

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN
HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN
GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ GEBELİK DÖNEMİYLE İLGİLİ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN TESPİTİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hasan PİRDAL

SAMSUN – 2012

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN
HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN
GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ GEBELİK DÖNEMİYLE İLGİLİ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN TESPİTİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hasan PİRDAL

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÜNAL

SAMSUN – 2012

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Mustafa Ünal'a, tüm uzmanlık eğitimim boyunca gelişimime katkıda bulunan ve destekleyen Aile Hekimliği Anabilim Dalı'mızın diğer kıymetli hocalarına, tez çalışmam için desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Tayfun Alper'e, tezimin istatistiksel analizlerinin yapılmasında yardımını esirgemeyen Sayın Arş.Görv. Dr. Haydar Koç'a teşekkür ederim.

Tüm akademik eğitimim süresince çok anlayışlı davranan, desteklerini esirgemeyen kıymetli babama, anneme ve kardeşlerime teşekkür ederim.

Tez çalışmama katılan tüm anne adaylarına teşekkür ederim.

Samsun, 2012

Hasan Pirdal

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Giriş	1
1.2 Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 Gebelikte Takip Ve Bilgilendirmenin Önemi	6
2.1.1 Çağdaş Tıbbın Gebe Takip Standartları	8
2.1.2 Gebeleri Bilgilendirme	12
2.1.2.1 Gebelik Dönemi Hakkında Genel Bilgiler	12
2.1.2.2 Gebelikte Dikkat Edilmesi Gerekenler Hakkında Bilgiler	12
2.1.2.3 Gebelikte Tıbbi Uygulamalar Hakkında Bilgiler	13
2.2 Gebe Takibinin Tıp Etiği Boyutu	13
2.3. Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları Çerçevesinde Gebe Takibi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1 Araştırmanın Önemi ve Özgünlüğü	17
3.2 Araştırmanın Sınırlılıkları	17
3.2.1 Katılımcılarla İlgili Sınırlılıklar	17
3.2.2 Veri Toplama Aracıyla İlgili Sınırlılıklar	17
3.3 Araştırmanın Genel Nitelikleri	17
3.3.1 Araştırmanın Modeli	18

3.3.2 Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	18
3.3.3 Araştırmanın Yürütüldüğü Merkezler	18
3.3.4 Veri Toplama Aracı	18
3.3.5 Verilerin İşlenmesi Ve Değerlendirilmesi	19
3.4 Etik Kurul Onayı	19
4. BULGULAR	21
4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	21
4.2 Katılımcıların Obstetrik Anamnezi	25
4.3 Gebelikte Takip Ve Gebelik Süreci İle İlgili Olan Bilinç Düzeyi	35
4.4 Gebelik Esnasında Yapılan Laboratuvar İncelemeleri	51
4.5 Gebelik Süreciyle İlgili Bilgi Düzeyi	56
4.6 Gebelik İle İlgili Olarak Yeterli Bilgi Seviyesini Etkileyen Faktörler	56
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	72
6.1 Araştırma Hakkında Genel Bir Değerlendirme	72
6.2 Sonuçlar	72
6.3 Öneriler	74
7. KAYNAKLAR	76
8. EKLER	86
EK-1: Gebelerin Prenatal Bilgi Düzeyleri Tespiti Anket Formu	86
EK-2: OMÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan Alınan Yazılı İzin Belgesi	97
EK-3: Gönüllüler İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu	98

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablolar

Tablo 1.1 Vakaların yaş aralıkları

Tablo 1.2: Katılımcıların meslek grupları

Tablo 1.3: Vakaların eğitim durumları

Tablo 1.4: Vakaların eşlerinin meslekleri

Tablo 1.5: Vakaların eşlerinin eğitim durumları

Tablo 1.6: Vakaların eğitim durumları ile eşlerinin eğitim durumlarının karşılaştırılması

Tablo 1.7: Aylık ortalama hane geliri (TL)

Tablo 1.8: Vakaların sahip oldukları sosyal g¼venlik kurumları

Tablo 2.1: Gebelerin yaşadıkları gebelik, ¼l¼ doğum, yaşayan çocuk, k¼rtaj, doğum ve d¼ř¼k ortalama sayıları

Tablo 2.2: Çalışmaya katılan gebelerin yaşadıkları gebelik sayılarına g¼re grupları

Tablo 2.3: Vakaların yaptıkları canlı doğum sayılarına g¼re grupları

Tablo 2.4: Vakaların yaşayan çocuk sayıları

Tablo 2.5: ¼l¼ doğum yapan vakaların grupları

Tablo 2.6: Katılımcıların yaşayan çocuk sayıları

Tablo 2.7: Vakaların yaptıkları d¼ř¼k sayısına g¼re grupları

Tablo 2.8: Vakaların yaptıkları k¼rtaj sayısına g¼re grupları

Tablo 2.9: Vakaların geçirdikleri ortalama normal vaginal spontan doğum ile sezaryen operasyonu sayıları

Tablo 2.10: Vakaların geçirdikleri NSVD sayıları açısından grupları

Tablo 2.11: Vakaların geçirdikleri sezaryen operasyonu sayısı açısından gruplar

Tablo 2.12: Vakaların şu anki gebeliklerinde yaşadıkları ¼nemli sağlık sorunları

- Tablo 2.13: Vakaların daha önceki gebeliklerinde yaşadıkları sağlık sorunları
- Tablo 2.14: Vakaların sahip oldukları kronik hastalıklarının listesi
- Tablo 2.15: Vakaların gebelikleri ile ilişkisiz olarak sürekli kullandıkları ilaçlar
- Tablo 2.16: Gebelerin gebelik süreçleri ile ilgili olarak kendilerini ne kadar bilgi sahibi hissettikleri
- Tablo 2.17: Gebelikte oluşabilecek fizyolojik değişiklik hakkındaki bilgi düzeyi
- Tablo 2.18: Gebelikte sağlığın geliştirilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri
- Tablo 2.19: Gebelikteki sağlık takipleri hakkında gebelerin bilgi düzeyleri
- Tablo 3.1: Katılımcıların gebelik ile ilgili kullandıkları ilaçlar
- Tablo 3.2: Gebelerin takipleri sağlayan sağlık hizmeti sağlayıcılarının takip sıklığının ortalaması
- Tablo 3.3: Gebeleri takip eden sağlık profesyonellerinin takipleri ne sıklıkta yaptığı
- Tablo 4.1: Gebelerin ilk trimesterde yaptırdıkları laboratuvar tetkikleri ve fizik bakıların ortalama ve ortanca değerleri
- Tablo 4.2: Gebelerin ikinci trimesterde yaptırdıkları laboratuvar tetkikleri ve fizik bakıların ortalama ve ortanca değerleri
- Tablo 4.3: Gebelerin üçüncü trimesterde yaptırdıkları laboratuvar tetkikleri ve fizik bakıların ortalama ve ortanca değerleri
- Tablo 4.4: Gebelik haftası ile yapılan tüm laboratuvar ve fizik bakı tetkiklerinin karşılaştırılması
- Tablo 4.5: Vakaların ait oldukları bilgi düzeyine göre gruplanmaları
- Tablo 4.6: Oluşturulan regresyon modelinin geçerliliği
- Tablo 4.7: Oluşturulan regresyon modelinin sonuçları

Şekiller

Şekil 2.1: Gebelerin bilgi edinme aracı olarak televizyonu tercih etme grupları

Şekil 2.2: Gebelerin eğitim gruplarına göre bilgi edinme aracı olarak televizyonu tercih oranları

Şekil 2.3: Gebelerin bilgi edinme aracı olarak yazılı basını tercih etme grupları

Şekil 2.4: Gebelerin eğitim durumlarına göre yazılı basından bilgi edinmeyi tercih oranları

Şekil 2.5: Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak interneti tercih etme grupları

Şekil 2.6: Gebelerin eğitim durumlarına göre bilgi edinme aracı olarak interneti tercih oranları

Şekil 2.7: Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak interneti tercih etme grupları

Şekil 2.8: Gebelerin eğitim durumlarına göre bilgi kaynağı olarak yakın çevreyi tercih oranları

Şekil 2.9: Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak ebeyi tercih etme grupları

Şekil 2.10: Gebelerin eğitim durumlarına göre bilgi edinme yolu olarak ebeyi tercih oranları

Şekil 2.11: Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak aile hekimini tercih etme grupları

Şekil 2.12: Eğitim durumlarına göre gebelerin bilgi edinme yöntemi olarak ebeyi tercih oranları

Şekil 2.13: Takiplerini aile sağlığı merkezinde gerçekleştiren vakaların oranı

Şekil 2.14: Takiplerini doğum evinde gerçekleştiren gebelerin oranı

Şekil 2.15: Takiplerini özel muayenede yaptıran gebelerin oranı

Şekil 2.16: Takiplerini özel hastanede yaptıran gebelerin oranı

Şekil 2.17: Takiplerini üniversite hastanesinde yaptıran gebelerin oranları

SİMGELER VE KISALTMALAR

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

OMÜ: Ondokuz Mayıs Üniversitesi

NSVD: Normal Spontan Vajinal Doğum

İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

DM: Diyabetes Mellitus

EMR: Erken Membran Ruptürü

HT: Hipertansiyon

ABY: Akut Böbrek Yetmezliği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MR: Mental Retardasyon

Gh: Growth hormon

HBV: Hepatit B Virüsü

SLE: Sistemik Lupus Eritematosus

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

TKS: Tam Kan Sayımı

TİT: Tam İdrar Tahlili

TORCH: Toksoplazmozis, Rubella, Sitomegalovirüs, Herpes Simpleks Virüs

FMF: Familial Mediterranean Fever

Gebelerin Doğum Öncesi Gebelik Dönemiyle İlgili Bilgi Düzeylerinin Tespiti ÖZET

GİRİŞ: Yapılan çalışmalar, anne adaylarının gebeliğe ilişkin yeterli bilgileri olduğunda ve profesyonel bakım aldıklarında olumlu, mutlu ve sağlıklı bir gebelik geçirdiklerini göstermektedir. Bu çalışma anne adaylarının gebelik dönemiyle ilgili bilgi düzeylerini ve bu bilgileri edinirken kullandıkları kaynakları tespit ederek daha güvenli bir gebelik dönemi geçirmek için gebeleri bilgilendirmek amacıyla neler uygulanabileceğini bulmak için yapılmıştır. Tez çalışmamız kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma 1.5.2011- 31.10.2011 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelere yapılmıştır. Araştırmanın evrenini gebelik haftası fark etmeksizin 18-50 yaş arası gebeler oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 315 gebe örnekleme alınmıştır. Bu vakalarla daha sonra yapılandırılmış bir anket ile yüz yüze görüşülmüştür. Elde edilen veriler SPSS 11,0 programı ile bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistiksel olarak incelenmiştir. .

BULGULAR: Çalışmamıza katılan gebelerin %54'ünün 26-35 yaş grubunda, %34,9'unun ilkokul mezunu olduğu ve % 74,6'sının ev hanımı olduğu,, gebelerin %33,3'ünün ilk, %25,1'inin ikinci, %20,6'sının üçüncü gebelikleri olduğu ve büyük çoğunluğunun (%68,6) gebeliklerini istediği belirlenmiştir. Yüksek okul ve üzeri eğitime sahip olan anne adaylarının gebelik dönemi hakkında bilgi edinmek için interneti daha çok kullandıkları görülmüştür. Ayrıca gebelerin yaşları arttıkça, evlilik yılı arttıkça, kendilerinin ve eşlerinin eğitim seviyesi yükseldikçe, ortalama hane geliri arttıkça katılımcıların gebelikle ilgili bilgilerinin arttığı saptanmıştır.

SONUÇ: Gebelik dönemi, özellikle ilk gebeliğini yaşayan anne adayları için bilinmezlerle dolu bir dönemdir. Gebelerin bu dönem hakkında bilgilendirilmeye ihtiyacı ve hakkı vardır. Sağlık profesyonelleri gebeleri bu dönem hakkında bilgilendirirken sosyodemografik özelliklerine uygun bir şekilde iletişim becerileri kullanmalı ve bu becerileri geliştirmeye çalışmalıdır. Çalışmamızda gebelerin birçok bilgi kaynağından faydalandığı görülmüştür. Gebelere mümkün olduğu kadar farklı kaynaklardan bilgi ulaştırılması gebelerin bilgi, düzeylerinin artışına fayda sağlayabilir.

ANAHTAR KELİMELER: *Gebelik, Sağlığın Geliştirilmesi, Takip, Gebe Sağlığı*

ABSTRACT

To Identify the Knowledge Level of the Pregnant Women before Birth

SUMMARY

INTRODUCTION: Many studies reveal that many women have a pleasant and healthy pregnancy period when they have enough knowledge about pregnancy period and professional follow-up. The aim of this study is to detect the level of knowledge of the pregnant women before they give birth and the source of their knowledge in order to find of what can be done in order to improve this knowledge. Our study is designed as cross-sectional study.

MATERIAL AND METHOD: Our study is held between 1.5.2011 and 31.10.2011 in Ondokuz Mayıs University Medical Faculty Department of Gynecology and Obstetrics. The study universe was consisted of the pregnant women regardless of their pregnancy week between 18-50 ages. 315 pregnant women who had been accepted to join the study are selected as study sample. We surveyed these cases with face to face interviews according to a structured questionnaire. The findings have been processed with SSPS 11.0 version to the computer and statistically investigated.

RESULTS: The 54% of the cases that are included in our study are between 26-35 ages while 34,9% of them had elementary school education, 74,6% of them are housewives, 33,3% were in their first, 25,1% were second and finally 20,6% of them were in their third pregnancy. Women who had university education mostly preferred internet as a knowledge source. The knowledge of the pregnant women about pregnancy increased with their age, marital time, their' and their spouses education level and main house income.

CONCLUSIONS: The pregnancy is a period of unknowns for women especially who experience their very first one. The pregnant women need and have right to get knowledge about this period. The health professionals must use proper communication skills and improve these skills. We have identified that pregnant women use many knowledge sources. To provide knowledge from many different sources may improve the knowledge levels of the pregnant women.

KEYWORDS: *Pregnancy, Health Promotion, Follow-up, Obstetric Health*

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Giriş

Gebelik izlemi, gebeliğin planlanması aşaması ile başlayan, sağlıklı sürdürülüp sorunsuz bir şekilde doğumu amaçlayan, gebeye gerekli tıbbi, psikolojik ve sosyal desteği doğru, dikkatli ve akılcı uygulamalarla gerçekleştiren kapsamlı bakım sürecidir (1).

Gebelik ilerledikçe doğum, bebeğin sağlığı ve anneliğe ilişkin kaygılar ortaya çıkar. Bebeğin zedelenmesi ve ölümüne ilişkin ya da kendi sağlığına ilişkin korkular, yaşanan fiziksel huzursuzluğu daha da artırır (2). Gebelik ve doğum eylemi fizyolojik ve doğal bir olay olmasına karşın, bu süreçte anne ve bebeğin yaşamını tehdit edebilecek bir takım patolojik olaylar görülebilir ve bunlar anne adayının fizyolojik ve psikolojik durumunu olumsuz etkileyebilir (3). Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, hem kadın hem de erkeklerin %80'inden fazlasının doğumla ilgili bazı korkulara sahip oldukları bulunmuştur. Kadınlar en çok önemsedikleri sıraya göre, malformasyonlu ya da yaralanmış, incinmiş bir bebeğe sahip olmaktan, operasyonlu doğumdan, yabancı bir ortamda yalnız kalmaktan, herhangi bir şeyi yanlış yapmaktan ve doğumun nasıl olacağı ile ilgili belirsizliklerle karşı karşıya kalmaktan kaygı duyduklarını ifade etmişlerdir (4).

Gebelik doğal bir süreçtir ve özellikle ilk kez bu deneyimi yaşayan kadın için bilinmeyenlerle dolu bir dönemdir. Bu dönemde gebenin vücudunda alışık olmadığı bazı anatomik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Doğal sürecin sağlıklı takibi ve gerekli tıbbi bakım için her gebenin rutin olarak bazı fizik bakı ve laboratuvar tetkikleri ile değerlendirilmesi kadar, sağlık danışmanlığı rolü de sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilmelidir (5). Anne adayları fiziksel yönde olduğu kadar duygusal yönden de desteklenmelidir. Gebelik süresince yapılan fetüs sağlığının değerlendirilmesine yönelik testler öncesinde ve sonrasında sağlık personeli tarafından anne adaylarına yapılan açıklamaların, onların korku ve endişelerinin azalması yönünde etki gösterdiği görülmüştür. Yapılan çalışmalar, anne adaylarının gebeliğe ilişkin yeterli bilgileri olduğunda ve profesyonel bakım aldıklarında olumlu, mutlu ve sağlıklı bir gebelik geçirdiklerini göstermektedir (2, 6, 7). Bu bağlamda hasta haklarına paralel bir haklar dizisi olarak “gebe hakları” gündeme gelmektedir. Gebe haklarının neler olduğunun bilinmesi gebelik sürecinin tıbbi takibi açısından önemlidir (5). İnsan hakları beyannamesinde yer alan üreme hakları içerisinde kadının, gebelik dönemini ve

doğumunu güvenli koşulda gerçekleştirmesini sağlayacak uygun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi yer almaktadır (8, 9).

Gelişen modern tıp felsefesi, hasta koşulları ve tercihleri ile mevcut en iyi kanıtların birleşmesi, klinisyen kararlarının kalitesini geliştirmek için kullanılmasıdır. Sağlık profesyonelleri ile olan ilişkide birey edilgen bir rolden uzakta aktif bir şekilde kendi sağlığı üzerinde söz sahibidir. Gebelik söz konusu olduğunda ise amaç, gerek gebelik süresince gerçekleşen fizyolojik ve anatomik bir dizi değişimler hakkında gebeleri bilgilendirmek, gerekse de yapılan bir dizi test ve muayeneyi anlamalarını sağlamaktır. Gebelerin aldıkları bakımı etkin şekilde standardize edebilmek için uzun zaman gayret harcanmıştır. Gelişen bilim ve toplum ihtiyaçlarının şekillendirdiği bu süreç genelde her ülkenin kendine has bir yaklaşım geliştirmesi (vizite sayısı, fizik bakı ve laboratuvar tetkikleri ve danışmanlık) sonucunu doğurmuştur. Ülkemiz içinde gerek Sağlık Bakanlığı gerekse de Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği'nce asgari gebe bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla bazı takip planları oluşturulmuştur (10). Bu planlarda gebe bakımı verecek kişilere verecekleri hizmetin sıklığı, zamanı, içeriği ve danışmanlık yapılacak konular ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Gebe kadın sağlık profesyonelleri ile tıbbi ilişki içinde olmalıdır. Çünkü gebelik her ne kadar kadın hayatında doğal bir süreç olsa da, bu dönemde vücudun normal anatomik ve fizyolojik durumunda bazı farklılıklar ortaya çıkar. Bu bağlamda hasta haklarına paralel bir haklar dizisi olarak “gebe hakları” gündeme gelmektedir. Gebe haklarının neler olduğunun bilinmesi gebelik sürecinin tıbbi takibi açısından önemlidir (5).

Hasta hakları bağlamında ‘bireyin kendi sağlığını koruyup geliştirmesi hususunda bilinçlendirilmesi ve kendi sağlığı ile ilgili anlayabileceği şekilde eksiksiz bilgi alma hakkı’ doğrultusunda hasta eğitimi, hekimin temel görevleri arasındadır (11). Beraberinde hastalıkların da olabileceği, bilinmeyenlerle dolu bir dönem olan gebelikte de ilgili sağlık profesyonelleri tarafından gerekli tıbbi aydınlatmalar yapılmalıdır. Sağlık profesyoneli, kadının gebelik dönemi ve gebelik takip düzenlemeleri hakkında aydınlanmasını sağlamalı; ona rutin kontrollerde yapılan işlemler, beslenme, egzersiz, seyahat etme, demir preparatı-folik asit gibi destekleyici ilaçları kullanma, fetüsün büyüme ve gelişmesinin değerlendirilmesi için yapılan uygulamalar, doğum şekilleri ve doğum eylemi hakkında bilgilendirmelidir (1, 5).

Günümüzde tıbbi bilgiler ve teknolojiler hızlı bir şekilde gelişip yenilenirken sağlık profesyoneli-gebe ilişkisinde de önemli değişimler olmaktadır. Tıp etiğiyle ilgili olarak gerçekleşen önemli bir değişim tıp etiği temel ilkelerinden, “özerklik ve özerkliğe saygı”nın önem ve öncelik kazanmasıdır. Bu ilke sağlık profesyoneli karşısında, hastanın bireysel değerlerini ön plana çıkarmaktadır. Hastayla ilgili tıbbi kararları alırken sağlık profesyonelleri, hastanın bireysel değerlerine dikkat etmekle yükümlüdür. Bireyin, gerek tıbbi müdahaleler konusunda bilgilenme, gerekse de kendi tercihini ve kararını belirleme hakkı vardır (5).

Sağlık profesyonelleri günümüzde geleneksel tıp anlayışının paternalist yaklaşımından sıyrılmalı, hastanın kararlarına ve istemlerine saygılı olmalı, onları dikkate almalıdır (8, 9). Gelişmekte olan ülkelerde uygulanan doğum öncesi bakım programları, genellikle gelişmiş ülkelerdekilerden uyarlanarak ve yerel şartlara göre de bazı değişiklikler yapılarak uygulanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde gebe bakım programları etkili bir şekilde yürütülememekte, sağlık merkezlerinde teknik donanımın yetersiz olması ve muayene için uzun bekleme sürelerinin harcanması, gebelerin hizmet alımını olumsuz şekilde etkilemektedir. Sonuç olarak gebelik döneminde alınması gereken gebe bakım hizmetlerinin yetersizliği söz konusu olmaktadır (12).

Sağlık profesyonellerine önemli bir değer olan insan sağlığı emanet edilmiştir. Sağlık profesyoneli ile sorunlarını çözmek için çalıştığı insan arasındaki ilişkinin, kuvvetli bir etik boyutta olması mutlaktır (13, 14).

Ülkemiz ölçeğinde günümüzde bir saptama yaparsak, gebelerin aldığı doğum öncesi bakım hizmetleri aksamaktadır. Bunun sebebinin gebelik sürecindeki bilgilendirme konusunda henüz beklenen ölçüde gelişme sağlanamadığı olduğunu söylemek mümkündür. Doğum öncesi bakım sürecinde sağlık eğitimi alma hakkının yeterince kullanılmadığı ve polikliniklerde yürütülen uygulamalarda bazı sıkıntıların olduğu bilinmektedir (15). Gebelerin bilgi edinmek için soru sormaktan çekinmesi ve sorulan sorulara cevap verebilecek yeterli sağlık profesyoneli bulunmaması, gebenin doğru ve güncel bilgi alma olanağını oldukça kısıtlayarak sağlıkta yaşanan bir dizi etik sorunun ortaya çıkmasında da etkili olmaktadır.

Ülkemizde gebe eğitimi genellikle gebenin doğum öncesi gebelik bakımı hizmeti aldığı doktor ve ebe tarafından klinik bilgilendirme tarzında verilmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaygın biçimde uygulanmakta olan doğum öncesi eğitim sınıfları ile

bilgilendirme, Türkiye’de sınırlı sayıdaki merkezlerin dışında pek yapılmamaktadır (16).

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm projesi uyarınca ülkemizde birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının başlaması ile bu durum değişmeye başlamıştır. Aile hekimliği uygulaması ilk olarak Düzce ilinde ve 2005 yılında başlamıştır. Samsun 2007 yılında aile hekimliği uygulamasına dâhil olmuştur. Tüm Türkiye’de 2010 yılı sonunda birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Artık resmen her gebeden sorumlu bir doktor ve bir ebe bulunmaktadır. Gebe takipleri yetersiz yapıldığında doktorlar ve yardımcı sağlık personelleri performans kesintisi ile cezalandırılmaktadır. Bu bağlamda ASM’ler gebe kadınlara gebelik, doğum, lohusalık ve emzirme konularında bilgi vermekle sorumludur (17).

Bunun pratik uygulamaya tam olarak yansıdığını söylemek zordur. Tez çalışmasına başlarken yola çıkış noktası, ülkemizde gebelik döneminde verilen bakım ve tıbbi müdahaleler konusunda yapılan bilgilendirmenin yetersiz kaldığı yolundaki genel gözlemlerdir. Bu bağlamda takip edilmekte olan gebelerden ne ölçüde bilgilendirildikleri konusunda veri toplanması ve ortaya çıkan sonuçların ilgili sağlık profesyonellerinin dikkatine sunulması ön görülmüştür. Bilgilendirilme hakkı ve hasta özerkliği, tıp etiğinin temel güncel konularındandır (9).

1.2 Araştırmanın Amacı

Tezin genel bilgiler bölümünde gebe takip standartları ile bunların etik ve klinik değerlendirmeleri ele alınmıştır. Etik değerlendirmede konu gerek tıp etiği temel ilkeleri çerçevesinde gerekse de insan hakları, sağlık hakkı, hasta hakları çerçevesinde irdelenmiştir. Klinik değerlendirmede ise standart tıbbi işlemler ve bunlar hakkında bilgi araştırılması üzerinde durulmuştur. Gereç ve yöntem bölümünde araştırmanın amacı, sınırlılıkları, araştırmanın genel nitelikleri yer almaktadır. Tezin bulgular kısmında, anket formuyla derlenen veriler, sözel ifadeler ve tablolar halinde sunulmuştur. Bu bulgular tartışma bölümünde konuyla ilgili literatürdeki güncel bilgiler, temel bilgiler ve tez sahibinin görüşleri devreye sokularak değerlendirilmiştir. Tezin son bölümünde varılan sonuçlar ve geliştirilen öneriler yer almaktadır.

Tez çalışmasının amacı, ilk olarak gebelerin gebelik ve gebeliğin tıbbi takibi süreci hakkında ne ölçüde bilgilendirildiğini saptamak; ikinci olarak gebeliği izleyen sağlık profesyonellerinin bilgi verme derecelerini belirlemek; üçüncü olarak da gebelerin hangi bilgi kaynaklarını, ne ölçüde kullandıklarını tespit etmek, çağdaş tıbbın

ve tıp etiğinin gerektirdiği bilgilendirme görevi çerçevesinde bir durum değerlendirmesi yapmak ve nihayet ilgili sağlık profesyonellerine yönelik öneriler oluşturmaadır.

2. GENEL BİLGİLER

Gebelik, yüzyıllar boyu anne, baba ve diğer aile üyeleri için sevinç kaynağı olan doğal bir süreç olarak algılanmıştır (18, 19). Gebelik gerçekleştiğinde kadının hem ruhsal durumunda hem de vücudunda dramatik değişiklikler olmaktadır. Duygu durumunda birdenbire neşelenme, kızgınlık, pişmanlık ve ciddi üzüntü gibi dalgalanmalar olabilmektedir (19).

Gebeliğin doğal ve tıbbi bir süreç olmasının yanı sıra önemli bir kültürel boyutu da vardır. Farklı yüzyıllarda ve farklı kültürlerde gebenin toplumsal statüsü, gebeye yönelik tıbbi ve tıp dışı uygulamalar değişik biçimlerde ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda, günümüz ve ülkemiz ölçeğinde, çağdaş bilimsel tıp anlayışına göre gebeliğe yaklaşım ve gebe takibi hakkındaki alt konulara geçmeden önce, gebelik takibi tarihçemizden birkaç bilgi notuna yer vermek uygun olacaktır. Osmanlı döneminde zamanın ebelerinden birinin gebe ve yakınları tarafından seçilmesi ve gebe takibine başlamak üzere tutulması söz konusu olmuştur. Seçilen ebe'nin görevleri, gebeyi düzenli aralıklarla ziyaret etme, doğum tarihini tahmin etme, doğumun olması beklenen hafta gebenin yanında bulunma biçiminde sıralanmaktadır (20).

Türkiye'de gebelik dönemiyle ilgili standart hizmetlerin belirlenmesi 1930'ların sonuna doğru gündeme gelmiştir (12). Ülkemizde özellikle son 20 yılda gebe bakım hizmetleri doğum yardımı vermek biçimindeki sınırlı bir destek vermenin ötesine geçmiş; bir dizi karmaşık uygulamayı içeren bir nitelik kazanmıştır (20).

Doğum öncesi takiplerde, gebelik süreci ve doğumun sorunsuz gerçekleşmesi amaçlanır. Bu bağlamda anne ve fetüsün düzenli olarak kontrol altında tutulması gerekir. Gebelik sürecinde annede ve fetüste hastalık, ya da başka risklerin bulunup bulunmadığının saptanabilmesi için gerekli testler düzenli biçimde uygulanmalıdır (21). Bilinmeyenlerle dolu gebelik döneminin son üç ayında yaşanabilen korku ve endişe, yeterli düzeyde bilgilendirme yapılması ve doğum öncesi takibin sağlanmasıyla ortadan kalkmakta; gebe bu dönemi daha bilinçli ve daha rahat olarak karşılayabilmektedir (20).

2.1. Gebelikte Takip Ve Bilgilendirmenin Önemi

Tüm dünyada her yıl yaklaşık 500.000-600.000 arasında kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Milyonlarca kadında ise gebeliğe bağlı çeşitli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Ölümlerin ve sağlık

sorunlarının büyük çoğunluğu az gelişmiş ülkelerde olmaktadır (22, 23). Gebelerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi ilkeleri kapsamında doğum öncesi özel bakım verme, çağdaş obstetride geç başlamış bir uygulamadır. Birinci basamakta sağlık hizmeti sunan doktorlar, kadınlara gebe kalmadan önce, daha sağlıklı yaşam tarzını seçmek konusunda danışmanlık yaparak, kronik hastalıklarının tedavisine yardım ederek, aşılarını güncelleyerek fetüs ve anne sağlığına büyük katkıda bulunabilirler. Günümüzde gebelik döneminde sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakım hizmetlerinin anne bebek ölümlerini azalttığı kanıtlanmıştır (24, 25)

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Ekim 2004-Aralık 2006 tarihleri arasında yürüttüğü Ulusal Anne Ölümleri Çalışması sonuçlarına göre anne ölümlerinin % 24,9'u doğum öncesi-sırası-sonrası kanama nedeniyle, % 21,2'si dolaylı nedenlerle, % 18,4'ü ise gebelik zehirlenmesi nedeniyle gerçekleşmiştir. Gebelik-doğum-loğusalık sürecinde gerçekleşen anne ölümlerinin % 25,5'inde doğum öncesi bakımın hiç alınmamasının, % 23,6'sında düşük kaliteli doğum öncesi bakım hizmeti alınmasının etken olduğu saptanmıştır. Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'nın tamamlanmasının ardından Anne Ölümlerini İzleme Programı kapsamında Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan Anne Ölümleri Veri Sistemi ile 81 ilden 2007 yılı Ocak ayından itibaren veri toplanmaya başlanmıştır. Bu ulusal veri sisteminden elde edilen bilgilere göre anne ölüm oranı 2007 yılı için yüz binde 21,3 iken, 2008 yılı içinde yüz binde 19,4 olarak belirlenmiştir. Bu oranlar, Türkiye'nin dâhil olduğu Dünya Sağlık Örgütü yüksek-orta gelir grubu ülkeleri arasındaki en düşük oranlardır. Sağlık Bakanlığının Stratejik Planında, 2012 yılında ülkemizde anne ölüm hızının yüz binde 10'un altına düşürülmesi hedeflenmektedir. Bu sonuçlar her dört anne ölümünden birinin, yeterli ve nitelikli doğum öncesi bakım hizmeti verilmesi ile önlenebileceğini göstermektedir (26).

Gebelik takiplerinin amacı kadınların daha sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmeleri ve daha sağlıklı bebeklere sahip olmalarını sağlamaktır. Bu amaçla gebelere sağlık profesyonelleri tarafından, gebelik sürecinde düzenli aralıklarla muayene yapılır ve bu muayene sonrasında bulunduğu gebelik ayına göre önerilerde bulunulur (27).

2008 yılında yapılan Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA 2008) verilerine göre, kadın katılımcıların % 92,2'si son gebeliklerinde en az bir kez bir sağlık profesyoneline doğum öncesi kontrol yaptırmıştır. Diğer bir deyişle, hiç bakım almayan

gebelerin oranı % 7,8'dir. Doğum öncesi bakım hizmetini dört kez ya da daha fazla sayıda alma oranı sadece % 73,7'dir (28).

Çağdaş standartlara göre doğum öncesi bakımın yeterli kabul edilmesi için; ilk kontrolün gebeliğin ilk üç ayı içinde yapılması, bir sağlık profesyoneli tarafından takip edilmesi ve gebelik süresince en az dört kez kontrol olması gerekmektedir (29).

2.1.1. Çağdaş Tıbbi Gebe Takip Standartları

Gebe takibinde belli standartlar bulunur. Bu standartlar gebeye ve fetüse yönelik olmazsa olmazları da içinde taşır. Gebe takip standartları, tıbbi olmanın ötesinde dünyada ve ülkemizde yasalara ve bildirgelere de konu olmuştur. Standartların uygulanmasında değişik sağlık kurumları arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların nedeni olarak sağlık profesyonellerinin gebelik dönemine bakış açısındaki farklılıklar ve hizmet veren sağlık kuruluşlarının olanaklarındaki farklılıklar olarak görülmektedir.

Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (International Confederation of Midwifery) tarafından oluşturulan uluslararası ebeler etik kodu, ebelerin ortak tutumlarını ve değerlerini yansıtmaktadır. Etik kod içeriğinde hastaların mahremiyetini korumak ve onlarda güven oluşturmak için onları bilgilendirmek de yer almaktadır. Ebe, ana-çocuk sağlığı konusunda kadınlara her koşulda fizyolojik, psikolojik, duygusal ve düşünsel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde yaklaşmalıdır (30).

Kanada'da doğum öncesi takibinde ebelerin yetkileri ve sorumlulukları çerçevesinde, gebelik döneminde ilk yedi ay ayda bir kez, sekizinci ayda iki haftada bir kez ve son ayda da her hafta ev ziyareti yapmak yer almaktadır. Ev ziyaretlerinin 45–60 dakika sürmesi, fizik muayene, tansiyon ölçme, fetüs kalp sesi dinleme ve fundus yüksekliğinin saptanması gibi uygulamaları içermesi gerekmektedir. Ebe gebeye; beslenme, egzersiz, doğum seçenekleri ve gebenin ilgi duyduğu her konuyu tartışmaktadır (31).

Fransa'da doğum öncesi bakımda ebelerin yetkileri ve sorumlulukları arasında; gebeliği saptama, gebelik takibi, gerekli incelemelerin yapılması, normal gebenin kontrolü, süreç konusunda rehberlik, yol gösterme ve bilgi verme yer almaktadır. Gebenin 34. haftaya kadar, kendisinin belirlediği aile hekimi tarafından tıbbi takibi yapılır. Sağlık profesyonelleri tarafından düzenli olarak yapılan ev ziyaretleri, gebelerin tıbbi ve psikolojik gereksinimleri bakımından daha uygun ve

olumlu sonuç verici olabilmektedir. Fransız ebelerin altıncı, yedinci ve sekizinci aylarda ev ziyareti yapmaları zorunludur (31).

Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'nin Kadın Sağlığı Hizmetleri başlıklı 179. maddesi, sağlık kurumuna başvuran gebeler ve loğusalara, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği standartlara uygun hizmet verilmesini öngörmektedir. Bu standartlar kapsamında; (1) riskli gebelikleri tespit etme ve bu konuda bakanlıkça belirlenen tedbirleri alma, (2) bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti verme, (3) kadın sağlığı ve ana-çocuk sağlığı gibi konular hakkında danışmanlık, bilgilendirme ve eğitim hizmetleri verme, gebelere bağışıklama hizmeti verme, kadın sağlığı konusunda verilen diğer görevleri yapma yer almaktadır (32).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın doğum öncesi bakım protokolünde, gebe kadınların gebelikleri boyunca en az dört kez muayene edilmesi, kontrol zamanları ve sayısının gebenin ve gebeliğin özelliklerine göre planlanması, ilk gebeliklerin takibine mümkün olduğunca erken başlanması gerektiği vurgulanmaktadır (24, 25). Bu protokolün içeriğini gözden geçirmek uygun olacaktır:

Birinci gebelik kontrolü gebeliğin ilk 14 haftası içerisinde yapılmalı ve süresi en az yarım saat olmalıdır. Gebenin kişisel bilgileri, mevcut gebeliği ve daha önceki gebelikleri de içeren tıbbi öyküsü sorgulanıp kaydedilmelidir. Gebeye ayrıntılı fizik muayene, laboratuvar testleri; kan grubu tayini, tam kan sayımı veya hemoglobin-hematokrit ölçümü, idrar tahlili, gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler, yapılacak bağışıklama ve verilecek ilaç desteği, gerekli durumlarda tedavi düzenlemesi yapılmalıdır (1, 33).

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan doğum öncesi bakım rehberinde, tüm bu uygulamalar hakkında gebeleri bilgilendirmenin gerekliliği önemle vurgulanmaktadır. Gebe kadın özellikle, gebeliğe bağlı olağan yakınmalar olan; yorgunluk, sık idrara çıkma, mide yanması, mide bulantısı, kusma, kabızlık, baş dönmesi, bacaklarda kramplar, varis, hemoroid, nefes darlığı, memelerde hassasiyet, meme başında belirginleşme, kolostrum salınımı, aşırı tükürük salgılanması, ciltteki değişiklikler, toprak ya da gıda olmayan başka maddeleri yeme hakkında bilgilendirilmelidir (1, 33).

Gebeye; çalışma koşulları, yapması gereken fiziksel aktiviteler, beslenme, gebelikte cinsel yaşam, genel vücut bakımı, hijyen, ağız ve diş sağlığı, alkol-sigara kullanımı ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, yapılması gereken aşılarda danışmanlık verilmelidir (1, 33).

Gebelikteki tehlike işaretleri olan; vajinal kanama, sara nöbeti gibi kasılmalar, görmede bozulmaya eşlik eden baş ağrısı, ateş veya aşırı güçsüzlük, şiddetli karın ağrısı, sık solunum, nefes darlığı, eller-yüz-bacaklarda şişme, hızlı kilo alımı konularında gebenin bilgilendirilmesi çok önemlidir (1, 15, 33).

İlk görüşmede ayrıca gebeyle beraber ailesi de acil durumlar ve bu durumlarda neler yapmaları hakkında bilgilendirilmeli, fetal anomaliler, gebelik takibi ile ilgili tahlil ve tetkikler, postpartum aile planlaması danışmanlığı, emzirme gibi doğum sonrası ile ilgili konular hakkında bilgi verilmelidir (1, 32, 33).

İkinci kontrol gebeliğin 18-24. haftaları (tercihen 20-22. haftaları) arasında, üçüncü kontrol ise gebeliğin 30-32. haftaları arasında yapılmalı, her ikisinde de süre en az 20 dakika olmalıdır. İlk kontrolde yapılanlar gebeyi değerlendirme ve ona eğitim verme açılarından tekrarlanmalıdır (1, 33).

Dördüncü kontrol, gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapılmalı, süresi 20 dakika olmalıdır. Önceki kontrollerden farklı olarak bu görüşmede özellikle gebelikte tehlike işaretleri, doğum eylemiyle ilgili hususlar, doğumun nerede ve kim tarafından yaptırılacağı, emzirme ve postpartum aile planlaması konuları üzerinde durulmalıdır. Kırkıncı gebelik haftasına kadar doğum eylemi başlamazsa, doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna hemen başvurulması gerektiği önemle vurgulanmalıdır (1, 33)

İlk kontrol konusunda batı standardı, muayeneyi ve değerlendirmeyi gebelik gerçekleşmeden önce yapma şeklindedir. Ancak ülkemizde bu düzen fazla benimsenmiş değildir (1, 33, 34). OMÜ Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın geliştirdiği ve uyguladığı gebe takip protokolü şöyledir; takibe gebe kalma şüphesi uyandıktan sonra başlanmaktadır. Birinci kontrol, gebelik tespit edildikten hemen sonra gerçekleştirilmektedir. Bu kontrolde muayenenin yanı sıra biyokimya incelemesi, hemogram, toksoplazmozis, kızamıkçık, sitomegalovirüs, herpes simpleks taraması, kan grubu tespiti, tam idrar tetkiki yapılmaktadır. Gebe, gebeliğe bağlı olağan yakınmaları ve merak ettiği konular hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmekte ve danışmanlık hizmeti almaktadır. Danışmanlık hizmeti, sonraki tüm kontrollerde de devam etmektedir.

İkinci kontrol, 11-14. gebelik haftasında yapılmakta, ilk ultrasonografi incelemesi, bu incelemede ense kalınlığı ölçümü, ikili test uygulaması (beta human koryonik gonadotropin ve gebelikle ilgili plazma proteini düzeylerinin belirlenmesi) bu kontrolde gerçekleşmektedir.

Üçüncü kontrol, 16-19. gebelik haftasında yapılmakta, ense kalınlığı veya ikili test sonucu kuşku uyandıysa üçlü test (alfa fetoprotein, beta human koryonik gonadotropin, estradiol ölçümleri) uygulanmaktadır.

Dördüncü kontrol, 18-19. gebelik haftasında yapılmakta, ultrasonografi eşliğinde anomali taraması yapılmaktadır.

Beşinci kontrol, 22-24. gebelik haftasında yapılmakta, ultrasonografi muayenesinde kardiyak yapı incelenmekte, 50 gramlık glukoz tolerans testi uygulanmaktadır.

Altıncı kontrol, 24-28. gebelik haftasında yapılmakta, rutin ultrasonografi izlemi çerçevesinde amniyotik mayi incelenmektedir.

Yedinci kontrol, 28-32. gebelik haftasında yapılmakta olup altıncı kontrolün aynısıdır.

Sekizinci kontrol, 34. gebelik haftasında yapılmakta, ilk non-stres test yapılmaktadır.

Dokuzuncu kontrol, 36. gebelik haftasında yapılmakta, rutin ultrasonografi kontrolü ve non-stres test uygulanmaktadır.

Onuncu kontrol, 38. gebelik haftasında yapılmakta, ultrasonografi eşliğinde amniyotik mayi tespiti yapılmakta ve non-stres test uygulanmaktadır.

On birinci ve on ikinci kontrol, 39-40. gebelik haftasında gerçekleşmekte, onuncu kontrolde yapılan işlemler tekrarlanmakta ve ilaveten doğum eylemi başlangıç belirtilerinin varlığı denetlenmektedir. Ayrıca, ilk kontrolden sonuncuya kadar olan her kontrolde gebelik dönemine ait bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir.

Perinatoloji Derneğinin standart gebe takip modeline göre ise kontrol sayısı 11 olmalı; konsepsiyon öncesi muayene de eklenebilecek olursa 12'ye çıkmalıdır. Bu kontrollerde aşılama, danışmanlık, tarama ve eğitim uygulamaları yapılmaktadır. Bu uygulamalar OMÜ Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ndeki kontrollerde yapılan uygulamalarla paralellik göstermektedir. İkinci ve daha sonraki gebeliğini yaşayan kadınlarda kontrol sayısı yedi ile sınırlandırılabilir (12). Bu sınırlandırma OMÜ Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği'nde benimsenmemiştir.

Dünya Sağlık Örgütü gebe kadınları, bazı özel sağlık durumları nedeniyle rutin gebe takibi gerektiren gebeler ve özel bakım gerektiren gebeler olmak üzere iki grupta toplamaktadır (34). Örgüt, özellikle olanakları sınırlı ülkelerde sadece rutin gebe takibini gerektiren gebelerde kontrol sayısının dörde kadar düşürülebileceğini

bildirmektedir. Bu kontrollerde; ağırlık ve boy ölçümleri, kan basıncı ölçümü, anemi testi, idrar tetkiki yapılmasını, bakteriüri ve proteinüri araştırılmasını önermektedir (34).

2.1.2. Gebeleri Bilgilendirme

Daha önce de belirttiğimiz gibi gebe takip sürecinde görüldüğü gibi, bilgi verme ve danışmanlık hizmeti sunma her kontrolde gündeme gelen önemli bir konudur. Bilgi aktarımı gebe ile sağlık profesyoneli arasında daha iyi bir iletişim kurulmasına yardım etmekte, olabilecek sorunları daha başarılı denetlemeyi ve daha güvenli bir gebelik dönemi geçirmeyi sağlamaktadır (1).

Sağlık profesyonelinin, gebeyi; doğum öncesi bakımda yapılması gerekenler hakkında bilgilendirmesi; onu beslenme, egzersiz, seyahat etme, ilaç kullanma (demir ve folik asit preparatları), takip düzeni, fetüsün büyüme ve gelişmesi, doğum eylemi ve doğum şekilleri hakkında aydınlatması gerekmektedir (1, 32, 33).

2.1.2.1. Gebelik Dönemi Hakkında Genel Bilgiler

Gebeye aktarılması gereken gebelik dönemi hakkındaki genel bilgileri, gebelik döneminde ortaya çıkan bedensel değişiklikler ve tıbbi takiple ilgili olanlar şeklinde iki ana gruba ayırabiliriz (35).

İlk grupta, gebelik döneminde genel durum ve vücut fonksiyonları değişmelerinin; özellikle memelerdeki değişikliklerin, saçlarda incelme ve dökülmenin, saçlı deride kepeklenme olasılığının, dişlerde çürüme ve diş etinde kanama riskinin arttığı anlatılması gerekmektedir. Gelişmesi muhtemel durumlar ve bu durumlarda neler yapması gerektiğinin gebeye tam olarak anlatılması, onun bilmekten kaynaklanan iç rahatlığına kavuşmasının ötesinde, sorunları erken fark etmesine de olanak sağlar (35).

İkinci grup bağlamında aktarılması gereken bilgilerin başlıcaları ise, muayenelerin düzenli aralıklarla yapılması gerektiği ve önemi, normal doğum eylemi ve sezaryen operasyonudur. Bu verilen bilgiler, gebe ile onu takip eden sağlık profesyoneli/sağlık kurumu arasında aksamadan işleyen verimli bir ilişkinin oluşmasına yardım eder (35).

2.1.2.2. Gebelikte Dikkat Edilmesi Gerekenler Hakkında Bilgiler

Gebelik döneminde aktarılması gereken bilgilerin önemli bir kesimini gündelik hayatta yer alan hususlar oluşturmaktadır. Bu çerçevede verilmesi gereken bilgiler,

egzersiz ve yürüyüş yapmanın gerekliliği ve düzeni; banyo yapma sıklığı ve şekli; iç çamaşırını değiştirme düzeni; gebelikte cinsel yaşam; meme bakımı ile son trimesterde emzirmeye hazırlık olarak yapılması gerekenler; ödem olasılığı ve alınması gereken önlemler; varis olasılığı ve alınması gereken önlemler; dengeli beslenme ve önemi; bulantı-kusma görülme zamanı ve önlemek için yapılması gerekenler; ideal ağırlık artışının önemi, 8 kg altı ve 16 kg üstü artışların riskler taşıdığıdır (25, 35).

Gebenin karşılaşılabileceği riskli durumlar ve alabileceği önlemler çerçevesinde başlıca konular; genital bölge temizliği ve genital bölge enfeksiyonları, gebelik zehirlenmesinin özellikleri ve olasılığını arttıracılabilecek sebepler, erken doğumun özellikleri ve olasılığını arttıracılabilecek sebepler, riskli gebelikte cinsel yaşamdır (25, 35).

Gebelik sürecinde temizlik kuralları ve ilaç kullanımı hakkında verilmesi gereken bilgilerin başlıcaları şunlardır: demir-folik asit preparatlarını alma zamanı, sürekli kullanılan ilaçlarda alım düzeni değişikliği, kullanılmaması gereken diğer ilaçlar, tetanoz aşısının önemi ve yapılma takvimi. Bu konular hakkında bilgi verilmesi, riskin gerçekleşmesi durumunda erken fark etmeyi ve gereken önlemleri almayı sağlamanın yanı sıra gebenin gereksiz kaygılara kapılmasını önlemektedir (1, 25, 35).

2.1.2.3. Gebelikte Tıbbi Uygulamalar Hakkında Bilgiler

Gebelikte tıbbi uygulamalar bağlamında bilgi verilmesi gereken başlıca konular; toksoplazmozis, kızamıkçık, sitomegalovirüs, herpes simpleks taraması, ultrasonografi, rutin kan tetkiki, rutin idrar tetkiki, ikili test, üçlü test, amniyosentez, nonstres testtir. Gebelere bu testlerin önemi, uygulama nedeni ve ne zaman yapılacağı hakkında bilgi verilmelidir (35).

2.2. Gebe Takibinin Tıp Etiği Boyutu

Tıp etiğinin temel ilkelerinden biri olan özerklik ve özerkliğe saygı çerçevesinde, tıbbi ilişkinin hasta aleyhine oluşunun giderilmesine yönelik olarak, öncelikle hastaya bilgi verilmesi ve onun kararlara ortak edilmesi, hastanın yapılacak uygulamalar konusunda son sözü söyleme hakkının esas alınması söz konusudur. Tez konusu bağlamında öncelikle gündeme gelen etik konular, “özerklik ve özerkliğe saygı” ile onun bir alt başlığı olarak da müstakil bir ilke olarak da değerlendirilebilen “bilgilendirme ve onam alma”dır. Bu bağlamda, bu başlık altında tıp etiğinin gebe takibindeki yeri ve önemine değineceğiz (37, 38).

Etik, insanın toplumsal ölçekte gerçekleştirdiği ve başkalarını etkileyen sonuçları olan davranışları/eylemleri/yapıp-etmeleri ve bunları biçimlendiren düşünme süreçleri ile ilgilidir (36,37,38). Sağlık profesyonellerine insan sağlığı yani yüksek bir değer emanet edilmiştir. Bu bağlamda, sağlık profesyoneli ile sorunlarını çözmeye yöneldiği insan arasındaki ilişkinin, ağırlıklı bir etik boyutunun olması kaçınılmazdır (13, 14, 39).

Beauchamp ve Childress adlı iki Amerikalı biyoetikçinin önerdikleri dört ilkeli şemada (1) özerk olma ve başkalarının özerkliğine saygı gösterme, (2) yarar sağlama, (3) adil olma, (4) zarar vermeme yer almaktadır (40, 41). Bilgilendirme ve onam alma, sır saklama, yaşama saygı gösterme, özgecilik, dürüstlük, mahremiyete saygı duyma, ayrımcılıktan kaçınma, dayanışma, ihtisasa saygı duyma da hemen akla gelen diğer tıp etiği ilkeleridir (37).

Günümüzün sağlık profesyonelleri, tıbbi ilişkinin seyrini belirlemede hastanın bireysel değerlerini, geçmişteki meslektaşlarına göre daha fazla öne çıkarmaktadır (38, 42). Tıp etiği temel ilkeleri, kuralların genel çerçevesini oluşturmanın yanı sıra, kurala bağlanmamış durumlarla ilgili karar vermelerde de yol gösterici olmaktadır (43, 44).

Özerklik ve özerkliğe saygı insan haklarıyla yakından ilişkilidir (44-47). Bu ilke, hem kişinin kendi yapıp edecekleri, hem de kendisine yapılıp edilecekler konusunda özgürce, kendi değerlerine dayanarak kararlar vermesi ve uygulamaların verdiği kararlar doğrultusunda gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlanabilir (48, 49). Günümüzde hastaların yaygın beklentisi, sağlık profesyonellerinin geleneksel paternalist anlayıştan sıyrılıp, hastanın kararlarına ve isteklerine saygılı olmalarıdır (50, 52).

Bilgilendirme ve onam alma süreci, özerklik ve özerkliğe saygı ilkesinin önemli bir yansımasıdır (42). Bu yaklaşım doğrultusunda hastanın kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin süresi, kapsamı, yararları, istenmeyen muhtemel sonuçları, alternatifleri hakkında anlayabileceği biçimde bilgi verilmeli, bu bilginin ışığında hasta; uygulama hakkındaki son kararı vermelidir (40, 42, 53, 54). Özerkliğe saygı ilkesi, bilgiyi hastayla dürüstçe ve eksiksiz paylaşmayı, tıbbi sürecin yönünü belirleme konusunda onunla tam bir işbirliği yapmayı, onun sırlarını korumayı içermektedir (8, 55). Sağlık profesyonelleri gebenin özerk davranmasını desteklemeli ve en son kararı kendisinin vermesi gerektiğini açıkça ifade etmelidir. Gebelerin sağlık profesyonellerinden beklentileri arasında en çok istenilenlerden birinin bilgilendirilme olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (16, 56).

2.3. Sağlık Hakkı Ve Hasta Hakları Çerçevesinde Gebe Takibi

1948’de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde bireylerin doğuştan getirdikleri reddedilemez ve devredilemez haklarının olduğu, açıkça ifade olunmuştur (57, 58). Bildirgede yaşam hakkı insanın en temel hakkı olarak kabul edilmiştir (57). Bu nitelikleriyle sözleşme, hukuk ya da diğer haklara nazaran daha üstün ve önceliklidir (59).

İnsanın yaşama hakkının başlıca türevlerinden biri olan sağlık hakkı, sağlığın korunması, onarılması ve geliştirilmesi ile ilgili düzenlemeleri öngörür. Sağlık hakkının türevi olan hasta hakları ise tıbbi hizmetleri hastanın gereksinimlerine ve beklentilerine odaklanan bir yaklaşımla kurala bağlar (37, 60).

Etik bağlamında olmuş ya da olası bir eylem tartışılırken, yasalar değil temel değerler referans alınır. Böylesi tartışmalardan elde edilen sonuçlar, yasanın öngördüğü düzenlemeyle kimi zaman bağdaşırlar, kimi zaman da çelişirler (61, 62). Tartışılan konu hakkında yasal bir düzenleme yoksa yasama gücü için bir öneri niteliğini taşırlar. Çağdaş hukukun etik tartışmalar üzerinden oluşturulması ona daha yüksek bir geçerlilik ve saygınlık kazandırır (63, 65).

Gebelik kesinlikle bir hastalık değil, tıbbi takibi gerektirir bir dönemdir. Gebelerin gerek sağlık kurumları gerekse sağlık profesyonelleri karşısında bir takım hakları vardır ve bu haklar hasta haklarıyla büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 17. maddesi “Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” demektedir. Bu maddede yer alan “rıza” kavramı aracılığıyla, anayasa bir anlamda hasta özerkliğine saygı ilkesini kapsamına almıştır. Sağlık profesyonelinin uyguladığı her şeyi, hastanın bilmek istemesi doğal ve insan hakkıdır (66). Bilgilenme hakkı, bilgi almama hakkını da kapsar ve düşünce özgürlüğü kapsamında değerlendirilmelidir (67, 68).

Genellikle uluslararası ölçekte olup gayri resmi platformlarda hazırlanan tıbbi bildirgelerin çoğu tıp etiği açısından referans özelliğindedir (69, 70). Dünya Perinatal Tıp Birliği tarafından 24 Eylül 2001’de oluşturulan anne ve yenidoğan hakları hakkındaki Barselona Bildirgesi de buna örnektir. Barselona Bildirgesi’ne göre her gebe kendisini ve fetüsü etkileyecek tanı ve tedavi amaçlı uygulamalarla ilgili karar mekanizmalarında yer alma hakkına sahiptir. Bildirgeye göre yaşamla bağdaşmayacak şekilde anomalili bir fetüs taşıyan gebe bir kadının, gebeliğini sürdürme ya da eğer

isterse kendi ülkesinin yasal sınırları içinde gebeliğini sonlandırma hakkı vardır (71, 72). Bu bildirgenin anne hakları hakkındaki ikinci maddesine göre her kadının üreme sağlığı, gebelik, doğum ve yenidoğan bakımı konusunda yeterli eğitim ve bilgi alma hakkı vardır. Sağlık profesyonelleri ve sağlık kuruluşları, doğum öncesi bakımın bir parçası olarak gebeye ve eşine bu eğitimi vermek zorundadır (71, 72). Bildirgeye göre; her kadının uygulanabilir perinatal tanı işlemleri hakkında yeterli bilgi edinme ve bağımsız karar verme hakkı vardır (71, 72).

Bildirgede ayrıca bütün kadınların emzirmenin yararları ile ilgili bilgilendirilme hakkı; bebeğin ve kendilerinin beslenme ve giyinme biçimi hakkında kendileri için kültürel önem taşıyan unsurları talep etme hakkı; plasentanın kullanımı konusunda karar verme hakkı; ilaç bağımlılığı ya da farklı medikososyal sorunları olan gebe kadınların özel yardım programları alma hakkı; bütün kadınların gizlilik hakkı da yer almaktadır (71, 72).

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’nin 179. maddesinde ana-çocuk sağlığı merkezlerinde gebelik süreci ile ilgili olarak verilecek hizmetler şöyle sıralanmıştır: Merkeze başvuran kadınlara, gebelere ve loğusalara bakanlığın belirlediği standartlara uygun hizmet vermek; riskli gebelikleri tespit etmek, bu konuda bakanlıkça belirlenen tedbirleri almak, bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek; kadın ve ana sağlığı gibi konular hakkında bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermek; doğum sonrası ve düşük sonrası aile planlaması hizmetlerini tanıtmak ve uygulamak; gebelere bağışıklama hizmeti vermektir (32).

Üreme sağlığı kavramı kapsamında insanların üreme yeteneklerini sürdürmesi; bu yeteneklerini ne sıklıkla ve ne zaman kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri bulunması yer almaktadır. Bu kavram hem kadını, hem de erkeği kapsar (73, 74). Ancak üreme sürecinin önemli bölümünün kadının bedeninde olması; loğusalık, doğum ve emzirme işlevlerini biyolojik olarak kadınların üstlenmesi sebebiyle kadınlar üreme sürecinden daha fazla sorumludur (73, 74).

Türkiye’de Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hizmet Standartları Hizmet Alan Hakları ve Hizmet Sunan Gereksinimleri 2005-2015 Eylem Planı’nda da bilme hakkına değinilmiştir. Buna göre hizmet için başvuranların genel sağlık, üreme sağlığı ve cinsel sağlık hakkında doğru, ihtiyaçları için uygun, açık ve anlaşılır bilgi edinme hakları vardır (75).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Önemi Ve Özgünlüğü

Türk tıp etiği literatüründe gebe kadınların bilgilendirilme hakkı ve özerkliğine saygı konusunda yapılmış bir çalışmaya ulaşamamıştır. Bununla beraber, büyük ihtimalle her kadın, gebelik dönemi boyunca yaşadığı olağan değişiklikler ve kendisine yapılacak tıbbi uygulamalarla ilgili bilgilendirilme ihtiyacı duymaktadır. Çoğu kadının gebelik ve gebeliğin takibi süreçleriyle ilgili yeterince bilgilendirilmemeye bağlı, bilinmeyen korkusu ve kaygı yaşamakta olduğu söylenebilir.

Bu çalışma, gebelik sürecini bir bütün olarak ele alarak konulara yaklaşmasıyla; gebelik sürecinde “gebenin bilgilendirilme” konusunu irdelemiştir. Bu irdeleme bağlamında, özgün bir araştırma yürütülmüş, gebelerle görüşülerek veri toplanmış, sağlık profesyonellerinin bilgilendirme konusundaki verimlilikleri bu verilerdeki yansımalar üzerinden değerlendirilmiştir. Tez çalışması bağlamında yeni bir konu, bilinen bir yöntemle ele alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları, ilkinde katılımcılarla ilgili olanların, ikincisinde ise veri toplama aracıyla ilgili olanların yer aldığı iki alt bölüm halinde aşağıda yer almaktadır:

3.2.1. Katılımcılarla İlgili Sınırlılıklar

Araştırma yalnızca OMÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine ilk kez başvuran veya halen takip edilen 18-50 yaş arası; araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler ile sınırlıdır.

3.2.2. Veri Toplama Aracıyla İlgili Sınırlılıklar

Araştırmada elde edilen veriler; hasta dosyası inceleme, hasta kayıtları elektronik bilgi sistemi, tez çalışması için düzenlenen veri toplama formundaki 37 soruyla ve çalışma hakkında bilgi aldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların cevaplarıyla sınırlıdır. Daha önce hakkında dosya ya da bilgi-belge kaydı olmayanlarda, gebenin ve yakınının ifadeleri esas alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Genel Nitelikleri

Çalışmamız çerçevesinde yürütülen araştırmanın modeli, verilerin elde edildiği evren ve örneklem, veri toplama aracı, verilerin işlenmesinde, çözümlenmesinde, analizinde kullanılan istatistiksel teknikler hakkındaki bilgiler aşağıdaki gibidir:

3.3.1. Araştırmanın Modeli

Tez çalışması çerçevesinde kesitsel araştırma yürütülerek veri toplanmıştır.

3.3.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Tez çalışmasının temel dayanağını oluşturan araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü dönemde Samsun ili ve çevre illerinden gelip OMÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıklarına ilk kez başvuran veya halen takipli gebeler meydana getirmektedir.

Araştırmanın örneklemini ise, OMÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne 31.05.2011 – 31.10.2011 döneminde ilk kez başvurmuş veya daha önce de takip edilen 18-50 yaş arası, 315 gönüllü gebe oluşturmaktadır.

3.3.3. Araştırmanın Yürütüldüğü Merkezler

Araştırmanın yürütüldüğü OMÜ Tıp Fakültesi Samsun ili Atakum ilçesinde bulunmakta olup tüm il merkezine, ilçelere ve çevre illere hizmet vermektedir. OMÜ Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nün kendine özgü nitelikleri; mekân özellikleri ve koşulları ile personel durumları hakkında ayrıntılı bilgiler aşağıda yer almaktadır:

OMÜ Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda on öğretim üyesi ve onyedisi asistan olmak üzere toplam 27 doktor bulunmaktadır. Poliklinik hizmetlerinde öğretim üyeleri ve asistanların çalışma düzeni; haftada üç gün üç öğretim üyesi ve dört asistan, haftada iki gün iki öğretim üyesi ve dört asistan, haftada bir gün bir öğretim üyesi ve bir asistan görev yapacak şekilde dönüşümlü olarak gerçekleştirilmektedir. Dört hemşire ise sürekli olarak poliklinik biriminde çalışmaktadır. Bu birimde özel olarak görevlendirilmiş gebe takip odası bulunmamakta olup tüm hasta gruplarına karma olarak hizmet verilmektedir. Odalarda toplam dört ultrason cihazı bulunmaktadır. Birim içinde non-stres test uygulamasına ayrılmış bir oda ve oda içinde iki adet non-stres cihazı mevcuttur. Odaların her birinde birer asistan ve hemşire, öğretim üyesinin süpervizyonu altında muayene olmak için başvuran gebelerle ilgilenmektedir. OMÜ Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde günde 40-50 gebe muayene edilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde yaygın bir uygulama olan doğum öncesi eğitim sınıfları OMÜ Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nde bulunmamaktadır.

3.3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada ele alınan değişkenlere ait verilerin toplanması, tez çalışması için düzenlenen veri toplama formundaki 37 soru ile yapılmıştır. Tanımlayıcı türde olan anketin soruları literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Hazırlanan

anket formları on gebeye dağıtılarak ön uygulama yapılmış, sorular üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra asıl anket uygulamasına geçilmiştir.

Katılımcı adaylarına araştırma hakkında kapsamlı bilgi verilmiş ve anket formu sadece katılmayı kabul edenlere uygulanmıştır. Anket soruları katılımcıların mahremiyetlerine özen gösterilerek ve yüz yüze görüşme yapılarak araştırmacı tarafından okunmuş, gebelerin açık uçlu cevapları ve seçimleri de kendi ifadeleriyle kaydedilmiştir.

Anket formu dört bölümden oluşmaktadır.

- İlk bölümde tanımlayıcı kişisel bilgiler, sosyodemografik özellikler yer almaktadır.
- İkinci bölümde, obstetrik hikaye,
- Üçüncü bölümde gebelik hakkında genel bilgileri, gebelik sırasında olağan bedensel değişiklikler ile gebenin dikkat etmesi gerekenler ve kendisine yapılacak uygulamalar hakkındaki bilgileri sorgulanmıştır.
- Dördüncü bölümde gebelikle ilgili bilgileri hangi kaynakları ne ölçüde kullanarak edindikleri ve gebelik sürecindeki tıbbi uygulamalar hakkında bilgilerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

Hem gebelikle hem de gebelik takibiyle ilgili sorular aracılığıyla, bir yandan mevcut bilgilendirilme düzeyinin saptanması, diğer yandan gebelerin bilgi alma ve sağlık profesyonellerinin bilgi verme ile ilgili yaklaşımlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Kullanılan anket Ek 1 olarak izlenebilir.

3.3.5. Verilerin İşlenmesi Ve Değerlendirilmesi

Derlenen bilgilerin işlenmesi bağlamında, kavramsal analizin yanı sıra SPSS (Social Package Statistical Science) 11.0 for Windows paket programı da kullanılarak niceliksel değerlendirme yapılmıştır. Niceliksel değerlendirmede istatistiksel yöntemlerden yüzde ve ki-kare analizi yapılmış ve iki oran karşılaştırmasında Z testi kullanılmıştır. Kritik anlamlılık seviyesi olarak $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.4. Etik Kurul Onayı

Tez çalışmasındaki araştırma, katılımcıların gönüllülüğü koşuluna bağlı bir veri toplama formu uygulaması biçimindedir. Bununla birlikte, uygulamanın katılımcıların tıbbi hizmet almakta olduğu duyarlı grup olarak nitelenebilecek bir durumda

bulunduğu sırada yapılması bakımından, proje aşamasında etik kurul değerlendirmesinden geemesi uygun görülmüştür. Araştırma projesi OM Tıp Fakültesi Etik Komisyonu'nun 26.05.2011 tarihli ve 2011/316 Karar numaralı kararla araştırma etiği açısından uygun bulunmuştur. Etik Kurul Kararı Ek 2'de izlenebilir.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri

Yaş

Çalışmamıza katılan toplam 315 vakanın yaş gruplarına göre dağılımı aşağıda Tablo 1.1’de gösterilmiştir. Hastalarımızın ortalama yaşı $29,4 \pm 6,0$ (en düşük 18, en yüksek 43 yıl) idi. Buna göre vakalarımızın büyük çoğunluğunu 26-35 yaş grubu oluşturmuştur. Bu grupta 171 gebe bulunmakta olup tüm gebelerin %54,3’ünü oluşturmaktadır. Medeni durum değerlendirildiğinde çalışmamıza dâhil olan 315 gebenin tamamı evlidir

Yaş Aralığı (yıl)	Sayı	%
18–25	83	26,3
26–35	171	54,3
36–44	61	19,4
Total	315	100,0

Eğitim Yılı Ve Meslek Durumu

Vakalarımızın evlilik yılları ortalama $6,7 \pm 5,71$ (en az en çok) olarak saptanmıştır. Katılımcıların meslekleri değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu, ikinci sırada ise öğretmenlerin bu grubu takip ettiği izlenmektedir. Çalışmaya dahil olan vakaların meslek grupları Tablo 1.2’de gösterilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımına bakıldığında en küçük grubu % 2,5 ile okuryazar olmayanlar oluştururken, en büyük grubu %20,6 ile yüksek okul ve üzeri eğitim görenler oluşturmuştur. Vakalarımızın eğitim durumları Tablo 1.3’te gösterilmiştir.

Tablo 1.2: Katılımcıların meslek grupları		
	Sayı	%
Ev hanımı	235	74,6
Öğretmen	16	5,1
Hemşire	13	4,1
İşçi	13	4,1
Sekreter	7	2,2
Teknisyen	6	1,9
Özel Sektör	6	1,9
Doktor	4	1,3
Kamuda memur	3	0,9
Serbest meslek	3	0,9
Biyolog	2	0,6
Mühendis	2	0,6
Mimar	2	0,6
Kimyager	1	0,3
Çiftçi	1	0,3
Öğrenci	1	0,3
Toplam	315	100,0

Tablo 1.3: Vakaların eğitim durumları		
	Sayı	%
Okuryazar değil	8	2,5
Okuryazar	2	0,6
İlkokul	110	34,9
Ortaokul	68	21,6
Lise	62	19,7
Yüksek okul ve üzeri	65	20,6
Toplam	315	100,0

Katılımcıların %36,5'nin eşinin işçi, %17,8'nin memur olduğu görülmektedir. Katılımcıların %74,9'u çalışmıyorken %23,2'si ise çalışıyor olarak bulunmuştur. Benzer şekilde katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımına bakıldığında en küçük grubu %1 ile okuryazar olmayanlar oluştururken en büyük grubu %24,8 ile yüksek okul ve üzeri eğitim görenler oluşturmuştur. Vakalarımız'ın eşlerinin meslekleri Tablo 1.4'te, eğitim durumları Tablo 1.5'te gösterilmiştir.

	Sayı	%
İşçi	115	36,5
Memur	56	17,8
Çiftçi	26	8,3
Serbest meslek	66	21,0
Özel sektör	46	14,6
Asker	4	1,3
Emekli	1	0,3
Teknisyen	1	0,3
Toplam	315	100,0

	Sayı	%
Okuryazar değil	3	1,0
İlkokul	91	28,9
Ortaokul	57	18,1
Lise	86	27,3
Yüksek okul ve üzeri	78	24,8
Toplam	315	100,0

Vakalarımızın eğitim durumları ile eşlerinin eğitim durumları karşılaştırıldığında genelde eşlerin eğitim gruplarının uyumlu olduğu izlenmektedir

Tablo 1.6: Vakaların eğitim durumları ile eşlerinin eğitim durumlarının karşılaştırılması

		Gebelerin eğitim durumu				Toplam
		İlkokul	Orta okul	Lise	Yüksek okul ve üzeri	İlkokul
Gebe eşlerinin eğitim durumu	İlkokul	60	15	5	1	81
	Orta okul	17	27	13	0	57
	Lise	24	20	29	13	86
	Yüksek okul ve üzeri	6	6	15	51	78
Toplam		107	68	62	65	302

Aynı hane içinde yaşayan birey sayısı değerlendirildiği zaman bir hanede ortalama $3,6 \pm 1,9$ kişinin (en az 2 en çok 17) yaşadığı izlenmektedir. Ortalama hane geliri incelendiğinde, vakaların kendi beyanları uyarınca en büyük grubu aylık 501 ile 1000 Türk Lirası arası gelir sahibi olanlar oluşturmuştur. Aylık hane gelirlerine göre vaka grupları aşağıda Tablo 1.7’de verilmiştir. Katılımcıların % 79.4’ü kentlerde, % 20.6’sı da kırsalda yaşamaktadır.

	Sayı	%
0-500	29	9,2
501-1000	117	37,1
1001-2000	87	27,6
2001-3000	43	13,7
3001 ve üzeri	39	12,4
Toplam	315	100,0

Katılımcıların sosyal güvenceye sahip olup olmadıkları değerlendirildiğinde vakaların % 96,8’inin (n= 305) herhangi bir sosyal güvenceye sahip oldukları izlenmiştir. Vakaların sahip oldukları sosyal güvenlik kurumları incelendiğinde en büyük grubu vakaların %46’sının dâhil olduğu SSK oluşturmuştur. Katılımcıların dâhil oldukları sosyal güvenlik kurumları Tablo 1.8’de gösterilmiştir.

	Sayı	%
Yok	10	3,2
Emekli sandığı	63	20
Bağ Kur	53	16,8
SSK	145	46,0
Yeşil kart	44	14,0
Toplam	315	100

4.2 Katılımcıların Obstetrik Anamnezi

Vakaların gebelik, ölü doğum, yaşayan çocuk, kürtaj, doğum ve düşük ortalama sayıları Tablo 2.1’de gösterilmiştir. Gebelerin 105’i (%33,3’ü) ilk gebeliklerini yaşamaktadır. Gebelik sayısı açısından bir gebenin dokuzuncu gebeliğini yaşaması dikkat çekicidir. Gebelerin gebelik sayısına göre grupları Tablo 2.2’de gösterilmiştir. Yalnız 1 gebe 9 kez gebe kalarak en çok gebelik sayısına sahiptir.

	N	En düşük	En yüksek	Ortalama	Standart sapma
Gebelik sayısı	315	1	9	2,52	1,60
Ölü doğum sayısı	315	0	6	0,09	0,47
Yaşayan çocuk sayısı	315	0	6	0,92	1,05
Kürtaj sayısı	314	0	4	0,12	0,44
Doğum sayısı	315	0	6	0,99	1,12
Düşük sayısı	315	0	4	0,31	0,67

Tablo 2.2: Çalışmaya katılan gebelerin yaşadıkları gebelik sayılarına göre grupları		
Gebelik Sayısı	Sayı	%
1	105	33,3
2	79	25,1
3	65	20,6
4	25	7,9
5	21	6,7
6	12	3,8
7	5	1,6
8	2	0,6
9	1	0,3
Toplam	315	100,0

Katılımcıların 182'si (%57,8'i) en az bir kez canlı doğum yaparken 19'u en az bir kez ölü doğum yapmıştır. Vakaların yaptıkları canlı doğum sayılarına göre grupları Tablo 2.3'te, yaşayan çocuk sayısı açısından grupları Tablo 2.4'te gösterilmiştir. Katılımcılardan 138'inin henüz yaşayan çocuğu olmamışken yaşayan çocuk sayısı açısından değerlendirildiğinde en fazla çocuk sayısı 6 olarak saptanmıştır. Vakaların yaptıkları ölüm doğum sayısına göre grupları ise Tablo 2.5'de gösterilirken en çok ölü doğum hikâyesi altı kez ile bir gebede saptanmıştır. Çalışmamıza dâhil olan vakalardaki yaşayan çocuk sayılarına göre grupları Tablo 2.6'da gösterilmiştir. Ankete katılan 70 katılımcının (%32,2) en az bir düşük yaptığı belirlenirken, 29'u (%9,2'si) en az bir kürtaj yaptırmıştır. En çok kürtaj yaptıran yalnız bir kişi olup, hikâyesinde 4 kez kürtaj bulunmaktadır. Vakaların yaptıkları düşük sayısına göre grupları Tablo 2.7'de, yaptırdıkları kürtaj sayısına göre grupları ise Tablo 2.8'de gösterilmiştir.

	Sayı	%
0	133	42,2
1	97	30,8
2	54	17,1
3	20	6,3
4	8	2,5
5	2	0,6
6	1	0,3
Toplam	315	100,0

	Sayı	%
0	138	43,8
1	98	31,1
2	56	17,8
3	14	4,4
4	7	2,2
5	1	0,3
6	1	0,3
Toplam	315	100,0

	Sayı	%
0	296	94,0
1	13	4,1
2	4	1,3
3	1	0,3
6	1	0,3
Toplam	315	100,0

Tablo 2.6: Katılımcıların yaşayan çocuk sayısına göre grupları

	Sayı	%
0,00	138	43,8
1,00	98	31,1
2,00	56	17,8
3,00	14	4,4
4,00	7	2,2
5,00	1	0,3
6,00	1	0,3
Toplam	315	100,0

Tablo 2.7: Vakaların yaptıkları düşük sayısına göre grupları

	Sayı	%
0	245	77,8
1	50	15,9
2	14	4,4
3	4	1,3
4	2	0,6
Toplam	315	100,0

Tablo 2.8: Vakaların yaptıkları kurtaj sayısına göre grupları

	Sayı	%
0	286	90,8
1	22	7,0
2	5	1,6
3	1	0,3
4	1	0,3
Toplam	315	100,0

Katılımcıların daha önceki doğumlarının 208'inin (%65,6) NSVD, 109'ünün (%34,4) sezaryen operasyonu olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin 53'ü daha önce tek NSVD, 42'si iki NSVD yapmıştır. Katılımcıların 60'ı daha önce tek sezaryen, 14'ü iki sezaryen geçirmiştir. Vakaların geçirdikleri ortalama sezaryen operasyonu ile NSVD sayıları Tablo 2.9'da gösterilmiştir. Katılımcıların geçirdikleri NSVD ve sezaryen operasyon sayılarına göre grupları Tablo 2.10'da ve Tablo 2.11'de gösterilmiştir.

Tablo 2.9: Vakaların geçirdikleri ortalama normal vajinal spontan doğum ile sezaryen operasyonu sayıları					
	N	En düşük	En yüksek	Ortalama	Standart sapma
Normal doğum sayısı	208	0	6	1,12	1,20
Sezaryen doğum sayısı	109	0	3	0,59	0,79

Tablo 2.10: Vakaların geçirdikleri NSVD sayıları açısından grupları		
	Sayı	%
0	71	22,5
1	53	16,8
2	42	13,3
3	9	2,9
4	7	2,2
5	2	0,6
6	1	0,3
Kayıp	130	41,3
Toplam	315	100,0

	Sayı	%
0	103	32,7
1	60	19,0
2	14	4,4
3	7	2,2
Kayıp	131	41,6
Toplam	315	100,0

Gebelik Haftası

Katılımcıların yaşadıkları gebelik haftası değerlendirildiğinde çalışmaya katılan gebeler ortalama olarak gebeliklerinin 24. haftasındaydılar ($14,9 \pm 10,2$, en az=1, en çok=42 hafta). Çalışmaya katılan vakalarımızın 31'i (%9,9) ilk trimester, 152'si (%48,2) ikinci trimester ve 132'si (%41,9) gebeliklerinin üçüncü trimesterinde idiler.

Planlanmış Gebelik

Katılımcıların %67,9'u (n= 214) planlayarak hamile kaldığını bildirirken %31,6'sı (n= 99) gebeliklerinin plansız olduğunu belirtmişlerdir. Gebelerin büyük bir çoğunluğunun doğal yolla hamile kaldığı izlenmektedir (n= 291, %92,4). Kendi tıbbi yardım alanların oranı %6,7 (n= 21), eşi yardım alanlar ise %1 (n= 3) civarındadır.

Gebelikteki Sağlık Hikâyesi

Sorgulandığı zaman katılımcıların % 81,9'u mevcut gebeliği sırasında önemli bir rahatsızlık geçirmediğini bildirmiştir. 45 vaka (%14,3) şu anki gebeliğinde ciddi sağlık sorunu yaşadığını bildirmiştir. Katılımcıların şu anki mevcut gebelikleri esnasında geçirmiş oldukları önemli rahatsızlıklar Tablo 2.12'de verilmiştir. Tüm hastalıklar içinde HT en sık rastlanan problem olmuştur. 12 vakada (%17,6) hipertansiyon izlenmiştir.

Katılımcıların bir önceki gebelikleri sorgulandığı zaman 45 vakanın (%14,3) bu dönemde gebeliğinde önemli sağlık sorunu yaşadıklarını belirtirken, 170 vaka (%54,0)

herhangi bir rahatsızlık geçirmemişlerdir. Katılımcıların önceki gebeliklerinde yaşadıkları sağlık sorunları Tablo 2.13'te gösterilmiştir.

Tablo 2.12: Vakaların şu anki gebeliklerinde yaşadıkları önemli sağlık sorunları		
	Sayı	%
Hipertansiyon	12	17,6%
Düşük Tehdidi	7	10,3%
Gestasyonel DM	5	7,4%
Varis	4	5,9%
Hipotroidi	3	4,4%
Vajinal Kanama	3	4,4%
İ.Y.E.	3	4,4%
Preeklampsi	2	2,9%
Major Depresyon	2	2,9%
Myoma Uteri	2	2,9%
Guatr	2	2,9%
Akut Apandisit	2	2,9%
Eklampsi	1	1,5%
Hepatit B	1	1,5%
Bronkopnömoni	1	1,5%
Suisid Girişimi	1	1,5%
Down Sendromlu Bebek	1	1,5%
Aritmi	1	1,5%
Kan Pıhtılaşması Bozukluğu	1	1,5%
İnguinal Herni	1	1,5%
Toksoplazmozis	1	1,5%
DM	1	1,5%
Hipertroidi	1	1,5%
Ayak Şişmesi	1	1,5%
Meme Kanseri	1	1,5%
Serviks Uteri Displazisi	1	1,5%
Trombositopeni	1	1,5%
Stres İnkontinansı	1	1,5%
Over Kisti	1	1,5%
Ülseratif Kolit	1	1,5%
Kolelityazis	1	1,5%
Tıkanma Sarılığı	1	1,5%
Karaciğer Bozukluğu	1	1,5%
Toplam	68	100,0%

Tablo 2.13: Vakaların daha önceki gebeliklerinde yaşadıkları sağlık sorunları		
	N	%
Preeklampsi	4	7,4%
Eklampsi	1	1,9%
Düşük Tehdidi	9	16,7%
Bebek Ters Gelişi	1	1,9%
EMR	1	1,9%
Myoma Uteri	1	1,9%
Hipertansiyon	3	5,6%
Dış Gebelik	3	5,6%
Pıhlaşması Bozukluğu	1	1,9%
Down Sendromlu Bebek	1	1,9%
Abortus İmmiens	9	16,7%
Bebekte Polikistik Böbrek	1	1,9%
Akut Apendisit	1	1,9%
Vajinal Kanama	5	9,3%
İ.Y.E.	1	1,9%
ABY	1	1,9%
Erken Doğum	2	3,7%
İntrauterin Gelişme Geriliği	3	5,6%
Varis	1	1,9%
Rahim Ağzı Yetmezliği	1	1,9%
Bilateral Hidronefroz	1	1,9%
Gestasyonel DM	1	1,9%
Fetal Anomali	1	1,9%
Ürolityazis	1	1,9%
Toplam	54	100,0%

Hastaların %17,5'i (n = 55) herhangi bir kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir. En sık izlenen kronik rahatsızlık olarak guatr (n= 8, %13,1) izlenmiştir. Mevcut kronik hastalıkların dağılımı Tablo 2.14'te verilmiştir.

Tablo 2.14: Vakaların sahip oldukları kronik hastalıklarının listesi		
	Sayı	%
Manik Depresif Bozukluk	1	1,6%
Kişilik Bozukluğu	1	1,6%
Panik Atak	1	1,6%
Psikotik Bozukluk	1	1,6%
Overyan Kistler	2	3,3%
Antifosfolipid Sendrom	1	1,6%
Astım	6	9,8%
KOAH	1	1,6%
Hafif MR	1	1,6%
Multiple Skleroz	1	1,6%
Migren	2	3,3%
Epilepsi	2	3,3%
Hipertroidi	5	8,2%
Hashimato	2	3,3%
Gh Adenom	1	1,6%
DM	6	9,8%
Guatr	8	13,1%
Reaktif Hipoglisemi	1	1,6%
Kronik HBV Enfeksiyonu	2	3,3%
SLE	1	1,6%
Psöriazis	2	3,3%
Ülseratif Kolit	1	1,6%
Hipertansiyon	5	8,2%
Alerjik Rinit	2	3,3%
Sinüzit	1	1,6%
FMF	1	1,6%
Koagülasyon Bozukluğu	1	1,6%
Hipotiroidizm	1	1,6%
Gastroözefajiyal Reflü	1	1,6%
Toplam	61	100,0%

Gebelikte İlaç Kullanımı

Katılımcıların %9,8'i (n= 31) gebelikleri ile ilişkisiz olarak sahip oldukları kronik veya diğer hastalıklar nedeniyle herhangi bir ilacı hali hazırda kullanmaktaydılar. Katılımcıların %90,2'si gebeliği sırasında gebelikle ilişkisiz ilaç kullanmamıştır. Gebelikle ilişkisiz sürekli kullanılan ilaçlar ise Tablo 2.15'te gösterilmiştir.

Tablo 2.15: Vakaların gebelikleri ile ilişkiz olarak sürekli kullandıkları ilaçlar		
	Sayı	%
Levotiroksin sodyum	8	23,5%
Metildopa	6	17,6%
İnsülin	3	8,9%
Salbutamol sülfat	2	5,8%
Propiltiourasil	2	5,8%
Mesalazin	2	5,8%
Asetilsalisilikasit 100 mg/150 mg	1	2,9%
Anti-Xa Faktör	1	2,9%
Varfarin sodyum	1	2,9%
Sertralin	1	2,9%
Trazodon	1	2,9%
Lamotrijin	1	2,9%
Klobetazol propionat krem	1	2,9%
Kortizon	1	2,9%
Montelukast	1	2,9%
Nifedipin	1	2,9%
Tenofovir	1	2,9%
Toplam	34	100,0%

Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanımı

Katılımcıların %74,9'u (n= 236) hayatlarının herhangi bir döneminde hiç sigara kullanmamışken, %18,1'nin (n= 57) gebelik dönemlerinde sigara içmeyi bıraktığı görülmüştür. Gebelerin %4,4'ü (n= 14) halan sigara içtiğini, ama gebelik döneminde içtiği sigara sayısını azalttığını bildirirken, %2,5'i (n= 8) gebelik öncesi seviyede sigara kullandığını bildirmekteydiler.

Gebelerin büyük bölümü (%95,2, n= 300) hayatları boyunca hiç alkol almadıklarını bildirirken, %4,8'i (n= 15) hamilelik dönemlerinde alkol almayı kestiğini bildirmişlerdir.

4.3 Gebelikte Takip Ve Gebelik Süreci İle İlgili Olan Bilinç Düzeyi

Katılımcıların %30,9'u (n= 96) daha önce yakınlarından en az bir kişiye gebelik takipleri sırasında eşlik ettiğini bildirmiştir. Vakalar kendilerini gebelik süreci ile ilgili olarak ne kadar bilgili hissettikleri beşli Likert skala ile sorgulandığında (1= çok az, 2= az, 3= orta, 4= çok, beş= çok fazla) gebeler kendilerine ortalama 3,1401±1,18 puan vermişlerdir. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili olarak kendilerini ne kadar bilgi sahibi hissettikleri ile ilgili Tablo 2.16'da gösterilmiştir.

	Sayı	%
Hiç	15	4,7
Çok az	18	5,7
Az	29	9,2
Biraz	136	43,2
Çok	82	26,0
Çok fazla	35	11,1
Toplam	315	100,0

Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler Hakkında Bilgi Düzeyi

Katılımcıların gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler hakkındaki bilgi düzeyleri tablo 2.17'de gösterilmiştir. Gebelerimiz bu bölümde sorulan 23 sorudan ortalama 17,4±3,1'sine (en az= 7, en çok= 23 doğru cevap) doğru cevap vermişlerdir. Gebelik sırasında bacaklarda kramp tarzında ağrı olması normaldir ifadesi %84,1 doğru ile en çok bilinen fizyolojik değişiklik olmuştur.

Tablo 2.17: Gebelikte oluşabilecek fizyolojik değişiklik hakkındaki bilgi düzeyi

	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gebelik sırasında bacaklarda kramp tarzında ağrı olması normaldir.	265	84,1	20	6,3	29	9,2
Gebelik sırasında adetten kesilmek normaldir.	309	98,1	4	1,3	2	0,6
Sık idrara çıkma olması normaldir.	296	94,0	9	2,9	10	3,2
Mide bulantısı ve kusma olması normaldir.	311	98,7	2	0,6	2	0,6
Mide yanması olması normaldir.	284	90,2	3	1,0	28	8,9
Kabızlık şikâyeti olması normaldir.	207	65,7	32	10,2	76	24,1
Basur olması normal, sağlıklı bir durum değildir.	128	40,6	42	13,3	145	46,0
Bel ağrısı şikâyeti olması normaldir.	289	91,7	7	2,2	18	5,7
Ayaklarda şişlik olması normaldir.	280	88,9	21	6,7	14	4,4
Ellerde ve yüzde şişme olması sağlıklı bir durum değildir.	201	63,8	52	16,5	62	19,7
Gebelik sırasında memelerde dolgunluk ve hassasiyet şikâyeti olması normal, sağlıklı bir durumdur.	280	88,9	8	2,5	27	8,6
Gebelik sırasında aşırma olması normaldir.	308	97,8	4	1,3	3	1,0
Yorgunluk, halsizlik olması normaldir.	303	96,2	7	2,2	5	1,6
Deride renk değişimi olması normaldir.	193	61,3	25	7,9	95	30,2
Gebelik sırasında normalde ortalama 11–16 kg alınır.	254	80,6	25	7,9	36	11,4
Gebelikte saçlarda canlılık ve gürleşme olur.	77	24,4	101	32,1	137	43,5
Gebelik esnasında vücutta tüylenme ve kıllanma artışı olur.	137	43,5	69	21,9	109	34,6
Gebelikte bacak toplardamarlarının görünür hale gelmesi ihtimali artar.	266	84,4	10	3,2	39	12,4
Gebelikte diş eti kanaması ihtimali artar.	193	61,3	28	8,9	94	29,8
Gebelikte diş çürümesi ihtimali artar.	218	69,2	24	7,6	73	23,2
Doğum yaklaştıkça doğum sancıları sıklaşır.	289	91,7	6	1,9	19	6,0
Doğum yaklaşınca cinsel organdan kanlı sümüksü sıvı gelir.	182	57,8	18	5,7	115	36,5
Gebelikte mikroplara karşı direnç düşer.	224	71,1	11	3,5	80	25,4

Gebelikte Sağlığın Geliştirilmesi Açısından Gebelerin Bilgi Düzeyi

Katılımcıların gebelikte sağlığın geliştirilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 2.18’de gösterilmiştir. Gebelerimiz bu bölümde sorulan 32 sorudan ortalama 27,1±3,2’sine (en az= 16, en çok= 32 doğru cevap) doğru cevap vermişlerdir. Sağlığın geliştirilmesi açısından en çok doğru cevap %93,3 ile “kan hapı kullanma gerekir” olmuştur.

Tablo 2.18: Gebelikte sağlığın geliştirilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri

	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gebelik sürecinde kan hapı kullanmak gerekir.	294	93,3	4	1,3	17	5,4
Kan hapı yemeklerden bir saat önce alınmalıdır.	186	59,0	58	18,4	71	22,5
Gebelik sürecinde B vitamini kullanmak gerekir.	229	72,7	15	4,8	70	22,2
Folik asit gebelikten 3 ay önce başlanmalı ve gebelikten sonra ilk �c ay deva edilmelidir.	200	63,5	8	2,5	107	34,0
Gebe, mevcut hastalıklarıyla ilgili kullandığı ilaçları doktoruna danışarak devam etmelidir.	309	98,1	0	0	6	1,9
Gebelik sürecinde iki doz tetanos aşısı yaptırılmalıdır.	259	82,2	12	3,8	44	14,0
Gebelik sürecinde grip aşısı yaptırmak önerilir.	65	20,6	73	23,2	177	56,2
Baş ağrısı ve yüksek tansiyon olursa doktora başvurmak gerekir.	307	97,5	2	0,6	6	1,9
Gebelik sırasında bacak, el ve yüzde şişmeler olduğunda dinlenmek ayakları yükseltmek tuz kısıtlamak gerekir.	299	94,9	2	0,6	13	4,1
Varis olursa bacakları yükseltmek ve varis çorabı giymek gerekir.	224	71,1	8	2,5	83	26,3
Gebelikte �c ana öğün ve ara öğün beslenmek gerekir.	308	97,8	3	1,0	4	1,3
Proteinden, mineral, vitaminden zengin beslenmek gerekir.	308	97,8	1	0,3	5	1,6
Gebelerin bol su / sıvı içmesi önerilir	313	99,4	1	0,3	1	0,3
ay, kahve ve kola gibi kafeinli içecekler tüketilmemelidir.	301	95,6	11	3,5	3	1,0
Tuzlu baharatlı gıdalardan uzak durulmalıdır.	306	97,1	6	1,9	3	1,0
Kızartmalar yerine haşlanmış yiyecekler tercih edilmelidir.	305	96,8	3	1,0	7	2,2
Sık ve az miktarda beslenmelidir.	304	96,5	4	1,3	7	2,2
Kanama, rahim ağzı yetmezliği diğer gebeliklerinde yaşadığı düşük tehdi di durumları varsa cinsel ilişkiye ara vermek gerekir.	293	93,0	2	0,6	20	6,3
Gebelikte yürüyüş yapmak önerilir	306	97,1	0	0	9	2,9
Gebelikte yoga sporu yapmak önerilir.	173	54,9	14	4,4	128	40,6
Gebelikte yüzme sporu yapılması önerilir.	195	61,9	26	8,3	94	29,8
Zıplamalı ve düşme riski olan sporlardan uzak durulmalıdır.	308	97,8	3	1,0	3	1,0
Gebelikte i amaşı her gün değiştirilmelidir.	305	96,8	1	0,3	8	2,5
Kullanılan i amaşı pamuklu penye olmalıdır.	297	94,3	2	0,6	16	5,1
Gebelikte vücudu sıkmayan kıyafetler giyilmeli ayakları sıkamayan ve uzun topuklu olmayan ayakkabılar tercih edilmelidir.	311	98,7	1	0,3	2	0,6
Taharet temizliği arkadan öne doğru yapılmalıdır.	151	47,9	135	42,9	28	8,9
Gebeliğin ilk �c ayında röntgen ektirmeyin röntgen çekilen alanlarda durmayın.	293	93,0	7	2,2	14	4,4
Gebelerin her gece en az 8 uyuması gerekir.	272	86,3	6	1,9	37	11,7
Uzun araba yolculuklarında 2 saatte bir mola verilmeli her molada 10 dk y�r�nmelidir.	235	74,6	4	1,3	76	24,1
Gebelerin arabada emniyet kemeri takması gerekir.	268	85,1	4	1,3	42	13,3
Hamilelikte alkol kullanmak doğacak bebeğe zarar verebilir.	313	99,4	2	0,6	0	0
Hamilelikte sigara kullanmak doğacak bebeğe zarar verebilir..	314	99,7	1	0,3	0	0

Gebelikteki Sağlık Takipleri Hakkında Gebelerin Bilgi Düzeyleri

Katılımcıların gebelikte sağlık takipleri hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 2.19’da gösterilmiştir. Gebelerimiz bu bölümde sorulan 15 sorudan ortalama $10,7 \pm 1,7$ 'sine (en az= 3, en çok= 15 doğru cevap) doğru cevap vermişlerdir. Sorunsuz gebelikte gebelerin ayda bir kez doktor kontrolüne gitmesi gerekir ifadesi %97,5 doğru ile en çok bilinen gebelik takip bilgisi olmuştur.

Tablo 2.19: Gebelikteki sağlık takipleri hakkında gebelerin bilgi düzeyleri

	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sorunsuz gebeliklerde her ay en az bir kere doktor kontrolüne gitmek gerekir.	307	97,5	5	1,6	3	1,0
Her kontrolde tansiyon ölçümü yapılmalıdır.	308	97,8	0	0	7	2,2
Her kontrolde kilo ölçümü yapılmalıdır.	310	98,4	0	0	5	1,6
Gebelik takiplerinde Ultrasonografi incelenmesi yaptırmak gerekir.	303	96,2	1	0,3	11	3,5
Gebelikte TORCH taraması yapılır	128	40,6	2	0,6	185	58,7
Gebelik takiplerinde idrar tahlilleri yapılır	294	93,3	4	1,3	17	5,4
Gebelik takiplerinde idrar kültürü bakılmalıdır.	245	77,8	7	2,2	63	20,0
Takiplerde kan sayımı yaptırılmalıdır.	292	92,7	1	0,3	22	7,0
Mutlaka kan grubu ve kan uyumsuzluğu bakılmalıdır.	305	96,8	2	0,6	8	2,5
Gebelikte ikili test 11-14 hafta arasında yapılır.	273	86,7	1	0,3	41	13,0
Gebelikte üçlü test 16-18 hafta arasında yapılır.	283	89,8	5	1,6	27	8,6
Amniyosentez incelemesi sorunsuz her gebeye yapılmalıdır.	39	12,4	195	61,9	80	25,4
Non-stres test incelemesi her gebeye yapılmaz.	55	17,5	114	36,2	145	46,0
Glukoz tolerans testi her gebeye yapılır.	230	73,0	17	5,4	68	21,6
Her takipte rahim ağzından sürüntü alınmalıdır.	26	8,3	144	45,7	144	45,7

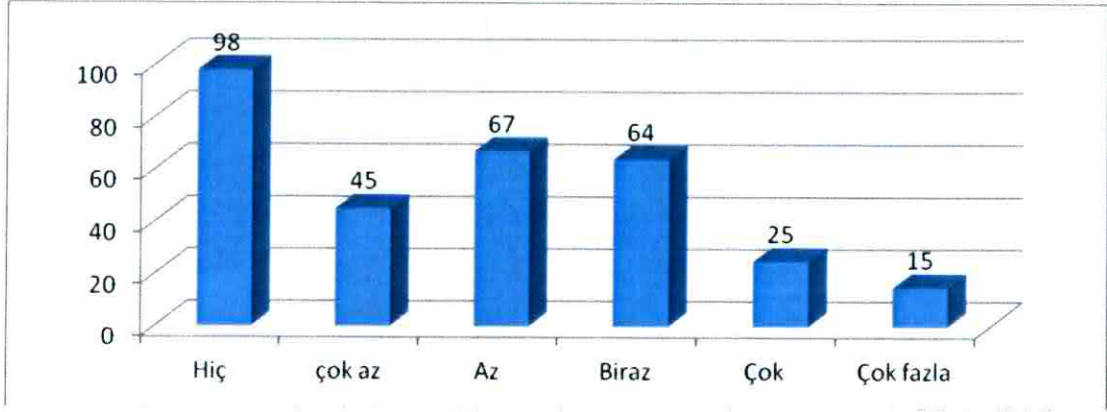
Gebelerin Gebelikleri İle İlgili Bilgi Edinme Yolları

Çalışmaya dâhil olan gebelerin bilgi edinme yolları altı basamaklı bir Likert Skala ile sorgulanmıştır (0= hiç, 1= çok az, 2= az, 3= biraz, 4= çok, 5= çok fazla). Buna göre çalışmaya katılan gebeler hamilelik dönemi ile ilgili bilgi edinmek için en fazla Kadın Doğum uzmanına danıştıklarını bildirmişlerdir. Gebelerin hamilelik dönemleriyle ilgili olarak bilgi edinmek için başvurdukları kaynakların ortalama sıklığı Tablo 2.20’de gösterilmiştir.

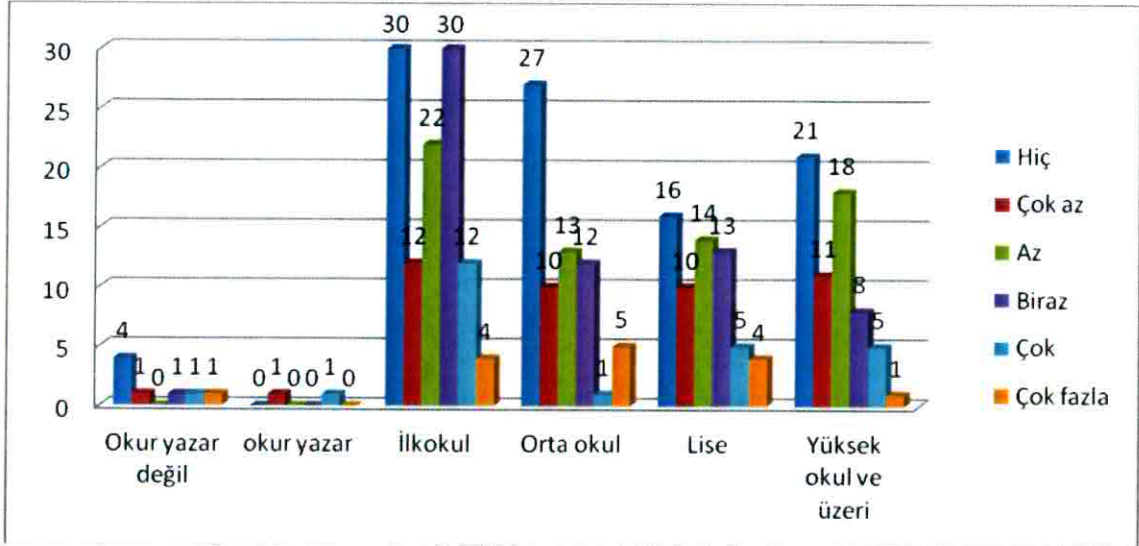
	Sayı	En düşük	En yüksek	Ortalama	Standart sapma
Televizyon	314	0	5	1,7	1,5
Yazılı Basın	313	0	5	1,4	1,5
İnternet	313	0	5	2,0	2,1
Yakın Çevre	314	0	5	2,6	1,6
Ebe	314	0	5	2,3	1,8
Aile Hekimi	314	0	5	2,3	1,8
Kadın Doğum Uzmanı	314	0	5	3,6	1,6

Televizyon

Katılımcıların %31,1’i hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için televizyondan yararlanırım sorusuna hiç, %14,3’ü çok az, %21,3’ü az, %20,3’ü biraz, %7,9’u çok, %4,8’i çok fazla cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak televizyonu tercih etme grupları aşağıda Şekil 2.1’de gösterilmiştir. Hastaların eğitim düzeyleri ile hamilelikleri ile ilgili olarak televizyondan yararlanma durumları karşılaştırıldığında eğitim durumu yüksek okul ve üzeri olan vakaların %32,8’i bilgi kaynağı olarak televizyonu hiç kullanmazken %17,2’si çok az, %28,1’i az, %12,5’i biraz, %7,8’i çok ve %1,6’sı çok fazla cevabını vermiştir. Eğitim gruplarına göre bilgi kaynağı olarak televizyon kullanan vakaların grupları Şekil 2.2’de gösterilmiştir.



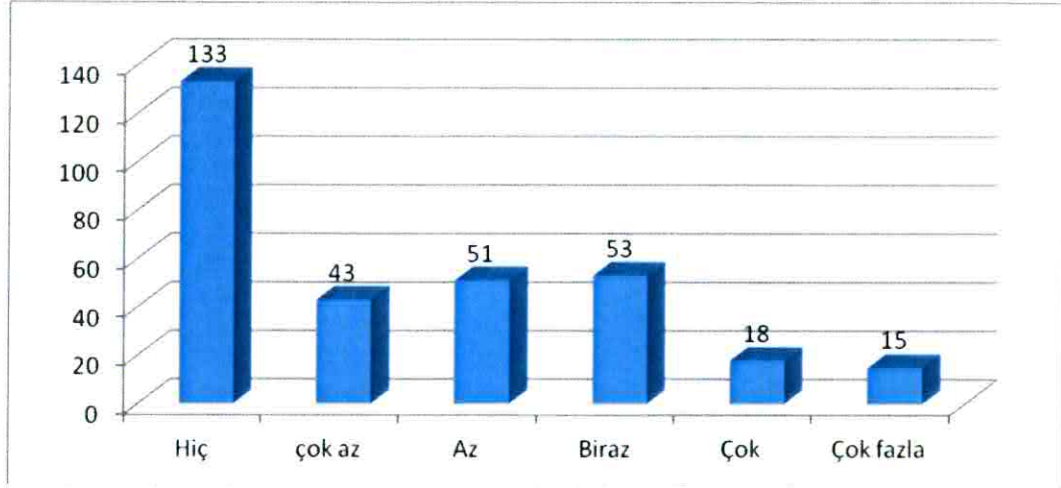
Şekil 2.1: Gebelerin bilgi edinme aracı olarak televizyonu tercih etme grupları



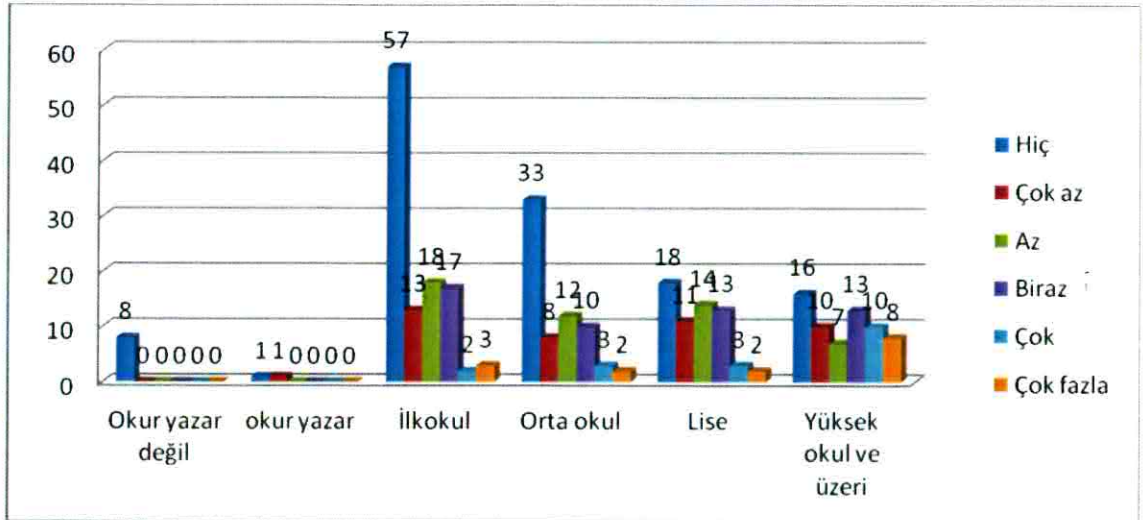
Şekil 2.2: Gebelerin eğitim gruplarına göre bilgi edinme aracı olarak televizyonu tercih etme oranları

Yazılı Basın

Katılımcıların %42,2'si hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için yazılı basından yararlanırım ifadesine hiç, %13,7'si çok az, %16,2'si az, %16,8'i biraz, %5,7'si çok, %4,8'i çok fazla cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak televizyonu tercih etme grupları aşağıda Şekil 2.3'te gösterilmiştir. Eğitim durumu yüksekokul ve üzeri olanların %25'i hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için yazılı basından yararlanırım ifadesine hiç, %15,6'sı çok az, %10,9'u az, %20,3'ü biraz, %15,6'sı çok ve %12,5'i çok fazla cevabını vermiştir. Eğitim gruplarına göre bilgi kaynağı olarak yazılı basını tercih etme oranları Şekil 2.4'te gösterilmiştir.



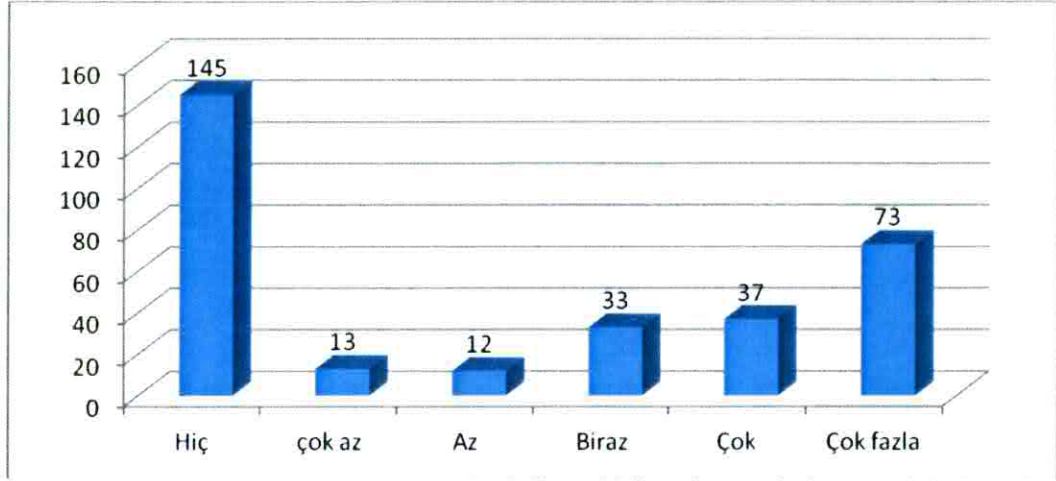
Şekil 2.3: Gebelerin bilgi edinme aracı olarak yazılı basını tercih etme grupları



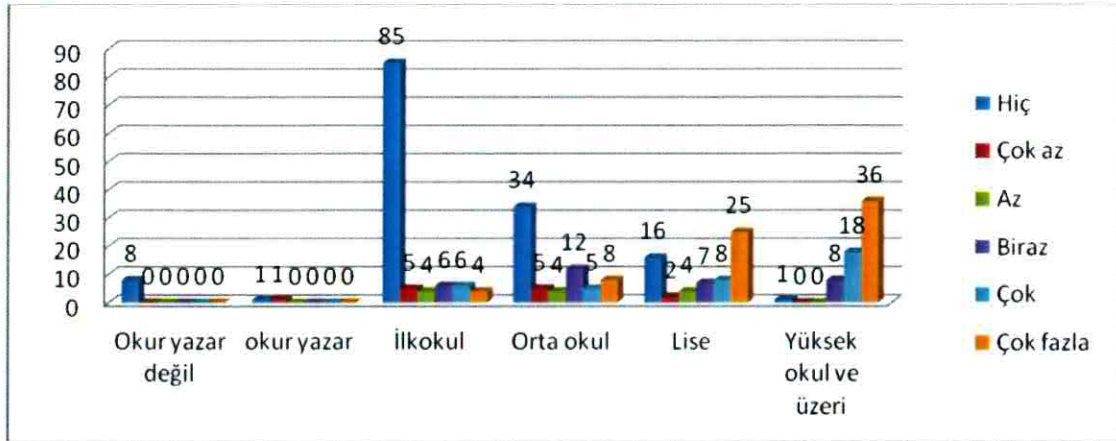
Şekil 2.4: Gebelerin eğitim durumlarına göre yazılı basından bilgi edinmeyi tercih etme oranları

İnternet

Katılımcıların %46'sı hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için internetten yararlanırım sorusuna hiç, %4,1'i çok az, %3,8'i az, %10,5'i biraz, %11,7'si çok, %23,2'si çok fazla cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak interneti tercih etme grupları aşağıda Şekil 2.5'te gösterilmiştir. Eğitim durumu yüksek okul ve üzeri olanların %1,6'sı hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için internetten yararlanırım ifadesine hiç, %12,7'si biraz, %28,6'sı çok ve %57,1'i çok fazla cevabını vermiştir. Gebelerin bilgi edinme aracı olarak interneti tercih etme oranları Şekil 2.6'da gösterilmiştir.



Şekil 2.5: Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak interneti tercih etme grupları

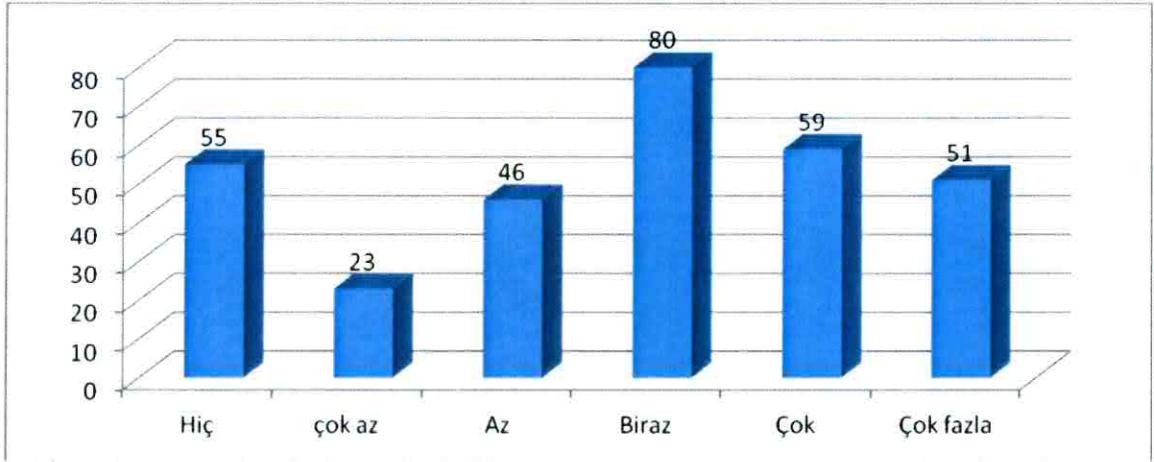


Şekil 2.6: Gebelerin eğitim durumlarına göre bilgi edinme aracı olarak interneti tercih etme oranları

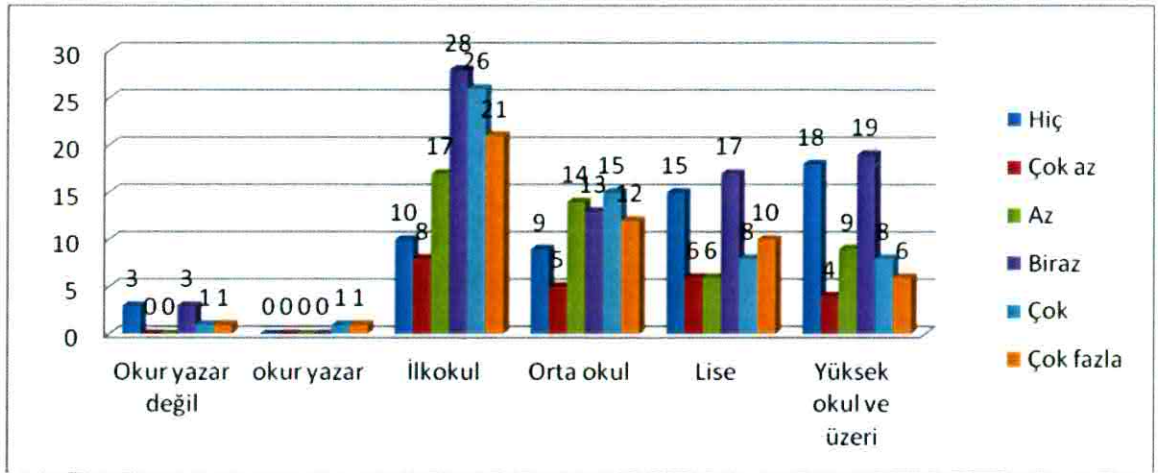
Yakın Çevre

Katılımcıların %17,5'i hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için yakın çevremden yararlanırım sorusuna hiç, %7,3'ü çok az, %14,6'sı az, %25,4'ü biraz, %18,7'si çok, %16,2'si çok fazla cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak yakın çevreyi tercih etme grupları aşağıda Şekil 2.7'de gösterilmiştir. Eğitim durumu ilkokul olanların %9,1'i hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için yakın çevremden yararlanırım ifadesine hiç, %7,3'ü çok az, %15,5'i az, %25,5'i biraz, %23,6'sı çok ve %19,1'i çok fazla

cevabını vermiştir. Şekil 2.8’de gebelerin eğitim durumlarına göre yakın çevreyi tercih etme oranları gösterilmiştir.



Şekil 2.7: Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak yakın çevreyi tercih etme grupları

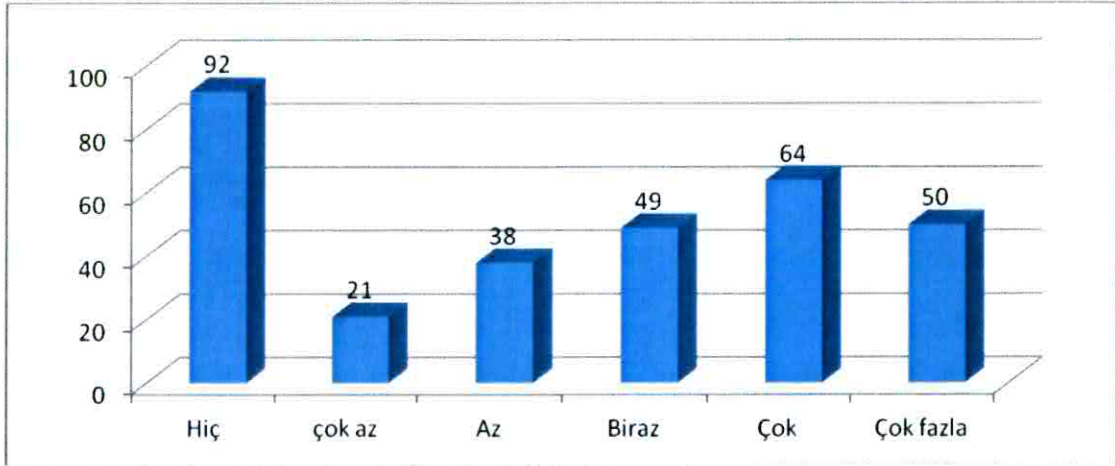


Şekil 2.8: Gebelerin eğitim durumlarına göre bilgi kaynağı olarak yakın çevreyi tercih oranları

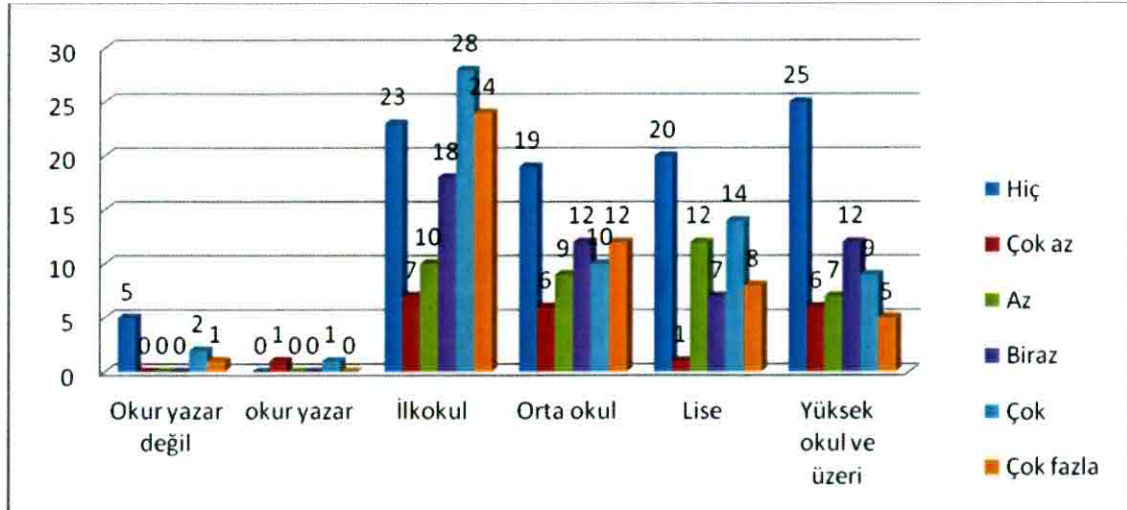
Ebe

Katılımcıların %29,2’si “hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için ebeye danışırım” ifadesine hiç, %6,7’si çok az, %12,1’i az, %15,6’sı biraz, %20,3’ü çok, %15,9’u çok fazla cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak ebeyi tercih etme grupları Şekil 2.9’da gösterilmiştir. Eğitim durumu ilkököl olanların %9,1’i “hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için ebeden yararlanırım” ifadesine hiç, %7,3’ü

çok az, %15,5'i az, %25,5'i biraz, %23,6'sı çok ve %19,1'i çok fazla cevabını vermiştir. Şekil 2.10'da gebelerin eğitim durumlarına göre ebeyi tercih etme oranları gösterilmiştir.



Şekil 2.9: Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak ebeyi tercih etme grupları

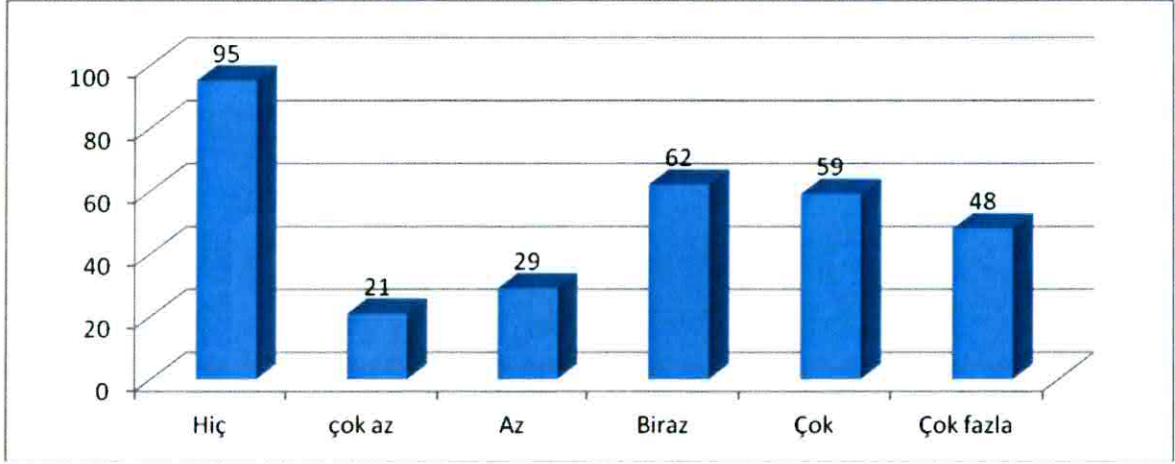


Şekil 2.10: Gebelerin eğitim durumlarına göre bilgi edinme yolu olarak ebeyi tercih etme oranları.

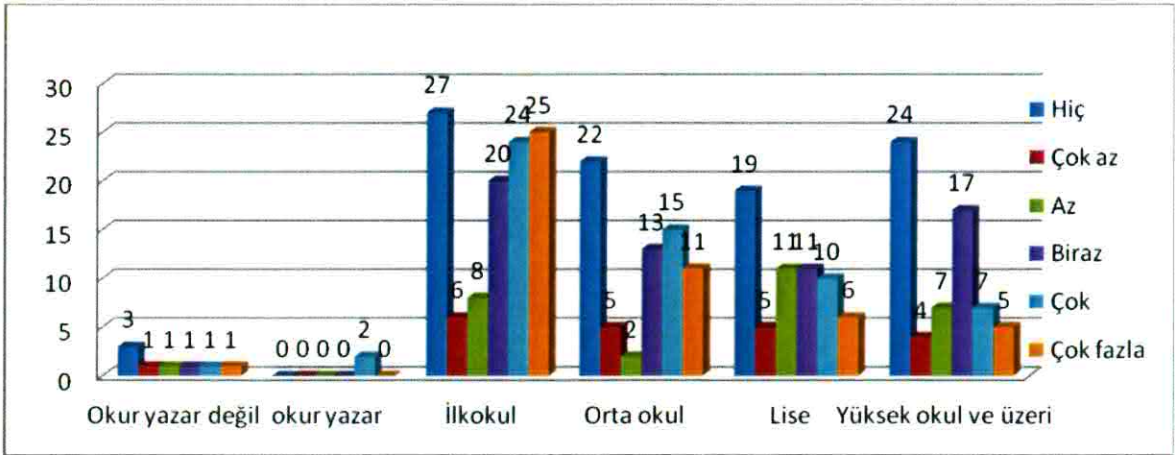
Aile Hekimi

Katılımcıların %30,2'si "hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için aile hekimine danışırım" ifadesine hiç, %6,7'si çok az, %9,2'si az, %19,7'si biraz, %18,7'si çok, %15,2'si çok fazla, cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak aile

hekimini tercih etme grupları aşağıda Şekil 2.11’de gösterilmiştir. Eğitim durumu ilkököl olanların %24,5’i ‘‘hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için aile hekimine danışırım’’ ifadesine hiç, %5,5’i çok az, %7,3’ü az, %18,2’si biraz, %21,8’i çok ve %22,7’si çok fazla cevabını vermiştir. Şekil 2.12’de eğitim durumlarına göre gebelerin bilgi edinme yolu olarak aile hekimini tercih oranları gösterilmiştir.



Şekil 2.11: Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak aile hekimini tercih etme grupları

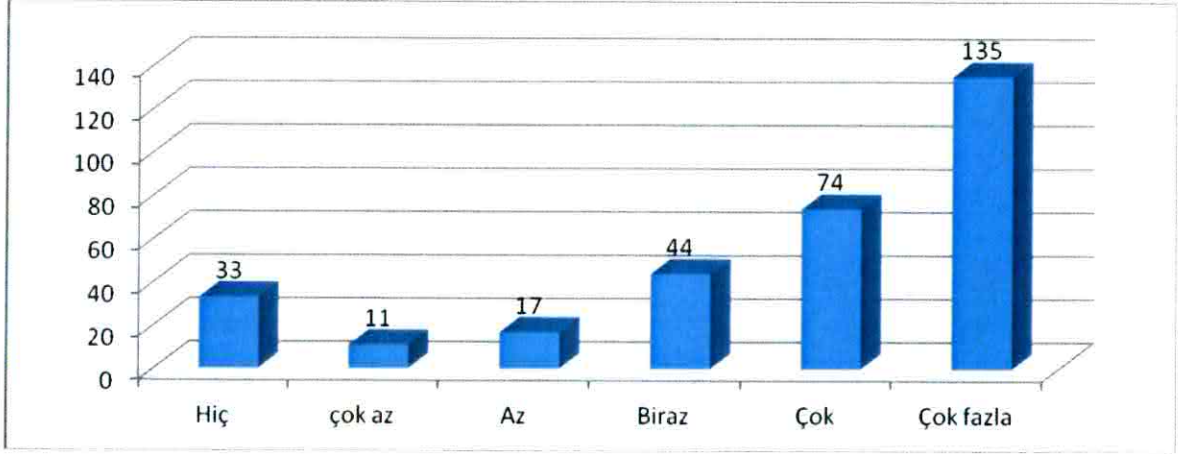


Şekil 2.12: Eğitim durumlarına göre gebelerin bilgi edinme yöntemi olarak aile hekimini tercih etme oranları

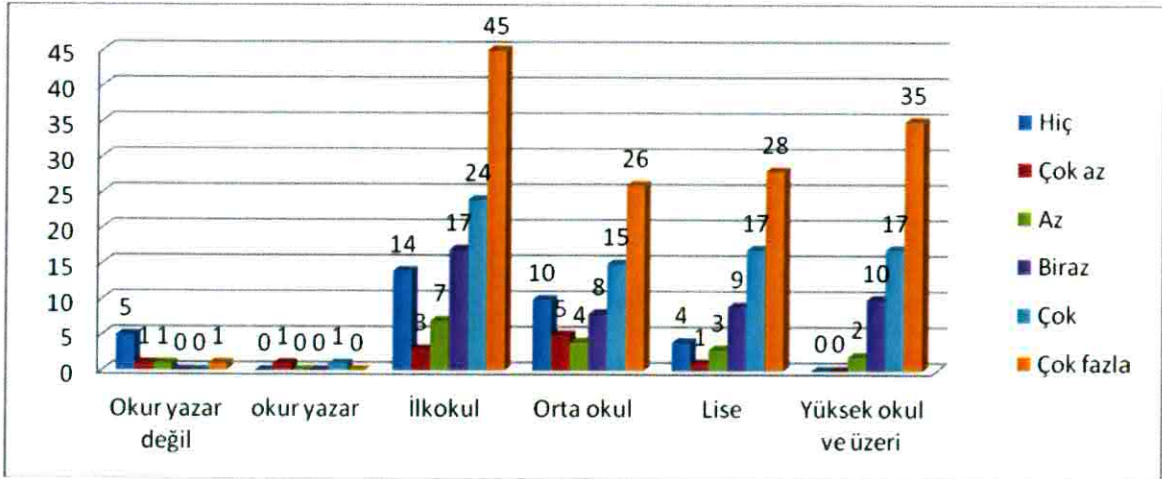
Kadın Doğum Uzmanı

Katılımcıların %10,5’i ‘‘hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için kadın doğum uzmanına danışırım’’ ifadesine hiç, %3,5’i çok az, %5,4’ü az, %14’ü biraz, %23,5’i çok, %42,9’u çok fazla cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak

kadın doğum uzmanını tercih etme grupları aşağıda Şekil 2.13'te gösterilmiştir. Eğitim durumu ilkököl olanların %12,7'si "hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için kadın doğum uzmanına danışırım" ifadesine hiç, %2,7'si çok az, %6,4'ü az, %15,5'i biraz, %21,8'i çok ve %40,9'u çok fazla cevabını vermiştir. Şekil 2.14'te gebelerin eğitim durumlarına göre kadın doğum uzmanını tercih etme oranları gösterilmiştir.



Şekil 2.13: Çalışmaya katılan gebelerin bilgi edinme aracı olarak kadın doğum uzmanını tercih etme grupları



Şekil 2.14: Eğitim durumlarına göre gebelerin bilgi almak için kadın doğum uzmanı tercih etme oranları

Gebelikte İlaç Kullanımı Ve Aşılar

Çalışmamıza dahil olan 235 gebe toplam olarak 721 adet ilaç kullandığını bildirmiştir. Katılımcıların %33'ü vitamin ve %32,2'si demir preparatlarını gebelik süreçlerinde kullanmışlardır. Gebelerin kullandıkları ilaçların listesi aşağıda Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Gebelik sürecinde yapılan erişkin aşılarından en sık görüleni Tetanos (n= 188, %97,4) sonrasında HBV (n= 4, %2,1) izlenirken, bir vaka da (%0,5) Influenza aşısı olmuştur.

	sayı	%
Vitamin hapı	238	33,0%
Demir preparatları	232	32,2%
Folikasit	164	22,7%
Kalsiyum	26	3,6%
Omega-3	9	1,2%
Magnezyum	8	1,1%
Metoklopramid HCl	8	1,1%
Mide koruyucu	8	1,0%
Asetilsalisilikasit 100 mg/150 mg	6	0,8%
Progesteron	5	0,7%
Çinko	1	0,1%
Metoprolol	1	0,1%
Okserutin	1	0,1%
Levotiroksin sodyum	1	0,1%
Propiltiourasil	1	0,1%
Kullanmayan	12	1,7%
Toplam	721	100,0%

Gebeliğin Takip Edildiği Kurumlar Ve Sağlık Hizmeti Uygulayıcıları

Katılımcılara gebelik takiplerini sağlayan sağlık hizmeti uygulayıcılarının çeşidinin sıklığını sorgulayan altılı bir Likert Skala uygulandığı zaman (0= hiç, 1= çok az, 2= az, 3=

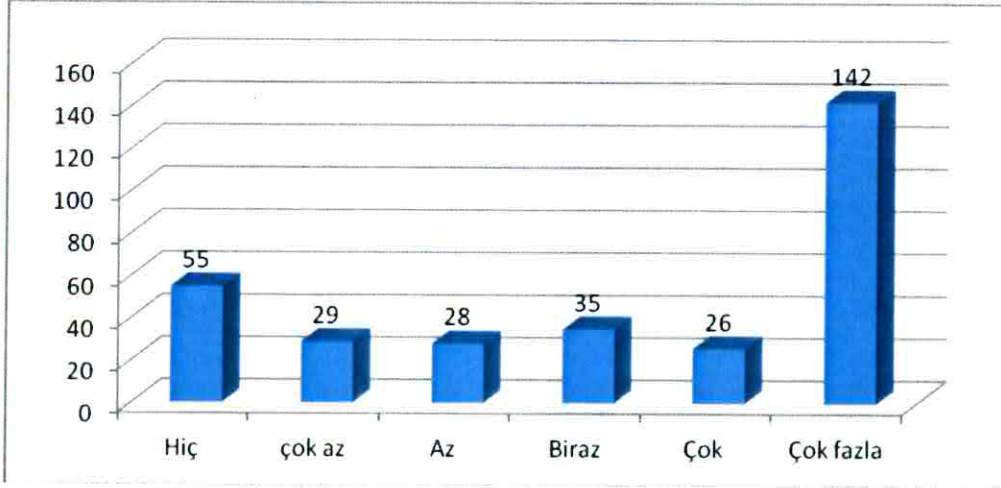
biraz, 4= sık, 5= çok sık) en sık takipleri kadın doğum uzmanlarının gerçekleştirdiği görülmüştür. Gebelerin takiplerini sağlayan sağlık hizmeti sağlayıcılarının takip sıklığının ortalaması Tablo 3.2’de görülmektedir.

	N	En küçük	En büyük	Ortalama	Standart sapma
Aile Hekimi	315	0	5	3,10	2,05
Kadın Doğum Uzmanı	315	0	5	3,33	1,98
Kadın Doğum Öğretim Üyesi	314	0	5	1,51	2,03
Kadın Doğum Asistanı	315	0	5	1,71	1,75
Ebe / Hemşire	314	0		3,16	1,99

Gebelerin takiplerini hangi sağlık uygulayıcılarının ne sıklıkta yaptığı Tablo 3.3’te gösterilmiştir.

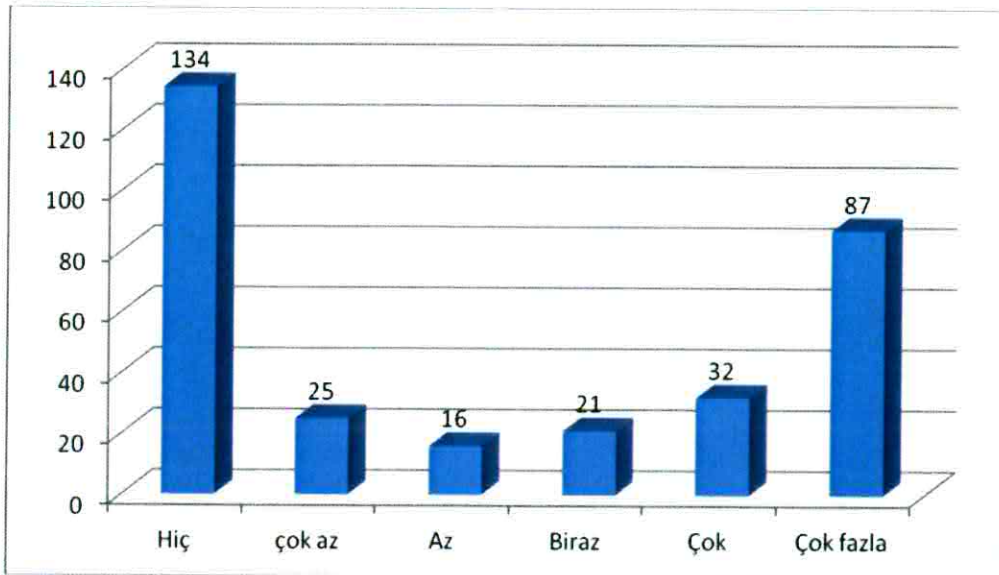
Sıklık	Aile Hekimi		Kadın Doğum Asistanı		Kadın Doğum Uzmanı		Kadın Doğum Öğretim Üyesi		Ebe / Hemşire	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiç	69	21,9	58	18,4	58	18,4	173	54,9	59	18,7
Çok az	24	7,6	27	8,6	27	8,6	40	12,7	29	9,2
Az	22	7,0	10	3,2	10	3,2	8	2,5	24	7,6
Biraz	32	10,2	24	7,6	24	7,6	13	4,1	27	8,6
Çok	26	8,3	50	15,9	50	15,9	20	6,3	38	12,1
Çok fazla	142	45,1	146	46,3	146	46,3	60	19,0	137	43,5
Toplam	315	100,0	315	100,0	315	100,0	314	99,7	314	99,7

Hastaların %17,5'i aile sağlığı merkezinde hiç bakım almazken, %9,2'si çok az, %8,9'u az, %11,1'i biraz, %8,3'ü çok ve %45,1'i çok fazla bakım aldığını bildirmiştir. Şekil 2.13'te gebelerin gebelik takiplerini aile sağlığı merkezinde yaptırma sıklıkları gösterilmiştir.



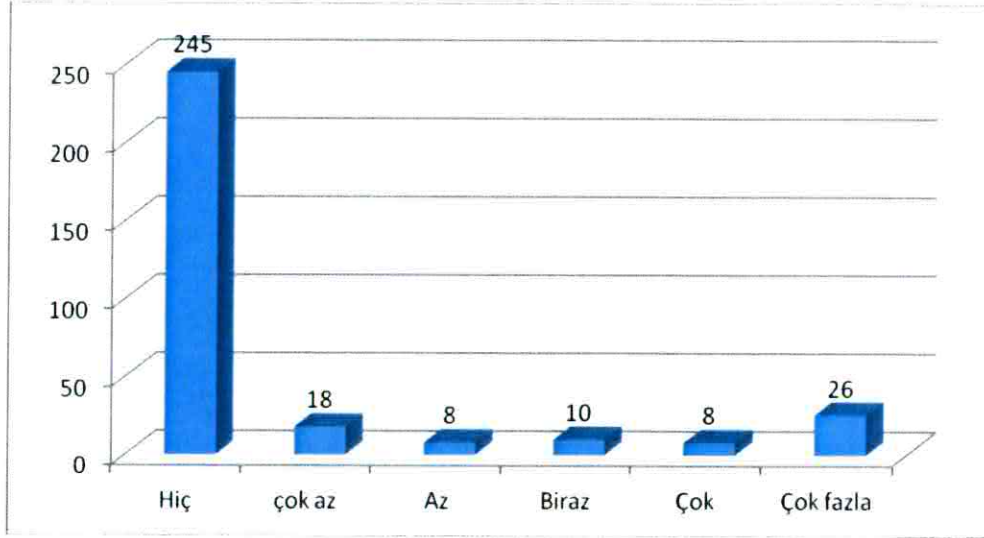
Şekil 2.13: Takiplerini aile sağlığı merkezinde gerçekleştiren vakaların oranı

Hastaların %42,5'i doğum evinde hiç bakım almazken , %7,9'u çok az, %5,1'i az, %6,7'si biraz, %10,2'si çok ve %27,6'sı çok fazla bakım aldığını bildirmiştir. Şekil 2.14'te gebelerin gebelik takiplerini doğum evinde yaptırma sıklıkları gösterilmiştir.



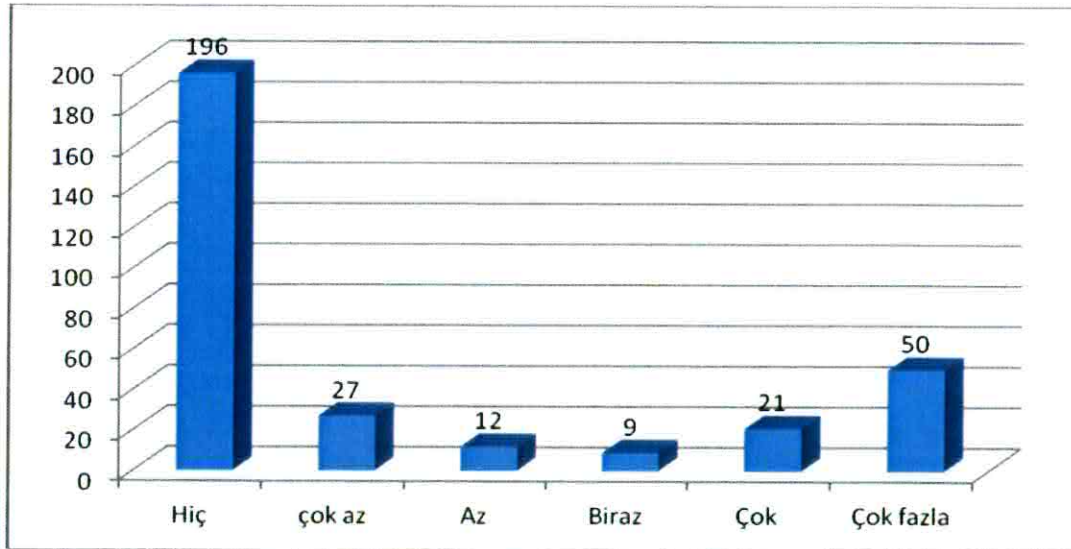
Şekil 2.14: Takiplerini doğum evinde gerçekleştiren gebelerin oranı

Hastaların %77,8'i özel muayenede hiç bakım almazken, %5,7'si çok az, %2,5'i az, %3,2'si biraz, %2,5'i çok ve %8,3'ü çok fazla çok fazla bakım aldığını bildirmiştir. Şekil 2.15'te gebelerin gebelik takiplerini aile sağlığı merkezinde yaptırma sıklıkları gösterilmiştir.



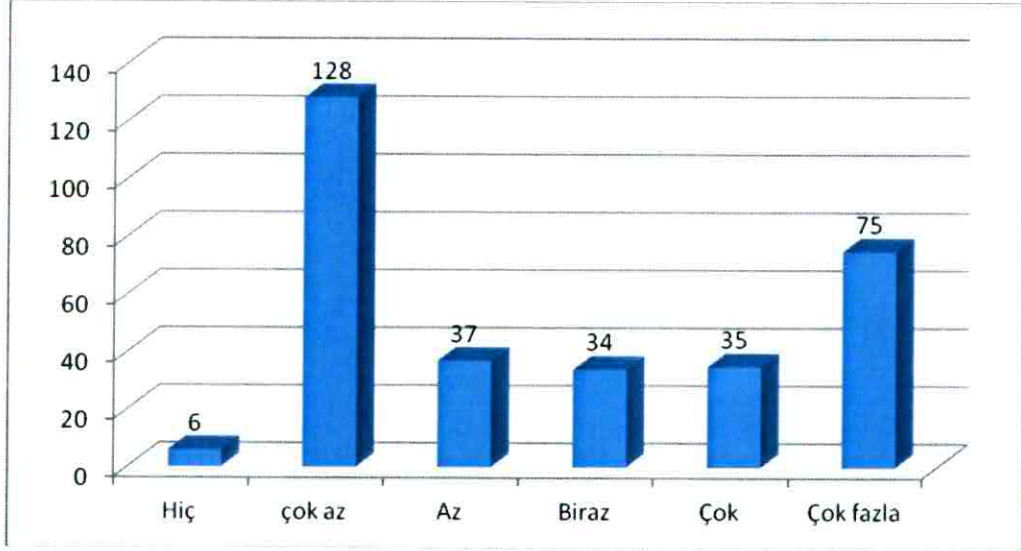
Şekil 2.15: Takiplerini özel muayenede yaptıran gebelerin oranı

Hastaların %62,2'i özel hastanede hiç bakım almazken, %8,6'sı çok az, %3,8'i az, %2,9'u biraz, %6,7'si çok ve %15,9'u çok fazla bakım aldığını bildirmiştir. Şekil 2.16'da gebelerin gebelik takiplerini özel hastanede yaptırma sıklıkları gösterilmiştir.



Şekil 2.16: Takiplerini özel hastanede yaptıran gebelerin oranı

Hastaların %1,9'u üniversite hastanesinde hiç bakım almazken, %40,6'sı çok az, %11,7'si az, %10,8'i biraz, %11,1'i çok ve %23,8'i çok fazla bakım aldığını bildirmiştir. Şekil 2.17'de gebelerin gebelik takiplerini üniversite hastanesinde yaptırma sıklıkları gösterilmiştir.



Şekil 2.17: Takiplerini üniversite hastanesinde yaptıran gebelerin oranları

4.4 Gebelik Esnasında Yapılan Laboratuvar İncelemeleri

Birinci Trimester

Bu dönemde gebeler kan şekeri ölçümü, OGTT, tam kan sayımı, tam idrar tahlili, idrar kültürü, kilo takibi, kan basıncı takibi, batın ultrasonografi, ikili tarama, üçlü tarama, amniosentez, non-stress test, kan grubu tayini ve TORCH taraması tetkiklerini yaptırmaktadırlar. Gebelerin bu dönemde yaptırmış oldukları laboratuvar tetkikleri ve fizik bakıların ortalamaları ve ortanca değerleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Gebelerin ilk trimesterde yaptırdıkları laboratuvar tetkikleri ve fizik bakıların ortalama ve ortanca değerleri						
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	En Az	En Çok	Ortanca
Kan şekeri	31	6,45	32,21	0	180	1
OGTT	31	0,12	0,34	0	1	0
TKS	31	0,96	0,79	0	2	1
TİT	32	1,62	2,33	0	10	1
İdrar kültürü	31	0,54	0,88	0	3	0
Kilo takibi	32	2,53	2,25	0	10	2
Kan basıncı ölçümü	32	2,68	2,30	0	10	2
Ultrasonografi	32	2,81	2,95	0	12	2
İkili tarama	32	0,28	0,45	0	1	0
Üçlü tarama	32	0,15	0,36	0	1	0
Amniyosentez	32	0,031	0,17	0	1	0
Non-stress test	32	0,31	1,42	0	8	0
Kan grubu	32	0,37	0,55	0	2	0
TORCH	32	0,28	0,45	0	1	0

İkinci Trimester

İkinci Trimester döneminde olan katılımcılardan gebeliği boyunca açlık kan şekeri ölçümünü hiç yaptırmayan olduğu izlenirken, bu tetkiki en çok yaptıran beş kez yaptırmıştır. İkinci trimester döneminde olan katılımcıların açlık kan şekeri ölçümünü yaptıрма ortalaması 2,18'dir (medyan= 2). Gebelerin bu dönemde yaptırmış oldukları laboratuvar tetkikleri ve fizik bakıların ortalamaları ve ortanca değerleri Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2: Gebelerin ikinci trimesterde yaptırdıkları laboratuvar tetkikleri ve fizik bakıların ortalama ve ortanca değerleri						
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	En Az	En Çok	Ortanca
Kan şekeri	152	1,58	1,10	0	5	2
OGTT	152	0,15	0,56	0	5	0
TKS	151	2,17	2,58	0	31	2
TİT	152	1,87	1,30	0	6	2
İdrar kültürü	151	1,05	0,93	0	5	1
Kilo takibi	152	3,77	1,91	0	10	4
Kan basıncı ölçümü	151	4,25	2,52	0	20	4
Ultrasonografi	152	4,70	2,18	0	15	4
İkili tarama	152	0,59	0,49	0	1	1
Üçlü tarama	151	0,61	0,48	0	1	1
Amniyosentez	152	0,26	0,45	0	2	0
Non-stress test	152	0,37	0,96	0	6	0
Kan grubu	152	0,46	0,53	0	2	0
TORCH	150	0,27	0,47	0	2	0

Üçüncü Trimester

Üçüncü trimester döneminde de katılımcılardan gebeliği boyunca açlık kan şekeri ölçümünü hiç yaptırmayan olduğu izlenirken bu tetkiki en çok yaptıran on kez yaptırmıştır. Üçüncü trimester döneminde olan katılımcıların açlık kan şekeri ölçümünü yaptırma ortalaması 2,80'dir (medyan= 2). Gebelerin bu dönemde yaptırmış oldukları laboratuvar tetkikleri, fizik bakıların ortalamaları ve ortanca değerleri Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3: Gebelerin üçüncü trimesterde yaptırdıkları laboratuvar tetkikleri ve fizik bakıların ortalama ve ortanca değerleri						
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	En Az	En Çok	Ortanca
Kan şekeri	131	2,80	1,92	0	10	2
OGTT	131	0,81	0,71	0	4	1
TKS	131	3,64	2,38	0	16	3
TİT	131	4,09	3,25	0	30	4
İdrar kültürü	130	2,41	1,89	0	15	2
Kilo takibi	131	6,83	2,78	0	15	7
Kan basıncı ölçümü	131	9,58	25,77	0	300	8
Ultrasonografi	131	8,22	3,41	0	20	8
İkili tarama	130	0,65	0,47	0	1	1
Üçlü tarama	131	0,82	0,38	0	1	1
Amniyosentez	131	0,09	0,28	0	1	0
Non-stress test	131	2,56	2,24	0	13	2
Kan grubu	131	0,52	0,53	0	2	1
TORCH	131	0,19	0,41	0	2	0

Vakaların kendi kan gruplarını bilip bilmedikleri sorgulandığı zaman gebelerin 268'i (%85,1) kendi kan grubunu biliyordu. Ayrıca gebelerden %80'i (n= 252) eşinin kan grubunu biliyorken, %20'si (n= 63) eşinin kan grubunu bilmediğini ifade etmiştir.

Gebelik Haftası İle Laboratuvar Ve Fizik Bakı Tetkiklerinin Karşılaştırılması

Yapılan gebelik tetkiklerinin sayısı ile gebelik haftası karşılaştırıldığı zaman amniyosentez dışındaki ($p>0,05$) tüm laboratuvar ve fizik bakı tetkikleri gebelik haftası ile korele bulunmuştur. Gebelik haftası ile yapılan tüm laboratuvar ve fizik bakı tetkikleri Tablo 4.4'te görülmektedir.

Tablo 4.4: Gebelik haftası ile yapılan tüm laboratuvar ve fizik bakı tetkiklerinin karşılaştırılması		
Laboratuvar ve fizik bakı tetkikleri		Gebelik Haftası
Kan şekeri	r	0,450
	p	0,000
	N	314
OGTT	r	0,525
	p	0,000
	N	314
TKS	r	0,508
	p	0,000
	N	313
TIT	r	0,532
	p	0,000
	N	315
İdrar kültürü	r	0,508
	p	0,000
	N	312
Kilo takibi	r	0,620
	p	0,000
	N	315
Kan basıncı takibi	r	0,647
	p	0,000
	N	314
Ultrasonografi	r	0,603
	p	0,000
	N	315
İkili tarama	r	0,145
	p	0,010
	N	314
Üçlü tarama	r	0,425
	p	0,000
	N	314
Amniyosentez	r	-0,067
	p	0,239
	N	315
Non-stres test	r	0,663
	p	0,000
	N	315
Kan grubu tayini	r	0,136
	p	0,016
	N	315
TORCH	r	-0,143
	p	0,011
	N	313

4.5 Gebelik Süreciyle İlgili Bilgi Düzeyi

Gebelerin kendi gebelik süreçleri ile ilgili bilgi düzeyleri üç ana başlık altında toplanmıştır. Bunlardan ilki gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmak, gebelik döneminde sağlığın geliştirilmesi açısından bilgi sahibi olmak ve son olarak sağlık takipleri hakkında bilgi sahibi olmak üzere üç ana gruptur. İlk grupta toplam 23, ikinci grupta toplam 32 ve son grupta 15 soru bulunmaktadır. Buna göre bir gebe bu üç gruptan en çok 70 soruya doğru cevap verebilir.

Bu nedenle gebelik süreci ile ilgili olarak hastaların bilgi düzeyleri üç gruba ayrılması tasarlanmıştır. Bu gruplar şöyle değerlendirilebilir; Yeterli bilgi düzeyine sahip olmayanlar (0 ile 23 arası doğru yanıt verenler), orta düzeyde bilgi düzeyine sahipler (24 ile 47 arası doğru cevap verenler), yeterli düzeyde bilgi düzeyine sahipler (48 ve üstü doğru cevap verenler). Vakaların sahip oldukları bilgi düzeyine göre grupları Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Bilgi Düzeyi	Fizyolojik Değişiklikler		Sağlığın Geliştirilmesi		Sağlık Takipleri	
	n	%	n	%	n	%
Yetersiz	3	1	0	0	4	1,3
Orta	111	35,2	30	9,5	110	34,9
Yeterli	201	63,8	285	90,5	201	63,8

Gebelerin tüm doğru cevapları bir araya toplandığında çalışmaya katılan gebeler sorulan 70 soruya ortalama $55,39 \pm 6,63$ (en az 34, en çok 70) doğru cevap vermişlerdir.

Buna göre vakalarımızın 42'si (%13,3) gebelikleri ile ilgili orta düzeyde bilgi seviyesine sahipken 273 vaka (%86,7) yeterli düzeyde bilgi seviyesine sahiptir. Yetersiz düzeyde bilgi seviyesine sahip vaka ise tespit edilmemiştir.

4.6 Gebelik İle İlgili Olarak Yeterli Bilgi Seviyesini Etkileyen Faktörler

Yaş

Gebelerin aldıkları toplam bilgi düzeyi puanı gebelerin yaşı ile karşılaştırıldığında yaş artışı ile doğru orantılı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki izlenmiştir (Pearson correlation $r= 0,315$, $p<0,001$).

Eğitim Düzeyi

Grup homojenitesini sağlamak için okuryazar olmayan (n= 2) ve okuryazar olan (n= 8) vakalar ayrı tutulduğu zaman eğitim düzeyinin bilgi seviyesi için istatistiksel açıdan anlamlı olduğu izlenmiştir (F= 9,366, p<0,001). Verilen doğru cevaplar alınan eğitim yılları ile doğru orantılı bulunmamıştır. Sırasıyla ortaokul mezunları 52,82, lise mezunları 54,46, ilkokul mezunları 55,22 ortalama doğru cevap vermişken, yüksel okul ve üzeri gebeler ortalama 58,55 soruya doğru cevap vermişler ve diğer gruplar arasında istatistiksel anlamlı farkın oluşmasını sağlamıştır.

Eşlerin Eğitim Düzeyleri

Grup homojenitesini sağlamak için okuryazar olan (n= 3) vakalar ayrı tutulduğu zaman eğitim düzeyinin bilgi seviyesi için istatistiksel açıdan anlamlı olduğu izlenmiştir (F= 3,367, p= 0,011). Bu durum sosyoekonomik olarak benzer eğitim gruplarında kişilerle gerçekleştiren evliliklerle açıklanabilir.

Evlilik Yılı

Gebelerin evlilik yılları ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= 0,193, p<0,001). Bu durum gebelerin yaşları ile evlilik yılları arasında güçlü bir korelasyon varlığının saptanması ile açıklanabilir (r= 0,616, p<0,001).

Sosyal Güvenlik Kurumu

Sosyal güvenlik kurumlarına dâhil olmayan vakalar dışarıda bırakıldığı zaman (n= 12) çalışmaya katılan gebelerin bilgi düzeyleri ile dâhil oldukları değişik sosyal güvenlik kurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (F= 4,057, p= 0,008). Bu gruplardan emekli sandığına dâhil olanlar (verilen doğru cevap sayısı ort= 57,62) diğer kurumlardaki (Bağ Kur; 55, 94, SSK; 55,06, Yeşil kart; 53, 45) gebelerden daha bilgiliydiler. İstatistiksel fark bu grubun ortalaması ile diğer gruplar karşılaştırıldığı zaman doğmuştur.

Ortalama Hane Geliri

Gebelerin ortalama hane gelirleri ile sahip oldukları bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F= 4,860, p< 0,001). Bu fark aylık hane geliri “0 ile 500 TL” arasındaki grubun aldığı puanın diğer gruplardan çok farklı olmasından kaynaklanmıştır (ort doğru cevap= 53,86). 3001 ve üzeri aylık hane geliri

olan grup bu gruptan ortalama 4,6 soru daha fazla doğru cevap vermiştir (ort doğru cevap= 58,46).

Obstetrik Hikâye

Gebelerin yaşadıkları gebelik sayısı ($r= 0,315$, $p=0,094$), ölü doğum sayısı ($r= 0,199$, $p=0,090$), doğum sayısı ($r= 0,199$, $p=0,073$), NSVD sayısı ($r= 0,143$, $p=0,108$), sezaryen sayısı ($r= 0,105$, $p=0,120$), gebelik haftası ile ($r= 0,067$, $p=0,103$) ile bilgi düzeyleri arasında herhangi bir istatistiksel ilişki saptanamamıştır. Bir tek gebelerin yaşadıkları düşük sayısı ile bilgi düzeyleri arasında bir ilişki kurulmuştur ($r= 0,618$, $p=0,028$).

Gebelerin Gebelikleri İçin Kullandıkları Bilgi Kaynağı, Takiplerini Gerçekleştirenler ve Takip Yerleri

Gebelerin bilgi düzeyleri ile bilgi sağladıkları kaynakların çeşidi (televizyon, yazılı basın, yakın çevre, internet) ($F= 3,855$, $p= 0,770$) ve bunların kullanım sıklığı (çok az, az, biraz, çok ve çok fazla) ($F=1,047$, $p=0, 630$) hastaların bilgi düzeyi üzerinde etkili bulunmamıştır. Aynı şekilde gebelerin takiplerini gerçekleştiren sağlık profesyonellerinin farklılığı (ebe/hemşire, aile hekimi, kadın doğum asistanı, kadın doğum uzmanı ve kadın doğum öğretim üyesi) ($F= 3,855$, $p= 0,770$), bunları tercih sıklığı (çok az, az, biraz, çok ve çok fazla) ($F= 3,855$, $p= 0,770$), takiplerin gerçekleştiği kurum (Aile sağlığı merkezi, doğum evi, özel hastane, üniversite hastanesi) ($F= 3,855$, $p= 0,770$) hastaların bilgi düzeyleri üzerinde etkili bulunmamıştır.

Gebelerin Bilgi Düzeyini etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi

Gebelerin bilgi düzeyini istatistiksel olarak etkilediği düşünülen faktörlerden, yaş, eğitim düzeyi, eşinin eğitim düzeyi, sosyal güvenlik kurumu, aylık hane geliri, yaşanan düşük sayısı ile oluşturulan regresyon modelinde r^2 değeri 0,128 olarak izlenmiştir. Regresyon modelinin geçerliliği Tablo 4.6'da, sonuçları ise Tablo 4.7'de görülmektedir.

Tablo 4.6: Oluşturulan regresyon modelinin geçerliliği				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,358 ^a	0,281	0,111	6,25120

Tablo 4.7: Oluşturulan regresyon modelinin sonuçları					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	43,781	3,110		14,078	0,00
Kaç yıllık evlisiniz?	,022	0,089	0,019	0,249	0,804
Yaş	0,372	0,081	0,337	4,561	0,001
Eğitim durumunuz nedir?	0,322	0,400	0,061	0,804	0,021
Eşinizin eğitim durumu nedir?	0,019	0,408	0,003	0,046	0,964
Sosyal güvenceniz nedir?	-0,216	0,372	-0,034	-0,581	0,562
Düşük sayısı	-0,618	0,550	-0,063	-1,124	0,262

Buna göre oluşturulan regresyon modeli gebelerdeki bilgi düzeyinin %28'ini açıklayabilmektedir. Çalışmamızdaki gebelerin bilgi düzeyini iki bağımsız faktörün; yaş ve eğitim durumunun etkilediği izlenmektedir.

5-TARTIŞMA

Çocuk doğurma ve anne olma kadınların önemli bir özelliği ve ayrıcalığıdır. Doğurganlık özelliği ile neslin devamını sağlayan kadınların yaşamında gebelik dönemi önemli yer tutar. Gebelik öneminden dolayı dikkatle incelenmesi gereken bir dönemdir. Sağlıklı kadınlarda bile gebeliğin belli riskleri vardır. Gebelik periyodu, gebede psikolojik ve fizyolojik değişimlerin meydana geldiği doğal bir süreçtir. Gebelikte meydana gelen bu değişikliklerin yol açtığı kaygı durumu, gebenin ve yakınlarının sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmesiyle hafiflemekte, daha sağlıklı bir gebelik dönemi yaşanmaktadır. Bu dönemde gebenin zararlı etkenlerden uzak durması ve sağlıklı bir gebelik için sağlık profesyonellerinin önerilerine uyması oldukça önemlidir (1, 16, 76).

Kesitsel nitelikteki araştırmamız ile gebelerin sağlıklı bir doğum yapmasına ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olabilecek veri ve sonuçlara ulaşmak amaçlanmıştır. Bu bölümde araştırma sonuçları hem kendi içinde, hem de tıp etiği literatüründe yer alan benzer araştırmaların sonuçlarıyla ve kuramsal çalışmalarla karşılaştırılarak tartışmaya açılmıştır.

Araştırmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması 29,4 yıl olarak bulundu. Altınparmak (77) 2005 yılında, Manisa'da Merkez Sağlık Ocakları'nda ebeler tarafından takip edilen 269 gebeyle yaptığı çalışmada gebelerin yaş ortalamasını 26,7 yıl olarak bildirmiştir. Dülgerler ve ark. (2) tarafından 2001 yılında Ege Üniversitesi Hastanesi Obstetri Polikliniği ve Prof. Dr. Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Obstetri Polikliniğine başvuran 94 gebede yaptığı araştırmada gebelerin yaşları ortalama 26,4 yıl olarak saptamışlardı. Ergün'ün (78) 2006 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğinde gerçekleştirdiği 35. ve daha büyük gebelik haftasındaki 250 tekil gebe vakayı içeren araştırmasında ise gebelerin yaş ortalaması 25,3 yıl olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda annelerin yaş ortalaması diğer çalışmalara göre daha yüksek olup, bu durum ülkemizde annelik yaşının gittikçe ileri yaşlara kayma eğiliminden kaynaklanıyor olabilir. Anne olma yaşının genç yetişkinlik dönemi olduğu söylenebilir. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de kadınlar en yüksek doğurganlıklarını yirmili yaşlarda arasında yaşamaktadır; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 25-29 yaş grubundadır (28).

Bizim araştırmamızda tüm gebelerin medeni durumu resmi nikâhlı olarak saptanmıştır. Kılıçarslan'ın (76) 2007 yılında Edirne merkezi genelinde son trimester, 340 gebe kadınlı yaptığı çalışmada da vakaların tamamı da resmi nikahlı evli olarak bulunmuştur. Dülgerler ve ark.'nın (2) yaptığı çalışmada da gebelerin büyük çoğunluğunun (%90,4) resmi nikahlı olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizin şartlarında evlilik dışı gebeliğe çok nadiren rastlanmaktadır.

Araştırmamızda katılımcıların ortalama evlilik süresi $6,7\pm 5,71$ yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların en düşük evlilik süresi bir yıl, en yüksek 24 yıl olarak tespit edilmiştir. Kılıçarslan (76) ise çalışmasındaki gebelerin ortalama evlilik süresini $5,0\pm 4,70$ yıl olarak bildirmektedir (Bu çalışmada gebeler en az bir yıl, en çok 29 yıllık evlidir). Çalışmamıza katılan gebelerin yaşadığı evlilik süresinin Kılıçarslan'ın çalışmasına katılanlarıkiyle benzer olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %74,6'sı ev hanımı olduğunu ifade etmiştir. Balcı ve ark.'nın (79) 2003 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı gebe polikliniğine başvuran gebelerin tamamı (182 kişi) ile yaptığı çalışmada gebelerin %67,6'sının ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Kılıçarslan (76) ise bu oranı %71,2 olarak bildirmektedir. Ergün (78) ise yaptığı araştırmada bu oranı %78,8 olarak saptamıştı. Çalışmamızdaki ev hanımlarının oranı diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda katılımcıların %74,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı %25,1'inin ise ister yarı ister tam zamanlı bir işte çalıştığı tespit edilmiştir. Altınparmak (77) yaptığı çalışmasında gebelerin %87,0'sinin, Ergün (77) ise %78,8'inin herhangi bir işte çalışmadığını tespit etmişlerdir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerinde çalışan kadın oranının (%30,7) çalışmamızdaki çalışan kadın oranından yüksek olduğu görülmektedir (28). Aradaki fark gebelik döneminde kadınların herhangi bir işte çalışmaktan kaçınma ihtimalinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda çalışan gebelerin eğitim düzeyinin diğer gebelerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ki bu beklenen bir bulgudur. Araştırmamızda gebelerin %38'i, eşlerinin ise %29,9'u ilkökul ve altı eğitime sahiptir. Okur-yazar olmama durumu gebe kadınlarda %2,5'dir. Eşlerinde okur-yazar olmayanların oranı ise %1'dir. TNSA 2008 verilerinde Türkiye genelinde 15-49 yaş aralığındaki kadınlarda okur-yazar olmama oranı %11, Orta ve Batı Karadeniz Bölgesinde ise %7,7 olarak tespit edilmiştir (28). Edirne'de 2001 yılında yapılan çalışmada bu oran kadınlarda %7,2, erkeklerde ise %1,5 tespit edilmiştir (80). TNSA verilerinde Türkiye genelinde altı ve üzeri yaşlarda ilkökul bitirme oranı erkeklerde %36,7, kadınlarda %35,8'dir. 15-49 yaş arasındaki kadınlarda ilkökul mezunlarının oranı %51,9, lise ve üzeri eğitim kurumu mezunları %21,1 olarak bulunmuştur (28). Kılıçarslan'ın (76) çalışmasında gebe kadınların %27,1'i, eşlerinin ise %19,8'i ilkökul mezunuyken, Ergün'ün (78) çalışmasında katılımcıların %40,8'i ilkökul mezunu olarak tespit edilmiştir. Araştırmamızda ise gebe kadınların %34,9'unun, eşlerinin ise %28,9'unun ilkökul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda lise ve üzeri eğitim kurumu mezunu gebelerin oranı %41,3, eşlerinde ise bu oran %52,1 olarak bulunmuştur. Kılıçarslan'ın çalışmasında ise lise ve üzeri eğitim gören gebelerin oranı %57,9, eşlerinin oranı %63,9 civarındaydı. Ergün ise (78) lise ve üzeri eğitim gören gebelerin oranını araştırmada %42,4 olarak tespit etmiştir. Bizim araştırmamız sonucunda gebelerin ve eşlerinin eğitim düzeyinin Türkiye genelinden daha yüksek, Kılıçarslan'ın çalışmasından daha düşük, Ergün'ün çalışmasındakiyle benzer olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni de çalışmamızdaki

gebelerin ve eşlerinin daha yüksek gelir grubuna sahip olması, eğitim seviyesinin genç yaş grubunda giderek artıyor olması ve bölgeler arasında sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %36,5'inin eşi işçi, %21'inin serbest meslek, %17,8'inin eşi devlet memuruydu. Kılıçarslan (76) ise vakaların %32,1'inin eşini işçi, %29,9'unun eşini serbest meslek, %17,9'unun eşini devlet memuru olarak bildirmiştir. Ergün (78) ise bu oranları %40,8'i devlet memuru, %32,4'ü işçi olarak tespit etmiştir. Çalışmamızdaki memur eşlerin oranları Kılıçarslan'ın çalışmasıyla benzer, Ergün'ün çalışmasından ise düşük olmakla birlikte, bölgeler arasında iktisadi ve sanayi çalışma farklılıklarından kaynaklanan işgücü oranları farklı olabilir.

Anketimize katılan gebelerin %25,1'i herhangi bir işte düzenli veya aralıklı olarak çalıştığını ifade etmiştir. Kılıçarslan (76)'ın yaptığı çalışmada ise çalışan gebelerin oranı %28,8'di. Ergün'ün (78) çalışmasında çalışan gebelerin oranı %21,2 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızdaki katılımcı eşlerinin %5,1'inin işsiz olduğu tespit edilmiştir. Kılıçarslan (76) bu oranı %1,5, Ergün (78) ise %8,8 olarak bildirmektedir. Bölgeler arasında işsizlik oranlarının; sanayi, iktisadi ve ülkenin ekonomik göstergelerinden kaynaklanan farklılıklardan dolayı değişiklik gösterebileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı ortalama 3,6 olarak tespit edilmiştir. Kılıçarslan (76) vakalarında evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısını ortalama 2,9 olarak bulmuştur. Eker (80)'in 2006 yılında 531'i kadın, 511'i erkek olmak üzere 20-87 yaş aralığında toplam 1049 kişiyle yaptığı araştırmada katılımcıların çoğu 4 bireyli ailelerden gelmekteydi. Türkiye genelinde ise ortalama hane halkı nüfusu 3,9'dur (28). Araştırmamızdaki hane halkı nüfusunun Türkiye ortalamasıyla benzer olduğunu söyleyebiliriz. Bölgeler arası nüfus artış hızlarının ve ortalama hane halkı nüfusunun farklı oluşunun nedeni sosyokültürel sebepler ve gelişmişlik farkı olabilir.

Çalışmamızda kişi başı gelir; katılımcıların %65,1'inde 0-500 TL, %17,5'inde 501-1000TL, %12,4'ünde 1001-2000TL, %4,8'inde 2001 TL ve üzeri olarak bulunmuştur. Kadioğlu'nun (81) Samsun il merkezinde ASM'lerde 2009 yılında 207'si erkek, 379'u kadın toplam 586 hasta ve hasta yakını üzerinde yaptığı çalışmada; katılımcıların %63,3'ü 0-500 TL, %23,2'si 501-1000 TL, %11,9'u 1001-2000 TL, %1,6'sı 2001 TL ve üzeri kişi başı gelire sahiptir. Bu oranlar bize en yüksek gelir grubundaki katılımcıların üçüncü basamak sağlık kurumunu tercih ettiğini gösteriyor olabilir.

Türkiye genelinde 15-49 yaş arası kadınların %75,8'i kentlerde, %24,2'si ise köylerde yaşamaktadır (28). Bizim araştırmamızda katılımcıların %79,4'ü kentlerde, %20,6'sının köylerde yaşadığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda gebelerin %97,1'inin herhangi bir sosyal güvencesinin bulunduğu tespit edilmiştir. Ergün'ün (78) çalışmasında katılımcıların %88'inin sosyal güvencesi olduğu görülerek bizim çalışmamızdan düşük oranda tespit edilmiştir. Kılıçarslan (78) ise vakaların %95,4'ünün herhangi bir sosyal güvencesinin bulunduğunu bildirmektedir. Balcı ve ark. (79) tarafından yapılan araştırmada da gebelerin yaklaşık %96'sının sosyal güvencesi olmasıyla bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Efe'nin (82) 2006 yılında, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Antenatal Polikliniği'ne başvuran değişik gebelik haftalarına sahip 1026 gebe kadın üzerinde yaptığı araştırmada katılımcıların yaşadığı gebelik sayısı ortalama 2,3 olarak saptanmıştır. Balcı ve ark. (79) bu oranı 2,3, Altınparmak (77) 2,4 olarak tespit etmişlerdir. Bizim araştırmamızda da katılımcıların yaşadığı gebelik sayısı ortalama 2,5 olarak diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Araştırmamızda katılımcıların %33,3'ü ilk gebeliğini yaşamaktadır. Cebeci ve ark.'nın (83) 2001 yılında SSK Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapmış ve yatmakta olan 100 postpartum kadına yaptığı araştırmada bu oran %33 olarak tespit edilmiş olup çalışmamızdaki oran ile benzerdir. Araştırmamızda ilk gebeliğin olması oranı daha yüksektir. Bu da muhtemelen bölgenin sosyokültürel özellikleri ile açıklanabilir olup ayrı bir tez konusudur.

Araştırmamızda gebelerin %6'sının en az bir ölü doğumu bulunmaktaydı. Cebeci ve ark.'nın (83) yaptığı çalışmada bu oran %2, Kılıçarslan'ın (76) çalışmasında ise %3,8 olarak tespit edilmiştir. TNSA (28) verilerinde bu oranın %4 olduğu görülmektedir. Araştırmamızda ölü doğum oranlarının diğer çalışmalardan yüksek çıktığı görülmektedir. Bunun nedeni, araştırmamız yalnızca üçüncü basamak hastanesinde yapıldığından daha problemlerli gebelik süreci yaşayan vakalarla karşılaşmış olabileceğimize dir.

Araştırmamızda gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalama $0,92 \pm 1,05$ olarak tespit edilmiştir. Yine Efe'nin (82) yaptığı araştırmada çocuk sayısı ortalama 0,98, Balcı ve ark.'nın (79) yaptığı çalışmada 0,8, Kılıçarslan'ın (76) yaptığı çalışmada 1,5 olarak tespit edilmiş olup bizim çalışmamızla benzerdir.

Katılımcıların ortalama canlı doğum sayısı $0,99 \pm 1,12$ olarak tespit edilmiştir. Balcı ve ark.'nın (79) yaptığı araştırmada $0,9 \pm 1,1$, Efe'nin (82) gerçekleştirdiği araştırmada doğum sayısı $1,04 \pm 1,25$ olarak bulunmuştur ve bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Türkiye genelinde 15-49 yaş arası kadınların istediği doğurganlık hızı 1,6, gerçekleşen ise 2,2'dir (28). Katılımcılarımızın sosyokültürel seviyelerinin yüksekliğinden kaynaklanarak genel doğurganlık hızının düşük olabileceği düşünülmektedir.

TNSA verilerine göre yaşam boyu isteyerek düşük oranı %22,1, kendiliğinden düşük olma oranı ise %20,4'dür. İsteyerek düşük hızı 0,29'dur (28). Altınparmak'ın

(77) yaptığı araştırmada gebelerin %7,6'sı en az bir kez isteyerek, %21,4'ü en az bir kez kendiliğinden düşük yapmıştır. Kılıçarslan'ın (76) çalışmasında en az bir kez düşük yapan gebelerin oranı %12,1'dir. Araştırmamızda ise isteyerek düşük yapma ortalaması $0,12 \pm 0,44$, en az bir kez isteyerek düşük yapan katılımcıların oranı %9,2, kendiliğinden düşük yapanların oranı ise %22,2 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda isteyerek düşük oranı Türkiye genelinden daha düşük, kendiliğinden düşük oranı ise daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni katılımcılarımızın eğitim seviyesinin yüksek olmasından dolayı doğum kontrol yöntemlerini daha etkin, bilinçli uyguluyor olabilecekleri ve araştırmamız üçüncü. basamak hastanesinde yapıldığından, daha komplike vakalarla karşılaşmış olabileceğimizdir.

Kılıçarslan'ın (76) gerçekleştirdiği çalışmada daha önceki gebeliklerinde normal doğum yapanların oranı %68, sezaryenle doğum yapanların oranı ise %32'dir. Cebeci ve ark.'nın (83) yaptığı çalışmada önceki gebelikte sezaryenle doğum yapan kadınların oranı %36'dır. TNSA verilerinde ise Türkiye genelinde sezaryenle doğumların oranı %36,7, normal doğumların oranı da %63,3'tür (28). Bizim araştırmamızda ise daha önceki gebeliklerinde normal doğum yapanların oranı %65,6, sezaryenle doğum yaptıranların oranı ise %34,4 olarak tespit edilmiştir. Bu oranlar diğer çalışmalarla benzerdir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların ortalama gebelik haftası $24,9 \pm 10,2$, en düşük gebelik haftası 1, en yüksek gebelik haftası 42 olarak bulundu. Kılıçarslan'ın (76) çalışmasındaysa ortalama gebelik haftası $31,64 \pm 4,69$, en düşük gebelik haftası 24, en yüksek gebelik haftası 40 olarak tespit edilmiştir. Aradaki ortalama gebelik haftası farklılığı Kılıçarslan'ın çalışmasını son trimester gebeler üzerinde yapmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gebelerin %7,7'sinin tıbbi yardım alarak hamile kaldığı tespit edilmiştir. Kılıçarslan'ın (76) çalışmasında ise bu oran %3,8 olarak bulunmuştur. Aradaki farklılık Kılıçarslan'ın çalışmasının birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, bizim çalışmamızın ise sadece üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılıyor olması ve bu bağlamda gebe kalması zor olan vakaların üçüncü basamak sağlık hizmetlerini tercih etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Kılıçarslan'ın (76) Edirne ilinde yaptığı araştırmasında istenmeyen gebelik oranı %9,1 olarak bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada gebeliğin istenmeyen bir gebelik olması oranı %31,8'dir. TNSA verilerinde doğum kontrolü için herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranının %73 olduğu görülmektedir (28). Bu da bize, istenmeyen gebelik gibi iyi bir aile planlaması programı ile önlenebilecek sorunların Türkiye'de varlığını sürdürdüğünü göstermektedir. Kılıçarslan'ın çalışmasıyla karşılaştırıldığında bizim bölgemizde istenmeyen gebelik oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Bu da bölgemizde aile planlaması hizmetlerinin etkin olmadığını düşündürebilir.

Dülgerler ve ark.'nın (2)'nin çalışmasında katılımcıların %88,3'ü gebeliği sırasında önemli bir rahatsızlık geçirmemiştir. Cebeci ve ark.'nın (83) yaptığı araştırmada katılımcıların %93'ü gebeliği sırasında önemli bir rahatsızlık geçirmemiştir. Kılıçarslan'ın (76) çalışmasında katılımcıların %97,7'si gebeliğinde önemli bir rahatsızlık geçirmemiş olup gebelerin %0,6'sında kanama, %0,6'sında gestasyonel diyabetes mellitus, %0,6'sında hipertansiyon rahatsızlıklarının bulunduğu öğrenildi. Bizim araştırmamızda da gebelerin %81,9'u gebeliği sırasında önemli bir rahatsızlık geçirmemiş olup %0,8'inde kanama, %1,4'ünde gestasyonel diyabetes mellitus, %3,8'inde hipertansiyon tespit edildi. Bizim araştırmamızda mevcut gebeliğinde önemli bir rahatsızlık geçiren katılımcıların oranının fazla olduğu görülmektedir. Bunun nedenleri araştırmamızın üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılmış olması ve sağlık kuruluşları arasındaki tahlil-tetkik olanaklarının farklılığı olabilir.

Dülgerler ve ark.'nın (2) çalışmasında katılımcıların %87,2'si daha önceki gebeliğinde önemli bir rahatsızlık geçirmemiştir. Cebeci ve ark (83) yaptığı araştırmada katılımcıların %84'ü de daha önceki gebeliğinde önemli bir rahatsızlık geçirmemiştir. Kılıçarslan'ın (76) çalışmasında katılımcıların %96,5'i daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamamışken, gebelerin %0,2'si gestasyonel diyabetes mellitus, %0,2'si kanama, %0,2'si hipertansiyon rahatsızlıkları geçirmiştir. Bizim araştırmamızda gebelerin %54'ü daha önceki gebeliklerinde bir rahatsızlık geçirmemiş olup, %0,3'ünün gestasyonel diyabetes mellitus, %1,4'ünün vajina kanama, %0,8'inin hipertansiyon, %0,6'sının erken doğum yaşadığı belirlenmiştir. Bulgular diğer araştırmalara göre daha kötümserdir. Özellikle de daha önceki gebeliklerinde rahatsızlık yaşayanların oranının yüksek olması, araştırmamızın üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılmış olması ve daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamış gebelerin üçüncü basamak sağlık hizmeti alarak kendilerini daha güvende hissediyor olabileceğinden kaynaklanabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %82,5'inde kronik bir hastalık olmadığı öğrenilmiştir. Kılıçarslan'ın (76) çalışmasında ise kronik hastalık durumuna bakıldığında gebelerin %97,1'inin herhangi bir kronik hastalığı yoktu.

Araştırmamızda gebelerin %1,7'si gebeliğiyle ilgili herhangi bir ilaç kullanmamıştı. Katılımcıların %33'ü vitamin, %32,2'si demir preparatı, %22,7'si folik asit kullanmıştı. Sözeri ve ark.(84)'nin 2006 yılında Doğumevi'ne başvuran 310 gebe ile yaptığı araştırmada hiç ilaç kullanmayan gebelerin oranı %15,8, demir preparatı kullanma oranı %61 olarak tespit edilmiştir (84). Kılıçarslan'ın (76) çalışmasında gebeliğiyle ilgili hiç ilaç kullanmayanların oranı %11,2 olarak tespit edilmiştir.

Gebelerin sigara içme alışkanlığı sorgulandığında %74,9'unun hiç sigara içmediği saptandı. Gebelerin %2,5'i halen düzenli sigara kullanmakta, %4,4'ü azaltarak devam etmekteydi. Kılıçarslan'ın (76) yaptığı araştırmada hiç sigara içmeyen gebelerin oranı %51,2, halen düzenli sigara içen gebelerin oranı %6 olarak bulunmuştur. Samsun'da (85) 1990 yılında gebeler üstünde yapılan bir araştırmada %37, 1999 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (86) poliklinikte izlenen gebelerde %16, 2003

yılında Sivas Doğumevi Hastanesinde (87) doğum yapan kadınlar arasında gebelikte sigara içme sıklığı %17 olarak tespit edilmiştir. Ergün'ün (78) çalışmasında sigara içen gebelerin oranı %12 olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistikleri Yıllığında (88) yer alan bilgilere göre tütün kullanım oranı Türkiye genelinde 2008 yılında %31,2 iken 2010 yılında %27,1'e düşmüştür. Erkeklerin %40,7'si, kadınların %13,8'i tütün kullanmaktadır. Bizim araştırmamızdaki gebelerde sigara içme oranı Kılıçarslan'ın Edirne'de yaptığı çalışmayla benzer oranlarda, söz konusu diğer araştırmalardan ise düşük olarak bulunmuştur. Bu fark bölgesel, sosyokültürel farklılıktan olabileceği gibi, devlet tarafından yürütülen sigara bırakmayı özendiren kampanyalar, halkın bilinçlendirilmesi çalışmaları ve sigara kullanma alanlarıyla ilgili çıkarılan yasalardan kaynaklanıyor olabilir.

Gebelik döneminde sigara içilmesi fetüste ciddi riskler oluşturmaktadır (89). Gebelikte sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması, fertilitiyi, fetüsün gelişmesini, gebeliğin her aşamasını, doğumu, bebek sağlığını ve gelişimini etkileyebilmektedir (89).

Araştırmamızda gebelerin %95,2'sinin hiç alkol kullanmadığı, %4,8'inin ise gebelik döneminde alkol almadığı tespit edilmiştir. Kılıçarslan'ın (76) çalışmasında ise gebelerin %21,8'inin hiç alkol kullanmadığı, %78,2'sinin de son bir ayda alkol kullanmadığı saptandı ve gebelerin yarısından fazlasının son bir ayda alkol kullanmayı bırakmış oldukları tespit edildi. Ergün'ün (78) çalışmasında gebelerin %99,2'sinin alkol kullanmadığı, %0,8'inin ise alkol almaya devam ettiği görülmüştür. Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu 2008 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda kadınlarda halen alkol kullananların %3,3, bir dönem alkol kullanıp bırakanların %3,7, hiç alkol kullanmayanların %93 olduğu bildirilmiştir (88). Bizim çalışmamızda gebelerin alkol kullanma oranlarının Kılıçarslan'ın yaptığı çalışmadan daha düşük olduğu görülmektedir. Bu farklılık bölgeler arası sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Kılıçarslan'ın (76) 2008 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların gebelik dönemi hakkında bilgi edinmek için televizyonu %33,8, gazeteyi %19,4, dergiyi %31,5, kitabı %40,6, İnterneti %29,1, sağlık personelinin %60,6 oranında tercih ettiği görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %33'ü televizyondan, %27,3'ü yazılı basından, %45,4'ü internetten, %60,6'sı yakın çevresinden, %55,8'i ebeden, %53,9'u aile hekiminden, %80,6'sı kadın doğum uzmanından biraz, çok ve çok fazla şeklinde değişik oranlarda bilgi aldığı tespit edilmiştir. Yazılı basın kullanımını ve internet kullanım oranlarındaki iki çalışma arasındaki fark dikkati çekmektedir. Bu farklılık toplumda internet kullanım yaygınlığının hızlı bir şekilde artıyor olmasından ve toplumun ilgisinin bu yöne kaymasından kaynaklanıyor olabilir.

Gebelikteki koruyucu sağlık hizmetlerinden birisi anneyi ve bebeği tetanoza karşı korumak için iki doz tetanoz aşısı uygulanmasıdır (91). Araştırmamızda aşı olan gebelerin %97,4'ünün tetanoza karşı aşılanmış olduğu görülmüştür. Kayseri'de (92)

2001 yılında beş merkez sağlık ocağı'nda 22 ebeye ait, yeni doğum yapmış 698 lohusa izlemi ile bir yaşını bitirmiş 730 bebeğin izlemi değerlendirilerek yapılan araştırmada da tetanoz aşısı yaptırma oranı %94,6 olarak tespit edilmiştir ve bu oran bizim araştırmamızla benzerdir.

Araştırmamızda katılımcıların %82,5'i ASM'de, %57,5'i devlet hastanesi'nde, %22,2'si özel muayenehanede, %37,8'i özel hastane'de, %57,5'i tıp fakültesi hastanesinde takiplerini yaptırmaktaydı. Kılıçarslan'ın (76) Edirne ilinde 2008 yılında yaptığı çalışmada gebelik takipleri için katılımcıların %8'i sağlık ocaklarına, %24,5'i devlet hastanesine, %33'ü özel muayenehanelere, %14,7 oranında tıp fakültesi hastanesine başvurmakta, %0,3'ü hiç gebelik takibi yaptırmamıştı. Görüldüğü üzere Kılıçarslan'ın çalışmasıyla karşılaştırıldığında birinci basamakta gebe takibi yapma oranları arasında önemli bir fark bulunmaktadır. Bu fark, sağlık ocağı uygulamasında gebe takibi açısından yetersiz kalındığından ve Aile Hekimliği uygulamasında verilen sağlık hizmetleri anlayışının gebelik dönemini de kapsamamasından kaynaklanıyor olabilir.

Antenatal takipte gebelere ilk kontrolde açlık kan şekeri testi yapılmalıdır (93). Çalışmamızdaki ilk trimester vakalarından DM hastası olan biri; kan şekerinin aşırı yükselmesinden dolayı hastanede yatarak izlem görürken, kendisine 180 kez kan şekeri tahlili yapıldığını ifade etmiştir. Bu durum, birinci trimester kan şekeri bakılması ortalama sayısını yükseltmiş olup, değerlendirme için ortalama yerine ortanca değerler esas alınması daha isabetli olur. Ergün'ün (78) çalışmasında gebelerin %55,6'sına açlık kan şekeri bakılmıştır. Bizim çalışmamızda açlık kan şekeri bakılan gebelerin oranı %86,6 olarak tespit edilmiştir. Bu oranlar açlık kan şekeri ölçümü açısından çalışmamıza katılan gebelerin takibini yapan sağlık profesyonellerinin daha hassas davranıyor olabileceğiyle ve Ergün'ün çalışmasına kıyasla bizim çalışmamıza katılanların daha yüksek oranda sosyal güvenceye sahip olduğuyla açıklanabilir.

Gebeliğin 24-28. haftaları arasında gestasyonel diyabet taraması yapılmalıdır (94). Ergün'ün (78) yaptığı çalışmada gebelerin %44,8'i gestasyonel diyabet açısından taranmıştır. Bizim çalışmamızda katılımcıların %73'ü her gebeye gestasyonel diyabet taraması yapılması gerektiğini bilmiş, %64,8'i ise gestasyonel diyabet taraması yaptırmıştı. Bizim çalışmamızın tüm haftalardaki gebeleri kapsadığı da dikkate alınır, çalışmamızdaki katılımcıların gestasyonel diyabet açısından daha bilinçli olduğu söylenebilir.

“Ergün'ün (78) çalışmasında gebelerden alınan bilgilere göre katılımcıların %39,2'si en az bir kez kan sayımı yaptıklarını söylemiştir. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %92,8'i gebelik takiplerinde kan sayımı yaptırmak gerektiğini söylemiş, %93,7'sinin ise en az bir kez kan sayımı yaptırdığı tespit edilmiştir. İki çalışma arasındaki oran farkı; bizim çalışmamızda sadece hastaların ifadeleriyle yetinilmeyip, hasta dosyalarının da taranmasından ve çalışmamızdaki katılımcıların sosyal güvence oranlarının daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ergün'ün (78) çalışmasında idrar tahlili yapılan gebelerin oranı %50,8, bizim çalışmamızda ise %90,5 olarak bulunmuştur. Ayrıca çalışmamıza katılan gebelerin %93,3'ü gebelik döneminde idrar tahlili yapılması gerektiğini de ifade etmiştir. İki çalışma arasındaki oran farkı; çalışmamıza katılan gebeler arasında sosyal güvence oranlarının daha yüksek oluşu, çalışmamızda hasta ifadeleriyle yetinilmeyip hasta dosyalarındaki bilgilerin de taranması ve gebelik dönemiyle ilgili bilgi alma kaynaklarını daha etkin bir şekilde kullanmaları ihtimalinden kaynaklanıyor olabilir.

Ergün'ün (78) çalışmasında idrar kültürü yaptıran gebelerin oranı %38,4 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise gebelerin %77,8'i gebelik döneminde idrar kültürü bakılması gerektiğini söylemiş, %74,9'unun idrar kültürü yaptırdığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, çalışmamıza katılan gebeler arasında sosyal güvencesi olanların oranının daha yüksek oluşu, gebelerin ifadeleriyle yetinilmeyip hasta dosyalarının da taranması ve daha iyi bilgilendiriliyor olabileceğiyle açıklanabilir.

Ergöçmen ve Coşkun'un (95) Aydın il merkezinde 10 numaralı sağlık ocağında toplam 195 gebe kadın üzerinde 2007 yılında yaptıkları çalışmada gebelerin takiplerinde %89'una tansiyon ölçümü yapıldığı saptanmıştır. Ergün'ün (78) çalışmasında gebelerin %71,2'sinin gebelikte tansiyon takibi yapılması gerektiğini bildiği ve %90'ının gebelikte tansiyon takibi yaptırdığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %97,8'i gebelikte tansiyon takibi yapılması gerektiğini biliyorken, %97,8'i en az bir kez tansiyon ölçümü yaptırmıştı. Bu oranlara bakıldığında diğer çalışmalara kıyasla çalışmamıza katılan gebelerin tansiyon ölçümü açısından daha iyi bilgilendirildiği ve gebelerin bu konuda daha bilinçli olduğu söylenebilir.

Mısırlıoğlu ve ark.'nın (96) Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2006 yılında üç ay süren ve 502 gebe ile yapılan çalışmasında gebelerin %94,4'üne en az bir kez ultrason yapıldığı saptanmıştır. Ergün'ün (78) çalışmasında gebelerin %64,4'üne en az bir kez ultrason yapıldığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise gebelikte ultrason yaptırılması gerektiğini bilenler %96,2, gebelikte ultrason yaptıranlar ise %97,1 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda oranlar Mısırlıoğlu ve arkadaşlarıyla benzer, Ergün'ün çalışmasından ise yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi Ergün'ün çalışmasındaki katılımcılar arasında, sosyal güvenceye sahip olanların daha az oranda olmasından kaynaklanıyor olabilir. Gebelerin ultrasona diğer tanısal ve tarama amaçlı testlere göre sıklıkla başvurularının nedenleri; ailenin ultrasonu tetkikler içinde en önemlisi olarak görmesi, bebeğin cinsiyetini öğrenme isteği, doktorun gebe ve ailesini rahatlatmak isteği, bu tetkikin uygulamasının gebeye ağrı ve acı vermeyişi gibi nedenler olabilir.

Kromozom anomalisi tespit edilmiş bir fetüsün tahliyesi, gebeliğin ilerlemesiyle tıbbi olarak daha zor bir hale gelmekte ve beraberinde anne için çeşitli sağlık riskleri de artmaktadır. (97). Başta Down Sendromu olmak üzere diğer anomaliler açısından riski yüksek gebeleri saptamak için 11-14. gebelik haftaları arasında ultrasonda bebeğin ense kalınlığının ölçümü, kanda bazı hormonlara bakılarak ve erken gebelik haftasında

yapılmasıyla daha büyük avantaja ve güvenliğe sahip olan ikili tarama testinin tüm gebelere uygulanması önerilmektedir (93). Ergün'ün (78) 35 hafta ve üstü gebeler üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %40,6'sının ikili tarama testi yaptırdığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda ikili tarama testi hakkında bilgisi olanlar %86,7, ikili tarama testi yaptıran gebelerin oranı ise %58,7 olarak bulunmuştur. Bu oranların farklılığı; bizim çalışmamızdaki katılımcıların Ergün'ün çalışmasına katılanlara göre bu konuda daha iyi bilgilendirilmiş olabileceğiyle, çalışmamıza katılanlar arasında sosyal güvencesi olanların daha yüksek oranda olmasıyla ve çalışmamızda sadece hastaların verdiği ifadelerle yetinilmeyip hasta dosyalarının da taranmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızdaki gebelerden ikili testi bilenlerin oranının, bu testi yaptıranlardan daha fazla olmasının nedeni; katılımcıların bir kısmının 11-14. gebelik haftalarından erken olmasıyla, bir kısmının da sosyal nedenlerle yaptırmak istemeyişiyle açıklanabilir.

Üçlü tarama testi dünyanın birçok bölgesinde rutin olarak 16-18. gebelik haftaları arasında yapılan bir tarama testidir. Gebeliklerde Down Sendromunu yakalama oranı %60-65 iken %5 yanlış pozitiflik verebilmektedir (78). Ergün'ün (78) 35 hafta ve üstü gebeler üstündeki çalışmasında üçlü tarama testi yaptıran gebelerin oranı %40,8 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise tüm haftalardaki gebeler arasında bu üçlü tarama testinin gerekliliğini bilenlerin oranı %89,8 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda üçlü tarama testini yaptıran gebelerin oranı ise %65,7 olarak bulunmuştur. Ergün'ün çalışmasıyla bizim çalışmamız arasındaki oran farkı; çalışmamızdaki gebeler arasında sosyal güvencesi olanların oranının daha yüksek olmasından ve çalışmamızda hasta dosyalarının da taranmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamıza katılan gebelerden üçlü testi bilenlerin yaptıranlardan daha yüksek olması ise katılımcıların bir kısmının 16-18. gebelik haftalarından erken olmasıyla açıklanabilir.

Ergün'ün (78) çalışmasında gebelerin %74,4'ü en az bir kez NST yaptırdığını söylemiştir. Bizim çalışmamızda ise NST yaptıranların oranı %55,1 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda NST oranlarının diğer çalışmadan daha düşük bulunmasının nedeni; Ergün'ün çalışmasının 35 hafta ve üstü gebeleri kapsayıp, bizim çalışmamızın tüm haftalardaki gebeleri kapsamasından kaynaklanıyor olabilir.

Gebelik döneminde bulaşması halinde intrauterin enfeksiyonlara neden olan TORCH enfeksiyon tahlilleri konusunda ülkemizde bireysel ve kurumsal uygulama farklılıkları söz konusudur (93). Ergün'ün (78) çalışmasında gebelerin %27,6'sına TORCH enfeksiyon tahlillerinin yapıldığı saptanmış. Bizim çalışmamızdaysa katılımcıların %40,6'sı gebelikte TORCH taraması yapılması gerektiğini söylemiş, %23,5'inin ise TORCH enfeksiyon taraması yaptırdığı tespit edilmiştir. Bu değerlerin az oluşu hastanemizde ve ülkemizde rutinde TORCH enfeksiyon taraması yapılmaması ve ülke politikalarının farklılıklarına (93) bağlanmıştır.

Gebeler ve eşlerine ilk antenatal kontrolde mutlaka kan grubu istenmelidir (98). Gebeler ve eşleri kan gruplarını bilmelidir. Canbaz ve ark.'nın (99) Samsun OMÜ Tıp

Fakültesi Hastanesi'nde çalışan ve evli 104 kadın üstünde 1-20 Şubat 2001 arasında yaptığı çalışmada gebelerin %1,9'unun kendi kan grubunu bilmediği, %4,8'inin eşinin kan grubunu bilmediği saptanmıştır. Ergün'ün (78) Afyonkarahisar ilinde 2007 yılında yaptığı çalışmada gebelerin %21,6'sının kendi kan grubunu bilmediği, %29,2'sinin eşinin kan grubunu bilmediği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda gebelerin %14,9'u kendi kan grubunu bilmiyor, %20'si eşinin kan grubunu bilmiyor olarak saptanmıştır. Bu aradaki farklılık, Canbaz ve arkadaşlarının çalışmasındaki gebelerin eğitim durumlarının daha yüksek olmasına bağlanabilir. Çalışmamızda son gebeliğinde kan grubu bakılan gebelerin ortalaması $0,37 \pm 0,55$, tüm katılımcılar arasındaki oranı ise %46 olarak bulunmuş olup bunun nedeni, kan gruplarını bilen gebelere rutinde tekrar kan grubu bakılmamış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızın önemli amaçlarından birisi de gebelik sürecindeki kadınların bilgi düzeyi ve bunları etkileyen faktörler olmuştur. Bu amaçla gebelerin sahip olması gereken bilgiler ankette üç grupta toplanmıştır. Hatırlanacağı üzere bunlardan ilki gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmak, diğeri gebelik döneminde sağlığın geliştirilmesi açısından bilgi sahibi olmak ve son olarak sağlık takipleri hakkında bilgi sahibi olmak idi. Gebelerimizde tüm bu üç gruptaki bilgiler toplanmış bilgi seviyelerine açısından yetersiz, orta yeterli ve yeterli olarak üç gruba ayrılmıştır. İlginç olarak gebelerin sadece %2,3 (n= 7) yetersiz düzeyde bilgi seviyesine sahiptiler geri kalan vakalar orta düzeyde ve yeterli düzeyde bilgi sahibiydiler. Gebelerimiz gebelikleri ile asgari bilmeleri gereken bilgilerin %78,5'ine (70 üzerinden, ortalama= 55,39 doğru yanıt) sahiptiler. Yapılan analizlerde gebelerin bilgi düzeyleri üzerine yaş, eğitim düzeyi, eşlerin eğitim düzeyi, toplam evlilik yılları, dâhil oldukları sosyal güvenlik kurumu, ortalama hane gelirleri ve obsetrik hikâyelerinde yapılan düşük sayısı ile gebelerin bilgi düzeyleri anlamlı çıkmıştır. Anlamlı parametrelerle kurulan regresyon analizinde bilgi düzeyini etkileyen asıl bağımsız faktörler yaş ve eğitim düzeyi olmuştur. Eğitim düzeyi artan gebeler iş yaşamına daha geç atılmakta ve bu nedenle diğer kadınlarla kıyaslandığı zaman daha geç çocuk sahibi olduğu düşünülebilir. Çalışmamıza dâhil olan kadınlar kendi eğitim düzeylerine uygun eşler seçmişlerdir. Üniversite mezunu olup ta eşi ilkökul mezunu olan tek vakamız mevcuttu. Eğitim düzeyi arttıkça kadınların hane geliri artmakta ve dâhil oldukları sosyal güvenlik kurumu belirginleşmektedir.

İlginç olan ise gebelerin gebelik süresince kullandıklarını beyan ettikleri bilgi kaynağı tipi (televizyon, internet v.b....) ve bunları kullanma sıklığı gebelerin bilgi düzeyleri üzerinde herhangi bir etki yapmadığının tespit edilmesidir. Bilgiye ulaşmanın çok kolay olduğu çağımızda gebelerin tek bir bilgi kaynağı yerine birden çok bilgi kaynağını tercih etmeleri kendi bilgi düzeyleri üzerinde etki göstermiş olabilir. Kesitsel bir çalışmada bu tip kaynakların etkinliğinin diğer faktörlerle değerlendirilmesi zordur. İleride tasarlanacak olan deneysel çalışmalarla bu konu daha geniş olarak araştırılabilir. Değişik bilgi kaynakları kullanılarak daha dar kapsamlı konularda gebelerin bilgi düzeyleri üzerindeki etkileri prospektif olarak değerlendirilebilir. Ancak gebelerin bilgi

kaynakları açısından izole edilmeleri teknik ve etik sorunlara neden olabilir. Gebelerin takip edildikleri sağlık profesyonellerinin eşidi (Aile hekimi, kadın doğum uzmanı v.b.), takip edilen kurum (ASM, doğumevi v.b.), ve takip sıklığı bilgi kaynakları üzerinde etkili bulunmamıştır. Gebeler şu andaki sistemde asgari olarak aile hekimin düzenli kontrolindedir. Çoğu gebe ayrıca doğumu gerçekleştirileceği yerdeki kadın doğum uzmanından da bakım almaktadır. Dolayısıyla bilgi düzeyine etki edecek sağlık profesyonelinin çeşidi, bakım alınan kurum ve alınan bakımın sıklığı konusunda net bir yorumda bulunmak kesitsel bir çalışma ile zor olmaktadır. Daha detaylı sonuçlara varmak için bu konuda deneysel çalışmalar planlanabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Araştırma Hakkında Genel Bir Değerlendirme

Tez çalışmasının temel amaçları, ilk olarak gebelerin gebelik ve gebeliğin tıbbi takibi süreçleri hakkında ne ölçüde bilgilendirildiğini saptamak; ikinci olarak da gebeleri bilgilendirebilmek için tıp etiğinin sınırları içinde ve çağdaş tıbbın gerekliliklerine uygun bir şekilde ilgili sağlık profesyonellerine yönelik öneriler oluşturmaktır.

Kadınların hamilelikleri sırasında sağlık profesyonelleriyle iletişim kurma düzeyi, gebelik süreci ve tıbbi uygulamalar konusunda bilgi alma durumu araştırma konusu edilmiştir. Bulgular bir yandan gebelerin hamilelik dönemi hakkında hangi ölçüde bilgi sahibi olduğunu belirlemek için, öte yandan gebelerin bu süreç hakkında bilgi edinmek için hangi kaynakları kullandığını tespit etmek için değerlendirilmiştir.

Araştırmamıza dayanarak yapılabilecek genel bir tespit, sağlık profesyonellerinin gebelik takiplerindeki rutin işlemler konusunda daha duyarlı oldukları, fakat ne var ki medikal-teknik işlemler, takiplerde yapılması gereken uygulamalar, gebelik dönemi hakkında bilinmesi gerekenler konusundaki bilgi aktarımı için gereği kadar duyarlı olmadıklarıdır. Bu durum gebenin durumunu kavramasını ve özerklik düzeyini yükseltecek bilgi aktarımlarını engellemektedir.

Tüm bunları göz önüne alarak, araştırmamızın sonuçlarını maddeler halinde sıralamadan önce, gebelerin bilgi edinebilecekleri kaynakları etkin bir şekilde kullanamadıkları, gebelik dönemi hakkında tam bir bilgiye sahip olmadıkları ve sağlık profesyonellerinin ise birçok sebepten dolayı çağdaş standartların altında bilgilendirme yaptıkları şeklinde genel bir sonuç çıkarabiliriz.

6.2. Sonuçlar

- Araştırmamızdaki katılımcı sayısı, hedeflenen sayının iki katından fazla olup çalışmamızın gücünü göstermektedir
- Katılımcılarımız gebelik takip sürecinde farklı sağlık kurumlarına başvurmakta, bu durum kısmen kurum altyapı olanaklarının yetersizliğinden, kısmen de verilen hizmetin tatminkâr olmamasından kaynaklanmaktadır.
- Araştırmamızın katılımcılarının tamamının gebelik süresince takibi sağlık profesyonelleri tarafından yapılmıştır.

- Katılımcılarımızın gebelik ve gebelik takip süreçleri ile ilgili konularda bilgilendirilmesi, genellikle sağlık profesyonelleri tarafından yapılmaktadır.
- Katılımcılarımızın gebeliğin normal seyretmesi durumunda doğum öncesi bakım alabilecekleri yaygın ve kolay erişilir sağlık kuruluşları olan aile sağlığı merkezlerine yönelme oranları, bu işi yakın geçmişe kadar sürdüren sağlık ocaklarına göre yüksektir. Bu durum ebelerin gebe takip sürecinde yer alma oranını yükseltmektedir ve sağlık ocağı uygulamasından aile sağlığı uygulamasına geçişin doğru bir karar olduğunu göstermektedir.
- Araştırmamızın eğitim düzeyi yüksek, çalışan, meslek sahibi; sosyoekonomik düzeyi yüksek katılımcıları, muayene olmak için özel merkezler ile üniversite hastanesini diğer kurumlara göre daha fazla tercih etmektedir.
- Katılımcılarımızın az bir kısmı, gebelik döneminde sadece tek bir sağlık kurumunda muayene olmaktadır, büyük çoğunluğu iki ya da daha fazla sağlık kurumuna gitmektedir.
- Katılımcılarımızın sağlık profesyonelleri tarafından takipleri ve rutin uygulamalarının oranları yüksek olmakla birlikte, cevaplarından gebelik sürecinde verilmesi gereken bilgilerin yeterince kendilerine aktarılmadığı anlaşılmaktadır.
- Araştırmamızda katılımcıların en az bilgilendirilmesi söz konusu olan konular sıralandığında, ilk sırada gebelik sürecinde grip aşısı yapılabileceği, ikinci sırada gebelikte basur olmanın sağlıklı bir durum olmadığı, üçüncü sırada gebelere TORCH taraması yapılması gerektiği yer almaktadır. Bunları taharet temizliğinin önden arkaya doğru yapılması gerektiği, doğum belirtileri ve demir preparatlarının aç karınla alınması gerektiğidir. Elde edilen sonuçlar, gebelik sürecinde önemli olan birçok konunun gebeler tarafından yeterince bilinmediğini göstermektedir.
- Araştırmamızda katılımcıların en fazla bilgili oldukları konular bağlamında ise ilk sırada gebelik sürecinde sigara ve alkol kullanmanın doğacak bebeğe zarar verebileceği, ikinci sırada bol sıvı alınması gerektiği, üçüncü sırada gebelikte giyilmesi gereken kıyafetler, dördüncü sırada mide bulantısı ve kusma olmasının normal olduğu, beşinci sırada her takipte kilo kontrolü yapılması gerektiği,

altıncı sırada gebenin mevcut hastalıklarıyla ilgili kullandığı ilaçları doktoruna danışarak kullanması gerektiği yer almaktadır.

- Sağlık profesyonelleri, gebelerin bilgi birikimine katkı sağlayacak aktarımlar konusunda yeterince titiz davranmamaktadır. Bu çerçevede özellikle ilaç kullanımı, aşılar, gebelikte riskli durumlar ve gebenin öz bakımı üzerinde durulmaktadır. Prenatal testler konusunda görüldüğü üzere testin gerekçesi ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirme yapılmamaktadır. TORCH taraması ve glukoz tolerans testi yapılması gerektiğinin düşük bulunması bunun göstergesidir. Sezaryen oranlarının yüksek çıkması ise gebelere yapılacak uygulamalar hakkında yeterince bilgi verilmediğinin ya da doğru bilgi verilmediğinin bir göstergesidir. Tarama testleri anomalili bebek doğumunu çok önemli ölçüde azaltmaktadır. Bu nedenle yapılması yararlı ve gereklidir.
- Gebelerin %96,2'si gebelik takiplerinde ultrasonografi yapılması gerektiğini söylemiş, takiplerde ultrasonografi yapılma ortalaması 8,2 olarak bulunmuş ve gebelik aylarının artmasına paralel olarak ultrasonografi uygulamasının da arttığı tespit edilmiştir. Bu, ultrason incelemesinin her kontrolde yapılması gereken bir takip yöntemi olduğunu gebelerde düşündürebilecek bir durumdur.
- Gebelerin eğitim seviyesi ve daha önce gebelik yaşamış olması bilgi düzeylerini ciddi düzeyde etkilemektedir. Eğitim seviyesi yüksek olanlarda ve daha önce gebelik yaşamış katılımcılarda bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

6.3. Öneriler

Tez çerçevesinde yürütülen araştırmanın sonuçlarının ve genel olarak tez bünyesinde bir araya getirilen bilgilerin ışığında, gebelere sağlık profesyonellerinin daha fazla bilgi aktarmasını, bu bağlamda onların daha nitelikli hizmet almasını sağlamaya yönelik olarak geliştirilen öneriler aşağıda yer almaktadır:

- Gebeler ve gebe adayları için bilgilendirme kitapları-kitapçıkları, internet, radyo-televizyon programları yoluyla yaygın eğitim yapılmalıdır. Gebelere eğitim verirken eğitim seviyeleri ve sosyokültürel yapıları dikkate alınarak uygun bilgi kaynakları kullanılmalıdır. Öte yandan gebelere yönelik doğum öncesi eğitim programları yaygınlaştırılmalıdır. Buna yönelik olarak gebelerin eğitimiyle uğraşan ve gelişmiş ülkelerdekilerin standartlarında yeni gebe eğitim sınıfları açılmalıdır.

- Ayrıca, erken yaşlarda okullarda verilecek sağlık eğitimiyle geleceğin annelerinin daha bilinçli yetişmesi sağlanmalıdır.
- Gebelere daha fazla ve etkili bilgi verebilmek için sağlık profesyonellerinin sayısı ve bilgi düzeyleri arttırılmalı, gebelerle daha iyi iletişim kurabilmeleri için eğitim verilmelidir.

7- KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri- (Taslak). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012; Erişim: (118-124. <http://tusak.gov.tr/bbytr2012.pdf>). Erişim Tarihi: 10.05.2012
2. Dülgerler Ş, Ergin E, Erten G (2005). Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 21(1): 115-126.
3. Sağlıklı Anne Adaylarının Fetal Sağlığı Değerlendiren Testlere Yaklaşımının Kalitatif İncelenmesi. D.C. Potur, F. Yiğit, N. Çitakbilgin, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3.: 2009; 81-82.
4. Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D (2008). Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 9(1) : 47-54.
5. Kadioğlu F, Kadioğlu S. Klinik Uygulamalarda Etik Karar Verme Süreci. Editör: Demirhan Erdemir A,Oğuz NY, Elçioğlu Ö, Doğan H. Klinik Etik. İstanbul: Nobel Kitabevleri, 2001; 44-63.
6. Akçay P, Terzioğlu, F (2007). Amniyosentez ve Koryon Villus Örneklemesi Uygulanan Gebe Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Anksiyete Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 23-34.
7. Atar Güler S, Kemin V.D (2007). Gebeliğe İlişkin Bilgi Düzeyi, Etkenleri ve Bunun Doğum Öncesi Bakım Üzerine Etkisi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 17:101-109
8. Aydın E. Tıp Etiğinde Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi, Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes 92 Medical Journal), 2003; 25 (2): 92-97.
9. Aydın E. Tıp Etiği. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2006
10. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi-2009; 9-38. Maternal ve Fetal Tıp Perinatoloji Derneği. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gn. Müdürlüğü, Ankara. Erişim: (http://bsm.gov.tr/docs/Dogum_öncesi_bakim_yonetim_rehberi.pdf). Erişim Tarihi: 15.09.2011
11. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Üreme Sağlığı Acil Obstetrik Bakım, Yönetici Kolaylaştırıcı Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi. Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri; 2007.

12. Demir N. Antenatal Bakım Kılavuzu. Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Tanı ve Tedavi Kılavuzları 2005. Ankara: Güneş Kitapevi, 2005; 1-35.
13. Engelhardt DV. Tıp Etiğinin Sistematiği ve Tarihi Üzerine. Editör: Engelhardt DV. Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik. Çeviri: Namal A. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2000.
14. Demirhan Erdemir A. Felsefi Görüşlerin Işığında Yeni Tıp Etiği Konuları ve Bazı Sonuçları. IV. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildiri Özetleri. Adana: 1999; 25.
15. Karataş B. Hemşire Tarafından Verilen Doğum Öncesi Bakım Hizmeti ve Eğitiminin Etkinliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara: 1999.
16. Gürel SA, Gürel H, Balcan E. Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Son Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu. Perinatoloji Dergisi, 2006; 14 (2).
17. Sağlık Bakanlığı Web Sitesi Erişim: (<http://www.ailehekimligi.gov.tr>). Erişim Tarihi: 23.10.2011
18. Artun E. Türk Halk Bilimi. Kitabevi, İstanbul: 2005; 125-141.
19. Wuitchik M, Hesson K, Bakal DA. Perinatal Predictors of Pain and Distress During Labor. Birth 1990; 17: 18-69.
20. Arısan K. Doğum Yardımının Dünü, Bugünü ve Bizde Ev-Saray Doğumlarıyla İlgili Gelenekler. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 1980; 43 (85): 2-47.
21. Dawn PM, Guyer B. Benefits and Limitations of Prenatal Care: From Counting Visits to Measuring Content. JAMA, 1998; 279: 1661-1662.
22. Reduction of Maternal Mortality. World Health Organization, Geneva, 1999. Erişim: (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/reduction_of_maternal_mortality/reduction_maternal_mortality_chap1.htm). Erişim Tarihi: 02.11.2011

23. World Health Day, Safe Motherhood, Maternal mortality, Pregnancy: Let's make it safe. World Health Organization CH-1211 Geneva 27 Switzerland, Pdf,7 April 1998. Erişim:(www.who.int/docstore/worldhealth-day/en/documents1998/whd98.pdf). Erişim Tarihi: 16.11.2011
24. Byrne DL, Asmussen T, Freeman JH. Descriptive Terms for Women Attending Antenatal Clinics: Mother Knows Best? British Journal of Obstetrics and Gynecology, 2000; 107: 1233-1236.
25. Carl J,Hill D.A. Department of Obstetrics and Gynecology, Florida Hospital Graduate Medical Education, Orlando, The Journal of Family Practice, 58, No 6:307-314 June 2009
26. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, Başbakanlık DPT Bin Yıl Kalkınma Hedefleri Raporu2010, Erişim: (http://www.undp.org.tr/publicationsDocuments/TR20201020MDG20Report_TR.pdf, 37-44). Erişim Tarihi: 12.04.2012
27. Akın A, Özvarış ŞB. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. Bertan M, Güler Ç, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. İkinci baskı, Ankara: Güneş Kitapevi, 1997: 117-155
28. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara: 2009.
29. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara: 2004.
30. International Code of Ethics For Midwives: How Do They Fit Your Practice? Editor's note, Midwifery Today, Issue 40, Winter 1996. Erişim: (<http://www.midwiferytoday.com/articles/interncode.asp>). Erişim Tarihi: 01.09.20011
31. Beydili ED. Ebeliğin Dünü ve Bugünü, Ankara: Alter Yayıncılık, 2007; 56-62
32. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge Kadın Sağlığı Hizmetleri. Erişim: (http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/mevzuat/saghizyurutulmesi_yonergesi.pdf). Erişim Tarihi: 25.11.2011

33. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum Öncesi Bakım Protokolü, Sayı: B100AÇS0110000 010.06.01/832, Genelge 19 Şubat 2008/13 Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6077/eski2yeni.html>. Erişim Tarihi: 07.04.2012
34. DSÖ'nün Kadın Sağlığının Çeşitli Konularındaki Görüş ve Mesajları. Dünya Sağlık Örgütü. Erişim: (<http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul4dsokadinsag.HTM>). Erişim Tarihi:12.11.2011
35. Gilbert ES, Harmon JS. Manual of High Risk Pregnancy & Delivery. 3rd Edition, USA: 2003. Manufacturer: Mosby
36. Mengüşoğlu T. Felsefeye Giriş. 8. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, 2003; 262-287.
37. Kadioğlu S. Etik Etik Dedikleri. III. Koloproktoloji-Stomaterapi Sempozyum Özet Kitabı. Adana: 2007; 86-88
38. Arda B. Tıbbi Etik: Temel Kavramlar ve Meslek Sorunlarımız. Erişim: (www.toraks.org.tr/meslekikurslar-1-ppt-pdf/B.Arda.pdf). Erişim Tarihi: 18.10.2011
39. Kuçuradi İ. Etik. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları,1996.
40. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4th edition, New York: Oxford University Press, 1994; 120-181.
41. Aguirre- Gas HG, Cirugia Y. Ethical Principles in Medical Practice. Cirujanos (Cir Cir), 2004; 72(6): 503-510.Erişim: (<http://search.ebscohost.com>). Erişim Tarihi: 20.08.2011
42. Kadioğlu S. Akıl Karıştıran Bir Terim ve İçi Boşalan Bir Kavram Olarak "Aydınlatılmış Onam". II. Uygulamalı Etik Kongresi Bildiriler Kitabı. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Felsefe Bölümü Yayını, Ankara: 2007; 418-425.
43. Aydın E. Tıp Etiğine Giriş. Ankara: Pegem Yayıncılık, 2001

44. Ersoy N, Aydın E. Tıbbi Etikte “Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi”. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 1994; 2 (2): 71-74.
45. Alan S. Adana’da Eğitim Hastanelerinde Sağlık Hizmetini Alanlar ile Verenlerin Özerkliğe Saygı ve Paternalizme Yatkınlıkları. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana: 2005.
46. Oğuz NY. Tıp Etiğinde Temel İlkeler. Etik Bunun Neresinde! Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları, 1997; 27-33.
47. Ersoy N. Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişimi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 1995; 3 (1): 1-4.
48. Oğuz NY, Tepe H, Örnek Büken N, Kırımsoy Kucur D. Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, 2005.
49. Elçioğlu Ö, Kırımlıoğlu N. Tıp Etiği İlkeleri. Çağdaş Tıp Etiği. Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul: Nobel Kitapevleri, 2003; 26-40.
50. Cameron C. Patient Advocacy: A Role for Nurses? Eur J Cancer Care (Engl), 1996; 5 (2): 81-89.
51. Kalaça Ç. Tıbbi Girişimi Reddeden Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara: 1994.
52. Taylor SL. Quandary at the Crossroads: Paternalism Versus Advoracy Surrounding End-of-Treatment Decisions. Am J Hosp Palliant Care. 1995; 12 (4): 43-46.
53. Çobanoğlu N. Tıp Etiği. Ankara: İlke Yayınevi, 2007.
54. Joney S R, Symon A. Ethics in Midwifery. Second Edition, Elsevier Mosby, 2000; 96-101.

55. Stanley JM. The Appleton International Conference: Developing Guidelines to Forgo life-Prolonging Medical Treatment. Journal of Medical Ethics, 1992;18: 4.
56. Kaya F, Serin Ö. Doğum Öncesi Bakımın Niteliği. Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society, 2008; 5 (1): 28- 35.
57. Arda B. İnsan Hakları Kavramı ve Uluslararası Düzeyde Tıbbi Etik ile İlgili Bildirgeler. Editör: Arda B, Oğuz Y, Şahinoğlu S. Deontoloji. İkinci baskı, Ankara: Antıp Yayınları, 1999; 111-120.
58. Arda B. Tıp Etiği Açısından İnsan Hakları. Editör: Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. Çağdaş Tıp Etiği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul: 2003; 41-52.
59. Cihaner İ. İnsan Hakkı Olarak Bilgi Alma Hakkı. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara: 2001.
60. Sert G. Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde. Birinci Basım, İstanbul: Babil Yayınları, 2004.
61. Otto P. Hukuk ile Etik Arasındaki Hekim. Editör: Engelhardt DV. Çeviri: Namal A. Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik. İkinci baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2000; 253-265.
62. Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı. Çeviri: Civaner M. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005.
63. Resnik DB. Bilim Etiği. Çeviri: Mutlu V. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2004; 30-32.
64. Oğuz NY. Felsefi Yaklaşımların Işığında Klinik Etiğe Giriş. Demirhan Erdemir A, Oğuz NY, Elçioğlu Ö, Doğan H. Klinik Etik. İstanbul: Nobel Kitabevleri, 2001; 9-25.

65. Şehiraltı M. Tıbbi Etik ve Diğer Disiplinlerle İlişki. Ersoy N, Gündoğmuş NÜ. I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı. Kocaeli: 1999; p028.

66. Özcan A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. 2. basım, Ankara: Sistem Ofset, 2006; 186-190.

67. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Bakanlar Kurulu Karar Tarihi 13.01.1960- 4/1257. Yayımlandığı Resmi Gazete 19.02.1960-10436. Erişim: (<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5044.html>). Erişim Tarihi: 05.09.2011

68. Kabaloğlu İÖ. Düşünce Özgürlüğü, İnsan Hakları. İstanbul, 2000; 174-176.

69. Kadioğlu S. Tıp Etiği Çerçevesinde Tıbbi Bildirgeler. Editör: Arda B, Örnek Büken N, Yenier Duman Ö, Öztürk H, Şahinoğlu Pelin S, Yetener M, Yıldız A. Yaşama Dair Etikçe Bir Bakış. Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara: 2002; 78-85.

70. Arda B. Tıp ve Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Editör: Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. Çağdaş Tıp Etiği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul: 2003; 53-85.

71. Atasay B, Aslan S. Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2001; 10 (12): 457-459

72. Kafkaslı A, Tekin N, Şen C. Anne ve Yenidoğan Bildirgesi (çeviri). Perinatoloji Dergisi, 2001; 9 (4): 205-209.

73. Şahinoğlu S, Örs Y. Kadın Sağlığında Tıbbi Etik Sorunlar. Erişim: ([www.bilkent.edu.tr/~bilheal/ uremesagligi/ uremehaklari.html](http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/uremesagligi/uremehaklari.html) 51k). Erişim Tarihi: 05.07.2011

74. Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. Aktüel Tıp Dergisi (Kadın Sağlığı Özel Sayısı), 2001; 6 (1): 4-8.

75. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sektörü için Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015; Sayfa:28-30. Erişim: ([http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/ 01_USEP.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/01_USEP.pdf)). Erişim Tarihi: 16.03.2012

76. Kılıçarslan S, Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Uzmanlık Tezi-2008:26-54, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne

77. Altınparmak S. Gebelerde Sosyodemografik Özellikler, Özbakım Gücü ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5(6): 416-23.

78. Ergün P, Gebelerin Üçlü Tarama Testi ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkında Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi, Kadın Hastalıkları ve Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2007-030;23-42, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar-2007

79. Balcı E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniği'ne Başvuran Gebelerin Sevk ve Sağlık Ocaklarını Kullanma Durumu. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14(2): 91-6

80. Eker E. Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.

81. Kadioğlu E, Samsun'da Bireylerin Erişkin Aşılı Hakkındaki Farkındalıklarının ve Mevcut Erişkin Aşılama Durumlarının Tespiti ve Değerlendirilmesi, OMÜ Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi 2011, Samsun

82. Efe H. Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerine Etkileri (tez). İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği; 2006

83. Altınay SA, Aydemir Ç, Gökcal E. Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destekle İlişkisi. Kriz Dergisi 2002;10(1):11-8.

84. Sözeri C, Ceva R, Şahin S. Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Bilgi ve Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(2): 93-100.(

85. Üstün C, Malatyahoğlu E. Gebelikte Sigara Kullanımının Fetüs ve Plasenta Üzerine Etkileri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1990; 7: 43-8.

86. Ucu YA. Gebelikte Aseptomatik Bakteriüri Sıklığı ve Gebelik Komplikasyonları ile İlişkisi (tez). Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1999.
87. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25: 157-64.
88. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı Ankara:2010. Erişim:([serialonline],http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1477_herkese_saglik_hedef21.pdf). Erişim Tarihi: 20.05.2012
89. Oncken CA, Kranzler HR. Pharmomocotherapies to Enhance Smoking Cessation During Pregnancy. Drug and Alcohol Review 2003; 22: 191-202.
90. Kırımı E, Pençe S. Gebelikte Sigara Kullanımının Fetus ve Plasentanın Gelişimine Etkisi. Van Tıp Dergisi 1999; 6(1): 28-30.
91. Sadıkoğlu G, Aslan D, Bilgel N. Aile Hekimliğinde Ana Sağlığına Genel Yaklaşım. Nazan Bilgel (Editör). Aile Hekimliği'nde. Bursa: Medikal Tıp Kitapevi; 2006. s.273-301.
92. Çetinkaya F, Naçar M, Aslan A, Öztürk Y. Kayseri'de Ebelerin Gebe ve Bebek İzlemlerinin Etkinliği. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2004; 8(1): 14-9.
93. Berkman S., Has R. (2004) Doğum Bilgileri. In: Yuksel A. (ed), Düşük Riskli Gebelerde Antenatal Tarama Testleri, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 29-33
94. Metzger BE.(1991). Summary and Recommendations of the Third International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes; 40 Suppl 2: 197-201
95. Ergocmen B.A., Coşkun Y. (2003). Doğum Oncesi Bakım ve Doğuma Yardım, TNSA; 119-131
96. Mısırhoğlu E.D., Aliefendioğlu D., Fidan K., Cakmak F.N., Haberal A. (2006). Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları

Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Antenatal Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumunun Değerlendirilmesi. Perinatoloji Dergisi, 14(1):7–13

97. Sakala P.E.(1999), Obstetrik ve Jinekoloji, Ceviri Edit. Alper M., Selcukbiricik S., In: Sakala P.E. (ed): Gebelik: Perinatal Enfeksiyon Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul: 131-150

98. www.nettebilgi.com/Aile Hekimliği/Gebelik-Antenatal Erişim
25.06.2011

99. Canbaz S., Sunter A. T., Suren C., Pekşan Y. (2005). Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları. Kocatepe Dergisi. 6:39-44

8-EKLER

EK-1

GEBELERİN PRENATAL BİLGİ DÜZEYLERİ TESPİTİ ANKET FORMU

Bilimsel bir araştırmada kullanılmak üzere hazırlanan bu formda çeşitli sorular bulunmaktadır. Yanıt vermek istemediğiniz soruyu cevaplamayabilirsiniz. Kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacak ve elde edilen bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Tüm soruları içtenlikle cevaplayacağınızı umar, yardımlarınız için teşekkür ederim.

1.Yaşınız?

2. Medeni haliniz nedir?.....

3. Kaç yıllık evlisiniz?.....

4. Mesleğiniz?

5. Eğitim durumunuz nedir?

6. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1. Okur yazar değil

1. Okur yazar değil

2. Okur yazar

2. Okur yazar

3. İlkokul

3.İlkokul

4. Ortaokul

4. Ortaokul

5. Lise

5. Lise

6. Yüksekokul ve üzeri

6. Yüksekokul ve üzeri

7. Eşinizin mesleği nedir?

1. İşçi

2. Memur

3. Çiftçi

4. Serbest meslek

5. Özel Sektör

6. Diğer

8. Çalışıyor musunuz?

1. Çalışmıyorum

2. Aralıklı olarak çalışıyorum

3. Çalışıyorum

9. Eşiniz çalışıyor mu?

1. Çalışmıyor

2. Aralıklı olarak çalışıyor

3. Çalışıyor

10. Evinizde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı nedir?.....

11. Aylık hane geliriniz nedir?

1. 0-500 TL

2. 501-1000 TL

3. 1001-2000 TL

4. 2001-3000 TL

5. 3001 ve üzeri TL

12. Şu an ikamet ettiğiniz yerleşim birimi hangisidir?

1. Şehir

2. İlçe

3. Köy

13. Sosyal güvenceniz nedir?

1.Yok

2. Emekli Sandığı

3. Bağ Kur

4. SSK

5. Yeşil Kart

6. Diğer.....

14. GEBELİK HİKAYESİ:

1. Gebelik sayısı:

4. Kürtaj sayısı:

2. Ölü doğum sayısı:

5. Doğum sayısı:

3. Yaşayan çocuk sayısı:

6. Düşük sayısı:

15. Daha önceki doğumlarınız hangi şekildeydi?

1. Normal doğum (NSVD): adet

2. Sezeryan: adet

16. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....

17. Planlayarak mı (isteyerek mi) hamile kaldınız?

1. Evet

2. Hayır

18. Kendiniz / Eşiniz tıbbi yardım alarak mı hamile kaldınız?

1. Doğal yolla

2. Kendim tıbbi yardım alarak

3. Eşim tıbbi yardım alarak

19. Gebeliğinizde geçirdiğiniz önemli bir rahatsızlığınız var mı?

1. Hayır

2. Evet Belirtiniz.....

20. Daha önceki gebeliklerinizde sorun yaşadınız mı?

1. Hayır

2. Evet Belirtiniz:.....

21. Kronik bir hastalığınız var mı?

1. Hayır

2. Evet Belirtiniz:.....

22. Gebeliklikle ilişkisiz sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1. Hayır

2. Evet Belirtiniz:.....

23. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hiç kullanmadım

2. Kullanıyorum, gebelikte azalttım

3. Kullanıyordum, gebelikte bıraktım

4. Halen kullanıyorum

24. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Hiç kullanmadım

2. Kullanıyorum gebelikte azalttım

3. Kullanıyordum gebelikte bıraktım

4. Halen kullanıyorum

25. Daha önce yakınlarınızdan bir kişiye gebelik takipleri sırasında eşlik ettiniz mi?

1. Hayır

2. Evet

26. Aşağıdaki soruyu 0'dan 5'e kadar puan vererek cevaplayınız. (Hiç=0, Çok Fazla=5)

	Hiç	Çok az	Az	Biraz	Çok	Çok fazla
	0	1	2	3	4	5
Kendinizi gebelik süreciyle ilgili ne kadar bilgi sahibi hissediyorsunuz?						

27. Gebelikte vücutta olabilecek değişikliklerden aşağıdaki doğru olduğuna düşündüğünüz ifadenin yanına işaret koyunuz.

	Doğru	Yanlış	Fikrim Yok
1. Gebelik sırasında bacaklarda kramp tarzında ağrı olması normaldir.			
2. Gebelik sırasında adetten kesilme olması normaldir.			
3. Sık idrara çıkma olması normaldir.			
4. Mide bulantısı ve kusma olması normaldir.			
5. Mide yanması olması normaldir.			
6. Kabızlık şikâyeti olması normaldir.			
7. Basur (hemoroid) olması normal, sağlıklı bir durum değildir.			
8. Bel ağrısı şikâyeti olması normaldir.			
9. Ayaklarda şişlik olması normaldir.			
10. Ellerde ve yüzde şişme olması sağlıklı bir durum değildir.			
11. Gebelik sırasında memelerde dolgunluk ve hassasiyet şikâyeti olması normal, sağlıklı bir durumdur.			
12. Gebelik sırasında aşırma olması normaldir.			
13. Yorgunluk, halsizlik olması normaldir.			
14. Deride renk değişimi olması normaldir.			
15. Gebelik sırasında normalde ortalama 11-16 kg kilo alınır.			
16. Gebelikte saçlarda gürleşme ve canlılık olur.			
17. Gebelik esnasında vücutta tüylenme ve kıllanma artışı olur			
18. Gebelikte bacak toplar damarlarının görünür hale gelmesi (varis olması) ihtimali artar.			
19. Gebelikte diş eti kanaması ihtimali artar.			
20. Gebelikte diş çürümesi ihtimali artar.			
21. Doğum yaklaştıkça doğum sancıları sıklaşır.			
22. Doğum yaklaşınca cinsel organdan kanlı sümüksü sıvı gelir.			
23. Gebelikte mikroplara karşı direnç düşer.			

28. Gebelik sürecinde yapılması gerekenlerle ilgili aşağıdaki ifadelerden doğru olduğunu düşündüklerinizin yanına işaret koyunuz.

	Doğru	Yanlış	Fikrim Yok
1. Gebelik sürecinde Kan hapi kullanmak gerekir.			
2. Kan hapi yemeklerden bir saat önce alınmalıdır.			
3. Gebelik sürecinde B vitamini kullanmak gerekir.			
4. Folik asit gebelikten üç ay önce başlanmalı ve gebelikten sonra ilk üç ay devam edilmelidir			
5. Gebe, mevcut hastalıklarıyla ilgili kullandığı ilaçları doktoruna danışarak devam etmelidir.			
6. Gebelik sürecinde iki doz tetanoz aşısı yaptırılmalıdır.			
7. Gebelik sürecinde grip aşısı yaptırmak önerilir.			
8. Baş ağrısı ve yüksek tansiyon olursa doktora başvurmak gerekir.			
9. Gebelik sırasında bacak, el ve yüzde şişmeler olduğunda dinlenmek, ayakları yükseltmek, tuz kısıtlamak gerekir.			
10. Varis olursa bacakları yükseltmek ve varis çorabı giymek gerekir.			
11. Gebelikte üç ana öğün ve ara öğün beslenmek gerekir.			
12. Proteinden, mineral, vitaminden zengin beslenmek gerekir.			
13. Gebelerin bol su / sıvı içmesi önerilir.			
14. Çay, kahve ve kola gibi kafeinli içecekler tüketilmemelidir.			
15. Tuzlu, baharatlı gıdalardan uzak durulmalıdır.			
16. Kızartmalar yerine haşlanmış yiyecekler tercih edilmeli.			
17. Sık sık ve az miktarda beslenmeli.			
18. Kanama, rahim ağzı yetmezliği, diğer gebeliklerinde yaşadığı düşük tehdidi durumları varsa cinsel ilişkiye ara vermek gerekir.			

19. Gebelikte yürüyüş, yapmak önerilir.			
20. Gebelikte yoga sporu yapılması önerilir.			
21. Gebelikte yüzme sporu yapılması önerilir.			
22. Zıplamalı ve düşme riski olan sportlardan uzak durulmalıdır.			
23. Gebelikte iç çamaşırı her gün değiştirilmelidir.			
24. Kullanılan iç çamaşırı pamuklu penye olmalıdır.			
25. Gebelikte vücudu sıkmayan kıyafetler giyilmeli, ayakları sıkmayan ve uzun topuklu olmayan ayakkabılar tercih edilmelidir.			
26. Taharet temizliği arkadan öne doğru yapılmalıdır.			
27. Gebeliğin ilk üç ayında röntgen çekirtmeyin, röntgen çekilen alanlarda durmayın.			
28. Gebelerin her gece en az 8 saat uyuması gerekir.			
29. Uzun araba yolculuklarında 2 saate bir mola verilmeli her molada 10 dakika yürünmelidir.			
30. Gebelerin arabada emniyet kemeri takması gerekir.			
31. Hamilelikte alkol kullanmak doğacak bebeğe zarar verebilir.			
32. Hamilelikte sigara kullanmak doğacak bebeğe zarar verebilir.			

29.Gebelik takiplerinde yapılan işlemlerle ilgili aşağıdaki ifadelerden doğru olduğunu düşündüğünüzün yanına işaret koyunuz.

	Doğru	Yanlış	Fikrim Yok
1.Sorunsuz gebeliklerde her ay en az bir kere doktor kontrolüne gitmek gerekir.			
2.Her kontrolde Tansiyon (kan basıncı) ölçümü yapılmalıdır.			
3.Her kontrolde Kilo (vücut ağırlığı) ölçümü yapılmalıdır.			
4. Gebelik takiplerinde Ultrasonografi (USG) incelemesi yaptır gerekir.			
5. Gebelikte TORCH (Toksoplazmozis, Kızamıkçık, Sitomegalovirüs, Herpes Simpleks) taraması yapılır.			
6. Gebelik takiplerinde İdrar tahlilleri yapılır.			
7.Gebelik takiplerinde idrar kültürü bakılmalıdır.			
8.Takiplerde Kan sayımı (Hb, Htc, Lökosit) yaptırılmalıdır.			
9.Mutlaka Kan Grubu ve kan uyumsuzluğu (Rh) bakılmalıdır.			
10. Gebelikte İkili test 11-14. hafta arasında yapılır.			
11. Gebelikte Üçlü test 16-18. hafta arasında yapılır.			
12. Amniyosentez incelemesi sorunsuz her gebeye yapılmalıdır.			
13. Non-stres test incelemesini her gebeye yapılmaz.			
14. Glukoz Tolerans Testi (50 gr şekerli su içme sonrası kan şekeri ölçümü) her gebeye yapılır.			
15. Her takipte rahim ağzından sürüntü (SMEAR) alınmalıdır.			

30. Hamilelik dönemiyle ilgili bilgi edinmek için en sık kullandığınız kaynakları 1 ile 5 arasında puan vererek işaretleyiniz (hiç kullanmadığımız kaynağa 0 veriniz, 1= çok az, 5= çok fazla)

	Hiç 0	Çok az 1	Az 2	Biraz 3	Çok 4	Çok fazla 5
1. Televizyon						
2. Yazılı basın						
3. İnternet						
4. Yakın Çevremden						
5. Ebe						
6. Aile Hekimi						
7. Kadın Doğum Uzmanı						

31. Gebeliğiniz ile ilgili herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

1. Hayır 2. Kan hapt 3. Vitamin hapt 4. Folikosit 5. Diğer.....

32. Gebeliğinizde hangi aşları yaptırdınız?

1. Tetanoz 2. Grip 3. Hepatit 4. Diğer.....

33. Gebelik takiplerinizi hangi merkezlerde ve ne sıklıkla yaptırıyor sunuz? (0'dan 5'e kadar puan veriniz. Hiç=0, Çok Az=1, Çok Fazla=5)

	Hiç 0	Çok az 1	Az 2	Biraz 3	Çok 4	Çok fazla 5
1. Aile Sağlığı Merkezi						
2. Doğumevi						
3. Özel Muayenehane						
4. Özel Hastane						
5. Üniversite Hastanesi						

34. Takibinizi hangi sağlık çalışanlarına ve ne sıklıkla yaptırıyorsunuz? (0'dan 5'e kadar puan veriniz.

Hi=0, ok Az=1, ok Fazla=5)

	Hiç	çok az	Az	Biraz	çok	çok fazla
	0	1	2	3	4	5
1.Aile Hekimi						
2. Uzman Doktor						
3. Öğretim Üyesi (Hoca)						
4. Asistan Doktor						
5. Ebe / Hemşire						

35. Gebeliğiniz boyunca hangi tetkik / tahlilleri yaptırđınız? Yapılanları işaretleyiniz.

1. Açlık kan şekeri ölçümü:.....kez

2. Glukoz Tolerans Testi (50 g şekerli su içme sonrası kan şekeri incelemesi) Kez

3. Rutin kan sayımı (Hb, Htc, Lökosit) incelemesi..... kez

4. İdrar tahlili:..... kez

5. İdrar kültürü.....kez

6. Kilo takibi:.....kez

7.Tansiyon takibi:.....kez

8.Ultrasonografi:.....kez

9. İgili tarama testi (11-14 hafta):.....kez

10. l tarama testi (16-18 hafta):.....kez

11. Amniyosentezkez

12. Non-stres testkez

13. Kan Grubu Tayini.....kez

14.TORCH (Toksoplazmozis, Kızamıkçık, Sitomegalovirüs, Herpes Simpleks) taraması.....kez

15. Diğer:.....

36. Kan Grubunuz?

1. A Rh(+)

2. A Rh(-)

3. B Rh(+)

4. B Rh(-)

5. O Rh(+)

6. O Rh(-)

7. AB Rh(+) 8. AB Rh(-) 9. Bilmiyorum

37. Eşinizin Kan Grubu?

1. A Rh(+) 2. A Rh(-) 3. B Rh(+) 4. B Rh(-) 5. O Rh(+) 6. O Rh(-)
7. AB Rh(+) 8. AB Rh(-) 9. Bilmiyorum

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU

Sayı: 74-

29.09.2011

Sayın: Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÜNAL

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına** başvuran gebelerin prenatal gebelikle ilgili bilgi düzeyleri. başlıklı Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu 2011/316 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 26.05.2011 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.



Prof. Dr. Abdülkerim BEDİR

Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu
Başkanı

EK-3

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI : : Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerin prenatal gebelikle ilgili bilgi düzeyleri.

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Ayrıca destekleyici firma çalışmayı sonlandırmaya karar verirse bu durumda da çalışmadan çıkartılacaksınız.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR? Bu çalışmanın amacı doğum öncesi dönemde gebeliğinizle ilgili bilgi düzeyini ve bu bilgileri nereden aldığınızı öğrenmektir.

Bunun için size bir anket uygulayacağım. Bu çalışma esnasında himilelilik dönemizinie ilgili doğru bilgiler edinebileceksiniz.

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabileceğim bilincindeyim. Çalışmadan her hangi bir zamanda ayrılırsam, ayrılma nedenlerimi, ayrılışımın sonuçlarını ve izleyen dönemde alacağım tedavileri doktorumla tartışacağım.

Çalışmanın size bir maliyeti sözkonusu değildir.

Kişisel bilgileriniz tamamen gizli tutulacak ve hiçbir kurum ve kişi ile paylaşılmacaktır. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Doktorunuzdan toplanan çalışma verileriniz hakkında bilgi isteme hakkında sahipsiniz. Aynı zamanda bu verilerdeki herhangi bir hatanın düzeltilmesini isteme hakkında da sahipsiniz.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, doktorunuz çalışma verilerinizi artık kullanamayacak ya da diğer kişilerle paylaşamayacaktır.

Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Ad, soyad ve telefon numaraları Hasan Pirdal

18 yaş altı kişiler çalışmaya alınmamaktadır

Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

