



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MATERNAL MORBİDİTE ve MORTALİTENİN ÖNLENMESİ
AMACIYLA UYGULANAN POSTPARTUM
TROMBOPROFİLAKSİ TEDAVİSİNE HASTA UYUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ: PROGNOSTİK KOHORT ÇALIŞMASI**

Dr. HABİBE AYVACI TAŞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. AYŞE NİLÜFER ÖZAYDIN

2019-İSTANBUL



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MATERNAL MORBİDİTE ve MORTALİTENİN ÖNLENMESİ
AMACIYLA UYGULANAN POSTPARTUM
TROMBOPROFİLAKSİ TEDAVİSİNE HASTA UYUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ: PROGNOSTİK KOHORT ÇALIŞMASI**

Dr. HABİBE AYVACI TAŞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. AYŞE NİLÜFER ÖZAYDIN

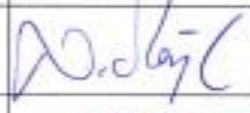
2019-İSTANBUL

TEZ ONAYI

TEZ ONAY FORMU

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program türü : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
Tez Sahibi : Habibe AYVACI TAŞAN
Sınav Tarihi ve Saati : 22.11.2019 Cuma günü, 15:30
Tez Başlığı : Maternal Morbidite ve Mortalitenin Önlenmesi Amacıyla
Uygulanan Postpartum Tromboprofilaksi Tedavisine Hasta Uyumunun
Değerlendirilmesi: Prognostik Kohort Çalışması

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum Adı)	İmza
Danışman	Doç.Dr.A.Nilüfer ÖZAYDIN Marmara Üniversitesi	
Üye	Prof.Dr.Melda KARAVUŞ Marmara Üniversitesi	
Üye	Prof.Dr.Mithat KIYAK Okan Üniversitesi	

ONAY

Bu tez, yukarıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından "Marmara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 25.12.2019.....tarih ve 102.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Habibe AYVACI TAŞAN



ÖNSÖZ

Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda eğitimim ve Yüksek Lisans tezi sürecinde bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, üstün emekleri ile tezimin tamamlanmasında büyük destek veren değerli tez danışmanı hocam Sayın Doç.Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın'a,

Yüksek Lisans eğitimimin tüm aşamalarında bilgi ve deneyimlerini bizlere aktaran, bilgi birikimi ve tecrübeleri ile bize örnek olan Halk Sağlığı Anabilim Dalı Bölüm Başkanı Sayın Prof Dr. Melda Karavuş'a,

Yüksek Lisans Eğitimi sırasında sabırla bilgi ve deneyimlerini bize aktaran, ve bizlere örnek olan Prof. Dr. Pınar Ay, Prof. Dr. Sibel Sakarya, Prof. Dr. Dilşat Save, Prof. Dr. Yaşar Keskin, Prof. Dr. N. Emel Lüleci, Doç. Dr. Seyhan Hıdıroğlu'na,

Yüksek Lisans eğitimi sırasında birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum tüm Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görevli asistan arkadaşlarıma,

Yoğun çalışma temposuna rağmen, yüksek lisans eğitimimi sürdürebilmem için destek olan Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışma arkadaşlarıma, en çok da Dr Bülent Tandoğan ve Dr. Erbil Çakar'a,

Tüm desteği ve yol arkadaşlığı için dostum Dr. Nazan Usal Tarhan'a,

Tez çalışmalarım süresince çalışma hemşiresi olarak görev alan, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Lohusa Servis Sorumlusu Hemşire Semra Keskin'e,

Sevgisini ve sabrını benden esirgemeyen, bana bugüne dek hep destek olan ve cesaret veren annem Hanife Ayvacı'ya , babam Mehmet Ali Ayvacı'ya ve çok sevgili kardeşlerim Canan Ayvacı ve Abdurrahman Ayvacı'ya,

Babaanneme,

Sevgili eşim Ahmet Taşan ve canım kızım Ayşe Maya'ya çok teşekkür ederim.

Dr. Habibe Ayvacı Taşan

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Maternal Mortalite (Anne Ölümü).....	6
2.1.1. Dünyada anne ölümlerine yaklaşım	7
2.1.2. Türkiye’de anne ölümleri ve anne ölümlerine yaklaşım	8
2.2. Obstetrik Venöz Tromboemboli	9
2.2.1. Obstetrik VTE için risk değerlendirme modelleri (Risk Assessment Models-RAM)	10
2.2.2. Düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH)	11
2.3. Akılcı İlaç Kullanımı	12
2.3.1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)- Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)	12
2.3.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017.....	14
2.4. İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Yeri:	16
3.3. Araştırmanın Zamanı:	16
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:	16
3.4.1. Araştırmaya dahil olma kriterleri:	16
3.4.2. Araştırmadan hariç olma kriterleri:	17
3.4.3. Araştırmanın örnek büyüklüğü:.....	18
3.5. Araştırmada İzlem Süresi:	19
3.6. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi	20
3.7. Araştırmanın Değişkenleri:	23
3.7.1. Bağımsız değişkenler:	23
3.7.2. Bağımlı değişkenler:.....	26
3.8. İstatistiksel analiz.....	26
3.9. Araştırmanın Takvimi:.....	27
3.10. Araştırmanın Bütçesi:	27
3.11. Araştırmada Etik:.....	28
4. BULGULAR.....	29

4.1.	Sosyodemografik Özellikler	29
4.2.	Kişisel Sağlık Öyküsü.....	32
4.3.	Obstetrik Özgeçmiş	32
4.4.	Araştırmadaki Gebeliğe Ait Özellikler	34
4.5.	Yenidoğana Ait Özellikler	37
4.6.	Lohusanın Ev Yaşamına Ait Özellikler	38
4.7.	Lohusanın Kontrol Muayenesine Gelme Durumu	39
4.8.	Lohusanın, İlaçlar İçin Hasta Tarafından Karşılana Ek Ödeme Miktarı Hakkındaki Görüşü	39
4.9.	Postpartum Tromboprofilaksi Tedavisi Konusunda Hastaların Bilgilendirilme Durumu....	40
4.10.	İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği Uygulamasının Sonuçları.....	41
4.11.	Sosyodemografik Özellikler ile DMAH Tedavisine Uyum:	41
4.12.	Lohusaların Kişisel Sağlık Öyküsüne göre DMAH tedavisine uyumları:	44
4.13.	Araştırmaya Katılan Lohusalarda, Obstetrik Özgeçmiş Ait Özellikler ve DMAH Tedavisine Uyum	46
4.14.	Araştırmaya Katılan Lohusalarda, Araştırmadaki Gebeliğe Ait Özelliklerin DMAH Tedavisi ile Uyumu:.....	48
4.15.	Yenidoğana Ait Özellikler ile Lohusaların DMAH Tedavisine Uyumu	51
4.16.	Lohusanın Ev Yaşamına Ait Özellikler ile DMAH Tedavisine Uyumu:.....	51
4.17.	Lohusanın İlaçlar İçin Hasta Tarafından Karşılana Ek Ödeme Miktarı Hakkındaki Görüşü ve DMAH Tedavi Uyumu.....	52
4.18.	Lohusanın Kontrol Muayenesine Gelmesi Durumu ve Tedavi Uyumunun Değerlendirilmesi	53
4.19.	Hastanın Taburcu Edilirken, Hastanede Sağlık Personeli Tarafından Tedavisi Hakkında Bilgilendirilmesi ile Tedavi Uyumu:.....	54
4.20.	İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği Sonuçları ile Lohusaların DMAH tedavisine uyumu....	57
5.	TARTIŞMA	58
6.	KAYNAKLAR	69
7.	EKLER.....	76
EK1	77	
EK 2	78	
EK 3	82	
EK 4	83	
EK 5-1	85	
EK 5-2	86	
EK 6	87	
EK 7	88	
EK 8	89	

8.	ÖZGEÇMİŞ	90
----	----------------	----



KISALTMALAR ve SİMGELER

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ACCP:	American College of Chest Physicians
ACOG:	American Congress of Obstetrics and Gynecology
ADA:	American Diabetes Association
AİK:	Akılcı İlaç Kullanımı
AOİK:	Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
AÖÖ:	Anne ölüm oranı
CS:	Sezaryen
DM:	Diyabetes Mellitus
DMAH:	Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin
DVT:	Derin Ven Trombozu
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GAY:	Güvenli Annelik Yönetimi
GBÖÖ:	Gebeliğe bağlı ölüm oranı
GDM:	Gestasyonel Diyabet
LMWH:	Low Molecular Weight Heparine
MMR:	Maternal Mortalite Oranı
NIH:	National Institute for Health and Care Excellence
OHCR:	Office of the High Commissioner for Human Rights
RAM:	Risk Assessment Models
RCOG:	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SBÜ:	Sağlık Bilimleri Üniversitesi

TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UAÖÇ:	Ulusal Ölümleri Çalışması
USG:	Ultrasonografi
VKİ:	Vücut Kütle İndeksi
VTE:	Venöz tromboemboli
WHO:	World Health Organisation
YMAH:	Yüksek molekül ağırlıklı heparin



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3.1:	Şekil 3.1 Sağlık Bakanlığı Yüksek Riskli Gebelik Yönetim Rehberi- Postnatal değerlendirme şeması.....	17
Şekil 3.2:	Open-epi programında hesaplanmış örneklem büyüklüğü.... screen-shot görüntüsü	18-19
Sekil 3-3:	Araştırmanın akış şeması.....	22



TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: Araştırmaya katılan lohusalara ait sosyo-demografik özellikler	29
Tablo 2: Araştırmaya katılan lohusaların kişisel sağlık öyküsü ile ilgili özellikleri	32
Tablo 3: Araştırmaya katılan lohusalara ait obstetrik özgeçmişe ait özellikler	33
Tablo 4: Araştırmaya katılan lohusalarda araştırmadaki gebeliğe ait özellikler	35
Tablo 5: Yenidoğana ait özellikler	38
Tablo 6: Lohusanın ev yaşamına ait özellikler	39
Tablo 7: Lohusanın kontrol muayenesine gelme durumu	39
Tablo 8: Lohusanın, ilaçlar için hasta tarafından karşılanan ek ödeme miktarı hakkındaki görüşü	40
Tablo 9: Taburculuk sonrası DMAH tedavisi konusunda lohusaların bilgilendirme durumuna ait özellikler.	40
Tablo 10: İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği uygulamasının sonuçları	41
Tablo 11: Sosyodemografik özellikler ile DMAH tedavisine uyum	42
Tablo 12: Lohusaların kişisel sağlık öyküsüne göre DMAH tedavisine uyumları	45
Tablo 13: Araştırmaya katılan lohusalarda, obstetrik özgeçmişe ait özellikler ve DMAH tedavisine uyum	46
Tablo 14: Araştırmaya katılan lohusalarda araştırmadaki gebeliğe ait özelliklerin DMAH tedavisi ile uyumu	48
Tablo 15: Yenidoğana ait özellikler ile lohusaların DMAH tedavisine uyumu	51
Tablo 16: Lohusanın ev yaşamına ait özellikler ile DMAH tedavisine uyumu	52
Tablo 17: Lohusanın ilaçlar için hasta tarafından karşılanan ek ödeme miktarı hakkındaki görüşü ve DMAH tedavi uyumu	52
Tablo 18: Lohusanın kontrol muayenesine gelmesi durumu ve tedavi uyumunun Değerlendirilmesi	53
Tablo 19: Hastanın taburcu edilirken, hastanede sağlık personeli tarafından tedavisi hakkında bilgilendirilmesi ile tedavi uyumu	55
Tablo 20: İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği sonuçları ile lohusaların DMAH tedavisine uyumu	57

Maternal morbidite ve mortalitenin önlenmesi amacıyla uygulanan postpartum tromboprofilaksi tedavisine hasta uyumunun değerlendirilmesi: prognostik kohort çalışması

Öğrenci Adı: Habibe Ayvacı Taşan

Danışman Adı: Doç. Dr. A. Nilüfer Özaydın

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Postpartum dönemde risk grubunda olan kadınlara tromboprofilaksi amaçlı düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) uygulaması önerilmektedir. Lohusaların bu tedavide bazı aksaklık ve uyum problemleri yaşadığı kliniğimizce gözlenmiştir. Araştırmamızda, bu tedaviye uyumsuzluğun ne oranda yaşandığı ve uyumsuzluğa neden olan faktörleri ortaya konulması hedeflemiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma prognostik kohort tipi bir araştırmadır. Bu Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yürütülmüştür. Araştırma izlem süreci, lohusanın 2 ayrı zamanda değerlendirilmesi ile tamamlanmıştır.

Bulgular: Lohusaların %27,1'i düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisini reçeteye uyumlu kullanmamıştır. Sosyal güvencenin ilaç ödemesinde sınırlı olması, sigara kullanımı, hasta bilgilendirme süreçlerinin her basamağında yaşanan eksiklik durumu; tedavi uyumu olan ve olmayan gruplar için anlamlı fark göstermiştir.

Sonuçlar: Araştırmaya katılan lohusa popülasyonunda ilaç kullanımına uyum yeterli değildir. Akılcı İlaç Kullanımı prensipleri çerçevesinde hasta bilgilendirme oranlarının yetersiz olması sebepler arasındadır. Hasta eğitiminin sağlanması ve bilgilendirilmenin tam ve yeterli yapılmasının sağlayacağı faydalar çalışılmalıdır. Lohusaların ilaç uyumun sağlanması için klinik işleyişte de düzenlemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Uyumu, Maternal mortalite, Postpartum tromboprofilaksi

Evaluation of patient compliance with postpartum thromboprophylaxis for the prevention of maternal morbidity and mortality: a prognostic cohort study

Student Name : Habibe Ayvacı Taşan

Advisor : Doç. Dr. A. Nilüfer Özaydın

Public Health Department

SUMMARY

Objective: Low molecular weight heparin (LMWH) is recommended for thromboprophylaxis for postpartum women in the risk group. It has been observed in our clinic that the puerperal patients have some disruptions and adaptation problems in this treatment. In our study, it was aimed to reveal the incidence of non-compliance with this treatment and the factors that cause non-compliance with treatment.

Material and methods: This is a prognostic cohort study. This research was carried out in Zeynep Kamil Women and Children Diseases Training and Research Hospital of Health Sciences University (SBU). The research follow-up process was completed by evaluating the puerperal patients at two different times.

Results: Twenty seven percent of the puerperal patients did not use LMWH treatment as prescribed. Social insurance contribution for drug supply, cigarette smoking and inadequate patient information process according to rational use of medicines showed statistically significant difference between compliant and non-compliant women.

Conclusion: Compliance with drug use is not sufficient in the puerperal population included in our study. The reasons for this are insufficient patient information rates within the framework of Rational Use of Medicines principles. The benefits of providing patient education and providing full and adequate information should be studied. Reformative arrangements should be made within the clinic.

Key Words: Drug compliance, Maternal mortalite, Postpartum thromboprphylaxis, Rational Use of Medicines

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik ve lohusalık döneminde maternal mortalite ve morbiditenin önlenmesi ve azaltılması kadın sağlığının korunmasında önemli konulardan biridir. New York'taki Birleşmiş Milletler Genel Merkezinde, 2015-Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesinde, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 183 ülkenin imzası ile kabul edilmiştir. Onyedinci hedeften üçüncü hedef olan “Sağlıklı Bireyler” başlığı altında “2030’a kadar, küresel anne ölüm oranının 100.000 canlı doğumda 70’in altına düşürülmesi” hedefi yer almaktadır

(<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>, Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2019). Bu hedefe ulaşılabilmesini desteklemek amacıyla Eylül 2016’da Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserlik Bürosu tarafından, ‘insan hakları temelinde bir yaklaşımla önlenebilir maternal morbidite ve mortalitenin azaltılması – teknik rehberi’ yayınlanmıştır. Bu rehber, maternal mortalitenin önlenmesinde, ciddi ve ciddi olmayan morbiditenin öngörülmesi ve önlenmesinin önemini vurgulamaktadır.

(<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/TGReduceMaternalMortality.pdf>, Erişim tarihi: 3 Ağustos 2019).

Anne ölümleri sebepleri değerlendirildiğinde farklı coğrafi bölgeler ve farklı ülkelerde sıralama ve sıklık değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), anne ölümlerinin analiz edildiği sistematik derlemesinde tromboembolinin gelişmiş ülkelerde anne ölümleri için 3’üncü sırada olduğunu bildirmiştir (Khan ve ark., 2006).

Ulusal Anne Ölümleri Araştırması (UAÖA), Doğurganlık Çağında Ölümlülük Çalışması’nın (RAMOS) veri toplama yöntemi olan definleri kullanmıştır. Haziran 2005-Mayıs 2006 döneminde Türkiye geneli için gebeliğe bağlı ölüm oranı (GBÖO) 100,000 canlı doğumda 38.3 ($\pm$ 2.8), anne ölüm oranı (AÖO) ise, 100,000 canlı doğumda 28.5 ($\pm$ 2.5) olarak bulunmuştur. Bu araştırma sonucunda ülkemizde anne ölümlerinin %58,4’ü doğrudan nedenlere bağlı bulunmuştur. Gebeliğe bağlı ölüm ve anne ölümlerine sebep olan standart bakımın yetersizliğine ilişkin faktörler de değerlendirilmiştir. UAÖA’da gebeliğe bağlı ölümlerin %49,3’ünde; anne ölümlerinin

ise %61,6'sında bir ya da birden çok önlenebilir faktörün olduğu gösterilmiştir. Gebeliğe bağlı ölümlerin tıbbi nedenlerinin başında hemoraji (%17'si için) ve hipertansif bozukluklar (pre-eklampsi veya eklampsi) (%14'ü için) gelmektedir. UAÖA'ya göre tromboembolik hadiseler doğrudan anne ölümlerinden sorumlu 3'üncü sebep olarak bildirilmiştir. Kadınların %12'si ise, ante-partum, intra-partum ya da post-partum dönemlerinde gelişen emboli, uterus rüptürü gibi nedenlerden ya da cerrahi işlemlerle doğrudan ilgili nedenlerden ölmüşlerdir (Türkiye UAÖÇ, 2005).

Birleşik Krallık 2011 yılında VTE'yi 3'üncü maternal mortalite sebebi olarak bildirmiştir. Daha önce ilk sırada yer alan VTE'deki azalma, daha büyük oranda tromboprolaksi yapılmasına dayandırılmaktadır (Touqmatchi ve ark., 2012).

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ve NIH (National Institute for Health and Care Excellence) önerileri doğrultusunda postpartum dönemde DMAH ile tromboprolaksi Birleşik Krallık ve ABD'de klinik uygulamaya girmiştir.

Ülkemizde; T.C. Sağlık Bakanlığı Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından 2014 yılında 'Riskli Gebelik Yönetim Rehberi'ni yayınlanmıştır. Bu rehberde, öncelikle ele alınan ilk konu "Gebelikte Venöz Tromboembolizm'in Yönetimi" dir. Bu rehber ve bu konuda halen devam eden hizmet içi eğitimlerin neticesinde gebelikte ve lohusalıkta DMAH reçete edilmeye başlanmıştır. Ülkemizdeki VTE'nin profilaksisi için önerilen DMAH'nın , ilaç endikasyonu ve dozlarının kılavuza uygun reçete edilip edilmediğine dair bir çalışma olmadığından, rehberde belirtilen stratejiye uygun uygulama yapıp yapılmadığı bilinmemektedir. Araştırabildiğimiz kadarıyla, ülkemizdeki kadınların da postpartum dönemde, venöz tromboembolinin önlenmesi amacıyla önerilen/ reçete edilen ilaç(lar)a uyumları, doğru şekilde ve doğru zamanda kullanıp kullanmadıklarını değerlendiren bir çalışma da bulunamamıştır.

Reçete edilmiş ilacın kullanımına uyum sağlanamaması tedavi başarısızlığı ile ilgili önemli bir faktördür (Cutler ve ark., 2010). Gebelik, sıklıkla ilaç uyumunun daha başarılı olduğu bir dönemdir (Patel ve ark., 2012). Ancak kronik hastalıklarda lohusalar için reçete edilen ilaçların kullanımında lohusaların %50'sinin ilacı gerektiği şekilde kullanmadığı gösterilmiştir

(http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf,
Erişim tarihi: 1 Ağustos 2019).

Bu araştırmada, postpartum dönemde planlanan DMAH ile tromboprofilaksi tedavilerinde lohusaların tedaviye uyumu ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Ülkemizde, postpartum tromboprofilaksi uygulamasında yaşanan uyumsuzlukların ortaya koyulması, bu konuda yeni ve verimli düzenlemelerin yapılmasına ve uzun vadede de lkemizde VTE nedenli annelmlerininnlenmesine katkı sağlayacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Maternal Mortalite (Anne Ölümü)

Bir ülkenin veya bölgenin sağlık durumunu ölçmede ve değerlendirmede, sağlık ile ilgili kıyaslamalarda ve sağlık ile ilgili bir uygulamanın etkisinin izlenmesinde sağlık göstergelerinden faydalanılır. Kadın sağlığına ait göstergeler bu anlamda önemlidir (Akın ve Özvarış, 2015).

Anne ölümü, ölüm sebebine bakılmaksızın, gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde meydana gelen ölüm olarak tanımlanır. Gebeliğe bağlı ölümler anne ölümü ve tesadüfi ölümler olarak iki başlıkta incelenir. Anne ölümü, gebeliğin başlangıcından doğum sonrası 42. günü kapsayacak şekilde, kaza ve tesadüfi sebeplerden kaynaklanmayan, gebelik veya gebeliğin yönetimiyle ilgili olan veya bunların ağırlaştırdığı herhangi bir sebeple kadının ölmesidir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde obstetrik komplikasyonlardan, yapılan tıbbi müdahalelerden, ihmallerden ve yanlış tedavilerden veya bunların birbirlerini etkilemesinden kaynaklanan anne ölümleri doğrudan anne ölümleri olarak tanımlanır. Kanama, hipertansiyon, tromboemboli, infeksiyon ve düşükler doğrudan anne ölümlerinin başlıca sebepleridir. Anne ölümlerinden sorumlu, tanımlanmış 3 gecikme modeli vardır. Birinci gecikme modeli, hizmet almaya karar vermede gecikme modelidir; ikinci gecikme modeli hizmete ulaşmada yaşanan gecikmedir ve üçüncü gecikme modeli hizmet almada yaşanan gecikmedir. Anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir ve bu ölümlerin %90'ı önlenabilir nedenlere bağlıdır (DSÖ, 2010).

Kadınların gebelik öncesi sağlık durumundan başlanarak riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelikleri süresince, doğumda ve doğum sonrası dönemde sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanması anne ölümlerini azaltmakta faydalı olacaktır. Anne ölümlerinin yüksek olduğu ülkelerde '**güvenli annelik yaklaşımı**' (GAY) temel strateji olarak kabul edilmeli ve uygulanmalıdır (Stanton ve ark., 2018; Maine ve ark., 1999).

2.1.1. Dünyada anne ölümlerine yaklaşım

Gebelik ve lohusalık döneminde maternal mortalite ve morbiditenin önlenmesi ve azaltılması kadın sağlığının korunmasında önemli konulardan biridir. Milenyum Gelişim Hedefleri'nden 5'incisi, 1990-2015 yılları arasında maternal mortalite oranının (MMR) %75 oranında azaltılması olarak bildirilmiştir. Bu hedef ile başlayan gelişim sonucunda 1990-2015 yılları arasında maternal mortalitede küresel olarak %44 azalma gerçekleşmiştir

(<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>, Erişim tarihi: 8 Haziran 2018). New York'taki Birleşmiş Milletler Genel Merkezinde, 2015-Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesinde, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 183 ülkenin imzası ile kabul edilmiştir. Onyedinci hedeften üçüncü hedef olan "Sağlıklı bireyler" başlığı altında "2030'a kadar, küresel anne ölüm oranının 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşürülmesi" hedefi yer almaktadır. Bu hedefe ulaşılabilmesini desteklemek amacıyla Eylül 2016'da Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserlik Bürosu tarafından, 'insan hakları temelinde bir yaklaşımla önlenabilir maternal morbidite ve mortalitenin azaltılması teknik rehberi' yayınlanmıştır. Bu rehber, maternal mortalitenin önlenmesinde, ciddi ve ciddi olmayan morbiditenin öngörülmesi ve önlenmesinin önemini vurgulamaktadır

(https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf, Erişim tarihi: 21 Temmuz 2019). Yine hedefe ulaşmak için gereklilikleri belirlemek amacıyla projeksiyonlar oluşturulmuştur (Leontine ve ark., 2015).

Halen kanama, hipertansiyon, tromboemboli, infeksiyon ve düşükler doğrudan anne ölümlerinin başlıca sebepleridir.

Birleşik Krallık 2011 yılında VTE'yi 3'üncü maternal mortalite sebebi olarak bildirmiştir. Daha önce ilk sırada yer alan VTE' deki azalma, daha büyük oranda tromboprofilaksi yapılmasına dayandırılmaktadır (Touqmatchi ve ark., 2012).

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ve NIH (National Institute for Health and Care Excellence) önerileri doğrultusunda postpartum dönemde DMAH ile tromboprofilaksi Birleşik Krallık ve ABD'de önerilmektedir. Ulusal kılavuzların

oluşturulmasının kliniklerde postpartum DMAH'nin uygun ve doğru kullanımı sağladığı bildirilmiştir (Maguire ve ark., 2018).

Halen dünyada anne ölümlerinin ve anne ölümüne yol açan sebeplerin azaltılması için yoğun çalışmalar devam etmektedir. 2013 yılında '**güvenli annelik yaklaşımı**' (GAY), ulusal ve uluslararası alanda obstetrik, maternal fetal tıp, yoğun bakım, anestezi, aile hekimliği konularında çalışan sağlık personelinin güncel olarak hastanelerde yaşanan ve önlenebilir anne ölümlerinin 3 ana nedeni olan hipertansiyon, kanama ve venöz tromboemboli olgularını gözlemeye ve sorgulamaya çağırmıştır. Bu uygulama 'Bundle Implementation' (demet uygulaması) olarak tanımlanmış ve belli bir bölge ve alanda maternal mortalite riskinin eğitimler ve algoritmalar oluşturularak azaltılmasını amaçlamıştır (D'Alton ve Ananth, 2016).

Anne ölümlerinde koruma ve önleme amaçlı oluşturulmuş kılavuzların kullanılabilirliği ve bu kılavuzlara hekim ve hasta uyumunu sorgulayan, değerlendiren ve uyumu arttırmak için bilimsel öneri sunan çalışmalar da yapılmıştır.

Güvenli Annelik Yaklaşımı, ACOG tarafından desteklenen ve kaliteyi iyileştirme amaçlı New York'da yapılan District II çalışmasını 107 hastanenin GAY'ye dahil olması ile gerçekleştirmiştir. Bunlardan biri olan obstetrik venöz tromboemboli protokollerinin ulusal anlamda uygulanmasını hedefleyen demet uygulaması sonucunda, önerilen protokollere uyumun uygulama sayesinde arttığı bildirilmiştir (Friedman ve ark., 2019).

2.1.2. Türkiye'de anne ölümleri ve anne ölümlerine yaklaşım

Güvenli annelik programı Türkiye'de 1994 yılında pilot uygulama olarak başlamıştır. Bu yaklaşımda bütün müdahalelerin kadın-erkek eşitliği temeline oturtulması ve temel sağlık hizmeti ve temel anne sağlık hizmetlerinin verilmesi amaçtır. Güvenli annelik çatısı altında üreme sağlığı, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım ve temel ve acil obstetrik bakımın sağlanması esastır (Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 2015).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında yürütülen 'Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması' (UAÖÇ) 2005-

2006 yılları arasında gebeliğe bağlı ölüm oranının yüz bin canlı doğumda 38,3; anne ölüm oranını ise yüz bin canlı doğumda 28,5 olarak bulmuştur. Ülkemizde de yürütülen birçok programla 2012 yılında anne ölüm oranı 15,4'e düşürülmüştür (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf, Erişim tarihi: 3 Mayıs 2019).

Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında, gebeliğe bağlı ölümlerin dağılımı değerlendirildiğinde %58,4 doğrudan nedenlerden kaynaklanmıştır. Doğrudan anne ölümleri nedenleri arasında birinci sırada kanama, ikinci sırada gebeliğin hipertansif hastalıkları ve üçüncü sırada emboli (%9,9), ruptür ve cerrahi komplikasyonlar yer almaktadır.

2.2. Obstetrik Venöz Tromboemboli

Gebelik ve postpartum dönem venöz tromboemboli açısından risklerin arttığı bir dönemdir. (Lindqvist ve ark., 1999)

Gebeliğin fizyolojik değişimleri pro-trombotik bir ortam oluşturur. Bu pro-trombotik durumu Virchow tiradına göre sınıflamak gerekirse:

1. Hiperkoagulabilite: bazı pıhtılaşma faktörlerinde artış (F VIII, IX, X ve fibrinojen), protein S gibi endojen antikoagulan düzeylerinde azalma ve aktive protein c rezistansının ortaya çıkması ve azalmış fibrinolize bağlıdır.
2. Vasküler hasar: vajinal doğum ve sezaryen sırasında pelvik damarların travmatize edilmesine sekonder ortaya çıkar.
3. Venöz staz: gebelikte alt ekstremitte kan dolaşım hızının azalmasına bağlıdır. Progesteronun vazodilatatör etkisi ve büyüyen uterusun aortokaval basısı buna yardımcı olur. 29 hafta civarında bu azalma %50 oranında olabilir (Piercy, 2018).

Bu değişimler nedeniyle gebelik sırasında VTE'nin rölatif riski aynı yaşta gebe olmayan bir kadına göre 4-5 kat artış göstermektedir (Piercy, 2018). Venöz tromboemboli, anne ölümlerinin %10 kadarından sorumludur. Sıklıkla ölüm, pulmoner emboli sonrasında gelişmektedir. Birleşik Krallık'ta her yıl 6-10 kadın gebelik ve postpartum dönemde pulmoner emboli nedeniyle ölmektedir. Bu sayı büyük bir sayı olmasa da bu ölümlerin çoğu önlenebilir ölümlerdir. Tromboembolik

olaylar gebeliğin her döneminde ortaya çıkabilir ama riskin en yüksek olduğu zaman postpartum dönemdir. Venöz tromboemboliye bağlı anne ölümlerinin azaltılmasında VTE'nin primer olarak önlenmesi ve pulmoner emboliye ait belirti ve bulguların hızla tanınması önem kazanmaktadır. Geçtiğimiz on yılda doğumdan, özellikle de sezaryen doğumdan sonra VTE profilaksisi yapılması da tartışmalı bir konu olarak kalmıştır. Bunun sebebi, venöz tromboemboli insidansının az olması ve istatistiksel olarak yapılacak bir önleyici müdahalenin faydasının gösterilmesinde yaşanan güçlük olmuştur (Main, 2014). Birleşik Krallık bu anlamda VTE kaynaklı anne ölümlerini azaltmak için ulusal bir plan uygulamış ve 3 yıl içerisinde, daha önceki 2, 3 yıllık döneme göre VTE'ye bağlı anne ölümlerinde %50 azalma başarısını elde etmiştir (Touqmatchi ve ark., 2012). Birleşik Krallık'ta böyle bir önleyici ulusal eylem planıyla anne ölümleri azalınca, ABD'de de birçok hastane ACOG önerisiyle profilaksi uygulamaya başlamıştır. Bu profilaksi önerisi öncelikle sezaryen operasyonu sırasında ve sonrasında kompresyon çoraplarının kullanılması şeklindedir. Venöz tromboemboli için risk faktörü olan olgularda (obezite, trombofili öyküsü, venöz tromboemboli öyküsü, proteinüri.. gibi) ise tromboprofilaksi amacıyla antikoagulanların kullanılması önerilmektedir. Yine Avustralya, İsviçre ve Kanada'ya ait kılavuzlar da VTE için risk analizinin yapılmasını ve bu dönemde tromboprofilaksi amaçlı reçete verilmesini önermektedir. Kılavuzlar arasında postpartum dönemde kimin tedavi alması gerekliliği konusunda farklılıklar vardır (McLintock ve ark., 2012; Lindqvist ve Hellgren; 2011, Chan ve ark., 2014).

Halen optimal doz hakkında ve tedavinin ne süre devam etmesi gerektiği ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. VTE'de lohusalık döneminde yaşanan en önemli sorun pulmoner emboliye ait belirti ve bulguların lohusalık döneminin olağan şikayetleriyle örtüşerek tanıda gecikme ihtimali olmasıdır.

2.2.1. Obstetrik VTE için risk değerlendirme modelleri (Risk Assessment Models-RAM)

Gebelikte tromboprofilaksi yaklaşımında nasıl bir risk tabakalandırması yapılması gerektiğine dair ortak fikir yoktur. Ortaya konmuş bir çok RAM ise gebelikte kullanım için geçerli hale getirilmemiştir. RCOG ve American College of Chest Physicians (ACCP) universal taramayı ve VTE profilaksisinde RAM kullanımını

desteklemektedir (Bates ve ark., 2012, <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg37a/>, Erişim tarihi: 2 Mayıs 2019). Risk değerlendirme amaçlı bu puanlama sistemleri çoğunlukla gebe olmayan ve komorbiditeleri olan popülasyon ile yapılmış çalışmalar kaynaklıdır. Bu sistemlerin kullandığı karakteristiklerin çoğu gebe popülasyona uygulanabilir değildir. Örneğin Caprini Puanlama Sistemi cerrahi hastaları ile oluşturulmuştur (Caprini ve ark., 1991). Padua Puanlama Sistemi ise 2010 yılında sonrasında dahiliye servisine yatan hastalarla prospektif bir kohort çalışması sonrası ortaya çıkmıştır (Barbar ve ark., 2010; Tran ve ark., 2018). Royal College of Obstetrics and Gynecology bu kısıtlılıkları ortadan kaldırmak için obstetrik hasta grubunda risk olabilecek özelliklerle oluşturduğu bir puanlama sistemi önermiştir

(<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>, Erişim tarihi: 28 Temmuz 2019). 2018 yılında bu üç sistemin performansının değerlendirildiği bir çalışma, halen kullanılan RAM'lerin pozitif tarama aralıklarının geniş olduğu, sensitivitelerinin fazla ve bir emboli olgusunu engellemek için tedavi edilmesi gerekli lohusa sayısının çok olduğu şeklinde sonuçlanmıştır (Tran ve ark., 2018). Daha önce VTE öyküsü ya da trombofili tanısı nedeniyle VTE riski taşıyan obstetrik hasta grubunda kullanımı önerilen puanlama sistemleri de vardır (Dargaud ve ark., 2017). Bu sistemler ise yüksek riskli grupta daha çok kişiselleştirilmiş tedavi seçenekleri sözkonusu olduğunda işe yarayabilir. Küçük riskli popülasyona uygulanamaz. Obstetrik hasta grubunda VTE profilaksisi için etkin bir puanlama sistemine ihtiyaç vardır.

2.2.2. Düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH)

Antikoagülasyon amacıyla kullanılan farklı farmakolojik ajanlar içerisinde anfraksiyone heparin (diğer adı ile yüksek molekül ağırlıklı heparin- YMAH), DMAH ve sentetik pentasakkarid olan fondaparinux, antitrombine bağlanarak etki ettikleri için indirek trombin inhibitörleri sınıfında incelenirler (Zehnder, 2018). Heparan sulfat sıklıkla memelilerin hücre yüzeyinde ve ekstraselüler matrikste eksprese edilen polisakkarid yapıda bir üründür. Birçok biyolojik durum ile ilişkilidir. Koagülasyon sistemi içerisindeki rolü daha önce özetlenmiştir (Bishop ve ark., 2007), Heparin, heparin sülfatın yüksek derecede sülfatlanmış formu olup yüz yüze yakın zamandır

antikoagulasyon amacıyla kullanılmaktadır. Heparin 1916 yılında McLean ve Howell tarafından köpek karaciğerinden izole edilmiştir. Heparin adı, Grek dilinde karaciğer anlamına gelen ve molekülün izole edildiği ‘hepar’ dan gelmektedir. Heparin hayvan dokularından izole edildiği için heterojen bir formdadır ve molekül ağırlığı 3000 ila 30000 Dalton arasında değişmektedir (Johnson ve Mulloy, 1976). 1970-1980 yıllarında DMAH olarak isimlendirilen yeni bir heparin tanıtıldı. Düşük molekül ağırlıklı heparin daha küçük molekül ağırlığına sahip olup anfraksiyone heparin ile karşılaştırıldığında kullanım kolaylığı sağlamaktaydı ve daha uzun bir yarı ömre sahipti (Harenberg, 1990). Bu özellikleri ile DMAH klinik kullanımda önem kazanmıştır. Heparin yan etkilerinden olan heparinin indüklediği trombositopeni de DMAH ile daha az görülmektedir (Zehnder, 2018). Özellikle ayaktan tedavide bu özellikleri ile tercih edilir hale gelmiştir.

2.3. Akılcı İlaç Kullanımı

Sağlığın korunmasında, devamlılığında ve iyileştirilmesinde tıbbi gereksinimlerden biri olan ilacın uygun ve doğru kullanılmasına yönelik geliştirilmiş kurallar dizisi Akılcı İlaç Kullanımı olarak isimlendirilmiştir.

2.3.1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)- Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)

Sağlığın korunmasında, devamlılığında ve iyileştirilmesinde tıbbi gereksinimlerden biri olan ilacın uygun ve doğru kullanılmasına yönelik bir dizi kural geliştirilmiştir. Bu kurallar DSÖ’nün öncülüğünde AİK ilkeleri olarak belirlenmiştir (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/59001>, Erişim tarihi: 5 Ağustos 2019; https://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch_14_wRational.pdf, Erişim tarihi: 20 Temmuz 2019, Van Dijk; 2011 ve http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB118/B118_6-en.pdf, Erişim tarihi: 20 Temmuz 2019). Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımladığı şekliyle AİK; hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür (<https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2235e/s2235e.pdf>, Erişim tarihi: 4 Haziran 2019). Akılcı İlaç Kullanımı’nın gerektirdiği kurallara uyulmaması ise, Akılcı

Olmayan İlaç Kullanımı (AOİK) olarak bilinir ve dünyada önemli bir ortak sağlık sorunudur. İlaçla ilgili tüm bilginin hastaya aktarılmasında ve ilaç kullanım sürecinin yönetiminde hekim bilirkişi olarak görevlidir (<http://www.akilciilac.gov.tr>). Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı'nın giderilmesi için hekimlerin bilgi ve tutumlarının gözden geçirilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması önem taşımaktadır. Bu amaçla ülkemizde çeşitli kurumlarda çalışan Aile Hekimleri ve Uzman Hekimler'in AİK hakkındaki bilgi düzeylerinin ve tutumlarının tespit edilmesi ve bu iki hekim grubunun AİK davranışına etki edebilecek genel ve mesleki özelliklerine göre karşılaştırılmaları amaçlanan bir çalışma yürütülmüştür ve AOİK'nin ülkemiz için de büyük bir sorun olduğu kabul edilmiştir.

http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2013/05/hekimlerin_akilci_receteleme_yaklasimi.pdf., Erişim tarihi: 2 Ağustos 2019). Çalışmalarda gözlenen sorunlar arasında, hastaya tedavi hakkında yeterli ve anlaşılır bilgi verilmemesi, çok sayıda ilaç reçete edilmesi, ilaçların yanlış şekilde kullanılması, gereksiz yere pahalı ilaç kullanımı ve benzeri nedenler bulunmaktadır (Akici ve ark., 2004). Yine eğitim eksikliği, alt yapı eksiklikleri, maddi imkansızlıklar da AOİK için sorunlar arasındadır.

Bir hastanın öyküsü, özgeçmiş, soygeçmiş özellikleri ve muayene zamanındaki özellikleri (vücut ölçüleri, yaşı... vs) hekimin tanı koymasında ve tedavi seçeneğinin belirlenmesinde önemlidir. Tedavi sürecinin başarısı ise AİK ilkelerinin uygulanabilirliği ile mümkündür (TC. SB. Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011). Mezuniyet öncesi AİK eğitimi bu anlamda önem kazanmaktadır. Bu amaçla sağlık kurumlarında halen AİK ile ilgili eğitimler zaman zaman yapılmakta ve eğitim toplantıları, sempozyum ve kongre gibi bilimsel programlarda da AİK ile ilgili oturumlara yer verilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, dünya genelinde ilaçların %50'sinden fazlasının uygun olmayan biçimde reçete edildiğini, hazırlandığını veya satıldığını; hastaların yarısından fazlasının da ilaçlarını doğru olmayan şekilde kullandığını bildirmiştir (Hıfzısıhha Mektebi, Araştırma Serisi:9, 2011). Diğer unsurların yanı sıra, hastaların olumsuz alışkanlıklarının ve bilgi eksiklikleri ve yanlış inanışlarının da AOİK'te katkısı vardır (<http://oikoumene.org>. Erişim tarihi: 2 Mayıs 2019).Yine hastanın

tedavisi ile ilgili sahip olduğu bilgi düzeyi tedaviye uyumunu etkileyebilmektedir (Hıfzısıhha Mektebi, Araştırma Serisi:9, 2011).

Akılcı İlaç Kullanımı ilkelerinin uygulanabilmesi için DSÖ'nün önerisiyle ABC (Always, Better, Control) ve VEN (Vital, Essential, Desirable) analizleri 1981 yılından beri global olarak kullanılmaktadır. Bu analizlerin ilaç harcamaları için en basit ve etkin metod olup; öncelikli ilaç gruplarının belirlenmesine yardımcı olacağı ve sonuçta en büyük klinik ve ekonomik faydanın sağlanmasında yol göstereceğı de bildirilmiştir (Yevstigneev ve ark., 2015).

2.3.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017

Akılcı İlaç Kullanımını destekleyecek faaliyetlerin yürütölmesi için koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması ayrıca hekim, eczacı, yardımcı sağlık personeli, halk ve ilaç sektörüne yönelik AİK konusunda davranış değışikliğı oluşturmak amacı ve etki edilen taraflarda AİK ile ilgili farkındalık, bilgi ve bilinç düzeylerini artırmak hedefiyle “Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmıştır. Bu planda akılcı ilaç kullanımına yönelik hali hazırda yürütölmekte olan ve gelecekte yapılması planlanan faaliyetler bir çatı altında toplanmış, her faaliyetle ilgili sorumlu taraflar ve işbirliği yapılacak taraflar belirlenmiştir.

Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı içeriğı (2014-2017), 6 başlık, 20 stratejik hedef ve 99 faaliyet ile yapılandırılmıştır. Hedef ve faaliyetler AİK yapılanma, hekim, eczacı, yardımcı sağlık personeli, halk, ilaç sektörü başlıklarındaki gruplar için sınıflandırılmıştır.

‘E’ başlığı altında, halka yönelik faaliyetler arasında AİK kampanyalarının düzenlenmesi yer almakta ve beklenen faydalardan 4üncüsü “Halkın, ilaçların hekimin ve eczacının önerdiği şekilde kullanılması konusunda bilinçlendirilmesi” olarak öngörülmektedir(<http://www.akilciilac.gov.tr>, Erişim tarihi: 12 Mayıs 2019).

2.4. İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeğı

Benlik saygısı, ilk olarak Rosenberg tarafından (1965) kişinin kendine karşı pozitif ve negatif tutumu olarak tanımlanmıştır. Coopersmith’ in (1967) görüşü ise,

benlik saygısının bireyin kendi değeri, öz yeterliliği, kendine verdiği önemi ve değerli olduğuna olan inancının değerlendirilmesi şeklindedir. Benlik saygısı psikiyatride önem kazanmıştır. Depresyon, kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları, beden algısı ve yaşam tatmini ile ilişkisi ortaya konmuştur. Benlik saygısı önceleri tek boyutlu değerlendirilmiş, daha sonra çok boyutlu değerlendirilmesini öneren çalışmalar da ortaya konmuştur. Çalışmaların sonuçları benlik saygısının iki boyutlu değerlendirilmesini desteklemektedir. İki boyutlu benlik saygısı ölçeği, iki alt ölçek barındırmaktadır. Birincisi kendini sevme alt ölçeği, ikincisi ise öz yeterlilik alt ölçeğidir (Doğan, 2011).

Araştırmamızda kullanılan iki boyutlu benlik saygısı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Dr. Tayfun Doğan tarafından çalışılmıştır (Doğan, 2011).

Postpartum dönemde depresif semptomların düşük yeterlilik algısı ile tetiklendiği ortaya konmuştur (Takacs ve ark., 2019). Postnatal dönemde depresif semptomların öngörülmesinde benlik saygısı düzeyi kadar benlik saygısı kararsızlığının da önemi olduğu gösterilmiştir (Franck ve ark., 2015).

Farklı etnik gruplarda, reçete edilmiş ilacın yanlış kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda, beyaz hastalarda artan benlik saygısı düzeyi ile ilaç yanlış kullanımının anlamlı düzeyde azaldığı ortaya konmuştur (Broman ve ark. 2015).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma prognostik kohort tipi bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri:

Bu Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, lohusa servisi ve gebe polikliniklerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Zamanı:

Araştırmaya 1 Ocak 2019-30 Haziran 2019 arasında yeni doğum yapmış onsekiz yaş ve üzeri olan kadınlardan aktif olarak veri toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

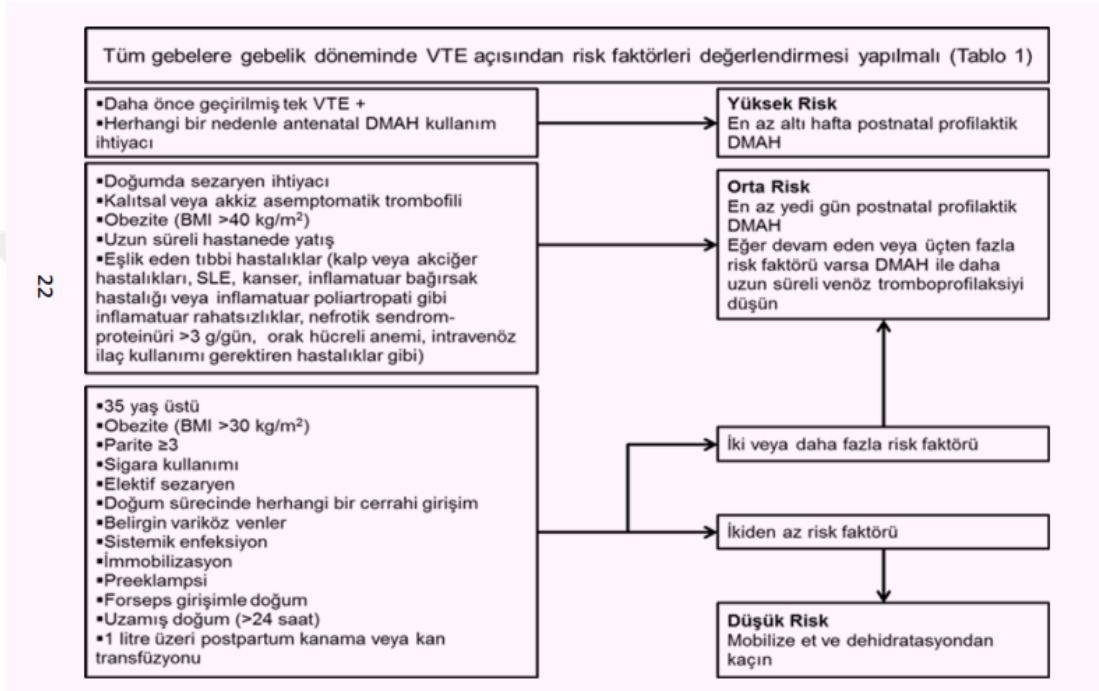
İstanbul, SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde **1 Ocak 2019-30 Haziran 2019 arasında doğum yapmış olan 4298** kadından, lohusa izlemi ve tedavisinde görevli (araştırma ekibi harici) hekim(ler) tarafından, lohusa kliniğinde profilaksileri planlanmış 481 lohusa araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

3.4.1. Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- i. 18-50 yaş arası,
- ii. Türkçe konuşan ve okur yazar olan,
- iii. Araştırma hastanesinde 1 Ocak 2019-30 Haziran 2019 arasında doğum yapmış olan,
- iv. Riskli Gebelik Yönetim Rehberi içerisinde belirlenmiş şartları taşıyan ve (araştırmacı hekim harici hekim(ler) tarafından) postpartum tromboprofilaksi tedavisi önerilmiş (Şekil 3.1),

- v. İstanbul sınırları içinde yaşayan ve/veya doğum sonrası 40 güne kadar İstanbul'da kalacak olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden lohusalar bu araştırmaya dahil edilmişlerdir.

AKIŞ ŞEMASI-3: GEBELİKTE VENÖZ TROMBOPROFİLAKSİ İÇİN POSTNATAL DEĞERLENDİRME



Şekil 3.1 Sağlık Bakanlığı Yüksek Riskli Gebelik Yönetim Rehberi- Postnatal değerlendirme şeması

3.4.2. Araştırmadan hariç olma kriterleri:

- Çalışma ekibinden bir hekimin tedavisini planladığı,
- Kendisi ile iletişime geçilmesini istemeyen,
- Halen psikiyatrik hastalık tanısı almış,
- Doğum sonrası kontrolleri için hastaneye gelmesinde güçlük yaratabilecek bir fiziksel engeli olan ve
- Çalışmaya dahil olmak istemeyen lohusalar bu araştırma dışında tutulmuşlardır.

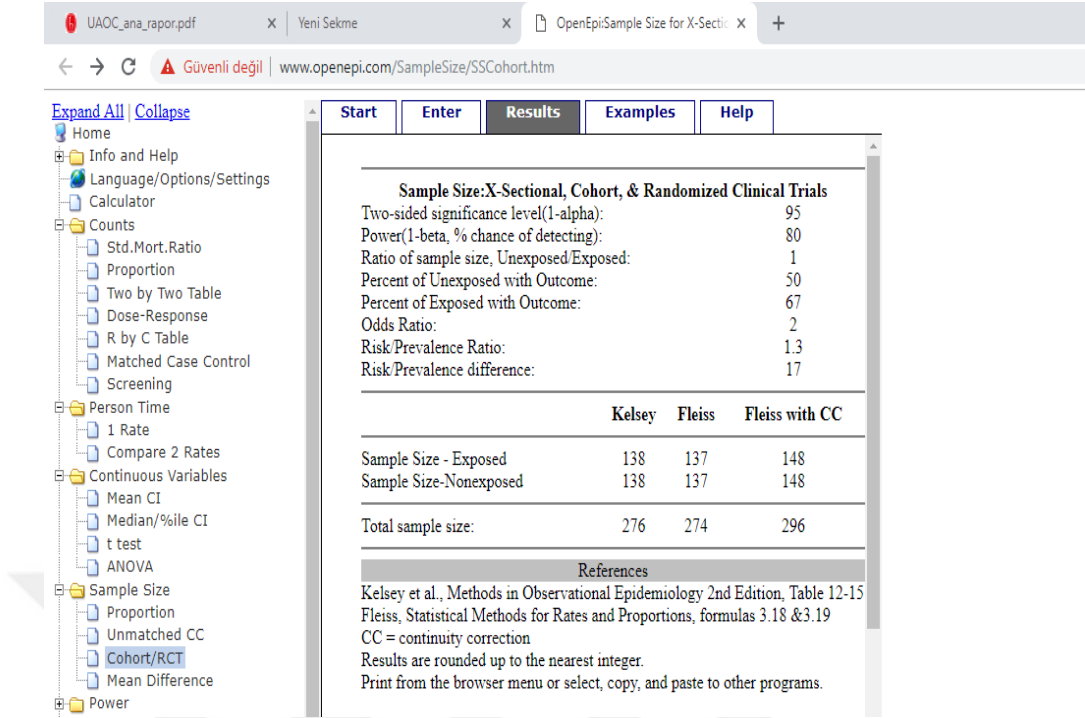
3.4.3. Araştırmanın örnek büyüklüğü:

Bağımlı değişken ‘DMAH tedavisine uyum’ olup, ilgili benzer bir araştırmaya ulaşılamadığından, Uyum Sıklığı (p) %50 kabul edilmiştir. Çalışmanın gücü (power) %80 kabul edilerek, OpenEPI (www.openepi.com) programında, örneklem büyüklüğü için Fleiss with continuity correction yaklaşımı ile ‘296’ kişinin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği hesaplanmış ve %40 izlem kaybı olabileceği öngörüsü ile, düşünüldüğünde 414 lohusanın çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

Open-epi programında aşağıdaki şekilde örneklem yapılmıştır (Şekil 3.2).

The screenshot shows the OpenEPI website interface. The browser address bar displays 'www.openepi.com/SampleSize/SSCohort.htm'. The sidebar on the left contains a tree view of navigation options: Home, Info and Help, Language/Options/Settings, Calculator, Counts (Std. Mort. Ratio, Proportion, Two by Two Table, Dose-Response, R by C Table, Matched Case Control, Screening), Person Time (1 Rate, Compare 2 Rates), Continuous Variables (Mean CI, Median/%ile CI, t test, ANOVA), and Sample Size (Proportion, Unmatched CC, Cohort/RCT, Mean Difference). The 'Cohort/RCT' option is selected. The main area has tabs for 'Start', 'Enter', 'Results', 'Examples', and 'Help'. Below the tabs are 'Clear' and 'Calculate' buttons. The calculation area is titled 'Sample Size: X-Sectional, Cohort, & Randomized Clinical Trials'. It contains a table with input fields and calculated values:

Sample Size: X-Sectional, Cohort, & Randomized Clinical Trials		
Two-sided confidence level(%)	95	(1-alpha) usually 95%
Power (1-beta or % chance of detecting)	80	Usually 80%
Ratio of Unexposed to Exposed in sample	1.0	For equal samples, use 1.0
Percent of Unexposed with Outcome	50	Between 0.0 and 99.9
Please fill in 1 of the following. The others will be calculated.		
Odds ratio	1.99	
Percent of Exposed with Outcome	66.50	Between 0.0 and 99.9
Risk/Prevalence Ratio	1.33	
Risk/Prevalence difference	16.50	Between -99.99 and 99.99



Şekil 3.2 Open-epi programında hesaplanmış örneklem büyüklüğü screen-shot görüntüsü.

3.5. Araştırmada İzlem Süresi:

1. Lohusanın ilk değerlendirilmesi: İstanbul, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk

Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapmış olan lohusalardan uygunluk kriterlerine uyanlarla, taburculuk öncesi (vajinal doğumlar için hastane izlemi en az 24 saat, sezaryen doğumlar için en az 48 saattir) görüşülerek ve lohusaya ait dosya ve elektronik kayıtlar incelenerek ilk veriler elde edilmiştir. İki boyutlu benlik saygı ölçeği de bu değerlendirme döneminde lohusaya verilmiş ve kendileri tarafından doldurmaları sağlanmıştır.

Lohusanın ikinci değerlendirme zamanının planlanması birinci görüşme sonrasında yapılmıştır. Bu verilerin kaydının ardından, servis sorumlu hekimi tarafından tromboprofilaksi tedavisi için planlanan süreye göre kontrol muayene randevusu oluşturulmuştur. Bu kontrol randevusu araştırma izleminde lohusanın ikinci değerlendirme zamanı olarak belirlenmiştir. Tıbbi gerekliliklerle daha erken kontrolü planlanan hastaların kontrol zamanlarında bir değişiklik yapılmamıştır. Hastanın

planlanmış bir kontrol tarihi varsa aynı gün araştırma ekibine de ulaşması için düzenleme yapılmıştır. Hastaların ikinci değerlendirmelerinin bu sebeple 7-10. gün ve 40-45. gün aralıklarında yapılması planlanmıştır. Lohusaya, taburculuk işlemleri sırasında doğumsonu servisi sorumlu doktoru veya sekreteri tarafından kontrol muayenesi için hazırlanmış poliklinik adı, doktor adı, tarih ve saat aralığı bilgisinin yazılı olduğu bir bilgilendirme kağıdı verilmiştir (EK1).

2. Lohusanın ikinci/son kez değerlendirilmesi: Bu değerlendirme poliklinik şartlarında yüzyüze (n:160) ve/veya telefon ile (n:121) iletişim kurularak yapılmıştır. Bu değerlendirmede:

- Taburculuk epikrizleri değerlendirilmiştir.
- Hastanede yatarken ve lohusalık döneminde kullanılan DMAH dozu ve süresine ait bilgiler tekrar kontrol edilerek kaydedilmiştir. Bu değerlendirmede şu veriler elde edilmiştir:
 - i. Hastanın tedaviye uyumu
 - ii. Komplikasyon olup olmadığı,
 - iii. İzleme kadar geçen sürede başka bir rahatsızlığı olup olmadığı, olmuş ise herhangi bir sağlık kurumuna başvurup vurmadığı ve DMAH dışı başka ilaç kullanıp kullanmadığı ya da DMAH tedavisinin kesilmesini gerektiren bir durum olup olmadığı araştırılmış ve kaydedilmiştir.

3.6. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi

Lohusa ile yüzyüze görüşme

Lohusa dosyasının incelenmesi (servis dosyası ve elektronik ortam dosyası)

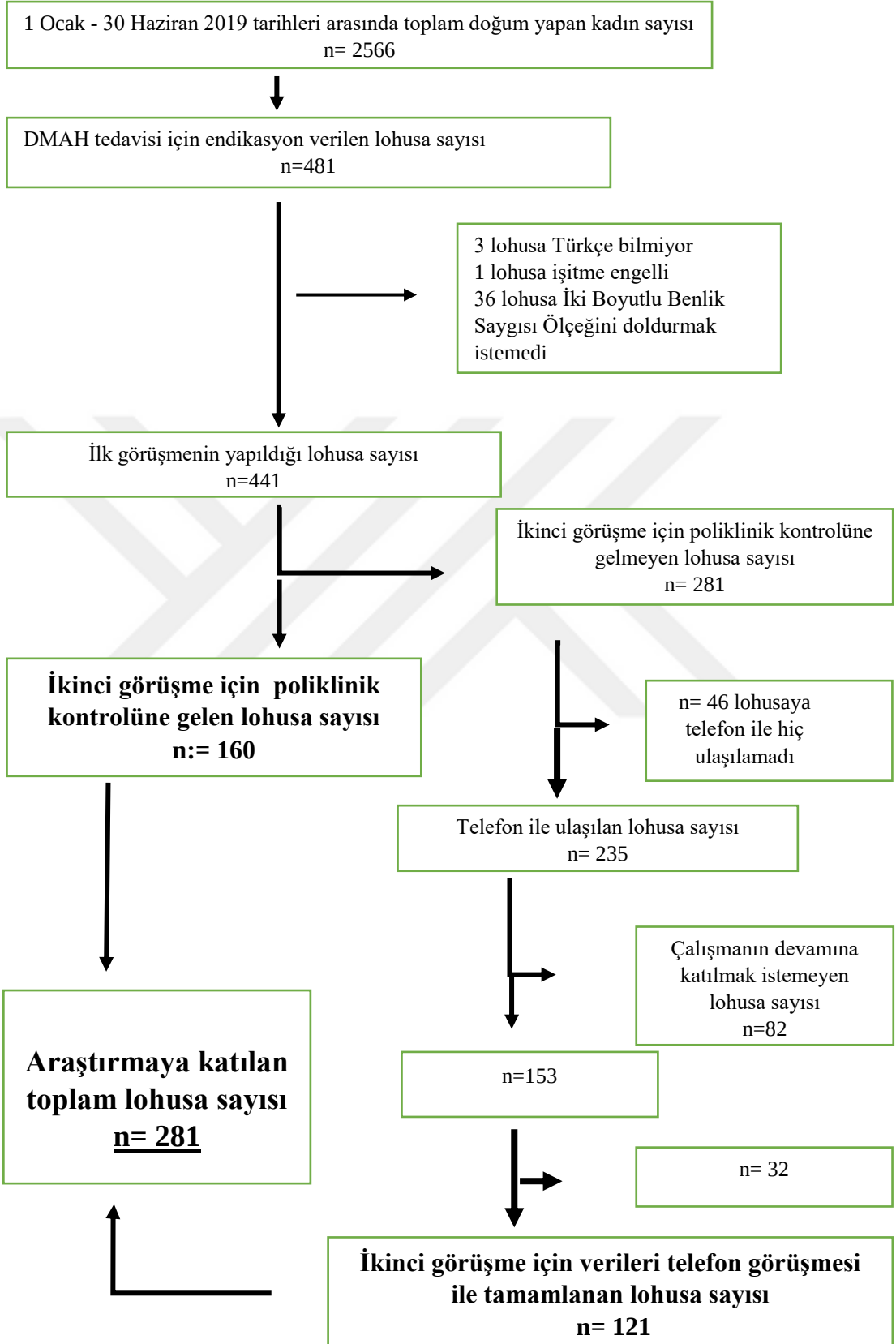
Araştırmanın başlangıç verileri lohusa ile yüzyüze görüşülerek (EK 2: Bilgi formu I), hastanedeki kayıt sisteminde yer alan lohusa dosyasından ve lohusaya ait elektronik sağlık kayıtlarından elde edilmiştir.

Ek olarak, İki Boyutlu Benlik Saygı Ölçeği (EK 3) hastalara doğum sonrası (ilk 24-72 saatleri içerisinde) dönemde, lohusa servis yatışlarında uygulanmış ve hastaların

kendileri tarafından, standart ölçeğin doldurulması ile veri elde edilmiştir. Bu görüşme sırasında lohusalara, lohusalık dönemi içerisinde kendilerine telefon ile ulaşılabilceğı bilgisi de verilmiştir.

Araştırmanın DMAH tedavisi süresi sonrasındaki verileri; poliklinik şartlarında (EK 4: Bilgi formu II) lohusa ile yüzyüze görüşülerek toplanmıştır (160 lohusa). Poliklinik randevusuna gelmeyen hastalara telefon ile ulaşılmaya çalışılmıştır. 281 lohusa poliklinik kontrolüne gelmemiş ve bu lohusalaradan 46 tanesine telefonla hiç ulaşılammıştır. Telefon ile ulaşılan 235 lohusadan 82'si artık çalışmaya dahil olmak istemediklerini ve/veya telefonda soruları cevaplamak için uygun durumda olmadıklarını bildirmiştir. Yüzyirmibir lohusanın ikinci görüşmeye ait bilgileri telefon görüşmesi ile tamamlanmıştır. İkinci görüşme sonunda toplamda 281 lohusa ile araştırmanın izlem süreci tamamlanmıştır. İkinci görüşmenin şekli de kayıt altına alınmıştır (Sekil 3-3: Araştırmanın akış şeması)

Araştırmanın Akış Şeması



Sekil 3.3: Araştırmanın akış şeması

3.7. Araştırmanın Değişkenleri:

3.7.1. Bağımsız değişkenler:

- i. Sosyodemografik özellikler
- ii. Kişisel sağlık öyküsü
- iii. Obstetrik özgeçmiş öyküsü ve son gebeliğe ait özellikler
- iv. Yenidoğana ait özellikler
- v. DMAH tedavisi ile ilgili bilgiler
- vi. İki boyutlu benlik saygısı ölçeği

3.7.2. Bağımlı değişkenler:

- i. Hastanın tedaviye uyumu
- ii. Komplikasyon durumu

3.7.1. Bağımsız değişkenler:

i. Sosyodemografik özellikler:

Yaş: Lohusanın doğum yaptığı tarihteki yaşı, kimliğindeki doğum tarihi bilgisinden elde edilmiştir.

VKİ (Vücut kütle indeksi) vücut ağırlığı (kg)/ boy² (cm) Doğum için hastane yatışında ölçülerek hasta dosyasına kaydedilen boy ve kilo değerleri ile hesaplanmıştır.

Evlilik süresi: Lohusanın beyanına dayalı elde edilmiştir. Süre yıl olarak kaydedilmiştir.

Resmi nikah varlığı: Hasta kayıt sisteminden, sistemde yoksa nüfus cüzdanı görülerek elde edilmiştir.

Akraba evliliği varlığı: Lohusanın beyanına dayalı elde edilmiştir.

Lohusanın en son mezun olduğu okul: Lohusanın beyanına dayalı elde edilmiştir.

Sosyal güvence durumu: Hasta kayıt sisteminden elde edilmiştir.

Çalışma hayatı: Lohusanın beyanına dayalı elde edilmiştir.

ii. Kişisel sağlık öyküsü:

Öz geçmiş öyküsü: Araştırma öncesinde ve/veya araştırma sırasında bir hekim tarafından tanı konulmuş hastalık öyküsü olarak sorgulandı.

Diyabet (GDM dışında), kronik hipertansiyon ve varis tanıları ayrıca kaydedilmiştir.

Tromboemboli, derin ven trombozu, anti-fosfolipid antikor sendromu ve genetik trombofililer ayrıca sorgulanmış ve sadece medikal kayıt ve/ veya tanıyı doğrulayan laboratuvar sonucu varsa tanı kabul edilmiştir.

Sigara kullanımı:Lohusanın beyanına dayalı elde edilmiştir.

Alkol kullanımı: Lohusanın beyanına dayalı elde edilmiştir.

iii. Obstetrik özgeçmiş öyküsüne son gebeliğe ait özellikler:

Gravida,

Parite,

Yaşayan çocuk sayısı,

Düşük sayısı,

Tekrarlayan düşük tanısı,

Son gebelik planlı mı? (evet/ hayır)

Son gebelik istenmiş mi? (evet/ hayır)

Gebelik tipi: (Spontan gebelik ya da yardımcı üreme tekniği ile gebe kalınmış olması),

Daha önceki gebelikte DMAH kullanımı (var/yok),

Bu gebelikte DMAH kullanımı (var/yok),

Doğum şekli (vajinal doğum /sezaryen doğum),

Sezaryen ise ne şartlarda yapıldığı (elektif ya da acil şartlarda),

Vajinal doğum ise operatif doğum olup olmadığı (evet/hayır)

Operatif doğum ise(vakum/forseps),

Eylemde aktif dönem süresi (normal/ uzamış),

Doğumda ve sonrasında enfeksiyon(var/yok),

Postpartum kanama (var/yok),

Postpartum kan transfüzyonu (yapıldı/ yapılmadı),

Preeklampsi tanısı (var/ yok),

'na ait özellikler hasta dosyası, elektronik kayıtlar ve lohusanın beyanına bağlı elde edilmiştir.

Doğum öncesi hastanede kalınan gün sayısı,

Doğum sonrası hastanede kalınan gün sayısı, hastane kayıtlarından elde edilmiştir.

iv. Yenidoğana ait özellikler:

Bebek doğum haftası (doğumun gerçekleştiği, gebeliğin içinde bulunduğu hafta)

Bebeğin canlılığı (canlı doğum, anne karnında ölü doğum),

Bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacı (evet/ hayır),bilgileri elektronik sistemde kayıtlı doğum raporu ve yenidoğan epikirizinden elde edilmiştir.

v. DMAH tedavisine ait özellikler:

Lohusalıkta tromboz- emboli (hayır, derin ven trombozu, tromboze hemoroid, emboli): Lohusanın beyanı sonrasında bu duruma ait tıbbi kayıtların ve görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerin incelenmesi ile elde edilmiştir.

Postpartum varis çorabı önerisi (evet/ hayır): Lohusanın beyanı dayalı ve lohusa dosyasından edinilmiştir.

Varis çorabı kullanım durumu (hayır kullanmadım/ evet, önerildi kullandım/ evet, önerildi kullanmadım): Lohusanın beyanına dayalı elde edilmiştir.

DMAH tedavisinin kılavuza uygun reçete edilme durumu: T.C. Sağlık Bakanlığı Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014 yılında yayınlanmış ‘riskli gebelik yönetim rehberi’ içerisinde yer alan gebelikte venöz tromboprofilaksi için postnatal değerlendirme akış şeması doğrultusunda yapılmıştır (EK 6).

Hastaya neden DMAH kullanılması gerektiği bilgisi verilme durumu (hayır/ evet),
İlacın yan etkileri hakkında bilgi verildi mi? (hayır/ evet),

İlacın gün içerisinde kullanılacağıI saat -zaman bilgisi verildi mi? (hayır/ evet),

İlacın kaç gün kullanılacağı bilgisi verildi mi? (hayır/ evet),

İlaç uygulama alanları bilgisi verildi mi? (hayır/ evet),

Lohusa ilacı kullanmadıysa nedeni (kullandım, reçete yazdıramadım- alamadım, kendime iğne yapamadım- yapmak istemedim, ilacın faydasına inanmıyorum, unuttum, sorumluluklarımdan düzenli kullanamadım, katkı payı nedeniyle alamadım, doktor kesti, reçete edilmedi, bu kadar önemli olduğunu bilmiyordum)

Ek ödeme miktarı hakkındaki görüşü? (normal/ yüksek/ fikrim yok) durumlarına ait bilgiler hasta beyanına dayalı elde edilmiştir.

Olgunun doğum yaptığı tarih bilgisi doğum raporundan elde edilmiştir. Lohusa ile yapılan ikinci görüşmenin tarihi ve şekli (poliklinik şartlarında, telefon ile) araştırma izlemi süresince, araştırmacı tarafından kayıt altına alınmıştır.

vi. İki boyutlu benlik saygısı ölçeği

Kendini sevme alt ölçeği toplam puanı: Ölçek içerisinde 1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 15 no'lu sorular kendini sevme alt ölçeği ile ilgilidir.

Öz yeterlilik alt ölçeği toplam puanı: Ölçek içerisindeki 2, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 16 no'lu sorular öz yeterlilik alt ölçeği ile ilgilidir.

İki boyutlu benlik saygısı ölçeği toplam puanı

3.7.2 Bağımlı değişkenler:

- i. İlaç uyumu: Çalışmada bağımlı değişken, hastanın tedaviye uyumudur. Yaygın olarak kullanılan uyum ölçüsü “ortalama ilaç kullanma oranı (the mean medication possession ratio), MPR’dir. Bu genellikle uygulanan tedavinin gün sayısı olarak ölçülür. Yaygın olarak kullanılan bir başka uyum ölçüsü, MPR’si, belli bir süre boyunca %80’den fazla olan hastaların yüzdesidir (Sperber, 2017). Araştırmada hastanın tedaviye uyumu, ilgili standart tanılardaki ölçümlere göre değerlendirilmiştir.

Kalıcılık ölçüsü olarak, kendisine reçete edilen sürede ilacını tam olarak kullanan hastaların yüzdesi kullanılacaktır.

Hasta uyumunun değerlendirilmesinde, reçete sisteminden ilacın temin edilip edilmediği doğrulanmış ve ardından hastanın beyanı da dikkate alınmıştır. Taburculuk sonrası ilaç kullanım süresi bilgisi lohusa beyanına dayalı elde edilmiştir. Lohusaya elinde kaç kutu ilaç kaldığı da sorulmuştur.

- ii. Komplikasyon olup olmadığı: İlaç kullanımı sırasında vücudun herhangi bir bölgesinde kanama ya da ekimoz oluşması (pikür yerlerinde oluşan ekimozlar dışında).

3.8. İstatistiksel analiz

Veri analizi paket istatistik program ile yapılmıştır. Bağımsız gruplarda niceliksel verilerin değerlendirilmesi için Mann-Whitney U ve Student t testleri kullanılmıştır. Niteliksel verilerin analizinde Ki-Kare ve çoklu gözlü düzenlerde Ki-Kare testleri kullanılmıştır. $P < 0,05$ anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir. Araştırmada tedaviye uyumu

ile etkileyen risk faktörleri arasındaki ilişki rölatif risk (RR) ve %95 Güven aralıkları ile gösterilmiştir. Araştırmada event rate olarak ‘postpartum 7-10 gün içerisinde tromboprofilaksiye uyum’ hesaplanmıştır. Akılcı ilaç kullanımı kapsamında sağlık personeli tarafından tedavi hakkında hasta bilgilendirmesinin sağlayacağı korunabilirlik hızı belirlenecektir.

3.9. Araştırmanın Takvimi:

Araştırma hazırlık ve planlama dönemi: 2018 Haziran- 2019 Eylül

Lohusalar ile görüşme ve veri toplama ve veri kaydedilmesi: 1 Ocak 2019- 30 Haziran 2019

Veri analizi: Haziran 2019- Temmuz 2019

Tezin yazılması: Nisan 2019- Ağustos 2019

3.10. Araştırmanın Bütçesi:

Kırtasiye Gideri	Adet (birimi)	Tahmini (TL)	Toplam Tutar
Bilgi formu I ve II	414 X 8 sayfa	(3312 sayfa)	662 TL
Telefon	414		300 TL
Tez basım/çoğaltma	4 kopya (tahmini 60 sayfa)		150 TL
Toplam		Tahmini	1112 TL*

* Araştırmanın tüm giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

1 ocak 2019 tarihinde 1 USD = 5,38 TL

30 Mayıs 2019 tarihinde 1 USD = 5,84 TL

3.11. Araştırmada Etik:

- i. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.Kasım.2018 tarihinde 142 karar nosu ile izin alınmıştır (EK 5-1, EK 5-2).
- ii. SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yönetiminden izin alınmıştır (EK 6).
- iii. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü onayı alınmıştır (EK 7).
- iv. Her bir uygun lohusa bilgilendirilmiş ve onamı alınmıştır (EK 8).



4. BULGULAR

Araştırma Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi lohusa servisi ve gebe polikliniklerinde yürütülmüş olup araştırmaya 281 lohusa katılmıştır. Araştırma verilerinden elde edilen bulgular sosyodemografik özellikler, kişisel sağlık öyküsü, obstetrik özgeçmiş, bu gebeliğe ait özellikler, yenidoğana ait özellikler, postpartum DMAH tedavi kılavuzu ile uyumu ve süre ve dozları ve postpartum trombotik profilaksi tedavisi konusunda hastaların bilgilendirme durumu başlıklar altında tablolandırılmıştır. Daha sonra bu durumlar ile hastanın DMAH tedavisine uyum durumu hakkında bulgular sunulmuştur.

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan lohusaların yaş ortalaması $31,49 \pm 6,04$ ' dür. Lohusaların %31,3 ü 35 yaş ve üstündedir.

Lohusaların ortalama VKİ $29,6 \text{ kg/m}^2$ (aritmetik ortalama $\pm$ ss: $30,1 \pm 5,56$, min:15,4a, maks:57,3)' dir. Yüzde 16,4 lohusanın VKİ'si 35 ve üstündedir.

Tablo 1: Araştırmaya katılan lohusalara ait sosyo-demografik özellikler

	n	%
Yaş Grubu (yıl)		
18- 24	38	13,5
25- 29	79	28,1
30- 34	76	27,0
35- 39	66	23,5
>40	22	7,8
VKİ (kg/m^2)		
< 18,5	2	0,7
$\geq 18,6$ -24,9	40	14,2
$\geq 25,0$ - 29,9	104	37,0
$\geq 30,0$ - 34,9	89	31,7
$\geq 35,0$	46	16,4
Toplam	281	100,0

Araştırmaya katılan lohusaların % 34,5'inin eğitimi ilköğretim ve öncesidir, üniversite ve üzeri eğitilmiş lohusaların oranı %19,9'dur.

Lohusaların %4,3'ünün resmi nikahı yoktur. Lohusaların %19,6'sı akraba evliliği olduğunu beyan etmiştir. Çalışmaya dahil olan lohusaların sadece %0,7'sinin bir sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvencesi olsun ya da olmasın lohusaların %86,5'i sosyal güvenceleri ile ilaç temin edebilmektedir. Bazı sosyal güvenceler hastalara verilen poliklinik ve ameliyat hizmetlerini karşılarsa da ilaç katkı payı desteği sağlamamaktadır (örneğin: analık hali, yeşil kart). Çalışmamıza katılan lohusaların %13,5'i ilaçlar için sosyal güvence desteği alamamaktadır. Lohusaların %36,3'ü daha önce hiçbir işte çalışmamıştır.

Tablo 1: Araştırmaya katılan lohusalara ait sosyo-demografik özellikler (devamı)

	n	%
Eğitim durumu		
İlköğretim mezunu	97	34,5
Ortaöğretim mezunu	61	21,7
Lise mezunu	97	23,8
Üniversite mezunu	56	19,9
Resmi nikah durumu		
Yok	12	4,3
Var	269	95,7
Akraba evliliği durumu		
Yok	226	80,4
Var	55	19,6
Evlilik süresi		
< 5 yıl	107	38,1
≥ 5-9 yıl	62	22,1
≥ 10-14 yıl	58	20,6
≥ 15-19 yıl	31	11,0
≥ 20 yıl	23	8,2
Toplam	281	100,00

VKİ (Vücut Kütle İndeksi)

Tablo 1: Araştırmaya katılan lohusalara ait sosyo-demografik özellikler (devamı)

	n	%
Evlilik süresi		
< 5 yıl	107	38,1
≥ 5-9 yıl	62	22,1
≥ 10-14 yıl	58	20,6
≥ 15-19 yıl	31	11,0
≥ 20 yıl	23	8,2
Sosyal güvence durumu		
Yok (yok/ analık hali/ işsizlik sigortası/ yeşilkart)	2	0,7
Var	279	99,3
Sosyal güvence ilaç katkı payını karşılıyor mu?*		
Hayır	38	13,5
Evet	243	86,5
Çalışma öyküsü		
Hiç çalışmamış	102	36,3
Geçmişte çalışmış ama şimdi çalışmıyor	163	58,0
Geçmişte çalışmış ve halen çalışıyor	16	5,7
Toplam	281	100,00
VKİ (Vücut Kütle İndeksi)		

4.2. Kişisel Sağlık Öyküsü

Araştırmaya katılan lohusaların %47'sinde daha önce sağlık kuruluşunda tanı konmuş kronik bir hastalık öyküsü vardır. %3,6'sı gebelik öncesi DM dışı diyabet tanısı almıştır. %6 lohusanın gebelik öncesi hipertansiyon öyküsü vardır. Geçirilmiş emboli, DVT, konjenital ya da edinsel trombofili ise lohusaların %5,8'inde mevcuttur.

Tablo 2: Araştırmaya katılan lohusaların kişisel sağlık öyküsü ile ilgili özellikleri

	n	%
Kronik hastalık ya da trombofili öyküsü		
Yok	138	53,0
Var	138	47,0
Kronik hastalık (n=138)		
Yok		
Diyabet (GDM dışındaki DM)	10	3,6
Kronik hipertansiyon	15	6,0
Emboli öyküsü/ DVT öyküsü/ konjenital ya da edinsel trombofili	16	5,8
Varis	45	14,9
Diğer (Astım/ Behçet/ hepatit/ MS/ tek böbrek/ tiroid hastalıkları..vb.)	52	16,7
Sigara kullanımı		
Hiç içmemiş	190	67,6
İçmiş ve/ veya halen içiyor	91	32,4
Alkol Kullanımı		
Hiç içmemiş	252	89,7
İçmiş- şimdi içmiyor	29	10,3
Toplam	281	100,0

4.3. Obstetrik Özgeçmiş

Araştırmaya katılan lohusaların %18,5'inin ilk gebeliğidir. Yüzde18,5 kadının ise gebeliği 5 ve üzeri idi. Lohusaların %25,3'ünün ilk doğumu, %33,8'inin ise ikinci doğumudur. Yüzde 1,4 kadının hiç yaşayan çocuğu yoktur. %34,9 kadının 2, %23,8 kadının 3 yaşayan çocuğu vardır.

Tablo 3: Araştırmaya katılan lohusalara ait obstetrik özgeçmişe ait özellikler

	n	%
Gravida		
1	52	18,5
2	72	25,6
3	60	21,4
4	45	16,0
5 ve üzeri	52	18,5
Parite		
1	71	25,3
2	95	33,8
3	67	23,8
4 ve üzeri	48	17,2
Yaşayan		
0	4	1,4
1	73	26,0
2	98	34,9
3	67	23,8
≥4	39	14,0
Abortus (spontan abortus)		
0	184	65,5
1	60	21,4
≥2	37	13,1
Toplam	281	100,0

Araştırmadaki gebeliği ilk gebelik olan lohusalar aşağıdaki obstetrik özelliklerin değerlendirilmesinde analizlere dahil edilmemiştir. Yüzde 9,2 kadının tekrarlayan düşük öyküsü vardır. Yüzde 8,7 kadın ise 20 hafta üzerinde intrauterin kayıp yaşamıştır.

Araştırmaya katılan lohusaların %5,2'si daha önceki gebeliklerinde DMAH kullanmıştır ve %2,2'si daha önceki gebeliklerinde DVT ve/ veya emboli geçirmiştir.

Tablo 3: Araştırmaya katılan lohusalara ait obstetrik özgeçmişe ait özellikler (devamı)

	n	%
Tekrarlayan düşük tanısı		
Yok	208	90,8
Var	20	9,2
2. 3. trimester fetal kayıp öyküsü		
Yok	209	91,3
Var	21	8,7
Preterm doğum öyküsü		
Yok	185	80,8
Var	44	19,2
Önceki gebeliklerde DMAH* kullanımı öyküsü		
Yok	217	94,8
Var	12	5,2
Önceki gebeliklerde DVT** / emboli öyküsü		
Yok	224	97,8
Var	5	2,2
Toplam	229§	100,0

*DMAH Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin

**DVT Derin Ven Trombozu

§ n=229, ilk gebeliği olan lohusalar dahil edilmemiştir)

4.4. Araştırmadaki Gebeliğe Ait Özellikler

Bu araştırmaya katılan lohusaların %68'i planlı olarak gebe kadığını beyan etmiştir. Yüzde 96,1'inin gebeliği doğal yollarla, %3,9'unun yardımcı üreme teknikleri ile gerçekleştiği beyan edilmiştir. Lohusaların %94,3'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Doğumlar içerisinde acil sezaryen oranı %59,1'dir. Yüzde 5 olgunun uzamış eylem sonrasında doğumu gerçekleşmiştir.

Doğum sırasında ve sonrasında % 7,5'inde enfeksiyon vardır. Yüzde 12,5 lohusa postpartum kanama sorunu yaşamış ve lohusaların %11,7'sine kan transfüzyonu yapılmıştır.

Tablo 4: Araştırmaya katılan lohusalarda araştırmadaki gebeliğe ait özellikler

	n	%
Son gebelik planlı mı?		
Hayır	90	32,0
Evet	191	68,0
Son gebelik istenmiş mi?		
Hayır	58	20,6
Evet	223	79,4
Gebe kalma şekli		
Spontan gebelik	270	96,1
Yardımcı üreme teknikleri	11	3,9
Doğum şekli		
Vajinal doğum	16	5,7
Elektif C/S	99	35,2
Acil C/S	166	59,1
Uzamış eylem		
Yok	267	95,0
Var	14	5,0
Doğum sırasında ve/veya sonrasında enfeksiyon		
Yok	260	92,5
Var	21	7,5
Postpartum kanama		
Yok	246	87,5
Var	35	12,5*
Postpartum kan transfüzyonu		
Yok	248	88,3
Var	33	11,7
Hematom- ekimoz gibi kanama komplikasyonu		
Olmadı	257	91,5
Ciltaltı hematom	3	1,1
Ekimoz	19	6,8
Ekimoz ve Hematom	2	0,7
Toplam	281	100,0

*postpartum kanama: doğumdan sonra, DMAH tedavisi uygulanan dek geçen sürede ortaya çıkan kanama.

Araştırmaya katılan lohusalar arasında bu gebelikte DMAH kullanım oranı %12,5'tir. Yine bu gebelikte düşük doz aspirin kullanım oranı %17,4'tür. Lohusaların %3,8'i bu gebelikte preeklampsi tanısı almıştır.

Lohusaların beyanına dayalı olarak lohusalık döneminde varis çorabı önerilmiş kadın oranı %12,1'dir. İki yüz seksen bir lohusa içerisinde, lohusalık döneminde 1 lohusada derin ven trombozu, 1 lohusada pulmoner emboli tanısı konulmuştur.

Tablo 4: Araştırmaya katılan lohusalarda araştırmadaki gebeliğe ait özellikler (devamı)

	n	%
Bu gebelikte DMAH kullanımı		
Yok	246	87,5
Var	35	12,5
Bu gebelikte düşük doz aspirin kullanımı*		
Yok	232	82,6
Var	49	17,4
Preeklampsi*		
Yok	172	61,2
Var	109	38,8
Lohusalıkta varis çorabı önerisi**		
Hayır	247	87,9
Evet	34	12,1
Lohusalıkta emboli- tromboz*		
Hayır, olmadı	277	98,6
Tromboze hemoroid	2	0,7
Derin ven trombozu	1	0,4
Emboli	1	0,4
Lohusalıkta tromboprofilaksi için risk grubu§		
Orta	249	88,6
Yüksek	32	11,4
Toplam	281	100,0

DMAH Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin

*Bu bilgiler hasta dosyası ve/veya takip ve yatış poliklinik kayıtlarından elde edilmiştir.

**Bu bilgi hasta beyanına dayalı elde edilmiştir.

§Araştırmaya katılan lohusalar için tromboprofilaksi risk grubu, Sağlık Bakanlığı yüksek riskli gebelik yönetim kılavuzunda tanımlandığı şekilde belirlenmiştir (Ek 5).

Araştırmaya katılan lohusaların doğum öncesi hastanede kalış süreleri (ort±ss) 3,14±5,37, doğum sonrası (ort±ss) 2,96±1,57 olarak hesaplandı.

Tablo 4: Araştırmaya katılan lohusalarda araştırmadaki gebeliğe ait özellikler (devamı)

	n	ortanca	ort±ss	(min- maks)
Doğum öncesi hastanede kalınan toplam süre (gün)	281	1	3,14±5,37	0-38
Doğum sonrası hastanede kalınan toplam süre (gün)	281	3	2,96±1,57	1-11
Hastanede kalınan toplam süre (gün)	281	4	6,10±5,70	1-40
Hastanede uygulana DMAH dozu (enjeksiyon sayısı)	281	2	2,32±1,47	1-11

4.5. Yenidoğana Ait Özellikler

Araştırmaya katılan lohusalardan 5'i (%1,8) ölü doğum yapmıştır. Yüzde 5 lohusanın bebeği ise doğum sonrası kaybedilmiştir. Lohusaların %48,4'ünün bebeklerinin YDYBÜ ihtiyacı olmuştur. Gebeliklerin %8,5'i, 28 hafta öncesinde, %19,9'u 28-34 hafta aralığında doğumla sonuçlanmıştır. Birinci dakikada APGAR <7 olan bebek oranı %40,6, 5. dakikada ise %12,5'dir.

Tablo 5: Yenidoğana ait özellikler

	n	%
Bebeğin canlılığı**		
Ölü doğum	5	1,7
Canlı doğum	277	92,9
Canlı doğup - postpartum ex	16	5,4
YDYBÜ* ihtiyacı **		
Evet	151	50,7
Hayır	142	47,6
Ölü doğum	5	1,7
Bebek doğum haftası		
≤28	24	8,5
29-34	56	19,9
≥35	201	71,5
Bebek APGAR 1. Dk**		
Ölü doğum	5	1,7
<7	64	21,5
≥7	229	76,8
Bebek APGAR 5. Dk**		
Ölü doğum/ pp 5. dk dek kayıp	6	2,0
<7	21	7,1
≥7	271	90,9
Toplam	281	100,0

*YDYBÜ: Yeni doğan yoğun bakım ünitesi

** n=298, 15 lohusa ikiz bebek, 1 lohusa üçüz bebek doğumu gerçekleştirdi.

4.6. Lohusanın Ev Yaşamına Ait Özellikler

Araştırmaya katılan lohusaların yaşadıkları evde toplam kişi sayısı ortanca değeri 4, evde yaşayan toplam çocuk sayısı ortanca değeri 2'dir.

Tablo 6: Lohusanın ev yaşamına ait özellikler

	n	ortanca	ort±ss	(min- maks)
Evde yaşayan toplam kişi sayısı	281	4	4,22±1,70	(2-12)
Evde yaşayan toplam çocuk sayısı	281	2	1,90±1,31	(0-6)

4.7. Lohusanın Kontrol Muayenesine Gelme Durumu

Araştırmaya katılan lohusaların sadece % 56,9'u epikrizde belirtilen ve önerilen tarihte doğum sonrası poliklinik kontrolüne gelmişlerdir.

Tablo 7: Lohusanın kontrol muayenesine gelme durumu

	n	%
Kontrol muayenesine		
Geldi	160	56,9
Gelmedi (telefon ile görüşüldü)	121	43,1
Toplam	281	100,0

4.8. Lohusanın, İlaçlar İçin Hasta Tarafından Karşılanan Ek Ödeme Miktarı Hakkındaki Görüşü

DMAH postpartum dönemde profilaksi amacı ile reçete edildiğinde hasta tarafından karşılanması gereken bir ek ödeme miktarı vardır. Araştırmaya katılan lohusaların % 52,3'ü bu miktarın kendi bütçelerine göre yüksek bir miktar olduğunu beyan etmiştir. Emekli olan ya da emekli olan eşi ya da babası üzerinden sosyal güvencesi olan lohusalar bu ödemeden muaftır. Bu durumda olan 3 lohusa da ek ödeme miktarı olmadığı için sorun yaşamadıklarını ifade etmiştir.

Tablo 8: Lohusanın, ilaçlar için hasta tarafından karşılanan ek ödeme miktarı hakkındaki görüşü

	n	%
Ek ödeme miktarı		
Normal	43	15,3
Fazla	147	53,3
Fikri yok	91	32,4
Toplam	281	100,0

4.9. Postpartum Tromboprofilaksi Tedavisi Konusunda Hastaların Bilgilendirilme Durumu

Lohusaların %65,1'i DMAH tedavisini neden aldıkları konusunda bilgilendirilmediklerini beyan etmiştir. Yan etkiler hakkında bilgilendirme oranı da sadece %6,8'dir. Lohusaların %37'si ilacın günlük kullanım sıklığı bilgilendirildiğini, %72,2'si toplam kullanım süresi hakkında bilgilendirildiğini beyan etmiştir. İlacın uygulama yolu hakkında bilgilendirildiğini beyan eden lohusa yüzdesi 71,5' tir.

Tablo 9: Taburculuk sonrası DMAH tedavisi konusunda lohusaların bilgilendirme durumuna ait özellikler.

	n	%
DMAH kullanım nedeni hakkında		
Bilgi verildi	98	34,9
Bilgi verilmedi	183	65,1
DMAH yan etkisi hakkında		
Bilgi verildi	19	6,8
Bilgi verilmedi	262	93,2
Gün içinde DMAH kullanım sıklığı hakkında		
Bilgi verildi	104	37,0
Bilgi verilmedi	177	63,0
Toplam DMAH kullanım süresi hakkında		
Bilgi verildi	203	72,2
Bilgi verilmedi	78	27,8
DMAH uygulama şekli hakkında		
Bilgi verildi	201	71,5
Bilgi verilmedi	80	28,5
Toplam	281	100,0

4.10. İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği Uygulamasının Sonuçları

İki boyutlu benlik saygısı ölçeği içerisinde 2 alt ölçek bulunmaktadır. Araştırmaya katılan lohusalar için kendini sevmek alt ölçek toplam puan ortanca değeri 35, öz yeterlilik alt ölçek toplam puan ortanca değeri 30'dur. İki boyutlu benlik saygısı ölçeği toplam puanı ortanca değeri ise 64'dür.

Tablo 10: İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği Uygulamasının Sonuçları

	n	ortanca	ort±ss	min- maks
Kendini sevmek alt ölçek puanı	281	35	34,23±4,53	16-40
Öz yeterlilik alt ölçek puanı	281	30	29,79±5,08	12-40
İki boyutlu benlik saygısı ölçeği toplam puanı	281	64	64,03±8,20	28-80

4.11. Sosyodemografik Özellikler ile DMAH Tedavisine Uyum:

Yaygın olarak kullanılan uyum ölçüsü "ortalama ilaç kullanma oranı (the mean medication possession ratio), MPR'dir. Bu genellikle uygulanan tedavinin gün sayısı olarak ölçülür. Yaygın olarak kullanılan bir başka uyum ölçüsü, MPR'si, belli bir süre boyunca %80'den fazla olan hastaların yüzdesidir (Sperber, 2017). Araştırmada hastanın tedaviye uyumu, ilgili standart tanılandaki ölçümlere göre değerlendirilmiştir. Kalıcılık ölçüsü olarak, kendisine reçete edilen sürede ilacını tam olarak kullanan hastaların yüzdesi kullanılacaktır.

Hasta uyumunun değerlendirilmesinde, reçete sisteminden ilacın temin edilip edilmediği doğrulanmış ve ardından hastanın beyanı da dikkate alınmıştır. Taburculuk sonrası ilaç kullanım süresi bilgisi lohusa beyanına dayalı elde edilmiştir. Lohusaya elinde kaç kutu ilaç kaldığı da sorulmuştur.

Araştırmaya katılan lohusalar arasında tedaviye uyum %72,9 bulunmuştur. Tedaviye uyum gösteren grupta ortanca yaş 31 (aritmetik ortalama± SD: 31,74±6,18, min:20, maks: 55), tedavi uyumu olmayan grupta ortanca yaş 30,5 aritmetik ortalama± SD: 30,83±5,63, min:19 maks:43)'dir. Her iki grup yaş dağılımları açısından benzerdi.

Tedaviye uyum sağlayan grupta ortalanca VKİ 29,9 (aritmetik ortalama± SD: 30,40±5,82, min:15,4, maks:57,3) kg/m², tedavi uyumu olmayan grupta ortalanca VKİ 28,9 aritmetik ortalama± SD: 29,61±4,78, min:20,5, maks:43,44) kg/m²'dir. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. VKİ' nin 35 kg/m² ve üstünde olduğu ya da 40 kg/m² ve üstünde olduğu durumlarda da iki grup benzerdir.

Tablo 11-1: Sosyodemografik özellikler ile DMAH tedavisine uyum:

Tedaviye Uyum							P
Uyum var		Uyum yok		Toplam			
n	%	n	%	n	%		
Yaş grubu (yıl)							
≤ 35	137	66,8	56	73,6	193	68,6	0,271
>35	68	33,2	20	26,4	88	31,4	
VKİ (kg/m ²)							
≤ 35	168	81,9	67	88,1	235	83,6	0,212
>35	37	18,1	9	11,9	46	16,4	
Resmi nikah durumu							
Yok	9	75,0	3	25,0	12	4,3	0,870
Var	196	72,9	73	27,1	269	95,7	
Akraba evliliği durumu							
Yok	170	81,9	56	73,6	226	80,4	0,083
Var	35	17,1	20	26,2	55	19,6	
Eğitim durumu							
İlköğretim ve öncesi	70	34,1	27	35,5	97	34,5	0,710
Ortaöğretim	48	23,4	13	17,1	61	21,7	
Lise	47	22,9	20	26,3	67	23,8	
Üniversite ve üzeri	40	19,5	16	21,0	56	19,9	
Toplam	207	100,0	76	100,0	281	100,0	

Tedavi uyumu olan ve olmayan lohusalar arasında resmi nikah durumu, akraba evliliği ve eğitim durumu benzerdir (p>0,05) (Tablo 12). Sosyal güvencesi olmayan lohusa sayısı 2'dir. Lohusaların ilacını ücretli alıyor olması ya da sosyal güvencenin ilacı karşılamıyor olması durumu tedavi uyumu olan ve olmayan iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark göstermiştir (p: 0,002). Lohusanın kendi sgk sı olması durumu ayrıca karşılaştırıldığında da fark bulunmamıştır.

Tablo 11-1: Sosyodemografik özellikler ile DMAH tedavisine uyum (devamı):

Tedaviye Uyum							
	Uyum var		Uyum yok		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Sosyal güvence durumu							
Yok (yok/ analık hali/ işsizlik sigortası/ yeşilkart)	1	0,4	1	1,3	2	0,7	0,463
Var	204	99,6	75	98,7	279	99,3	
Sosyal güvence ilaç ödemesi yapıyor mu?							
Hayır	20	9,7	18	23,6	38	13,5	0,002
Evet	185	90,3	58	76,4	243	86,5	
Çalışma hayatı							
Hiç çalışmamış	72	35,1	30	39,4	102	36,2	0,795
Geçmişte çalışmış ama şimdi çalışmıyor	105	37,3	58	76,3	243	86,4	
Geçmişte çalışmış ve halen çalışıyor	12	5,80	4	5,2	16	21,0	
Toplam	207	100,0	76	100,0	28	100,0	

Araştırmaya katılan lohusalar içerisinde tedaviye uyum gösteren lohusaların %90,3'ünün reçetesini sigorta karşılamaktaydı, tedaviye uyumu olmayan lohusalar arasında bu oran %77,3'dü. Sigorta tarafından ilaç bedelinin karşılanması durumunda tedaviye uyumun 1,98 (%95 GA 1,32-2,97) kat daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 11-2: Sosyal güvencenin ilaç ödemesi yapması durumu ile DMAH tedavisine uyum

Tedaviye Uyum								
		uyum var		uyum yok		RR (%95 GA)		p
		n	%	n	%	n	%	
Sosyal güvence ilaç ödemesi yapıyor mu?*								
Hayır	20	9,7	18	23,6	38	13,5	1,98 (1,32-2,97)	0,002
Evet	185	90,3	58	76,4	243	86,5		
Toplam	205	100,0	76	100,0	281	100,0		

*Analık hali sebebiyle devlet tarafından gebelik takibi, doğum ve lohusalık sürecinde poliklinik hizmetleri ve hastane masrafları karşılanan gebe ve lohusalar için ayaktan tedavi durumunda reçete ödemesi yapılmamaktadır. İşsizlik sigortası kapsamında hizmet alan hastalara belli bir süre sonrasında ayaktan reçete ödemesi yapılmamaktadır.

4.12. Lohusaların Kişisel Sağlık Öyküsüne göre DMAH tedavisine uyumları:

Tedavi uyumu olan lohusalar arasında daha önce hiç sigara içmeyenler % 71,7, tedavi uyumu olmayan lohusalar arasında hiç sigara içmemiş olmak %56,7 idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p= 0,016$).

Tedaviye uyum gösteren lohusaların %14,2'si, tedavi uyumu olmayan lohusaların %11,2'si daha önce DVT için risk oluşturan bir kronik hastalık tanısı almıştı. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edildi ($p= 0,040$).

Tablo 12-1: Lohusaların Kişisel Sağlık Öyküsüne göre DMAH tedavisine uyumları:

Tedaviye uyum							
	Uyum var		Uyum yok		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Sigara kullanımı							
Hiç içmemiş	147	71,7	43	56,5	190	67,6	0,016
İçmiş ve veya halen içiyor	58	28,2	33	43,5	91	32,4	
Alkol Kullanımı							
Hiç içmemiş	185	90,2	67	88,1	252	89,6	0,610
İçmiş/şimdi içmiyor	20	9,8	9	11,9	29	10,4	
Kronik hastalık (DM*/ astım/ tiroid/ MS)							
Yok	106	51,7	43	56,5	149	53,0	0,467
Var	99	48,3	33	43,6	132	47,0	
Kronik hipertansiyon/ emboli öyküsü/ DVT** öyküsü/ konjenital ya da edinsel trombofili tanısı							
Yok	176	85,8	72	94,7	248	88,2	0,040
Var	29	14,2	4	5,3	33	11,8	
Toplam	205	100,0	76	100,0	281	100,0	

*DM: Diyabetes Mellitus

**DVT: Derin ven trombozu

Araştırmaya katılan lohusalar arasında tedaviye uyumu olan hastaların %28,2'si, tedaviye uyumu olmayan lohusaların ise %43,5'i daha önce sigara içmiş ve/veya halen içmeye devam etmektedir. Hiç sigara içmemiş olan lohusa grubunda 1,21 (%95 GA 1,02-1,44) kat tedavi uyumunun iyi olduğu hesaplandı.

Derin ven trombozu riskini arttıran kronik hastalık ve durumlar (Kronik hipertansiyon/ emboli öyküsü/ DVT öyküsü/ konjenital ya da edinsel trombofili tanısı) dikkate alındığında tedaviye uyumu olan lohusaların % 14,2'sinde, tedavi uyumu olmayan lohusaların %11,8'inde en az bir durumun olduğu hastaya ait tıbbi kayıtlardan ve hasta beyanına dayalı kayıt edilmiştir. Bu hastalık ve/veya durumlardan birine sahip

lohusalarda tedavi uyumunun 2,39 (%95 GA 0,93-6,12) kat daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 12-2: Lohusaların sigara kullanma durumu ve DVT için risk olabilecek kronik hastalık öyküsü durumu ile DMAH tedavisine uyumları:

Tedaviye Uyum									
		Uyum var		Uyum yok		Toplam		RR (%95 GA)	p
		n	%	n	%	n	%		
Sigara kullanımı									
Hiç içmemiş		147	71,7	43	56,5	190	67,6	1,21 (1,02-1,44)	0,016
İçmiş ve veya halen içiyor		58	28,2	33	43,5	91	32,4		
Kronik hipertansiyon/ emboli öyküsü/ DVT* öyküsü/ konjenital ya da edinsel trombofili tanısı									
Yok		176	85,8	72	94,7	248	88,2	2,39 (0,93-6,12)	0,040
Var		29	14,2	4	5,3	33	11,8		
Toplam		205	100,0	76	100,0	281	100,0		

*DVT: Derin ven trombozu

4.13. Araştırmaya Katılan Lohusalarda, Obstetrik Özgeçmişe Ait Özellikler ve DMAH Tedavisine Uyum

Obstetrik özgeçmişe ait gravida, parite, yaşayan çocuk sayısı ve abortus sayısı açısından tedaviye uyumu olan ve olmayan lohusa grupları benzer bulundu.

Tablo 13: Araştırmaya katılan lohusalarda, obstetrik özgeçmişe ait özellikler ve DMAH tedavisine uyum

Tedaviye uyum							
Uyum var				Uyum yok			P
n	ortanca	ort±ss	min-maks	n	ortanca	ort±ss	
Gravida	3	3,04±1,63	(1-9)	3	3,02±1,67	(1-8)	0,864
Parite	2	2,40±1,25	(1-9)	2	2,47±1,36	(1-8)	0,884
Yaşayan	2	2,27±1,26	(0-9)	2	2,32±1,15	(0-5)	0,652
Abortus	0	0,55±0,85	(0-4)	0	0,51±1,01	(0-5)	0,298
Toplam	205			76			

Araştırmaya katılan lohusalar arasında tedaviye uyum olan ve tedaviye uyum olmayan grup, tekrarlayan düşük öyküsü, 2. ve/veya 3. trimester gebelik kaybı öyküsü, preterm doğum öyküsü, daha önceki gebelikte DVT öyküsü ve daha önceki gebelikte DMAH kullanım öyküsü açısından benzer bulundu. Analize ilk gebeliği araştırmadaki gebelik olan lohusalar dahil edilmedi.

Tablo 13: Araştırmaya katılan lohusalarda, obstetrik özgeçmişe ait özellikler ve DMAH tedavisine uyum (devamı)

Tedaviye uyum							p
Uyum var		Uyum yok		Toplam			
n	%	n	%	n	%		
Tekrarlayan düşük tanısı							
Yok	153	91,6	55	86,7	208	90,8	0,675
Var	14	8,4	7	11,3	21	9,2	
2. 3. Trimester kayıp öyküsü							
Yok	149	89,2	60	96,8	209	91,3	0,072
Var	18	10,8	2	3,2	20	8,7	
Preterm doğum öyküsü							
Yok	132	79,0	53	85,5	185	80,8	0,362
Var	35	21,0	9	14,5	44	19,2	
Önceki gebelikte DMAH* kullanımı							
Yok	163	97,6	61	98,4	224	97,8	0,719
Var	4	2,4	1	1,0	5	2,2	
Önceki gebelikte DVT**/ emboli öyküsü							
Yok	156	93,4	61	98,4	217	94,8	0,133
Var	11	6,6	1	1,6	12	5,2	
Toplam	167	100,0	62	100,0	229§	100,0	

*DMAH Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin

**DVT Derin Ven Trombozu

§ (n=229, ilk gebeliği olan lohusalar dahil edilmemiştir)

4.14. Araştırmaya Katılan Lohusalarda, Araştırmadaki Gebeliğe Ait Özelliklerin DMAH Tedavisi ile Uyumu:

Son gebeliği planlı olan ve olmayan lohusaların tedaviye uyumları benzerdi. Yine lohusaların gebe kalma şekline göre ($p=0,50$) ve, doğum şekline göre değerlendirildiğinde ($p=0,368$) (Tablo 10) tedavi uyumları benzerdi. Doğumu ve/veya lohusalık dönemini komplike eden enfeksiyon durumu, postpartum kanama ve intrapartum/ postpartum kanama durumları değerlendirildiğinde tedaviye uyum durumunun benzer olduğu görüldü (Tablo 14).

Tablo 14: Araştırmaya katılan lohusalarda araştırmadaki gebeliğe ait özelliklerin DMAH tedavisi ile uyumu:

	Tedaviye uyum						p
	Uyum var		Uyum yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Son gebelik planlı mı?							
Hayır	63	30,7	27	31,3	90	32,0	0,444
Evet	142	69,3	49	68,7	191	68,0	
Gebe kalma şekli							
Spontan gebelik	196	95,6	74	97,3	270	96,1	0,500
Yardımcı üreme tekniği	9	4,4	2	2,7	11	3,9	
Doğum şekli							
Vajinal doğum	14	6,8	2	2,6	16	5,7	0,368
Elektif C/S	67	32,6	32	42,1	99	35,3	
Acil C/S	124	60,6	42	55,2	166	59,0	
Uzamış eylem							
Yok	195	95,1	72	94,7	267	95,0	0,895
Var	10	4,9	4	5,3	14	5,0	
Doğumda enfeksiyon							
Yok	188	91,7	72	94,7	260	92,5	0,391
Var	17	8,3	4	5,3	21	7,5	
Postpartum kanama							
Yok	178	86,8	68	89,4	246	87,5	0,551
Var	27	13,2	8	10,6	351	12,4	
Postpartum kan transfüzyonu							
Yok	179	87,3	69	90,7	248	88,2	0,444
Var	26	12,7	7	9,3	33	11,8	
Toplam	205	100,0	76	100,0	281	100,0	

Bu gebelikte DMAH kullanımı ve bu gebelikte düşük doz aspirin kullanımı durumuna göre lohusaların tedaviye uyum durumu benzer bulunmuştur ($p=0,069$ ve $p=0,791$) (Tablo 14). Yine araştırmadaki gebelikte preeklampsi tanısı almış olmak durumu da 2 grup arasında benzerdi. Tedaviye uyum gösteren lohusaların % 13,2'si, tedavi uyumu olmayan lohusaların ise %11,4'ü postpartum tromboprofilaksi açısından yüksek risk grubundaydı. İki grup risk gruplarına dahil olan lohusalar açısından benzerdi ($p=0,122$). Araştırmaya katılan lohusalar için tromboprofilaksi risk grubu, Sağlık Bakanlığı yüksek riskli gebelik yönetim kılavuzunda tanımlandığı şekilde belirlenmiştir (Ek 5).

Tablo 14: Araştırmaya katılan lohusalarda araştırmadaki gebeliğe ait özelliklerin DMAH tedavisi ile uyumu: (devamı)

Tedavi uyumu							p
Uyum var		Uyum yok		Toplam			
n	%	n	%	n	%		
Bu gebelikte DMAH kullanımı							
Yok	175	85,3	71	93,4	246	87,5	0,069
Var	30	14,7	5	6,6	35	12,4	
Bu gebelikte düşük doz aspirin kullanımı							
Yok	170	82,9	62	81,5	234	82,6	0,791
Var	35	17,1	14	18,5	49	17,4	
Preeklampsi							
Yok	119	58,1	53	69,7	182	64,8	0,074
Var	86	41,9	23	30,3	99	35,2	
Lohusalıkta tromboprofilaksi için risk grubu*							
Orta	178	86,8	71	93,4	249	88,6	0,122
Yüksek	27	13,2	5	6,6	32	11,4	
Toplam	205	100,0	76	100,0	281	100,0	

*Araştırmaya katılan lohusalar için tromboprofilaksi risk grubu, Sağlık Bakanlığı yüksek riskli gebelik yönetim kılavuzunda tanımlandığı şekilde belirlenmiştir (Ek 5).

Araştırmaya katılan lohusaların tamamında doğum öncesi hastanede kalınan ortalama süre $3,14 \pm 5,37$ (ortanca:2, min: 1, maks: 38) gündür. Araştırmaya katılan lohusalar için doğum sonrası bu süre $2,96 \pm 1,57$ (ortanca: 2, min:1, maks:11) gün olup toplam hastanede geçirilen süre $6,10 \pm 5,7$ (ortanca:4, min:1, maks: 40) gün olarak hesaplanmıştır. Doğum sonrası hastanede kalınan süre tedaviye uyumu olan ve olmayan lohusalar arasında farklı bulunmuştur ($p=0,010$). Hastanede kalınan toplam süre de tedaviye uyumu olan ve olmayan lohusalar arasında anlamlı fark göstermiştir ($p=0,003$) (Tablo:14).

Postpartum hastane yatış süresince lohusaların DMAH tedavisi başlanıp devam etmektedir. Sıklıkla lohusaların DMAH tedavisi ilk 6-12 saat içerisinde başlar. Doğum sonrası hastanede uygulanan DMAH gün sayısı tedavi uyumu olan ve olmayan hasta grubunda farklı bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 14).

Tablo 14: Araştırmaya katılan lohusalarda araştırmadaki gebeliğe ait özelliklerin DMAH tedavisi ile uyumu: (devamı)

Tedaviye uyum									

4.15. Yenidoğana Ait Özellikler ile Lohusaların DMAH Tedavisine Uyumu

Canlı doğum yapan ve sonrasında bebeği yaşayan lohusalar ile bebeği ölü doğan ve doğumdan sonar yaşamayan lohusaların DMAH tedavisine uyumları benzerdi. Yine canlı doğum yapan lohusalar arasında bebeği yoğun bakım ünitesine yatış gereken lohusalar ile bebeği yanında olan lohusalar arasında DMAH tedavi uyumu benzerdi.

Tablo 15: Yenidoğana ait özellikler ile lohusaların DMAH tedavisine uyumu:

Tedavi uyumu							
Uyum var		Uyum yok		Toplam		P	
n	%	n	%	n	%		
Bebek canlı							
Hayır	16	7,8	3	3,9	19	6,7	0,253
Evet	189	92,2	73	96,1	262	93,3	
Toplam	205	100,0	76	100,0	281	100,0	
Bebek yoğun bakım ünitesinde kaldı							
Hayır	96	47,7	44	58,6	140	50,8	0,255
Evet	105	52,3	31	41,4	136	49,2	
Toplam	201	100,0	75	100,0	276	100,0	

4.16. Lohusanın Ev Yaşamına Ait Özellikler ile DMAH Tedavisine Uyumu:

Lohusanın yaşadığı evdeki toplam kişi sayısı lohusanın tedavi uyumu için anlamlı fark göstermiştir ($p=0,028$) (Tablo 16). Evde yaşayan çocuk sayısı ise tedavi uyumu olan ve olmayan lohusalar arasında benzerdir.

Tablo 16: Lohusanin Ev Yaşamına Ait Özellikler ile DMAH Tedavisine Uyumu:

Tedaviye Uyum											
Uyum var					Uyum yok				P		
n		ortanca		ort±ss	n		ortanca			ort±ss	min-maks
Evde yaşayan toplam kişi sayısı	205	4	4,08±1,63		2-12	76	4	4,60±1,84		2-12	0,028
Evde yaşayan toplam çocuk sayısı	205	2	1,82±1,30		0-6	76	2	2,11±1,31		0-5	0,092
Toplam	205					76					

4.17. Lohusanın İlaçlar İçin Hasta Tarafından Karşılanan Ek Ödeme Miktarı Hakkındaki Görüşü ve DMAH Tedavi Uyumu

Tedaviye uyumu olan ve uyumu olmayan lohusalar arasında ek ödeme miktarı hakkındaki görüş benzerdir. Araştırmaya katılan lohusaların sırasıyla %49,8 ve %59,2'si ek ödeme miltarını fazla bulmaktadır.

Tablo 17: Lohusanın ilaçlar için hasta tarafından karşılanan ek ödeme miktarı hakkındaki görüşü ve DMAH tedavi uyumu

Tedavi uyumu							
Uyum var		Uyum yok		Toplam		P	
n	%	n	%	n	%		
Ek ödeme miktarı							
Normal	36	17,6	7	9,2	43	15,3	0,153
Fazla	102	49,8	45	59,2	147	52,3	
Fikri yok	67	22,6	24	31,6	91	32,4	
Toplam	205	100,0	76	100,0	281	100,0	

4.18. Lohusanın Kontrol Muayenesine Gelmesi Durumu ve Tedavi Uyumunun Değerlendirilmesi

Kontrol muayenesine gelen lohusaların %80,6' sında tedaviye uyum varken, kontrol muayenesine gelmeyen (ve başka hastaneye de kontrole gitmemiş olan) hasta grubunda bu oran % 62,8'di. İstatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p=0,001$) (Tablo 18).

Tablo 18-1: Lohusanın kontrol muayenesine gelmesi durumu ve tedavi uyumunun değerlendirilmesi

	Tedavi uyumu						p
	Uyum var		Uyum yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Kontrol muayenesine							0,001
Geldi	129	62,9	31	40,7	160	56,9	
Gelmedi (telefon ile görüşüldü)	76	37,1	45	59,3	121	43,1	
Toplam	205	100,0	76	100,0	281	100,0	

Araştırmaya katılan lohusalara taburculuk sırasında verilen epikrizde doğum sonrası poliklinik kontrol gerekliliği ve zamanı hakkında bilgi yer almaktadır. Yine araştırmaya katılan lohusalara, randevusuz poliklinik kontrolüne gelebilmelerini sağlayacak bir ek bilgi kağıdı verilmiştir. Bu kağıtta birden çok tarih seçeneği, doktor adı ve poliklinik adı yer almaktadır. Tedaviye uyum gösteren lohusaların %62,9 u taburculuk sonrası 7-10 gün içerisinde poliklinik kontrolüne gelmiştir. Tedavi uyumu olmayan lohusalar arasında bu oran %40,7' dir. Poliklinik kontrolüne gelen lohusalarda tedaviye uyum 1,28 (%95 GA 1,09-150) kat fazla bulunmuştur.

Tablo 18-2: Lohusanın kontrol muayenesine gelme durumu ve DMAH tedavi uyumu

Tedaviye Uyum								RR (%95 GA)	p
Uyum var		Uyum yok		Toplam					
n	%	n	%	n	%				
Kontrol muayenesine									
Geldi	129	62,9	31	40,7	160	56,9			
Gelmedi (telefon ile görüşüldü)	76	37,1	45	59,3	121	43,1	1,28 (1,09-1,50)	0,001	
Toplam	205	100,0	76	100,0	281	100,0			

4.19. Hastanın Taburcu Edilirken, Hastanede Sağlık Personeli Tarafından Tedavisi Hakkında Bilgilendirilmesi ile Tedavi Uyumu:

Lohusanın taburcu olmadan önce sağlık personeli tarafından bilgilendirilmiş olması ($p=0,034$), ilacın gün içerisinde kullanım sıklığı hakkında bilgilendirilmiş olması ($p=0,000$), ilacın toplam kullanım süresi hakkında bilgilendirilmiş olması ($p=0,000$) ve ilacın uygulanma yolu ile ilgili bilgilendirilmiş olması ($p=0,000$) tedavi uyumu anlamlı olarak etkilemiştir.

Tablo 19-1: Hastanın taburcu edilirken, hastanede sağlık personeli tarafından tedavisi hakkında bilgilendirilmesi ile tedavi uyumu:

Tedavi uyumu							
	Uyum var		Uyum yok		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
DMAH kullanım nedeni hakkında							
Bilgi verildi	126	61,4	57	75,0	183	65,1	0,034
Bilgi verilmedi	79	38,66	19	25,0	98	34,9	
DMAH yan etkisi hakkında							
Bilgi verildi	16	7,8	3	3,9	19	6,7	0,253
Bilgi verilmedi	189	92,2	73	96,1	262	93,3	
Gün içinde DMAH kullanım zamanı hakkında							
Bilgi verildi	89	43,4	15	19,7	104	37,0	0,000
Bilgi verilmedi	116	56,5	61	80,2	177	63	
DMAH kullanım süresi hakkında							
Bilgi verildi	169	82,4	34	44,7	203	72,2	0,000
Bilgi verilmedi	36	17,6	42	55,3	78	27,8	
DMAH uygulama şekli hakkında							
Bilgi verildi	173	84,3	28	36,8	201	71,5	0,000
Bilgi verilmedi	32	15,7	48	63,2	80	28,5	
Toplam	205	100,0	76	100,0	281	100,0	

Araştırmaya katılan lohusaların taburcu edilirken ilaç kullanımı hakkında bilgilendirilme durumları hasta beyanına dayalı elde edilmiştir. Tedavi uyumu olan lohusaların %38,6'sı, tedavi uyumu olmayan lohusaların %25'i DMAH kullanım nedeni hakkında bilgilendirildiklerini beyan etmiştir. Lohusaların bu konuda bilgilendirme durumuyla tedavi uyumunda 1,60 (%95 GA 1,01-2,53) kat artış saptanmıştır. Gün içerisinde DMAH kullanım zamanı hakkında bilgilendirme için bu artış 2,38 (%95 GA 1,43-3,98) kattır. Tedavi uyumu olan lohusa grubunda DMAH kullanım süresi hakkında bilgilendirme oranı %82,4, tedavi uyumu olmayan lohusa grubunda %44,7'dir. DMAH kullanım süresi hakkında bilgilendirilmiş olan

lohusaların, bilgilendirilmemiş lohusalara göre, 3,21 (%95 GA 2,22-4,65) kat daha fazla, DMAH uyumlu oldukları tespit edilmiştir. İlacın uygulama şekli hakkında bilgilendirme oranı sırasıyla tedavi uyumu olan grupta %84,3, tedavi uyumu olmayan grupta %36,8'dir. İlaç uygulama şekli hakkında bilgilendirme için tedavi uyumunda 4,30 (%95 GA 2,94-6,34) kat artış saptanmıştır.

Tablo 19-2: Araştırmaya katılan lohusaların tabucu edilirken hastanede sağlık personeli tarafından tedavisi hakkında bilgilendirilmesi ile DMAH tedavi uyumu

Tedaviye Uyum								
Uyum var		Uyum yok		Toplam		RR (%95 GA)	p	
n	%	n	%	n	%			
DMAH kullanım nedeni hakkında								
Bilgi verildi	79	38,6	19	25,0	98	34,9	1,60 (1,01-2,53)	0,034
Bilgi verilmedi	126	61,4	57	75,0	183	65,1		
Gün içinde DMAH kullanım zamanı hakkında								
Bilgi verildi	89	43,4	15	19,7	104	37,0	2,38 (1,43-3,98)	0,000
Bilgi verilmedi	116	56,5	61	80,2	177	63		
DMAH kullanım süresi hakkında								
Bilgi verildi	169	82,4	34	44,7	203	72,2	3,21 (2,22-4,65)	0,000
Bilgi verilmedi	36	17,6	42	55,3	78	27,8		
DMAH uygulama şekli hakkında								
Bilgi verildi	173	84,3	28	36,8	201	71,5	4,30 (2,94-6,34)	0,000
Bilgi verilmedi	32	15,7	48	63,2	80	28,5		
Toplam	205	100,0	76	100,0	281	100,0		

4.20. İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği Sonuçları ile Lohusaların DMAH tedavisine uyumu

İki boyutlu benlik saygı ölçeği ve bu ölçekten elde edilen kendini sevmeye alt ölçeği ve öz yeterlilik alt ölçeğine ait puanlar, tedavi uyumu olan ve olmayan grup arasında benzerdi.

Tablo 20: İki boyutlu benlik saygısı ölçeği sonuçları ile lohusaların DMAH tedavisine uyumu

Tedaviye uyum									

5. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü, maternal mortalitenin önlenmesinde, ciddi ve ciddi olmayan morbiditenin öngörülmesi ve önlenmesinin önemini vurgulamaktadır (https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf, Erişim tarihi: 21 Temmuz 2019). Günümüzde maternal sağlık birçok ülkede maternal sağlık epidemiyolojisi ve sağlık sistemini dikkate almayı gerektirmektedir. Yakın zamanda bir çok düşük gelirli ülkede bir obstetrik transisyon yaşanmış ve yüksek maternal mortalite oranlarından düşük maternal mortalite oranlarına iyileşme olmuştur. Bu, direk anne ölüm sebeplerinin azalarak indirek anne ölüm sebepleri, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ileri anne yaşından kaynaklanan sebeplerin artışı ile sonuçlanmıştır (Souza ve ark., 2014). Maternal morbidite ve mortalitenin azaltılması amacıyla ulusal ve uluslararası kılavuzların önerileri arasında, risk grubundaki lohusalarda tromboprofilaksi amacıyla DMAH tedavisi de yer almaktadır.

Bu araştırmada; postpartum dönemde DMAH ile tromboprofilaksi gereken lohusaların tedaviye uyumunu ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma için örneklem büyüklüğü 296 lohusa olarak hesaplanmış, 281 lohusaya ait tüm veriler elde edilerek çalışma tamamlanmıştır.

Türkiye Anne Çocuk Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE)'nün 2001-2016, annenin yaş grubuna göre doğum yüzdesi verilerine bakıldığında son 15 yıl içerisinde 30-34 yaş ve 35-39 yaş gruplarında doğum yüzdelerinin giderek arttığı görülmektedir. 2016 yılı için 35 yaş ve üzeri doğum yüzdesi %15,8 olarak bildirilmiştir (TAÇESE, 2017). Araştırmamızın yapıldığı hastane tersiyer bir merkez ve, yüksek riskli gebelikler için referans hastanedir. Postpartum tromboprofilaksi için 35 yaş üzerinde olmak araştırmalarda artmış risk ile ilişkilidir ve kılavuzlarda yer alan risk faktörlerinden biridir (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg37a/>, Erişim tarihi: 3 Haziran 2019;

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/risgebyonreh.pdf>, Erişim tarihi: 11 Ocak 2019). Bu sebeplerle araştırma grubumuzun yaş ortalamasının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Vücut kütle indeksinin 40 kg/m²'nin üzerinde olması tek başına, 30 kg/m²'nin üzerinde olması ise beraberinde en az bir risk faktörü daha varsa tromboprofilaksi endikasyonudur. Bu özelliklere sahip lohusalara tromboprofilaksi amaçlı tedavi düzenlendiği için ve araştırmanın yüksek riskli gebeliklerin refere edildiği bir klinikte yapılması sebebiyle araştırmaya katılan lohusaların VKİ'leri normal gebe popülasyonuna göre yüksek bulunmuştur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) zet göstergelerine bakıldığında 15-49 yaş kadınların 1993 yılında 18,7'si, 2013 yılında %23,9'u için VKİ >30 kg/m² olarak bildirilmiştir (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, Erişim tarihi: 5 Mayıs 2019). Bu durum ülkemizde maternal morbidite ve mortalitenin önlenmesinde kilo kontrolünün öneminin giderek artacağını göstermektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, evli kadınlar arasında ilköğretimi tamamlamış olma oranını %44,5, orta ğretimi tamamlamış olma oranını %14, lise ve sonrası eğitim almış olma oranını >%26,5 olarak yayınlamıştır. Araştırmaya katılan lohusalar arasında ortaöğretim ve sonrası eğitimi tamamlama oranı daha yüksek bulundu. Bunun sebebi olarak araştırmanın ülkenin büyük şehirlerinden birinde ve merkezi bir hastanede yapılmış olması dşnld. TNSA 2013 verileri de kent yaşamında kadınların eğitim yıllarının daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, Erişim tarihi: 5 Mayıs 2019). Birleşmiş Milletler tarafından verilen evlilik kadın ve erkeğin yasal birleşmesi olarak tanımlanmıştır. Bu tanımdaki yasal birleşme kavramının ülkeye ve yasalara göre farklılık gösterebildiği vurgulanmıştır (BM,2001, Tezcan ve ark, 2004). Türkiyede evli olduğunu beyan eden çiftler arasında nikah için farklı kabuller vardır. TNSA 2003 yılında resmi nikahı olmayan ve kendini evli beyan eden çiftlerin oranını % 3,7 olarak bildirmiştir. TUİK 2016 Aile Yapısı Araştırması' nda bu oran %1,1 bulunmuştur (<https://istanbul.academia.edu/NursenaOzturk/Teaching-Documents>., Erişim tarihi: 20 Temmuz 2019). Araştırmaya dahil olan lohusalar arasında resmi nikahın olmaması durumu bu verilerden fazladır.  lohusa, eşi ve kendisine ait bir sosyal güvence durumu olmadığı için; kadının, babasının sosyal

güvencesinde kalması hakkından faydalanmak için bir iş sahibi olana dek resmi nikah kıymayacağını belirtmiştir.

Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü 2006 Aile Yapısı Araştırması verilerine göre, *Türkiye'de akraba evliliği yapanların oranı* yüzde 22 olarak bildirilmiştir. Bu oran, araştırmamıza katılan lohusaların akraba evliliği oranı ile benzerdir.

Ülkemizde sosyal güvencesi olmayan bir kadın, gebelik durumu belgelendikten sonra gebe takibi, doğum ve lohusalık dönemlerinde devlet tarafından ‘analık hali’ güvencesi altında takip ve tedavi hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Bu sebeple araştırmaya katılan lohusalar içerisinde sadece 2 kadının hiçbir sosyal güvencesi yoktu. Fakat sosyal güvencenin olması her durumda ayaktan reçete edilen ilacın ücretsiz teminini sağlamamaktadır. İlacın tüm ücretinin değil ama bir kısmının ödenmesi durumu katılım payı olarak isimlendirilmektedir. Araştırmaya dahil olan lohusaların yarısından çoğu katkı payını yüksek bulduklarını beyan etmiştir. İrlanda da anti- hipertansif tedavi için talep edilen katılım payı uygulamasının tedavi uyumunun önünde finansal bir yük olarak engel oluşturduğu bildirilmiştir (Dillon, 2018). Özellikle kronik trombotik profilaksi tedavilerinin hem hasta hem de sağlık-sosyal güvence sistemleri üzerine yükü ve nasıl azaltılabileceği de çalışılmıştır. Yeni nesil ilaçlarla hem uygulama kolaylığı sağlanacağı hem de sağlık hizmetlerinin masrafının önemli şekilde azaltılabileceği bildirilmiştir (Mahan, 2015). Araştırmamıza dahil olan lohusalar arasında sigorta tarafından ilaç bedelinin karşılanması durumunda (halen %10-20 katkı payını hasta ödediği halde) tedaviye uyumun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Azınlıklar ve yaşlı popülasyonun tedavilerinde katkı payı ödemelerindeki iyileştirmenin faydalarını ve katkı payının arttırılması durumunda tedavi uyumundaki olumsuzlukları ortaya koyan çalışmalar vardır (Lewey ve ark., 2015).

Maternal morbidite ve ilişkili engellilik hali ‘ gebelik ve doğum ile ilgili ve/ veya gebelik ve doğumu komplike eden, kadının iyilik hali ve/ veya işlevselliği üzerine olumsuz etki gösteren herhangi bir sağlık durumu’ olarak tanımlanmıştır. Uzman görüşleri ile 121 sağlık durumundan oluşan bir matriks oluşturulmuştur. Bu matriksin üç boyutu olup: tanımlanmış morbidite kategorisi, fonksiyon üzerine etki ve maternal

öyküden oluşmaktadır. Gebelik, doğum ve lohusalık süreci dışında ortaya çıkmış olsa da olumsuz maternal sonuçlarla ilişkili olan ve $>0,1$ sıklıkla ortaya çıkan durumlar bu matrikse dahil edilmiştir. Yüzde 0,1 nadir hastalıklar ile sık karşılaşılan hastalıklar için iyi bir sınır olarak kabul edilmiştir (Chou ve ark., 2016). Araştırmaya katılan lohusalar arasında bir kronik hastalık ya da duruma sahip olma oranı oldukça yüksekti. Bu yüksek oran yine obstetrik risk oluşturan durumların DMAH profilaksisi için endikasyon doğurmasından kaynaklanmaktadır. Araştırmanın yapıldığı klinik yüksek riskli gebelerin refere edildiği bir klinikte. Hastanemizde kronik bir hastalığa sahip gebeler yüksek riskli gebelik poliklinikleri ve anne hastalıkları polikliniklerinde takip edilmektedir. Bu gebeler gebeliğin başından itibaren hastalıklarının getirdiği riskler konusunda bilgilendirilmektedirler. Hekim iletişimi, aynı hekimle görüşme sıklıkları daha fazladır. Araştırmamızda özellikle DVT için risk oluşturabilecek kronik hastalık ve duruma sahip lohusa grubunda tedavi uyumu anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu durumun hasta bilgilendirmesi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Türkiye sigara içme oranının yüksek olduğu ülkeler arasındadır (Doğanay ve ark., 2012)de. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre (KYTA) sigara içme sıklığı (her gün ve ara sıra kullanan) kadınlarda %15,2'dir. Araştırmaya katılan lohusalar arasında halen sigara içme oranı %11, gebe kaldığını öğrendikten sonra sigarayı bırakmış olma oranı %21'dir. Araştırmamıza katılan lohusaların bir kısmı sigara gibi bir risk faktörüne de sahip oldukları için tromboprofilaksi planlanmış lohusalardır. Seçilmiş bir populasyonla çalıştığımız için oran daha yüksek olabilir. Finlandiya'da yapılan ve 1999-2015 yılları arasında tekiz gebe populasyonunun dâhil edildiği çalışmada gebelerin %10,7'sinin birinci trimesterden sonra sigara içmeye devam ettiği bildirilmiştir. Maternal sigara kullanımı durumunda gebelik süresince poliklinikten ve hastane yatışı ile hizmet alma sıklığının daha fazla olduğu da bildirilmiştir (Wallin ve ark., 2019). Sigara kullanımı bir davranış modeli olarak da kişisel ve toplumsal sağlık üzerine etki etmektedir. Osteoporoz tanısı almış hasta grubunda yapılan bir çalışmada, sigara kullanımının tedaviyi devam ettirme, tedaviyi bırakma ve kontrol muayenelerini aksatma üzerine olumsuz ve belirleyici etkisi olduğu gösterilmiştir (Senay ve ark., 2019). Araştırmamıza katılan lohusalar arasında da tedavi uyumu hiç sigara kullanmamış lohusalar arasında daha yüksek orandadır.

Türkiye genelinde, şartlar uygun olursa kadınların %33,1'i ideal çocuk sayısının 2, erkeklerin 31,6'sı ise ideal çocuk sayısının 3 olduğunu belirtmişlerdir (Öztürk, 2016). Araştırmaya katılan lohusalar arasında son çocuk ile birlikte 3 yaşayan çocuk sahibi olma oranı %23,8'di.

Araştırmaya katılan lohusalar arasında tekrarlayan düşük öyküsü ve 2. ve 3. trimester gebelik kaybı öyküsü normal popülasyondan daha fazladır. Araştırmanın yürütüldüğü hastane, bu hastaları prekonsepsiyonel dönemde de kabul ederek prekonsepsiyonel bakım ve bilgi veren aynı zamanda bu öyküye sahip gebeliklerin takibini yapan bir hastanedir.

Gebelik ve postpartum dönemde VTE, binde 1-2 olarak bildirilmiştir. Daha önce VTE öyküsü olan kadınlarda ve genetik ya da edinsel trombofili varlığında bu sıklığın arttığı da bilinmektedir (Khan ve ark., 2006). Araştırmaya katılan lohusalar arasında daha önceki gebelikte DVT ve/veya emboli öyküsü %2,2 idi. Bu durumu araştırmanın yüksek riskli gebelik takibi yapılan bir hastanede yürütülmüş olması ile ilişkilendirdik.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, 2013 yılında doğumların planlanma durumu ile ilgili, kadınların %74'ünün isteyerek gebe kaldığını, %11,2'sinin daha sonra gebelik istediğini ve 12,5'inin istemediği halde gebe kaldığını bildirmiştir (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, Erişim tarihi: 5 Mayıs 2019). Araştırmamıza katılan kadınlar arasında isteyerek gebe kalma oranı %68'di. Araştırmamızda kadınlara bir korunma yöntemi kullanıp kullanmadıkları sorulmadı. İstemediği halde gebe kalan kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ile ilişkisi bu sebeple yorumlanamamaktadır. TNSA 1993-2013 yılları arasında karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının %12'den %5,9'a gerilediğini bildirmiştir (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, Erişim tarihi: 5 Mayıs 2019).

Dünya Sağlık Örgütü, 1985 yılından beri, sezaryen doğum için ideal oranın %10-15 arasında olduğunu bildirmektedir. Bu oran tüm toplum için bildirilmiş güvenli orandır. Bu oranın tersiyer merkezler ve sağlık kuruluşları için kullanılmasının güvenilirliği henüz net değildir. Sağlık kuruluşları düzeyinde bir oranın belirlenebilmesi için DSÖ, Robson sınıflamasının kullanımını sağlamak amacıyla

2014 yılında için bir çalışma başlatmıştır. Böylelikle sağlık kuruluşları için standardizasyon sonrasında tanımlamaların yapılması ve kılavuzların oluşturulması sağlanabilecektir

(https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/, Erişim tarihi: 18 Haziran 2019). Araştırmamıza katılan lohusalar arasında sezaryen ile doğum oranı %94,3 ile oldukça yüksektir. Postpartum dönemde, acil sezaryen tanımına uyan şartlarda doğum yapmış olmak tek başına tromboprofilaksi için endikasyondur. Araştırmaya katılan lohusaların % 59,1'i acil sezaryen endikasyonu ile sezaryen olmuştur. Bu durum ve araştırmanın tersiyer bir merkezde yürütülmüş olması tromboprofilaksi alan lohusa grubunda sezaryen doğum oranının yüksek olmasını açıklayabilir. Araştırmaya katılan hastalar, lohusa servisinde yatarken tromboprofilaksisi planlanmış ve order düşülmüş hastalardı. Araştırmamızda serviste yatan hastaların tamamı tromboprofilaksi için risk grubunda mı değerlendirmesi yapılmamıştır. Servis hekimi tarafından DMAH kullanım endikasyonu verilmiş lohusalar araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu sebeple vajinal doğum yaptığı halde, ek sebeplerle tromboprofilaksi gereken ama tedavi reçete edilmemiş lohusalar olabilir. Sezaryen sonrası tromboprofilaksi uygulaması hakkında Almanya'da yapılan ulusal incelemede Alman obstetrisyenler arasında risk değerlendirmesi, sınıflama ve profilaksi stratejileri ile ilgili dikkate değer bir uyumsuzluk ve kararsızlık olduğu bildirilmiştir. Ulusal ve uluslararası kılavuzlara duyarlılığın da çok az olduğu vurgulanmıştır (Goecke ve ark., 2019).

Araştırmanın yürütüldüğü hastane obstetrik kanama ekibinin 7-24 hizmet verdiği bir hastanedir. Obstetrik risk grubu ve yine kanama açısından risk grubunda olan gebeler sıklıkla kliniğimize refere edilmektedir (ör: plasenta previa, plasenta invazyon anomalileri). Araştırmaya katılan lohusalar arasında DMAH tedavisi başlayana kadar geçen sürede görülen intrapartum ve postpartum kanama oranı oldukça yüksektir. İntrapartum ve postpartum kanama ve bu kanama durumunda kan transfüzyonu gerekliliği de postpartum tromboprofilaksi için endikasyonlar arasındadır. Bu durum ile tedavi uyumu arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Kanama, DMAH tedavisi komplikasyonları arasındadır. DMAH sonrası özellikle insizyon hattında ortaya çıkan hematoma ve ekimoz tedaviye bağlı bir

komplıkasyondur. Batın içi kanama ve atoni kanamaları da görülebilir. DMAH tedavisinin fayda zarar analizi yapıldığında tek başına mekanik profilaksi uygulanabilmiş olsa ölümcül pulmoner emboli ile karşılaşma oranı 1/ 465 880 olarak bildirilmiştir. Farmakolojik tromboprofilaksi %2 hematoma oranı ile ilişkilendirilmiştir. Bu sebeple postpartum tromboprofilaksiyi eleştiren derlemeler risk analiz modellerinin endikasyonları daha iyi tanımlar hale getirmenin gerekliliğini vurgulamaktadır (Tran ve ark. 2018). Postpartum venöz tromboemboli profilaksisinin yarardan çok zarar verebileceğini ve yaygın kullanım öncesinde randomize kontrollü çalışmaların yapılması gerektiğini vurgulayan yazılar da vardır (Kotaska, 2018). Araştırmamıza katılan lohusalar arasında hematoma oranı literatür ile benzer bulunmuştur, yaygın ekimoz oranı dikkat çekicidir. DMAH tedavisi ile ilişkilendirilmiş batın içi kanama ve atoni kanaması olgusu yoktur.

Postpartum dönemde tromboprofilaksi için mekanik yöntemlerin önerilmesi ulusal ve uluslararası kılavuzlarda yer almaktadır. Fakat gebelik ve postpartum dönemde mekanik yöntemlerin kullanımı ve hastaların uyumu oldukça düşüktür. Bilgilendirilerek mekanik yöntem önerilmiş olan lohusaların %69'u çorapları en fazla 5 gün gün kullanmış ve bu lohusaların ancak %32'si gün içerisinde çorapları 12 saat kullanabilmiştir (Guimicheva ve ark., 2019). Yine de araştırmamıza katılan lohusalar arasında varis çorabı önerilme oranı % 12,1 olarak hesaplanmıştır. Bu oran kliniğimizde mekanik tromboprofilaksi önerisi konusunda kılavuzlara göre hareket edilmediğini düşündürmektedir. Farmakolojik tromboprofilaksi uyguluyor olmak mekanik yöntemlerin önerilmesinin önünde bir engel olabilir.

Araştırmamıza katılan lohusalar arasında araştırmadaki gebelikte DMAH kullanımı ve araştırmadaki gebelikte düşük doz aspirin kullanımı oranları ve preeklampsi oranı normal gebe popülasyonuna göre yüksektir. Bu üç durum da tromboprofilaksi için endikasyon oluşturan durumlardır. Araştırmanın tersiyer bir merkezde yürütülüyor olması ve risk grubunda hastaların doğumlarının bu merkezde gerçekleşiyor olmasının oranları yükselttiği düşünülmektedir.

Gebelik ve postpartum dönemde VTE sıklığı 1-2/ 1000 olarak bildirilmiştir. Bu oran ulusal ve uluslararası tromboprofilaksi şemaları öncesinde saptanmış bir orandır. Araştırmamıza dâhil olan lohusalar arasından postpartum dönemde bir olguda

pulmoner emboli, bir diğer olguda da derin ven trombozu tespit edilmiştir. Pulmoner emboli tanısı alan olgu gebelik öncesi antifosfolipid sendromu tanısı olan, gebelik ve lohusalık döneminde tromboprofilaksi yapılmış bir olgu olup, hastane yatışı ve taburculukta reçetesi kılavuzlara uygun düzenlenmiş ve tedaviye uyumu olan bir hastaydı. Derin ven trombozu tanısı almış olan lohusa da taburculukta reçetesi kılavuzlara uygun düzenlenmiş, tedavisine uymuş tedavinin bitmesinin ardından 2. günde derin ven trombozu tanısı almıştı. Tromboprofilaksi uygulamamıza rağmen karşılaşılan 2 olgunun varlığı dikkat çekicidir.

Araştırmaya katılan lohusalar arasında preeklampsi oranı ve kronik hastalık oranı normal gebe popülasyonuna göre yüksektir. Bu nedenle yenidoğan yoğun bakım ihtiyaç oranı araştırmamızdaki bebekler arasında yüksek bulunmuştur. Neonatal sonuçların obstetrik komplikasyonlardan olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Özellikle preeklampsi preterm doğumun sebeplerinden biridir. Yüksek riskli gebelerle yapılan bir çalışmada yenidoğanların %56'sının yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacı olduğu bildirilmiştir (Seppänen ve ark., 2019).

Postpartum kontrol muayenesi, postpartum bakımın gerekliliklerinden olsa da %16-36 kadının postpartum 6 hafta içinde kontrole gelmediği tahmin edilmektedir. (<https://www.ncqa.org/hedis/measures/prenatal-and-postpartum-care-ppc/>, Erişim tarihi: 14 Ağustos 2019). Postpartum dönemde kontrol muayenesine gelme durumu ve bunu etkileyen faktörler sıkça araştırılmıştır. Ekonomik ve sosyal olarak kırılgan kadın grubunda kontrol muayenesini aksatma sıklığının daha fazla olduğu da gösterilmiştir. Postpartum dönemde 2-3. haftalar için oluşturulmuş bir kontrol takvimine uyum 6. hafta için oluşturulmuş bir kontrole göre daha fazladır (Chen ve ark., 2016). Araştırmamıza katılan lohusalar için postpartum 10-15 gün aralığında kontrol muayenesi randevusu oluşturulmuştu. Buna rağmen poliklinik muayenesine gelen hasta oranı azdır. ABD'de yapılan bir çalışmada daha genç, azınlık ve sosyal güvencesiz olma durumunun postpartum bakımı ihmal etme ile ilişkisi gösterilmiştir (Wilcox ve ark., 2010). Araştırmamızda kontrol muayenesine gelmeme durumunun olumsuz bir durum olan tedavi uyumu ile ilişkisi gösterilmiştir.

Postpartum tromboprofilaksiste hasta uyumunu değerlendiren bir araştırma, lohusaların tedaviye uyumunu %83 olarak bildirmiştir, buna rağmen hastaların bir

kısmı daha fazla bilgiye ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir. Birleşik Krallık’ ta standart uygulama, lohusa taburcu olurken DMAH tedavisi planlandıysa, aile hekimi ve ebeye bu konu hakkında yazılı bir mektubun iletilmesidir. Burada amaç, hem sağlık personelinin uyarılması hem de hastanın bilgilendirilmesinin sağlanmasıdır. Aynı araştırmada postpartum tromboprofilaksi halen gebe ve lohusalar için yeni bir konu olduğu ve birçok gebe tarafından hiç duyulmamış bir konu olmasının tedaviye uyumsuz olmada etkisi olabileceği belirtilmiştir (Hordern ve ark., 2015). Araştırmamıza katılan lohusalar arasında tedaviye uyum %73 bulunmuştur.

Tedaviye bağlılık başarı için bir gerekliliktir. Bu, tedaviye uyum ve tedavide sürekliliğin mutlak olarak sağlanmasıyla mümkündür. Antikoagulan tedavinin yaygın olarak kullanıldığı anti-fosfolipid sendromunu konu alan bir konuşmada, hastalığa adını veren Hughes, bu amaçla uygun iletişim ortamında hasta eğitiminin ve yakın takibinin sonuçların iyileşmesi için mutlak gereklilik olduğunu belirtmiştir (Hughes, 2014).

Hastaların ilaç tedavisi ile ilgili görüşleri sıklıkla karışık olmakla birlikte 2 uç kategoride değerlendirilebilir. Bunlardan birincisi tedavinin gerekliliği ile ilgili algı, diğeri ise olumsuz etkilerdir. Bu ikisi arasında verilen karar hastanın tedavi uyumunu belirler. Lohusanın antenatal ve postnatal dönemde tedavinin artı ve eksileri konusunda bilgilendirilmesi ve lohusa ile tedavinin tartışılmasının tedaviye bağlılık ve uyumu arttırdığı bildirilmiştir (Patel ve ark., 2012). Aynı çalışmada tromboprofilaksi tedavisine uyum %93 bildirilmiştir. Yazarlar bu yüksek uyum oranını, çalışmaya dahil edilen lohusaların antiX-a düzeyi ile takiplerinin yapılmasının bir bias oluşturduğu ve takip edildiğini bilen lohusaların daha iyi bir uyuma sahip olacakları şeklinde açıklamıştır. Araştırmamızda teknik ve ekonomik sebeplerle antiX-a takibi yapılmamıştır. Kılavuzlar, profilaksi dozunda tromboprofilaksi alan lohusalar için antiX-a takibini önermemektedir.

Araştırmamıza katılan lohusalar arasında ilaç kullanımına uyum yeterli değildir. Buna sebep olan durumlar arasında Akılcı İlaç Kullanımı prensipleri çerçevesinde hasta bilgilendirme oranlarının yetersiz olması yer almaktadır. Araştırmamızda, tedavinin neden gerekli olduğu, gün içerisinde kullanım sıklığı, kullanım süresi ve kullanım şekli konusunda bilgilendirme oranları yeterli olmamakla birlikte bu durumlar için bilgilendirildiğini beyan eden lohusalar arasında tedavi uyumunda

anlamli fark görülmektedir. Literatürde, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde eğitim ve bilgilendirme müdahalelerinin faydası gösterilmiştir. Hastaların kendi kapasitelerine olan inançları ve kendi sağlıkları üstündeki kontrolleri ile hastalıklarının yönetilmesinde doktorun rolü konusundaki bilincin dengeli bir şekilde ortaya konduğu bakış açısından en büyük faydanın sağlanacağı bildirilmiştir. Bu, *joint empowerment* ortak güçlenme olarak isimlendirilmiştir (Náfrádi ve ark., 2017).

Tedavi uyumu ve öz yeterlilik konusu, bir hastanın reçete edilen ilacın gerekliliklerini yerine getirme kapasitesi olarak tanımlanmıştır. Çalışmaların çoğu öz yeterliliğin tedavi uyumunda aracı bir role sahip olduğunu desteklemektedir (Náfrádi ve ark., 2017). Araştırmamıza katılan lohusalara iki boyutlu benlik saygısı ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçek 2 alt ölçekten oluşmakta ve bunlardan biri öz yeterlilik alt ölçeğidir. Araştırmaya katılan lohusalar arasında öz yeterlilik açısından tedavi uyumunu destekleyen bir sonuç elde edilmemiştir.

Reçete edilmiş ilacın kullanımına uyum sağlanamaması tedavi başarısızlığı ile ilgili önemli bir faktördür (Cutler ve ark., 2010). Sağlığın korunmasında, devamlılığında ve iyileştirilmesinde tıbbi gereksinimlerden biri olan ilacın uygun ve doğru kullanılmasına yönelik bir dizi kural geliştirilmiştir (AİK). Bu hekimin sorumluluğundadır. Tedaviyi etkileyen hayat tarzı, psikolojik sorunlar, sağlık okur yazarlığı, destek sistemler, ilaç yan etkileri gibi birçok faktör vardır. Hastanın kişisel tavrı bunların içerisinde en önemli etkenlerden biridir

(<http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2013/05/toplumunakilciilackullaniminabakisii.pdf>, Erişim Tarihi: 20 Temmuz 2019).

Maternal mortalite ve morbiditenin azaltılması ulusal ve uluslararası hedefler arasındadır. Bu amaçla oluşturulmuş kılavuzlarda postpartum VTE profilaksisi amacıyla DMAH tedavisi önerilmektedir. Postpartum tromboprofilaksi konusu çalışılmış olsa da bu tedaviye bağlılık, uyum, devam gibi konular yeni yeni gündeme gelmiştir. Gebelik, sıklıkla ilaç uyumunun daha başarılı olduğu bir dönemdir (Patel ve ark., 2012). Ancak kronik hastalıklarda lohusalar için reçete edilen ilaçların kullanımında lohusaların %50' sinin ilacı gerektiği şekilde kullanmadığı gösterilmiştir (Horne ve ark., 2005).

Bu araştırmada; postpartum dönemde planlanan DMAH ile tromboprofilaksi tedavilerinde lohusaların tedaviye uyumu ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştı.

Elde edilen verilerle, ekonomik sebeplerle ilaca ulaşamayan lohusa grubunda tedavi uyumu düşüktür. Kişisel sağlık durumu değerlendirildiğinde, sigara içen lohusalar ve postpartum poliklinik kontrolünü aksatan lohusaların tedavi uyumunun daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Lohusaların tedavi nedeni, tedavi sıklığı ve süresi konusunda bilgilendirme oranları oldukça düşüktür. Araştırmanın yapıldığı klinik tersiyer bir merkezdir ve yüksek riskli hasta takip oranı yüksektir. Buna ragmen lohusa bilgilendirmesinin yetersiz olması önem kazanmaktadır.

 nerilerimiz arasında, aternal mortalitenin önemi düşünüldüğünde postpartum dönemde ilaç temini için ekonomik destek sağlayacak bir eylem planı geliştirilebilir. Lohusaların böyle bir durumda sağlık personeline ulaşması sağlanmalıdır. Sağlık bilincinin geliştirilmesi ve bilgilendirme hedeflenmelidir. Araştırmanın yapıldığı klinik tersiyer bir merkezdir ve yüksek riskli hasta takip oranı yüksektir. Buna ragmen lohusa bilgilendirmesinin yetersiz olması önem kazanmaktadır. Altta yatan sebepler araştırılmalıdır (bilgi eksikliği, personel eksikliği, hasta yoğunluğu gibi...). Taburculuk  ncesi hasta bilgilendirilmesinin sağlanması için düzenleme planlanmalıdır. İngiltere modelinde olduğu gibi aile hekimliği sisteminin de dahil olacağı, riskin birden çok noktada tespit edileceği bir yöntem uygulanabilir.

Ülkemizde, postpartum tromboprofilaksi uygulamasında yaşanan uyumsuzlukların ortaya koyulması, bu konuda yeni ve verimli düzenlemelerin yapılması ve uzun vadede de  lkemizde VTE nedenli anne ölümlerinin  nlenmesine katkı sağlayacaktır.

Postpartum dönemde ilaç uyumun sağlanması maternal morbidite ve mortalitenin azaltılması yolunda fayda sağlayabilir.

6. KAYNAKLAR

Akın A, Özvarış ŞB. Dünyada ve Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu. Editör: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 3. Basım. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015, Cilt:1 s: 210-219

Akici A, Kalaça S, Uğurlu MU, Oktay S. Prescribing habits of general practitioners in the treatment of childhood respiratory-tract infections. Eur J Clin Pharmacol. 2004;60(3):211-6.

Barbar S, Noventa F, Rossetto V, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. J Thromb Haemost. 2010;8(11):2450-2457

Bates SM, Greer IA, Middeldorp S. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141.

Bishop JR, Schuksz M, Esko JD. Heparan sulphate proteoglycans fine-tune mammalian physiology. Nature. 2007;446:1030–7.

Broman CL, Miller PK, Jackson E. Race-ethnicity and prescription drug misuse: Does self-esteem matter? J Child Adolesc Behav. 2015;3(5):1-6.

Caprini JA, Arcelus JJ, Hasty JH, Tamhane AC, Fabrega F. Clinical assessment of venous thromboembolic risk in surgical patients. Semin Thromb Hemost. 1991;17:304-312.

Chan W.S, Rey E, Kent N. Society of Obstetricians & Gynaecologists of Canada Clinical Practice Guideline #308: venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy, J. Obstet. Gynaecol. Can. 2014;36:527–553.

Chen MJ, Hsia JK, Hou MY, Wilson MD, Creinin MD. Comparing postpartum visit attendance with a scheduled 2- to 3-week or 6-week visit after delivery. *Am J Perinatol*. 2019;36(9):936-942.

Chou D, Tunçalp Ö, Firoz T, Barreix M, Filippi V et al. Maternal Morbidity Working Group. *BMC Pregnancy Childbirth*. Constructing maternal morbidity towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality. 2016;2:16-45.

CMACE. Saving Mothers Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. *BJOG*. 2011;118:201-203.

Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox – medication adherence as a priority for healthcare reform. *N Engl J Med*. 2010;362:1553–5.

D’Alton ME, Ananth CV. New York’s Safe Motherhood Initiative: A Collaborative Effort. *Semin Perinatol*. 2016;40(02):79–136.

Dargaud Y, Rugeri L, Fleury C, Battie C, Gaucherand P, Huissoud C, Rudigoz RC, Desmurs-Clavel H, Ninet J, Trzeciak MC. Personalized thromboprophylaxis using a risk score for the management of pregnancies with high risk of thrombosis: a prospective clinical study. *J Thromb Haemost*. 2017;15(5):897-906.

Dillon P, Smith SM, Gallagher P, Cousins G. Impact of financial burden, resulting from prescription co-payments, on antihypertensive medication adherence in an older publically insured population. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1282.

Doğan, T. İki boyutlu benlik saygısı ölçeği. Two-Dimensional self-Esteem: Adaptation of the selfliking/self-competence scale into Turkish, a validity and reliability study. *Education and Science*. 2011;36(162):126-137.

Doğanay S, Sözmen K, Kalaca S, Ünal B. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2012;10(2):93-115.

Friedman AM, Ananth CV, Lavery JA, Fleischer AA, Chazotte C, D’Alton ME. Safe Motherhood Initiative venous Thromboembolism Work Group. Implementing Obstetric Venous Thromboembolism Protocols on a Statewide Basis: Results from New York State's Safe Motherhood Initiative. Am J Perinatol. 2019;36(6):574-580.

Franck E, Vanderhasselt MA, Goubert L, Loeys T, Temmerman M, De Raedt R. The role of self-esteem instability in the development of postnatal depression: A prospective study testing a diathesis-stress account. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2016;50:15-22.

Goecke T, Voigt F, Rath W. Thromboprophylaxis following cesarean section- a nation-wide survey from Germany. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019;3:1-7.

Guimicheva B, Patel JP, Roberts LN, Subramanian D, Arya R. Women's views, adherence and experience with postnatal thromboprophylaxis. Thromb Res. 2019;173:85-90.

Harenberg J. Pharmacology of low molecular weight heparins. Seminars in thrombosis and hemostasis. 1990;16 (Suppl):12–8.

Hordern CE, Bircher CW, Prosser-Snelling EC, Fraser FK, Smith RP. Patient compliance with postnatal thromboprophylaxis: An observational study. J of Obstet and Gyneacol. 2015;35:793-796

Hughes GR. Hughes syndrome/APS. 30 years on, what have we learnt? Opening talk at the 14th International Congress on antiphospholipid antibodies Rio de Janeiro, October 2013. Lupus. 2014;23:400–406.

Johnson EA, Mulloy B. The molecular-weight range of mucosal-heparin preparations. *Carbohydrate research*. 1976;51:119–27.

Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-1074.

Kotaska A. Postpartum venous thromboembolism prophylaxis may cause more harm than benefit: a critical analysis of international guidelines through an evidence-based lens. *BJOG*. 2018;125(9):1109-1116.

Leontine A, Doris C, Daniel H, Sanqian Z, Ann-Beth M, Alison G, Doris M.F, Ties B, Marleen T, Colin M, Lale S, on behalf of the United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 2016;387(10017):462-474.

Lewey J, Shrank WH, Avorn J, Liu J, Choudhry NK. Medication adherence and healthcare disparities: impact of statin co-payment reduction. *Am J Manag Care*. 2015;21(10):696-704.

Lindqvist P, Dahlback B, Marsal K. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. *Obstet Gynecol*. 1999;94:595–9.

Lindqvist P, Hellgren M. Obstetric thromboprophylaxis: the Swedish guidelines. *Adv. Hematol*. 2011;2011:1–6.

Maguire PJ, McGuire M, Power KA, McNicholl M, Sheehan SR, Turner MJ. Tinzaparin thromboprophylaxis prescribing practice after caesarean delivery who-2014. *Ir J Med Sci*. 2018;187(1):123-126.

Mahan CE. Practical aspects of treatment with target specific anticoagulants: initiation, payment and current market, transitions, and venous thromboembolism treatment. *J Thromb Thrombolysis*. 2015;39(3):295-303.

Maine D, Rosenfield A. The safe motherhood initiative: Why has it stalled? *Am J Public Health*. 1999;89:480-2.

Main EK. Maternal Mortality. In: Creasy RK, Resnik R, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR, Greene MF, eds. *Maternal- Fetal Medicine Principles and Practice*. 7thed. Philadelphia: WB Saunders 2014, p:1048-1055.

McIntock C, Brighton T, Chunilal S, Dekker G, McDonnell N, McRae S, Muller P, Tran H, Walters B.N, Young L. Recommendations for the prevention of pregnancy associated venous thromboembolism. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol*. 2012;52:3–13.

Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186458.

Patel JP, Auyeung V, Patel RK, Marsh MS, Green B, Arya R, Davies JG. Women's views on and adherence to low-molecular-weight heparin therapy during pregnancy and the puerperium. *J Thromb Haemost*. 2012;10(12):2526-34.

Piercy CN. VTE in pregnancy. In: Bagot C, Thachil J. eds. *Handbook of Venous Thromboembolism*. 1st edition. Wiley Blackwell; 2018, p: 131-144.

Senay A, Fernandes JC, Delisle J, Morin SN, Perreault S. Persistence and compliance to osteoporosis therapy in a fracture liaison service: a prospective cohort study. *Arch Osteoporos*. 2019;14(1):87.

Seppänen PM, Sund RT, Uotila JT, Helminen MT, Suominen TM. Maternal and neonatal characteristics in obstetric intensive care unit admissions. *Int J Obstet Anesth*. 2019;6 pii: S0959-289X(19)30142-6. Epub ahead of print.

Stanton ME, Kwast BE, Shaver T, McCallon B, Koblinsky M. Beyond the Safe Motherhood Initiative: Accelerated Action Urgently Needed to End Preventable Maternal Mortality. *Glob Health Sci Pract*. 2018;6(3):408-412.

Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, et al. Obstetric transition: The pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*. 2014;121 (Suppl.1):1-4.

Sperber CM, Samarasinghe SR, Lomax GP. An upper and lower bound of the Medication Possession Ratio. *Patient Preference and Adherence*. 2017;11:1469-1478.

Yevstigneev S.V, Titarenko A.F, Abakumova T.R, Alexandrova E.G, Khaziakhmetova V.N and Ziganshina L.E. Towards the rational use of medicines. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*. 2015;27:59–60.

Takács L, Smolík F, Putnam S. Assessing longitudinal pathways between maternal depressive symptoms, parenting self-esteem and infant temperament. *PLoS One*. 2019;14(8):e0220633.

Tezcan S, Coşkun Y. Türkiye’de 20. Yüzyılın çeyreğinde kadınlarda ilk evlenme yaşı değişimi ve günümüz evlilik özellikleri. *Nüfusbilim Dergisi\Turkish Journal of Population Studies*. 2004;26:15-34.

Touqmatchi D, Cotzias C, Girling J. Venous thromboprophylaxis in pregnancy: The implications of changing to the 2010 RCOG guidelines. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2012;32:743-746.

Tran JP, Stribling SS, Ibezim UC, Omere C, McEnery KA, Pacheco LD, Hankins GD, Saade GR, Saad F. Performance of Risk Assessment Models for Peripartum Thromboprophylaxis. *Reprod Sci*. 2018;28:1933719118813197.

Wallin HP, Gissler M, Korhonen PE, Ekblad M. Maternal Smoking and Hospital Treatment During Pregnancy. *Nicotine Tob Res*. 2019;16. pii:ntz137.

Wilcox A, Levi EE, Garrett JM. Predictors of non-attendance to the postpartum follow-up visit. *Matern Child Health J*. 2016;20:22-27.

Zehnder JL. Drugs Used in Disorders of CoagulationN. In: Bertrand G. Katzung, eds. *Basic & Clinical Pharmacology*. 14th ed. Mc Graw Hill; 2018, p:608-626.

7. EKLER

- EK 1. Poliklinik Randevu Bilgi Kağıdı
- EK 2. Bilgi Formu 1
- EK 3. İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği
- EK 4. Bilgi Formu 2
- EK 5-1. Etik Kurul Onayı
- EK 5-2. Etik Kurul Onayı
- EK 6. Hastane Onayı
- EK 7. Ensttütü Onayı
- EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

EK1

Kısa zaman önce bir doğum gerçekleştirdiniz.

Gebelik ve lohusalık dönemine ait bazı ek riskleriniz olduğu için 7-10 gün sonrasında poliklinik kontrolüne gelmeniz doğru olacaktır. Kullandığınız ilaçlar ve daha sonraki gebelikler için danışmanlık alacaksınız.

Epikrizinizde yer alan uyarıları dikkate alınız. Hastanemizde 24 saat acil kadın doğum polikliniği hizmet vermektedir. Bize her zaman ulaşabilirsiniz.

Özel durumunuz sebebiyle

..... tarihlerinde bu kağıt ile poliklinik sekreterliğine giriş yaparak Dr. Habibe Ayvacı ya muayene olabilirsiniz

EK 2**BİLGİ FORMU 1****ANKET NO:****Görüşme şekli poliklinik ☐ telefon ☐**

Bu çalışmada doğum sonu dönemde önerilen tedavilere uyum ve uyumu etkileyen faktörler hakkında bilgi edinmek amacıyla veri toplanmaktadır. Tam, doğru ve samimi yanıtlarınız için teşekkür ederiz.

Lohusanın; Adı Soyadı : TC Kimlik No: Doğum Tarihi:	Açık Adresi: Mahallesi: Cadde-Sokağı: Kapı numara /Daire Numarası: Semt/ İlçesi: İli:
Resmi nikah: VAR YOK	Evlilik süresi: yıl
Akraba evliliği: EVET HAYIR	
Tel no 1:	Tel no 2:

Görüşme Tarihi: ... / ... / Doğumun gerçekleştiği tarih: ... / ... /

Yaş:

Son gebelik planlanmış/istenmiş miydi?

Gebelik öncesi en son ağırlık:

(Beyan /dosyadan)

Doğum sonu ağırlık:

Boy:

Gravida:

Parite:

Toplam yaşayan çocuk sayısı:

Toplam düşük sayısı:

Toplam küretaj sayısı:

Toplam ektopik gebelik sayısı:

İlk gebelik yaşı

:

☐ Hatırlamıyor

İlk doğum yaşı:

:

☐ Hatırlamıyor

Son gebelik yaşıınız (şimdikinden bir önceki):

☐ Hatırlamıyor

Son doğum yaşıınız (şimdikinden bir önceki):

☐ Hatırlamıyor

Tekrarlayan düşük öyküsü:

var

yok

2. veya 3. Trimester fetal kayıp öyküsü:

var

yok

Daha önce preterm doğum öyküsü	var	yok
<28	<34	<37
YDYBÜ de kalan bebek öyküsü:	var	yok
Daha önceki gebelikte VTE öyküsü:	var	yok
Kalıtsal ya da akkiz trombofili:	var	yok
Daha önceki gebelikte DMAH kullanımı:	var	yok
Bu gebelik süresince DMAH kullanımı:	var	yok
Bu gebelikte coraspin kullanımı	var	yok
Preeklampsi	var	yok
Doğum Şekli	NSD	C/S
C/S şekli	elektif	acil
Operatif doğum	vakum	forceps
Uzamış Eylem	var	yok
Enfeksiyon	var	yok
Doğum sonrası kanama	evet	hayır
Doğum sonrası kan transfüzyonu	evet	hayır
Histerektomi yapıldı mı?	evet	hayır
Hematom- ekimoz	var	yok
Lohusalık dönemi aşırı kanama	evet	hayır

Hastanedeki doğum sonu Hb veya Htc durumu:

Hastanede kaldığı toplam süre (gün): doğum öncesi doğum sonrası

Bebek doğum haftası:

Bebek doğum ağırlığı:

Bebek doğum boyu:

APGAR 2/5:

Cinsiyet:

Bebek YDYBÜ de kaldı mı?

0. Hayır 1.evet 2.ölü doğum

Pp durum

0. Ölü doğum 1.yaşıyor 2.pp ex

En son mezun olduğunuz okul hangisidir?

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. Okur-yazar değil | 5. Lise mezunu |
| 2. Okur-yazar | 6. Üniversite mezunu |
| 3. İlkokul mezunu | 7. Yüksek Lisans mezunu |
| 4. Ortaokul mezunu | 8. Doktora mezunu |

Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı? Varsa, hangisi?

- | | |
|---|---|
| 1. ☐ Hayır, yok | 4. ☐ Özel sağlık sigortası |
| 2. ☐ SGK kendi | 5. ☐ Diğer (Belirtiniz): |
| 3. ☐ SGK eşi | 6. ☐ Sgk babasında |
| 7. ☐ Analık hali | |

Halen, herhangi bir gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. ☐ Hayır, hiç çalışmadım.
2. ☐ Evet geçmişte çalıştım ama şimdi çalışmıyorum
3. ☐ Evet geçmişte çalıştım ve şimdi halen çalışıyorum

Evinizde, siz dahil, toplam kaç kişi yaşıyor ? kişi

Evinizde, yeni doğan bebek dahil kaç çocuk var? çocuk

Doğumdan sonra yanınızda yardım eden biri olacak mı? Evet Hayır

Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz/besleyeceksiniz?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ Anne sütü | 4. ☐ MDF bebek. |
| 2. ☐ Anne sütü ve mama | 5. ☐ postpartum ex bebek. |
| 3. ☐ Mama | |

Daha önce tanı aldığınız bir hastalığınız var mı? Varsa, hangisi?

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Hayır yok | 7. varis |
| 2. Şeker hastalığı | 8. Kr böbrek hastalığı |
| 3. Yüksek tansiyon | 9. Kr hepatitler |
| 4. Emboli- Pıhtı atması | 10. Diğer (Belirtiniz):..... |
| 5. Damar tıkanıklığı | |
| 6. Lupus/ Antifosfolipid sendromu / Trombofili | |

Halen sürekli kullandığınız/ kullanmak zorunda olduğunuz ilaç(lar) var mı? Varsa, hangisi?

1. ☐ Hayır, yok
2. ☐ Diğer (Belirtiniz:)
3. ☐ Diğer (Belirtiniz:)
4. ☐ Diğer (Belirtiniz:)
5. ☐ Diğer (Belirtiniz:)

Sigara (puro, pipo, nargile v.b.) hiç içtiniz mi? Halen içiyor musunuz?

1. ☐ Hayır, hiçbirisini, hiç içmedim
2. ☐ Evet geçmişte içtim, ama şimdi içmiyorum
3. ☐ Evet geçmişte içtim ve halen içiyorum

Alkol (bira, şarap, viski, rakı v.b.) hiç içtiniz mi? Halen içiyor musunuz?

1. ☐ Hayır, hiçbirisini, hiç içmedim
2. ☐ Evet geçmişte içtim, ama şimdi içmiyorum
3. ☐ Evet geçmişte içtim ve halen içiyorum.

Hastanın tromboprofilaksi için risk grubu: o Düşük o Orta o Yüksek



EK 3

ADI SOYADI:

Tarih:

İKİ BOYUTLU BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1	Kendimi değersiz görmeye eğilimliyim.					
2	Yaptığım işlerde oldukça yeterliyim.					
3	Kendimle oldukça barışığım.					
4	Uğrunda çaba gösterdiğim hemen her işi başarabilirim.					
5	Kendi değerimden eminim.					
6	Kendimle ilgili düşünmek kimi zaman hoşuma gitmez.					
7	Kendime karşı olumsuz tutum içindeyim.					
8	Bazen benim için önemli olan şeyleri başarmakta zorlanırım.					
9	Kendimden gayet memnunum.					
10	Zorluklarla başa çıkmada bazen yetersiz kalırım.					
11	Kendi kişisel değerimden asla şüphe duymam.					
12	Birçok konuda oldukça başarılıyım					
13	Hedeflerimi gerçekleştirmede bazen başarısız olurum.					
14	Çok yetenekliyim					
15	Kendime yeterince saygım yoktur.					
16	Keşke yaptığım işlerde daha becerikli olsam.					

TEŞEKKÜRLER

EK 4
BİLGİ FORMU 2

Görüşme tarihi:

Bu çalışmada doğum sonu dönemde önerilen tedavilere uyum ve uyumu etkileyen faktörler hakkında bilgi edinmek amacıyla veri toplanmaktadır. Tam, doğru ve samimi yanıtlarınız için teşekkür ederiz.

Lohusanın; Adı Soyadı : TC Kimlik No: Doğum Tarihi:	Açık Adresi: Mahallesi: Cadde-Sokağı: Kapı numara /Daire Numarası: Semt/ İlçesi: İli:
---	--

Taburculukta ve lohusalıkta yazılan reçete kontrolü medulla üzerinden yapıldığında:

Hastanede geçen postpartum sürede düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) order bilgisi:

KULLANIM SÜRESİ: DOZ:

Medulla reçete sisteminde (DMAH) reçete bilgileri:

KULLANIM SÜRESİ: DOZ:

REÇETE TEMİN: 0. Temin edilmedi 1. Aksamadı
2. Geç temin edildi 3. Eksik temin edildi

Pp DMAH kesildiyse nedeni.

Kesilmedi Kanama yan etkileri kr. Hematolojik hastalık

Lohusalıkta tromboz Evet hayır

Doğumdan sonra varis çorabı önerildi mi? Evet hayır

(Önerildiyse) Varis çorabını kullandınız mı? Evet hayır

Size ilacı neden kullanmanız gerektiği hakkında bilgi verildi mi? Evet hayır

Size ilacın yan etkileri hakkında bilgi verildi mi? Evet hayır

Size ilacın günün hangi saatinde kullanılacağı bilgisi verildi mi? Evet hayır

Size ilacın kaç gün kullanılacağı bilgisi verildi mi? Evet hayır

Kaç gün kullanmanız önerildi? gün

Size ilacın vücudun hangi bölgesine nasıl uygulanacağı bilgisi verildi mi?

Evet hayır

İlacı hangi saatlerde kullandınız? /günde

İlacı nasıl kullandınız? Hergün düzensiz gün aşırı hiç kullanmadım

Kullanmadıysanız nedenini söyleyebilir misiniz?

0. Kullandım

1. Reçete yazdıramadım- alamadım

2. Kendime iğne yapamadım- yapmak istemedim

3. İlacın faydasına inanmıyorum

4. Unuttum

5. Sorumluluklarımdan düzenli kullanamadım.

6. Katkı payı nedeniyle alamadım

7. Doktor kesti

8. Reçete edilmedi

9. Bu kadar önemli olduğunu bilmiyordum Diğer.....

İlaç için istenen ek ödeme miktarı ilaç temininizi etkiledi mi?

Evet Hayır Fikrim yok

İlaç kılavuzlara uygun mu reçete edilmiş Evet Hayır

Kılavuza göre **GÜN** uyumu Eksik Tam Fazla

Kılavuza göre **DOZ** uyumu Eksik Tam Fazla

Hasta uyumu VAR YOK

EK 5-1

		ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU EY.FR.22		
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Maternal Morbidite ve Mortalitenin Önlenmesi Amacıyla Uygulanan Postpartum Tromboprofilaksi Tedavisine Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi: prognostik kohort çalışması"		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	AÇIK ADRESİ:	Zeynep Kamil Mah. Op.Dr.Burhanettin Üstünel Sok. No:4/3 Üsküdar 34668		
	TELEFON	0216 391 06 80		
	FAKS	0216 343 92 51		
	E-POSTA	www.etikkurulsekretarya@zeynepkamil.gov.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Op. Dr.Habibe AYVACI TAŞAN, Doç. Dr.Ayşe Nilüfer Gülersoy Özyayın (Tez Danışmanı)		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum, Halk Sağlığı Uzmanı		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözlemsel ilaç çalışması		☒		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☐		
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

	ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK	
	ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
	EY.FR.22	

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Maternal Morbidite ve Mortalitenin Önlenmesi Amacıyla Uygulanan Postpartum Tromboprofilaksi Tedavisine Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi: prognostik kohort çalışması"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	ILAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 142 Tarih: 07.11.2018 Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Başkan Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR	Çocuk Cerrahisi	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Güner KARATEKİN	Neonatoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Rabia Güneş SEZER	Çocuk Sağ. Ve Hast.	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Sağ. Bak. Hizm. Müdürü Dr. Yeliz DOĞAN MERİH	Doğum ve Kadın Hastalıkları	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Murat Mahcu	Kad. Hast. ve Doğum	Sultan Abdulhamid Han Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Mustafa EROĞLU	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Hülya CABADAK	Biyofizik	Marmara Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Av. Volkan YALÇINKAYA	Hukuk	Araç Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Günay CAN	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Levent KABASAKAL	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Handan ÇETİNER	Patoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Ahmet ÇETİNALP	Memur	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

TC. Sağlık Bakanlığı

Zeşep Kamil Kadın ve Çocuk
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Başhekimliğine,

Dr. Habibe Ayvaz, Tescil No: 1111000-000-0217 / 0001214874
Üniversitesi Halk Sağlığı Ara Bilim Dalında
Yüksek Lisans Öğrencisi Olup "Trombo-
profilitleri tedavisinde Hastalarımızın
değerlendirilmesi; prognostik korelasyonu"
isimli araştırma konusu yetersiz literatür
tez olarak planlanmıştır. Gereğini
bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla

Marmara Üniversitesi
Halk Sağlığı Ara Bilim Dalı
Öğretim Üyesi
Doç. Dr. A. Nilife Özpınar

N.Öp

20.11.2018

uzman
Dr. A. Nilife Özpınar
T.C. Sağlık Bakanlığı
Zeşep Kamil Kadın ve Çocuk
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Başhekimliği
T.C. Sağlık Bakanlığı
Başhekimliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ZEŞEP KAMİL KADIN
VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - İSTANBUL ZEŞEP
KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL
GİRİŞ EVRAK BİRİMİ
2012/2018 04 12 / 1111000-000-0217 / 0001214874
İSTANBUL ZEŞEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK

EK 7

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ : 25.01.2019
TOPLANTI SAATİ : 10:00
TOPLANTI NO : 2019 / 03

KARAR NO: 2019/03-65

Enstitümüz Halk Sağlığı Araştırma Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Habibe AYVACI TAŞAN'ın, tez konu başlığının aşağıda belirtildiği şekilde değiştirilmesine oy birliği ile karar verildi.

Tez Başlığı: "Maternal Morbidite ve Mortalitenin Önlenmesi Amacıyla Uygulanan Postpartum Tromboprofilaksi Tedavisine Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi: Prognostik Kohort Çalışması"

Canan KALENDER
Enstitü Sekreteri

Doç. Dr. Nilüfer Özsoy ve
Dr. Habibe Ayvaci
Taşan'a
İletildi
29.01.2019

EK 8

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu bir araştırmadır

2. Gebelikte ve doğum sonrasında bazı hastalara halk arasında kan sulandırıcı olarak bilinen iğne tedavileri önerilir. Siz de uluslararası uygulamalara göre ve sağlık bakanlığımızın da önerileri doğrultusunda bu tedavinin önerildiği bir hastasınız.

3. Size bu araştırma nedeniyle ek bir tedavi uygulanmamıştır. Sizin için uygun olan tedavi doktorunuz tarafından planlanmıştır.

4. Bu çalışmayla ilgili sizin sorumluluğunuz, sorularımıza cevap vermenizdir.

5. Taburculuk sırasında size önerilen bu kan sulandırıcı ilacı gerektiği şekilde kullanıp kullanmadığınızı merak ediyoruz. Sorduğumuz sorular sonrasında tedavi ile ilgili bir aksaklık tespit edersek sizi bu konuda bilgilendirip uygun yönlendirmeyi yapacağız.

6. Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Burada sadece sizin gönüllü olmanız önemlidir. Bir zorunluluk yoktur. Dilediğiniz zaman da ayrılabilirsiniz.

7. Sağlık kayıtlarınıza biz- çalışmayı yapan sağlık personeli ve bu çalışmaya onay veren etik kurul elemanları ulaşabilir, ancak bu bilgilerin gizliliği esastır. Araştırma verileri yayınlansa bile kimlik bilgileriniz gizli kalacaktır.

8. Bu araştırma için bu inceleme süresinde sizden bilgi alacağız. Beklenen doğum tarihiniz sonrasında sizleri arayarak doğum ile ilgili ek bilgileri edinmek isteyebiliriz. Bu soruları cevaplamak yine sizin isteğiniz dahilindedir.

9. Bu çalışmayı 414hasta ile yapmayı planlıyoruz.

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN ADI-SOYADI/ İMZA:

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN DR ADI-SOYADI/ TARİH/ İMZA:

Bir soru ya da sorun halinde ulaşabileceğiniz numaralar

Hastane: 0 216 3910680 Dr Habibe Ayvaci: 0 542 531 00 18

Bu BGOF, gönüllü veya yasal temsilcisinin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içermemektedir. Araştırma ekibini, kurumu ve temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanabilecek herhangi bir yükümlülükten kurtaracak hüküm veya ifade içermez.

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Habibe	Soyadı	Ayvacı Taşan
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	21. 08.1974
Uyruğu	T.C	Tel	542 5310018
E-mail	habibayvaci@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Uzmanlık	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Kadın Hastalıkları ve Doğum	2003
Lisans	İstanbul Üniversitesi –İstanbul Tıp Fakültesi	1998
Lise	Kadıköy Anadolu Lisesi	1992

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1	Kadın Hastalıkları ve Doğum - Başasistan	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2004-
2	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Osmaniye Bahçe Devlet Hastanesi	2004-2004
3	Kadın Hastalıkları ve Doğum - Asistan	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1999-2003

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Çok İyi	Çok İyi	Çok İyi

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
92								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	67	66	68

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.