03Ekim07.doc](http://www.bebegimsagolsun.org/basin_bultenleri/Bebegim_Sag_Olsun_Basin_Bulteni_03Ekim07.doc) adresinden 02.05.2008 tarihinde erişilmiştir.
13. UNICEF Maternal Care Erişim Adresi: [http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreport-pdf/11\\_MaternalCare\\_D7341Insert\\_English.Pdf](http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreport-pdf/11_MaternalCare_D7341Insert_English.Pdf) adresinden 08.11.2008 tarihinde erişilmiştir.
14. UNICEF The state of worlds’ children. <http://unicef.org/publications/files/SOWC-2005-> adresinden 21.12.2007 tarihinde erişilmiştir.

15. Antenatal care in developing countries promises, achievements and opportunities, an analysis of trends, levels and differentials ,1990-2001 WHO,UNICEF [www.who.int/reproductivehealth/docs/antenatal-care.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/docs/antenatal-care.pdf) 12.02.2008 tarihinde erişilmiştir.
16. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ve Macro International Inc. 1994. *Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması* 1993, HÜNEE, Ankara
17. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ve Macro International Inc., 1999. *Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması* 1998, HÜNEE, Ankara
18. Kotelhuck M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of prenatal Care Index and proposed Adequacy of prenatal care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84:1414-1420
19. Paredes I, Hidalgo P, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *Int J Gynecol Obstet* 2005;88:168 - 172
20. [http://www.bsm.gov.tr/sunu/docs/ACSAP\\_UAOC.ppt](http://www.bsm.gov.tr/sunu/docs/ACSAP_UAOC.ppt) adresinden 24/02/2008 tarihinde erişilmiştir.
21. Atrash HK, Koonin LM, Lawson HW. Maternal mortality in the United States 1979-1986. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 1055-1060
22. Aksu F, Madazlı R, Özgön M, Budak E, Köse Y. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı ve Yoğun Bakım Ünitesi'nde Maternal Mortalite. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* <http://www.ctf.edu.tr/dergi/online/1998v29/s1/981a2.htm>.
23. Şen C., Yayla M. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçlarının Fetal, Perinatal ve Neonatal Prognoz Yönünden İrdelenmesi. *Perinataloji Dergisi* 2002;10:1-3.
24. Grant JP,Birleşmiş Milletler çocuklara yardım Fonu Genel Direktörü (1986), Dünya Çocuklarının Durumu 1986, UNICEF.
25. Akın A. Biliker MA, Güçiz BD, Mihçioğur S. Türkiye'de anne ölümleri ve nedenleri. *Aktüel Tıp Dergisi* 2001; 6:24-29
26. Taşkın L. Uluslararası sözleşmeler ışığında kadının durumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 8: 16-22
27. Naçar M., Öztürk A., Öztürk Y. Doğum sonrası dönemde verilen aile planlaması eğitiminin yöntem kullanmaya etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2003;25:122-130
28. Devlet Planlama Teşkilatı, 1997 yılı programı. Ankara: Başbakanlık Devlet Matbaası, 1997, s. 29

29. [http://www.unicef.org/turkey/pr/\\_mc9.html](http://www.unicef.org/turkey/pr/_mc9.html) adresinden 04.05.2008 tarihinde erişilmiştir
30. <http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/uremesagligi/uremehaklari.html> adresinden 08.01.2008 tarihinde erişilmiştir.
31. Tanrıverdi G, Bedir E, Seviğ Ü. Cinsiyetin Sağlıkla İlgili Bazı Davranış ve Görüşler Üzerindeki Etkileri. Koruyucu Hekimlik Dergisi 2007;6:435-440
32. Yıldızoğlu İ, Ökten Ş. Gebelerin DÖB Hizmetlerinden yararlanma durumları. Hemşirelik Forumu Dergisi 2001; 4(6):51-55
33. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6:137-141
34. Hulsley TM., Laken M, Miller V, Ager j. The influence of attitudes about unintended pregnancy on use of prenatal and postpartum care. J Perinatol 2000;20:13-9
35. Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP, Mackenbach JP. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. Med Care. 1998;36: 54-66
36. Erdem G, Önderoğlu L, Yurdakök M, Tekinalp G, Oran O. Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde 1994 yılı perinatal mortalite ve morbiditesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1996;39: 703-13
37. Roysten E, Armstrong S. Preventing Maternal Deaths. WHO, Geneva, 1989
38. [http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale\\_alanlari/guvenli\\_genel\\_bilgi.asp](http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/guvenli_genel_bilgi.asp) adresinden 02. 05.2008 tarihinde ulaşılmıştır
39. İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi. STED 2005;14:157-160
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ana ve Çocuk Ölümünü Önleme Projesi, 2005
41. Türkiye’de Anne-Çocuk durum analizi, T.C. Hükümeti-UNICEF işbirliği programı, Ankara, 1996:129-136
42. Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu S. Sakarya’da Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler. STED 2006;15:149-150.
43. Alp H, Selimoğlu MA, Yaman S. Gebelikte sigara kullanımının fetüse etkileri. İst. Çocuk Klin Derg 1995; 30: 80-83
44. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25: 157-164
45. Sönmez Y, Aksakoğlu G. Gebelikte Tetanoz Aşılama Durumu ve Etkileyen Etmenler STED 2005;14:212-216



**46.** [http://www.tr.net/saglik/cocuk\\_sagligi\\_beslenme.shtml](http://www.tr.net/saglik/cocuk_sagligi_beslenme.shtml) adresinden 04.05.2008 tarihinde erişilmiştir

**47.** <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2A4F192C55D7367761> adresinden 04.05. 2008 tarihinde erişilmiştir.

## 9. EKLER

### Ek 1. RİSK DEĞERLENDİRME FORMU (47)

Bu risk değerlendirme formu “**yüksek riskli gebeleri**” saptamak için kullanılır; tüm gebelere uygulanır. Bu form uzman görüşü alınarak izlem sayısı ve izlemin nerede, nasıl yapılacağı konusunda karar verilmesi içindir. Risk değerlendirme formu sevk kriterlerini içermez. Sevk kriterleri doğum öncesi bakım protokolünün içinde yer almaktadır. Bunlardan herhangi biri olmayan gebede de gebelik süresi içerisinde sevki gerektiren bir komplikasyon yaşanabilir.

**Hastanın Adı:** **Klinik Kayıt Numarası:**  
**Adres:** **Telefon:**  
**TC Kimlik Numarası:**

**Aşağıdaki tüm soruları karşılık gelen kutuyu işaretleyerek cevaplandırınız.**

#### OBSTETRİK ÖYKÜ

	Hayır	Evet
1. Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yeni doğan kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Erken doğum öyküsü (22-37 hf. arası)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anomalili bebek doğurma öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon? (Miyomektomi, septum ameliyatı, kone biyopsi, klasik CS servikal serklaj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### MEVCUT GEBELİK

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

#### GENEL TIBBİ ÖYKÜSÜ

	Hayır	Evet
17. İnsülin bağımlı diyabet hastası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Renal hastalık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kardiyovasküler hastalık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tiroid hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 21. Talasemi taşıyıcılığı                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Lütfen belirtin.
- 

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

## Ek 2. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi (47)

Her izlemde gebe ve/veya aile yakınlarını karşılayarak uygun iletişimi kurmak için şunları yapınız:

- Gebeyi nazik bir şekilde karşılama
- Gerekli mahremiyeti sağlama
- Kendini tanıtma
- Gebenin adını öğrenme ve kullanma
- Gerekli olumlu beden dilini kullanma
- İletişim için gerekli mesafeyi ayarlama
- Gebe ile yüz yüze olma, göz teması kurma
- Her aşamada soru sorabileceğini belirtme

### A. BİRİNCİ İZLEM

(Gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde, süresi 30 dakika olmalı)

Gebeyi değerlendirme basamaklarını uygulayınız.

#### 1. Öykü Alma

##### 1.1 Kişisel bilgilerini alınız.

- T.C Kimlik Numarası (biliniyorsa)
- Yaş (Doğum tarihi)
- Adres ve telefon numarası
- Medeni hali
- Akraba evliliği/derecesi
  - 1) Birinci derece akraba (kardeş çocukları arasında)
  - 2) İkinci derece akraba (kardeş torunları arasında)
- Yaşadığı ev tipi, büyüklüğü ve hane halkı sayısı
- Yaşadığı mekanın alt yapı koşulları; tuvalet, su kaynağı
- Yaşadığı mekanın elektrik ve ısınma kaynağı
- Eğitim düzeyi
- Ekonomik kaynakları;
  - 1) Kendi mesleği ve çalışma durumu
  - 2) Eşinin mesleği ve çalışma durumu
- Yaşadığı yerin en yakın sağlık kuruluşuna uzaklığı
- Ulaşım şartları
- Sosyal güvencesi

##### 1.2 Tıbbi öykü alınız.

- Kronik sistemik hastalıklar (Diabetes Mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, kr.böbrek hastalığı, epilepsi, tiroid hastalıkları vb.)
- Geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları (Tüberküloz, Brucella, paraziter hastalıklar, vb)
- CYBE öyküsü
- Madde bağımlılığı
- Toprak vb yeme
- Psikiyatrik hastalıklar
- Kan transfüzyonu
- Talasemi taşıyıcılığı
- Geçirilmiş operasyonlar

- Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar ( Histerotomi, myomektomi vb)
- İlaç allerjisi
- Aile öyküsü (Diabetes mellitus, tekrarlayan fetal anomaliler, çift yumurta ikizi vb.)
- Sürekli kullanılmak zorunda olduğu ilaçlar (Antiepileptikler, insülin, antihipertansifler vb).
- Gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi
- İnfertilite mevcut ise süresi, gördüğü tedaviler

### 1.3 Obstetrik öykü (Daha önceki gebelikleri ile ilgili)alınız.

- Bu gebeliği dahil toplam gebelik sayısı ( Gravida)
- Daha önceki doğum sayısı (Parite)
- Yaşayan çocuk sayısı
- Son gebeliğin sonlanma tarihi-yeri
- Gebenin her gebeliği ile ilgili öyküsünün ve gebelik sonucunun aşağıdakilere göre irdelenmesi;
  - Doğumların kim tarafından nerede yapıldığı
  - Gebeliklerin sonlanma şekli ve gebelik haftası (Canlı doğum, ölü doğum, kendiliğinden düşük, isteyerek düşük, ektopik gebelik, mol gebelik)
  - Bebek ölümü ve nedenleri
  - Çocuk ölümü ve nedenleri
  - Prematür doğum
  - Postmatür doğum
  - İkiz veya çoğul gebelik
  - Tekrarlayan birinci trimester düşükleri
  - Tekrarlayan ikinci trimester düşükleri
  - Yasal tahliye ve isteyerek düşük ve komplikasyonları
  - Gebelik sırasında yaşanan komplikasyonlar (Kanama,preeklampsi, eklampsi, gestasyonel diyabet, tromboz, emboli)
  - Doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar (Plasentanın erken ayrılması, plasenta previa, makat, transvers ve diğer prezentasyon anomalileri, uzamış doğum eylemi, üçüncü derece perine yırtıkları ve masif kanama, plasentanın elle çıkarılması )
  - Doğumun şekli (Normal doğum, sezaryen doğum, forseps veya vakumla müdahaleli doğum)
  - Doğum sonrası dönemde yaşanan komplikasyonlar (Sepsis, kanama, depresyon, meme absesi vb.)
  - Daha önceki canlı doğumlara ait yaşanan komplikasyonlar (Hidrops Fetalis, resüsitasyon veya başka tedavi almış yenidoğan, kromozomal anomali veya malformasyon, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği ve makrozomi)
  - Daha önceki canlı doğumlara ait bilgiler (cinsiyeti, doğum ağırlığı, anne sütü alma süresi)
  - Tetanoz toksoid immünizasyon uygulaması

### 1.4 Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Son Adet Tarihi (Son adet in ilk günü)  
Son adet tarihine (SAT) göre tahmini doğum tarihi Nagele kanununa göre hesaplanır: Tahmini Doğum Tarihi = SAT -3 ay + 7 gün  
Adetleri düzenli olmayan hastalarda gebelik haftasının SAT ile uyumlu olmayabileceği unutulmamalıdır.  
Bilinmiyorsa; İlk gebelik testi tarihi  
Gebelikten ilk şüphelendiği tarih  
Fetus hareketlerinin ilk hissedildiği tarih
- Adetlerinin düzeni
- Beklenen doğum tarihi
- Gebelik yakınmaları  
(Bulantı kusma, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb.yeme, sık idrara çıkma, meme hassasiyeti, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb...)
- Gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmalar  
(Vajinal kanama, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi)
- Alışkanlıkların sorgulanması (sigara, alkol, madde bağımlılığı)
- Kullandığı ilaçlar

## 2. Fizik Muayene:

- Gebenin boy ve kilosunu ölçünüz.
- Kan Basıncını ölçünüz (Sistolik kan basıncının 140, diastolik kan basıncının 90 mmHg altında olması normal kabul edilir).Nabzını sayınız.
- Ciddi anemi bulgularını kontrol ediniz  
El tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almakta güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı
- Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerini kontrol ediniz  
Nefes darlığı, öksürük, yüksek ateş vb.
- Göğüs ve kalp oskültasyonu yapınız
- Gebelik haftası ile uterus büyüklüğün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapınız.
- Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendiriniz
- Fetus kalp seslerini değerlendiriniz.  
Fetus kalp atımları fetal steteskop ile 16-20., el Doppleri ile 10-12. haftalardan itibaren duyulabilir
- Bebeğin ilk hareketlerini hissetme zamanını kaydetmesini isteyiniz.

## Fizik muayeneden sonraki bu aşamada risk değerlendirme formundaki sorgulamaları yapınız.

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile "evet" cevabı verilir ise, izlemin uzman hekim danışmanlığı alınarak hangi basamakta devam edileceğine karar verilir. İzlem ikinci basamakta devam edecek ise gebenin yapılan müdahaleler ve izlem hakkında birinci basamağa bilgi vermesi konusunda gerekli danışmanlık verilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür.

## 3.Laboratuvar Testleri :

### 3.1 İdrar tahlili:

- Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakınız

### 3.2 Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü:

- Her izlemde gebe hemoglobinine bakınız.

### 3.3 Kan grubu tayini:

- İlk izlemde gebenin ve eşinin kan grubuna Rh uygunsuzluğu açısından mutlaka bakınız.

### 3.4 Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler için sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendiriniz.

## 4. Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama:

### 4.1 İkinci trimesterin başından itibaren günde 40-60 mg/gün demir preparatı desteğine başlayınız.

“Gebelere Demir Destek Programı” akış çizelgesini kullanarak destek veya tedavi dozuna karar veriniz.

### 4.2 Tetanoz toksoidi ile aşılamayı yapınız.

Tetanoz bağışıklaması 12. haftadan itibaren yapılabilir. Gebenin geç tespit edilebileceği düşünülürse 4. ayda veya ilk izleminde birinci dozun yapılması uygundur. Aşı takvimine uygun olarak diğer dozlar devam edilir.

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

## 5. Bilgilendirme Ve Danışmanlık:

### 5.1 Gebeliğe bağlı olağan yakınmalar hakkında gebeyi bilgilendiriniz.

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Ciltteki değişiklikler
- Memelerde hassasiyet
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb. yeme

### 5.2 Aşağıdaki konularda gebeye danışmanlık veriniz.

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı

- o Tetanoz toksoid immünizasyonu
- o Gebelikte tehlike işaretleri:

Vajinal kanama  
Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)  
Başağrısı ile beraber görmede bozulma  
Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük  
Ciddi karın ağrısı  
Solunum güçlüğü veya sık solunum  
Suyunun gelmesi  
Yüz, el ve bacaklarda şişme

- 5.3 Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem konusunda bilgilendirilmesi  
5.4 Doğum eylemi ve doğum  
5.5 Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıın planlanması  
5.6 Emzirme  
5.7 Postpartum aile planlaması danışmanlığı  
5.8 Fetal anomaliler, tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında bilgilendirme yapınız.

## 6. Gebe İzlem Fişinin Kontrol Edilmesi :

- 6.1 İzlem sırasındaki tüm ayrıntıların izlem fişine yazılıp yazılmadığına dikkat ediniz.  
6.2 İzlem fişinin bir örneğini gebeye veriniz.  
Gebe başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar da buna göre planlanır.  
6.3 Bir sonraki izlem tarihini 18-24. haftalar (tercihan 20-22.haftalar) olarak belirleyerek randevu kartına yazınız.  
6.4 Kuruluşun telefon numarası, ilgili sağlık personelinin adı ve soyadını da aynı karta not ediniz.

## B. İKİNCİ İZLEM

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

**Gebeyi değerlendirme basamaklarını uygulayınız.**

### 1. Öykü Alma

#### 1.1 Kişisel bilgilerini alınız

- İlk izlemin ardından herhangi bir değişiklik olup olmadığını sorgulayınız.

#### 1.2 Tıbbi öykü alınız

- İlk izlemde kayıt edilen tıbbi öyküyü gözden geçiriniz.
- İlk izlemden bu yana oluşan hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varsa sorgulayınız.

#### 1.3 Obstetrik öykü (Daha önceki gebelikleri ile ilgili)alınız.

- İlk izlemde kayıt edilen obstetrik öyküyü gözden geçiriniz.

#### 1.4 Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Alışkanlıkları sorgulayarak (sigara, alkol, madde bağımlılığı) kontrol ediniz.
- İlk izlemden bu yana olan gebelik yakınmalarını sorgulayınız.



(Bulantı kusma, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb. yeme, sık idrara çıkma, meme ağrısı, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb...)

- İlk izlemde bu yana olan gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmaları sorgulayınız.  
(Vajinal kanama, kasılma nöbeti, baş ağrısı ile beraber görmede bulanıklık, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, yüz parmak ve bacaklarda şişme, fetus hareketlerinin hissedilmemesi, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi, suların gelmesi)
- Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt ediniz.
- Demir alımı ile ilgili yakınması varsa sorgulayınız.

## 2. Fizik Muayene:

- Gebenin kilosunu ölçünüz.
- Kan basıncını ölçünüz ve nabzını sayınız.
- Ciddi anemi bulgularını kontrol ediniz  
El tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almakta güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı
- Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerini kontrol ediniz.  
Nefes darlığı, öksürük, yüksek ateş vb.
- Göğüs ve kalp oskültasyonu yapınız. (Hekim Tarafından)
- Uterus yüksekliğini ölçünüz ve kaydediniz.
- Yaygın ödem kontrolünü yapınız.  
Gebeliğin son aylarında ayaklarda hidrostatik basınca bağlı olarak ödem ortaya çıkabilir.  
Vücudun üst kısmında (eller, göz kapakları) ödem gözlenmesi preeklampsinin ilk belirtisi olabilir.
- Diğer sistemik muayenelerini yapınız  
(varis, tromboflebit bulguları açınsan muayene edilir.)
- Vajinal muayene, karın ağrısı olan gebelerde yapılır. Suyu gelen ve kanaması olan gebelerde ise spekulum muayenesi yapılır. Bu hastalar II. basamakta takip edilir.
- Semptomatik Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon bulgusu varsa değerlendiriniz.
- Fetüs kalp seslerini uygun teknikle değerlendiriniz  
(Fetal kalp atımı 120-160/dakika olmalı)

## 3. Laboratuvar Testleri :

### 3.1 İdrar tahlili:

- Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakınız

### 3.2 Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü:

- Her izlemde gebe hemoglobinine bakınız.

### 3.3 Kan grubu tayini:

- İlk izlemde bakılmadı ise gebenin ve eşinin kan grubuna Rh uygunsuzluğu açısından mutlaka bakınız. Anne Rh (-), baba Rh (+) ise İndirekt Coombs Testi yapılmalıdır. İndirekt Coombs testi sonucu (-) olanlar I.basamakta, (+) olanlar II. basamakta takip edilmelidir.

### 3.4 Diğer muayene ve testler:

- Sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendiriniz. (Glukoz tarama testi)

- Bu izlemde Temel Obstetrik Ultrasonografi önerilir. ( Fetus sayısı, fetal kalp atımı, fetal biometrik ölçümler, plasenta lokalizasyonu, amniyotik sıvı miktarı değerlendirilir.)

#### **4. Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama:**

- 4.1 Başlamış olduğunuz, günde 40-60 mg/gün demir preparatı desteğine devam ediniz. "Gebelere Demir Destek Programı" akış çizelgesini kullanarak destek veya tedavi dozuna karar veriniz.
- 4.2 Gerekliyorsa tetanoz toksoidi ile aşılamanın 20. ve 24. haftalarda birinci ve ikinci dozunun yapılıp yapılmadığını kontrol ediniz.

#### **5. Bilgilendirme Ve Danışmanlık:**

##### **5.1 Gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında gebeyi bilgilendiriniz.**

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Ciltteki değişiklikler
- Mastodini
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salgınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb. yeme

##### **5.2 Aşağıdaki konularda gebeyi danışmanlık veriniz.**

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Gebelikte tehlike işaretleri:
  - Vajinal kanama
  - Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
  - Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma
  - Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
  - Ciddi karın ağrısı
  - Solunum güçlüğü veya sık solunum
  - Suyunun gelmesi
  - Yüz, el ve bacaklarda şişme
  - Fetus hareketlerinin hissedilememesi
  - Hızlı kilo alımı

5.3 Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem konusunda bilgilendirilmesi

5.4 Doğum eylemi ve doğum

5.5 Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağını planlanması

5.6 Emzirme

5.7 Postpartum aile planlaması danışmanlığı

## 6. Sevk Edilecek Durumlar:

- Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması
- Kanama ve lekelenme olması
- Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon ( 140/90mmHg üzerinde olması, başlangıç tansiyonunun sistolik 30 veya diastolik 15 mmHg'dan daha fazla yükselmesi) ve/veya proteinüri olması
- Uterus yüksekliği değerlendirildiğinde beklenen haftayla uyumlu olmaması (büyük veya küçük)
- Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması
- Bir önceki izlemde bakteriüri tespit edilen gebenin tedaviye rağmen bakteriürinin devam ediyor olması
- Tehlike işaretlerinin varlığı

**\* İkinci basamak sağlık kuruluşlarında yukarıdaki durumların her biri için ayırıcı tanı yapılarak tedavinin planlanması gereklidir.**

**Risk değerlendirme formunu kullanarak, gebenin kuruluştaki izlenebilirliğini tekrar değerlendiriniz.**

## 7. Gebe İzlem Fişinin Kontrol Edilmesi :

7.1 İzlem sırasındaki tüm ayrıntıların izlem fişine yazılıp yazılmadığına dikkat ediniz.

7.2 İzlem fişinin bir örneğini gebeye veriniz.

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

7.3 Bir sonraki izlem tarihini 30-32. hafta olarak belirleyerek randevu kartına yazınız.

7.4 Bu muayenenin yapıldığı sağlık kuruluşunun telefon numarası, ilgili sağlık personelinin adı ve soyadını da aynı karta not ediniz.

## C. ÜÇÜNCÜ İZLEM

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

**Gebeyi değerlendirme basamaklarını uygulayınız**

### 1.Öykü Alma

#### 1.1 Kişisel bilgilerini alınız

- İkinci izlemin ardından herhangi bir değişiklik olup olmadığını sorgulayınız.

#### 1.2 Tıbbi öykü alınız

- İlk ve ikinci izlemde kayıt edilen tıbbi öyküyü gözden geçiriniz.
- İkinci izlemden bu yana oluşan hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varsa sorgulayınız.

#### 1.3 Obstetrik öykü (Daha önceki gebelikleri ile ilgili)alınız.

- İlk izlemde kayıt edilen ve ikinci izlemde kontrol edilen obstetrik öyküyü gözden geçiriniz.

#### 1.4 Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Alışkanlıkları sorgulayarak (sigara, alkol, madde bağımlılığı) kontrol ediniz.
- İkinci izlemde bu yana ortaya çıkan gebelik yakınmalarını sorgulayınız.  
(Bulantı kusma, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb. yeme, sık idrara çıkma, memede hassasiyet, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb...)
- İkinci izlemde bu yana ortaya çıkan gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmaları sorgulayınız.  
(Vajinal kanama, konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bulanıklık, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, yüz parmak ve bacaklarda şişme, fetus hareketlerinin hissedilmemesi, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi, suyunun gelmesi)
- Fetus hareketlerinin varlığını sorgulayınız.
- Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt ediniz.
- Demir alımı ile ilgili yakınması varsa sorgulayınız.

#### 2. Fizik Muayene:

- Gebenin kilosunu ölçünüz.
- Kan basıncını ölçünüz ve nabzını sayınız.
- Ciddi anemi bulgularını kontrol ediniz  
El tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almakta güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı
- Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerini kontrol ediniz.  
Nefes darlığı, öksürük, yüksek ateş vb.
- Uterus yüksekliğini ölçünüz ve kaydediniz.
- Çoğul gebelik varsa karın palpasyonu ve oskültasyonu ile tespit edilmesi
- Yaygın ödem kontrolünü yapınız.  
Gebeliğin son aylarında alt ekstremitelerde hidrostatik basınca bağlı olarak ödem ortaya çıkabilir. Vücudun üst kısmında (eller, göz kapakları) ödem gözlenmesi preeklampsinin ilk belirtisi olabilir.
- Diğer sistemik muayenelerini yapınız  
(Varisler, tromboflebit bulguları vb)
- Meme muayenesini yapınız.
- Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendiriniz.
- Fetus kalp seslerini el Doppleri veya fetal stetoskop ile değerlendiriniz  
(Fetal kalp atımı 120-160/dakika olmalı)

#### 3. Laboratuvar Testleri :

##### 3.1 İdrar tahlili:

- Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakınız

##### 3.2 Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü:

- Her izlemde gebe hemoglobinine bakınız.

##### 3.3 Kan grubu tayini:

- İlk iki izlemde bakılmadı ise gebenin ve eşinin kan grubuna Rh uygunsuzluğu açısından mutlaka bakınız.

**3.4 Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler** için sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendiriniz.

#### **4. Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama:**

- 4.1 Başlamış olduğunuz, günde 40-60 mg demir preparatı desteğine devam ediniz..  
“Gebelere Demir Destek Programı” akış çizelgesini kullanarak destek veya tedavi dozuna karar veriniz.
- 4.2 Tetanoz toksoidi ile aşılanmanın iki dozunun da yapılıp yapılmadığını kontrol ediniz.
- 4.3 Gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedavileri veriniz.

#### **5. Bilgilendirme Ve Danışmanlık:**

##### **5.1 Gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında gebeyi bilgilendiriniz.**

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Ciltteki değişiklikler
- Memede hassasiyet
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb. yeme

##### **5.2 Aşağıdaki konularda gebeyi danışmanlık veriniz.**

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Gebelikte tehlike işaretleri:
  - Vajinal kanama
  - Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
  - Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma
  - Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
  - Ciddi karın ağrısı
  - Solunum güçlüğü veya sık solunum
- Suyunun gelmesi
- Yüz, el ve bacaklarda şişme
- Fetus hareketlerinin hissedilememesi

- Hızlı kilo alımı
- 5.3 Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem konusunda bilgilendirilmesi
  - 5.4 Erken doğum eylemi (rahim kasılmalarının düzenli ve kuvvetli gelmesi, kanamanın buna eşlik etmesi, nişan gelmesi) konusunda gebenin bilgilendirilmesi
  - 5.5 Doğum eylemi ve doğum
  - 5.6 Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağını planlanması
  - 5.7 Emzirme
  - 5.8 Postpartum aile planlaması danışmanlığı

## 6. Sevk Edilecek Durumlar:

- Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması
- Kanama ve lekelenme olması
- Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon ve/veya proteinüri olması
- Uterus yüksekliğinin (fundus – pubis mesafesi) beklenen haftaya göre büyük veya küçük olması (  $\pm 4$ cm.)
- Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el Doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması
- Bir önceki izlemde bakteriüri tespit edilen gebenin tedaviye rağmen bakteriürinin devam ediyor olması
- Tehlike işaretlerinin varlığı
- Çoğul gebelik şüphesi olması (Doğrulamak ve doğumu planlamak üzere)

\* İkinci basamak sağlık kuruluşlarında yukarıdaki durumların her biri için ayırıcı tanı yapılarak tedavinin planlanması gereklidir.

Risk değerlendirme formunu kullanarak, gebenin kuruluştaki izlenebilirliğini tekrar değerlendiriniz.

## 7. Gebe İzlem Fişinin Kontrol Edilmesi :

- 7.1 İzlem sırasındaki tüm ayrıntıların izlem fişine yazılıp yazılmadığına dikkat ediniz.
- 7.2 İzlem fişinin bir örneğini gebeye veriniz.  
Gebe başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar da buna göre planlanır.
- 7.3 Bir sonraki izlem tarihini 36-38. hafta olarak belirleyerek randevu kartına yazınız.
- 7.4 Kuruluşun telefon numarası, ilgili sağlık personelinin adı ve soyadını da aynı karta not ediniz.

## DÖRDÜNCÜ İZLEM

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

Gebeyi değerlendirme basamaklarını uygulayınız

### 1.Öykü Alma

#### 1.1 Kişisel bilgilerini alınız

- Üçüncü izlemin ardından herhangi bir değişiklik olup olmadığını sorgulayınız.

## 1.2 Tıbbi öykü alınız

- İlk üç izlemde kayıt edilen tıbbi öyküyü gözden geçiriniz.
- İlk üç izlemden bu yana oluşan hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varsa sorgulayınız.,

## 1.3 Obstetrik öykü (Daha önceki gebelikleri ile ilgili)alınız.

- Obstetrik öykünün son kez gözden geçiriniz.

## 1.4 Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Alışkanlıkları sorgulayarak (sigara, alkol, madde bağımlılığı) kontrol ediniz.
- Üçüncü izlemden bu yana ortaya çıkan gebelik yakınmalarını sorgulayınız.  
(Karın ağrısı, kasılmalar, bulantı kusma, ptializm, pika, sık idrara çıkma, memede hassasiyet, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb...)
- Üçüncü izlemden bu yana ortaya çıkan gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmaları sorgulayınız.  
(Vajinal kanama, konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bulanıklık, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, yüz parmak ve bacaklarda şişme, fetus hareketlerinin hissedilmemesi, kostovertebral açı hassasiyeti günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi, suların gelmesi)
- Fetus hareketlerinin varlığını sorgulayınız.
- Demir dışında ilaç alımı varsa sorgulayınız
- Demir alımı ile ilgili şikayeti varsa sorgulayınız

## 2. Fizik Muayene:

- Gebenin kilosunu ölçünüz.
- Kan basıncını ölçünüz ve nabzını sayınız.
- Ciddi anemi bulgularını kontrol ediniz  
El tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almakta güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı
- Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerini kontrol ediniz.  
Nefes darlığı, öksürük, yüksek ateş vb.
- Uterus yüksekliğini ölçünüz ve kaydediniz.
- Fetusun gelen kısmı ve pozisyonunun değerlendirilmesi açısından Leopold manevralarını yapınız.
- Çoğul gebelik varsa karın palpasyonu ve oskültasyonu ile tespit edilmesi
- Yaygın ödem kontrolünü yapınız.  
Gebeliğin son aylarında alt ekstremitelerde hidrostatik basınca bağlı olarak ödem ortaya çıkabilir. Vücudun üst kısmında (eller, göz kapakları) ödem gözlenmesi preeklampsinin ilk belirtisi olabilir.
- Diğer sistemik muayenelerini yapınız (varisler, tromboflebit bulguları vb)
- Meme muayenesini yapınız.
- Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendiriniz.
- Fetus kalp seslerini el Doppleri veya fetal steteskop ile değerlendiriniz.  
(Fetal kalp atımı 120-160/dakika olmalı)
- Obstetrik değerlendirme amaçlı vajinal muayene yapınız (pelvik yapı, serviks, prezente olan kısım)

## 3. Laboratuvar Testleri :

### 3.1 İdrar tahlili:

- Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakınız.

### **3.2 Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü:**

- Her izlemde gebe hemoglobinine bakınız.

### **4. Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama:**

**4.1** Başlamış olduğunuz, günde 40-60 mg demir preparatı desteğine devam ediniz..

“Gebelere Demir Destek Programı” akış çizelgesini kullanarak destek veya tedavi dozuna karar veriniz.

**4.2** Gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedavileri veriniz.

### **5. Bilgilendirme Ve Danışmanlık:**

#### **5.1 Gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında gebeyi bilgilendiriniz.**

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Ciltteki değişiklikler
- Meme hassasiyeti
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb. yeme

#### **5.2 Aşağıdaki konularda gebeyi danışmanlık veriniz.**

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Gebelikte tehlike işaretleri: \*
- Vajinal kanama
- Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
- Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma
- Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
- Ciddi karın ağrısı
- Solunum güçlüğü veya sık solunum
- Sularının gelmesi
- Yüz, el ve bacaklarda şişme
- Fetus hareketlerinin hissedilememesi



- Doğum eylemi ve doğum \*
- Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıın planlanması \*
- Emzirme \*
- Postpartum aile planlaması danışmanlığı \*

**\*Özellikle bu konulardaki danışmanlıkların verilmesi bu haftalardaki izlem için önceliklidir.**

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

#### **6. Sevk Edilecek Durumlar:**

- Hemoglobinin 7 g/dl ve altında olması
- Kanama ve lekelenme olması
- Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon ve/veya proteinüri olması
- Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el Doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması
- Bir önceki izlemde bakteriüri tespit edilen gebenin tedaviye rağmen bakteriürinin devam ediyor olması
- Tehlike işaretlerinin varlığı
- Çoğul gebelik şüphesi olması (Doğrulamak ve doğumu planlamak üzere)
- Makat prezentasyonu şüphesi

**\* İkinci basamak sağlık kuruluşlarında yukarıdaki durumların her biri için ayırıcı tanı yapılarak tedavinin planlanması gereklidir.**

#### **7. Gebe İzlem Fişinin Kontrol Edilmesi :**

7.1 İzlem sırasındaki tüm ayrıntıların izlem fişine yazılıp yazılmadığına dikkat ediniz.

7.2 İzlem fişinin bir örneğini gebeye veriniz.

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

#### **GENEL AÇIKLAMA**

Risk değerlendirme formunu kullanarak, gebenin kuruluştaki izlenebilirliğini tekrar değerlendiriniz. Herhangi bir risk varlığında buna uygun izleme planı yapılarak gebe takip edilir.

Yukarıda detayları belirtilen izlemler gebelik boyunca yapılması öngörülen asgari izlemlerdir. İzlemi yapan sağlık çalışanının veya gebenin ihtiyaç duyması halinde izlem sayısı ve yöntemi yeniden düzenlenir.

Bu rehber, uygulamada birlikteliği sağlamak ve hekimlerin klinik pratiklerinde yol gösterici olması amacı ile, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği işbirliğinde Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım Bilim Kurulu tarafından hazırlanmıştır.

Doğum Öncesi Bakım Rehberi değişmez kurallar dizisi değildir ve hastaya sunulan hizmetlerin hukuki standartlarını oluşturmaz. Tıbbın ana prensibi olarak hastalık değil hasta vardır kuralına uygun olarak her hastanın durumunun kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilmesini temel prensip olarak kabul eder.

### Ek 3. Anket Formu

1. Yaş:.....
2. Medeni hal: Evli Dul Boşanmış Bekar
3. Eğitim durumu: Okur yazar değil Okur yazar İlkokul Orta mezunu  
Lise mezunu Yüksek okul
4. Sosyal güvence: Yok SSK Emekli sandığı Bağ-Kur Yeşil kart
5. Eşinizin mesleği nedir?
6. Eşiniz ile akrabalık var mı?  
Hayır 1. dereceden akrabam 2. dereceden akrabam  
Uzak akrabam
7. İlk adet yaşınız:.....
8. İlk evlilik yaşınız:.....
9. İlk gebelik yaşınız:.....
10. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi yada hangileri sizde var?  
Hipertansiyon Şeker Hastalığı Guatr  
Astım Kalp hastalığı  
Karaciğer hastalığı Böbrek hastalığı Diğer .....
- Bildiğim hiçbir hastalığım yok
11. Gebeliğiniz sırasında bebeği etkileyebilecek ilaç yada radyasyona maruz kaldınız mı?  
Evet Hayır
12. Sigara kullanıyor musunuz?  
Evet ama gebeyken bıraktım Hayır kullanmıyorum  
Evet kullanıyorum gebeyken de kullandım
13. Mesleğiniz  
Ev hanımı Öğretmen Memur İşçi Diğer
14. Bu gebeliğiniz süresince DÖB (doğum öncesi bakım) aldınız mı?  
Evet Hayır
15. Evetse DÖB alınan yer neresiydi?  
Sağlık ocağı AÇSAP Özel muayenehane  
Devlet hastanesi Özel hastane Üniversite H.
16. Bu gebeliğinizde kaç kez izlem yapıldı?  
5 veya daha az izlem 6 veya daha fazla izlem gördüm.

17. Bu doğumdan önceki gebeliklerinizde doğum öncesi bakım aldınız mı?
18. Bu doğum dahil kaç kez gebe kaldınız?.
19. Kaç kez düşük yaptınız?
20. Kaç kez küretaj oldunuz?
21. Bu bebek dahil yaşayan çocuk sayısı?
22. Ölen çocuk sayısı?
23. Bir önceki gebeliğiniz şu andan ne kadar önce sonlandı?
24. Şu anki gebeliğinizin sonlanma şekli?
- Canlı-normal doğum      Canlı-sezeryan      Ölü doğum  
Düşük      Küretaj
25. Şu anki gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?
- Hayır yaşamadım? Kanama ( düşük tehtidi)  
Preeklampsi (tansiyon yüksekliği)  
İdrar yolu enfeksiyonu
26. Bir önceki gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?
- Hayır yaşamadım? Kanama ( düşük tehtidi) ,  
Preeklampsi (tansiyon yüksekliği)  
İdrar yolu enfeksiyonu
27. Demir –vitamin takviyesi aldınız mı?
- Hayır almadım      Evet demir ilacı kullandım      Evet vitamin ilacı kullandım  
Evet hem vitamin hem de demir ilacı kullandım
28. .Doğum sırasında meydana gelen komplikasyonlar nelerdi?
- Doğumda hiçbir sorun yaşamadım. Erken prematür doğum.  
Sefalopelvik uygunsuzluk (bebeğin başı leğen kemiğinden daha büyük)  
Fetal stres (bebeğin makat ters gelmesi)      Bebekte kordon dolanması  
Mekonyum aspirasyonu (bebeğin kakasını yutması)  
Fetal anomali (bebekte kendiliğinden doğumsal anomali)
29. Gebeliğiniz sırasında beslenmenizde değişiklik yaptınız mı?
- Evet      Hayır
30. Gebelik sırasında kaç kilo aldınız?
31. Gebelik testi yaptırdınız mı?
- Test yaptırdım      Test yaptırmadım
32. Gebeliğinizi ne zaman fark ettiniz?

0-5 haftalar arasında 6. hft'dan sonra fark ettim

33. İlk gebelik muayenenizi gebeliğinizin kaçınıcı haftasında yaptırдыңız?

0-12. hft arasında 13.hft'dan sonra

34. DÖB(doğum öncesi bakım) aldıysanız DÖB veren kişi kimdi.

Ebe-hemşire Hekim Diğer

35. Çoğul gebelik (ikiz-üçüz) Var Yok

36. Daha önceki gebelikte doğduktan sonra bebek ölümü ? Var Yok

37. Bu son gebeliğiniz isteyerek mi oldu?

istiyordum istemiyordum

istiyordum ama daha sonra olmalıydı.

38.DÖB(doğum öncesi bakım) almadıysanız sebebiniz neydi ?

ihtiyaç duymadım maddi olanaksızlık yakında sağlık kuruluşu yoktu

sağlık personeline güvensizlik geleneksel nedenler (günah-töre)

nereden alacağımı bilmiyordum böyle bir bakımı duymadım bile

39.Doğan bebeğinizin kilosu? .....

40.Bebeğinizi ilk neyle beslediniz?

anne sütü mama su şekerli su

41.Bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz? doğduktan ilk bir saat içinde

ilk bir saatten sonra ama ilk gün içinde ilk günden sonra

42.Gebeyken tetanoz aşısı oldunuz mu? .....

Evet Hayır

43.Gebeyken vaginal muayene oldunuz mu?.....

Evet Hayır

44.Gebeyken sizden vaginal smear (cama vaginal sürüntü) alındı mı?

Evet Hayır

45.Gebeyken kilo ve boyunuz ölçüldü mü? .....

Evet Hayır

46.Gebeyken kan tetkikiniz yapıldı mı?.....

Evet Hayır

47.Gebeyken idrar tetkikiniz yapıldı mı?.....

Evet Hayır

48.Gebeyken tansiyonunuz ölçüldü mü?.....

- Evet Hayır
49. Gebeyken bebeğinizin kalp sesleri dinlendi mi? .....
- Evet Hayır
50. Gebeyken ultrasona girdiniz mi? ..... Evet Hayır
51. Gebeyken beslenme ile ilgili bilgi aldınız mı?..... Evet Hayır
52. Bebek ve sizin sağlığınızın tehlike belirtileriyle ilgili bilgi aldınız mı?
- Evet Hayır
53. Emzirmeyle ilgili bilgi aldınız mı?.....
- Evet Hayır
54. Doğum sonu aile planlaması ile ilgili bilgi aldınız mı?.....
- Evet Hayır
55. Doğumun şekliyle ilgili bilgi aldınız mı?.....
- Evet Hayır
56. Bu gebeliğinizden önce en son kullandığınız doğum kontrol yöntemi neydi?
- |                           |                    |              |
|---------------------------|--------------------|--------------|
| Hiçbir yöntem kullanmadım | Doğum kontrol hapı | RİA (spiral) |
| Takvim                    | Kondom             | Vaginal krem |
|                           |                    | Geri çekme   |