

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GEBELERİN ANTENATAL BAKIM BEKLENTİ  
DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Dr. Hacer AYDIN KOYUNSEVER**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2021**

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GEBELERİN ANTENATAL BAKIM BEKLENTİ  
DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Dr. Hacer AYDIN KOYUNSEVER**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI:  
Prof. Dr. Mehtap KARTAL**

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>I</b>
<b>TABLO LİSTESİ .....</b>	<b>III</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ .....</b>	<b>IV</b>
<b>KISALTMALAR.....</b>	<b>V</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>VI</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>VII</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>IX</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Gebelik .....	5
2.2. Doğum Öncesi Bakım .....	6
2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi .....	7
2.4. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin İçeriği .....	12
2.4.1. Birinci (ilk) İzlem .....	13
2.4.2. İkinci İzlem.....	15
2.4.3. Üçüncü İzlem.....	16
2.4.4. Dördüncü İzlem .....	16
2.5. Toplum Sağlığı Açısından Gebe Bakımının Önemi .....	16
2.6. Aile Hekimliği ve Gebeliğe Bakış .....	21
2.7. Beklenti .....	23
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>31</b>
3.1. Araştırmanın modeli.....	31
3.2. Araştırmanın evreni ve örneklemi.....	32
3.3. Araştırmanın Uygulanması .....	32
3.4. Veri Toplama Araçları .....	33
3.4.1. Gebeler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu .....	33

3.4.2. Antenatal Bakım Beklentileri Ölçeği .....	33
3.4.3. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeği .....	34
3.4.4. Ölçeklerin cronbach alfa güvenirlik katsayıları .....	36
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi .....	36
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları .....	37
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>39</b>
4.1 Çalışmaya Katılan Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri .....	39
4.2 Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ile alt boyutlarının değerlendirilmesi .....	42
4.3 Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve alt boyutlarının gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması .....	43
4.4 Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ve alt boyutlarının gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması .....	50
4.5 Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve alt boyutlarının Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ve alt boyutlarının ilişkisinin değerlendirilmesi .....	56
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>57</b>
5.1. Gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin beklentilerini etkileyen sosyodemografik özellikler .....	57
5.2. Gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin beklentilerini etkileyen gebeliğe ilişkin özellikleri .....	61
5.3. Gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin beklentilerini etkileyen gebeliğe ilişkin hazırlık, izlem durumu ve bilgi kaynakları .....	65
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>69</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>70</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>79</b>
<b>Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu</b>	
<b>Ek 2. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu</b>	
<b>Ek 3. Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği</b>	
<b>Ek 4. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeği</b>	

## <TABLO LİSTESİ

**Tablo 1.** Bazı ülkelerde gebelikleri sırasında en az bir kez ve en az dört kez doğum öncesi bakım alan kadınların sıklığı

**Tablo 2.** Türkiye’de Bölgelere Göre Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Alma Durumu

**Tablo 3.** Ölçeklerin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

**Tablo 4.** Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

**Tablo 5.** Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

**Tablo 6.** Gebelerin sağlık, gebelik ve doğurganlık özelliklerine göre dağılımı

**Tablo 7.** Gebelerin gebeliğe ilişkin hazırlık, izlem durumu ve bilgi kaynaklarına göre dağılımı

**Tablo 8.** Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ile alt boyutlarının değerlendirilmesi

**Tablo 9.** Yaş ile Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

**Tablo 10.** Yaş ile ABBÖ ve Alt Boyutları Arasındaki Farkın İncelenmesi

**Tablo 11.** Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile ABBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 12.** Gebelerin sağlık, gebelik ve doğurganlık özellikleri ile ABBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 13.** Gebelerin gebeliğe ilişkin hazırlık, izlem durumu ve bilgi kaynakları ile ABBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 14.** Yaş ile DÖHBÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

**Tablo 15.** Yaş ile DÖHBÖ ve Alt Boyutları Arasındaki Farkın İncelenmesi

**Tablo 16.** Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile DÖHBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 17.** Gebelerin sağlık, gebelik ve doğurganlık özellikleri ile DÖHBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 18.** Gebelerin gebeliğe ilişkin hazırlık, izlem durumu ve bilgi kaynakları ile DÖHBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 19.** Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve DÖHBÖ Toplam puanlarının Korelasyonu

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 1.** Dünyada bölgelere göre 2006-2012 ve 2013-2018 yılları arasında en az dört kez doğum öncesi bakım alan kadınların yüzde dağılımı

**Şekil 2.** Türkiye’de 1993-2018 yılları arasında doğum öncesi izlemlerin niceliksel değişimi

**Şekil 3.** Sağlık Bakanlığı verilerine göre yıllara göre Maternal Mortalite Oranı değişimi

**Şekil 4.** 2016 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre Maternal Mortalite Oranları’nda gecikme yüzdeleri

**Şekil 5.** Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri

## **KISALTMALAR**

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**WONCA:** World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**DÖB:** Doğum Öncesi Bakım

**UNICEF:** United Nations International Children's Emergency Found

**TSH:** Temel Sağlık Hizmetleri

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

**USG:** Ultrasonografi

**MMO:** Maternal Mortalite Oranı

**AH:** Aile Hekimi

**ASE:** Aile Sağlığı Elemanı

**UAÖÇ:** Ulusal Anne Ölümleri Çalışması

**WONCA:** World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

**ABBÖ:** Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği

**DÖHBÖ:** Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği

**p:** Anlamlılık Değeri

**n:** Örneklem Sayısı

**Ss:** Standart Sapma

## TEŞEKKÜR

Tezimin oluşumu, yapımı ve yazımı aşamasında yanımda olan; değerli olan zamanından fedakârlık etmekten kaçınmayan, eğitimimin her safhasında büyük katkıları değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Mehtap KARTAL'a emeklerinden ve özverisinden ötürü en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliği uzmanlığı asistan eğitimim süresinde sahip olduğu bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bilgiye nasıl ulaşacağımı bana öğreten, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR, Prof. Dr. A. Dilek GÜLDAL, Prof. Dr. Vildan MEVSİM, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR, Uzm. Dr. Gizem Limnili, Uzm. Dr. Neslişah Tan, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım ve bu süreci birlikte yaşadığım sevgili asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Hayatımın her döneminde arkamda desteğini hissettiğim, beni bugünlere getiren ailem başta olmak üzere, tezimin her süresince yardımını esirgemeyen sevgili eşim Dr. Hasan KOYUNSEVER'e minnet ve sevgilerimi sunarım.

Saygılarımla

Dr. Hacer AYDIN KOYUNSEVER

## ÖZET

### GEBELERİN ANTENATAL BAKIM BEKLENTİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Hacer AYDIN KOYUNSEVER, Mehtap KARTAL**

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir**

**Giriş:** Gebelik izlemi, gebeliğin planlanması ile başlayan, sağlıklı bir şekilde sürdürülüp sorunsuz bir şekilde doğumu amaçlayan, gebeye gerekli tıbbi, psikolojik ve sosyal desteği doğru ve akılcı uygulamalarla gerçekleştirilen kapsamlı bir bakım sürecidir. Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre aile hekimleri tarafından dört izleme yapılmaktadır. Bu izlemlerde kişisel bilgiler ve mevcut gebelikle ilgili bilgilerin yanı sıra geçmiş tıbbi ve obstetrik öykü alınmakta; fizik muayene, gerekli aşılar uygulanırken eğitim ve danışmanlık hizmeti de verilmektedir.

Gebelik sürecinde her gebenin bu süreci algılayışı, bakış açısı, endişe derecesi farklı olabilir ve ihtiyaç duyduğu bakım ve izlem de farklılık gösterebilmektedir. Gebelerin beklentilerinin karşılanması, doğum öncesi hizmeti istemesi ve devam ettirmesi için motive edici bir faktördür. Bu nedenle aile hekimlerinden bakım beklentileri belirlenerek verilen sağlık hizmetlerinin iyileştirmesine katkı verilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel tanımlayıcı olarak planlanmış çalışma İzmir ili merkez ilçelerindeki birinci basamağa başvuran 196 gebe ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları olarak sosyodemografik, klinik ve obstetrik öykülerini içeren gebe tanıtıcı bilgi formu ile değerlendirilip sonra Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeği'nin hasta beklentilerini ölçen kısmı uygulanmıştır.

**Bulgular:** Gebelerin yaş ortalaması  $27,6\pm 4,8$  iken %53,1'i lise ve üstü eğitim görmüştü, %77,6'sı aktif olarak çalışmıyordu, %73'ü planlı gebelikti, %48,5'i II.

trimesterdi. %95,9'unun gebeliği doğal yollar ile oluşmuştur. Gebelik takiplerini %43,9'u ASM ve devlet/ üniversite hastanesinde, %35,2'si ASM ve özel hastane yaptıırıyordu. Katılımcıların %12,2'si daha önce gebelik dönemine ilişkin eğitim almıştı ve %34,2'si bilgi kaynağı olarak sağlık personelleri ve internet, TV, kitap gibi en az iki farklı kaynak kullanıyordu. Uygulanan ölçeklere göre gebelerin doğum öncesi alınan bakımdan beklenti düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Antenatal Bakım Beklenti ölçeğinden alınan puanlar genç, gebeliği döneminde aktif çalışan, gelir durumu fazla olan, ilk gebeliğini yaşayan ve gebe okuluna daha önce hiç katılmayan gebelerde beklentinin yüksek olduğunu göstermiştir. Doğum Öncesi Hasta Beklentileri ölçeğinden alınan puanlar bir mesleğe sahip olan ve gelir durumu fazla olan gebelerde beklentinin yüksek olduğunu göstermiştir.

**Sonuçlar:** Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı gebelerin doğum öncesi alınan bakımdan beklenti düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin sadece düzenli bir doğum öncesi bakım almaları değil, aynı zamanda antenatal dönemde gebelik, doğum ve doğum sonu süreçler hakkında bilgilendirilmeleri gebe takibinin rutin bir parçası olmalı, yaygınlaştırılmalıdır. Genç, ilk gebeliğini yaşayan, gebeliği döneminde aktif çalışan ve daha önce gebe okuluna katılmayan gebelerin birinci basamakta sağlık personelinden ilgi, bilgilendirilme, bakım ihtiyaçları daha fazladır. Bu amaçla öncelikle sağlık personelinin bu konuya dikkati çekilmeli ve eğitici eğitimi kursları düzenlenerek sağlık personeli eğitilmelidir. Gebe bilgilendirme sınıflarının doğum öncesi bakım yapılan ve imkanları müsait tüm sağlık birimlerinde kurulması ve düzenli olarak yapılması sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** gebe, antenatal bakım, beklenti

## SUMMARY

### ANTENATAL CARE EXPECTATION LEVELS OF PREGNANCY AND AFFECTING FACTORS

Hacer AYDIN KOYUNSEVER, Mehtap KARTAL

Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine.  
Inciraltı / IZMIR

**Objektive:** Pregnancy follow-up is a comprehensive care process that starts with the planning of pregnancy, aims to continue in a healthy way and deliver without any problems, and provides the necessary medical, psychological and social support to the pregnant woman with correct and rational practices. According to the Antenatal Care Management Guide of the Ministry of Health, it is performed by family physicians with four follow-ups. In these follow-ups, personal information and information about current pregnancy, as well as past medical and obstetric history are taken. Training and consultancy services are also provided while physical examination and necessary vaccinations are applied.

During pregnancy, each pregnant woman's perception of this process, perspective and degree of anxiety may be different, and the care and follow-up she needs may also differ. Meeting the expectations of pregnant women is a motivating factor for them to request and continue antenatal service. For this reason, it is aimed to contribute to the improvement of health services by determining the care expectations from family physicians.

**Method:** The study, which was planned as a cross-sectional descriptive study, was carried out with 196 pregnant women who applied to primary care in the central districts of İzmir. As a data collection tool, pregnant women were evaluated with an introductory information form, which included their sociodemographic, clinical and obstetric histories. Antenatal Care Expectation Scale and the part of the Prenatal Care Satisfaction and Patient Expectations Scale measuring patient expectations was applied.

**Results:** While the average age of the pregnant women was  $27.6\pm$ , 53.1% of them had high school or higher education, 77.6% of the pregnant women were not working actively. Pregnancy follow-ups were carried out in family health centers and state/university hospitals in 43.9%, and in FHCs and private hospitals in 35.2%. 12.2% of the participants had previously received training on the pregnancy period and 34.2% of the participants used at least two different sources such as health personnel and internet, TV and books as information sources. According to the applied scales, it was determined that the expectation levels of the pregnant women from the prenatal care were high. The scores obtained from the Antenatal Care Expectation scale showed that the expectation is high in pregnant women who are young, work actively during their pregnancy, have a high income, experience their first pregnancy and have never attended a pregnant school before. The scores obtained from the Prenatal Patient Expectations scale showed that the expectation was high in pregnant women with a profession and high income.

**Conclusion:** It has been determined that the expectation levels of pregnant women registered to Family Health Centers from the antenatal care are high. Not only receiving regular prenatal care, but also informing pregnant women about pregnancy, delivery and postpartum processes in the antenatal period should be a routine part of pregnancy follow-up and should be expanded. For this purpose, first of all, attention of health personnel to this issue should be drawn and health personnel should be trained by organizing training courses for trainers. It should be ensured that pregnant information classes are established and regularly held in all health units where prenatal care is provided and opportunities are available.

**Key Words:** pregnant, antenatal care, expectation

## 1 GİRİŞ ve AMAÇ

Toplumsal hayatın devam etmesi açısından gebelik kavramı oldukça önemlidir. Gebelik izlemi, gebeliğin planlanması aşaması ile başlayan, sağlıklı bir şekilde sürdürüp sorunsuz bir şekilde doğumu amaçlayan, gebeye gerekli tıbbi, psikolojik ve sosyal desteği doğru, dikkatli ve akılcı uygulamalarla gerçekleştirilen kapsamlı bakım sürecidir (1). Bu süreç aile hekimleri ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler tarafından yürütülmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili Sağlık Bakanlığı Yönergesi' nin Kadın Sağlığı Hizmetleri başlıklı 179. maddesi, sağlık kuruluşuna başvuran gebe ve lohusalık dönemindeki kadınlara, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği standartlara uygun hizmet verilmesini öngörmektedir. Bu standartlar ana başlıklar olarak;

- 1- Riskli gebelikleri saptama ve bu konuda bakanlıkça belirtilmiş önlemleri alma
- 2- Bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti verme,
- 3- Kadın ve ana-çocuk sağlığı gibi konularla ilgili bilgi, eğitim ve danışmanlık olanağı sunma
- 4- Gebelere bağışıklama hizmeti verme
- 5- Kadın sağlığı konusunda verilen diğer görevleri yapmak olarak belirtilmektedir (2).

Sağlık Bakanlığı'nın 2018'de yayınladığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre, gebeler için aile sağlığı merkezlerinde (ASM) 4 izlem yapılması öngörülmektedir. Bu görüşmelerde kişisel bilgilerin yanı sıra, tıbbi ve obstetrik öykü alınmakta, mevcut gebelikle ilgili sorular sorulmakta, fizik muayene yapılmakta ve tetkikler istenmektedir. Ayrıca, gebelere belli konularda bilgi ve danışmanlık verilmektedir (3).

Toplumların sağlık düzeyinin belirlenmesinde kullanılan en önemli ölçütler anne ve bebek ölüm verileridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ülkemizde maternal mortalite 1990 yılında yüz bin canlı doğumda 97 iken, 2015 yılında 100.000 canlı doğumda 16'ya, 2016 yılında yüz binde 14.7'ye, 2018 yılında

da 13.6'ya gerilemiştir (4). Bebek ölüm hızı, 2013 yılında binde 10,8 iken 2014 yılında binde 11,1'e yükselmiş, 2015 yılında binde 10,7, 2018 yılında binde 9,2 olarak belirlenmiştir. Her ne kadar yıllar içinde maternal ve fetal/yenidoğan ölüm oranlarında iyileşme kaydedilmiş olsa da istenen düzeyde olmadığı, özellikle son yıllarda infant ölüm oranlarında istikrarsızlık olduğu, maternal mortalite oranlarının 100.000'de 2-10, infant mortalite oranlarının ise 2,3-6,1 olduğu ülkelerin düzeylerinden uzak olduğumuz görülmektedir (5, 6).

Aile hekimlerinin birinci basamakta yaptıkları en önemli işlerden biri anne ve çocuk sağlığı hizmetleridir. Bu hizmetlerin biri de doğum öncesi bakım hizmetidir. Gebelik fizyolojik bir olaydır. Gebeliklerin %5-20'sinde anne ve bebek sağlığı için tehlike oluşturabilecek bir patoloji ortaya çıkabilir. Epidemiyolojik ve gözlemsel çalışmalar erken dönemden itibaren iyi bir bakım programı uygulanan kadınlarda anne ve bebek ölümlerinin azaldığı ve gebelik sonuçlarının daha olumlu olduğunu göstermiştir (7).

Sağlıklı anne ve bebek tüm gebeliklerin istenen sonucudur. Gebelik süreci çocuk, aile ve buna paralel olarak toplum sağlığını da doğrudan etkileyen bir durum olduğu için, gebelik bakımı; gebelik ve doğum sürecindeki komplikasyonların önlenmesinde, gebe ve bebek ölümlerinin azaltılmasında çok önemli aşamadır.

Aile hekimliğinin ilk temas noktası olması, hasta merkezli bütüncül yaklaşımı benimsemesi ve kolay ulaşılabilir olması gebelik döneminde gebe bakımının nitelikli uygulamasının yaygınlaşmasını kolaylaştırıcı faktörlerdir. Dolayısıyla gebelikte verilecek sağlık hizmetlerinin gebeye sunulmasında aile hekimlerinin rolü önemlidir. Bilgi aktarımı gebe ile aile hekimi arasında daha iyi bir iletişim kurmaya yardım etmekte, oluşabilecek sorunları daha başarılı çözümlenmeye katkı sağlamaktadır.

Beklenti herhangi bir şeyin olacağını düşünmek veya olacağına inanmaktır. Gebelik süreci ve doğum eyleminin sonucu kesin olarak tahmin edilemeyen, anne ve bebek için riskler taşıyan, sürprizlerle dolu bir yolculuktur (8, 9, 10).

Tüm kadınların hatta gebe olmayan kadınların bile gebelik süreci ve doğuma yönelik algı ve beklentileri bulunmaktadır (11). Bir başka deyişle gebeler için beklenti "Gebelerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak da tanımlanabilir. Bu beklentiler, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel özellikler, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili

geçmiş deneyimlerine göre değişiklik gösterebilmektedir” şeklinde tanımlanmaktadır (12).

Ülkemizde gebelerde yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan gebelerin %31,5’inin eğitim konularının hepsi hakkında bilgi almak istediği, en çok talep edilen eğitim konularının da sırasıyla %74 oranında bebeğin aylara göre gelişimi, %64 oranında hastaneye gitmeden önce yapılacak hazırlıklar ve bebek beslenmesi olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %62’si bilgi sahibi olan eğitimciden, %36’sının doktordan, %2’sinin ebe-hemşireden bilgi almak istediği tespit edilmiştir (13). Yapılan bir başka çalışmada, gebelerin doğum öncesi bakım aldıkları sağlık birimlerinden en sık bilgi almak istedikleri konular; gebelik muayeneleri (%82,6), gebelikte beslenme ve kilo alımı (%80), aşılar (%70) olurken, en az bilgi almak istedikleri konular egzersiz (%39,5) ve cinsel yaşam (%39,3) olarak belirlenmiştir (14). Benzer bir çalışmada; gebelik esnasında en çok bilgi edinme ihtiyacı duyulan konular beslenme, gebelikte tehlike işaretleri ve doğum olmuştur. Kadınların %65,5’i gebelik esnasında doğum öncesi bakım alınan yerin dışında gebelik, doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili en sık bilgi alınan kaynaklar kitap/dergi (%54), TV (%40) ve arkadaş/tanıdık (%22,5) olmuştur (15).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin hasta odaklı verilmesi kaçınılmaz hale gelmektedir. Hasta odaklı sağlık hizmeti, hizmetin etkinlik ve verimliliğinin artırılmasını sağlamaktadır. Hasta odaklı hizmet vermek için hasta tanınmalı ve beklentileri bilinmelidir.

Bu çalışmada amacımız gebelerin aile hekimlerinden bakım beklentisi düzeylerini ve beklenti düzeylerini etkileyen sosyodemografik ve diğer faktörlerin saptanmasıdır. Aynı zamanda çalışmanın sonuçları ile verilen sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine de katkı verilmesi amaçlanmıştır. Amacımız doğrultusunda çalışmamız İzmir Merkez İlçelerine bağlı belirlenen aile sağlığı merkezlerine başvuran kayıtlı 18 yaş üstü gebeler ile yapılacaktır. Çalışmaya katılmaya gönüllü bireylere sosyodemografik özellikleri, gebelik öncesi obstetrik özellikleri ve şimdiki gebeliği ile ilgili özellikleri içeren araştırmacı tarafından oluşturulan gebe tanıtıcı bilgi anketi, Antenatal Bakım Beklentileri Ölçeği ve Doğum Öncesi Bakım

Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeğinin beklenti bölümü araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanacaktır.



## 2 GENEL BİLGİLER

### 2.1 Gebelik

Gebelik, yeni bir canlının meydana gelmesinde kadın üreme hücresi ovum ve erkek üreme hücresi spermin birleşmesi sonucu başlayan ve doğum ile son bulan bir olaydır (16). Gebelik, fertilizasyonla başlar ve yaşamını dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa gelinceye kadar intrauterin devam eder. Gebelik ürünü, uterin kavitede 8. haftaya kadar embriyo adını alırken 8. haftadan doğuma kadar ki sürede ise fetüs adını alır (17). Gebeliğin süresi son menstrasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 haftadır. Kırk haftalık bu süreç üç trimestirda ele alınmaktadır. Gebeliğin başlangıcından embrional devrenin tamamlandığı, fetal devrenin başladığı ilk 12 haftalık süre birinci trimestir, 13-27. haftaları kapsayan süre ikinci trimestir ve 28. haftadan gebelik sonuna kadar olan süre ise üçüncü trimestir olarak tanımlanmaktadır (18).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem fizyolojik olaylar olduğu hâlde bu dönemler sağlık hizmeti gereksinimlerinin de arttığı süreçtir. Sağlıklı gebelik, şimdi veya önceki gebeliklerle ilgili komplikasyonların ve risk faktörlerinin olmaması, geçmişte maternal morbidite veya mortalite öyküsünün bulunmaması ve gelişen fetüsün ihtiyaçlarını, sağlığını doğuma kadar en iyi şekilde sürdürmesi ve fetal büyümenin olmasıdır (19).

Gebelik, kadın vücudunda gerçekleşen fiziksel, sosyal, psikolojik ve duygusal değişikliklerin yaşandığı bir süreçtir (20). Gebelik, çok yönlü düşünülmesi gereken bir kavramdır. Kadının inançları, değerleri, sorumluluk anlayışı, geçmiş yaşam deneyimleri ve davranışları gibi pek çok etken gebelik sürecini etkilemektedir. (21). Kadınlar bu süreçte gebeliğe karşı kendi psikososyal, sosyal, ekonomik ve kültürel yapılarına göre bir tutum ve davranış sergilemektedirler. Bu dönemde bazı kadınlar gebeliği sevinç, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak görebildiği gibi; bazıları da stresli bir süreç, endişeli bir durum, baskı hissi yaratan bir kriz dönemi olarak algılayabilmektedirler (22).

## 2.2 Doğum Öncesi Bakım

Anne ve bebek sağlığı üzerine önemli koruyucu girişimlerden birisi de anneye gebeliği sırasında Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmetleri verilmesidir. En kaba tanımıyla DÖB; anne ve bebeğin tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş sağlık personeli tarafından izlenmesidir (23). Doğum Öncesi Bakım birçok değişik kuruluş ve uzmanlarca tanımlanmıştır ancak en kapsayıcı tanım Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Bu tanıma göre DÖB eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından gebenin en az bir veya daha fazla defa görülmesi veya düşük riskli gebeliklerde gebenin bir sağlık kuruluşu tarafından belirli prosedürler doğrultusunda en az 4 defa izlenmesi olarak tanımlanmaktadır (24). Bu tanımlardan ikincisi ülkemiz dâhil birçok ülkede yaygın olarak kullanılan DÖB hizmetini tanımlamaktadır. Prenatal ya da antenatal bakım hizmeti olarak da adlandırılmaktadır.

WHO 2016'ya göre tavsiye edilen doğum öncesi bakım programı; 12. haftaya kadar ilki olmak üzere, devamı 20., 26., 30., 34., 36., 38. ve 40.haftalarda olmak kaydıyla toplam 8 defadır (25). Ayrıca doğum öncesi bakım, muayene süresince gerekli kontrollerin (kan basıncı, hemogram, varis, ödem, kilo, fetal kalp sesi vs. takibi, beslenme, ilaç kullanma, bağışıklama, vb.) yapıldığı, gerekli danışmanlıkların verildiği, anne ve bebek açısından olumsuz olabilecek durumların erken dönemde belirlenip, giderildiği gerekli bakım ve tedavilerinin sağlık personeline sağlandığı bir bakım ve izlem sürecidir (26). Doğum öncesi dönemdeki sağlık bakımı ise annelerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını kapsar. Anne adayları ilk günlerden itibaren kendilerini rahat hissetmeleri, kendi ve bebek bakımlarına aktif olarak katılmaları ve bakımlarını sürdürmede başarılı olmaları, fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde olumlu etki sağlar (27). Gebelik sürecinin sağlıklı ve iyi bir şekilde ilerlemesi için doğum öncesi bakımın amaçları şunlardır;

- Anne ve bebek sağlığının sürdürülmesi.
- Risk değerlendirmesinin yapılması ve riske uygun müdahalelerin gerçekleştirilmesi,
- Gebelik, doğum ve ebeveynliğe ilişkin kadının ve ailesinin eğitilmesi,
- Doğuma hazırlanan gebe yakınları ile güvenli bir ilişkinin kurulması,
- Gerekirse gebe kadının uygun kaynaklara yönlendirilmesi,

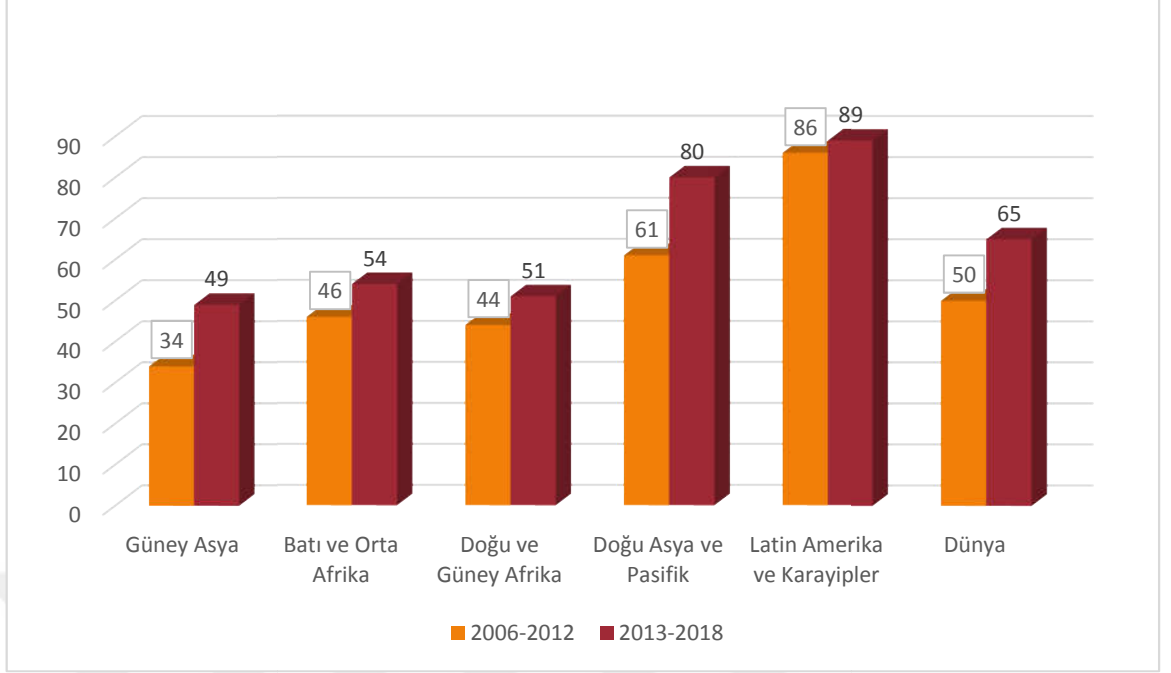
- Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesini sağlamak, özelde aileye, genelde topluma sağlıklı bireyler kazandırmaktır (21).

DÖB gebe ve bebeğin sağlığını koruyup gelişimini sürdürmenin yanı sıra gebenin bu konulardaki yanlış alışkanlıklarını düzeltmek, doğru davranışlarını pekiştirmek, gebeye yeni bilgiler kazandırmak, aileyi yeni rollerine ve yeni üyeye hazırlamayı hedeflemektedir (28).

### **2.3 Dünya’da ve Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi**

DÖB, Boston’da yirminci yüzyılın başında ilk defa gündeme gelmiştir. Hamile kadınların sağlıklarına katkıda bulunabilmek amacıyla Boston Hemşire Birliği’nde çalışan hemşireler, bölgede yaşayan tüm gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamışlardır. Daha sonralarda hekimlerin de bu ziyaretlere katılmasıyla büyük başarılar elde edilmiş ve doğum öncesi bakım hizmeti fikrinin ortaya çıkmasına yol açmışlardır (29).

Dünya genelinde kadınların %86’sı gebelikleri sırasında en az bir kez bakım almaktadır. DSÖ herhangi bir risk faktörü olmayan normal gebeliklerde en az 4 kez DÖB yapılmasını önermektedir. Çoğu ülkede kadınların yarısından fazlası gebelikleri süresinde en az 4 kez DÖB aldığını belirtmiştir. Bir sağlık çalışanı tarafından en az dört kez DÖB alma sıklığı 2006-2012 yıllarında %50 iken 2013-2018 yılları arasında %65’e yükselmiştir. DÖB hizmetleri ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bölgelere göre 2013-2018 yılları arasında DÖB alan kadınların sıklığı Güney Asya’da %49, Sahra Altı Afrika’da %51, Latin Amerika ve Karayipler’de %89, Doğu Asya ve Pasifik’de %80 olarak bildirilmektedir (Şekil 1) (30, 31).



**Şekil 1.** Dünyada bölgelere göre 2006-2012 ve 2013-2018 yılları arasında en az dört kez doğum öncesi bakım alan kadınların yüzde dağılımı

Tablo 1’de bazı ülkelerde en az bir kez ve en az dört kez doğum öncesi bakım sıklıkları sunulmuştur. Küba, Belarus, Fransa ve Kanada’da neredeyse tüm kadınlar en az dört kez izlenir iken, yoksul Asya ve Afrika ülkelerinde bu düzey oldukça azalmakta, Somali’de %6’ya kadar düşmektedir (30).

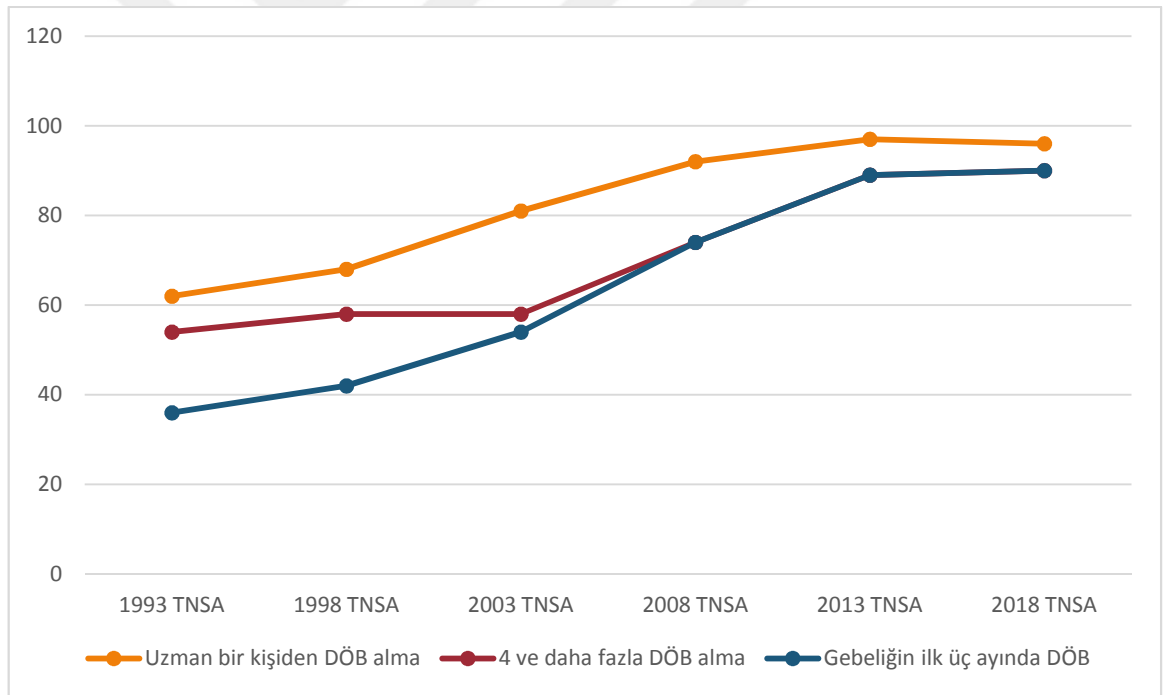
**Tablo 1.** Bazı ülkelerde gebelikleri sırasında en az bir kez ve en az dört kez doğum öncesi bakım alan kadınların sıklığı

ÜLKELER	Doğum Öncesi Bakım Sayısı	
	En az bir kez (%)	En az dört kez (%)
Afganistan	59	18
Bangladeş	64	31
Somali	26	6
Etiyopya	62	32
Nijerya	67	57
Hindistan	79	51
Küba	99	98
Fransa	100	99
Belarus	100	100
Kanada	100	99

Ülkemizde ana-çocuk sağlığına önem verilmesi Cumhuriyetin kurulmasıyla başlamıştır. İlk doğum ve çocuk bakımevi 1926'de Ankara ve Konya'da açılarak sağaltım hizmeti verilmiştir. 1952'de DSÖ ve UNICEF'in desteğiyle, Sağlık Bakanlığında özel bir örgüt olarak Ana ve Çocuk Sağlığı Başkanlığı kurulmuştur. Bu merkezler anne adaylarına gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde sağlık bakımı hizmetleri sunmayı amaçlamıştır. Gebelerin ve okul öncesi çocukların izlenmesine önem vermesi beklenen bu örgüt, ülke genelinde yeterli hizmet verememiştir (32). 1961'de ana-çocuk sağlığı açısından ülkemizde önemli adımlar atılmıştır. 1963'te koruyucu sağlık hizmetlerinin ilki Nusret H. Fişek'in öncülüğünde yapılmıştır. Ülkeyi nüfus, doğurganlık, aile planlaması, ana-çocuk sağlığı gibi konularda temsil eden bu çalışma 5 yılda bir tekrarlanmıştır. 1965 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasasıyla DÖB hizmetlerinin sağlık ocakları aracılığıyla halka ulaştırılması amaçlanmış bu görev sağlık ocağı ebelerine verilmiştir. 1978 yılında DSÖ'nün Alma- Ata'da yayınladığı bildirgeyi imzalayan ülkemiz, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) görüşünü benimsemiş, sağlık hizmetleri arasında en fazla ihtiyaç duyulan ana-çocuk sağlığına hizmet götürülmesi hedeflenmiştir. 1982'de Sağlık Bakanlığına bağlı AÇS/AP Genel Müdürlüğü kurularak, AÇS/AP hizmetleri, Temel Sağlık Hizmetleri ile uyumlu yürütme kararı alınmıştır (21). DÖBH, tüm ülkeyi temsil eden ve her beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ile hem nicelik hem de nitelik olarak değerlendirilmektedir. Ülkemizde doğurganlık düzeyi ve değişimi, anne-bebek

ölümleri, aile planlaması, ana-çocuk sağlığı gibi konular hakkında bilgi toplamak için TNSA 1998’de yapılmıştır. 1993’te Sağlık Bakanlığının yönetiminde yapılan TNSA sonuçları ilk kez toplanan verilerin analizi yapılarak 1996’da yayınlanmıştır (32,33).

Türkiye’de TNSA 2018 verilerine göre en az bir kez DÖB alan kadın sıklığı %96’dır. Kadınların %4’üne doğum öncesi dönemde hiç izlem yapılmamıştır. Ülkemizde yıllar içinde dört ve daha fazla DÖB alan kadınların yüzdesi giderek artmaktadır. Ancak, bu değişim hızı 2013’ten bu yana belirgin olarak yavaşlamıştır. Dört ve daha fazla sayıda DÖB alan kadınların sıklığı 1993 yılında %54, 1998’de %58, 2003’te %58, 2008’de %74, 2013’te %89’dur ve 2018 yılında %90’a yükselmiştir. Gebeliklerinin ilk üç ayı içerisinde ilk DÖB alan kadınların sıklığı 1993 yılında %36, 1998 yılında %42, 2003 yılında %54, 2008 yılında %74, 2013 yılında %89 ve 2018 yılında %90’dır (Şekil 2) (33).



**Şekil 2.** Türkiye’de 1993-2018 yılları arasında doğum öncesi izlemlerin niceliksel değişimi

Sağlık Bakanlığınca 2008 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve diğer ilgili uluslararası kaynaklardan yararlanılarak gebelere standart bir hizmetin sunumu için “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi”ni hazırlanıp yürürlüğe konulmuştur. Bu rehberde göre bütün gebelerin gebeliğinin ilk 14 haftası içerisinde gebelik tespiti

yapılmalıdır. Dolayısıyla ilk izleminin bu 14 hafta içerisinde olması gerekmektedir. İkinci izlem 18-24.haftalarda, üçüncü izlem 30-32. haftalarda ve dördüncü izlem ise 36-38.haftalarda yapılmalıdır. Yine bu rehberde her izlemde yapılması gerekenler fizik muayene, gerekli ölçümler, tetkik ve tabii ki danışmanlık alt basamaklarıyla açıkça anlatılmıştır (34). Ülkemizde DÖB hizmetleri kamu ve özel sağlık kuruluşlarında sunulmaktadır. Bu hizmetler, yapısı gereği birinci basamak sağlık kuruluşlarının başlıca sorumlulukları arasındadır ve izlemlerin süreklilik temelinde uygulanması gereklidir. Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmeti birinci basamakta aile hekimi (AH) ve aile sağlığı elemanı (ASE) ile sağlanmaktadır.

Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri’nden yararlanma, kadınların bazı özelliklerine göre farklılık göstermektedir. 20-34 yaşları arasındaki kadınların %97,0’ı, 20 yaş altı kadın %94,0’ı ve 35 yaş ve üzeri kadınların %96,0’ı DÖB hizmeti almışlardır. Kadınların %97,0’ı ilk gebelikte DÖB hizmeti alırken, daha sonraki gebeliklerde DÖB hizmetinden yararlanma %92,0’a düşmüştür (33).

Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri, yerleşim yerine ve bölgelere göre de farklılıklar göstermektedir. Kırsal alanda DÖB hizmetlerinden yararlanma oranı belirgin olarak azalmaktadır.

- Doğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayan kadınların DÖB hizmeti alma oranı %93,0,
- Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde %96,0,
- Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’nde ise %84,9,
- Batı Marmara Bölgesi’nde (çalışma bölgemizi içine alan) DÖB %96,7,
- Doğu Marmara Bölgesi’nde %98,6,
- İstanbul genelinde %99,4’tür (Tablo 2) (33)

**Tablo 2.** Türkiye’de Bölgelere Göre DÖB Hizmeti Alma Durumu

Bölge	DÖB Alanların Oranı (%)	Bölge	DÖB Alanların Oranı (%)
İstanbul	99,4	Orta Anadolu	95,2
Batı Marmara	96,7	Batı Karadeniz	95,5
Ege	98,7	Doğu Karadeniz	97,9
Doğu Marmara	98,6	Kuzeydoğu Anadolu	84,9
Batı Anadolu	98,0	Ortadoğu Anadolu	90,7
Akdeniz	98,4	Güneydoğu Anadolu	96,0

Türkiye’de yapılan doğum öncesi bakım hizmeti alma oranlarıyla ilgili bazı saha çalışmaları vardır. Burdur’da yapılan çalışmaya bakıldığında gebelerin tamamı en az bir kez DÖBH almış iken, Adıyaman’da yapılan çalışmada gebelerin %1,7’sinin, İstanbul’da yapılan çalışmada ise %0,6’sının aile hekimi ve/veya kadın hastalıkları ve doğum uzmanından hiç DÖBH almadığı gösterilmiştir. 2008 yılı TNSA verilerine göre de Bursa’nın da içinde bulunduğu Doğu Marmara’da gebelerin %1,9’u DÖBH hiç yararlanmamıştır (35).

Bursa’da 2013 yılında aile hekimleri ve kadın doğum uzmanlarının verdikleri doğum öncesi bakım hizmetlerinin nitelik ve niceliğini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’nde belirtildiği gibi her gebenin gebelik haftasına uygun sayıda muayene edilmesi ve ilk doğum öncesi bakım hizmetinin 14 hafta içinde yapılmasına uyum şartı, her iki hekim grubu birlikte değerlendirildiğinde yeterli bulunmuştur. Ancak hekim grupları ayrı ayrı değerlendirildiğinde aile hekimlerinin vermiş olduğu DÖBH beklenen değere yaklaşmış iken kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının vermiş olduğu bakım hizmetinin yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Diğer yandan her iki hekim grubu ayrı ayrı değerlendirildiğinde gebelere yeterli kalitede DÖBH verildiğini söylemek oldukça güçtür. Aile hekimleri daha çok ağırlık, kan basıncı ölçümü, emzirme, beslenme ve gebelikte olabilecek yakınmalar konusunda bilgilendirmeyi amaçlamış iken, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları kan, idrar tetkiki ve doğumun nerede yapılacağına planlanmasını amaçlamıştır. Elde edilen verilere bakıldığında Bursa’da gebelere yeterli sayıda ancak düşük kalitede DÖBH verildiği anlaşılmış olup DÖBH veren sağlık personeline düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimler verilmesi ve doğum öncesi bakım yönetim rehberinin aktif kullanımının sağlanması gerekliliği anlaşılmıştır (35).

#### **2.4 Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin İçeriği**

Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması, uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Bakanlığımız bilim komisyonları ve ilgili meslek kuruluşlarının katkılarıyla oluşturulan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’nin 2017 yılında revizyonu yapılmıştır. Bu rehberde göre bütün gebelerin gebeliğinin ilk 14 haftası içerisinde

gebelik tespiti yapılmalıdır. Dolayısıyla ilk izleminin bu 14 hafta içerisinde olması gerekmektedir. İkinci izlem 18-24.haftalarda, üçüncü izlem 30-32. haftalarda ve dördüncü izlem ise 36-38.haftalarda yapılmalıdır. Yine bu rehberde her izlemde yapılması gerekenler fizik muayene, gerekli ölçümler, tetkik ve tabii ki danışmanlık alt basamaklarıyla açıkça anlatılmıştır (1).

#### **2.4.1 Birinci (İlk) İzlem**

Gebelik sürecinde gebeliğin ilk 14 hafta içerisinde tespit edilmesi ve izlemlere başlanması önem arz etmektedir. Kişi gebe olduğunu 14. haftaya kadar anlamamışsa gebe olduğunu öğrendiği hafta ilk izlem haftası olarak kaydedilmeli ve DÖB rehberinin prosedürünün uygulanması önerilmektedir (1).

Birinci izlemde hemşire/ebe vb. sağlık profesyonellerinin iletişim tekniklerini iyi bir şekilde kullanarak şu basamakları izlemesi gerekmektedir; gebenin öyküsünü almak, fiziksel muayenesini yapmak, laboratuvar testlerini yaptırmak, uygulanacak destekleyici ilaçları vermek, gerekli bağışıklamayı ve gerekli tedaviyi uygulamak. Ayrıca sağlık profesyonellerinin bilgilendirme ve danışmanlık rollerini yerine getirip, sevk edilmesi gereken durumları değerlendirip, yapılan izlemi kayıt altına alması tavsiye edilmektedir (1).

Öykü alırken; şahsi bilgilerin alınması, tıbbi açıdan öz geçmişinin alınması, alışkanlıklarının neler olduğunu öğrenmek, obstetrik ve üreme sağlığı, gebelik öyküsü gibi konularda gebeden bilgi alınmalıdır (1).

Fizik muayenede gebenin boy ve kilosu, tansiyon 140 mmHg/90 mmHg ve üstünde olması gebede yüksek tansiyon olduğunu gösterir. Gebede böyle bir durumun gözlenmesi durumunda bir üst basamaktaki kadın hastalıkları ve doğum uzmanına sevk edilmesi gerekmektedir. Gebenin tansiyon değerleri 160 mmHg/110 mmHg ve daha üst düzeylere çıkarsa 15 dakika arayla ölçmek ve takibe göre tedavi planı oluşturmak gerekmektedir. Anne adayının kanı tetkik edilerek anemik olup olmadığına bakılmalıdır. Akciğer ve kalp sesleri dinlenmeli, el ve ayaklarda ödem gözlenirse dolaşım yetersizliği bulguları, bebeğin gelişimi ile gebelik haftasının uyumlu olup olmadığına bakılmalıdır. Fetüsün nabzına (kalp atım sayısına) bakılır, bu değer dakikada 120-160 arasında olmalıdır. Gebede sarılık, döküntü, kaşınma gibi hastalık bulgularının olup olmadığına bakılmalıdır (1).

Gebelikte üzerinde durulması gereken bir başka nokta sağlıklı kilo alımıdır. Çünkü beslenme ile ilgili çalışmalar yaşamın erken döneminde maruz kalınan beslenme biçim ve alışkanlıklarının hem anne sağlığını hem de doğacak bireyin sağlığını uzun vadede etkilemektedir. Bebeğin hem büyüme paterni hem de ileride karşılaşacağı kronik hastalıkların kökenlerinin kısmen annenin gebelikte beslenme biçimiyle ilişkili olduğu bilinmektedir (36,37).

Laboratuvar testlerinde; tam idrar tahlili ve idrar kültürü ile kan tetkikleri ve diğer muayene ve testler yapılmalıdır. İdrar kültüründe asemptomatik bakteriüri varlığına bakılmalıdır (1).

Kan tetkikinde ise; hemogram bakılır. Hemogloblin değeri 11 gr/ dl ise destekleyici demir tedavisine başlanıp ortalama 4 hafta geçtikten sonra kontrol amaçlı kan alınıp tekrar hemogram değerlerine bakılır. Eşlerin kan grubu kan uyumsuzluğu açısından değerlendirilir. Gebenin kan grubunun Rh (-) ve eşinin kan grubunun ise Rh (+) olması durumunda yapılması gereken indirekt coombs testi yapmaktır. Test sonucu negatif çıkanlara 28. gebelik haftasında yeniden bakılmalıdır. Test sonucu pozitif çıkanlar ise bir üst derecedeki sağlık kuruluşuna yönlendirilmelidir (1).

Gebelikte TSH (Tiroid Stimulan Hormon) ölçümü yapılmasının önemi büyüktür. Tanı konulmamış ve tedavi edilmemiş hipertiroidi durumları, konjestif kalp yetmezliği, preeklampsi, gebeliğin düşükle sonuçlanması, prematür doğum, düşük doğum ağırlığı gibi sonuçlara yol açarken, hipotiroidide ise, anemi, ölü doğum gibi durumlar oluşabilmektedir (38).

Gestasyonel diyabete yönelik kişi değerlendirilir. Bebeğin büyük olması yani 4,5 kilo ve üstünde olması, gebenin beden kitle indeksinin 30kg/m<sup>2</sup> olması, ailede diyabet varlığı ve tansiyon yüksekliği açısından gebe değerlendirilir. Normal kan şekerinin 200 mg/dl ve üzerinde olması, açlık kan şekerinin ise 126 mg/dl ve üzerinde olması durumunda gebenin diyabet hastası olduğu açıktır. Gerekli tedavi planı oluşturulmalı ve gerekli sağlık kuruluşuna yönlendirilmelidir. Gebe kromozom anomalileri hakkında bilgilendirilmelidir. İkili tarama testi 11-14. haftalarda yapılır. Bu testte bebeğe ultrasonografi (USG) ile bakılır ve ense kalınlığı değerlendirilir ve bunun yanında kan testleri ile desteklenir. Üçlü ve dördü testler ise 16-20. haftalarda yapılır (1).

Bütün gebelerde 16. haftayı takiben demir preparatı başlanır. Gebeliğin 16. haftasından önce kişide kansızlık bulguları varsa doktorun uygun gördüğü dozda demir ilacı verilir (1).

Bütün kadınlar gebelikten minimum 1 ay önce günlük 400-800 mikrogram folik asit almalıdır. Nöral tüp defekti riski olanlar ise gebelikten 3 ay önce günlük 4 miligram folik asit almalıdırlar. Gebe nöral tüp defekti yönünden incelenmelidir; daha önceden böyle bir gebelik geçirip geçirmediği bakılır, epilepsisi olanların ilaç alıp almadığı üzerinde durulur, şeker hastalığı olup olmadığına bakılır (1).

Gebelere kanda D vitamini seviyesine bakılmadan D vitamini desteği verilmelidir. Bu desteğe gebeliğin 12. haftasında günde 9 damla olarak başlanmalıdır (1).

Gebenin daha önceden tetanoz aşısı yaptırap yaptırmadığı sorgulanır. Anne adayının daha önceden bağışıklığı yoksa tetanoz aşısı bağışıklama takvimine göre uygulanmalıdır. Takvime göre bu aşı gebeliğin 12. haftasını takiben uygulanmalıdır. Hayatında hiç tetanoz aşısı yaptırmamış olan kadınların 2 doz halinde tetanoz aşısı yaptırmaları gerekmektedir. Gebeye bağışıklama işlemi sağlanamamışsa doğum sırasında daha dikkatli olunmalı, doğumda göbek bağı pansumanına hassasiyet gösterilmelidir (1).

Gebenin merak ettiği ve ihtiyacı olan konularda bilgilendirme ve danışmalık yapılmalı, sevk edilmesi gereken durumlar değerlendirilip gerekli durumlarda sevk sağlanmalı ve yapılan bütün izlemler kayıt altına alınmalıdır (1).

#### **2.4.2 İkinci İzlem**

18 ve 24. haftalar arasında gebe izlenmelidir. Gebenin ilk başvurusunda kaydedilenler kontrol edilir ve mevcut gebelik öyküsü tekrar alınır. Kullandığı ilaçlar gözden geçirilir ve tam kan sayımı yapılır. Kan testi sonuçlarına göre gerekiyorsa ilaç desteği gözden geçirilerek kişi yönlendirilir.

Gebe muayene edilir, ilk izlemdeki adımlar burada da tekrar edilir ve tehlike işaretleri görülürse gebenin sevk gerçekleştirilir. Fetüs hareketleri ve gebenin kilosunun dengeli olup olmadığı gözden geçirilir. Tüm bu süreç kayıt altına alınır (1).

### **2.4.3 Üçüncü İzlem**

Gebeliğin 28-32. haftalarında yapılır. Birinci ve ikinci izlemdeki basamaklar uygulanıp gözden geçirilir. Bunlara ek olarak; kan alınıp hemogram bakılır. Eşler arasında kan uyuşmazlığı durumu mevcutsa indirekt coombs testinin yapılması sağlanmalıdır. Bu testin sonucu (-) çıkarsa anti-D immunglobulin yaptırılmalıdır. Ayrıca doğum ve emzirme konularında bilgilendirme ve danışmanlık verilmelidir.

### **2.4.4 Dördüncü İzlem**

36 ve 38. haftalar arasında gebe izlenir. Birinci, ikinci, üçüncü izlemdeki basamaklara aynen devam edilir. Öykü almada ek olarak üçüncü izlemden sonraki yakınma ve şikayetleri (bacaklarda kramp vb.) sorgulanır. Fizik muayenede ek olarak; kilo alımı açısından değerlendirilir. Gebenin bulunduğu haftanın özelliklerini göstermesi beklenir. Uterusun boyutu USG ile kontrol edilir. Fundus ve pubis arası mesafenin uygun olması beklenir. Uygun olmayan durumlar fark edilirse ve gerekliyse sevk işlemi başlatılabilir. Gebe ödem açısından muayene edilir. El ve gözlerde ödeme rastlanırsa preeklampsi yönünden hasta değerlendirilir. Gebe kadının memeleri incelenir, gerekli emzirme eğitimi verilir.

Laboratuvar testlerinde; tam idrar tahlili ve tam kan sayımı yeniden yapılır. Önceki tüm laboratuvar sonuçları gözden geçirilir.

Gebeye verilen demir ve D vitaminini kullanımını sorgulanır. Gebenin merak ettiği ve ihtiyacı olduğu düşünüldüğü konularda danışmanlık ve bilgi verilir, gerekiyorsa daha önce verilen eğitimi tekrar edilir. Sevk edilmesi gereken durumlarda gebeyi sevk edilme açısından değerlendirin ve tüm bu süreçleri kayıt altına alınır (1).

## **2.5 Toplum Sağlığı Açısından Gebe Bakımının Önemi**

Kadın, doğurganlık özelliği ile toplumda özel bir yere sahiptir. Aynı zamanda bir toplumun uygarlık düzeyi o toplumun kadına verdiği değerle de ilişkilidir. Eğer, bu değer yeterince anlaşılabilir ya da değerlendirilemez ise toplumlar gelişemez ve ilerleyemezler (39). Kadının bir sonraki neslin devamının sağlandığı doğurganlık yaşadığı en önemli deneyimlerden biri gebeliktir. İyi yönetilmiş bir gebelik süreci anne ve bebek sağlığının önemli bir belirleyicisidir. Bu süreçte gebelerin sağlığının iyi olması, yalnızca kendisinin değil aynı anda yeni doğan ile çocukların sağlık

durumunun iyi olmasına buna bağlı olarak da gelecek toplumların iyi olmasına sebep olmaktadır (40).

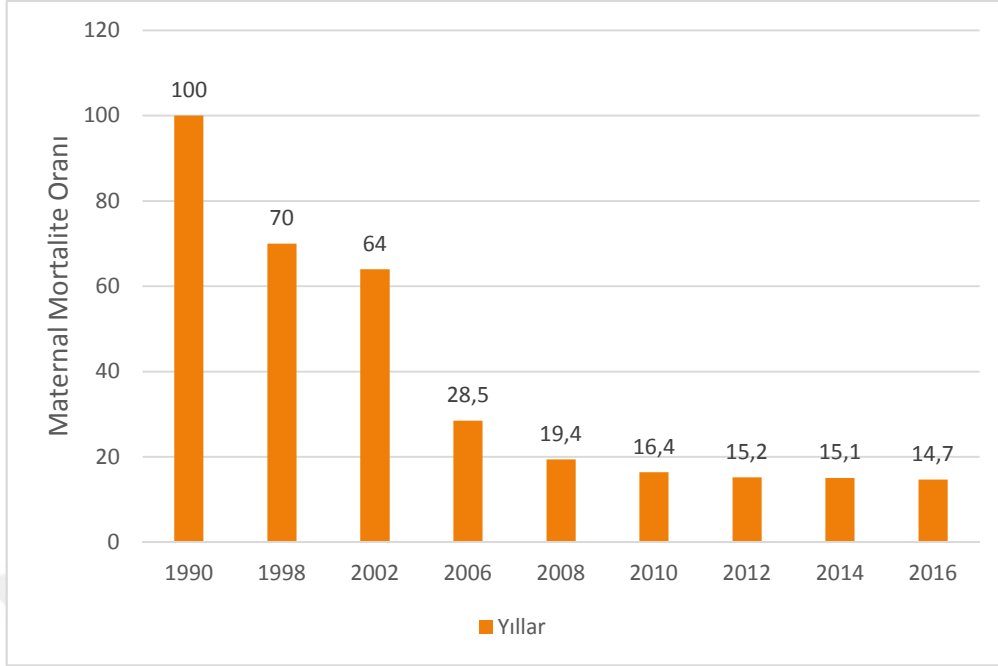
Anne sağlığı aile sağlığından ve dolaylı olarak toplum sağlığından ayrı düşünülemez. Çünkü sağlıklı kadın sağlıklı gebe olur ve sağlıklı çocuk doğurur, sağlıklı çocuk da sağlıklı toplumun bireylerini oluşturur (41). Bu nedenle sağlıklı bir topluma giden yolda yapılacak en önemli yatırımlardan biri kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Gebelik sırasında oluşabilecek istenmeyen durumların hem anne hem de bebek üzerine olumsuz etkileri ve bunların toplumsal sonuçlarından dolayı gebelik bütünüyle bir toplum sağlığı meselesidir. Bu nedenle sağlık hizmeti sağlayıcılarının temel görevlerinden biri annede veya bebekte ortaya çıkabilecek her türlü sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak veya en aza indirmek ve bunlara uygun tedavi imkânlarını sağlamaktır.

Dünyada her gün 800'den fazla kadın önlenbilir gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde görölmektedir (42). Doğum öncesi bakım temelde kadınların sağlıklı gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebek doğmasını hedefleyen temel koruyucu sağlık hizmetidir. Ne kadar erken başlanır ve düzenli aralıklarla nitelikli yapılırsa anne ve bebek ölüm oranını azaltmada o kadar etkili olur (43).

Anne ölümleri, kadın sağlığı ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan çok yönlü bir kalkınma göstergesi olarak kabul edilmektedir. Uluslararası Hastalık ve Sağlık Problemlerinin İstatistiksel Sınıflanmasının 10. Revizyonun 'da maternal mortalite olarakta adlandırılan anne ölümü, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan bir nedenden kaynaklanan kadın ölümüdür (44, 45). Belli bir zaman diliminde 100.000 canlı doğum başına düşen anne ölümüne ise maternal mortalite oranı (MMO) denir. MMO önemli bir sağlık ölçütüdür. Dünyada 2017 yılında yaklaşık 295 bin anne ölümü meydana gelmiştir. Anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir ve büyük bölümü nitelikli doğum öncesi ve doğum sonu bakım ile önlenabilir ölümlerdir (4).

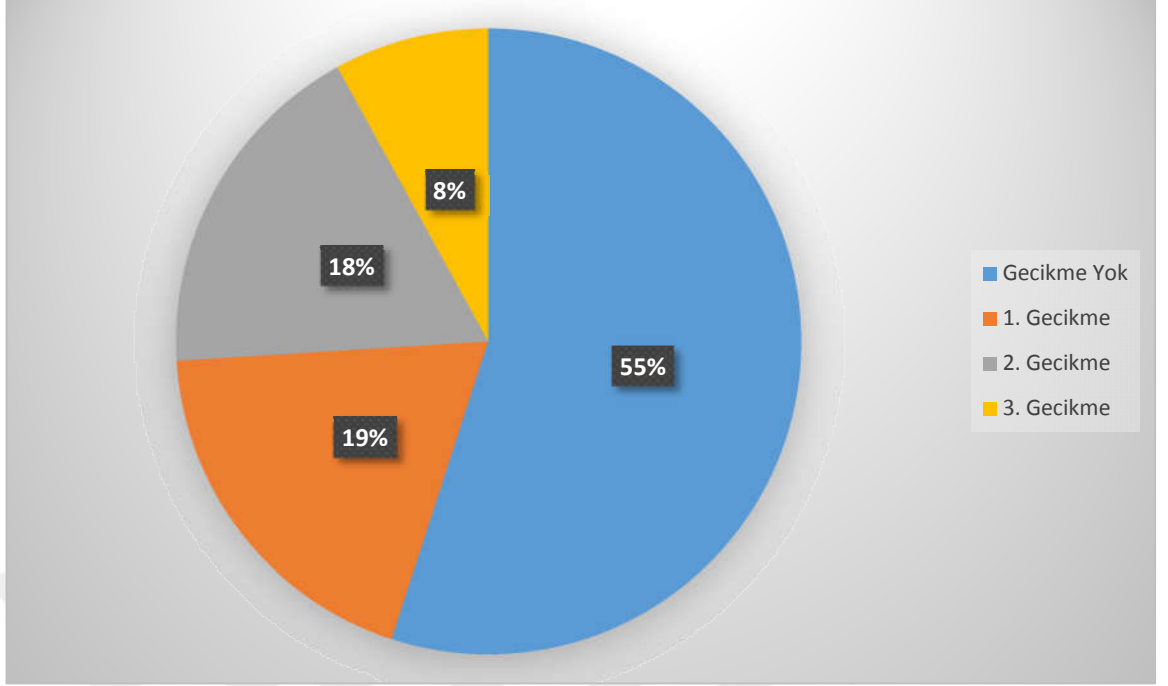
Anne ölümü önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde yapılan 2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ) verilerine göre gebeliğe bağlı ölümler doğurganlık çağındaki (15-49 yaş kadınlar) kadın ölümlerinin %4,3'ünden sorumludur. Bu çalışma da DSÖ çalışmalarındaki gibi anne ölümlerinin önemli bir kısmının önlenabilir nedenlerle olduğunu ortaya koymuştur (46). Yine Türkiye'deki anne ölümlerinin azaltılması amacıyla Türkiye Üreme Sağlığı Programı uygulamaya koyulmuştur. Bu program kapsamında üreme sağlığı hizmetleri beş ana başlık altında toplanmıştır: güvenli annelik, acil obstetrik bakım, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, gençler için üreme sağlığı hizmetleri (47). Anne ve çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendiren ve rehberlik yapan güvenli annelik başlığında; doğum öncesi bakım, anne ve yeni doğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almaktadır (28,48).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre 1990 yılında yüz binde 100 olan MMO 2006'da yüz binde 28,5'e ve 2016 yılında da yüz binde 14,7'ye gerilemiştir (şekil 3). Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2008 raporunda en hızlı düşüş sağlayan ilk 10 ülke arasında gösterilmiş, 2010 raporunda ise ilk 20 ülke arasında yerini almıştır (49). 2015 yılında global anne ölüm oranı yüz binde 216 olarak tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran yüz binde 12'dir (50). Bu açıdan Türkiye MMO açısından dünyada iyi bir sıralamdadır ve son yıllarda önemli gelişmeler göstermiştir ancak hâlâ gelişmiş ülkelerin gerisinde yer almaktadır.



**Şekil 3.** Sağlık Bakanlığı verilerine göre yıllara göre Maternal Mortalite Oranı değişimi

Maternal mortalite nedenlerini daha iyi analiz edebilmek için “3 gecikme modeli” adlı bir yöntem geliştirilmiştir (51). Buna göre hizmeti almaya karar alma aşamasında yaşanan gecikmeye 1. gecikme, hizmete ulaşma durumunda yaşanan gecikmeye 2. gecikme, hizmete ulaşmasına rağmen hizmeti almada yaşanan gecikmeye ise 3. gecikme denmektedir. Doğum öncesi bakım almama, yetersiz alma, gebeye gerekli önerilerde bulunulmaması veya gebenin önerilere uymaması gibi nedenler 1. gecikme içinde değerlendirilir. Sağlık Bakanlığı verilerine bakıldığında önlenebilir maternal mortalitede 1. gecikme hâlâ önemli yer tutmaktadır (52) (Şekil 4).



**Şekil 4.** 2016 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre Maternal Mortalite Oranları'nda gecikme yüzdeleri

Anne ölümlerini azaltmanın ilk ve en etkili yolu gebelerin gebelikleri süresince düzenli ve etkin bir şekilde izlenmesidir. Gebelerin düzenli ve etkin izlemiyle oluşabilecek komplikasyonlar önceden fark edilebilir ve komplikasyonlara müdahale edilebilir. TNSA verileri yıllara göre kıyaslandığında gebelerin 1998 ile 2013 yılları arasında doğum öncesi bakım alma oranlarında ve aldıkları doğum öncesi bakımın niteliğinde önemli iyileşmeler yaşanmıştır (53). Örnek olarak 1998'de 4 ve üzeri sayıda bakım alanların yüzdesi %42 iken 2013'te bu oran %88,9'a çıkmıştır. Aynı şekilde sağlık kuruluşunda doğum yapanların yüzdesi 1998'de %73,4 iken 2013'te %97,3'e çıkmıştır. Bu iyileşme maternal mortalitedeki azalmayla direkt ilişkilidir.

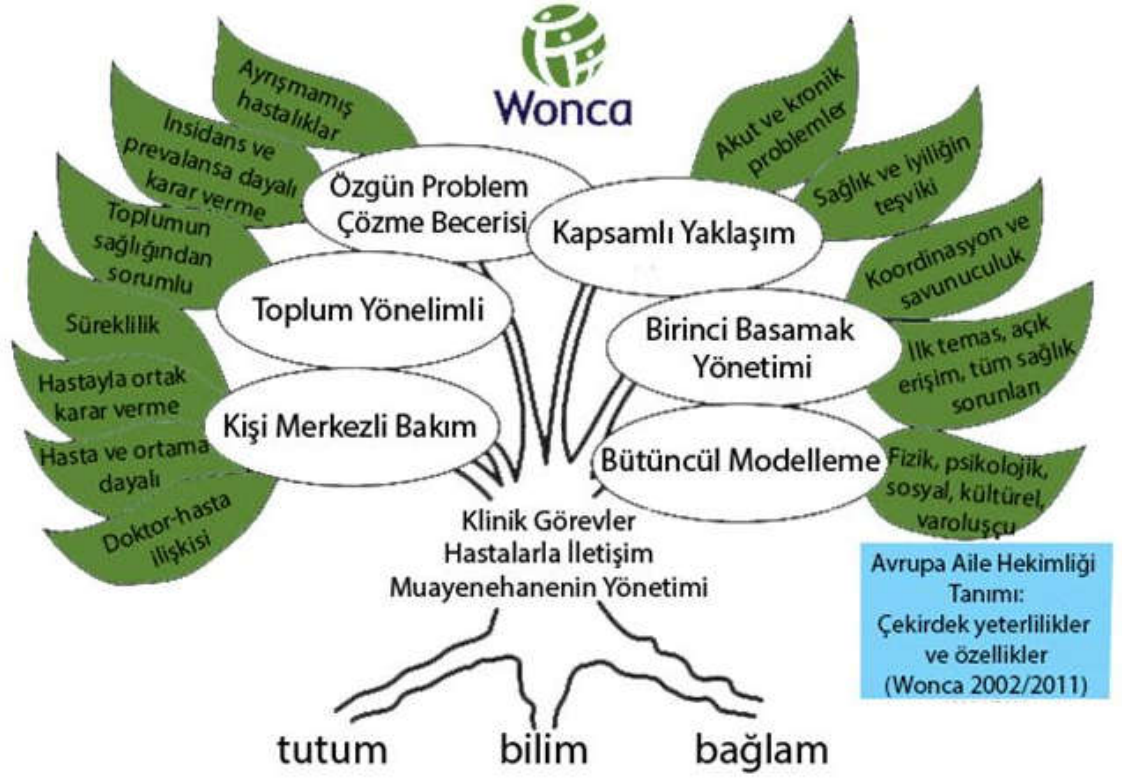
Her ne kadar önemli iyileşmeler yaşansa da maternal ve perinatal mortalite ülkemiz için tüm toplumu ilgilendiren hâlâ önemli birer sağlık problemidir. Maternal ve perinatal ölümlerin önlenmesi öncelikle risk faktörlerinin önceden fark edilmesine bağlıdır. Yine önemli oranda maternal ve fetal hastalıkların erken tanı ve tedavisine bağlıdır. Antenatal bakımın daha iyi anlaşılması ve faydalarının bilinmesi bu ölümlerin azaltılmasında önemli rol üstlenecektir.

## 2.6 Aile Hekimliği ve Gebeliğe Bakış

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde aile hekimi “Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğu eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler” olarak tanımlanmıştır (54).

Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA)’nın tanımına göre ise Aile Hekimliği; bireyle ilk temas noktasını oluşturan, herhangi bir ayırım gözetmeksizin bütün sağlık problemleriyle yaşamın tüm evrelerinde süreklilik içinde ilgilenen, bu kapsamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli bir bakım sağlayarak özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştiren birinci basamak yönelimli akademik ve bilimsel bir uzmanlık dalıdır (55).

Aile hekimliği, kişiyi sağlıkta ve hastalıkta mevcut tüm durumları ile ele alarak biyopsikososyal yaklaşımı benimseyen, tedavi etmenin yanında sağlığı korumayı da amaçlayan bir disiplindir. WONCA 2002 yılında Avrupa’da yapılan toplantıda aile hekimliğinin temel özelliklerini ve aile hekiminin taşıması gereken çekirdek yeterlilikleri tanımlamıştır (56).



**Şekil 5.** Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri

Aile hekimliğinin ilk temas noktası olması, hasta merkezli bütüncül yaklaşımı benimsemesi ve kolay ulaşılabilir olması gebelik döneminde gebe bakımının nitelikli uygulamasının yaygınlaşmasını kolaylaştırıcı faktörlerdir. Dolayısıyla gebelikte verilecek sağlık hizmetlerinin gebeye sunulmasında aile hekimlerinin rolü önemlidir. Bilgi aktarımı gebe ile aile hekimi arasında daha iyi bir iletişim kurmaya yardım etmekte, oluşabilecek sorunları daha başarılı çözümlenmeye katkı sağlamaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında gebelerin izlemi, bakımı ve kontrolleri aile sağlığı elemanı ve bizzat hekim tarafından birlikte yürütülmekte, uzmanlık gerektirdiğinde ise ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevki gerçekleştirilmektedir. Aile hekimliği sisteminde, doğum öncesi izlem açısından aile hekimine yasa ile verilmiş yetki ve görevler şöyle sıralanmaktadır;

- Doğum öncesi izlem yapmak,
- Kişiye yönelik rehberlik,

- Sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile
- Ana-çocuk sağlığı hizmetlerini vermek,
- Sunduğu hizmetlere ilişkin sağlık kayıtlarını tutmak,
- Gerekli bildirimleri yapmak ve
- Kendisine kayıtlı kişilerin sağlık durumlarını ev ziyareti ile tespit etmektir.
- Aile sağlığı elemanı için ise doğum öncesi bakım başlığı altında değerlendirilebilecek yasal yükümlölükleri gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri olarak bildirilmektedir (57).

Kısaca gebelik döneminde birinci basamakta aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından verilen; riskli gebeliklerin tespit edilmesi ve ikinci basamak sağlık kurumlarına sevk edilmesi, gebelikte ortaya çıkabilecek problemlerin erken tanısı ve tedavisi gibi önemli sağlık hizmetleri sunulur (58,21). Anne ve bebek sağlığını koruma ve geliştirmeyi hedefleyen bu hizmetlerin en başında doğum öncesi bakım hizmetleri gelir. Aile hekimliği hizmetlerinde de bu uygulamalara büyük önem verilmelidir. Bu nedenle gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemlerinin düzenli aralıklarla ve kaliteli bir şekilde yapılmasında aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının büyük rol oynadığı bilinmektedir (59).

## 2.7 Beklenti

Beklenti herhangi bir şeyin olacağını düşünmek veya olacağına inanmaktır. Türk Dil Kurumu'na göre ise Beklenti, gerçekte beklenen şey anlamına gelmektedir (60). Kadının inançları, değerleri, sorumluluk anlayışı, geçmiş yaşam deneyimleri ve davranışları gibi pek çok etken gebelik sürecini etkilemektedir. Bu gebelik süreci ve doğum eyleminin sonucu kesin olarak tahmin edilemeyen, anne ve bebek için riskler taşıyan, sürprizlerle dolu bir yolculuktur. Sonucun tahmin edilememesi anne adaylarında korku ve endişelere neden olabilir (10). Kadında gebelik süreci boyunca annelik ve doğuma ilişkin yaşamsal, davranışsal, ruhsal, duygusal istek ve beklentiler ön plana çıkar (61). Gebelikte bakım ve doğum beklentisi, doğumla ilgili ulaşılması düşünölen seviye için geliştirilen istek, davranış ve düşöncelerden oluşmaktadır (62). Tüm kadınların hatta gebe olmayan kadınların bile gebelik süreci ve doğuma yönelik algı ve beklentileri bulunmaktadır. Bu

süreçlere yönelik kişisel beklentiler kadınlarda birbirinden farklı olabilmektedir (11, 63). Bu sebeple gebeler için beklenti kısaca ‘Gebelerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak da tanımlanabilir. Bu beklentiler, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel özellikler, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre değişiklik gösterebilmektedir’ şeklinde tanımlanmaktadır (12).

Kadınların gebelik ve doğum sürecini anlamlandırmaları ve tanımlamalarına göre bu sürece ilişkin duygu, düşünce ve beklentileri oluşmaktadır. Kadınların beklentileri ve algıları birbirlerinden çok farklı olabilmektedir (64). Gebenin önceki deneyimleri ve sosyal öğrenmeleri bu süreç ile ilgili beklentilerini etkilemektedir (65). Bu dönem ile ilgili beklentiler olumlu ve olumsuz olabilmektedir. Kadınların gebelik dönemi ve doğumunun rahat geçeceği, sağlıklı bir şekilde bebeğine kavuşacağı gibi düşünceler olumlu doğum beklentisi oluşturmakta, gebelik ve doğum sürecinin daha rahat ve keyifli geçmesine neden olmaktadır (66).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin hasta odaklı verilmesi kaçınılmaz hale gelmektedir. Hasta odaklı sağlık hizmeti, hizmetin etkinlik ve verimliliğinin artırılmasını sağlamaktadır. Hasta odaklı hizmet vermek için hasta tanımalı ve beklentileri bilinmelidir (67). Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan müşteri tatmini, genel olarak müşterilerin beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi olarak tanımlanabilir. Verilen tanımdan da anlaşılacağı gibi gebe tatminini iki faktör belirlemektedir. Gebe tatminini belirleyen birinci faktör, gebe beklentileridir. Gebelerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (12).

Gebe beklentilerini belirleyen faktörler kişinin sağlık kurumuna gelmeden önceki beklentileri, sağlık kurumundaki beklentileri, sağlık kurumundan ayrıldıktan sonraki beklentileri olmak üzere üç gruba ayrılır.

- Gebenin sağlık kurumuna gelmeden önceki beklentileri; hastalığın doğru bir şekilde teşhis edilmesi, gebeye hastalığın uygun bir şekilde anlatılması, sistemin

içinde var olan risklerin belirtilmesi, masrafların ne olduğu ve verilen bilgilerin eksiksiz ve güvenilir olmasıdır.

- Sağlık kurumundaki beklentileri ise işlemin uzman bir ekip tarafından yapılması, tedavi esnasında ya da muayene olurken çalışanların ilgili ve kibar olmaları, iyileşmenin devam etmesinin sağlanması ve bunun süresi konusunda gebeye bilgi verilmesidir. Bunun yanında sağlık kuruluşunun temizlik ve hijyen özelliği yönetim tarafından sürekli takip edilmesi, yemeklerin yeterli sıcaklıkta, yeterli miktarda, yeterli beslenme dengesi ile uygun zamanda verilmesi, şikayetlere derhal cevap bulunması da sağlık kuruluşundaki diğer beklentileri oluşturur.

- Gebeler sağlık kurumundan ayrıldıktan sonra da aynı problem için tekrar gelmemeyi, faturanın ayrıntılı şekilde açıklanmasını, iyileşmenin daha önceden belirtildiği şekilde gerçekleşmesini ve bir problemle karşılaşırlarsa sağlık personellerinin derhal yanıt vermesini, gerektiğinde tıbbi destek sağlamasını istemektedirler. (21, 68, 69).

Sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimliliği arttırmak için gebe odaklı hizmet vermek gerekmektedir. Her gebe farklıdır, gebelerin kişisel zevklerine göre bakım planında değişiklikler yapılabilirdir (70). Kişilerin ihtiyaçları ve beklentileri karşılandığı zaman memnun olur ve memnun olan kişi verilen sağlık hizmetin kalitesini ortaya koyar. Gebelerin beklentileri farklı olduğu için bütün gebeleri memnun etmek için aynı yöntem yeterli değildir, ancak belli başlı faktörler herkesin beklentilerini aynı ve eşit oranda karşılar ve memnun olmasını sağlar (71). “Sağlık hizmetinde kalite, müşterinin beklediği kalite düzeyi ile (beklenen kalite), algıladığı kalite (algılanan kalite) düzeyi arasındaki farktır” olarak tanımlanır. Bir başka deyişle sağlık hizmeti sunumu süresince kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı neticesinde varılan maksimum bir iyileşme beklentisi ve verilen sağlık hizmetinin kalitesidir (72). Gebenin kalite beklentisi; “hastanın arzuladığı kalite ve hastanın kabul edeceği kalite boyutu ile hastanın hizmeti almadan önceki beklentileri ve aldıktan sonraki algısı olarak” iki boyutta ifade edilmektedir. Detaylı olarak araştırıldığında ise hastaların yani aynı zamanda gebelerin kaliteli bakım beklentilerinin özellikleri 10 başlık altında toplanmıştır (73). Bunlar:

\*Fiziksel Özellikler; Sağlık hizmetinin sunulmasında kullanılan bina, araç, gereç, donanım personelin görünümü

\*Güvenilirlik; Hizmetin ilk seferde, tam ve zamanında sunulması, hastaların kayıtlarının doğru şekilde tutulması

\*İsteklilik; Sağlık çalışanlarının hastalara hızlı hizmet vermeleri, hastalara gönüllü olarak yardımcı olmaları, hastaların sorunlarına hızlı bir şekilde yanıt verebilme

\*Yeterlilik; Sağlık hizmetlerinin uygulanmasında gerekli bilginin ve deneyimin bulunması

\*Nezaket; Hastalarla özellikle doğrudan iletişimde bulunan sağlık çalışanlarının samimi ve saygılı davranış sergilemeleri

\*İnanılabilirlik; Hastaların başvuru yaptıkları zamandan taburcu olana kadar ki süreçte çıkarlarının korunduğunun hissettirilmesi ve güvenlerinin kazanılması

\*Güvenirlik; Sunulan sağlık hizmetlerinin tehlike ve riskleri ortadan kaldırması

\*Ulaşılabilirlik; Sağlık hizmetlerine ulaşılması için gerekli fiziki koşullara ulaşmak ve iletişim araçlarını kullanarak hizmete erişimini kolaylaştırmak

\*Anlayış; Hasta beklentilerinin anlaşılması için çaba göstermek, düzenli hizmet alan hastaları tanımak ve özel istekleri yerine getirmek

\*İletişim; Hastalar arasında eğitim ve kültür farkı gözetilerek hastaların bilgilendirilmesi ve sorunların dinlenip çözüme kavuşturulması

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi “Bir sağlık kurumundaki tüm faaliyetlerin, sürekli olarak gözden geçirilerek iyileştirilmesi ve tüm çalışanların takım çalışması yaparak kendi ve hastaların beklentilerinin karşılanmasını/ aşılmasını sağlayan katılımcı bir yönetim anlayışıdır.” şeklinde tanımlanmaktadır (74). Toplum kalite yönetimini yaşam biçimi olarak algılayan sağlık hizmetleri sunan kurumlarında; kaynakların etkin kullanıldığı, tıbbi tedavi ve bakım sürecinde hatalı uygulamaların azaldığı, çalışanların kalite anlayışını bir yaşam felsefesi olarak algıladığı ve sağlık çalışanlarının bu süreçteki tutum ve davranışları, hastaları bilgilendirmesi ve iyileşme sürecini kısalarak gebe tatmini sağlandığı ve tüm bunların kurumun genel performansını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (75).

Hasta beklentilerinin karşılanması hasta memnuniyetinin sağlanmasında çok hassas bir belirleyicidir. Memnuniyet, “Herhangi bir olaydan veya durumdan ötürü sevinç duyma, kıvanç duyma, sevinme kıvanma anlamına gelir. Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlar.

Hasta memnuniyeti birçok değişkenin sonucunda ortaya çıkan bir durumdur. Ancak kavramı tanımlarken en çok dikkat çekilen nokta, hastanın hizmeti almadan önceki beklentileri ile aldıktan sonraki algılamaları arasındaki farktır (76,68). Yani, hasta memnuniyeti hastanın sağlık kuruluşundan ne beklediği ve ne bulduğu ile ilgili psikolojik bir tatmin düzeyi olarak görülebilir. Sağlık hizmetlerinin üretildiği anda tüketilen ve depolanamayan bir özellik göstermesi, bu hizmetin kalitesinin ölçülmesini zorlaştırmaktadır. Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, hizmet kalitesini arttırmak ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunabilmek için gereklidir (77,78).

Gebe ve hizmet sunucusu arasındaki ilişkinin iyiliğini temsil eden bütün özellikleri listelemek kolay değildir. Ancak, kişisel ilgi, empati, saygılı olma, zaman ayırmaya isteklilik, açıklamaya çaba sarf etmek, hastanın tercihlerine dikkat etmek, dürüstlük, doğru sözlülük ve iyi davranışlar, iyi hizmette gerekli öğelerdir (79). Gebenin beklenti ve memnuniyetini gebeye ait olarak geçmiş deneyimleri, çevrelerinden edindikleri bilgiler, medya aracılığı ile öğrendiği bilgilere yönelik edindiği bilgiler doğrultusunda oluşan beklentileri, cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, sağlık durumu, sosyal statüsü, hastanın içinde bulunduğu durumu algılayışı gibi faktörler etkilemektedir. Gebenin başvurduğu kuruma yönelik beklenti ve memnuniyetini etkileyen faktörler ise sağlık çalışanından aldığı etkin bakım, en iyi teknolojilerin bulunması, hizmeti alım hızı ve süreci, istenilen hizmete uygun yollarla uygun ücret ve iyi kaliteyle alması ve başvuru kurumla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (68, 80). Gebeler ve yakınları sağlık durumlarının bozuk olduğu ya da gebelik dönemlerinde daha çok ilgi beklerler ve bu anlamda başvurdukları kurum ve kişilerden de beklentileri yüksektir.

Bu genel çerçevede, doğum öncesi bakım hizmetinden memnuniyetin, aldığı hizmetin özellikleri ve doğum öncesi bakım hizmetinden hamile kadının beklentileri arasındaki benzerlik ve farklılıklara dönüştüğünü gösterir. Bu özellikler verilen bilginin kabul edilebilirliği, sağlık hizmetinin sağlık personeli ile etkileşiminin yapısı, sağlık hizmeti sağlık uzmanının verdiği hizmetin niteliği ve doğum öncesi bakım sağlık hizmet sistemi içinde ona verilebilecek hizmetlerin genişliğini kapsamaktadır. Doğum öncesi bakım hizmeti ile ilgili yanlış beklentiler memnuniyet seviyesini muhtemelen etkileyecektir.

Araştırmalara göre hasta beklentileri ile tatmin düzeyleri arasında her zaman doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır. Aşırı derecede yüksek antenatal hizmet beklentisi olan hastalar beklentileri karşılanmadığında memnun olmazken, düşük beklentili hastalar orta kalitede olan bir hizmetten oldukça memnun kalabilirler (81). Yine başka bir çalışmada aynı şekilde fazla beklentisi olmayan ve bilgisi az olan hastaların daha fazla memnun oldukları, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri yüksek olan hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir (68, 82). Bazı çalışmalarda da beklentilerin memnuniyeti etkilediği gösterilmiştir ancak aradaki ilişki zayıf ve karmaşık bulunmuştur (83).

Yılmaz'ın 2000 yılında yaptığı çalışmada hastanın beklentilerinin daha çok sağlık bakımı ile ilgili deneyimlerine bağlı olarak değişebildiği belirtilmiştir. Çünkü daha önce hastaneye yatan bireyler bu sırada sağlık bakım hizmeti verenlerle etkileşmektedir. Bu etkileşimin sonucunda edindikleri bilgiler beklentilerini belirlemektedir. Bu beklentiler daha sonraki hastaneye yatışlarında aldıkları bakımdan memnun olup olmama durumlarını etkilemektedir. Daha önce hastaneye yatmamış bireyler ise, böyle bir etkileşimde bulunmadıklarından beklentileri sınırlı kalabilmektedir (68).

Birçok araştırmada kadınların sıklıkla belirttiği beklenti sağlık personeli ile olumlu iletişimidir. Dahlen, Barclay ve Homer'ın 2008 yılı çalışmasında multipar kadınlarda önceki doğum deneyimlerinin etkisi ile beklenti oluşurken; daha önce doğum yapmamış kadınların sosyal öğrenme, doğumla ilgili edindikleri bilgiler hayali gebelik beklentisini oluşturduğu belirtilmiştir. Doğum yapmış kadınlar deneyimlerinin etkisi ile beklenti yaşarken; önceden doğum deneyimleri olmayan kadınların kendi bilgi ve eğitimleri doğrultusunda, doğumlarını hayal ederek belirledikleri beklentileri daha fazla yaşamakta olduğu belirtilmiştir. Gebeliği ilk defa deneyimleyen kadınlar özellikle annelerinden, kız kardeşlerinden, yakın akrabalarından ve arkadaşlarından bu süreçle ilgili bilgi alarak beklentilerinin oluşmasını etkilediğinden bahsedilmiştir (84).

Yine literatür incelendiğinde gebe bakımının değerlendirilmesi ve beklentilerinin belirlenmesi ile ilgili birçok çalışma bulunmuştur. Jewell ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları çalışmada gebelere, bakımı değerlendirmeleri için dört konunun önemine 1 ile 5 arasında puan vermeleri istenmiştir. Bu konular

güven verilme /rahatlatılma ihtiyacı, endişeler hakkında konuşma fırsatı, soru sorma fırsatı, gebelik ve doğum hakkında konuşmaya zaman ayrılması olarak gruplanmıştır. Gebelerin verdikleri puanlar üzerinden bakımın değerlendirilmesi ve beklentilerinin belirlenmesi sağlanmaya çalışılmıştır (85).

Hildingsson ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmada yine benzer biçimde 361 kadına gebelik dönemindeki bakımı ve beklentilerini değerlendirmeleri için, bazı konuların önemine 1 ile 5 arasında puan vermeleri istenmiştir. Bu konuların bazıları bebeğin sağlığının kontrol edilmesi, gebenin kendi sağlığının kontrol edilmesi, gebenin partnerinin duruma dahil edilmesi, gebeye saygılı davranılması, endişelerin ve düşüncelerin konuşulması için zaman ayrılması, gebelik ve doğum hakkında bilgilendirme, gebenin ruhsal durumuna önem verilmesi gibi başlıklar altında toplanmıştır. Gebelerin bakım ve beklentilerine önem açısından verdikleri puanlar değerlendirilmiştir (86).

Douglas ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada gebelerle yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak görüşülmüş ve onlara açık uçlu sorular ile beklentileri sorulmuştur. Görüşmeler sonucunda beklentiler konusunda verilen cevaplar değerlendirilmiş ve temalar; bilgi desteği, duygusal destek, düşüncelerine önem verme ve yetkin profesyonel bakım olmak üzere 4 ana başlıkta toplanmıştır (87).

Heaman ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada 40 gebe ve 40 gebe bakım sunucusu ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılmış ve gebelik bakımı ile ilgili beklentileri açık uçlu sorularla sorulmuştur. Bu görüşmelerden çıkan sonuçlar maddeler haline getirerek ve konu ile ilgili literatür çalışmaları da incelenerek bir ölçek oluşturulmuştur. Ölçek cevapları 1 ile 5 arasında yapılandırılmıştır (1: kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum). Yapılan faktör analizinde ölçek soruları ölçtükleri özellikler bakımından; bilgi paylaşımı, geleceğe yönelik rehberlik, yeterli zaman, ulaşılabilirlik, uygunluk ve destek ve saygı olmak üzere altı alt başlığa ayrılmıştır (88).

Turan ve arkadaşlarının 2003 yılında yayınladıkları, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerini geliştirmeyi hedefleyen çalışma bu konulara benzer bir çalışma olarak değerlendirilebilir (89). Ancak bu çalışma incelendiğinde kişi merkezli

yaklaşımına sahip değildir, gebelerin beklentilerinden çok, kurumların kaygılarını dikkate alan, hizmet kalitesini yükseltmeyi amaçlayan bir çalışmadır.

Türkiye’de en güncel olarak 2016 yılında Burçin ve arkadaşlarının gebelerin bakış açısından kişi merkezli bir bakım beklentisi ölçeği oluşturmak amacıyla yaptıkları bir çalışma mevcuttur. İki aşamadan oluşmuş metodolojik bir çalışma sonucu Antenatal Bakım Beklentileri Ölçeği geliştirilmiştir. İlk aşamada farklı sağlık kuruluşlarına başvuran gönüllü gebeler ile bakım beklentilerinin araştırıldığı odak grup görüşmeleri yapılmış. Görüşmelerin analizleri sonucu gebe ve uzman görüşleri de alınarak 30 maddelik “hiç önemli değil” ve “çok önemli” arasında değişen 5’li Likert skaladan oluşan ölçek oluşturulmuş. İkinci aşamada oluşturulan bu ölçek hem birinci basamağa hem de daha üst basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gönüllü gebelere uygulanmıştır. Daha sonra yapılan analizler ile ölçek son halini almıştır. Çalışmada gebelerin beklentileri genel olarak yüksektir bulunduğu, çok az değişkene bağlı olarak farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Her gebeye Aile Hekimliği ilkelerine uygun bakım verilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Antenatal Bakım Beklentileri Ölçeğinin gebelerin bakım beklentilerinin anlaşılmasına, onlara daha iyi bir gebe bakımı verilmesine olanak sağlayabilecek ve pratik bir şekilde tüm sağlık merkezlerindeki gebelere uygulanabilecek bir ölçek olduğu söylenmiştir (90).

Sonuç olarak sağlık kurumları ve çalışanlarının, gebe memnuniyeti karşılayacak şekilde hizmet sunmaları ve bunun içinde gebelerin beklentilerini bilmeleri gerekmektedir. Gebe beklentileri ve gebelerin aldıkları hizmetlerden memnun olma durumlarının belirlenmesi sağlık hizmeti uygulamalarının planlanması ve değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptir (91). Tüm sağlık profesyonellerinin gebelerde bakım planlarken bütüncül yaklaşım sergilemesi beklenir. Gebelerde bütüncül yaklaşım diğer uygulamaların yanında kadınların inançları, duyguları ve baş etme stratejileri gibi bazı psikolojik değişkenlerin de göz önüne alınmasını gerektirir. Sağlık personellerinin kadınların değerlerini desteklediğinde, karar vermede katılımlarını kolaylaştırdığında, onları bütüncül olarak tanımaya çalıştığında obstetrik sonuçların olumlu etkileneceği düşünülmektedir.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırma Modeli**

Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma verileri 01-13 Mart 2020 ve 01-15 Temmuz 2020 tarihleri arasında aşağıda listelenen aile sağlığı merkezlerinde kayıtlı 196 gebe ile tamamlandı.

Çalışmanın yapılabilmesi için, araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yürütüleceği kurumlardan gerekli resmi izinler alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırma Etik Kurulundan tez konusu onayı 2020/02-25 karar no ile 20.01.2020 tarihinde alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonundan 36026262-702.99 sayı no ile 03.03.2020 tarihinde onay alınmıştır.

İzmir Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından resmi olarak izin alınmış merkez ilçe aile sağlığı merkezleri aşağıda listelenmiştir:

- Balçova 2 Nolu Merkez Aile Sağlığı Merkezi
- Balçova 3 Nolu Korutürk Aile Sağlığı Merkezi
- Balçova 4 Nolu Nusret Fişek Aile Sağlığı Merkezi
- Balçova 6 Nolu Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
- Buca 7 Nolu Aile Sağlığı Merkezi
- Buca 11 Nolu Gediz Aile Sağlığı Merkezi
- Buca 13 Nolu Göksu Aile Sağlığı Merkezi
- Buca 36 Nolu Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
- Gaziemir 10 Nolu Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
- Gaziemir 11 Nolu Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
- Karabağlar 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi
- Karabağlar 10 Nolu Şehit Başkomiser Adil Temizer Aile Sağlığı Merkezi
- Karabağlar 29 Nolu Aydın Aile Sağlık Merkezi
- Konak 18 Nolu Emine Bağcıer Aile Sağlığı Merkezi
- Konak 20 Nolu İkiçeşmelik Aile Sağlığı Merkezi

Konak 24 Nolu Mehmet Fevzi Özsaruhan Aile Sağlığı Merkezi

### 3.2 Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni: İzmir İli Merkez İlçelerinde yaşayan 18 yaş üstü gebelerdir. Örneklem İzmir İl Merkez ilçelerindeki 18 yaş üstü gebelerin sayısı bilinmediğinden evreni bilinmeyen örneklem formülüne göre hesaplanmıştır.

$$n = t^2 pq/d^2$$

**n:** Örneklem alınacak birey sayısı

**p:** İncelenen olayın görüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

**q:** İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

**t:** Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

**d:** Olayın görüş sıklığına göre kabul edilen hata payıdır.

Çalışmada p değeri 0,50; q değeri 0,50; d değeri 0,05 olarak alınmıştır. Hedeflenen örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplandı.

Çalışmamız planlandığı gibi 2020 yılı Mart ayında veri toplanmaya başlanmıştır. Ancak o sırada COVID-19 pandemisi sebebiyle 10 Mart 2020 tarihinde veri toplamaya ara verilmiştir. Tekrardan 1-15 Temmuz 2020 tarihleri arasında devam edilmiştir.

Covid-19 salgını nedeniyle pandemi kliniklerinde yapılan görevlendirmeler, gebelerin hastalık endişesi ile sağlık kuruluşlarına başvurularında azalma, yüz yüze görüşme yaparak çalışmaya katılmayı reddetmeleri ve uzun süre aynı ortamda kalmamak için anketi yarıda bırakmaları gibi sebeplerden dolayı çalışma 196 gebe ile tamamlanmıştır.

### 3.3 Araştırmanın Uygulanması

Bu araştırmada gebelerin doğum öncesi dönemde aile hekimlerinden bakım beklentilerini ve beklenti düzeylerini etkileyen faktörlerin olup olmadığı hedeflenmiştir. Bundan dolayı verilerin toplanmasında sosyodemografik özellikler, gebelik öncesi obstetrik özellikleri ve şimdiki gebeliği ile ilgili özellikleri içeren gebeler için tanıtıcı bilgi anketi, Antenatal Bakım Beklentileri Ölçeği ve Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeğinin beklenti bölümü kullanılmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri: Çalışmaya katılmaya gönüllü olma ve İzmir il merkezindeki izin alınmış Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 18 yaş üstü gebe kadınlar.

Dışlama kriterleri: Doktoru tarafından yatak istirahati önerilen gebeler ve iletişim problemi olan gebeler.

Araştırmaya katılan gebelere veri toplamadan önce araştırma hakkında bilgi verilip araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesi, elde edilen verilerin gizli tutulacağı ve hiç kimse ile paylaşılmayacağı açıklanıp “Gizlilik ve Gizliliğe Saygı” ilkesi doğrultusunda “Bilgilendirmiş Gönüllü Olur Formu” ile onam alınmıştır ve veri toplama araçlarının doldurulması sağlanmıştır.

Çalışma örnekleminde anket tekniği kullanılarak, çalışmaya katılan gebelerin bilgileri saklı tutularak veri toplama araçları yaklaşık 15 dakikalık bir süre içinde uygulanmıştır.

### **3.4 Veri Toplama Araçları**

#### **3.4.1 Gebeler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu kadınların gebelik haftası, gebelerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu ve mesleği, aylık gelir durumu, aktif olarak çalışma durumu, gebelik sayısı, planlanan gebelik olma durumu, gebe kalma şekli, gebelikten önce ve gebelik süresince var olan hastalıkları, daha önce düşük ve kürtaj durumu gibi obstetrik özellikleri, gebelik takibi ve kontrollerini nerede yaptırdığı, gebelik ve doğuma ilişkin bilgi aldığı kaynakları, gebelik dönemine ilişkin özel eğitim/gebe okulu/gebe eğitim kursu hizmeti alma durumlarına yönelik sorulardan oluşmaktadır. Bu bölüm toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.4.2 Antenatal Bakım Beklentileri Ölçeği**

Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği AD öğretim üyesi Doç. Dr. Çiğdem Apaydın ve Dr. Burçin Kavaklı tarafından 2015 yılında geliştirilmiştir. 5’li likert tipinde 20 soru ve 4 alt boyuttan oluşur (90).

- Eğitim, bilgilendirme →7 soru
- İlgı, iletışim →6 soru
- Gizlilik →3 soru
- Karara katılım, güven → 4 soru

Eğitim, bilgilendirme alt boyutunda gebelerin gebelik ve doğum konusunda karşılaşılabilecek sorunlar, doğum sonrası bebeğin sağlık takibinin nasıl yapılacağı, gebelikte yapılması ve sakınılması gerekenler, gebelerin sorularına yanıt alabilmesi ve her görüşmede kendisi ile anlayacağı bir dil ile konuşulması ile ilgili beklenti düzeyleri sorgulanmaktadır.

İlgı, iletışim alt boyutunda gebelerin sıcak karşılanma, anlayış, doktoru ile endişelerini rahat paylaşabilme, ruhsal durumunun dikkate alınması ve problem olduğunda sağlık personeline kolay ulaşma ile ilgili beklenti düzeyleri sorgulanmaktadır.

Gizlilik alt boyutunda gebelerin bilgilerinin paylaşılmaması, muayene ve doğum sırasında mahremiyetine dikkat edilmesi ile ilgili beklenti düzeyleri sorgulanmaktadır.

Karara katılım, güven alt boyutunda gebelerin istenilen tetkikle konusunda aydınlatılma, takiplerinin aynı doktor tarafından yapılması, kişinin taşıdığı riskler ve olası doğum Şekilleri hakkında birlikte karar verme ile ilgili beklenti düzeyleri sorgulanmaktadır.

20 soruluk ölçeğin 321 kişiye uygulanması sonrası iĉ tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı 0,924 bulunmuştur. lĉekten alınabilecek maksimum puan 100'dr, minimum puan 20'dir. lĉek puanının fazla olması beklentinin de fazla olduğuna işaret etmektedir.

"Antenatal Bakım Beklenti lĉeđi"nin araştırmada kullanılabilmesi iĉin lĉeđi geliştiren Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ğretim yesi Doĉ. Dr. ĉiđdem Apaydın Kaya'dan elektronik posta yoluyla izin alınmıştır.

### **3.4.3 Doğum ncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri lĉeđi**

Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care Instrument (PESPC) 2001 yılında, Doĉ. Dr. Mildred Omar ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş gebe

kadınların doğum öncesi bakıma ilişkin beklenti durumu ve memnuniyetlerini ölçen iki faktörden oluşan bir ölçektir (81). Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği 2014 yılında Prof. Dr. Emel Taşçıduran ve Dr. Ayşe Aydın tarafından Erciyes ve Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültelerinin ortak çalışması ile alınmıştır (92).

5'li likert tipinde 41 soru yer almaktadır. Ölçekte yer alan her bir madde likert tipi küçük ölçeklerle 1 ve 5 arasında (1 Kesinlikle katılmıyorum ile 5 Kesinlikle katılıyorum) şeklinde değerlendirilmiştir.

İki bölümden oluşan bir ölçektir.

- 12 madde beklenti durumu
- 29 madde memnuniyet durumu

Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeğinin beklenti bölümünden minimum 12 puan, maksimum 60 puan alınabilir. Memnuniyet bölümünden minimum 29 puan, maksimum 145 puan alınabilir. Ölçekte ters kodlanan soru bulunmamaktadır. Cronbach alfa değeri beklenti maddeleri için 0,85; memnuniyet maddeleri için 0,95'tir.

Çalışmamızda amacımız gebelerin antenatal bakım beklenti ve düzeylerini belirlemek olduğu için Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeğinin sadece beklenti bölümü uygulanmıştır.

Ölçeğin beklenti bölümü 4 alt boyuttan oluşmuştur. Bunlar tam bakım, bakım verenin sürekliliği, kişiselleştirilmiş bakım ve diğer hizmetler alt boyutlarıdır.

Tam bakım alt boyutunda gebelerin izlem zamanlarının başlama zamanı, izlemlerin süresi ve izlemlerde yapılanların içeriğinin daha fazla olması ile ilgili beklenti düzeyleri sorgulanmaktadır.

Bakım verenin sürekliliği alt boyutunda gebelerin doğum öncesi izlemlerde gördüğü sağlık personelinin doğumda da olması bekleme ile ilgili beklenti düzeyi sorgulanmaktadır.

Kişiselleştirilmiş bakım alt boyutunda gebelerin ruhsal olarak nasıl hissettiği, fiziksel muayene esnasında kibar olunması ve sorunlarla ilgili doğru yerlere yönlendirilme ile ilgili beklenti düzeyleri sorgulanmaktadır.

Diğer hizmetler alt boyutunda gebelerin sosyal hizmet uzmanının ve diyetisyenin doğum öncesi bakımın bir parçası olmasını isteme ile ilgili beklenti düzeyleri sorgulanmaktadır.

#### 3.4.4 Ölçeklerin cronbach alfa güvenirlik katsayıları

Çalışmamızda Antenatal bakım beklenti ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.827, Doğum öncesi hasta beklentileri ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,758 olarak elde edilmiştir, Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3. Ölçeklerin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları**

Ölçek	Cronbach's Alfa	Madde Sayısı
ABBÖ	0,827	20
DÖHBÖ	0,758	12

#### 3.5 Verilerin değerlendirilmesi ve analizi

Verilerin Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24 programı ile analiz edildiği araştırmada, örneklem grubunda yer alan katılımcıların demografik özellikleri frekans ve yüzde değerleri ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları verildi. Ortalamaların karşılaştırılmasında ise t-testi ve ANOVA kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlı p değeri <0,05 kabul edildi.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği toplam puanı ve Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği toplam puanı bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Kadınların gebelik haftası, gebelerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu ve mesleği, aylık gelir durumu, aktif olarak çalışma durumu, gebelik sayısı, planlanan gebelik olma durumu, gebe kalma şekli, gebelikten önce ve gebelik süresince var olan hastalıkları, daha önce düşük ve kürtaj durumu gibi obstetrik özellikleri, gebelik takibi ve kontrollerini nerede yaptırdığı, gebelik ve doğuma ilişkin bilgi aldığı kaynakları, gebelik dönemine ilişkin özel eğitim/gebe okulu/gebe eğitim kursu hizmeti alma durumu bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

**Tablo 4. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler**

	<b>Normal dağılan ölçümler</b>	<b>Normal dağılmayan ölçümler</b>
<b>İkili grupların karşılaştırılması</b>	T testi	Mann Whitney U analizi
<b>Çoklu grupların karşılaştırılması</b>	Varyans analizi (ileri analizlerde Tukey) ANOVA	Kruskall Wallis analizi
<b>Ölçekler ve alt boyutları ile yaş arasındaki ilişki</b>		Spearman korelasyon
<b>Her iki ölçeğin birbiri ile karşılaştırılması</b>	Spearman korelasyon	
<b>İç geçerlilik</b>	Cronbach alfa kat sayısı	
<b>Verilerin normallik dağılımı</b>	Kurtosis ve skewness kat sayıları	

### **3.6 Araştırmanın kısıtlılıkları ve güçlü yanları**

İzmir Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonun tarafından sahaya çıkmadan önce veri toplanması için belirlenen her bir aile sağlığı merkezi için, aile sağlığı merkezinde çalışan tüm sorumlu doktorların yazılı ve imzalı izin belgesi olması şartı koyulmuştur, onay alma süreci hem uzun sürmüş ve araştırmaya planlanan zamanda başlanamamış hem de onay alınamayan ASM'ler olmuştur.

Araştırmanın başlangıcında ölçüm araçları, katılımcılara Aile Sağlığı Merkezleri'nde gebe izlemleri sırasında veya herhangi bir nedenle tedavi ve kontrollerini yaptırmaya geldiklerinde elden ulaştırılmaya çalışılmıştır. Fakat gebelerin hem ölçekleri ve tanıtıcı bilgi formunun doldurulması için Aile Sağlığı Merkezi'nde harcanacak sürenin hem de Covid-19 pandemisi nedeniyle hastalık endişeleri gebelerin araştırmaya katılmaları noktasında caydırıcı olmuştur.

Bu nedenle random olarak belirlenen tüm aile sağlığı merkezlerinin bir kısmında çalışma için gebe görüşmeleri yapılamamıştır ve hesaplanılan 384 gebe katılımcının olduğu örneklem sayısının ancak 196'sına ulaşılmıştır.

2020 Mart ayında öngörülemez bir neden olan Covid-19 salgını nedeniyle resmi olarak pandemi kliniğinde görevlendirme sonucu veri ayının büyük bir bölümü değerlendirilememiş ve veri için sahaya çıkılamamıştır.

Veriler kadınların beyanları doğrultusunda elde edilmiştir ve İzmir ili merkez ilçelerinde belirlenen sınırlı sayıdaki aile sağlığı merkezlerine gelen ve araştırma kriterlerine uyan gebelerden elde edildiği için araştırma bulguları sadece araştırma kapsamındaki gebelere genellenebilir. Bu araştırma; Gebeler İçin Tanıtıcı Bilgi formu, Antenatal Bakım Beklentileri Ölçeği ve Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeğinin beklenti bölümünün ölçtüğü nitelik ve ölçümlerle sınırlandırılmıştır.

Araştırmamızın güçlü yanı gebeler için geliştirilmiş farklı noktaları ölçen iki farklı beklenti ölçeği kullanılarak gebelerin beklentileri en geniş yelpazede değerlendirilmiştir.

## 4 BULGULAR

Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı gebelerin doğum öncesi dönemde aile hekimlerinden bakım beklenti düzeylerini ve beklenti düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulguları beş başlık halinde verilmiştir.

1. Çalışmaya katılan gebelerin tanımlayıcı özellikleri,
2. Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ile alt boyutlarının değerlendirilmesi,
3. Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve alt boyutlarının gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması,
4. Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ve alt boyutlarının gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması,
5. Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve alt boyutlarının Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ve alt boyutlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

### 4.1. Çalışmaya katılan gebelerin tanımlayıcı özellikleri

Çalışmaya, İzmir il merkezinde rastgele seçilen ASM'lerde herhangi bir nedenle bulunan 196 gebe dahil edildi. Gebelerin ortalama yaşı 27,6 ±4,8 olup yaş aralığı 18-41 arasında değişmektedir. Gebelerin yaş dağılımlarına göre özellikleri Tablo 5' te gösterilmiştir.

Gebelerin tanıtıcı bilgilerine ilişkin demografik özellikleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Gebelerin %23,5'ü ilkokul ve altı eğitim durumuna sahip iken, %23,5'i ortaokul mezunu idi. Buna karşılık lise ve üstü eğitim gören gebe yüzdesi %53,1 idi.

Katılımcıların %40,8'i bir meslek sahibi iken, %59,2'si meslek sahibi değildi. Katılımcıların %77,6'sı gebelikleri esnasında aktif olarak çalışmıyordu.

Gebelerin ifadelerine göre %56,1'i gelirin giderine eşit olduğu durumlarının orta olduğunu dile getirmişlerdir.

**Tablo 5. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	25 yaş ve altı	64	32,7
	26-34 yaş arası	110	56,1
	35 yaş ve üstü	22	11,2
<b>Eğitim</b>	İlkokul ve altı	46	23,5
	Ortaokul mezunu	46	23,5
	Lise mezunu	57	29,1
	Üniversite mezunu	47	24
<b>Meslek</b>	Mesleği olmayanlar	116	59,2
	Mesleği olanlar	80	40,8
<b>Gebeliği Döneminde Çalışma Durumu</b>	Aktif çalışıyor	44	22,4
	Çalışmıyor	152	77,6
<b>Gelir Durumu</b>	Gelirim giderimden az	56	28,6
	Gelirim giderime eşit	110	56,1
	Gelirim giderimden fazla	30	15,3

Gebelerin şimdiki sağlık durumları değerlendirildiğinde 51'inin gebelikten önce tanı aldığı en az bir hastalığı olduğu görüldü. Gebelerde görülen sağlık sorunlarının %10,7'si hipertansiyon, diyabet, tiroid hastalığı idi.

Katılımcıların 34'ü, gebelikte ortaya çıkıp tanı aldığı hipertansiyon, diyabet, tirod hastalığı gibi en az bir hastalığı olduğunu belirtti. Gebelerin %17,3'üne denk gelmektedir. Gebelik döneminde en sık görülen hastalıklar olan hipertansiyon, diabetes mellitus, tiroid hastalıkları ayrıca sorulmuştur. Cevaplarda bulunan trombofili, hepatit B taşıyıcılığı, Behçet hastalığı, migren, astım, miyom, böbrek taşı gibi birçok hastalıklar da 'başka kronik hastalığınız var mı' şeklinde sorulmuş ve analizlerde kronik hastalıklar içine dahil edilmiştir.

Gebelerin %73'ü gebeliği planladıklarını dile getirmişlerdir ve araştırmaya katılan gebelerin %15,8'ü I. trimester, %48,5'i II. trimester, %35,7'si III. trimester gebeler tarafından oluşmaktadır.

Katılımcıların %95,9 'unun gebeliği doğal yollar ile oluşmuş iken, %4,1' inin yardımcı üreme tedavileri ile oluşmuştur.

Gebelerin ifadelerine göre %15,3'ü daha önce düşük yaptıklarını dile getirmiştir. Gebelerin 'daha önce kürtaj oldunuz mu' şeklinde sorulan soruya da aynı oranda cevap verdiği görülmüş.

**Tablo 6. Gebelerin sağlık, gebelik ve doğurganlık özelliklerine göre dağılımı**

		N	%
<b>Gebelik Öncesi Hastalık</b>	Var (Hipertansiyon, diyabet, tiroid hastalığı)	21	10,7
	Yok	145	74,0
	Diğer	30	15,3
<b>Gebelik Sonrası Hastalık</b>	Var (Hipertansiyon, diyabet, tiroid hastalığı)	34	17,3
	Yok	152	77,6
	Diğer	10	5,1
<b>Planlı Gebelik Olması</b>	Evet	143	73,0
	Hayır	53	27,0
<b>Oluş Şekli</b>	Doğal	188	95,9
	Yardımcı tedavi	8	4,1
<b>Gebelik Dönemi</b>	I.trimester	31	15,8
	II.trimester	95	48,5
	III.trimester	70	35,7
<b>Gebelik Sayısı</b>	Primigravida	88	44,9
	Multigravida	108	55,1
<b>Düşük</b>	Evet	30	15,3
	Hayır	166	84,7
<b>Kürtaj</b>	Evet	30	15,3
	Hayır	166	84,7

Gebelerin %88,3'ü kendilerini anneliğe hazır hissettiklerini ifade ederken gebelik takibi ve kontrollerini %43,9'u ASM ve devlet/ üniversite hastanesinde, %35,2'si ASM ve özel hastane/özel muayenehanede, %20,9'u ise bahsi geçen tüm sağlık hizmeti veren yerlerde yaptırdığını belirtmiştir.

Gebeler gebelik ve doğuma ilişkin bilgi aldığı kaynakları %34,2'si sağlık personelleri ve internet, TV, kitap, dergi gibi en az iki farklı kaynaktan bilgi edindiğini belirtmiş iken, %17,9'u en az üç veya daha fazla kaynaktan bilgi edindiğini belirtmiştir.

Katılımcılara 'şimdiki gebelik döneminde veya daha önce gebelik dönemine ilişkin özel eğitim/ gebe okulu/ gebe eğitim kursu hizmeti aldınız mı' şeklinde sorulan soruya %12,2'si evet yanıtı, %87,8'i hayır yanıtını vermiştir.

**Tablo 7. Gebelerin gebeliğe ilişkin hazırlık, izlem durumu ve bilgi kaynaklarına göre dağılımı**

		N	%
<b>Anneliğe Hazır Hissetme</b>	Evet	173	88,3
	Hayır	23	11,7
<b>Takip ve Kontrol</b>	ASM ve devlet/ üniversite hastanesi	86	43,9
	ASM ve özel kurum	69	35,2
	Hepsi	41	20,9
<b>Bilgi Alınan Kaynaklar</b>	Aile bireyi-komşu	6	3,1
	Sağlık personeli (doktor, hemşire, ebe)	47	24
	İnternet, TV, kitap, dergi	10	5,1
	Yok	4	2,0
	Sağlık per.+ İnt., tv vs	67	34,2
	Sağlık per.+ Aile-komşu	27	13,8
	Hepsi	35	17,9
<b>Gebe Okulu Hizmeti Alma Durumu</b>	Evet	24	12,2
	Hayır	172	87,8

#### **4.2. Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ile alt boyutlarının değerlendirilmesi**

Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ile alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 8’de sunulmuştur.

Katılımcılar antenatal bakım beklenti ölçeğinden ortalama  $92,86 \pm 6,00$  puan almışlardır, ölçeğin alt boyutları olan ilgi-iletişim bölümünden  $28,09 \pm 2,08$ , eğitim-bilgilendirme bölümünden  $32,54 \pm 2,19$ , gizlilik bölümünden  $13,91 \pm 1,34$  ve karara katılım-güven bölümünden  $18,30 \pm 1,80$  puan almışlardır.

Tablo 8’de görüldüğü gibi katılımcılar doğum öncesi hasta beklentileri ölçeğinden ortalama  $50,03 \pm 5,51$  puan almışlardır, ölçeğin alt boyutları olan tam bakımdan  $15,96 \pm 2,24$ , bakım verenin sürekliliğinden  $8,34 \pm 1,39$ , kişiselleştirilmiş bakımdan  $18,37 \pm 2,19$  ve diğer hizmetlerden  $7,34 \pm 2,00$  puan almışlardır.

**Tablo 8. Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ile alt boyutlarının değerlendirilmesi (n=196)**

	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
<b>Antenatal Bakım Beklenti</b>	71,00	100,00	92,86	6,00
İlgi-İletişim	23,00	30,00	28,09	2,08
Eğitim-Bilgilendirme	23,00	35,00	32,54	2,19
Gizlilik	9,00	15,00	13,91	1,34
Karara Katılım-Güven	12,00	20,00	18,30	1,80
<b>Doğum Öncesi Hasta Beklentileri</b>	30,00	60,00	50,03	5,51
Tam Bakım	8,00	20,00	15,96	2,24
Bakım Veren Sürekliliği	5,00	10,00	8,34	1,39
Kişiselleştirilmiş Bakım	8,00	20,00	18,37	2,19
Diğer Hizmetler	2,00	10,00	7,34	2,00

#### **4.3. Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve alt boyutlarının gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması**

Tablo 9’da görüldüğü gibi yaş ile antenatal bakım beklenti ölçeğinin toplam puanı ve karar katılım-güven alt boyutu hariç diğer alt boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız ( $p=0,429$ ;  $p=0,122$ ;  $p=0,653$ ) olarak saptanmıştır. Yaş ile toplam ve karara katılım-güven puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,046$ ;  $p=0,001$ ), düşük düzeyli ve negatif yönlü ilişki vardır. Yaş arttıkça toplam beklenti puanı ve karara katılım-güven puanı azalmaktadır.

Tablo 10’da görüldüğü gibi 25 yaş ve altı gebelerin toplam beklenti puan ve karar katılım-güven alt boyut puanları 35 yaş ve üstü gebelere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,045$ ;  $p=0,001$ ) olarak saptanmıştır.

**Tablo 9. Yaş ile ABBÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki**

		<b>İlgi İletişim</b>	<b>Eğitim Bilgilendirme</b>	<b>Gizlilik</b>	<b>Karara katılım Güven</b>	<b>Beklenti Toplam</b>
<b>Yaş</b>	r	-0,057	-0,111	-0,032	-0,292	-0,143
	p	0,429	0,122	0,653	<0,001	0,046

**Tablo 10. Yaş ile ABBÖ ve Alt Boyutları Arasındaki Farkın İncelenmesi**

		n	İlgi İletişim		Eğitim Bilgilendirme		Gizlilik		Karara katılım-Güven		Beklenti Toplam	
			Ort.	SS	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
<b>Yaş</b>	25 yaş ve altı	64	28,09	2,09	32,85	1,88	13,92	1,27	18,87	1,31	93,75	5,27
	26-34 yaş	110	28,15	2,08	32,56	2,21	13,99	1,39	18,24	1,78	92,95	6,09
	35 yaş ve üzeri	22	27,81	2,10	31,54	2,73	13,54	1,29	16,90	2,32	89,81	6,81
	<b>p değeri</b>		<b>0,667</b>		<b>0,157</b>		<b>0,149</b>		<b>&lt;0,001</b>		<b>0,045</b>	

Demografik özelliklere göre antenatal bakım beklenti ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 11’de sunulmuştur.

Eğitim durumuna göre karara katılım-güven alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,001$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; lise mezunu olanların puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyut ve beklenti toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Mesleklerine göre eğitim-bilgilendirme alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,045$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; mesleği olanların puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyut ve beklenti toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebeliği döneminde aktif çalışma durumuna göre beklenti toplam puan, eğitim-bilgilendirme ve karara katılım-güven alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,017$ ;  $p=0,005$ ;  $p=0,049$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; aktif çalışanların puan ortalamaları aktif çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu

belirlenmiştir. Diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gelir durumuna göre beklenti toplam puan, ilgi-iletişim ve eğitim-bilgilendirme alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,004$ ;  $p=0,010$ ;  $p=0,003$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; geliri giderinden fazla olanların puan ortalamalarının geliri giderine eşit ve az olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebelerin sağlık, gebelik ve doğurganlık özellikleri ile antenatal bakım beklenti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 12’de sunulmuştur.

Gebelikten önce var olan hastalık durumuna ve gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık durumuna göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebeliğin planlı olma durumuna ve oluş şekline göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebelik dönemine göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebelik sayısına göre beklenti toplam puan, eğitim-bilgilendirme ve karara katılım-güven alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,04$ ;  $p=0,037$ ;  $p=0,001$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; primigravida olanların puan ortalamalarının multigravida olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Düşük veya kürtaj olma durumuna göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebelerin gebeliğe ilişkin hazırlık, izlem durumu ve bilgi kaynakları ile antenatal bakım beklenti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 13’te sunulmuştur.

Kendini anneliğe hazır hissetme durumuna göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebelikte takip ve kontrollerini yaptırdıkları yer durumuna göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebelik ve doğuma ilişkin kullandıkları bilgi kaynaklarına göre beklenti toplam puan, ilgi-iletişim ve eğitim-bilgilendirme alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,048$ ;  $p=0,032$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; bilgi kaynağı olarak internet, televizyon, kitap, dergi vs gibi kaynakları kullananların puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebe okulu/ eğitimi alma durumlarına göre beklenti toplam puan, ilgi-iletişim, eğitim-bilgilendirme ve karara katılım-güven alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,003$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,026$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; şu an veya daha önce gebelik dönemine ilişkin özel gebe okulu/eğitimi almayanların puan ortalamaları özel eğitim alanlara göre daha yüksek belirlenmiştir.

**Tablo 11. Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile ABBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	N	İlgi İletişim		Eğitim Bilgilendirme		Gizlilik		Karara katılım-Güven		Beklenti Toplam		
		Ort.	SS	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
<b>Eğitim durumu</b>	İlkokul ve altı	46	28	2,25	31,86	2,28	13,76	1,4	17,21	2,2	90,84	6,35
	Ortaokul mezunu	46	28,06	2,33	32,86	2,62	13,82	1,41	18,47	1,81	93,23	6,95
	Lise mezunu	57	28,03	1,94	32,56	1,86	14,07	1,13	<b>18,8</b>	<b>1,41</b>	93,47	4,82
	Üniversite mezunu	47	28,29	1,85	32,87	1,92	13,97	1,46	18,57	1,34	93,72	5,66
	<b>p değeri</b>		<b>0,898</b>		<b>0,093</b>		<b>0,647</b>		<b>&lt;0,001</b>		<b>0,073</b>	
<b>Meslek</b>	Mesleği olmayan	116	27,87	2,21	32,28	2,28	13,87	1,31	18,14	2	92,18	6,19
	Mesleği olan	80	28,41	1,83	<b>32,92</b>	<b>2,02</b>	13,97	1,38	18,52	1,44	93,83	5,6
	<b>p değeri</b>		<b>0,068</b>		<b>0,045</b>		<b>0,626</b>		<b>0,150</b>		<b>0,059</b>	
<b>Gebeliği Döneminde Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	152	28,01	2,15	32,3	2,27	13,82	1,36	18,16	1,88	92,31	6,14
	Aktif çalışıyor	44	28,36	1,81	<b>33,36</b>	<b>1,68</b>	14,25	1,24	<b>18,77</b>	<b>1,41</b>	<b>94,75</b>	<b>5,12</b>
	<b>p değeri</b>		<b>0,336</b>		<b>0,005</b>		<b>0,063</b>		<b>0,049</b>		<b>0,017</b>	
<b>Gelir Durumu</b>	Gelirim giderimden az	56	28,57	2,08	32,96	1,99	14,03	1,15	18,41	1,7	93,98	5,32
	Gelirim giderime eşit	110	27,7	2,09	32,09	2,29	13,79	1,45	18,07	1,87	91,65	6,22
	Gelirim giderimden fazla	30	28,66	1,74	33,43	1,77	14,16	1,23	18,93	1,59	95,2	5,39
	<b>p değeri</b>		<b>0,010</b>		<b>0,003</b>		<b>0,297</b>		<b>0,059</b>		<b>0,004</b>	

Tablo 12. Gebelerin sağlık, gebelik ve doğurganlık özellikleri ile ABBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

		n	İlgi İletişim		Eğitim Bilgilendirme		Gizlilik		Karara katılım-Güven		Beklenti Toplam	
			Ort.	SS	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
<b>Gebelik Öncesi Hastalık</b>	Yok	145	28,02	2,09	32,58	2,16	13,84	1,4	18,36	1,75	92,82	6,09
	Var	51	28,31	2,05	32,43	2,31	14,11	1,14	18,11	1,93	92,98	5,8
	<b>p değeri</b>		<b>0,389</b>		<b>0,666</b>		<b>0,177</b>		<b>0,400</b>		<b>0,871</b>	
<b>Gebelikte Ortaya Çıkan Hastalık</b>	Yok	152	28,21	2,03	32,62	2,12	13,92	1,38	18,26	1,79	93,02	5,81
	Var	44	27,7	2,22	32,27	2,45	13,9	1,21	18,4	1,87	92,29	6,65
	<b>p değeri</b>		<b>0,156</b>		<b>0,351</b>		<b>0,959</b>		<b>0,653</b>		<b>0,478</b>	
<b>Planlı gebelik</b>	Hayır	53	28,45	1,93	32,77	1,87	14,15	1,06	18,15	2,03	93,52	5,49
	Evet	143	27,96	2,12	32,46	2,3	13,83	1,42	18,35	1,71	92,61	6,17
	<b>p değeri</b>		<b>0,146</b>		<b>0,379</b>		<b>0,094</b>		<b>0,480</b>		<b>0,346</b>	
<b>Oluş şekli</b>	Doğal	188	28,08	2,11	32,57	2,2	13,9	1,36	18,36	1,7	92,93	5,97
	Yardımcı tedavi	8	28,37	1,3	31,75	2,12	14,12	0,83	16,87	3,31	91,12	6,7
	<b>p değeri</b>		<b>0,888</b>		<b>0,194</b>		<b>0,989</b>		<b>0,337</b>		<b>0,384</b>	
<b>Gebelik dönemi</b>	I.trimester	31	28,38	1,74	32,74	1,75	14,35	0,95	18,29	2,22	93,77	5,03
	II.trimester	95	27,9	2,04	32,61	2,03	13,92	1,31	18,44	1,53	92,88	5,57
	III.trimester	70	28,22	2,26	32,37	2,57	13,71	1,49	18,11	1,94	92,42	6,92
	<b>p değeri</b>		<b>0,432</b>		<b>0,683</b>		<b>0,087</b>		<b>0,516</b>		<b>0,584</b>	
<b>Gebelik sayısı</b>	Primigravida	88	28,38	1,95	32,9	1,92	14,02	1,28	18,92	1,39	94,23	5,51
	Multigravida	108	27,86	2,15	32,25	2,36	13,83	1,39	17,79	1,94	91,74	6,17
	<b>p değeri</b>		<b>0,079</b>		<b>0,037</b>		<b>0,328</b>		<b>&lt;0,001</b>		<b>0,004</b>	
<b>Düşük-Kürtaj</b>	Hayır	166	28,09	2,11	32,6	2,15	13,9	1,37	18,31	1,77	92,92	6,08
	Evet	30	28,1	1,9	32,2	2,41	14	1,17	18,2	2	92,5	5,6
	<b>p değeri</b>		<b>0,993</b>		<b>0,350</b>		<b>0,719</b>		<b>0,740</b>		<b>0,720</b>	

**Tablo 13. Gebelerin gebeliğe ilişkin hazırlık, izlem durumu ve bilgi kaynakları ile ABBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı**

		n	İlgi İletişim		Eğitim Bilgilendirme		Gizlilik		Karara katılım-Güven		Beklenti Toplam	
			Ort.	SS	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
<b>Anneliğe hazır hissetme</b>	Hayır	23	27,56	2,59	32,21	2,46	13,65	1,4	18,04	1,98	91,47	7,09
	Evet	173	28,16	2	32,58	2,16	13,95	1,33	18,33	1,78	93,04	5,84
	<b>p değeri</b>		<b>0,354</b>		<b>0,526</b>		<b>0,252</b>		<b>0,5</b>		<b>0,382</b>	
<b>Takip ve kontrol</b>	ASM ve devlet/üniversite	86	27,96	2,37	32,36	2,47	13,95	1,3	18,1	1,88	92,38	6,73
	ASM ve özel kurum	69	28,33	1,82	32,69	1,98	13,79	1,5	18,52	1,62	93,34	5,58
	Hepsi	41	27,97	1,8	32,68	1,92	14,04	1,13	18,34	1,91	93,04	5,03
	<b>p değeri</b>		<b>0,505</b>		<b>0,582</b>		<b>0,607</b>		<b>0,357</b>		<b>0,598</b>	
<b>Bilgi kaynakları</b>	Aile bireyi-komşu	6	28,50	1,97	31,83	2,71	14	1,54	19	1,67	93,33	4,88
	Sağlık personeli	47	28,10	2,37	32,63	2,54	13,74	1,67	18,17	2,03	92,65	7,5
	İnternet, TV, kitap, dergi	10	29,80	0,42	34,3	0,67	14,5	0,84	18,8	1,54	97,4	2,11
	Yok	4	26,50	2,88	28,5	5,8	12,25	1,7	16	1,63	83,25	11,55
	Sağlık per.+ İnt., tv vs	67	28,11	1,83	32,53	1,79	14,02	1,21	18,47	1,50	93,16	4,88
	Sağlık per.+ Aile-kom	27	27,66	2,30	32,48	1,84	13,85	1,29	18,40	1,69	92,40	5,97
	Hepsi	35	28,00	1,98	32,57	1,71	14,00	1,05	18,30	2,07	92,62	4,79
<b>p değeri</b>		<b>0,048</b>		<b>0,032</b>		<b>0,257</b>		<b>0,195</b>		<b>0,064</b>		
<b>Gebe okulu/ eğitim</b>	Hayır	172	28,19	2,04	32,72	2,13	13,98	1,3	18,43	1,79	93,33	5,82
	Evet	24	27,37	2,22	31,25	2,28	13,45	1,53	17,37	1,63	89,45	6,24
	<b>p değeri</b>		<b>0,026</b>		<b>0,001</b>		<b>0,134</b>		<b>0,001</b>		<b>0,003</b>	

#### 4.4. Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği ve alt boyutlarının gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması

Tablo 14'te görüldüğü gibi yaş ile doğum öncesi bakım beklenti ölçeğinin tam bakım alt boyutu hariç diğer alt boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) olarak saptanmıştır. Yaş ile tam bakım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,013$ ), düşük düzeyli ve negatif yönlü ilişki vardır. Yaş arttıkça tam bakım puanı azalmaktadır.

Tablo 15'te görüldüğü gibi 25 yaş ve altı gebelerin tam bakım alt boyut puanları 35 yaş ve üstü gebelere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,008$ ) olarak saptanmıştır.

**Tablo 14. Yaş ile DÖHBÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki**

		<b>Tam Bakım</b>	<b>Bakım Veren Sürekliliği</b>	<b>Kişiselleştirilmiş Bakım</b>	<b>Diğer Hizmetler</b>	<b>Beklenti Toplam</b>
<b>Yaş</b>	r	-0,177	0,005	-0,049	-0,089	-0,111
	p	0,013	0,944	0,496	0,215	0,120

**Tablo 15. Yaş ile DÖHBÖ ve Alt Boyutları Arasındaki Farkın İncelenmesi**

	n	<b>Tam Bakım</b>		<b>Bakım Veren Sürekliliği</b>		<b>Kişiselleştirilmiş Bakım</b>		<b>Diğer Hizmetler</b>		<b>Beklenti Toplam</b>		
		Ort.	SS	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
<b>Yaş</b>	25 yaş ve altı	64	16,73	1,76	8,34	1,58	18,28	2,84	7,78	2,01	51,21	5,06
	26-34 yaş	110	15,60	2,41	8,36	1,26	17,97	2,39	7,23	1,98	49,78	5,60
	35 yaş ve üzeri	22	15,54	2,08	8,22	1,44	18,49	1,70	6,63	1,89	47,81	5,71
<b>p değeri</b>		<b>0,008</b>		<b>0,884</b>		<b>0,092</b>		<b>0,320</b>		<b>0,076</b>		

Demografik özelliklere göre doğum öncesi hasta beklenti ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 16'da sunulmuştur.

Eğitim durumuna göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur.

Mesleklerine göre beklenti toplam puan, kişiselleştirilmiş bakım ve diğer hizmetler alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,013$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,010$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; mesleği olanların puan ortalamaları mesleği olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur.

Gebeliği döneminde aktif çalışma durumuna göre diğer hizmetler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,021$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; aktif çalışanların puan ortalamaları aktif çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyut ve beklenti toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur.

Gelir durumuna göre beklenti toplam puan ve diğer hizmetler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,026$ ;  $p=0,006$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; geliri giderinden fazla olanların puan ortalamalarının geliri giderine eşit olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur.

Gebelerin sağlık, gebelik ve doğurganlık özellikleri ile doğum öncesi bakım beklenti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 17'de sunulmuştur.

Gebelikten önce var olan hastalık durumuna göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur.

Gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık durumuna göre bakım verenin sürekliliği alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,002$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalığı olanların puan ortalaması gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalığı olmayanlara göre daha yüksektir. Diğer alt boyut ve beklenti toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur.

Gebeliğin planlı olma durumuna göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur.

Gebeliğin oluş şekline göre diğer hizmetler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,001$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; gebelik oluş şekli doğal olanların puan ortalamaları yardımcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyut ve beklenti toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebelik dönemine ve sayısına göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur.

Gebelerin gebeliğe ilişkin hazırlık, izlem durumu ve bilgi kaynakları ile doğum öncesi bakım beklenti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 18’de sunulmuştur.

Kendini anneliğe hazır hissetme durumuna göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebelikte takip ve kontrollerini yaptırdıkları yer durumuna göre tam bakım alt boyutu ve bakım verenin sürekliliği alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,024$ ;  $p=0,011$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; gebelikte takip ve kontrollerini aile sağlığı merkezi ve özel kurumlarda yaptıranların puan ortalamalarının takip ve kontrollerini aile sağlığı merkezi ve devlet/ üniversite hastanesinde yaptıranlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyut ve beklenti toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

Gebelik ve doğuma ilişkin kullandıkları bilgi kaynaklarına göre bakım verenin sürekliliği alt boyutu ve diğer hizmetler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,039$ ;  $p=0,032$ ) bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; aile bireyi-komşudan bilgi alanların puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebe okulu/ eğitimi alma durumlarına göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

**Tablo 16. Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile DÖHBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı**

		n	Tam Bakım		Bakım Veren Sürekliliği		Kişiselleştirilmiş Bakım		Diğer Hizmetler		Beklenti Toplam	
			Ort.	SS	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
<b>Eğitim durumu</b>	İlkokul ve altı	46	15,95	2,46	8,56	1,43	18,28	2,84	7,04	2,17	49,84	6,68
	Ortaokul mezunu	46	16,39	2,36	8,26	1,65	17,97	2,39	7,60	2,05	50,23	6,26
	Lise mezunu	57	16,12	1,74	8,31	1,33	18,49	1,70	7,21	2,16	50,14	4,33
	Üniversite mezunu	47	15,38	2,37	8,23	1,12	18,72	1,73	7,55	1,54	49,87	4,86
	<b>p değeri</b>			<b>0,163</b>		<b>0,653</b>		<b>0,426</b>		<b>0,461</b>		<b>0,981</b>
<b>Meslek</b>	Mesleği olmayanlar	116	15,90	2,17	8,30	1,55	18,06	2,42	6,95	2,19	49,22	5,71
	Mesleği olanlar	80	16,06	2,34	8,40	1,13	18,82	1,71	7,91	1,53	51,20	5,01
	<b>p değeri</b>			<b>0,630</b>		<b>0,609</b>		<b>0,010</b>		<b>&lt;0,001</b>		<b>0,013</b>
<b>Gebeliği Döneminde Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	152	15,97	2,26	8,28	1,46	18,27	2,28	7,19	2,10	49,73	5,62
	Aktif çalışıyor	44	15,95	2,19	8,52	1,10	18,70	1,81	7,83	1,50	51,04	5,02
	<b>p değeri</b>			<b>0,960</b>		<b>0,259</b>		<b>0,255</b>		<b>0,021</b>		<b>0,166</b>
<b>Gelir Durumu</b>	Gelirim giderimden az	56	15,82	2,20	8,51	1,37	18,57	2,44	7,64	2,21	50,55	5,48
	Gelirim giderime eşit	110	15,83	2,14	8,24	1,42	18,14	2,11	6,97	1,91	49,20	5,32
	Gelirim giderimden fazla	30	16,73	2,54	8,36	1,32	18,83	1,87	8,16	1,59	52,10	5,76
	<b>p değeri</b>			<b>0,128</b>		<b>0,491</b>		<b>0,227</b>		<b>0,006</b>		<b>0,026</b>

Tablo 17. Gebelerin sağlık, gebelik ve doğurganlık özellikleri ile DÖHBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

		N	Tam Bakım		Bakım Veren Sürekliliği		Kişiselleştirilmiş Bakım		Diğer Hizmetler		Beklenti Toplam	
			Ort.	SS	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gebelik Öncesi Hastalık	Yok	145	15,97	2,10	8,26	1,42	18,37	1,99	7,26	2,04	49,86	5,16
	Var	51	15,96	2,60	8,56	1,28	18,37	2,69	7,58	1,89	50,49	6,42
	<b>p değeri</b>		<b>0,975</b>		<b>0,177</b>		<b>0,100</b>		<b>0,319</b>		<b>0,490</b>	
Gebelikte Ortaya Çıkan Hastalık	Yok	152	15,88	2,09	8,19	1,42	18,59	1,91	7,51	1,88	50,17	5,18
	Var	44	16,27	2,67	8,86	1,15	17,61	2,85	6,77	2,32	49,52	6,55
	<b>p değeri</b>		<b>0,309</b>		<b>0,002</b>		<b>0,373</b>		<b>0,057</b>		<b>0,489</b>	
Planlı gebelik	Hayır	53	16,20	2,03	8,43	1,40	18,83	1,69	7,52	2,19	51,00	5,01
	Evet	143	15,88	2,31	8,30	1,39	18,20	2,33	7,27	1,93	49,67	5,65
	<b>p değeri</b>		<b>0,367</b>		<b>0,574</b>		<b>0,410</b>		<b>0,442</b>		<b>0,134</b>	
Oluş şekli	Doğal	188	15,95	2,26	8,36	1,37	18,38	2,17	7,45	1,96	50,16	5,47
	Yardımcı tedavi	8	16,25	1,58	7,75	1,66	18,00	2,61	4,87	1,45	46,87	5,86
	<b>p değeri</b>		<b>0,657</b>		<b>0,230</b>		<b>0,733</b>		<b>0,001</b>		<b>0,163</b>	
Gebelik dönemi	I.trimester	31	16,09	2,27	8,64	1,19	18,58	1,94	7,06	2,03	50,38	5,08
	II.trimester	95	15,84	2,13	8,46	1,40	18,51	2,26	7,26	2,08	50,08	5,39
	III.trimester	70	16,08	2,39	8,04	1,41	18,08	2,18	7,58	1,87	49,80	5,90
<b>p değeri</b>		<b>0,745</b>		<b>0,066</b>		<b>0,391</b>		<b>0,414</b>		<b>0,879</b>		
Gebelik sayısı	Primigravida	88	16,25	2,30	8,29	1,40	18,64	2,11	7,45	2,06	50,64	5,63
	Multigravida	108	15,74	2,17	8,37	1,38	18,14	2,23	7,25	1,95	49,52	5,38
	<b>p değeri</b>		<b>0,114</b>		<b>0,675</b>		<b>0,113</b>		<b>0,499</b>		<b>0,158</b>	
Düşük-Kürtaj	Hayır	166	15,92	2,33	8,31	1,41	18,46	2,22	7,47	2,03	50,19	5,70
	Evet	30	16,20	1,62	8,46	1,25	17,83	1,96	6,63	1,69	49,13	4,29
	<b>p değeri</b>		<b>0,542</b>		<b>0,595</b>		<b>0,143</b>		<b>0,343</b>		<b>0,334</b>	

**Tablo 18. Gebelerin gebeliğe ilişkin hazırlık, izlem durumu ve bilgi kaynakları ile DÖHBÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı**

		n	Tam Bakım		Bakım Verenin Sürekliliği		Kişiselleştirilmiş Bakım		Diğer Hizmetler		Beklenti Toplam	
			Ort.	SS	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
<b>Anneliğe hazır hissetme</b>	Hayır	23	15,56	3,14	8,95	1,02	18,13	3,16	6,47	2,37	49,13	7,52
	Evet	173	16,02	2,09	8,26	1,41	18,4	2,03	7,46	1,93	50,15	5,2
	<b>p değeri</b>		<b>0,972</b>		<b>0,291</b>		<b>0,945</b>		<b>0,07</b>		<b>0,909</b>	
<b>Takip ve kontrol</b>	Asm ve devlet/ üniversite	86	15,51	2,2	8,16	1,5	18,27	2,32	7,18	2,02	49,13	5,52
	Asm ve özel kurum	69	16,49	2,2	8,73	1,71	18,52	1,77	7,5	1,78	51,26	4,84
	Hepsi	41	16,04	2,22	8,04	1,37	18,31	2,54	7,41	2,31	49,82	6,24
	<b>p değeri</b>		<b>0,024</b>		<b>0,011</b>		<b>0,779</b>		<b>0,597</b>		<b>0,056</b>	
<b>Bilgi kaynakları</b>	Aile bireyi-komşu	6	16	0,89	9,16	0,98	18,33	1,86	9,33	0,51	52,83	1,32
	Sağlık personeli	47	15,76	2,74	8,76	1,28	18,25	2,73	7	2,15	49,78	7,04
	İnternet, tv, kitap, dergi	10	17,2	2,78	8,8	1,68	18,6	1,87	8	1,82	52,6	6,34
	Yok	4	15	2,3	7,5	0,57	17,75	2,06	5,5	1	45,75	4,42
	Sağlık per.+ İnt., tv vs	67	15,85	2,23	8,07	1,23	18,73	1,86	7,47	1,72	50,13	4,52
	Sağlık per.+ Aile-kom	27	15,48	1,74	8,22	1,62	17,88	2,25	7,37	1,54	48,96	4,37
	Hepsi	35	16,6	1,66	8,20	1,51	18,22	2,11	7,22	2,59	50,25	5,78
<b>p değeri</b>		<b>0,236</b>		<b>0,039</b>		<b>0,561</b>		<b>0,032</b>		<b>0,245</b>		
<b>Gebe okulu/ eğitim</b>	Hayır	172	16,1	2,12	8,38	1,44	18,47	2,01	7,37	2,04	50,33	5,33
	Evet	24	15	2,82	8,04	0,95	17,66	3,17	7,16	1,76	47,87	6,35
	<b>p değeri</b>		<b>0,219</b>		<b>0,163</b>		<b>0,117</b>		<b>0,454</b>		<b>0,141</b>	

#### 4.5. Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği'nin DÖHBÖ ile korelasyonu

Tablo 17'de izlendiği gibi; ABBÖ toplam puanları ile DÖHBÖ'nin toplam puanları arasında anlamlı korelasyon olduğu gözlenmektedir ( $p < 0,01$ ).

ABBÖ ile DÖHBÖ arasında, her ne kadar anlamlı olsa da korelasyon katsayısının yeterli büyüklükte ( $r < 0,35$ ) olmaması nedeniyle bu ilişkiler zayıf ilişkiler olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 19. Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve DÖHBÖ Toplam puanlarının Korelasyonu**

	ABBÖ
DÖHBÖ	Toplam Beklenti
Toplam Beklenti	0,524**

Spearman korelasyon analizi: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

## 5 TARTIŞMA

Bu araştırma gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin beklentilerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Gebelerin beklentilerini değerlendirmek üzere kullanılan Antenatal Bakım Beklenti Ölçeği ve Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği'nden elde edilen bulgular sırası ile gebelerin sosyodemografik özellikleri, gebeliğe ilişkin özellikleri ve konuya ilişkin bilgi kaynakları, takip-kontrollerini yaptırıldıkları yer, gebe okulu/eğitimi ile ilişkili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

### **5.1.Gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin beklentilerini etkileyen sosyodemografik özellikler.**

Gebelerin yaşları arttıkça her iki ölçek için genel anlamıyla beklentilerinin azaldığı görülmektedir. Her iki ölçek için genel anlamıyla 25 yaş altı gebelerin beklenti düzeylerinin 35 yaş üstü gebe grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ülkemizde Mucuk ve Güler'in (2002) yapmış oldukları çalışma da araştırmaya katılan tüm yaş gruplarındaki annelerin bakım beklentilerinin, karşılanma durumundan daha yüksek olduğu, beklentilerinin yeterli düzeyde karşılanmadığı ve annelerin hemşirelik hizmetlerinden memnun olmadıkları saptanmıştır (93). Yapılan birçok çalışmada ise hastaların yaşı ile bakım ve eğitim beklentisi düzeyleri ve bunların karşılanma durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptanmıştır (94, 95, 96). Ancak daha geniş örneklem ve izlem çalışmaları ile daha sağlıklı sonuçlar alınabilir.

ABBÖ toplam ve alt boyutlar özelinde karara katılım-güven puanını değerlendirdiğimizde gebelerin yaşları arttıkça anlamlı olarak azaldıkları görülmektedir. "35 yaş üstü" annelerin bakım beklentilerinin diğer yaş gruplarına göre düşük olmasının sebebinin ise daha önceki deneyimlerine bağlanabileceği belirtilmiştir (93). Galle ve ark. (2015) yapmış olduğu çalışmada 26 yaşından küçük gebelerde doğum öncesi bakımdan beklentisinin anlamlı olarak daha düşük olduğunu saptamıştır (97). Karar katılım-güven alt boyutunda istenilen tetkikler konusunda bilgilendirilme, kişinin taşıdığı riskler konusunda ve olası doğum şekilleri hakkında bilgilendirme gibi beklentileri inceleyen bir alt boyuttur. Bilgi ve tecrübeleri sınırlı genç anne adaylarının bu konulara ilişkin beklentilerinin daha yüksek çıkması doğal ve anlaşılabilir bir durumdur.

DÖHBÖ puanları değerlendirildiğinde de gebelerin yaşlarının artışı beklentilerinin düşüşüyle ilişkili olup sadece tam bakım alt boyutu puanındaki düşüş anlamlı bulunmuştur. Burçoğlu Karaca'nın (2014) yapmış olduğu çalışmada farklı yaş grupları arasında ortalama beklenti düzeyleri bakımından farklılıklar olduğu, yaşları arttıkça "Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri" (A), "Hastaların Kendileriyle ilgili Kararlara Katılma ve Tercih Hakkını Kullanma Konusundaki Beklentileri" (B) "Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentileri" (C) beklenti düzeyleri artış gösterdiği tespit edilmiştir (80). Bu durum hastaların yaşları ilerledikçe deneyim, tecrübe ve bilgilerinin artmasıyla beklentilerinin de arttığı yönünde yorumlanmıştır.

Gebelerin eğitim durumu yükseldikçe her iki ölçek için genel anlamıyla beklentilerinin arttığı görülmektedir ancak istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Çalışmamızda gebelerin eğitim durumlarına baktığımızda %53,1 lise ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir. Bu oran birçok çalışmada yer alan gebelerin eğitim seviyeleri oranının üzerindedir. Ünver'in Malatya'da 580 gebe ile yaptığı çalışmada ise bu oran %33,9'dur (98). Çalışmamızda yer alan gebelerin eğitim düzeyinin daha yüksek olması, gebelerle poliklinikte görüşmüş olması ve hiç bakım almayan ve de sosyoekonomik düzeyi düşük olan bir gruba ulaşılmamış olmasının neden olduğu söylenebilir. Eğitim durumunun gebelerin beklentilerini ve beklenti düzeylerini ne kadar etkilediği daha geniş örneklerle çalışılmalıdır.

ABBÖ toplam ve alt boyutları özelinde karara katılım-güven puanını değerlendirdiğimizde lise mezunu olanların puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Kavaklı Geriş'in (2016) yaptığı çalışmada eğitim durumu lise ve üstü olanların ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ilköğretim ve altı olanlara göre anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir (90). Galle ve ark. (2015) yapmış olduğu çalışmada gebelerin eğitimi arttıkça toplam beklenti puanlarının da anlamlı olarak arttığı, ancak bu beklentilerinin karşılanma durumunun ise eğitim düzeylerinden etkilenmediği saptanmıştır. Bununla birlikte bütün gebelere verilen doğum öncesi bakımın eşit olmasından dolayı fazla beklentisi olan yüksek eğitimli gebeler için eğitimin yetersiz kaldığı söylenmiştir (97). Bu örnek çalışmalarda verilerle birlikte katılımcıların eğitim düzeyindeki artışın sağlık

hizmetleri konusunda daha çok bilgiye sahip oldukları ve haklarını daha çok talep edebildikleri şeklinde yorumlanabilir.

DÖHBÖ puanları değerlendirildiğinde de gebelerin beklentileri eğitim düzeylerinin artışıyla ilişkili olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamıza katılan gebelerin bütün eğitim gruplarında beklenti toplam puan ortalamaları birbirlerine çok yakın ve yüksek bulunması bu duruma neden olmuş olabilir. Özvarış ve Mucuk ark. yapmış olduğu çalışmalarda eğitim düzeyi ile beklentiler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, annelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe beklentilerinin de artmış olduğu saptanmıştır (93, 99). Özmen yapmış olduğu çalışmada beklentilerin karşılanma durumuna bakıldığında ise eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak eğitim düzeyi yükseldikçe hastanede sunulan bakımdan hoşnut olma oranının düştüğü bulunmuştur. Bu durum beklentilerin yüksek olması nedeniyle ihtiyaçlarının karşılanma durumunun yetersiz kalmasından kaynaklandığı şeklinde olduğu yorumlanmıştır (100). Ülkemizde yapılan ve gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin memnuniyet ve beklentilerini etkileyen faktörlerin incelendiği bir araştırmada eğitim düzeyinin beklenti düzeyini anlamlı derecede pozitif yönde etkileyen bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır (101).

Herhangi bir meslek sahibi olup gebelik döneminde aktif çalışmaya devam edenlerin bakım beklentilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda herhangi bir mesleği olanların %55'i gebelik döneminde aktif çalışmaya devam ettiği belirlenmiştir.

ABBÖ toplam ve alt boyutları özelinde karara katılım-güven ve eğitim-bilgilendirme puanlarını değerlendirdiğimizde anlamlı farkın olduğu ve puanların arttıkları görülmektedir. Fark meslek sahibi olup gebelik döneminde aktif çalışanların puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olmasına bağlıdır. Kavaklı Geriş'in (2016) yaptığı çalışmada gebelerin meslek ve çalışma durumuna göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (90). Burçoğlu Karaca'nın (2014) hasta beklentileri üzerine yapmış olduğu bir çalışma da meslek durumlarına göre "Hastaların Kendileriyle ilgili Kararlara Katılma ve Tercih Hakkını Kullanma Konusundaki Beklentileri" (B) ve "Hastaların Yönetmelik Hizmetler Konusundaki Beklentileri" (D) anlamlı farklılık

gösterirken, “Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri” (A) ve “Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentilerine” (C) göre anlamlı farklılık görülmediği tespit edilmiştir (80). Çalışmaların sonuçları bu araştırmanın çalışma durumunun karara katılım güven alt boyutunu desteklerken, meslek sahibi olma ve çalışma durumu ile eğitim bilgilendirme alt boyutunu desteklememektedir. Herhangi bir meslek ile uğraşp aktif çalışan kesimin mesai saatleri içinde sağlık hizmetlerine ulaşmaları daha sınırlı olabilir. Gebelik takipleri esnasında bu sınırlı zamanları için gebelerin eğitim bilgilendirilme ihtiyaçlarının giderilmesini talep etme noktasında daha fazla beklenti içinde olabildikleri şeklinde yorumlanabilir.

Gelir durumlarına göre gebelerin toplam beklenti puanını değerlendirdiğimizde pozitif yönde anlamlı olarak arttığı görülmektedir. Kavaklı Geriş’in (2016) yaptığı çalışmada gebelerin gelir durumuna göre beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (90). Kavas’ın (2020) yaptığı çalışmada katılımcıların ekonomik durumu ile beklenti puanlarına bakıldığında ekonomik durumları ile ölçek puanları arasında fark olmadığı saptanmıştır (102). Bravo ve arkadaşlarının 2014 yılında gebelerin sağlık bakımı almaya devam etmelerindeki etkenlerin yayınlandığı derlemede, düşük-orta düzey gelire sahip ülkelerdeki kadınların, gebeliğin normal bir durum olduğunu ve bakım gerektirmediğini düşündükleri belirtilmiştir (103). Galle ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada düşük gelire sahip olanların yüksek olanlara göre beklentilerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (97).

ABBÖ alt boyutları özelinde ilgi-iletişim ve eğitim bilgilendirme puanlarını değerlendirdiğimizde anlamlı farkın olduğu ve puanların arttıkları görülmektedir. Farkın geliri giderinden fazla olan gebelerin puan ortalamalarının geliri giderine eşit ve az olanlardan daha yüksek olmasına bağlı olduğu görülmüştür. Literatürdeki araştırmaların bazıları çalışmamızın bulgularını desteklemekte iken genel olarak gelir durumu ve beklenti arasındaki ilişki diğer araştırmalara göre farklı bulunmuştur. Bu farklılıklar çalışmaya dahil edilen katılımcıların gelir düzeyi ve ekonomik durumlarının objektif bir kriter ile belirlenmemiş olması ve daha çok katılımcıların öznel yorumlamasına bağlı olması gelir durumunun kategorize edilmesini güçleştirmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Gelir düzeyi açısından düşük, orta ve yüksek geliri oluşturan grupların sayıca birbirine yakın olması verilerin daha sağlıklı

olmasına katkıda bulunabilir. Gelir düzeyi gruplarının oranlarının birbirine yakın olduğu başka araştırmalarla tekrar değerlendirme yapmanın önemi vardır. Ayrıca çalışmaların yapıldığı bölge ve ülkelerin farklı olması nedeni ile örneklemelerin farklılığı gebelerin kültürel ve statü farklılığına da neden olduğu için bulgularda farklılık göstermektedir diyebiliriz.

DÖHBÖ alt boyutları özelinde değerlendirildiğinde de gebelerin diğer hizmetler alt boyutu puanındaki artış anlamlı bulunmuştur. Burçoğlu Karaca'nın (2014) Aydın Devlet Hastanesi'nde yapmış olduğu çalışma da gelir durumlarına göre anlamlı farklılık "Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri" (A) , "Hastaların Kendileriyle ilgili Kararlara Katılma ve Tercih Hakkını Kullanma Konusundaki Beklentileri" (B) "Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentileri" (C) ve "Hastaların Yönetmelik Hizmetler Konusundaki Beklentileri" (D) anlamlı farklılık saptanmış olup, sonuçlara göre gelir düzeyi arttıkça A, B, C ve D beklenti düzeyleri artış gösterdiği tespit edilmiştir (80). Çalışmaların sonuçları bu araştırmanın toplam beklenti puan ve diğer hizmetler alt boyutunu desteklemektedir.

### **5.2.Gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin beklentilerini etkileyen gebeliğe ilişkin özellikleri.**

Gebelikten önce var olan ve gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık durumu incelendiğinde hastalığı olanların her iki ölçekten de aldıkları beklenti puanları hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

ABBÖ toplam ve alt boyutları incelendiğinde gebelik öncesi ve gebelik döneminde hastalığa sahip olma durumlarına göre gebelerin beklenti puanları arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte gebelik döneminde veya öncesinde kronik hastalığı olanların beklenti toplam puanları daha yüksektir. Kavaklı Geriş'in (2016) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların yani riskli gebeliği olanların beklentileri, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede daha fazlaydı. Ölçek alt boyutları incelendiğinde gebelik döneminde veya öncesinde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre ilgi- iletişim ve gizlilik alt boyutlarında beklentinin anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (90).

DÖHBÖ alt boyutu özelinde bakım verenin sürekliliği puanlarını değerlendirdiğimizde gebelik ile ortaya çıkan hastalığı olanların beklentilerinin

anlamli bir sekilde daha yuksek olduğu saptanmıştır. Bu durumda gebelerin onceden var olan hastaliklarının yonetimini, tedavi ve takiplerinin nasil yapildigini, hastaliklarının kendi yasam bicimlerini nasil etkiledigini ogrendiklerini ve gebelik surecinde de buna iliskin bir beklenti tasimadiklarini gostermektedir. Ancak gebelik donemlerinde yeni gelisen bir saglik problemleri ile karşilastiklarında kendilerini nasil bir surecin beklediğini bilmedikleri için tedirgin olarak beklenti içine girdikleri, bu durumun hem kendi hem de doğacak bebeklerinin sağlığını etkileyeceği gerçeği ile doğal kabul edilebilir. Doğum oncesine kadar daha sik takip edilip, sorunları ve ihtiyaçlarını paylaşabileceği bir sağlık personelini duzenli olarak görmeyi bekleyebilir. Bu durum kadınların sağlık hizmet aldıkları kurumlarda bakım veren kişilerin surekli olmasını istemelerinin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların gebeliklerinin ne düzeyde istenen gebelikler olduğu verilerine bakıldığında %73'inin istenen planlı gebelik olduğunu, %27'sinin istenen gebelik olmadığını ifade ettikleri gösterilmiştir. Gebeliğin planlı veya plansız olması her iki ölçek içinde incelendiğinde gebelerin beklentilerinde anlamli bir farklılığa sebep olmamıştır.

ABBÖ toplam ve alt boyutlar özelinde değerlendirildiğinde beklenti düzeylerinde anlamli farklılık saptanmamıştır. Kavaklı Geriş'in çalışmasında katılımcıların planlı gebelik oranı %69,2 iken, plansız gebelik oranı %30,8 bulunmuştur. Kavaklı Geriş'in (2016) yaptığı çalışmada gebeliğin planlı olma durumuna göre gebelerin beklenti toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamli fark bulunmamıştır (90). Karadağ'ın (2019) yaptığı çalışmada da gebeliği isteme durumuna göre beklenti toplam puan ortalaması ve ölçek alt boyutları arasında fark yoktur (101). Literatürde benzer çalışmalara bakıldığında örneğin 2018 yılında Gülseren Dağlar ve ark. tarafından yürütölen, gebe polikliniğine başvuran gebelerde istenmeyen gebelik sıklığını ve etkilerini inceleyen bir çalışmada katılımcıların %75,3'ü isteyerek gebe kaldığını belirttikleri öğrenilmiştir (104). Literatürde rastlanan bu örneklerle kıyaslandığında bu çalışmadaki katılımcıların benzer oranlarda gebeliği istediklerini söylemek mümkün gibi görünmektedir. Literatürdeki bu çalışmaların verileri ile bizim çalışmamızdaki veriler benzemektedir.

DÖHBÖ toplam ve alt boyut puanları özelinde incelendiğinde gebeliğin planlı veya plansız olma durumunun beklenti puanlarında anlamlı farklılığa neden olmadığı saptanmıştır. Galle ve ark. (2015) yapmış olduğu çalışmada gebelerde planlanmamış, istenmeyen gebelik ile toplam beklenti puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ve planlanmamış, istenmeyen gebelik oranı arttıkça doğum öncesi bakımdan beklentisinin daha yüksek olduğunu saptamış ve bunun ilgi çekici bir durum olduğunu belirtmiştir (97). Galle'nin ve çalışmamızın sonuçlarına göre planlanmayan her gebelik istenmeyen gebelik değildir, ancak istenmeyen gebelikler planlanmamış gebelikleri oluşturmaktadır diyebiliriz. Galle ve ark. yapmış oldukları çalışmayla araştırmamızın sonuçlarının farklılığını ülkelerin kültürel, toplumsal yapısının ve sosyal durumlarının farklı olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Ülkemizdeki kadınların çoğunun planlanmamış bir gebelik durumunda kaderci olmaları nedeni ile gebeliğin istenme durumunun beklenti üzerinde çok etkili olmadığı düşünülmektedir.

Gebeliğin doğal yollar veya yardımcı tedaviler (tüp bebek, aşılama gibi) ile meydana gelmesi durumu her iki ölçek içinde gebelerin beklenti puanları üzerinde anlamlı bir farklılığa sebep olmamıştır. Ancak gebeliği doğal şekilde gerçekleştirenlerin her iki ölçekten de aldıkları beklenti puanlarının yardımcı tedaviler kullanan gebelerden daha yüksek olduğunu görüyoruz. Kavaklı Geriş'in (2016) yaptığı çalışmada yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda doğal yoldan gebe kalanlara göre ilgi-iletişim, gizlilik, katılım-güven alt boyutlarında beklenti puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (90). Bu durumun nedeni olarak birinci basamakta yapılan gebe izlemleri kapsamında izlem sayısı gebelik risk durumlarına göre değişse de izlemde verilen hizmetin içeriğinin bütün gebeler için aynı olmasından kaynaklandığı söylenilebilir.

Gebeliğin hangi trimesterında olduklarına göre her iki ölçek içinde toplam puan ve alt boyut özelinde incelendiğinde gebelik haftaları ve beklenti düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Galle ve ark. (2015) Belçika'da gebeler üzerine "Doğum Öncesi Bakım Beklenti ve Memnuniyetini Etkileyen Faktörler Ölçeği" kullanılarak yapmış olduğu çalışmada da gebelik haftasının beklenti toplam puanını etkilemediğini göstermiştir (90). Karadağ'ın (2019) yaptığı çalışmada gebelik haftasına göre beklenti toplam puan ortalaması ve alt boyutları arasındaki fark anlamlı değildir (101). Kavaklı Geriş'in (2016) yaptığı çalışmada gebeliğin

dönemine göre ilgi-iletişim alt boyutunda 3. Trimester’ında olanların puan ortalaması 1. ve 2. trimesterdekilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (90). Çalışmamızda gebelerin gebelik dönemlerine göre her iki beklenti ölçeğinden aldıkları toplam puanlara bakıldığında 1.trimester gebelerin beklenti toplam puanlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Gebeliğin erken dönemlerinde gebe ile ilk karşılaşmalar olduğu için gebelere daha fazla bilgi verildiği, tetkiklere daha çok zaman ayrıldığı ve daha çok iletişime geçilmesinin de bulguyu etkilediği düşünülmektedir. Kadınların gebelik haftasına göre hastaneden, sağlık çalışanından alınan doğum öncesi bakım beklentisinin değişmediğini ve gebeliğin her döneminde kadının sağlık çalışanı ve hastaneye ihtiyaç duyduğunu sonucuna varabiliriz.

Çalışmamızda her iki ölçekte incelendiğinde ilk gebeliğini yaşayanların beklentilerinin genel anlamda çoklu gebelik yaşayanlardan daha yüksek olduğu görülüyor olsa da her iki grubunda ölçeklerden aldıkları toplam beklenti puanları yüksek ve birbirine yakındır. Bu durum kadınların daha önce kaç gebelik yaşamış olursa olsun, hamilelik sürecinin nasıl geliştiğini bilseler de bebeklerinin gelişiminin nasıl olduğunu merak etmelerinden ve bu yüzden gelişen her yeni gebelik döneminde beklenti içine girmelerinin doğal bir sonuç olmasından kaynakladığı düşünülebilir.

ABBÖ alt boyut puanları özelinde primigravida olanların eğitim-bilgilendirme ve karara katılım-güven puanlarında anlamlı bir artış olduğu görülmektedir. Özvarış ve Akın’ın yapmış olduğu çalışma gebelik sayısı doğum öncesi bakıma ilişkin beklentiyi etkilememekle birlikte ilk doğum da annelerin üçte ikisinden fazlasının (%66) doğum öncesi bakım alma niteliği yüksek iken, 6 veya daha fazla doğum sayısı olan gebelerde bu durum gerileme göstermiş ve nitelik (%16) ciddi oranda düşmüştür (99). Çalışmamızın sonucuna göre ilk gebeliğini yaşayanların grubunda eğitim bilgilendirme, kararlara katılım ve güven alt boyut puanlarının yüksek olmasının bu grupta bilgi, bakım ve deneyimin daha az olması etkilidir diyebiliriz. Ayrıca çalışma sonucuna göre gebelik sayısının artması ile verilen hizmet içeriğinin değişmemesi nedeni ile prenatal bakım hizmetlerinin niteliğini düşürdüğünü, bu nedenle multigravida olan grupta beklenti puan ortalamalarında düşüşe neden olduğu düşünülmektedir.

### **5.3.Gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin beklentilerini etkileyen gebeliğe ilişkin hazırlık, izlem durumu ve bilgi kaynakları.**

Gebelikte takip ve kontrollerini yaptırdıkları yerlere göre gebelerin beklenti düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kavaklı Geriş'in (2016) yaptığı çalışmada gebelerin gebelik takibi için başvurulan yerlere göre beklenti toplam puan ortalamaları arasındaki fark bulunmamıştır (90). Çalışmamız bu araştırma ile paralel sonuçlara ulaşmıştır.

DÖHBÖ alt boyut özelinde beklenti puanlarını değerlendirdiğimizde takip-kontrollerini aile sağlığı merkezi ve özel kurumlarda yaptıranların tam bakım ve bakım verenin sürekliliği puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tam bakım ve bakım verenin sürekliliği alt boyutunda gebelik izlemlerinin daha uzun ve sık olmasını, izlemler içinde verilen hizmetlerin daha geniş olmasını (ultrason, görüntüleme gibi), düzenli olarak gördüğü sağlık personelinin doğumda da görmek istemesi gibi beklentileri soruluyor. Bu isteklerinin karşılanmasını isteyen gebelerin daha çok özel hastane veya özel muayene tercih ettiği düşünülebilir. Çalışmamızda gelir durumu iyi olanların %86,6'sının devlet kurumuna ek olarak özel kurumlardan da takip ve kontrollerine devam ettiği gösterilmiştir. Çalışmamızda gelir durumu iyi olanların devlet kurumu dışında özel kurumlardan hizmet almayı ve ihtiyacı olan bakım hizmetini kendisinin istediği kurumdan gidermeyi tercih ettiğini söyleyebiliriz. Aynı zamanda gelir durumu daha iyi olanların beklenti toplam puanları daha yüksek bulunmuştu. Bu çalışmada gelir durumunun kişilerin hem kurum seçimini hem de kurumdan alacağı bakım hizmetleri taleplerini etkilediğini söyleyebiliriz. Takip ve kontrollerini özel kurumlarda da yaptıran gebelerin talep etme noktasında daha fazla beklenti içinde olabildikleri şeklinde yorumlanabilir.

Gebeleri gebelik ve doğuma ilişkin kullandıkları bilgi kaynaklarına göre gruplandırıp her iki ölçek için grupların beklenti düzeyleri değerlendirildiğinde her iki ölçeğin alt boyutları özelinde farklı grupların beklenti puanlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

ABBÖ alt boyutları özelinde beklenti puanları incelendiğinde bilgi kaynağı olarak sadece internet, televizyon gibi yayınları kullananların ilgi-iletişim ve eğitim-bilgilendirme puanlarının diğer gruplara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu

saptanmıştır. Bu farklılık toplumda internet kullanım yaygınlığının hızlı bir şekilde artıyor olmasından ve toplumun ilgisinin bu yöne kaymasından kaynaklanıyor olabilir. Lagan ve ark. da gebelerin %97'sinin gebelikle ilgili sağlık bilgi arayışı için interneti kullandıklarını saptamışlardır (105). Koyun ve Erbektaş'ın (2018) yaptığı bir çalışmada gebelerin internette en çok arama yaptığı konular gebelikte beslenme (%50,1), gebelikte ilaç kullanımını (%49,3), gebelikte sık görülen sorunlar (%47,5) olarak belirlenmiştir (106). İlerleyen teknolojiyle birlikte gebelerin sağlık personelinin istedikleri zamanda ve yeterli düzeyde bilgi alamadıklarında veya sağlık problemleri ile ilgili daha fazla bilgi edinme gereksinimleri olduğunda internetten sağlık bilgisi arayışını arttırmaktadır. İnternette sağlık bilgisi alan gebelerin bakım hizmetlerini kullanmaları, istemeleri, doğum öncesi bakım hizmetlerinin içeriğine daha hâkim olma gibi durumları sağlanan bilgilere paralel olarak etkilenecektir. İnternette sağlık bilgisi almak, gebelerin karar verme süreçlerini ve bu konudaki özgüvenlerini de etkileyebilir. Yapılan bir çalışmada internetin özellikle kararları etkilediği alanlar, gebelikte beslenme ve egzersizler, doğum tercihi ve gebelikte yaşam tarzları gibi konular olmuştur (107).

DÖHBÖ alt boyutları özelinde beklenti puanları incelendiğinde sadece aile bireyleri, komşu gibi etraflarındaki yakınlarından bilgi alanların bakım verenin sürekliliği ve diğer hizmetler puanlarının diğer gruplara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların %89,9'unun yanında diğer bilgi kaynakları olsa da sağlık personelinin (doktor, hemşire, ebe) tercih ettiğini görüyoruz. Atar Gürel ve ark. (2006) yapmış olduğu doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumunun araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların tamamının doktor, hemşire ve ebe gibi sağlık çalışanlarından bilgi aldığı; fakat bunun yanı sıra çalışmaya katılan kadınların %65,5'inin aldıkları bilgiyi yeterli görmeyip farklı kaynaklardan da bilgi edinmeye çalıştığı saptanmıştır. Birden fazla yanıtın verilebildiği bu çalışmada alternatif kaynaklardan bilgi edinmeye çalışan katılımcıların (%65,5'lik kesim) %54'ü kitap ve dergilerden, %40'ı televizyondan, %22,4'ü yakın arkadaş veya tanıdıktan, %7,6'sı radyodan ve %4,8'i internetten ek bilgi aldığını belirtmiştir (108). Literatür ile uyumlu olarak çalışmamızda da gebelerin doğum öncesi bakım ile ilgili bilgileri büyük oranda sağlık çalışanlarından edindiği, düşük bir oranda da diğer kaynakları

kullandığı saptanmıştır. İhtiyaç duydukları bilgileri ve bakım hizmetlerini sağlık çalışanlarından öğrenen grubun beklentilerinin daha iyi ve ihtiyaçları doğrultusunda karşılandığını düşündürmüştür. Bu nedenle de bakım verenin sürekliliği alt boyutu ve diğer hizmetler alt boyutundaki beklenti puan ortalamalarının bilgi kaynağı olarak sadece aile bireyi-komşuyu kullananların daha yüksek olduğunu söylemek mümkün gibi görünmektedir.

Gebelik dönemine ilişkin şimdiki veya daha önceki gebeliklerinde özel eğitim/gebe okulu/gebe eğitim kursu hizmeti almayanların her iki ölçek için genel anlamıyla beklentilerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak her iki ölçek için de fark anlamlı değildir. Bu durum eğitim alanların sayısının sınırlı ve verilen eğitimlerin de muhtemel farklılıkları olmasına bağlanabilir.

ABBÖ alt boyut özelinde beklenti puanları değerlendirildiğinde ilgi-iletişim, eğitim-bilgilendirme ve karar katılım-güven puanlarının herhangi bir zamanda gebe okulu/eğitimi almayanların anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Gebe Bilgilendirme Sınıfları'nın amacı gebelerin hem gebelik hem de doğum süreci hakkında bilgilendirilmesi, doğum ağrısının cerrahi ve medikal yöntemler dışında yönetimi ile gebelerin ağrısız ve korkusuz bir doğum yapmalarınıdır. Yılmaz'ın (2019) yaptığı 'Antenatal Gebe Eğitiminin Doğum ve Doğum Sonrası Dönem Üzerine Etkileri' adlı çalışmasında gebe okuluna başvuru nedenleri arasında en sık rahat/ağrısız doğum yapmak ve doğum süreci hakkında bilgi sahibi olmak olduğu izlenmiştir. Yılmaz'ın çalışmasının sonuçlarında gebelerin büyük çoğunluğunun özellikle bebek bakımı hakkında bilgilerinin arttığını, emzirme ile ilgili endişelerinin azaldığını, bilgilerinin arttığını, özgüvenlerinin yükseldiğini ve endişelerinin önemli ölçüde azaldığını göstermektedir. Eğitim alan grubun genel olarak eğitimi değerlendirmesi istendiğinde, gebelerin tamamı (%100,0) eğitimden beklentilerinin karşılanıp memnun kaldığını ve gebe bilgilendirme sınıflarını arkadaşlarına önereceğini, %90,0'ı bir sonraki gebeliğinde de gebe bilgilendirme sınıflarına katılmayı düşündüğünü belirtmiştir (109). Literatürde gebelerin gebe bilgilendirme sınıfları ile ilgili memnuniyet durumlarını araştıran çalışmaların sonuçları, genel olarak gebelerin eğitimden memnun kaldığı ve bilgi ve becerilerinin arttığı yönündedir (110, 111). Hallgren ve ark. (1995), gebe eğitiminde gebelerin beklenti ve deneyimlerinin göz önünde bulundurulmasının ve eğitimin tutarlı olmasının,

gebelerin bilgi düzeylerini ve eğitimden memnun kalma yüzdelerini arttırdığını belirtmişlerdir (112). Firouzbakht ve ark. (2014), gebe sınıflarındaki eğitimsel ve destekleyici yardımların gebelerin bilgilerini arttırdığını ve bilinmeyene karşı korkularını azalttığını ifade etmişler, eğitilmiş anne adaylarının gebelik ve doğumla ilgili problemlerin ve doğum ağrısının üstesinden gelmeyi öğrenmelerinin bu süreçte oluşan beklentilerinin karşılanıp memnuniyet düzeylerini arttırdığını belirtmişlerdir (113). Literatür ve çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde gebe bilgilendirme sınıflarının amacına ulaştığını göstermekte olup, antenatal eğitimin önemini ortaya koymaktadır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı gebelerin doğum öncesi dönemde aile hekimlerinden bakım beklenti düzeylerini ve beklenti düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla Antenatal Bakım Beklentileri Ölçeği ve Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeği'nin beklenti bölümünden alınabilecek alt ve üst değerler incelendiğinde gebelerin doğum öncesi alınan bakımdan beklenti düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Antenatal Bakım Beklenti ölçeğinden alınan puanlar genç, gebeliği döneminde aktif çalışan, gelir durumu fazla olan, ilk gebeliğini yaşayan ve gebe okuluna daha önce hiç katılmayan gebelerde beklentinin yüksek olduğunu göstermiştir.

Doğum Öncesi Hasta Beklentileri ölçeğinden alınan puanlar bir mesleğe sahip olan ve gelir durumu fazla olan gebelerde beklentinin yüksek olduğunu göstermiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Gebelerin doğum öncesi bakıma yönelik beklentilerini belirleyip karşılayabilmek için verilen bakım nasıl daha iyileştirilir ve geliştirilir gibi daha çok araştırmalar yapılması,
- Gebelerin sadece düzenli bir doğum öncesi bakım almaları değil, aynı zamanda antenatal dönemde gebelik, doğum ve doğum sonu süreçler hakkında bilgilendirilmeleri gebe takibinin rutin bir parçası olmalı ve yaygınlaştırılması, bu amaçla öncelikle sağlık personeli eğitici eğitimi kurslarıyla güncel bilgilerle donanması,
- Gebe okulu/ gebe eğitim kursu hizmeti/ gebe bilgilendirme sınıflarının doğum öncesi bakım yapılan ve imkanları müsait tüm sağlık birimlerinde kurulması ve düzenli olarak yapılması,
- Beklentilere etki eden diğer faktörlerin belirlenmesi için farklı anket formlarıyla birlikte uygulanması, beklentileri etkilediği tespit edilen faktörler ve bu faktörlerin ne şekilde etkilediği konusunda gebelere profesyonel bakım veren personelin bilgilendirilmesi önerilmektedir.

## 7.KAYNAKLAR

1. Doğum Öncesi Bakım Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2018.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 2011.
3. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığı Doğum öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2018. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>.
4. World Health Organization (WHO). Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017.URL: [https://www.who.int/gho/maternal\\_health/countries/tur.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/tur.pdf?ua=1), Erişim tarihi: 13 Ekim 2021
5. MacDorman MF, Mathews TJ, Mohangoo AD, Zeitlin J. National Vital Statistics Reports. U.S. Department Of Health And Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System 2014; 63.
6. WHO, Global Health Observatory (GHO) data, Maternal mortality country profiles. URL: [http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/mdg5\\_mm/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html).
7. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (2): 137-141, 2007.
8. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23 (1), 61-64, 2001.
9. Vural G. Doğum Eylemi. L. Taşkın (Ed.). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği : 275-303, 2012.
10. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S and Hauck Y. Pre and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women [Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Doğum Korku Düzeyleri ve Avustralya Kadın Kohortunda Doğum Sonuçlarıyla İlişkisi]. Journal of clinical nursing, (18), 667-77, 2009.
11. Landon- Malone K. A. (2013). Mothers' lived experiences of a second pregnancy, birth, and postpartum Period. (doctoral dissertation). The Chicago School of Professional Psychology, Chicago.
12. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve sağlık Kurumları Yönetimi, 2000.
13. Asibe Özkan; Gebeliğe Karar Verme, Fizyolojik Yakınmaları Algılama ve Eğitim gereksinimleri, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, Cilt:38 Yıl:2007 sayı :4.
14. Gurel SA, Gürel U, Balcan E. Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve

- Doğum sonu Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu,Perinatoloji Dergisi 2006;14(2) 21-27.
15. Süzen F. Evlenmek Üzere Olan Çiftlerin Kaygı Durumu ve Danışmanlık Gereksinimleri M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Y.Lisans Tezi,İstanbul,2003.
  16. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. (2016). Gebelik ve fetüs fizyolojisi. Sağlık Hizmetleri. Ankara. 1-17.
  17. Gökçimen A, Temel S. İmplantasyon ve moleküler etkileşimler. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 11(4):25-33, 2004.
  18. Coşkun M. Gebelikte Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 130 sayfa, İstanbul, 2016.
  19. Yates S. Pregnancy and Childbirth, 1. Edition, China, Elsevier Ltd, .2010: 367- 392.
  20. Sevil Ü, Ertem G. Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. İzmir, 2016; 123-124.
  21. Taşkın L. Gebelikte annenin fizyolojisi. L. Taşkın (Ed.). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (s. 85-105), 2016
  22. Çapık A, Apay ES, Sakar T. Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015, 18(3): 196-203.
  23. Catak B, İkısık H, Kartal SB, Oner C., Uluc HH, Segmen O.Evaluation of prenatal care in Istanbul: a population based study. Perinatal Journal 2012;20(3):126-134.
  24. WHO. The WHO Antenatal Care Randomized Controlled Trailmanual For The Implementation Of The New Model. In WHO Programme To Map Best Reproductive Health Practice. Geneva, 2002.
  25. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: World Health Organization; 2016.
  26. Güvenli Annelik Modülü T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gn. Md. Ankara, 2005.
  27. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 19 Şubat 2008 tarih ve 2008/13 sayılı Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi.
  28. Demirbaş H, Kadioğlu H: Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. MÜSBED: 4(4), 200-206, 2014.
  29. Pernoll M. L. (1994). Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis ve Tedavi, 1994
  30. UNICEF (2019). Antenatal care.Erişim; <https://data.unicef.org/topic/maternalhealth/antenatal-care/> Erişim tarihi 28.12.2019.
  31. Antenatal care in developing countries promises, achievements and opportunities, an

- analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001.
32. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*: 16(1): 9-12, 2007.
  33. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2013.
  34. Öner C, Catak B, Sütü S ve Kiliç S, Effect of Social Factors on Cesarean Birth in Primiparous Women: A Cross Sectional Study *Iran J Public Health*, DÖB Rehberi , Jun;45(6):768-73, 2018.
  35. Çatak B, Öner C, Gülay M, Baştürk S, Oğuz İ, & Özbek, R. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. *Türk Aile Hek Derg*, 18 (2): 63-69, 2014.
  36. Ha V, Bonner A.J, Jadoo J.K, Beyene J, Anand S.S. and Souza R.J, The effects of various diets on glycemic outcomes during pregnancy: A systematic review and network meta-analysis, *Plus One Call Your Papers Biodiversity Conservation*, Submit by December 12, 2017.
  37. Schwarzenberg S.J. and Georgieff M.K., Advocacy for Improving Nutrition in the First 1000 Days to Support Childhood Development and Adult Health, *Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, Feb;141(2). pii: e20173716. doi: 10.1542/peds.2017-3716. Epub 2018 Jan 22, 2018.
  38. Springer D., Jiskra J., Limanova Z., Zima T. and Potlukova E., Thyroid in pregnancy: From physiology to screening, *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, Volume 54, Issue 2, <https://doi.org/10.1080/10408363.2016.1269309>, 2017.
  39. Şirin A, Kavlak O, Kadın Sağlığı, İçerisinde; Taşpınar A, Normal Gebelik, 1. Baskı. İstanbul; Bedray Basım Yayıncılık, 2008; 2-465.
  40. Çakmakçı A, Eser E. “Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri: Bir Metodolojik Çalışma” *Hemşirelik Forumu*, 6(8-18), 2003.
  41. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008;3(9):157-172. 23. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: Halk sağlığı perspektifi. *Gazi Medical Journal*. 2012;23(3).
  42. Sezik HA, Can H, Kurnaz MA, Tuna M, Çakır YT, Ay Z: Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(4): 187-195, 2015.

43. Sütü S, Çatak B, Kılınç SA, Taşdemir AB, Dinç M, Ayaş H, Yıldırım A: Doğum öncesi bakımın neresindeyiz. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 21(5): 264-270, 2012.
44. Fortney JA. Implications of the ICD-10 definitions related to death in pregnancy, childbirth or the puerperium. World health statistics quarterly Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales. 1990;43(4):246-248.
45. Organization WH. The World health report: 2005: make every mother and child count. 2005.
46. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara
47. T.C. Sağlık Bakanlığı, Avrupa Komisyonu. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Hizmet Çerçevesi Raporu. 2004.[Erişim tarihi: 02.01.2018].
48. Güvenli annelik. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, <http://www.tapv.org.tr/ErişimTarihi:19.04.2018>.
49. Organization WH, Unicef. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. 2012.
50. Organization WH, Unicef. Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015.
51. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Social science & medicine. 1994;38(8):1091-110.
52. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Anne Ölümleri İzleme Programı 2016.
53. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014; 2014:144-45.
54. Yıldızoğlu İ, Ökten Ş. Gebelerin DÖB Hizmetlerinden yaralanma durumları. Hemşirelik Forumu Dergisi 2001; 4 (6):51-55.
55. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005: 5-7.
56. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002. (15.12.2018).
57. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Resmi Gazete

- 09.12.2014: Sayı: 25665. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>.  
Erişim Tarihi: 10.04.2017.
58. Kılıçarslan, S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi 3-48, 2008.
59. Durduran, Y., Bodur, S., Çakıl, E., Filiz, E. (2012). Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. Türkiye Dicle Tıp Dergisi, 39 (2): 227-233.
60. Türk Dil Kurumu. Erişim:10 Ocak 2019.
61. Ersanlı, C. İndüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda verilen eğitim ile dinletilen müziğin doğum sürecine etkisi. (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi. İstanbul, 2007.
62. Çalış G. Kadınların evde doğum deneyimlerinin betimlenmesi: Olgubilim çalışması. (Yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi. İzmir, 2009.
63. Gözükar, A. G. F., ve Eroğlu, K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 15(1), 32-46, 2008.
64. İsbir G. G ve İnci F. Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1(1), 29-40, 2014.
65. Şahin N., Dinç H. ve Dişsiz M. Gebelerde doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. Zeynep Kâmil Tıp Bülteni, 40(2), 57-62, 2009.
66. Demirsoy, G. ve Aksu, H. Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2(2) 36-45, 2015.
67. Güngör İ. Doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ),2009.
68. Yılmaz M, Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001, 5(2):69-74.
69. Makarem N, Paul J, Giardina EV, Liao M, Aggarwal B. Evening chronotype is associated with poor cardiovascular health and adverse health behaviors in a diverse population of women. Chronobiol Int. 2020 May;37(5):673-685.
70. Akbaş E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa Merkez Efendi

- Devlet Hastanesi, İstanbul, 2014.
71. Topaçoğlu H. (2002), Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Analizi, DEÜ Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İzmir, 2002.
  72. Tengilimoğlu D. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 2000.
  73. Papatya G., Papatya N., Hamşioğlu A.B., “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti” İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Cilt:2 Sayı:1, 2012.
  74. Artieta Pinedo I., Paz Pascual C., Grandes G., Remiro G.F., OdriozolaHermosilla I., Bacigalupe A., Thebenefits of antenatal education for the child birth process in Spain. Nursing Research, 2010.
  75. Erdemir A. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi (YLT) İstanbul, 2015.
  76. Peker O, Kavak OH, Demirel M ve ark. Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda memnuniyet oranları, 2012, 3(2):65-68.
  77. Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC ve ark. İstanbul ‘da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008, 21(1):33-49.
  78. Çelikkalp Ü, Temel M, Saraçoğlu GV, Demir M. Bir kamu hastanesinde yatan hastaların hizmet memnuniyeti, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2011, 6(17):1-14.
  79. Kaya S., Tengilimoğlu D., Işık O., Akbolat M., Yılmaz A, (Editör) Sıdıka KAYA Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını Eskişehir, 2013.
  80. Burçoğlu Karaca Ş. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Aydın, 2014.
  81. Omar A M, Schiffman R F, Bingham C R. Developmentand testing of the patient expectations and satisfaction with prenatal care instrument. Research İn Nursing & Health 2001; 24: 218-229.
  82. Goodman P, Mackey M C, Tavakoli A S. Factors related to childbirth satisfaction. Issues and Innovations İn Nursing Practice 2004; 46: 212-219.
  83. Harvey S, Rach D, Stainton M, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. Midwifery 2002; 18: 260-267.
  84. Dahlen H. G., Barclay L. M., & Homer C. (2008). Preparing for the first birth:

- Mothers' experiences at home and in hospital in Australia[İlk Doğuma Hazırlanma: Annelerin Evde ve Avustralya'da Hastanedeki Deneyimleri]. The Journal of perinatal education, 17(4), 21-32.
85. Jewell D, Sanders J, Sharp D. The views and anticipated needs of women in early pregnancy. BJOG. 2000;107(10):1237-1240. Accessed November 14, 2015.
86. Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;81(2):118- 125. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11942901>. Accessed December 21, 2015.
87. Douglas S, Cervin C, Bower KN. What women expect of family physicians as maternity care providers. Can Fam physician Médecin Fam Can. 2007;53(5):875-879, 874. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1949174&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Accessed December 21, 2015.
88. Heaman MI, Sword WA, Akhtar-Danesh N, et al. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14:188. doi:10.1186/1471-2393-14-188.
89. Turan JM, Nalbant H, Ortaylı N, Bulut A. Gebelik ve Doğum Hizmetlerinin Niteliğini Değerlendirme. C Ü Tıp Fakültesi Derg 25. 2003.
90. Kavaklı Geriş B, Apaydın Kaya Ç. Türk Kadınları İçin Gebelik Bakım Beklentisi Ölçeği, Metodolojik Çalışma, 2016.
91. Türkiye Cumhuriyeti Millî Eğitim Bakanlığı. (2012). Doğum Öncesi İzlem ve Bakım. Hemşirelik. Gebe Muayene Yöntemleri ve Gebe Bakımı, Ankara, 3– 22. Erişim: 03 Mayıs 2017.
92. Taşçı Turan E, Aydın A, Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 33 (3): 46-61, 2017.
93. Mucuk S., Güler N. (2002) Annelerin Doğum Sonu Dönemde Bakım Beklentileri ve Bu Beklentilerin Hemşireler Tarafından Karşılama Durumu, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Kayseri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.
94. Fadiloğlu Z.Ç., Özbayır T., Özsoy S.A., Saruhan A. (1990) Hastaların Hemşireleri Değerlendirmesi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, Atatürk Kültür Merkezi.
95. Kocaman G., Karayurt Ö., Özmen Ö., Yılmazmış F. (1993) Postoperatif

- Komplikasyonlar, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Uluslararası Kalite Maliyeti ve Hemşirelik Sempozyumu, Ege Üniversitesi Basımevi İzmir.
96. Okumuş H., Akçay H., Karayurt Ö. (1995) Bir Kalite Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Uluslararası Kalite Maliyeti ve Hemşirelik Sempozyumu. Ege Üniversitesi Basımevi İzmir.
  97. Galle A., Van Parys S., Roelens K., Keynart I. (2015) Women's Health Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent.
  98. Ünver H. Gebelerde egzersizin yaşam kalitesi üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Doç. Dr. Rukuye AYLAZ), 2014.
  99. Özvarış (1997) Halkın Sağlık Eğitimi, Toplum ve Hekim, 12 (79): 55-63. 34.
  100. Özmen D. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan hastaların beklentilerinin saptanması, II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, İzmir, 1999.
  101. Karadağ C, Köse Tuncer S. Gebelerin Doğum Öncesi Bakıma ilişkin Beklenti ve Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörler, 2019.
  102. Kavas T, Eliş Yıldız S. Gebelerde Doğum Öncesi Bakım Memnuniyetinin ve Hasta Beklentilerinin Stres Algısı Üzerine Etkisi, 2020.
  103. Bravo I, Noya M. Culture in Prenatal Development: Parental Attitudes, Availability of Care, Expectations, Values, and Nutrition. Child Youth Care Forum. 2014;43(4):521-538.
  104. Dağlar G, Nur N, Bilgiç D ve Aydın Özkan S, Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki, Çukurova Med J., 44(3):953-961,2019.
  105. Lagan B.M., Sinclair M., Kernohan W.G. Internet Use in Pregnancy Informs Women's Decision Making: A Web-Based Survey. Birth-Issues in Perinatal Care, 2010, 37: 106-115.
  106. Koyun A, Erbektaş G. Gebelikte İnternet Yoluyla Karar Alma Ölçeğinin Geliştirilmesi. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 2018, 12: 25-38.
  107. Bert F, Gualano MR, Brusaferrro S, et al. Pregnancy e-health: A multicenter Italian cross-sectional study on internet use and decision-making among pregnant women. J Epidemiol Community Health, 2013, 67:1013-1018.
  108. Atar Gürel S, Gürel H ve Balcan E, Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum

ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu, Perinatoloji Dergisi • Cilt: 14, Sayı: 2/Haziran, 2006.

109. Yılmaz E, Özkan S. Antenatal Gebe Eğitiminin Doğum ve Doğum Sonrası Dönem Üzerine Etkisi. 2019.
110. Şayık, D., Arı, S., Kaya, Y., Kaya Usta, E. (2109). Gebe Eğitiminin Anne ve Babanın Aksiyete, Depresyon Düzeylerine Etkisi. Osmangazi Tıp Dergisi. 41(1), 23- 41.
111. Sheen, K., Slade, P. (2018). Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. Journal of Clinical Nursing, 27(13-14): 2523- 2535.
112. Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A., Forslin, L. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. Midwifery, 11(3), 130-137.
113. Firouzbakht, M, Nikpour, M., Salmalian, H., Ledari, F.M., Khafri, S. (2013). The effect of perinatal education on Iranian mothers' stres and labor pain. Global Journal of Health Science, 6 (1): 61-68.

## BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**Araştırma Başlığı:** İzmir Merkez İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Gebelerin Antenatal Bakım Beklenti Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Sayın katılımcı,

Bu çalışmada; gebelerin aile hekimlerinden bakım beklentilerini belirlemede Antenatal Bakım Beklentileri Ölçeği'nin kullanılabilirliğini saptamak amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır.

Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

***Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.***

### **Gönüllünün:**

Adı:

Tarih:

Soyadı:

Telefonu:

İmza:

### **Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:**

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

### **Araştırma Yapan Araştırmacının:**

Adı: Hacer

Soyadı: AYDIN KOYUNSEVER

Tel: 0232 412 49 51

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği

Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

## GEBE TANITICI BİLGİ FORMU

Bu araştırma, gebelerin aile hekimlerinden bakım beklentilerini belirlemek için yapılan araştırmadır. Anket formundaki sorulara verdiğiniz cevaplar araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır. Bu nedenle isim yazmayınız. Lütfen her soru için size uygun seçeneği işaretleyiniz. Araştırmanın sonucu sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesine katkı sağlayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

**Anket no:**

**1.Yaşınız:**

**2. Eğitim durumu:**

- a) Okur yazar değil
- b) İlköğretim mezunu
- c)Ortaokul mezunu
- d)Lise mezunu
- e) Üniversite mezunu

**3.Meslek:**

- a) Ev hanımı
- b) Diğer (yazınız.....)

**4.Şu anda aktif olarak çalışıyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**5.Gelir durumu:**

- a) 2000 tl ve altı
- b)2000-4000 tl
- c)4000 tl ve üstü

**6.Gebelikten önce varolan hastalığınız var mıydı?**

- a) Yok
- b) Var (Yüksek Tansiyon, Şeker, Guatr.... Gibi)
- c)Diğer (yazınız.....)

**7.Gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalığınız var mı?**

- a) Yok
- b) Var (Yüksek Tansiyon, Şeker, Guatr.... Gibi)
- c)Diğer (yazınız.....)

**8.Gebelik planlı mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**9.Gebeliğin oluş şekli:**

- a) Doğal yollarla
- b) Yardımcı tedaviler (tüp bebek, aşılama gibi)

**10.Gebeliğiniz kaç haftalık?.....hafta**

11. Bu kaçınıcı gebeliğiniz? .....

12. Daha önce düşük yaptınız mı?

- a) Evet    b) Hayır

13. Daha önce kürtaj oldunuz mu?

- a) Evet    b) Hayır

14. Kendinizi anneliğe hazır hissediyor musunuz?

- a) Evet    b) Hayır

15. Gebelik takibi ve kontrollerinizi nerede yaptırıyorsunuz?  
fazla seçenek seçebilirsiniz)

(Birden

- a) Devlet hastanesi / üniversite  
b) Özel hastane / özel muayenehane  
c) ASM (sağlık ocağı)

16. Gebelik ve doğuma ilişkin bilgi aldığınız kaynaklar neler?  
seçenek seçebilirsiniz)

(Birden fazla

- a) Aile bireyi-komşu  
b) Sağlık personeli (doktor, hemşire, ebe)  
c) internet, kitap, dergi, tv  
d) Yok

17. Şu an veya daha önce gebelik dönemine ilişkin özel eğitim/gebe okulu/gebe eğitim kursu hizmeti aldınız mı?

- a) Evet                      b) Hayır

## Antenatal Care Expectations Scale (ACES)

### Antenatal Bakım Beklentileri Ölçeği (ABBÖ)

	Hiç Önemli Değil	Önemli Değil	Emin Değilim	Önemli	Çok Önemli
1. Gebelik ve doğum konusunda karşılaşılabilecek sorunlarla ilgili bilgilendirilmek isterim					
2. Doktorumun istenen tetkiklerin gerekliliği konusunda beni bilgilendirmesini isterim					
3. Takiplerimin ve doğumumun aynı doktor tarafından yapılmasını isterim					
4. Sıcak karşılanmak isterim					
5. Takiplerimde ruhsal durumumun da dikkate alınmasını isterim					
6. Yeni gelişen bir problem olduğunda sağlık personeline kolay ulaşmak isterim					
7. Doktorumun endişelerimi anlayıp beni rahatlatmasını isterim					
8. Taşıdığım risklerle ilgili bilgilenebilmek isterim					
9. Doktorumun aklımdaki soruları sorabilmem için zaman ayırmasını isterim					
10. Bilgilerimin gizli kalacağını bilmek isterim					
11. Olası doğum şekilleri hakkında detaylı olarak bilgilendirilmek isterim.					
12. Muayene ve doğum sırasında mahremiyetime dikkat edilmesini isterim.					
13. Doğum sonrasında bebeğimin sağlık takibinin nasıl yapılacağı konusunda önceden bilgilendirilmek isterim					
14. Ultrason yapılırken bebek görüntüsünün ve kalp seslerinin benimle paylaşılmasını isterim					
15. Bana karşı anlayışlı ve hoşgörülü davranılmasını isterim					
16. Doğumumun nerede yapılacağını önceden bilmek isterim					
17. Gebelikte yapmam ve sakınmam gerekenler hakkında bilgilendirilmek isterim.					

18. Doktorumun sorduğum sorulara yanıt vermesini isterim					
19. Her görüşmemde bebeğimin gelişimi ve sağlığı ile ilgili bilgi almak isterim					
20. Benimle anlayabileceğim bir dil ile konuşulmasını isterim					



**DOĞUM ÖNCESİ BAKIM MEMNUNİYETİ VE HASTA BEKLENTİLERİ ÖLÇEĞİ**

<b>HASTA BEKLENTİLERİ ÖLÇEĞİ</b>	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
<b>TAM BAKIM</b>					
1.İlk doğum öncesi ziyaretim için daha erken görülmeyi beklerim	1	2	3	4	5
2.Doğum öncesi ziyaretlerimin uzun sürmesini beklerim	1	2	3	4	5
3.Doğum öncesi ziyaretlerimin, kilo ölçümü ve bebeğin kalp sesi kontrolünden daha fazlasını içermesini beklerim	1	2	3	4	5
4.Doğum öncesi ziyaretlerim sırasında çok soru sormama gerek kalmadan bilgi almayı beklerim	1	2	3	4	5
<b>BAKIM VERENİN SÜREKLİLİĞİ</b>					
5.Doğum öncesi ziyaretlerimde düzenli olarak görebileceğim sağlık personelinin olmasını beklerim	1	2	3	4	5
6.Düzenli olarak gördüğüm sağlık personelinin bebeğimin doğumunda da olmasını beklerim	1	2	3	4	5
<b>KİŞİSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM</b>					
7.Sağlık personelimin fiziksel sağlığımın yanı sıra ruhsal olarak nasıl hissettiğimle ilgilenmesini beklerim	1	2	3	4	5
8.Sağlık personelimin fiziksel muayene sırasında kibar olmasını beklerim	1	2	3	4	5
9.Problemlerimi dinleyecek bir sağlık personelinin olmasını beklerim	1	2	3	4	5
10.Hastane personeline bir sorunumdan bahsettiğimde sorunumla ilgili yönlendirilmeyi beklerim	1	2	3	4	5
<b>DİĞER HİZMETLER</b>					
11.Sosyal hizmet uzmanının doğum öncesi bakımın parçası olmasını beklerim	1	2	3	4	5
12.Diyetisyenin doğum öncesi bakımın bir parçası olmasını beklerim	1	2	3	4	5