



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GEBELİKTE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEN ALINAN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM
HİZMETİNİN İÇERİĞİ ve HİZMET HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zeynep İREK

DANIŞMAN

Prof. Dr. Anayit Margirit COŞKUN

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik Programı

İSTANBUL, 2025



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GEBELİKTE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEN ALINAN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM
HİZMETİNİN İÇERİĞİ ve HİZMET HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zeynep İREK

DANIŞMAN

Prof. Dr. Anayit Margirit COŞKUN

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik Programı

İSTANBUL, 2025

T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAY SAYFASI

ÖĞRENCİ ADI -SOYADI	Zeynep İREK	
ÖĞRENCİ NUMARASI	222110006	
PROGRAM ADI	Ebelik Tezli Yüksek Lisans	
İstanbul Atlas Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalında Zeynep İREK tarafından hazırlanan “Gebelikte Aile Sağlığı Merkezinden Alınan Doğum Öncesi Bakım Hizmetinin İçeriği ve Hizmet Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması jüri tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.		
Tez Savunma Tarihi: 19 / 06 / 2025		
Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmzası
Prof. Dr. Anayit Margirit COŞKUN	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Prof. Dr. Gülay RATHFISCH	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Doç. Dr. Yeliz Yıldırım VARIŞOĞLU	İstanbul Üniversitesi	

İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hafize UZUN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın İstanbul Atlas Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Zeynep İREK

İTHAF

Sevgili annem, babam, kardeşim, eşim ve kızlarıma ithaf ediyorum.



BÜTÇE DESTEKLERİ

GEBELİKTE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEN ALINAN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETİNİN İÇERİĞİ VE HİZMET HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.



TEŞEKKÜR

Yapmış olduğum yüksek lisans eğitim sürecimde bilgi, birikim ve tecrübeleriyle akademik yolculuğum boyunca her türlü destek ve yardımını esirgemeyen başta çok değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Anayit Margirit Coşkun olmak üzere Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümündeki emeği geçen tüm hocalarıma, bana bu süreçte hiçbir yardımını esirgemeyen yüksek lisans dönem arkadaşım Toktam Moghaddas'a,

Eğitim öğrenimim boyunca, her zaman yanımda olan, çok sevdiğim ve bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan canım annem Hürriyet BAYRAMBEY'e, canım babam Sezai BAYRAMBEY'e, kardeşim Merve SAĞLAMDEMİR ve yiğenim Selim SAĞLAMDEMİR'e; Yüksek lisans eğitimim boyunca maddi-manevi desteklerini eksik etmeyen, her koşulda yanımda olan, beni destekleyen, pes ettiğim zaman başaracaksın diyen ve hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan sevgili eşim Fatih Mehmet İREK'e ve canım kızlarım İpek ve Aslı'ya, Tez çalışmamın yürütülmesinde bana destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım
Sonsuz teşekkür ederim.

Haziran 2025

Zeynep İREK

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
BEYAN	ii
İTHAF	iv
BÜTÇE DESTEKLERİ.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGE/SEMBOL ve KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
ŞEKİL VE RESİMLER LİSTESİ	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
ÖZET	14
ABSTRACT	xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM KAVRAMI VE TARİHÇESİ.....	3
2.2. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNİN	
DURUMU	7
2.3. GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETİNE ERİŞİMLERİNİ VE	
HİZMET ALIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	12
2.3.1. Demografik Faktörler.....	13
2.3.2. Eğitim Düzeyi.....	14
2.3.3. Sosyo-Ekonomik Durum.....	15
2.3.4. Yaş	18
2.3.5. Coğrafi Durum ve Fiziksel Faktörler	19
2.3.6. Obstetrik Faktörler	19
2.3.6.1. İlk Gebelik Yaşı	19
2.3.6.2. Gebelik Sayısı.....	20
2.3.6.3. Doğum Sırası	20

2.3.6.4. Son İki Doğum Arasındaki Süre	20
2.3.6.5. Düşük Sayısı.....	21
2.3.6.6. İstenmeyen Gebelikler	21
2.4. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİ YÖNETİMİ	22
2.4.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Yönetimi.....	22
2.4.1.1. İletişim.....	28
2.4.1.2. Öykü Alma	29
2.4.1.3. Fizik Muayene	30
2.4.1.4. Laboratuvar ve Diğer Testler.....	32
2.4.1.5. Vitamin desteği ve İlaç kullanımı	35
2.4.1.6. Bağışıklama	37
2.4.1.7. Bilgilendirme ve Danışmanlık	40
2.4.1.8. Sevk Edilecek Durumlar	43
2.4.1.9. Kayıt Tutma.....	43
2.5. GEBE VE AİLESİNİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNDEN BEKLENTİLERİ VE MEMNUNİYET DURUMLARI	44
2.6. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETİ KAPSAMINDA EBELERİN ROL VE SORUMLULUĞU	50
3. GEREÇ VE YÖNTEM	56
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	56
3.1.1. ARAŞTIRMA SORULARI.....	56
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ.....	56
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	56
3.4. ARAŞTIRMANIN DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	58
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK İZİNLERİ.....	59
3.6. ARAŞTIRMADAKİ VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	59
3.6.1. Gönüllü Onam Formu	59
3.6.2. Tanıcı Bilgiler Formu	59
3.6.3. Obstetrik Özellikler ve ASM Kullanım Bilgi Formu.....	59
3.6.4. Doğum Öncesi Bakım Değişkenleri Bilgi Formu.....	59
3.6.5. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği.....	60
3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	60
3.8. ARAŞTIRMADAKİ VERİLERİN İSTATİKSEL DEĞERLENDİRMESİ	60

4. BULGULAR.....	64
5. TARTIŞMA.....	106
5.1. TARTIŞMA	106
5.1.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tartışması.....	106
5.1.2. Obstetrik Özellikler ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgilerin Tartışması	108
5.1.3. Aile Sağlığı Merkezinden Alınan DÖB Değişkenlerine İlişkin Verilen Yanıtların Tartışılması	110
5.1.4. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeğine İlişkin Verilerin Tartışılması	119
5.1.5. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Puanlarının Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgiler Arasındaki İlişkinin Tartışılması	132
5.2.ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI.....	144
5.3. SONUÇ.....	145
5.4. ÖNERİLER.....	147
6. KAYNAKLAR	148
7. EKLER	175
EK 1: İNTİHAL RAPORU.....	175
EK 2: TEZ KONUSU EKLERİ	176
Ek 2.1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	176
Ek 2.2: Tanıtıcı Bilgi Formu	179
Ek 2.3: Obstetrik ve Asm Kullanım Bilgi Formu.....	181
Ek 2.4: Doğum Öncesi Bakım Alma Durum Soru Formu	183
Ek 2.5: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği.....	185
EK 3: ETİK KURUL İZNİ	188
EK 4: KURUM İZNİ.....	190
EK 5: DOĞUM ÖNCESİ BAKIM MEMNUNİYETİ VE HASTA BEKLENTİLERİ ÖLÇEĞİNİN KULLANIM İZNİ.....	191
8. ÖZGEÇMİŞ	192

SİMGE/SEMBOL ve KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
DÖB	Doğum Öncesi Bakımı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	World Health Organization
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
DÖBYR	Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi
DHS	Demografi ve Sağlık Araştırması
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
BKİ	Beden Kitle İndeksi
NST	Nonstres Test
TİT	Tam İdrar Tetkiki
IDC	İndirekt Coombs Testi
TSH	Tiroit Stimulating Hormone
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
HBV	Hepatit B virüsü
HBsAg	Hepatit B yüzey antijeni
TORCH	Toxoplasmosis, sifiliz dahil Other, Rubella, Sitomegalovirüs ve Herpes simplex
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
GDM	Gestasyonel Diabetes Mellitus
ACIP	Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi/ Advisory Committee on Immunization Practis
ICM	Uluslararası Ebeler Konfederasyonu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
IU	<i>Uluslararası Birim</i>
%	Yüzde

$\bar{X}$	Ortalama
χ^2	Pearson Ki-Kare Testi
ANOVA	Analysis of Variance
mIU/L	Miliuluslararası birim
mcg	Mikrogram
n	Sayı
Hb	Hemoglobin
mg	Miligram
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart Sapma
gr/dl	Desilitre başına gram
GBP	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
TD	Tetanoz Difteri
HBIG	Hepatit B immunglobülin
HBsAg	Hepatit B yüzey antijeni

ŞEKİL, GRAFİK VE RESİMLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1: Türkiye’de 1993-2018 Yılları Arasında Doğum Öncesi İzlemlerin Niceliksel Değişimi	9
Şekil 2.2: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri	45
Grafik 4.1: Doğum Öncesi Bakım Değişkenleri Karşılaştırma Grafiği	71
Grafik 4.2: Gebelikte Bağışıklama Durumu Karşılaştırma Grafiği	72
Grafik 4.3: Doğum Öncesi Bakım Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırma Grafiği	74
Grafik 4.4: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Maddelerinden ‘Beklenti’ Alt Boyutuna İlişkin Karşılaştırma Grafiği.....	78
Grafik 4.5: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Maddelerinden ‘Memnuniyet’ Alt Boyutuna İlişkin Karşılaştırma Grafiği (ilk 14 madde)	85
Grafik 4.6: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Maddelerinden ‘Memnuniyet’ Alt Boyutuna İlişkin Karşılaştırma Grafiği... ..	86

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1: Bazı Ülkelerde Gebelikleri Sırasında En Az Bir Kez ve En Az Dört Kez Doğum Öncesi Bakım Alan Kadınların Sıklığı.....	6
Tablo 2.2: Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Hizmetleri Yönetimi Aşamaları.....	24
Tablo 3.1: İstanbul-Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü’ne Bağlı 24 Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 0-3 Aylık Bebeği Olan Kadınların Dağılımı ve Çalışmaya Dahil Edilmiş Vaka Sayısı	57
Tablo 3.2: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti Ve Hasta Beklentiler Ölçeği, Ölçüm Aracına İlişkin Alfa Değeri.....	61
Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	65
Tablo 4.2: Obstetrik Özellikler ve ASM Kullanımı İle İlgili Bilgilerin Dağılımı.....	67
Tablo 4.3: Doğum Öncesi Bakım Değişkenlerine İlişkin Verilen Yanıtların Dağılımı	70
Tablo 4.4: Bağışıklama İçin Verilen Yanıtların Dağılımı	72
Tablo 4.5: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentisi Ölçeği Temel ve Alt Boyut Tanımlayıcı İstatistikleri	73
Tablo 4.6: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Maddelerinden ‘Beklenti’ Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	77
Tablo 4.7: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Maddelerinden ‘Memnuniyet’ Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	83
Tablo 4.8: “Hasta Beklentisi ve Bakım Memnuniyeti” Ölçek Puanlarının Katılımcıların Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımı İle İlgili Bilgiler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	90
Tablo 4.9: Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımıyla İlgili Bilgilerinin Karşılaştırılması	95
Tablo 4.10: Doğum Öncesi Bakım Hasta Memnuniyeti Ölçeği Alt boyut Puanlarıyla Katılımcıların Demografik, Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımı İle İlgili Bilgiler Arasında İlişkiler.....	102

ÖZET

İrek, Z. (2025). Gebelikte Aile Sağlığı Merkezinden Alınan Doğum Öncesi Bakım Hizmetinin İçeriği ve Hizmet Hakkındaki Görüşlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Bu araştırma, gebelerin Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) sunulan doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetlerine yönelik beklenti ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 24 Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 0-3 ay bebeği olan anneler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, ASM'lerin hizmet verdiği nüfus sayısına göre dağılım yapılan toplam 288 anne oluşturmuştur. Araştırmada veriler, 'Tanıtıcı Bilgiler Formu', 'Obstetrik Özellikler ve ASM Kullanım Bilgi Formu', 'Doğum Öncesi Bakım Değişkenleri Bilgi Formu' ve 'Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği' kullanılarak elde edilmiştir. Kadınların büyük çoğunluğu (%62,1) 25-34 yaş grubunda,

%96,5'i resmi nikahlı, %47,5'i lisans mezunu, %60,8'i bir işte çalışıyor ve %69,8'i gelir durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kadınların %43,4'ü primipar, %67,6'sı en az 4 kez antenatal kontrole gitmiş ve %80,9'u ilk kontrolünü 1-14. haftalar arasında yaptırmıştır. DÖB hizmetlerinden en sık kan basıncı ölçümü (%70,8), kilo takibi (%73,2), fetal kalp sesi dinleme (%70,8), demir (%72,9) ve D vitamini (%71,6) desteği alma yer almaktadır. Buna karşın ödem (%42,7) ve varis kontrolü (%34,4), özel danışmanlık (%40,9), gebe eğitimi (%41,7) hizmetleri daha düşük oranda sunulmuştur. Özellikle anamnez alma (%47,6), fizik muayene (%41) ve Leopold muayenesi (%45,1) gibi temel izlem uygulamaları bazı katılımcılar tarafından yetersiz bulunmuştur. Kadınların %91,7'si gebelikte tetanos aşısı, %50'si Hepatit B ve sadece %30,9'u grip aşısı yaptırdığı saptanmıştır. "Doğum öncesi bakım memnuniyet ve hasta beklentileri ölçeği" memnuniyet puan ortalaması, $60,56 \pm 25,82$ ve beklentiler puan ortalaması $24,25 \pm 7,97$ olarak saptanmıştır. En yüksek memnuniyet "sağlık personeli bakımı" ve "sistem özellikleri" alt boyutlarında; en yüksek beklenti ise antenatal hizmetlerde "sağlık personelin sürekliliği" ve "kişiselleştirilmiş bakım" alanlarında olmuştur. Ev hanımı, eş eğitimi lisans düzeyinde ve planlı gebeliği olan, öyküsünde düşük/kürtaj ve riskli gebelik durumu olmayan, ASM'den alınan DÖB hizmetini yeterli bulan, hizmet beklentileri tamamen

karşılandığını ifade eden kadınlarda, ölçeğin memnuniyet boyut düzeyleri, anlamlı derecelerde ($p<0,05$) daha yüksek bulunmuştur.

Eş yaşı 40-45 grubunda ve eş eğitimi lisans düzeyinde olan, son gebeliğinin planlı olduğunu ve ASM lerden DÖB hizmetini en az 4 kez aldığını ifade eden, düşük/kürtaj yapma öyküsü olmayan ve yine aile sağlığı merkezlerinde verilen DÖB hizmetlerinden beklentilerinin az da olsa karşılandığını belirten kadınların beklenti düzey puan ortalamalarının diğer gruplara kıyasla anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, doğum öncesi bakım, hasta beklentisi, hasta memnuniyeti, birinci basamak sağlık hizmeti

ABSTRACT

İrek, Z. (2025). Evaluation of the Content and Opinions on Antenatal Care Services Received from Family Health Centers During Pregnancy, Master's Thesis, Istanbul Atlas University, Graduate School, Department of Midwifery, Istanbul.

This study was done to understand what pregnant women expect from and how satisfied they are with antenatal care (ANC) services they receive at Family Health Centers (FHCs). It is a descriptive type of research. The study group included mothers with babies aged 0–3 months who were registered at 24 different FHCs under the Sultanbeyli District Health Directorate in Istanbul. A total of 288 mothers were chosen based on the population served by each center. Data was collected using several forms: a "Personal Information Form", "Obstetric History and FHC Use Form", "Antenatal Care Details Form", and a "Satisfaction and Expectations Scale for ANC". Most women (62.1%) were between 25–34 years old, 96.5% were legally married, 47.5% were university graduates, 60.8% were employed, and 69.8% described their income as average. Among them, 43.4% were giving birth for the first time (primiparous), 67.6% had visited ANC services at least 4 times, and 80.9% had their first check between weeks 1–14. The most common services received were: blood pressure check (70.8%), weight tracking (73.2%), listening to baby's heartbeat (70.8%), and receiving iron (72.9%) and vitamin D (71.6%) supplements. However, services like checking for swelling (42.7%), varicose veins (34.4%), personalized counseling (40.9%), and pregnancy education (41.7%) were less frequently provided. Some women also felt basic care practices like taking health history (47.6%), physical exams (41%), and Leopold maneuvers (45.1%) were not done well enough. Most women (91.7%) got a tetanus vaccine, 50% got a Hepatitis B vaccine, and only 30.9% got a flu shot during pregnancy. The average satisfaction score from the ANC Satisfaction and Expectations Scale was 60.56 ± 25.82 , and the average expectation score was 24.25 ± 7.97 . Women were most satisfied with the care provided by health workers and the system in general. Their highest expectations were having the same health worker during visits and receiving personalized care.

Satisfaction scores were significantly higher ($p<0.05$) among women who were housewives, whose husbands had a university degree, who had planned pregnancies, who had no miscarriage or risky pregnancy history, and who said ANC services from FHCs fully met their expectations. Likewise, expectation scores were significantly higher ($p<0.05$) among women whose husbands were aged 40–45, who had planned pregnancies, visited FHCs at least 4 times, had no miscarriage history, and said their expectations were met even partly.

Keywords: Pregnancy, antenatal care, patient expectations, patient satisfaction, primary healthcare



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik süreci, kadının yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı hem anne hem de bebek sağlığı açısından kritik öneme sahip bir dönem olarak bilinir. Ülkelerin sağlık düzeyini yansıtan ana göstergelerden birisi olarak kabul edilen anne ve bebek sağlığının korunması bu sebeple oldukça önemlidir. Bu süre zarfında sağlık profesyonelleri tarafından verilen DÖB hizmetleri, gebeliğin izlenmesi, olası risklerin erken dönemde saptanarak önlenmesi, anne ve fetüs sağlığının korunması için temel sağlık hizmeti olarak kabul edilmektedir. DÖB hizmetleri, gebelik süresince anne adayının sağlık durumunun değerlendirilmesini, gerekli muayene ve rutin tetkiklerin yapılmasını, beslenme, hijyen, doğuma hazırlık ve doğum sonrası döneme ilişkin gibi önemli konularda bilgilendirme ve danışmanlık yapılmasını içermektedir. Ayrıca gebeye ihtiyaç ve beklentilerini belirleyerek her durumda destek verilmesi ve oluşabilecek risklerin en erken tespiti, DÖB hizmetlerin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. DÖB'in temel amacı, fetal ve maternal sağlığı koruma ve geliştirme, gebede var olan veya gebelik sürecinde görülen sağlık sorunlarını erken dönemde saptamak ve tedavisini sağlamak, mortalite ve morbidite oranlarını en aza indirmektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), DÖB'in hem önleyici hem de eğitici boyutları olduğunu vurgulamakta ve her gebeye en az sekiz izlem yapılmasını önermektedir. Her kadının güvenli bir gebelik yaşama ve sağlıklı koşullarda mutlu doğum yapma hakkı olduğu da unutulmamalıdır (Çatak ve diğ., 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018; Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005; UNICEF, 2019; WHO, 2016).

Gebelik döneminde, baştan ayağa fizik muayene kapsamında kan basıncı, vücut tartısı, ödem ve varis takibi, ultrason ile gebelik ve fetal değerlendirme vb. uygulamalar, birçok maternal ve fetal riskli durumların erken tanımlanması için önemlidir. Yerinde ve zamanında alınan önlemlerle, maternal ve fetal morbidite ve mortalite oranlarının önemli ölçüde azaltılacağı gerçeği tartışılmaz. DÖB hizmetinin önemi, tüm dünya ülkeleri tarafından bilinmekte ve bu konuda uluslararası protokoller oluşturulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, herhangi bir risk faktörü olmayan normal gebeliklerde, en az 4 kez DÖB verilmesini önermektedir. Dünya genelinde kadınların %50' ye yakını DÖB hizmetine ulaşmakta

zorlanmaktadır. DSÖ verilerine göre, dünyadaki kadınların %70'i gebeliği boyunca en az bir kez DÖB almıştır. Bu oran, gelişmiş ülkelerde %98'e varırken gelişmekte olan ülkelerde %68 civarında kalmaktadır. Bu hizmete ulaşmada belirtilen engeller arasında, sağlık kurumlarının uzaklığı, uzun bekleme süreleri, yüksek bakım maliyeti, sağlık personelinin korkma /çekinme vb. konular yer almaktadır (Arroyave ve diğ., 2021; Çetinkaya ve Erdoğan, 2019; Tadesse E., 2020; Taşkın L., 2016; Wardlaw T., 2003; WHO, 2016).

Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşları olan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), DÖB hizmetlerinin temel sunucusudur. ASM' ye gebelik haftası ne olursa olsun ilk kez başvuran her gebeye kişisel bilgileri, soy geçmişi, alışkanlıkları, tıbbi ve obstetrik öyküsü ve mevcut gebelik bilgileri alınarak izleme başlanılmalı ve kayıt tutulmalıdır. Merkezde gebeye yapılan muayene, testler, bağışıklama, eğitim/danışmanlık dahil tüm uygulamalar, "gebe izlem kartına" yazılarak kendisine verilmesi önemli olmaktadır. Merkezde ebe/hemşireler tarafından gebelere, doğum öncesi, doğum ve sonrası dönemlere ilişkin konularda planlı eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir. DÖB'da eğitim/danışmanlık alan kadınlarda, doğum korkusunun azaldığı, doğum yapabileceklerine dair kendilerine olan güvenlerinin arttığı ve normal doğum oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hall ve Stoll, 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; WHO, 2016).

Çalışmalar, DÖB almada gebenin memnuniyet düzeyinin yüksek olmasının, sağlık sonuçlarını, bakımın sürekliliğini, tedaviye uyumunu ve ilişkilerini güçlendirdiği bildirmektedir. Memnuniyet düzeyindeki artış da maternal ve fetal sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Djikanovic ve diğ., 2014; Garrido G.G., 2009). DSÖ, iyi işleyen ebelik programlarının olduğu ortamlarda ebe ya da ebe grupları tarafından kadınların DÖB, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin doyurucu ve nitelikli olduğu ve bu bölgelerde anne-bebek ölümlerinin az olduğunu bildirmektedir. Ebeler birçok DÖB hizmetlerinin ulaşılması ve kullanılması konusunda birincil düzeyde bakım sağlayıcı profesyonellerdir (Hoope-Bender ve diğ., 2014; Taşkın L., 2020; WHO, 2015).

Bu çalışmanın amacı, gebelerin aile sağlığı merkezinde hemşire ve ebelerden aldıkları DÖB hizmetlerinin içeriği ve hizmetten memnuniyet düzeylerinin belirlenmesidir.

Çalışmamızın gerçekleştirilmiş olan benzer araştırmalardan farklılığı, verilen hizmetin nicelikten çok niteliğini belirlemeye, hizmet ve bakım adımlarının ne kadar gerçekleştirildiğininve eksik yönlerin neler olduğunu ortaya çıkarmaya ve hizmet alanın hizmetten memnuniyet ilişkisini belirlemeye yönelik tasarlanmış olmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM KAVRAMI VE TARİHÇESİ

Doğum öncesi dönem, gebeliğin planlandığı yani prekonsepsiyonel dönem ile fetüsün doğumuna kadar geçen süredir. Doğum öncesi bakım (DÖB); tüm gebe ve fetüslerin temel hakkı olan, gebelik süresince düzenli aralıklarla, gerekli muayene, bakım, eğitim/danışmanlık hizmetleri ile riskli durumların erken saptanmasının bir sağlık profesyoneli tarafından karşılanması olarak tanımlanır. DÖB hizmeti, sağlık profesyonelleri tarafından prekonsepsiyonel dönemden doğum eylemine kadar devam eden, gerekli muayene, tetkik, testleri ve eğitim/danışmanlık programlarını kapsayan, gebelik öncesi var olan ya da gebelikte meydana gelebilecek riskleri ve sağlık sorunlarını erken fark edip uygun bakım ve tedavi sağlayarak gebe ve fetüs sağlığını optimal düzeyde tutmayı hedefler. Prenatal ya da antenatal bakım hizmetinin temel amacı, anne adayının gebelik sürecini sağlıklı geçirerek bebeğini miadda sağlıklı dünyaya gelmesini sağlamak, maternal ve fetal sağlığı korumaktır. DÖB hizmeti; düşük, prematür doğum, düşük doğum ağırlığı gibi risklerin önlenmesi, maternal morbidite ve mortalitenin azaltılması, neonatal ölüm oranlarının düşürülmesi ile gebelerin pozitif doğum yaşaması açısından oldukça önemlidir. Her kadının güvenli bir gebelik yaşama ve sağlıklı koşullarda mutlu doğum yapma hakkı olduğu unutulmamalıdır (Ayaş ve diğ., 2012; Badem ve Zeyneloğlu, 2021; Baştarcan ve diğ., 2022; Beşer ve diğ., 2017; Çatak ve diğ., 2014). DÖB hizmetlerine yaklaşım, 20.yy. başında öne çıkmaya başlamıştır. Boston Hemşire Birliği önderliğinde ebe ve hemşirelerin, gebelerin sağlığında yardımcı olmak amacıyla Boston Lyingin Hastanesi'nde kayıtlı tüm gebelere ev ziyaretlerine gitmesi ve bakım vermesi istenmiştir. Yapılması istenilen bu ziyaretlerle DÖB'e yönelik büyük bir başarı elde edilmiş ve gebelik sonuçları yüz güldürücü olmuştur. Daha sonra bu uygulamalara hekim desteği de alınarak koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni olan DÖB uygulamaları, sağlık hizmetleri içerisinde hak ettiği yeri bulmuştur (Pernoll M.L.,1994). 20. yy. sonlarına doğru “Güvenli Annelik” kavramıyla kadının gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde hak ettikleri bakımın verilmesi güvence altına alınmıştır. Nitekim Kenya'da 1987 yılında yapılan Uluslararası Güvenli Annelik Konferansında, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde yüksek oranda var

olan anne ölümlerine dikkat çekilmiştir. Anne ölümlerini azaltmak için iki temel strateji üzerinde durulmuştur. Bunlar, DÖB hizmetlerini yaygınlaştırmak ve analık hizmetlerinde öncü olan ebeleri bu konuda sürekli eğitim programlarıyla desteklemektir. Bir dizi stratejilerle dünya genelinde anne ölümlerini 2000 yılına kadar %50, 2015 yılına kadar da %75 oranında azaltılması hedeflenmiştir. Eş zamanlı olarak 1987'de Dünya Sağlık Örgütü liderliğinde Nairobi'de gerçekleşen uluslararası toplantıda da bu konu gündeme getirilmiş ve yeni doğan / anne ölümlerini azaltmak için "Güvenli Annelik" programı başlatılarak 2000 yılına kadar anne ve bebek ölümlerinin %50 oranında azaltılması hedeflenmiştir. DSÖ'nün 2010 yılı raporu incelendiğinde bu hedefin dikkate alınarak hayata geçirildiği, 1990-2010 yılları arasında güvenli annelik hizmet sunumunda iyileştirme olduğu görülmüş ve gebelerin %80'inin gebelik boyunca en az 1 kez DÖB aldığı bildirilmiştir (Pernoll M.L., 1994; Tuz Doğaner G., 2014; Nour N.M., 2008).

Ülkemizdeki gelişmelere incelendiğinde, 19.yüzyıl ortalarına doğru Mektebi Tıbbiye'de 2 yıllık ebelik kursları açılmış ve kursu başarıyla bitirenlere ebelik "ruhsatnamesi" verilmeye başlanmıştır. Bu konuda Besim Ömer Akalın Paşanın çabaları yadsınamaz. Kendisi hem ebelik hem de hemşirelik eğitimlerin iyileştirilmesi ve sertifikalandırılması konusunda büyük katkı sağlayan bir hekim ve milletvekilidir. Süreç, 1909'da ilk ebelik mektebinin kurulması ile devam etmiştir. Cumhuriyet sonrasında İstanbul Tıp Fakültesi'ne bağlı ebelik okulu açılmıştır. 1924'de ilkokul mezunu kızların kabul edildiği ebelik okulu, "Ebe Öğrenci Yurdu" açılarak da desteklenmiştir. Mezunları, iki yıllık zorunlu hizmetle ülke genelinde, Anadolu'nun değişik kentlerinde belediye ebeliklerine atanarak çalışmaya başlamışlardır. Doğum ve çocuk bakım evleri, ilk olarak 1926 yılında Ankara ve Konya'da aktif hizmete girmiş ancak hedeflenen başarıya ulaşmada yetersiz kalmıştır. Gebelere ve okul öncesi çocuklara sağlık hizmeti vermek üzere 1952 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı Bakanlığı kurulmuş olmasına rağmen o yıllarda ülke geneline hizmet sunmada başarılı olamamıştır. Daha sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde WHO ve UNICEF desteği ile Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve illerde Şube Müdürlükleri kurulmuştur. Yanı sıra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bu dönemde, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasayı çıkararak süreci desteklemiştir. Bu yasa ile DÖB hizmetlerinin, sağlık ocakları aracılığıyla ülke genelinde tüm anne adaylarına ulaştırılması amaçlanmış ve bu sorumluluk, sağlık ocağında görev yapan ebelere verilmiştir (Dirican ve Bilgel, 1993; HÜNEE, 2006; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 verilerine göre; 303 bin kadın maternal ve prenatal

komplasyonlar sebebiyle hayatını kaybetmiş, 2,7 milyon neonatal ölüm ve 2,6 milyon ölü doğum rapor etmiştir. Bu doğrultuda DSÖ, ölü doğum ve gebelik komplasyon riskini azaltmak, kadınların sağlıklı bir gebelik süreci geçirmelerini sağlamak amacıyla DÖB kalitesini artırmak için üye ülkelere önerilerde bulunmayı sürdürmüştür. Gebelik, doğum ve sonrasında kadınlara daha yüksek nitelikte sağlık hizmetlerine erişim sağlandığında anne ve neonatal mortalite ve morbiditenin önemli ölçüde önlenebileceğini vurgulamıştır. 2017 yılında Dünya’da, özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelere yaklaşık 295 bin annenin ve 2,5 milyon yenidoğan önlenebilir nedenlerle hayatlarını kaybettikleri söz konusu olmuştur. DSÖ uygulamalarıyla anne ve bebek mortalite hızlarında azalma görülmüş olsa da kadınların gebelik ve doğum sırasında sağlık hizmetine erişimindeki yetersizlik nedeniyle anne bebek ölümleri istendik düzeyde azaltılamamıştır. Söz konusu olan önlenebilir özellikteki anne ölümlerinin %99’u, gelişmekte olan ülkelere nitelikli bakım alınmadığı için gerçekleşmektedir (WHO,2015; WHO,2019).

Günümüzde Dünya genelinde kadınların %86’sı gebelik dönemlerinde en az bir kez bakım almaktadır. Profesyonel sağlık çalışanı tarafından verilen en az dört kez DÖB alma sıklığı 2006- 2012 yıllarında %50 iken 2013-2018 yılları arasında %65’e yükselmiştir. DÖB hizmetleri ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre önemli oranda farklılık göstermektedir. Bölgelere göre 2013-2018 yılları arasında DÖB alan kadınların sıklığı Güney Asya’da %49, Sahra Altı Afrika’da %51, Latin Amerika ve Karayipler’de %89, Doğu Asya ve Pasifik’te %80 olarak bildirilmektedir (UNICEF antenatal care, 2019).

WHO 2018 verilerine göre dünya geneli için en az dört kez antenatal kontrole gitme ortalama oranı, %75’tir. Aşağıdaki tabloda DÖB alma konusunda ülkeler arasındaki farklılık göze çarpmaktadır.

Tablo 2.1: Bazı ülkelerde gebelikleri sırasında en az bir kez ve en az dört kez doğum öncesi bakım alan kadınların sıklığı (UNICEF antenatal care, 2019).

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

Tablo 2.1.' de görüldüğü gibi ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça gebelikte yeterli DÖB alma oranı da artmaktadır.

Ülkemiz 'de TNSA 2018 verilerine göre en az dört DÖB alan kadın oranı %96'dır. Kadınların %4'üne doğum öncesi dönemde hiç izlem yapılmamıştır, Yıllar içinde dört ve daha fazla DÖB alan kadınların yüzdesi giderek artmaktadır. 1993 yılından beri son doğumları için en az 4 DÖB hizmeti alan kadınların oranı, %36 iken sonrasında hızlı bir artış kaydedilmiş. Ancak 2013 yılından bu yana artışta bir yavaşlama gözlenmiştir. Nitekim DÖB hizmeti almak için sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin yüzde oranı, 2013 ile 2018 yılları arasında sırasıyla %89'dan sadece %90'a yükselbildiği görülmektedir (TNSA, 2018). Ülkemizde 2005 yılında gerçekleştirilen Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasına kadar gebelik ve doğuma bağlı anne morbidite ve mortalitesine ilişkin kayıtlar, sistematik olarak tutulmadığından sayısal değerler de yeterli ve gerçekçi olamamıştır. Önceki dönemlerde anne ölümlerinin yüz bin canlı doğumda 280 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Anne ölümlerinin %18,4'ü eklampsi, ödem, proteinüri, hipertansiyon ve konvülsiyon gibi doğrudan nedenlerle gerçekleşir. Ulusal Anne Ölümleri çalışmasında, Türkiye geneli için anne ölüm oranı, 100 bin canlı doğumda 28.5 ($\pm$ 2.5) olarak saptanmıştır. Ancak bu oran bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Gebeliğe bağlı ölüm oranı, kentsel yerleşim yerinde 100,000 canlı doğumda 20,7 iken kırsal yerleşim yerinde ise 100,000 canlı doğumda 40,3'tür (Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005).

Sağlık Bakanlığı'nın anne ölümlerini azaltmak için yaptığı proje ve girişimler, doğumların hastane ortamında gerçekleştirilmesi gerektiği kararı, ölüm oranının azalmasında büyük ölçüde etkili olmuştur. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı ve UNICEF ortak projesi olarak 1960 yılından itibaren Bebek Dostu Hastane Uygulaması, 2000 yılı ve sonrası “Misafir Anne Projesi” uygulaması, 2005 yılında SB ve HÜNEE işbirliği ile Anne Ölümleri Çalışması ve sonrası Sağlık Bakanlığı tarafından güvenli anneliğe ilişkin oluşturulan “Hastane Kayıt Sistemi”, 2007 Avrupa Birliği “Sağlık Arama Davranışı Araştırması” projesi verileri, 2008 yılından bu yana sağlık hizmet profesyonellerine yönelik devam eden “Üreme Sağlığı Eğitim Paketi” ve “Acil Obstetrik Bakım ve Yönetimi” başlıklı hizmet içi eğitimler ve son olarak 2011 yılı sonrası uygulamaya konan “Anne Dostu Hastane Uygulamaları”, Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen proje ve uygulamalar olup gebeliğe ve anneliğe bağlı ölüm oranlarını ciddi biçimde azaltmıştır. 2023 yılı Ülkemiz Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı (TÜİK) verilerine göre ise Anne Ölüm Oranı yüz bin canlı doğumda 13,5'ya kadar düşmüştür. En yüksek oran, yüz bin canlı doğumda 19 ile Akdeniz Bölgesi; en düşük oran ise 8,2 ile Batı Anadolu Bölgesi olmuştur (HÜNEE, 2005; TÜİK, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2023).

Anne ölümlerini azaltma stratejilerinden biri olan DÖB hizmetleri ile gebelerin antenatal dönemdeki risk faktörleri ve sorunları, erken tanılabilmekte ve gerekli girişimlerle önlenabilmektedir. Bu özelliği nedeniyle DÖB hizmeti, ana çocuk sağlığını korumak ve geliştirmek için vazgeçilmez bir hizmettir. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında hazırlanan ‘Doğum Öncesi Bakım Rehberi’ne göre gebelerin en az dört kez takip edilmesi gerekmektedir. DÖB hizmeti nicelik ve nitelik bakımından uygun ve yeterli olduğunda anne ve yenidoğan morbidite/ mortalite oranında ciddi düşüş gözlenecektir (Başar ve Çiçek 2018; Kıssal ve Sönmez, 2007; Rosenfield A., 2007; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018).

2.2. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNİN DURUMU

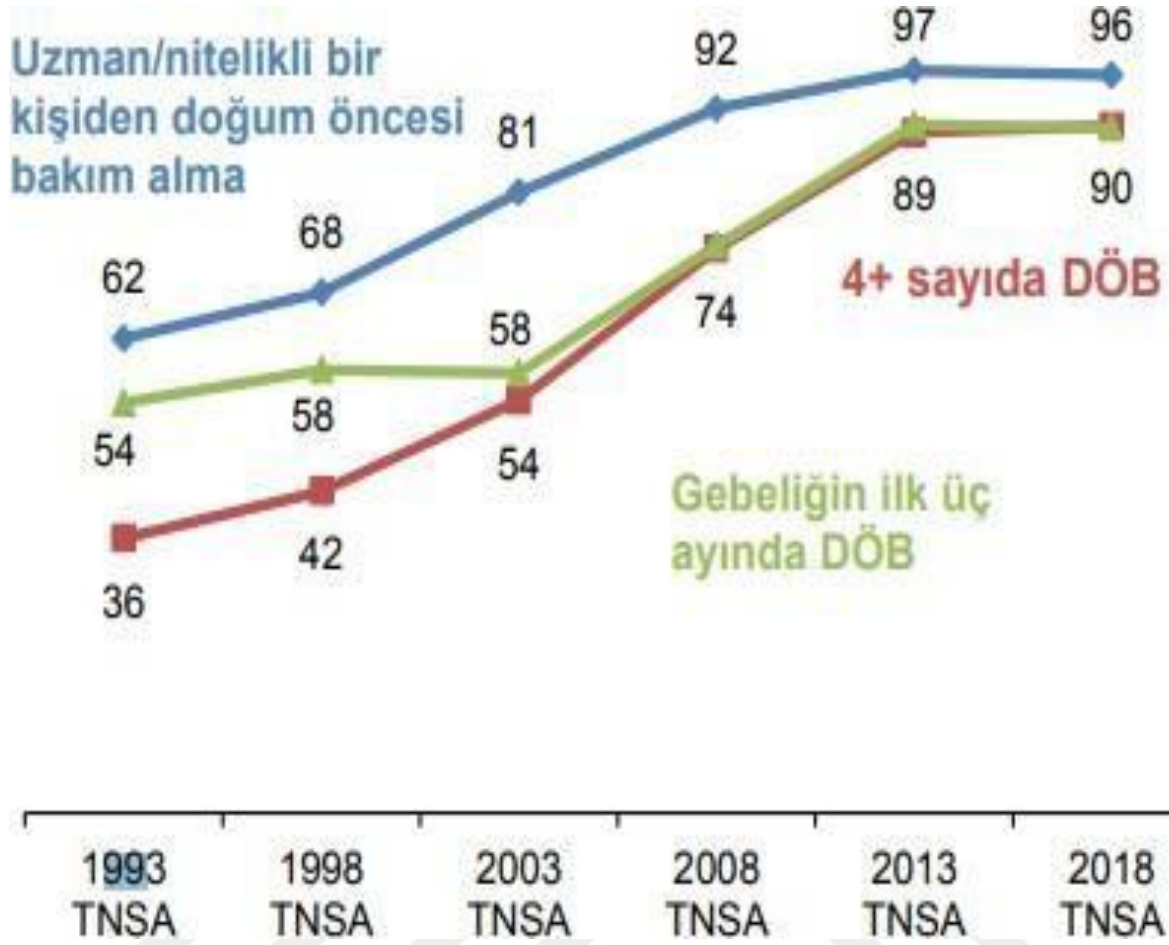
Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre DÖB hizmetleri önemli farklılıklar göstermektedir. DÖB hizmeti gelişmiş ülkelerde en az bir kez alma oranı açısından Fransa ve Kanada’da %100, Avustralya’da %96, İtalya’da ise %98 gibi yüksek rakamlara ulaştığı görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranlar, Brezilya’da %96, Irak’ta %78 ve Hindistan’da %75 olarak belirtilmektedir (Kıssal ve Kartal, 2019). Sahra Altı Afrika’da DÖB

iyileştirme çalışmalarına rağmen, halen refah düzeyi açısından en az dört kez DÖB alma hizmeti önemli ölçüde bölgesel eşitsizlikler göstermektedir. Kentte yaşayan kadınların kırsala kıyasla en az dört antenatal kontrole gitme durumu, %24 oranında daha fazla olmaktadır (UNICEF, 2022).

Gelişmiş ülkelerde en az bir izleme giden gebe oranı %98 iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %65'tir. Gelişmekte olan ülkeler içinde Asya ülkeleri bu konuda en kötü veriye sahip olan ülkedir. Güney Asya'da her iki kadından biri gebelikleri sırasında sağlık personelinin DÖB almamaktadır. Avusturya, Küba ve Finlandiya'da yaşayan tüm kadınların gebelikleri süresince en az bir kez sağlık profesyoneli ile karşılaştığı bildirilmektedir. Oysa az gelişmiş ülkeler için bu oran çok daha düşüktür. Sahra altı Afrika ülkelerinde en az 4 kez DÖB alan gebe oranı, sadece %13 iken Somali'de bu oran, çok daha düşük %6'dır (UNICEF antenatal care, 2021).

2008-2018 yılları arasında altı Doğu Afrika Ülkesinin demografik ve sağlık durumunu yansıtan çok yönlü çalışmada, DÖB alma oranı %11,6 olarak belirlenmiştir. DÖB yetersizliği, ne yazık ki o toplumda yaşanan anne ölüm oranlarını doğrudan etkilemektedir. Dünyada en yüksek bölgesel anne ölüm oranı, Sahra Altı Afrika ülkelerine aittir. Bu ülkelerde ortalama anne ölüm oranı 100 bin canlı doğumda 546 gibi çok yüksek bir orandadır (Raru ve diğ., 2022). Çalışmalarda da dikkat çekildiği gibi gelişmişlik düzeyi düşük Afrika ülkelerinde DÖB alma oranı azaldıkça anne ölüm oranı artmaktadır.

Ülkemizde yıllar içinde en az dört kez DÖB alma oranının giderek artması memnuniyet vericidir. Nitekim TNSA verileriyle de bu durum desteklenmektedir. En az dört kez DÖB alma oranı; 1993 de %54, 1998'de %58, 2003'te %58, 2008'de %74, 2013'te %89 ve 2018 yılında %90'a yükselmiştir. Gebeliğin ilk 3 ayı içerisinde sağlık kontrolüne gitme ve DÖB alma durumu da ekstrauterin gebelik, anembriyonik gebelik vb. riskli durumların erken tanısı ve olası komplikasyonların önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Gebe ve ailelerinde bu konuda da bilinç düzeyleri artmakta ve ilk üç ayda DÖB alma oranı, 1993'de %36 iken 1998'de %42, 2003'de %54, 2008'de %74, 2013'de %89 ve 2018 yılında %90'a ulaşmaktadır. Yine de gebelerin %10'unun klinik kontrole gitme ve DÖB almayı sonraki aylara ertelediği söz konusu olmaktadır. Yıllara göre DÖB almadaki değişim Tablo-2.2.2 de verilmiştir (TNSA, 2018).



Şekil 2.1: Türkiye’de 1993-2018 Yılları Arasında Doğum Öncesi İzlemlerin Niceliksel Değişimi (TNSA, 2018).

İlk trimesterde DÖB hizmeti alma oranı, yerleşim yerine, gebe ve eşinin eğitim durumu, ailenin gelir düzeyi vb. sosyo-demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir. Kırsal kesimde yaşayan gebeler %87, kentte yaşayanların ise %91’i DÖB hizmetlerini ilk trimesterden itibaren almaya başlamıştır (Aksüt Akçay, E., 2012). Yerleşim yeri, DÖB hizmetine erişim ve hizmet alma gereksinimi duyma algısı yönünden önemli bir etkidir. Nitekim farklı yörelerde yapılan DÖB almaya ilişkin çalışmalarda kentte yaşayan gebelerin kırsala göre daha yüksek oranda DÖB aldıkları saptanmıştır (Turan 2008, Pirinçci ve diğ., 2010; Sütü ve diğ., 2012). Bu sonucu TNSA 2018 verileri de desteklemektedir. Kırsalda en az 4 prenatal bakım alma oranı %84 iken kentte %91,4 olarak belirlenmiştir (TNSA, 2018). Sönmez Y. (2007) tarafından kırsal ve kentsel yapıda iki farklı sağlık ocağında 367 lohusa ile yapılan çalışmada, kadının gebelik yaşı, eğitimi durumu, doğum sayısı, yerleşim yeri ve yaşanılan bölgenin DÖB alma durumunu ve sıklığını etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada, her iki sağlık ocağında gebelik süresince yeterli sayıda izlem yapma oranı %33; kentsel bölgede %48,7, kırsalda %21,1 olarak

bulunmuştur. Yine kentsel bölgede yaşayan kadınların %85,3'ü "iyi" nitelikte DÖB aldığını ifade ederken kırsalda bu oran %56,2'dir. Araştırmacı sonuç olarak, kırsal bölgede yaşayan, düşük eğitimli ve bir işte çalışmayan, iki yıldan kısa aralıklı doğum yapmış, 4 ve üzeri gebelik sayısına sahip olan kadınların nitelikli DÖB alma durumlarının yetersiz olduğu saptanmıştır (Sönmez, 2007).

Yerleşim yeri dışında yukarıda belirtildiği gibi DÖB alma sıklığını etkileyen diğer faktörler arasında; gebenin yaşı, gebelik sayısı, aile tipi, gebe ve eşinin eğitim düzeyi, gebenin mesleği ve çalışma durumu, gebeliğin planlı olma durumu, sosyal güvence varlığı gibi etmenler yer almaktadır. Başar ve Çiçek tarafından Kütahya Merkez Aile Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirilen çalışmada, gebelerin eğitim düzeyi arttıkça DÖB alma oranlarının da arttığı belirlenmiştir (Başar ve Çiçek, 2018). Yılmaz ve diğ. tarafından (2018) yapılan bir başka çalışmada yine gebenin eğitim düzeyi arttıkça DÖB hizmeti alma durumunun da arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Erdoğan ve Çetinkaya'nın 2019 yılında yapmış oldukları "Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınların DÖB Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmada okuryazar olmayan veya sadece okuryazar olan gebelere kıyasla DÖB alma durumu, ilk ve ortaokulu bitirenlerle anlamlı bir fark göstermezken lise ve üzeri eğitimli gebelerle 3,5 kat daha fazla anlamlı ilişki ($p<0,001$) bulunduğu saptanmıştır (Erdoğan ve Çetinkaya, 2019). DÖB alma ile gebelerin eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir başka çalışmada ise üniversite mezunlarının diğerlerine göre anlamlı düzeyde ($p=0,006$) 4,6 kat daha fazla DÖB hizmeti aldığı bildirilmiştir (Aksu ve Akgün, 2020). Malatya' da yapılan bir başka çalışmada ise eşin eğitim düzeyinin DÖB alma durumunu etkilediği ve düşük eğitim düzeyine sahip eşlerin DÖB alma durumunun da düşük olduğu belirlenmiştir (Omaç ve diğ., 2009). TNSA 2018 verilerinde de gebenin eğitim durumuyla DÖB alma arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiş ve DÖB almama oranı, en fazla ilkokul mezunu gebelerde %60,8 iken ilkokul ve üzeri eğitimli grupta %6,8 olduğunu bildirilmiştir. Yine Batı Marmara bölgesinde en az lise ve üzeri öğrenim almış kadınların neredeyse tamamı (%97,2) yeterli DÖB bakım hizmeti almıştır (TNSA, 2018).

DÖB almada yetersizliğinin en önemli üç nedeni olarak ekonomik zorluklar, sağlık hizmetlerine ulaşım güçlüğü ve multiparite yani evde başka küçük çocuğa ya da çocuklara sahip olma gösterilmektedir (Yetim ve Çelik, 2020). Parite durumunun DÖB hizmet almayı etkilediğini gösteren kapsamlı bir çalışma, Nijerya'da beş yıl içinde en az bir doğum bildiren üreme çağındaki 52.654 kadınla gerçekleştirilmiş olup 4 ve üzeri çocuk sahibi olan kadınların gebelik döneminde daha az DÖB izlemine gittikleri saptanmıştır (El-Khatib ve diğ., 2020). Yine ülkemizden bir örnek olarak 2010 yılında Elazığ'da 298 lohusa ile yapılan çalışmada, gebelik

sayısı 3 ve üzerinde olanların daha az DÖB aldığı belirlenmiştir (Pirinçci ve diğ., 2010). Afrika da 2020 yılında gerçekleştirilen bir meta analiz çalışmasında 36 araştırma verisi değerlendirilmiş ve kırsal alanlarda yaşayan kadınların, coğrafi izolasyon, düşük sosyo-ekonomik durum ve ulaşım maliyeti nedeniyle DÖB hizmetine erişimde büyük zorluklar yaşadıkları saptanmıştır (Musizvingoza R., 2020). Ülkemizde Çetin ve diğ., (2005) tarafından Turgut Özal Tıp Merkezinde gerçekleştirilen çalışmaya doğum yapmış 102 anne katılmış ve sağlık merkezlerden yeterli sayıda DÖB alma durumu, kentlerde hizmete erişim kolaylığı nedeniyle kırsal kesimden iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Çetin ve diğ., 2005). Tocchioni ve diğ. tarafından İtalya’da gerçekleştirilen bir çalışmada gebelerin yaş ve eğitim düzeyleri arttıkça DÖB alma durumlarının ve alınan bakımdan memnuniyet düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Tocchioni ve diğ., 2017). Dauletyarova ve diğ. tarafından yapılan “Kazakistanlı Kadınlar Doğum Öncesi Bakımdan Memnun Mu?” başlıklı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ve eğitim düzeyi yüksek, meslek sahibi gebelerin anlamlı düzeyde daha fazla DÖB aldıkları saptanmıştır (Dauletyarova ve diğ., 2018). Coimbra ve diğ. ise 2443 lohusa ile yürüttükleri çalışmada, eğitim düzeyi düşük gebelerin DÖB alma durumlarının daha yetersiz olduğu bulunmuştur (Coimbra ve diğ., 2007).

Gebelerin eğitim düzeyindeki farklılık, idrar tahlili ve tetanos aşısı yaptırma, özellikle demir ilacı kullanmada belirgin bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde demir ilacı kullanım oranının en düşük olduğu bölge %70 oranıyla Doğu Anadolu Bölgesi iken en düşük tetanos aşısı yaptırma oranı %77 ile Orta Anadolu Bölgesidir. Demir ilacı kullanan kadınların oranı, eğitim düzeyi arttıkça yükselmektedir. İlkokul mezunu olmayan gebelerde bu oran, %63 iken ilkokul ve üstü eğitilmiş gebelerde %89’a yükselmektedir. Eğitim düzeyinin tetanos aşısı ve idrar tetkiki yaptırmada da etkili olduğu belirlenmiştir. Eğitilmiş grupta tetanos aşısı yaptırma oranı, %81’e yükselirken idrar tahlili yaptırma oranı %96 a ulaşabilmektedir (Ergöçmen ve Coşkun, 2003; TNSA, 2018).

Düzenli kan tetkikleri ve ultrason yaptıran gebelerin yüzdesi yaş ilerledikçe artmakta, ancak yaşın demir ilacı kullanma ve tetanos aşısı yaptırmada çok az etkili olduğu görülmüştür (TNSA, 2018).

Ailenin gelir ve refah düzeyi arttıkça DÖB alma durumunun da arttığı TNSA ve farklı araştırma sonuçlarında belirtilmektedir. 2018 TNSA verileri incelendiğinde, hane halkı refah düzeyi en düşük olan gebelerde DÖB alma oranı, %94,4 iken orta ve daha yüksek refah düzeyinde hane halkına sahip olanlarda %99,2 olarak bildirilmektedir (TNSA, 2018). 2015 yılında Yücel ve diğ., tarafından İzmir’de 2. ve 3. trimesterdeki 223 gebenin katılımıyla

gerçekleştirilen çalışmada, asgari ücretin üstünde gelire sahip gebelerin asgari ücretin altında gelire sahip olanlara göre daha fazla sayıda antenatal izlem yaptırdığı saptanmıştır (Yücel ve diğ., 2015). Benzer bir çalışma 2020 yılında Aksu ve Akgün tarafından 375 gebelerle yapılan bir çalışmada, hanenin aylık geliri giderinden fazla olan kadınların yeterli DÖB hizmeti alma olasılığının geliri giderine denk olanların 5,9 kat fazlası olduğu belirlenmiştir (Aksu, S. 2020). Yeterli DÖB hizmeti alamayan gebelerde, ana ölüm, perinatal ve neonatal morbidite- mortalite oranlarının yüksek olması, antenatal bakım almanın önemini bir kez daha vurgulamaktadır. DÖB hizmetlerden yararlanan gebelerin bebeklerinin neonatal bakım düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Demir ve Özdemir, 2019).

2.3. GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETİNE ERİŞİMLERİNİ VE HİZMET ALIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

DÖB ya da antenatal bakım hizmetleri, anne ve bebek sağlığını korumak için kritik öneme sahip olan sağlık hizmetleridir. Dünya genelinde her gün yaklaşık 800 kadın, gebelik ve doğumla ilişkili komplikasyonlar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin %99,0'ı gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmekte olup, büyük bir kısmı yeterli antenatal bakım hizmetlerine erişim sağlanması halinde önlenabilir niteliktedir. Nitekim antenatal bakım almayan annelerin ölüm riskinin daha yüksek olduğu, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma olasılıklarının arttığı ve yenidoğanların perinatal ölüm riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Beşer ve diğ., 2007; Kurnaz ve diğ., 2015).

Literatürde, DÖB hizmetine erişimi etkileyen temel unsurlar arasında, ekonomik durum, eğitim düzeyi, yaş, yaşanan bölge, hizmet birimine yakınlık, ulaşım olanakları ve sağlık hizmet kullanımına yönelik tutumlar yer almaktadır. Ayrıca, sosyal destek mekanizmalarının varlığı, kültürel inanışlar ve sağlık hizmet sunucularının iletişim ve niteliği gibi etmenlerin de gebelerin hizmet alımında belirleyici olduğu belirtilmektedir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yukarıda belirtilen etmenlerin çoğu bir arada DÖB hizmeti almada eşitsizliğe neden olmaktadır (Arroyave ve diğ., 2021; Wardlaw T., 2003; Taşkın L., 2016; WHO, 2016; Heaman ve diğ., 2012; Kyomuhendo G. B., 2003).

Dünyada ve Türkiye’de DÖB hizmetine erişimi etkileyen çok sayıda faktör bulunmaktadır. Özellikle, kadının gebelik yaşı, öğrenim düzeyi, eşinin öğrenim durumu, aile yapısı, daha önceki gebeliklerin sayısı, gebeliğin planlı olup olmadığı ve sağlık kuruluşuna olan fiziksel uzaklık gibi unsurlar bu hizmetlerden yararlanma düzeyini önemli ölçüde

şekillendirmektedir (TNSA, 2018; WHO, 2016). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) öngörülerinde, DÖB ziyaretlerinin düzenli yapılması, olası sağlık sorunlarının erken tanınması ve anne-fetus sağlığının korunması için gerekli önlemlerin alınması gibi öneriler yer almaktadır (WHO, 2016). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerinde de kadınların eğitim düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim durumunun, düzenli DÖB alma davranışını doğrudan etkili olduğunu göstermiştir (TNSA, 2018).

Dünya genelinde düşük ve orta gelirli ülkelerde, kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen başlıca unsurlar arasında sosyoekonomik durum, sağlık kuruluşuna uzaklık ve toplumsal normlar yer almaktadır (Aksu ve Akgün, 2020; Başar ve Çiçek, 2018; Comfort ve diğ., 2022; Elkin, 2015; Ergin ve diğ., 2011; Mare ve diğ., 2022; Pirinççi ve diğ., 2010; Prasad ve diğ., 2022). UNICEF'in raporunda, özellikle kırsal alanlarda yaşayan kadınların ulaşım zorlukları nedeniyle bu hizmetlerden daha az yararlandıkları ve bu durumun anne-bebek sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (UNICEF, 2023). Benzer şekilde, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) çalışmaları, planlanmamış gebeliklerde DÖB hizmetlerine katılım oranının daha düşük olduğunu ve bunun ciddi sağlık sorunlarına neden olabileceğini göstermektedir (UNFPA, 2017).

Türkiye özelinde yapılan çalışmalarda, bölgesel farklılıklar ve sağlık çalışanlara erişim olanaklarının DÖB hizmetlerine erişimi doğrudan etkilediği saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından (2018) yayımlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (DÖBYR)'nde gebelik sürecinde düzenli bakım almanın anne ve bebek ölümlerini azaltmadaki rolüne dikkat çekilmekte ve kırsal bölgelerde yaşayan kadınların, sağlık hizmetlerine erişim konusunda yapısal engellerle karşılaşabileceği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018).

2.3.1. Demografik Faktörler

Gebelerin, antenatal bakım alma durumu ve sıklığını en çok etkileyen faktörler arasında, annenin yaşı, eğitim düzeyi, gelir sağlayıcı bir işte çalışma durumu, paritesi, ailenin ekonomik durumu ve önceki gebeliklerde anne ya da bebekte sağlık sorunu yaşanmış olması yer almaktadır. Bazı kadınlar gebeliği doğal bir süreç olarak gördüklerinden DÖB almayı gereksiz bulmaktadır. Bazıları ise bakım almanın zaman ve enerji kaybına neden olacağından gereksiz olduğunu düşünmektedir (Turan, Ceylan ve Teyikçi, 2008).

2.3.2. Eğitim Düzeyi

DÖB hizmetlerinin düzenli alınması, gebelik komplikasyonlarının önlenmesi ve doğum sonuçlarının iyileştirilmesi açısından hayati önem taşımaktadır. DÖB hizmetine erişim ve eğitim düzeyi ilişkisine bakıldığında eğitim düzeyi yüksek kadınlar, sağlık kontrollerinin önemini kavrayarak bu hizmetlerden daha bilinçli yararlanmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek kadınlar, sağlık hizmetlerinin önemini daha iyi anlayabilmekte ve bu hizmetleri talep etme konusunda daha bilinçli davranmaktadır. Yine eğitilmiş gebeler, gebelik sürecinde gerekli olan sağlık kontrollerin farkında olup, bu kontrollerin kendi ve bebeğinin sağlığı için taşıdığı önemin bilincindedirler. Öte yandan, düşük eğitim düzeyine sahip kadınlarda DÖB hizmetine başvurma düzeyinin düşük olduğu, bunun da hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Wang ve diğ., 2021; WHO, 2016).

2014 yılında, Kenya, Malavi ve Nijerya ülkelerini kapsayan 358 kadına ilişkin “Demografi ve Sağlık Araştırması (DHS)” verilerinde eğitim düzeyinin bakım kalitesi üzerinde doğrudan etkisi olduğu saptanmıştır (Babalola S., 2014). Bir başka çalışmada özellikle eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını belirleyen temel bir faktör olarak öne çıktığı belirlenmektedir (Basha G. W., 2019). Yine Dutamo ve diğ. (2015) tarafından Güney Etiyopya’nın Hossaian kasabasında 623 kadınla yapılan benzer çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile DÖB alma arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır (Dutamo ve diğ., 2015).

Yüksek eğitim düzeyi, kadınların bilgiye erişim ve sağlık hizmetlerinden yararlanma becerisini artırmaktadır. Pirinççi ve diğ. (2010)’nin Ocak-Mart 2008 tarihleri arasında doğum yapan 298 lohusaya yönelik gerçekleştirdiği çalışmada, eğitilmiş kadınların kendi gebelik süreçleri ve DÖB hizmetlerini ne zaman, hangi sıklıkla almaları gerektiği konusunda daha yüksek düzeyde bilinç sahip oldukları belirlenmiştir (Pirinççi ve diğ., 2010). Yine Chopra ve diğ. (2018) tarafından Hindistan’da doğum yapan 525 lohusa ile yürütülen çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, gebelikte karşılaşılan riskleri daha iyi analiz ederek vakit kaybetmeden sağlık kuruluşuna başvurma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Chopra ve diğ., 2018).

Düşük eğitim düzeyine sahip kadınların, geleneksel ve kültürel normlara daha fazla bağlı olduğu ve bu nedenle güncel sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının azaldığı ifade edilmektedir. Ayrıca, eğitim düzeyinin düşük olması, kadınların sağlık okur-yazarlık düzeylerini olumsuz etkileyerek DÖB hizmetine erişim oranlarını azaltmaktadır. Bu bağlamda, eğitim düzeyinin yükseltilmesi hem bireysel farkındalığı yükseltmekte hem de sağlık sistemine entegrasyonu kolaylaştırmaktadır (Titaley ve diğ., 2010).

Ülkemizde Kaniğ ve Eroğlu (2019) tarafından İstanbul'da bir kamu hastanesinde 329 gebe ile yapılan çalışmada, gebelerin %64,4' ünün DÖB hizmetlerinde eğitim/danışmanlık almadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, aile desteği ile gebelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvenceye sahip olma, ailenin ekonomik durum algısı, aile tipi, gebelik yaşı ve gebeliğin planlı olup olmadığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Kaniğ ve Eroğlu, 2019).

Yılmaz, Koruk F. ve Koruk İ.'nin (2018) Şanlıurfa'da 391 katılımcıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında, kadınların %93,6'sının DÖB hizmetinden yararlandığı; kadının ve eşinin eğitim düzeyi yükseldikçe DÖB hizmetinden yararlanma düzeyinin arttığı saptanmıştır (Yılmaz ve diğ., 2018). Benzer biçimde Erdoğan ve Çetinkaya'nın 2019 yılında Kayseri'de 391 katılımcıyla gerçekleştirdiği çalışmada hem kadın hem de eşinin eğitim düzeyi yükseldikçe DÖB alma durumunun da yükseldiği belirlenmiştir (Erdoğan ve Çetinkaya, 2019). Van'da anne ölümlerinin oranlarını ve etiyolojisini incelemek üzere yapılan bir çalışmada maternal ölümle sonuçlanan vakaların %93,34'ünde antenatal bakım alınmadığı görülmüştür (Şahin ve diğ., 2001). Tıraş ve diğ. (2007) tarafından Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 62 ölen bebeklerin anneleri ile yapılan çalışmada, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kaybedilen bebeklerin annelerinin %38,7'sinin gebelikleri sırasında düzenli DÖB almadığı saptanmış ve annenin eğitimsiz olmasının yenidoğan ölüm oranlarında önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (Tıraş ve diğ., 2007).

2.3.3. Sosyo-Ekonomik Durum

Ailenin ekonomik durumu, kadınların prenatal dönemde obstetrik bakım hizmetlerinden yararlanma sıklığını belirleyen önemli bir değişkendir. Düşük gelir seviyesindeki kadınlar, doğrudan maliyetler (muayene, ilaç, laboratuvar testleri vb.) ve dolaylı maliyetler (ulaşım, iş gücü kaybı gibi) nedeniyle DÖB hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır.

Ekonomik durumu iyi olan kadınlar, genellikle özel sağlık kuruluşlarına erişebilirken, düşük gelirli bireyler, devlet hastanelerden yararlanmaktadır. Devlet hastanelerindeki yoğunluk nedeniyle zamanında ve yeterli düzeyde DÖB hizmet alımı ne yazık ki zorlaşabilmektedir. Bu durum sadece hizmete erişimindeki zorluğu değil aynı zamanda bakım kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Erdoğan ve Çetinkaya, 2019; Gürsoy ve diğ., 2020; Titaley ve diğ., 2010).

Ülkemizde Cangül (2010) tarafından Lalapaşa Merkez ilçede ulaşılabilen 273 kadınla yapılan çalışmaya göre son bir yılda canlı doğum yapan kadınların tamamı, gebelikleri boyunca az sayıda DÖB aldıklarını belirtmişlerdir (Cangül S., 2010). Bu durum, gebelik komplikasyonların erken dönemde tanısını engelleyerek maternal ve fetal sağlık risklerini

artırmaktadır.

Hindistan'ın Vadodara gecekondü mahallesinde 60 kadının katılımıyla gebelerin sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmetlerden yararlanma durumunu inceleyen çalışmada, obstetrik bakım hizmetlerinden yararlanma durumunun kadınların eğitim düzeyi, gebeliği isteme durumu, ekonomik durum ve sağlık okuryazarlığı gibi toplumsal, kültürel ve ekonomik faktörlerle doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmada kadınların %97'sinin bebeklerinin sağlıklı ve güvenli bir şekilde doğması için DÖB hizmetlerinden yararlandığı belirtilmiştir. Ancak nitelikli hizmetten yararlanmaları için kadınların çoğu, özel hastaneyi tercih ettikleri görülmüş, sadece %8'i devlet hastanesinden bu hizmeti aldıkları belirlenmiştir (Kotecha ve diğ., 2012). Chomat ve diğ. (2014)'nın gelişmekte olan ülkelerde yaptığı araştırma, sosyo-ekonomik statü ile anne sağlığı hizmetleri dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinden yararlanma arasında pozitif yönde doğrudan, tutarlı bir ilişki olduğunu belirlenmiştir (Chomat ve diğ., 2014).

Origlia ve diğ., (2017) tarafından yüksek gelirli sanayileşmiş ülkelerde sosyoekonomik yoksunluğun kadınların DÖB deneyimlerini araştırarak sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, 2004-2014 yılları arasında yayınlanmış makalelerden 5 veri tabanı kullanılarak arama yapılmış ve 6 niteliksel, 3 nicelikte toplam 9 makale incelenmiştir. Sosyoekonomik yoksunluk yaşayan kadınların DÖB almadaki dezavantajlı durumlarının ilk ziyarette başlayıp gebelik boyunca devam ettiği bildirilmiştir. Tıbbi ve ebelik hizmet sunumundaki eşitsizlik alanları, altı kategoride şöyle belirlenmiştir; gebeyi değerli hissettirme, farklı boyutta ayrımcılıklar, bilgiye erişebilirlik, anlaşılabilirlik ve güvenilirlik, bakıma katılım ve sorumluluk alma. Sonuçta gebeyi merkeze alan, bütüncül bakım sunan ve bakımda süreklilik sağlayan ebelik modelinin tercih edilmesinin önemi vurgulanmıştır. Böylece kadının hizmetten memnuniyetini ve DÖB almayı artıracak, dolayısıyla perinatal sonuçları iyileştireceği var sayılmıştır (Oraglia ve diğ., 2017).

Shibre ve diğ. 2021 yılında Afrika kıtasının batısındaki Gine Cumhuriyeti'nde yaptıkları geniş kapsamlı çalışma 7812 evli kadınla yürütülmüştür. Çalışmada ulaşım masrafı, ilaç ve tanı giderleri olmadan ücretsiz DÖB hizmeti sunulan kadınlar arasında bile gelir düzeyi farklılığı saptanmıştır. Düşük gelir düzeyine sahip kadınların yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre, verilen hizmet ücretsiz olsa bile, daha az DÖB aldıkları saptanmıştır (Shibre ve diğ., 2021).

Ekonomik durum yalnızca sağlık hizmetine erişimi değil, aynı zamanda kadınların prenatal dönemdeki sağlık bilincini de etkiliyor. Ekonomik sıkıntılar ve düşük eğitim düzeyi bir arada olduğunda, kadınların gebelikte düzenli DÖB almanın önemini kavraması çok daha az olabilmektedir. Bunun sonucunda hipertansiyon, gestasyonel diyabet veya fetal gelişim

bozuklukları gibi komplikasyonlar sıklıkla geç teşhis edilebilir (Chomat ve diğ., 2014; Titaley ve diğ., 2010). Nitekim Badge ve diğ. (2016) Mumbai’de 120 göçmen kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların DÖB almaya ihtiyaç duymadıkları görülmüş ve neden olarak kalabalık/büyük ailede yaşadıkları gösterilmiş, ayrıca aile büyüklerinin DÖB’a gerek görmediğini hatta izin vermediğini ifade etikleri saptanmıştır (Badge ve diğ., 2016).

Ülkemizde DÖB hizmetine erişim ile ekonomik durum ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Turan ve diğ. nin 2008 yılında Pamukkale Üniversitesi ve Denizli Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde 96 lohusayla yapılan çalışmada, şehir merkezlerinde yaşayan kadınların düzenli DÖB yararlanma oranının, kırsal kesimde ve /veya şehir merkezleri dışında yaşayan annelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu farkın, maternal yaş, sosyo-ekonomik durum gibi faktörlerden bağımsız olarak saptandığı belirtilmiştir (Turan ve diğ., 2008). Kılıç M. tarafından Yozgat ilinde 645 katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmada, ailenin ekonomik durumu ve sosyal güvenceye sahip olma, DÖB hizmetine erken dönemde başlama, yeterli ve nitelikli DÖB hizmeti alma oranlarını artıran önemli faktörler olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, DÖB hizmeti alma durumu ile annenin ikamet yeri, yani il veya ilçe merkezinde yaşama, kadın ve eşlerin yeterli düzeyde eğitime sahip olması, sosyal güvenceye sahip olma, ailenin toplam gelir düzeyi, parite durumu, önceki gebeliklerdeki obstetrik sonuçlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yine antenatal bakım almaya başlama haftası ile hizmetten memnuniyet düzeyi değişkenleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (Kılıç M., 2014). Akdemir G. tarafından 2019 yılında 15-49 yaş aralığındaki 200 kadın ile Iğdır ilinde yürütülen çalışmada,

DÖB alma sıklığı ile gebelik sayısı, aile yapısı, yaşayan çocuk sayısı, akraba evliliği ve kendiliğinden ya da isteğe bağlı düşük öyküsü gibi maternal obstetrik ve sosyo-demografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler ($p>0.05$) saptanmıştır (Akdemir G., 2019). Pirinçci ve diğ., (2010) Ocak- Mart 2008 yıllarında doğum yapan 298 lohusa ile yapılan bir başka çalışmada da çekirdek aile tipine sahip olan kadınların %61,3'ü, geniş aile tipine sahip olan kadınların %27'si yeterli DÖB aldığı belirlenmiştir (Pirinçci ve diğ., 2010). Nitekim Etiler ve diğ. Antalya'da yaptığı benzer bir çalışmada geniş aile tipinin fazla olduğu gecekondü bölgesinde yetersiz DÖB alma oranı daha yüksek bulunmuştur (Etiler ve diğ., 2000).

2.3.4. Yaş

Anne yaşı DÖB alma sıklığını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Sağlık Bakanlığı'nın DÖB Yönetim Rehberinde, 18 yaş altındaki ve 35 yaş üzerindeki gebelikler yüksek risk grubunda yer alması nedeniyle düzenli sağlık kontrollerine ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. Akdemir ve Karabulut tarafından yapılan araştırmada, adölesan ve ileri yaş gebelerin DÖB hizmetlerinden daha az yararlandıkları görülmüştür (Akdemir ve Karabulut, 2021; Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018; TNSA, 2018). Çetin ve diğ. tarafından Malatya'da Turgut Özal Tıp Merkezinde Eylül 2004- Ocak 2005 tarihleri arasında doğum yapan 102 anne ile yapılan çalışmada, yeterli DÖB alma %56,4 oranı ile 20-34 yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bir düzeyde gerçekleştiği görülmektedir (Çetin ve diğ., 2005). Turan ve diğ. (2008) tarafından Pamukkale Üniversitesi ve Denizli Devlet Hastanesi Kadın Doğum servislerinde yatan, yeni doğum yapmış 96 anne ile yüz yüze gerçekleştirilen çalışmada, maternal yaşı düzenli prenatal bakım almayla ilişkili olduğu ve 19 yaş altındaki gebelerin prenatal bakım hizmetlerinden yararlanma oranının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (Turan ve diğ., 2008). Yine Omaç ve diğ. tarafından Malatya Arapgir ilçesinde Haziran 2004-2005 tarihleri arasında hastaneye başvuran 104 üçüncü trimester gebeye anket formu uygulanarak sosyo-demografik özellikleri ile DÖB alma durumu karşılaştırılmıştır. 24 yaş ve altındaki gebelerin %82,9'unun yetersiz DÖB hizmeti aldığı ve anne yaşının azalmasıyla birlikte DÖB hizmetinden yararlanma oranında belirgin bir düşüş olduğu saptanmıştır. Bu ve diğer sonuçlar, genç yaş grubundaki gebelerin sağlık hizmetlerine erişiminde önemli eksikler olduğuna işaret etmektedir (Omaç ve diğ., 2009).

2.3.5. Coğrafi Durum ve Fiziksel Faktörler

Coğrafi ve fiziksel engeller, DÖB hizmetine erişimde büyük bir bariyer oluşturur. Kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar, ulaşım altyapısının eksikliği, sağlık merkezlerine olan uzaklık, coğrafi izolasyon ve düşük ekonomik kapasite nedeniyle DÖB dan yararlanmada yetersizlik yaşadıkları ve bunun sonucu maternal ve fetal risklerde artış gözlemlendiği belirtilmektedir (Karabulutlu ve Akdemir, 2021; Musizvingoza R., 2020). Ulaşım maliyetleri, bu bölgelerde yaşayan bireyler için en büyük engel oluşturmaktadır. Kırsal bölgelerde sağlık kuruluş sayısının yetersiz olması ve nitelikli prenatal bakım hizmetlerinin azlığı, gebelik sırasında yeterli DÖB bakıma erişimi daha da zorlaştırmaktadır (Musizvingoza R., 2020). Pardhi ve diğ. Hindistan'ın Mumbai Maharashtra kentinde göçmen 10 gebe ve iki yaşından küçük çocuğu olan 5 kadın ile yaptıkları görüşmede, kasabada yaşayan göçmen kadınların şehir merkezine gidemediklerini ve ikamet ettikleri yerin yakınında hastane olmadığı için bakım alamadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Pardhi ve diğ., 2020). Çetin ve diğ. tarafından yapılan çalışmada, ulaşım kolaylığı nedeniyle kentlerde yaşayanların yeterli DÖB alma durumu, kırsal kesimdekilere kıyasla iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Çetin ve diğ., 2005).

TNSA 2018 verilerinde de en az 4 kez DÖB alma durumu, kırsal yörede %84 iken kentsel alanda %91 olarak bulgulanmıştır (TNSA, 2018).

2.3.6. Obstetrik Faktörler

DÖB hizmeti alma durumu; ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, doğum sırası, ardışık doğumlar arasındaki süre, düşük sayısı ve gebeliğin istenmeyen bir gebelik olup olmaması gibi faktörlerden büyük ölçüde etkilenir. Kendiliğinden ya da isteyerek düşük ve ölü doğum yapan gebelerin çoğunluğu yeterli sayıda DÖB almaktadır. Önceki gebeliğinde sorun yaşamış ve hatta gebeliği istem dışı sonlanmış gebelerin, DÖB alma talebinin arttığı ve yine riskli grupların sağlık çalışanları tarafından daha titizlikle izlendiği belirtilmektedir (Demir ve Özdemir, 2020).

2.3.6.1. İlk Gebelik Yaşı

İlk gebeliği 20 yaşından önce veya 40 yaşından sonra olan kadınların prenatal, natal ve postnatal dönemlerde komplikasyon yaşama riski daha yüksektir (Kıran, Kıran ve Güven, 2002). Başar ve Çiçek tarafından 250 lohusa ile yapılan çalışmada; genç ve ileri yaştaki anne adaylarının DÖB hizmetlerinden daha düşük oranda yararlandığı, buna karşın ilk gebeliğini 26-30 yaş aralığında olan kadınların DÖB alma sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır (Başar ve Çiçek, 2018). TNSA 2018 “doğumda anne yaşı” verilerinin de bu sonucu desteklediği ve DÖB hizmeti almayan 20 yaş altı gebelerin oranı %5,9, bu oran 20- 34 yaş aralığında %3,3 ve

35-49 yaş aralığında %4 dür (TNSA, 2018).

Tang ve diğ. tarafından yapılan “Çin’de Göçmen Kadınların İlk Doğum Sırasında DÖB Kullanımı ve Belirleyicileri” başlıklı çalışmaya 1505 göçmen kadın katılmıştır ve bu çalışmada, ilk doğumda anne yaşının büyük ve eğitim düzeyinin yüksek olmasının perinatal bakım alma ve DÖB dan yararlanma durumunu doğru orantılı olarak etkilediği saptanmıştır (Tang ve diğ., 2019).

2.3.6.2. Gebelik Sayısı

DÖB hizmetleri almada, toplam gebelik sayısı önemli bir faktördür. DÖB’ dan yararlanma oranı, gebelik sayı ile ters orantılı olarak gebelik sayısı arttıkça DÖB alma durumunun azaldığı belirtilmektedir (Kopal ve diğ., 1996). Başar ve Çiçek tarafından yapılan çalışmada, dört ve daha fazla gebeliği olan kadınlarda DÖB hizmeti alma oranlarının belirgin biçimde azaldığı görülmektedir (Başar ve Çiçek, 2018). Nitekim Pirinçci ve diğ. nin çalışmasında da benzer biçimde gebelik sayısı dört ve üzeri olan kadınların DÖB alma durumunun belirgin şekilde azaldığı saptanmıştır (Pirinçci ve diğ., 2010).

2.3.6.3. Doğum Sırası

Kadınların ilk gebeliklerinde DÖB hizmetlerinden yararlanma oranları, sonraki gebeliklere kıyasla daha yüksektir. TNSA 2018 verilerine göre, doğum sırası 1 olanlarda DÖB almama oranı %2,0 iken bu oran, 4-5 doğum yapanlarda %3,7 ve 6 üzeri doğum yapanlarda %13,6’a yükselmektedir (TNSA, 2018). Başar ve Çiçek Kütahya’da yaptıkları araştırmada, primigravida olanlarda DÖB hizmeti alma oranı %26 iken bu oran dört ve üzeri doğum yapanlarda %14’dür (Başar ve Çiçek, 2018). Benzer bir çalışma sonucu da Çetin ve diğ.’nin Malatya’da yaptığı araştırmadan elde edilmiştir. Dört ve daha fazla çocuğu olanlarda DÖB alma oranı, %16,7 gibi düşük bulunmuştur. (Çetin ve diğ., 2005).

2.3.6.4. Son İki Doğum Arasındaki Süre

Sağlık Bakanlığı iki doğum arasındaki sürenin 24 aydan fazla olması, maternal ve neonatal sağlığı olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir. Bu sürenin 24 aydan kısa olması, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve ölü doğum oranının daha yüksek olumsuz sonuçlara yol açtığı ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018). Dünya Sağlık Örgütü de benzer şekilde neonatal ve maternal sağlık risklerini azaltmak için doğumlar arasında üç ile beş yıllık bir süre geçmesini önermektedir (WHO, 2007). Yılmaz ve diğ. lerinin çalışmada son iki doğum

arasındaki sürenin 24 ay ve daha az olduğu durumlarda DÖB hizmetlerinden yararlanma oranının da önemli ölçüde azaldığı belirtilmektedir (Yılmaz ve diğ., 2018). Ülkemiz geneli için bildirilen verilerde, doğumların %21'inin iki doğum arası 24 aydan az süreyle gerçekleştiği, genel olarak ise bu sürenin 3,5 yıldan daha fazla olduğu bildirilmektedir TNSA 2018 verilerinin, 2013 verilerine kıyasla kadının annelik yaşının giderek arttığı ve en az 24 ay olarak öngörülen doğum aralığının da uzadığı (%11,6 oranından %14,3 e) görülmektedir (TNSA, 2013 ve TNSA, 2018).

2.3.6.5. Düşük Sayısı

Düşük, gebeliğin yirminci haftadan önce sonlanması ve fetal ağırlığın 500 gramdan az olması olarak tanımlanır (Yağbasan, F., 2020). Evli kadınların %15'i en az bir kez isteyerek, %22'si ise en az bir kez kendiliğinden düşük yapmaktadır (TNSA, 2018). Yılmaz ve diğ. çalışmasında, düşük sayısındaki artışın DÖB hizmeti alma oranını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Yılmaz ve diğ., 2018). 200 gebe ile yapılmış diğer bir çalışmada ise gebelerin DÖB alma durumunu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, aile tipi, akraba evliliği ve düşük sayısının etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmada, kendiliğinden ya da isteyerek düşük yapan gebelerin, kendiliğinden ya da isteyerek düşük yapmayan gebelere nazaran DÖB alma durumu anlamlı düzeyde ($p=0.032$) daha yüksek bulunmuştur (Akdemir ve Karabulutlu, 2021).

2.3.6.6. İstenmeyen Gebelikler

İstenmeyen gebeliklerde DÖB hizmeti alma oranı, anlamlı ölçüde daha düşüktür. 2018 TNSA verilerinde, gebeliklerin %75'i istenilen zamanda olduğu, %11'i daha sonraki bir zamanda istendiği ve %15'i istenmeyen gebelik olduğu belirtilmektedir. Planlı gebeliklerde DÖB hizmeti alma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Pirinçci ve diğ., 2010; TNSA, 2018). Tandoğan ve diğ. tarafından İstanbul'da bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin gebe polikliniğinde 3 aylık sürede 322 gebe ile gerçekleştirilen araştırmada, planlı gebelik deneyimleyen kadınların oranı %66.5 olarak belirlendi ve gebeliğini planlayan kadınların, plansız gebe kalanlara göre daha fazla antenatal bakım hizmetinden yararlandığı belirtilmektedir (Tandoğan ve diğ., 2023). Buna karşın 2017'de Dulla ve diğ. tarafından Güney Etiyopya'nın Boricha bölgesinde 626 kadın ile yapılan kesitsel çalışmada, planlı gebelik oranı %62.3 olarak belirlenirken gebeliği planlama ve DÖB hizmeti alma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Dulla ve diğ., 2017). Basha G. W.'nın Etiyopya'da 2019 yılında 7167 lohusayla yaptığı çalışmada ise istenmeyen gebeliği olan kadınların DÖB hizmetinden yararlanma oranının %5,1 gibi daha düşük olduğunu belirtilmiştir (Basha, G. W., 2019).

2.4. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİ YÖNETİMİ

2.4.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Yönetimi

Ülkemizde 2003 yılından bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında farklı projelerle anne ve çocuk sağlığı, öncelikle önem verilen konular arasında yer almaktadır. Ülkemizde kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli DÖB hizmeti sunmak ve uygulamalarda eşgüdüm sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı Bilim Komisyonu, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği iş birliği ile Doğum Öncesi ve Sonrası Bakım Yönetim Rehberleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, konusunda yetkin uzman hocalarla hazırlayıp geliştirmiş ve 2009 yılında yayınlamıştır.

Türkiye’de uygulanan Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’ndeki izlemler genel olarak iletişim, öykü alma, fizik muayene, laboratuvar testleri, gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler, bilgilendirme ve danışmanlık, sevk edilecek durumlar ve yapılan izlemin kayıt altına alınmasını, risk tanılama belirteçlerini kapsamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018). Bu kapsamda gebelikten önce var olan hastalıklar ve riskli gebelikler saptanmakta, obstetrik komplikasyonların erken tanı ve tedavisi, gerekirse sevki sağlanmakta, fetal sağlık durumu izlenmekte, annenin tetanos bağışıklığı yapılmakta, ebe-hemşireler tarafından süreçle ilgili eğitim/danışmanlık verilmekte ve doğum ile ilgili planlar yapılabilmektedir. Yine gebeye, yeterli ve dengeli beslenme, öz bakım ve hijyenik uygulamalar, normal ve gerektiğinde müdahaleli doğum eylemi, doğum sonu lohusa ve yenidoğan bakımı, emzirme tekniği ve önemi, postpartum duygusal dalgalanım, annelik hüznü, gebelikten korunma yöntemleri hakkında eğitim verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018; Sönmez, 2007).

İlk izlemde; gebenin tıbbi ve sosyal öyküsü ayrıntılı olarak değerlendirilir. Kendi ve eşinin öz geçmişi, geçirilen hastalıklar, ailevi özgeçmiş, önceki gebelikler ve seyri, mevcut sağlık durumu ve yaşam tarzı, alışkanlıkları sorgulanmalı ve kaydedilmelidir. Annenin fiziksel durumu kan basıncı, kilo ve fetal gelişim gibi parametreler düzenli olarak izlenmelidir. Ayrıca, laboratuvar testleri yardımıyla anemi, enfeksiyon, diyabet, otoimmün hastalıklar ve diğer sağlık riskleri değerlendirilmelidir. Gebeye hekim tarafından gerekli görülen ilaç desteği sağlanır, doğru kullanımı açıklanır, vitaminler, demir takviyesi ve bağışıklık sistemi için gerekli aşılar uygulanır. Tıbbi destek ve bakım yaklaşımı devam eden izlemlerde de aynen sürdürülür.

Özellikle her izlemde tam kan ve tam idrar tetkiki, gerektiğinde idrar kültürü, muayene, fetal büyüme gelişme ve fetal kalp frekansı, gebenin kilosu ve yaşam bulguları, bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulur. Yapılan her bir değerlendirme ve işlem rutin olarak kayıt altına alınır. Bu kayıtlar, gebelik sürecinin ilerleyen aşamalarında sürecin güvenli bir şekilde yürütülmesini sağlamak, sevk durumunda ve referans olarak kullanılmak üzere saklanır (Durmaz N., 2023; Çetindağ E. N., 2017; Koyunsever H. A., 2021).

Genel olarak, DÖB hizmetleri, gebe ve fetusun sağlığını optimize etmek için yapılandırılmış ve düzenli bir şekilde yürütülen kritik bir süreçtir. Bu izlemeler hem sağlığın korunması hem de komplikasyonların önlenmesi açısından büyük önem taşır.

T.C. Sağlık Bakanlığı yayımladığı Kılavuza göre DÖB; ilki gebeliğin 14.haftasında yapılacak olan dört takip muayenesinden oluşmaktadır. Diğer izlemler ise gebeliğin 18-24. haftaları, 28-32. haftaları ve 36-38. haftaları arasında yapılmaktadır. Her bir izlem için uygulanacak adımlar, aşağıdaki Tablo 2.4.1.1’de belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018).

Tablo 2.2: Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Hizmetleri Yönetimi Aşamaları (T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018)

GEBELİK İZLEM PROTOKOLÜ				
BAKIM GİRİŞİMLERİ	BİRİNCİ İZLEM (İlk 14 hafta)	İKİNCİ İZLEM (18-24.haftalar)	ÜÇÜNCÜ İZLEM (24-28.haftalar)	DÖRDÜNCÜ İZLEM (36-38.haftalar)
İletişim	- Tanışma, ad ile hitap etme - Zamanı yapılandırma, doğru pozisyon ve kabul edildiğini hissettirme - Uygun beden dili ve söylemler kullanma, mesafe, ortam - Mahremiyet ve saygı - Soru sormayı destekle	Birinci izlem ile aynı iletişim basamakları	Birinci izlem ile aynı iletişim basamakları	Birinci izlem ile aynı iletişim basamakları
Öykü Alma	- Kişisel özellikler ve öykü - Eş özellikleri - Soy geçmişi - Öz geçmişi /tıbbi ve cerrahi öykü /geçmiş ve halen (bedensel ve ruhsal, ilaç kullanımı, CYBE vb) - Yaşam alışkanlıkları (sigara, alkol, beslenme, boşaltım) sorgula - Obstetrik ve üreme sağlığı, öyküsü (gravida, parite, canlı çocuk sayısı, AP yöntem, infertilite)	Birinci izlem ile aynı iletişim basamakları Ek olarak; Gebelik yakınmaları, demir- ilaç desteği kullanımı gebelikte tehlike belirtileri sorgula	Bir önceki izlemle aynı öykü alma basamakları Ek olarak; İkinci izlem sonrası gelişen gebelik yakınmaları (kramplar vb.) ve gebelikte tehlike belirtileri sorgula	Bir önceki izlemle aynı öykü alma basamakları Ek olarak; Cardiff yöntemi ile kendi kendine bebeğin hareketlerini sorgulama 30.Haftadan itibaren Yaşam aktivitelerini karşılamada zorlanma

Tablo 2.2: Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Hizmetleri Yönetimi Aşamaları (T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018) (Devamı)

Fizik Muayene	- Yaşam bulguları - Kan Basıncı Ölçümü - Anemi bulgularının değerlendirilmesi - Boy-kilo ölçümü ve BKİ hesaplama - Akciğer ve kalp oskültasyonu - Ödem ve varis kontrolü, boy-kilo ölçümü - Gebelik haftası ile uyumlu uterin büyüklük değerlendirilmesi - Fetal ÇKS (120-160) el dopleri vb..) - Diğer bedensel bulgular ve riskler - Sistem ve metabolik hastalıkları varsa hekimi ile konsültasyon - Risk değerlendirme	Birinci izlemdeki fizik muayene tekrarı <u>İlave Girişimler</u> Gebelik haftası ile uterus büyüklüğü uyumu kontrolü Risk değerlendirme	Önceki izlemdeki fizik muayene adımlarının tekrarı <u>İlave Girişimler</u> Leopold muayenesi Risk değerlendirme	Önceki izlemdeki fizik muayene adımlarının tekrarı <u>İlave Girişimler:</u> Emzirmeye yönelik meme muayenesi Risk değerlendirme
----------------------	--	--	--	--

Tablo 2.2: Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Hizmetleri Yönetimi Aşamaları (T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018) (Devamı)

Laboratuvar ve Diğer Testler	• Tam idrar tetkiki (TİT) /gerekirse idrar kültürü, • Tam Kan sayımı • HBsAg testi (aşılı olsa da) • Gebe ve eşinin kan grubu ve Rh faktörünün saptanması • Tiroit marker tetkikleri (TSH,T3,T4) • Gebeliğin 13.haftasına kadar TORCH tarama testi T (Toxoplasma gondii); O(Other) diğer-hepatit virüsleri, parvovirüs, Epstein-Barr virüsü, sifiliz; R (rubella virüsü) S (sitomegalovirüs=CMV) ve H (herpes simplex virüsü (HSV) Diğer Testler: • 11-14. haftalarda (Nukkal / Ense kalınlığı) USG + 2 li tarama testi	• Tam kan sayımı ve idrar tahlili (TİT) • İlk izlemde yapılmadı ise idrar kültürü Diğer Testler: • 16.-20. Hafta; Maternal serumda; AFP (alfa-feto- protein-nöral tüp defekti); 3'lü ve/veya 4'lü tarama testleri • 18-22. haftalarda fetal anomali taraması (2. düzey hastane sevk ile-derin, ayrıntılı ultrason)	• Tam kan sayımı • TİT ve idrar kültürü Diğer Testler: • Gebeliğin 20.haftasından sonra Indirect Coombs testi (gebe Rh (-) eşinin Rh (+) olduğu durumlarda 24-28. haftalarda 50 gr oral glukoz tarama testi ve gerekirse Oral Glukoz Tarama Testi (OGTT)	• Tam kan sayımı ve idrar tahlili • Gestasyonel diyabet varsa AKŞ ve TKŞ takibi
İlaç Desteği	• Folik asit takviyesi • Anemi varsa Fe takviyesine başlanır • 12.hafta sonrası D vitamini takviyesi	• 16. haftadan itibaren Fe ve D vitamin desteğine başlanır	• Fe ve D vitamin desteği • Kronik ve/veya metabolik hastalıkları varsa konsültasyon ile tedavinin planlanması	• Fe ve D vitamin desteği • Kronik ve/veya metabolik hastalıkları varsa konsültasyon ile tedavinin planlanması

Tablo 2.2: Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Hizmetleri Yönetimi Aşamaları (T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018) (Devamı)

Bağışıklama	- Tetanos bağışıklaması yoksa 12.hafta sonrası Td aşılması - HBsAg (-) ise aşılama - Grip mevsimi ise Grip aşısı	12.hafta sonrası tetanos aşılması (İlk izlemde yapılmadıysa)	2. doz tetanos bağışıklaması	
Bilgilendirme ve Danışmanlık	- Kullanılması önerilen ve verilen Fe ve D vitamin ilaçlarının nasıl kullanılacağı konusunda bilgilendirme ve izleme - Eğitim/danışmanlık programında; Üreme organ yapısı ve işleyişi, gebeliğin oluşumu, gebelikte olağan şikâyetleri ve yönetimi, gebelikte öz bakım konularında paylaşım - Gebelikte tehlike belirtileri	- Bir önceki bilgilendirme ve danışmanlık konuları gözden geçir - Gebelikte olağan ya da riskli şikâyetler ve oluşabilecek sorunların yönetiminin sorgulanması ve eğitimi - Fetüs hareketlerinin anne tarafından izlenmesi konusunda eğitim - Gebelikte tehlike belirtileri	- Bir önceki bilgilendirme ve danışmanlık konuları gözden geçir - Doğuma hazırlık eğitimi ve planı - Doğum sonu öz bakım ve anne sütü emzirme danışmanlığı	- Doğum çantasının hazırlanması - Postpartum üreme sağlığı yönetim danışmanlığı / doğurganlığın düzenlenmesi
Sevk Edilecek Durumlar	Risk değerlendirme formu ‘evet’ ise Uzmara sevk, 1.ve 2.basamak sağlık kuruluşları iş birliği ve koordineli çalışma, sevk sonrası bilgi alma	2. ci düzey kapsamlı ultrasonografi sevk - Tehlikeli ve riskli durumlarda sevk	Tehlikeli ve riskli durumlarda sevk	Tehlikeli ve riskli durumlarda sevk
Kayıt Tutma	İzlem yapan bilgisi, muayene bulgu ve öneriler, sonraki randevu için randevu kartı verme	- Yapılan uygulamaların kaydı - Kayıt bilgilerinin gizliliği ve mahremiyetin korunması	- Yapılan uygulamaların kaydı - Kayıt bilgilerinin gizliliği ve mahremiyetin korunması	- Yapılan uygulamaların kaydı - Kayıt bilgilerinin gizliliği ve mahremiyetin korunması

2.4.1.1. İletişim

DÖB hizmetleri yönetiminin birinci aşaması, anne adayının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini ve sağlık hizmeti sürecinin etkin bir şekilde başlatılmasını hedefler. Gebeye ismi ile hitap edilir, yüz yüze iletişim, göz teması kurulur ve mahremiyet sağlanır. Her görüşmede açık uçlu sorularla sağlık durumu değerlendirilmeye çalışılır. İçerik ve duygu yansıtması yapılarak sorunlar ve sormaktan çekinilen konular hakkında gebe cesaretlendirilir. Soruları yanıtlaması için yeterli zaman verilir. Bu süreçte kişisel bilgiler, yaşadığı ortamın koşulları, hizmete erişim ve sosyal durum detaylı bir şekilde sorgulanır. Ayrıca, gebenin özgeçmiş ve soy geçmişi değerlendirilir. Kendi ailesinde mevcut hastalık durumu değerlendirilir. Mevcut alışkanlıklar, kalıtsal hastalıklar, tıbbi ve cerrahi girişimler vb. riskli durumlar dikkate alınır. Eğitim ve danışmanlık dışında sadece bilgilendirme söz konusu ise her bir gebe için ayrılacak sürenin 30dk olması önerilmektedir (Carroli ve diğ., 2001; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018).

Çalışmalar ve gözlemler ne yazık ki klinik izleme gelen gebelere yeterli zaman ayrılmadığı, mahremiyete önem verilmediği yönündedir. Buna örnek olarak Çankaya ve diğ. tarafından Konya’da bir devlet hastanesine başvuran 200 gebe ile yapılan çalışma verilebilir. Araştırmada gebelerin ebelerle ilgili en sık ifade ettikleri sorunlar arasında; %7 ilgisizlik, %6,5 değer verilmeme, %5,5 azarlanma, %3,5 kaba davranma ve %3 güler yüz göstermeme gibi iletişim sorunları yer almaktadır (Çankaya ve diğ., 2014). Uçan Yamaç ve diğ. tarafından İzmir ilinde 171 gebe ile yürütülen çalışmada, gebelerin %53,8’nin ebelerden ilgili ve güler yüzlü olmalarını, nazik davranmalarını, sorulan sorulara yeterli düzeyde yanıt vermelerini, mahremiyetin korunmasına özen göstermelerini istediklerini ve beklediklerini ifade ettikleri görülmüştür. Yine aynı çalışmada gebelerin %73’ünün, bu süreçte kendilerine daha fazla zaman ayırmasını istedikleri belirtilmiştir (Uçan Yamaç ve diğ., 2023). Sarıhan ve Nazik tarafından Adana’da bir devlet hastanesi gebe polikliniğine antenatal kontrol için başvuran 150 gebe ile yapılan çalışmada, gebelerin DÖB alırken sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim kurabilmelerini ve kendilerine saygılı davranılması beklediklerini belirttikleri saptanmıştır (Sarıhan ve Nazik. 2022). Tancred ve diğ. tarafından Güney Tanzanya’da son iki yılda doğum yapmış 13-49 yaş arası 1138 kadının katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, kadınların sadece %51’nin DÖB alırken sağlık çalışanları tarafından, soru sormak için kendilerine yeterli zaman ayrıldığını ifade ettikleri görülmüştür (Tancred ve diğ., 2016). Nyirenda ve diğ. tarafından Zambiya’nın Ndola ve Kitwe bölgelerinde DÖB hizmeti alan 15-49 yaş doğurgan çağı 505 kadın ile yapılan çalışmada, kadınların %33’ünün sağlık personelin mahremiyete dikkat etmemesi ve saygısız

davranması nedeniyle gebelik izlemlerini sürdürmek istemediklerini belirttikleri saptanmıştır (Nyirenda ve diğ., 2020).

2.4.1.2. Öykü Alma

Anne adayının obstetrik ve üreme sağlığı öyküsü, önceki gebeliklerin sayısı ve sonuçları, bu süreçlerde yaşanan komplikasyonların varlığı vb. birlikte değerlendirilir. Bu aşama ile gebe ve fetusun sağlık durumuyla ilgili genel bir tablo ortaya çıkar ve sonraki aşamalara rehberlik eder. Yapılan değerlendirmeler, gebelik sürecinde oluşabilecek risklerin erken tanısına olanak verir ve bireyselleştirilmiş bir bakım planı oluşturulmasına yardımcı olur.

İlk izlemde, gebe ve eşinin kişisel ve demografik özelliklerine ilişkin öyküsü ayrıntılı olarak alınır. Yaş, eğitim durumu, mesleği ve çalıştığı ortam, sağlık güvencesi, yaşadığı yer, aile tipi ve öyküsü, eşlerin akrabalık durumu ve ailede genetik hastalık varlığı vb. konular sorgulanır. Gebenin öz ve soy geçmişi, kronik ve metabolik hastalık varlığı, kendisiyle ilgili geçirilmiş ya da halen devam eden tıbbi ve cerrahi sağlık sorunları, CYBE dahil enfeksiyonlar, halen kullandığı ilaçlar, ruhsal durum, aile içi ilişkiler vb. konular karşılıklı güven verici bir iletişim sağlanarak elde edilir. İlk izlemde alınan öykü kapsamında; beslenme, boşaltım, sigara ve alkol kullanımı gibi alışkanlıklar; gravida, abortus ve parite durumu, canlı çocuk sayısı, önceki gebelik ve doğumlar, varsa bu süreçlerde yaşanan sorunlar, kullandığı korunma yöntemlerini içeren obstetrik ve üreme sağlığı öyküsü, jinekolojik sorunların varlığı sorgulanır. Son olarak bu gebeliğin kendiliğinden mi müdahale ile mi olduğu, sürecin nasıl ilerlediği, şikâyetleri olup olmadığı muayene öncesi ayrıntılı olarak sorgulanır. Risk değerlendirme formu doldurulur. Sonraki izlemlerde, tıbbi ve obstetrik öyküde yer alan bilgiler tekrar gözden geçirilir. İlk muayenesinden bu yana bir şikâyeti olup olmadığı sorulur. İlk izlem sonrasında gebeliğe bağlı gelişen değişiklikler, bacaklarda kramp, bel ağrısı gibi gebeliğe bağlı yakınmalara ilişkin şikâyetler sorgulanır. Fetüs hareketlerin anne tarafından izlenmesi konusunda bilgi paylaşılır ve kayıt tutması istenir. 14. haftadan sonra başlanan demir ve D vitamini desteği ve hekim tarafından önerilen diğer ilaçlar konusunda bilgi alınır. Beslenme düzeni ve alışkanlıklar tekrar gözden geçirilir. Bağışıklama takvimi kapsamında tetanos aşısıyla ilgili durum değerlendirilir. Devam eden izlemlerde, tehlike belirtileri ve riskli durumlar mutlaka sorgulanmalı ve bilgi verilmelidir. Bebek hareketleri izleme konusunda gebeden geri dönüş alınmalı, eksikleri varsa tekrar bilgilendirilmelidir. Sonuç olarak her bir gebelik izleminde dikkatli ve kapsamlı sağlık tanılmasının yapılması, gebeye kendini ifade etme fırsatı tanınması mevcut ya da olası risk faktörleri ortaya çıkarılmasında oldukça önemlidir. (Akdemir ve Karabulut, 2021; Baysoy ve Özkan, 2012; Bourgeois ve diğ., 2002; Coşkun A., 2008; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018).

2.4.1.3. Fizik Muayene

Ayrıntılı sağlık öyküsü aldıktan sonra fizik muayeneye geçilerek gebenin genel sağlık durumu değerlendirilir ve gebelikle alakalı oluşabilecek risklerin, değerlendirme form ile tanılanması sağlanır. Fizik muayenede ilk aşama, gebenin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve yaşam bulgularının alınmasıdır. Bu antropometrik veriler doğrultusunda gebenin Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplanır. Özellikle gebelik sürecinde kilo alımı, BKİ temel alınmalıdır. Normalde BKİ' nin 18,5-24,9 kg/ m² bandında tutulması önemsenmektedir. BKİ nin 25,0-29,9 kg/ m² arasında olması “kilolu”; ≥ 30 kg/ m² “obez” ve $<18,5$ kg/ m² “zayıf” olarak yorumlanır ve gebelikte alınması gereken maksimum kilo buna göre hesaplanır. Kan basıncı, 140/90 mmHg altında tutulması önemli ve gerekli görülmektedir. Kalp atım sayısı da normal sınırlarda (60-100) olmalıdır. Her bir antenatal izlemde bu süreç tekrarlanır. Aksu S.'nin 2020 yılında, DÖB hizmetlerinde yapılan muayene ayrıntılarını öne çıkarmak amacıyla Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Atatürk Şehir Hastanesi Doğum Polikliniğine başvuran 375 gebe ile gerçekleştirilen çalışmada, gebelerin sadece %63,5'inin boy-kilo ölçümlerinin yapıldığı, buna karşın %94,4'ünün kan basıncının ölçüldüğü belirlenmiştir (Aksu S., 2020). Demir ve Özdemir tarafından Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 156 lohusa ile yapılan çalışmaya göre; doğum öncesi kontrollerde hiç boy uzunluğu ölçülmeyenlerin oranı %71,2 iken vücut ağırlığı ölçülmeyenlerin oran %9, kan basıncı ölçülmeyenlerin oranı ise %3,2 olarak bulgulanmıştır (Demir ve Özdemir, 2020). Nyamtema ve diğ. tarafından Tanzanya'nın kırsal kesimlerinde DÖB'ın kalitesini değerlendirmek için yapılan araştırmaya katılan 263 gebeden %69'unun doğum öncesi dönemde kan basıncı ölçümlerinin yapıldığı ve sonucunun da değerlendirildiği belirtilmiştir (Nyamtema ve diğ., 2012).

Fetal kalp sesleri, çok erken dönemden itibaren vajinal prob ile alınabilir. Abdominal doppler ile 10-12. haftadan itibaren duyulur. Her izlemde, fetal kalp frekansının (FKF) normal sınırlar içerisinde (120-160 / dk) olması beklenir. Fetal kalp seslerinin gebeye dinletilmesi ayrı bir mutluluk kaynağıdır. Anne ve baba adayının gebelik sırasında fetüse bağlanma sürecini hızlandırır. Pirinçci ve diğ. tarafından 2010 yılında Elazığ'da 298 lohusa ile gerçekleştirdiği çalışmada, kadınların %98,7'sinin gebelik kontrollerinde en az bir kez fetal kalp sesinin dinletildiğini ve bundan mutlu olduğunu belirttikleri saptanmıştır (Pirinçci ve diğ., 2010). Benzer şekilde Mirkovic ve diğ.'nin Haiti'deki çalışmalarında, DÖB için başvuran 894 gebeden %80' inin çocuk kalp seslerinin kendilerine dinletildiğini belirttikleri saptanmıştır (Mirkovic ve diğ., 2017). Bu çalışmaların aksine Beşer ve diğ. nin çalışmasında, ilk üç ay hiç ve sonrasında

da düzenli antenatal kontrole gelmeyen 24 hafta ve altındaki gebelerin sadece % 38 inde fetal kalp seslerinin alınabildiği bildirilmiştir (Beşer ve diğ., 2007).

Gebeye, bebeğinin ilk hareketlerini hissetme zamanını kaydetmesi söylenir. Daha sonra kendisine verilen eğitim doğrultusunda fetal hareketleri izleyerek bebeğinin sağlık durumuyla ilgili bilgi edinmesi sağlanır.

İlk izlemde bimanuel muayene ve 2. basamak sağlık hizmetlerinde vajinal prob ile ultrasonografik değerlendirme yapılır. Dış gebelik sorununu ekarte etmek için ilk trimesterde gebelik ürününü değerlendirmek amacıyla bu muayene önemli ve gereklidir. Kadınlar genellikle vajinal muayeneden hoşlanmadıkları için ilk trimester değerlendirmeleri yetersiz kalabilmekte ve riskli durumlar erken dönemde saptanamamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ikinci izlemde; bir önceki fizik muayene rutinine ilave olarak ödem, varis kontrollerin de yapılması önemli olmaktadır. Kaya ve diğ. çalışmasında, lohusaların %74,7 sinin gebelik döneminde ödem kontrolü yapıldığını belirttiği; Temizer'in araştırmasında, 260 lohusanın %70,9'unun DÖB hizmeti alırken en az bir kez ödem kontrolü yapıldığını ifade ettiği; Aksu S.'in 2020 yılında, DÖB hizmetlerinin kapsamını inceleyen çalışmada, bir Şehir Hastanesi Doğum Polikliniğine başvuran 375 gebenin sadece %20,3'üne doğum öncesi dönemde ödem %6,9'una da varis kontrolü yapıldığı bildirilmiştir (Kaya ve diğ., 2009; Temizer M., 2015 ; Aksu S., 2020). Bu karşın Demir ve Özdemir'in çalışmasında, gebelik döneminde kadınların ödem kontrol oranının %63,4'üne ödem kontrolü yapıldığı, ancak %75,6'sına bir kez bile varis kontrolü yapılmadığı; Majrooh ve diğ. nin 342 gebeye yürüttükleri çalışmada, 342 gebenin sadece %25'ine ödem ve varis kontrolü yapıldığı belirtilmiştir muayenesi yapılmadığı sonucuna varılmaktadır ise belirtilmiştir (Demir ve Özdemir, 2021; Majrooh ve diğ., 2014).

Gebeliğin 20. haftasından itibaren görülen hipertansiyon (>140/90 mmHg), idrarda protein kaçağı, kan değerlerinde ve karaciğer vb. bazı organ markırlarında patolojik sonuçlar ve yaygın ödem varlığı, preeklampsinin tanısı için önemli olmaktadır. Preeklampside, fetal ve maternal riskler artmaktadır. Ağır preeklampsi ve eklampsi, özellikle “doğrudan” nedenlere bağlı anne ölümlerinin kanamadan sonraki en önemli nedenidir. Erken fark edilmeyip gerekli önlemler alınmadığında fetal ve maternal mortalite kaçınılmaz olabilmektedir. Birinci basamak kontrollerde bu durum fark edildiğinde kısa sürede sevk süreci başlatılmalıdır. Gebe izlemlerinde birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları koordineli çalışmalı ve sıkı bir iş birliği içinde olmalıdır. Üçüncü ve dördüncü izlemlerde bir öncekilere ilave olarak emzirmeye hazırlık amacıyla meme muayenesi ve obstetrik değerlendirme için vajinal muayene yapılır (ACOG,

2020; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018; WHO, 2023; Zhand ve diğ., 2021).

Dünya Sağlık Örgütü, gebeliğin 24. haftasından önce gestasyonel yaşı saptamak, fetal anomalileri ve çoğul gebelikleri belirlemek, ekstrauterin (ektopik) gebelikleri saptamak için mutlaka ultrasonografik tarama yapılmasını önermektedir. Gebelikte abdominal (Leopold) muayene en erken 20-24. haftadan itibaren yapılabilir. Ancak abdomenden fetal değerlendirme yapılması, 26.-28. haftalardan itibaren mümkün olabilmektedir. Ebelerin temel görevleri olan Leopold manevraları konusunda becerilerinin tam olması gerekmektedir. Bu sayede gebelik haftası, fetal büyüme durumu, fetusun situs, fetal pozisyon ve prezantasyon saptanabilmektedir. Yine fetoskop kullanılarak fetal kalp frekansı ve sağlık durumu da değerlendirilebilmektedir. Abdominal muayenede, kadının son adet tarihi temelinde hesaplanan gebelik haftasına göre ± 4 cm kadar uyumsuzluk saptandığında gebelerin bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevkı gerçekleştirilmelidir. Abdominal muayenenin önemini vurgulayan çalışmalar arasında, Majrooh ve diğ. tarafından Pakistan'ın Punjab eyaletinde birinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan araştırma gösterilebilir. "Doğum öncesi bakımın kapsamı ve kalitesi" başlıklı çalışmada, 342 gebeden %76'sının abdominal muayene ile izlendiği ve güvenilir bir izlem başarıldığı belirtilmektedir (Majrooh ve diğ., 2014). Demir ve Özdemir tarafından Erzincan'da üçüncü basamak sağlık kuruluşunda doğum yapan kadınların gebeliklerinde aldıkları bakımın niceliksel ve niteliksel açısından yeterlilik durumunu değerlendiren çalışmada, 156 annenin %54,4'ünün abdominal muayeneden memnun kaldıklarını belirttikleri saptanmıştır (Demir ve Özdemir, 2021).

Emzirme hazırlığı için meme başı, areolanın durumu vb konularda memeler gözlenmeli, ancak elle ayrıntılı muayeneden kaçınılmalıdır. Gebeliğin 30-32. haftasından sonra doğuma kadar özellikle riskli gebeliklerde, fetal sağlığın değerlendirilmesi için Nonstres test (NST) uygulanabilir ve fetal biyofizik profil durumu değerlendirilebilir (Ancel ve diğ., 2019; WHO, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018; Umana ve Siccardi, 2022).

2.4.1.4. Laboratuvar ve Diğer Testler

Gebelere tam kan sayımı ve tam idrar tetkiki (TİT) yapılması hem anne adayını hem de fetal sağlık açısından riskli durumların belirlenmesi açısından oldukça önemlidir. Gebe ve eşinin kan grubu ve Rh faktörü tespiti mutlaka yapılmalıdır. Rh uyuşmazlığı olan çiftlerde gebeye, gebeliğinin 20.haftasından itibaren uygulanan İndirekt Coombs testi (IDC) kan merkezlerinde yapılır. Gebe Rh (-), eş Rh (+) ise IDC testinin dört haftalık aralıklarla tekrarlanması önemlidir. İndirekt Coombs (-) olanlar birinci basamak sağlık kuruluşunda, IDC testi pozitif olanlar ise bir üst basamak sağlık kuruluşunda takip edilir. Rh uygunsuzluğu olan

gebelere, 28-30. gebelik haftalarında 300 mikrogram (mcg) tek bir doz anti-D immünglobulin uygulanır. Yenidoğan Rh (+) ve annede İndirekt Coombs testi negatif ise; doğum sonrası ilk 72 saat içinde anti-D immünglobulin doz tekrarlanır (Akın ve Özvarış, 2006; Fung Kee Fung ve diğ., 2003; Kulaksız ve diğ., 2021; Silver R.M., 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Akdemir G. tarafından Iğdır Devlet Hastanesine başvuran 200 gebe ile yapılan çalışmada, gebelerin %67,5'inin kan grubunu DÖB hizmeti alırken öğrendikleri belirtilmiştir (Akdemir G., 2019). Erbaş G. tarafından Tokat ili Gaziosmanpaşa ilçesindeki aile sağlığı merkezlerinde 149 gebe ile yürütülen çalışmada ilk trimesterdeki 36 gebeden %47,2'sine TİT, %63,9'una kan sayımı ve %78'ine de kan grubu tayini uygulandığı; Gedefaw ve diğ. tarafından Etiyopya'da DÖB bileşenleri içeriğini incelemek için yapılan çalışmada, herhangi bir sağlık kuruluşundan DÖB almış ve gebeliğin birinci trimesterinde olan 2654 gebeden ne yazık ki sadece %27,4'üne kan sayımı, %33,8'sine TİT yapıldığı belirlenmiştir (Erbaş G., 2016; Gedefaw diğ., 2021).

Gebelikte kan testi ile tiroit markırlarının (TSH, T3 ve T4) değerlendirilmesi önemlidir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED)'e göre gebelik planlayan kadınların veya gebelerin en az bir kez TSH düzeyini ölçtürmesini önermektedir. Gebelikte TSH değeri, ilk trimester için < 2,5 mIU/L, sonraki ikinci ve üçüncü trimester için < 3 mIU/L olması gerekir. Tedavi edilmemiş hipertiroidi durumları; preeklampsi, abortus, prematür doğum, intrauterin büyüme geriliği gibi risklere yol açabilir. Hipotiroidi ise fetal beyin gelişimi ve fetal tiroit bezi gelişimini olumsuz etkilediğinden fetal morbidite ve mortaliteye neden olabildiği, abortus, anemi, plasenta dekolmanı, preeklampsi gibi sorunlara neden olduğu görülmektedir (De Groot ve diğ., 2012; Springer ve diğ., 2017; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2020). Medici ve diğ. nin "Gebelikte maternal tiroit hormonu parametreleri ve doğum ağırlığı" başlıklı çalışmasında, hipertiroidi tanısı almış 905 annenin düşük doğum ağırlıklı ve gelişme geriliği olan bebekler doğurdıkları saptanmıştır (Medici ve diğ., 2013).

Hepatit B virüsü (HBV)' ne bağlı olarak ortaya çıkan gebelikte intrahepatik kolestaz, prematür doğum, neonatal asfiksi gibi risklerin görülebileceğinden dolayı doğum öncesi dönemde HBsAg (Hepatit B yüzey antijeni) pozitif gebelerin saptanması ve gebelerin HBV'den korunması oldukça önemlidir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ve 2018 yılında uygulanmaya başlanan Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programına göre HBsAg testi ile tüm gebelerin HBV açısından taranması ve gerekli tedavilerin uygulanması zorunlu hale getirilmiştir (Patton ve Vodkin, 2014; Terrault ve diğ., 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; Wu ve diğ., 2020). Alexander ve diğ. nin 2013 yılında Güney Hindistan'da yaptıkları çalışmada, 148 gebeden %93'üne birinci basamak sağlık

kuruluşunda HBsAg tarama testi yapıldığı; Akdemir ve Karabulut tarafından DÖB hizmetinin uygunluğu değerlendirmek için yapılan çalışmada Iğdır Devlet Hastanesine başvuran 200 gebeden %36'sına HBsAg tarama testinin uygulandığı saptanmıştır (Alexander ve diğ., 2013; Akdemir ve Karabulut, 2021). Bu çalışmaların aksine Gebrecherkos ve diğ. tarafından Etiyopya'da DÖB hizmeti alan gebelerin HBV' ye ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları belirlemeyi amaçlayan çalışmada 354 gebeden %85,87'sine HBV taraması olarak HBsAg tetkikinin yapılmadığı belirtilmiştir (Gebrecherkos ve diğ., 2020).

Gebeliğin birinci ve ikinci trimesterlerinde ikili-üçlü tarama, detaylı ultrasonografi incelemeler gibi noninvaziv ve koryonvillus biyopsisi, amniosentez gibi invaziv testler fetal anomaliyi tespit etmek için yapılması önerilmektedir. Prenatal tarama testleri olarak; gebeliğin 11-14. haftalar arasında ultrasonografi ile ense kalınlığı ve ikili tarama testi, 16-20. haftalar arasında maternal serum AFP, üçlü ve dördümlü test, 18-22. haftalar arasında fetal anomali taraması ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılır (Bunnik ve diğ., 2019; Di Mattei ve diğ., 2021; Karakuş R., 2015). Potur ve diğ. nin İstanbul ilinde yapmış olduğu çalışmada, son trimesterdeki 37 gebeden %59,5'nin ikili tarama testi, %48,6'sının üçlü tarama testi; Öner E.'nin Van'da yapmış olduğu çalışmada, 313 gebeden %23,6'sının ikili tarama testi, %16,3'ünün üçlü tarama testi; Desdicioğlu ve diğ. tarafından gebelerin antenatal testlere yaklaşımını etkileyen faktörleri inceleyen çalışmada ise Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniğine başvuran 310 gebeden sadece %14,19'u ikili-üçlü tarama testi yaptırdığı belirtilmiştir (Potur ve diğ., 2009; Öner E., 2017). Shirazi ve diğ. nin 2022 yılında İran'da Yas Hastanesinde gebelerde fetal kromozomal anomalilerin belirlenmesinde birinci ve ikinci trimester tarama testlerinin önemini araştırmak amacıyla 960 gebe ile yürüttükleri çalışmaya göre gebelerin %36,1'inin prenatal tarama testi olarak ikili-üçlü tarama testlerini yaptırdıkları ifade edilmiştir (Shirazi ve diğ., 2022). Bu çalışmaların aksine Çoban ve Yılmaz tarafından İnegöl Devlet Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran 200 gebenin %40,4'ü gerek duymadığı için prenatal tarama testlerini yaptırmadıkları saptanmıştır (Çoban ve Yılmaz, 2024).

TORCH (Toxoplasmosis, sifiliz dahil Other, Rubella, Sitomegalovirüs ve Herpes simplex) dahil prenatal enfeksiyonların abortus, konjenital anomali, intrauterin morbidite-mortalite gibi sayısız fetal sonuçlara ve yine neonatal ciddi sorunlara neden olduğu bilinmektedir. Bu istenmeyen ciddi fetal sonuçların önlenmesi için gebeliğin 13. haftasına kadar ikinci basamak sağlık kuruluşlarında TORCH taramasının yapılması önemli olmaktadır (Kulaksız ve diğ. 2021; Shipp ve diğ., 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018). Ne yazık

ki bu taramalardan tüm gebelerimizin yararlanması söz konusu olamamaktadır. Ergin ve diğ. nin kırsal ve kentsel yapıda iki farklı sağlık ocağında verilen DÖB'ü değerlendiren çalışmada, 367 lohusanın sadece %27,6'sının gebelikte TORCH enfeksiyon taramasının yapıldığını ifade ettikleri görülmüştür (Ergin ve diğ., 2010). Wang ve diğ. tarafından Çin'de bir eğitim hastanesinde yapılan çalışmaya katılan 319 gebeden %20,44'ünün gebeliğin ilk trimesterinde TORCH taraması yaptırdığı belirtilmiştir (Wang ve diğ., 2019).

Gebede diyabet öyküsü varlığı, önceki gebeliklerinde makrozomik yani iri bebek bakımından 4000gr üstü bebek doğurma, açlık kan şekeri (AKŞ) değerinin ≥ 126 mg/dL tespiti gibi durumların olmasında gebelerin gestasyonel diyabet açısından risk grubunda olabilmektedir. Çünkü gebelik plasental hormonlar nedeniyle diyabetojen bir etkiye sahiptir. Bu nedenle her gebeye 24.-28. haftalarda oral glikoz tolerans testi (OGTT) yapılması ön görülmektedir. (Benhalima ve diğ., 2012; Çelik Ö., 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018). Taştekin Ö 'nün 2017 çalışmada, Kırklareli Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi doğum servisinde yatan 146 lohusanın %56,3'ünün gebeliklerinde OGTT testi yaptırdığı; Yaprak ve diğ. tarafından Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi gebe polikliniğine başvuran

317 gebenin %60,6'sının OGTT yapılma zamanını bilmedikleri için tarama testini yaptırmadıkları belirtilmiştir (Taştekin Ö., 2017; Yaprak ve diğ., 2019). Chen ve diğ. tarafından Çin'de gebeliğin ikinci trimesterinde 1018 gebe ile yapılan çalışmada, gebelerin tamamına 75 gr OGTT testi uygulanmış ve %19,1'ine gestasyonel diabetes mellitus (GDM) tanısı konduğu belirlenmiştir. Buna bağlı olarak tarama testinin önemli vurgulanmıştır (Chen ve diğ., 2020)

2.4.1.5. Vitamin desteği ve ilaç kullanımı

Fetal ve maternal sağlığın korunması, gebelik sürecinin sağlıklı sürdürülebilmesi ve gebelikte vitamin ihtiyacının artması gibi nedenlerden dolayı folikasit, D vitamini, demir gibi ilaç ve vitamin takviyelerinin kullanılması oldukça önemlidir. Gebelik planlayan kadınlar, prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanmaya başlamalıdır. Gebeliğin ilk 12.haftasına kadar günde 400 mikrogram folik asit alınması önerilir. Prekonsepsiyonel dönem ve gebeliğin ilk trimesterinde yeterli folik asit alınmaması durumunda, yarık damak-dudak gibi konjenital anomaliler, nöral tüp defekti, intrauterin gelişim geriliği, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, preeklampsi görülme riskinin artması gibi fetal ve maternal sağlık problemleri ortaya çıkabilmektedir. Türkmen M. tarafından yapılan çalışmada, İstanbul Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Servisinde doğum yapmış 360 lohusadan %75,6'sının gebeliklerinin ilk trimesterinde folik asit takviyesi aldıkları belirtilmiştir (Türkmen M., 2023).

T.C. Sağlık Bakanlığı 2011 yılında başlatmış olduğu ‘Gebelerde D vitamini Destek Programı’ ile gebeliğin 12. haftasından itibaren günde 1200 IU (9 damla) D vitamini desteğinin verilmesini ve doğum sonrası 6 ay boyunca devam edilmesini önermektedir. D vitamini yetersizliğinde abortus, prematüre doğum, hipertansiyon, preeklampsi, intrauterin gelişim geriliği, düşük doğum ağırlığı, konjenital katarakt gibi sorunların görülebileceği bildirilmektedir (Çağlayan ve Katlan, 2018; Doğan M., ve Doğan A.G., 2019; Korczak ve diğ., 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Gebelikte görülen anemiler, çoğu kez demir eksikliği kaynaklıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında gebelere rutin demir destek programı, 14. haftadan sonra başlamaktadır. DSÖ’nün gebelikte klinik anemi sınırı Hb <11gr/dl dir. Klinik anemi sınırına girmeyen gebelere, 2. trimester başlayan 6 ay ve doğum sonrası 3 ay 30-40 mg/günde demir desteği yapılması önerilmektedir. Normal vajinal doğum eylemiyle yaklaşık 550-630 mg kan kaybı, sezaryen doğumlarda daha fazla, olacağından gebelik sürecinde demir desteği önemli olabilmektedir. Ciddi anemi durumlarında, gebelik haftasına bakılmaksızın demir eksikliği düzeyine göre oral ya da parenteral demir tedavisi başlatılmaktadır. Demir eksikliği anemisine bağlı olarak kardiyak yetmezlik, abortus, prematür doğum vb. maternal-fetal riskler oluşabilmektedir. Sağlık çalışanları tarafından demir preparatı ve diğer vitamin takviyelerinin kullanımının önemi, ne zaman ve nasıl kullanılması gerektiği konusunda gebenin bilgilendirmesi ve sonraki vizitlerde izlenmesi oldukça önem taşımaktadır (Bilgin ve Demirci, 2019; Demir ve Taşpınar, 2019; Erdoğan ve Gezmen Karadağ, 2016; Ugwu ve diğ., 2014).

Morisset ve diğ. nin Kanada’da antenatal dönemde gebelerin Demir ve D vitamini desteğini incelemek amacıyla gebeliğin 16-21. haftalarında olan 1186 gebeyle yürüttükleri çalışmada, 1186 gebeden %74’ünün demir, %60’nın D vitamini takviyesi aldığı; Azeze ve diğ. nin Etiyopya’da doğum öncesi dönemde sağlık çalışanları tarafından demir ve folik asit takviyesini kullanma önerilerinin gebeler tarafından uygulanmasının incelendiği çalışmaya göre de 5808 gebeden %41,38’inin demir ve folik asit takviyesini düzenli kullandığı saptanmıştır (Morisset ve diğ., 2016; Azeze ve diğ., 2020). Bu konuda ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalardan Temizer M. nin 2014 yılında canlı doğum yapmış 260 anne ile yaptığı araştırma gösterilebilir. Annelerin %88 i gebelik döneminde demir desteği aldığı; yine Omaç ve diğ. nin 2009 yılında Malatya Arapgir Devlet Hastanesi’ne başvuran 104 gebeyle yaptığı benzer çalışmada gebelerin %71,2’sinin demir desteğini düzenli kullandıkları saptanmıştır (Temizer M., 2015; Omaç ve diğ., 2009). Gebelerin düzenli ve doğru biçimde demir hapi kullanımı, tamamen ebelerin sorumluluğudur. Her antenatal kontrolde demir

ilacının ne zaman, nasıl kullanıldığı, hangi gıdalarla etkileşime girebileceği sorgulanmalı ve yarattığı sorunlar araştırılmalıdır. Çataklı ve diğ. tarafından Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesinde yapılan çalışmada 476 anneden %56'sının; Dolgun ve Şolt tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 0-12 aylık çocuğa sahip olan 200 anneden %70'inin gebelik dönemlerinde D vitamini kullandıklarını ifade ettikleri belirtilmiştir (Çataklı ve diğ., 2014; Dolgun ve Şolt, 2018).

Annede kronik ya da akut olarak gelişebilen herhangi bir hastalık varlığında, çoğu zaman gebelikte ilaç kullanımı zorunlu olabilmektedir. Gebelikte kullanılan birçok ilacın teratojenik etkisi tam olarak bilinmediği ve ilaç kullanımının hem anne hem de fetal sağlığı yakından ilgilendirdiği için dikkatle kullanılmalıdır. Gebelikte ilaç kullanımı, var olan kronik hastalıklara bağlı (hipertansiyon, tiroid, diyabet, astım, epilepsi, böbrek hastalıkları vb.) kullanılması gereken ya da gebelikte ortaya çıkan bazı şikâyetler ya da hastalıkların (idrar yolu enfeksiyonu için antibiyotik kullanımı ya da antidepresanlar vb.) tedavisi için kullanılabilmektedir. Bu konuda gebeyi izleyen uzman hekim ile kadın-doğum uzmanı hatta yenidoğan uzmanı birlikte konsültasyon ile kullanılan ilacı, dozu ayarlanmalıdır. Gebelikte bazen eş dost önerileriyle reçeteli, reçetesiz ve/veya bitkisel olmak üzere çeşitli ilaçları kullanılabilmektedir. Bunların tehlikeli olduğu vurgulanmalıdır. Ne yazık ki ulusal ve uluslararası literatürde gebelikte hekim onayı olmadan ilaç kullanımı söz konusu olabilmektedir. Navaro ve diğ. çalışmasında gebelerin %43.9'unun en az bir tane reçetesiz ilaç kullandığı; Çobanoğlu A. nın 378 gebe ile yaptığı araştırmada gebelerin %4'ünün hekim önerisi dışında ilaç kullandığı; Muthopi MC. nin 2014 yılı Kenya Nairobi kentindeki çalışmasında kadınların %12'sinin gebelik dönemlerinde bitkisel ilaç kullandığı saptanmıştır (Navaro ve diğ., 2018; Çobanoğlu A., 2020; Muthopi MC., 2014). Oysa akılcı ilaç kullanımı, hekim tarafından belirlenen doğru ilacın, uygun dozda, doğru uygulama yolu ve zamanlaması yapılarak yeterli bilgilendirme ile kullanılmasını kapsar. Gebelikte ilaç kullanımı ile ilgili oluşabilecek riskler, gebenin ilaç kullanırken dikkat etmesi gerekenler ve gerekli durumlarda ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi konularında gebe ve ailesine gerekli danışmanlık verilmelidir (Alptekin ve Koruk, 2020; Beji ve Miral, 2017; Calsteren ve diğ., 2016; Demir ve Taşpınar, 2019; Pariente ve diğ., 2016; Öztürk Z., 2018).

2.4.1.6. Bağışıklama

Prekonsepsiyonel dönem ve gebelikte bağışıklama ile maternal antikor seviyesinin artırılması, fetüs, gebe, yenidoğanı hastalık ve enfeksiyonlardan korumak için uygulanan en etkili yöntemlerdir. Bağışıklama yapılma zamanı, yeterli immünizasyonun sağlanması açısından oldukça önemlidir. Gebelik sırasında inaktif ve toksoid aşılarının fetüs sağlığı

açısından risk oluşturmadığı, canlı ve zayıflatılmış olan virüs/bakteri aşılarının uygulanmaması gerektiği Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi (Advisory Committee on Immunization Practis- ACIP) tarafından bildirilmiştir. İnaktif influenza, tetanoz, hepatit-B aşıları gebelikte uygulanabilmektedir. DSÖ'nün 1989 yılında başlatmış olduğu 'Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı', Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı Bağışıklama Kurulu, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine yansıtılmış ve tetanozun neden olduğu mortalitenin azaltılmasını hedeflemiştir. Ülkemizde 'Genişletilmiş Bağışıklama Programı' (GBP) ile bağışıklama hizmeti 1981 yılından itibaren devam etmektedir. İlk kontrolde sağlık öyküsü alınırken bağışıklama durumu sorgulanmalı ve eksik ya da yetersiz olan gebeler saptanmalıdır.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından, tetanoz aşısı olmayan gebelere 1 ay ara ile en az 2 doz Erişkin Tip Tetanoz Difteri aşısının (Td) ücretsiz yapılması öngörülmektedir. Aşılanmamış gebelere ilk doz tetanos toksoid aşısı, 12.gebelik haftasından sonra uygulanabilir. Geç başvurularda ilk doz, gebeliğin 16. haftasından itibaren yapılabilir. 2. Doz, doğum gerçekleşmeden 2 hafta önce mutlaka tamamlanmış olmalıdır. Dozlar tamamlanmadığında anne ve bebeğin tetanoz açısından risk altında olduğu bilinmeli ve doğum eyleminde enfeksiyondan korunma konusunda evrensel kurallara uyulması sağlanmalıdır. Aşının 3. Dozu mutlaka lohusalık döneminde tamamlanmalıdır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Aşı Programı' takvimi dikkate alınmalıdır (Dereli ve diğ., 2021; Maertens ve diğ., 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; WHO, 2019). Maral ve diğ. 2001'de yaptıkları çalışmada, Ankara'daki bir hastanede canlı doğum yapan 493 lohusanın %95,6'sına doğum öncesi dönemde iki doz tetanoz aşısı yapıldığı; Omaç ve diğ. nin Malatya Arapgir Devlet Hastanesi'ne başvuran 104 gebe ile yürüttükleri çalışmada, gebelerin %90,4'üne en az bir doz tetanoz aşısı yapıldığı; Klyn ve diğ. tarafından yapılmış çalışmada ise Brezilya Minas Gerais Eyaletine bağlı Belo Horizonte şehrindeki doğum hastanelerine başvuran 481 lohusanın sadece %59,2'sine doğum öncesi dönemde en az iki doz tetanos aşısı yapıldığı belirtilmiştir (Maral ve diğ., 2001; Omaç ve diğ., 2009; Klyn ve diğ., 2021). Bu arada Çınar ve diğ. nin 2022 yılında Türkiye'nin yedi farklı coğrafik bölgesinde yürüttükleri kapsamlı çalışmaya katılan 5000 gebeden %88,2'sinin mevcut gebeliğinde kendilerine tetanoz aşısı uygulanmadığını ve %23,2'sinin tetanoz aşısı yaptırmayı düşünmediklerini belirttikleri saptanmıştır (Çınar ve diğ., 2022). Temizer M. tarafından Gaziantep "Oğuzeli Merkez Aile Sağlığı" Merkezi'ne kayıtlı olan 260 anne ile yapılan çalışmada, sadece 25 anne en son gebeliklerinde tetanoz aşısı uygulanmadığı; kendilerine nedeni sorulduğunda 25 anneden 17'sinin zaten önceden minimum 5 doz tetanoz aşısı yapılmış olduğunu, 5 annenin tetanoz aşısını doktorunun önermediğini, 3 annenin de gerek duymadığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Temizer M., 2015).

Gebelikte HBV taraması için yapılan HBsAg tetkik sonucunda HBsAg (-), AntiHBs (-) çıkan ya da gebelik sırasında HBV ile enfekte olma riski bulunan gebelere, gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde, Hepatit B aşısı 0-1-6 ay uygulama şemasına göre yapılması önerilmektedir. Gebelikte aşılanmayan anneler doğumdan sonra da aşılanabilmektedir. HBsAG (+) ise Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanına sevk edilir ve doğumdan sonra yenidoğana Hepatit B aşısı ve Hepatit B immunglobülin (HBIG) uygulanır. Bittaye ve diğ. tarafından Gambiya’da DÖB kliniklerine başvuran 426 gebeden sadece %2,39 ‘na Hepatit B aşılması uygulandığı; Çağlayan ve diğ. tarafından Bozok Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğe başvuran 78 gebeden %17,9’una ise Hepatit B aşılması yapıldığı belirtilmiştir (Bittaye ve diğ., 2019; Çağlayan ve diğ., 2013).

Gebelerde influenzaya bağlı sekonder pnömoni, akut solunum yetmezliği riski vb. maternal sağlık sorunları görülebilmekte ve bunun prematür doğum, fetal distres, fetal asfiksi gibi ciddi fetal sorunlara da neden olduğu belirtilmektedir. DSÖ ve Sağlık Bakanlığımız, grip mevsimi Eylül-Nisan ayları arasında gebeliğin her döneminde mevsimsel grip aşısı yaptırılmasını önermektedir. Bu öneriye rağmen Ülkemizde yalnızca ikinci ve üçüncü trimesterdeki gebelere ücretli olarak mevsimsel grip aşısı yapılmaktadır (Çelen ve diğ., 2014; Kara ve diğ., 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018). Oktay ve diğ. nin 2022 yılında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi gebe polikliniğe başvuran 205 gebeden ile yürüttükleri çalışmada gebelerin %66,3’ü grip aşısı yapılması gerektiğini aile hekiminden öğrendiğini ve bu doğrultuda %13,2’sinin gebelik dönemlerinde mevsimsel grip aşısı yaptırdığını; Napolitano ve diğ. nin İtalya’da yapmış olduğu çalışmada ise gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterlerinde 410 gebeden sadece %9,7’sinin grip aşısı yaptırdığını belirttikleri saptanmıştır (Napolitano ve diğ., 2017; Oktay ve diğ., 2022). Koul ve diğ. nin Kuzey Hindistan’da gebelere grip aşısı uygulanmasını incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, sağlık profesyonelleri tarafından grip aşısı uygulaması hakkında gebelere bilgi verilmediği için 1. ve 2. trimesterde olan 1000 gebeden hiçbirine mevsimsel grip aşısı yapılmadığı; Sel ve diğ. tarafından Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran 267 gebeden %97,8’inin mevsimler grip aşısı olmadığı, grip aşısı olmayan 261 gebeden %67’si ise grip aşısının bebeğine zarar verebilir düşüncesi ile yaptırmadığı saptanmıştır (Koul ve diğ., 2014; Sel ve diğ., 2020).

2.4.1.7. Bilgilendirme ve Danışmanlık

Gebelik dönemi, anne adayının hayatında psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişikliklere uyum sağlanması açısından özel bir süreçtir. Doğum öncesi ve sonrası dönemle ilgili olarak sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitim/danışmanlık ile gebelikte anne adayının yaşam kalitesi de yükselecektir. Barcelona Anne ve Yenidoğan Hakları Bildirgesi'nde 'Bütün kadınlar üreme sağlığı, gebelik, doğum ve yenidoğan bakımıyla ilgili yeterli bilgi ve eğitimi alma hakkına sahiptir' ifadesi ile anne ve bebek sağlığına ne kadar önem verildiği belirtilmektedir. Doğum öncesi dönemde gebelere verilecek olan eğitim/danışmanlıklar, gebe ile eşi arasındaki uyuma ve kadının anneliğe geçiş sürecine olumlu katkı sağlayacağı tartışılmaz. Gebelikte oluşan değişiklikler ve olağan şikâyetlerle baş etme, gebelikte öz bakım gereksinimi, doğum eylemi ve sonrası bakımına ilişkin eğitim konularıyla kadının sağlık bilinci farkındalığının artacağı ve bunun hem çocuklarının hem de ailesinin bakımına yansıtılabileceği ön görülebilir. Bu da kadının sağlık okur yazarlığını ve özgüvenini artıracaktır. Yine gebenin gebelik ve doğum süreciyle ilgili oluşabilecek anksiyetesini de azaltacaktır.

Ebeveynlik sürecinde yapılan eğitim ve danışmanlık programlarının içeriğinde; üreme sistemleri, gebeliğin oluşumu, gebeliğe ilişkin kadın ve eşinin duygu ve düşünceleri, gebeliğin kabul süreci, gebeliğe bağlı kadın vücudundaki değişikliklerle ve olağan sorunlarla baş edebilme, gebelikteki rutin muayene, kontrole gitme sıklığı, testler ve bağışıklama programı, öz bakım gereksinimi, sigara, alkol vb zararlı alışkanlıkların yarattığı riskler, gebelikte tehlike belirtileri, ebeveynlerin fetüs ile prenatal bağlanma sürecinin önemi, gebe ve eşinin bu konudaki rolleri, doğuma hazırlık, doğum sonu kendi ve bebeğinin bakımı, emzirme ve aile planlaması konuları yer almaktadır. Bu eğitim/danışmanlık süreci, sağlık profesyonellerden en fazla ebe ve hemşirelerin temel görevleri arasında yer almakta ve bakım sürecinin vazgeçilmez bir parçası olmaktadır. Doğum için hazırlık ve planlama, nerede ve kimle hastaneye nasıl ulaşılacağı kesinleştirilmelidir. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Rehberi'nde de bu durum önemle vurgulanmıştır. Doğum öncesi emzirme eğitimi ve doğum sonrası emzirme desteği, annenin emzirmeyi başlatma ve sürdürme girişimlerini doğrudan etkileyecektir. Bu konuda annelerin sonsuz desteğe gereksinimi vardır. Riskli yenidoğan, diyabetik ve preeklampatik vb. riskli gebeliklerde bu destek, çok daha fazla önemli olmaktadır. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı DÖBYR' ne göre gebeliğin 28.haftasından itibaren anne sütü ve emzirmeye yönelik danışmanlık sunulması gerekmektedir (ACOG, 2018; Altıparmak S., 2014; Mahumud ve diğ., 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018; Union of European Neonatal and Prيناتal Societies, 2010).

Ülkemiz Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanan 2014/28 Sayılı “Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi” ile sağlık hizmetlerin tümünde gebeler için bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi koşulu getirilmiştir. Bu genelge ile doğuma hazırlık eğitimleri ilçe düzeyinde yaygınlaştırılarak toplum sağlığı merkezlerinde, aile sağlığı merkezlerinde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak emzirme eğitimi dahil edilerek eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilme durumu sorgulanmaktadır (Esencan ve diğ., 2018; National Institute For Clinical Excellence, 2003; Rojjanasrirat ve diğ., 2012; Serçekuş ve diğ., 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018). Kehide ve diğ. tarafından ‘Doğum Öncesi Emzirme Eğitiminin Doğum Sonrası Emzirmeye Başlama Üzerindeki Etkinliği’ başlıklı uluslararası örneklem gruplarıyla 14 çalışmanın dahil edildiği sistematik inceleme makalesinde; doğum öncesi eğitim programlarına katılan annelerin emzirme bilgisinde artış olduğu ve emzirmeye karşı olumlu davranış gösterdikleri sonucuna varılmıştır (Kehinde ve diğ., 2023). Esencan ve diğ. nin 2019 yılında İstanbul ilinde Anadolu yakasında bulunan bir eğitim araştırma hastanesinin gebe okulu ve doğuma hazırlık eğitimine katılmış 180 gebeyle gerçekleştirdiği çalışmada, gebe okulunda verilen emzirme eğitimi ile gebelerin emzirme ve doğacak olan bebeğiyle ten tene temas kurma isteğinin arttığı bildirilmiştir (Esencan ve diğ., 2019). İnce ve diğ. 2010 yılında Ankara ve Kayseri’de iki üniversite hastanesinde 285 anne ile yürüttükleri çalışmada, annelerin %23,8’inin gebelik izlemlerinde,

%65,3’ünün ise postpartum döneminde emzirme danışmanlığı aldıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (İnce ve diğ., 2010). Yine Çatak ve diğ. tarafından İstanbul Aile Hekimliğine kayıtlı 1454 gebe ile yapılan çalışmada, %14,5’inin gebeliklerinin 33.haftasından sonra emzirme danışmanlığı aldığı bildirilmiştir (Çatak ve diğ., 2012).

Özdemir ve Karaçalı’nın Karabük ili Safranbolu ilçesinde 169 anne ile yürüttükleri çalışmada, annelerden %81,7’sine bağışıklama takvimi, % 53,3’ine anne sütü ve emzirme, % 43,8’ine bebek bakımı, % 42,6’sına beslenme, % 36,7’sine aile planlaması ve % 36,1’ine doğum sonu tehlike belirtileri gibi konularında doğum öncesi dönemde danışmanlık verildiği; Demir ve Taşpınar’ın ortak çalışmasında, bir aile sağlığı merkezine başvuran 170 gebenin tamamına prenatal testler ve bebeğin gelişimi hakkında, %88,5’ine gebelikte beslenme, %85,2’sine de gebelikte bağışıklama konularında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirme yapıldığı belirtilmiştir (Özdemir ve Karaçalı, 2019; Demir ve Taşpınar, 2021).

Subaşı ve diğ. tarafından gebenin riskli durumlara ilişkin farkındalık ve bilgi düzeylerini karşılaştırdıkları çalışmada, İstanbul’da Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi gebe

polikliniklerine ve gebe okuluna katılan 312 gebeden %85,2'sinin gebelikte riskli durumlar konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu bildirilmiştir (Subaşı ve diğ., 2021). Karagür Sarioğlu

Karagür Sarioğlu M. tarafından 2021 yılında aile sağlığı merkezlerinde gebelere verilen eğitim/ danışmanlık program içeriklerini inceleyen çalışmada, iki farklı Aile Sağlığı Merkezine DÖB için başvuran 173 gebenin %68,4'üne beslenme ve diyet, %50'sine gebeliğe bağlı yakınmalar ve baş etme yöntemleri, %26,9'una gebelikte cinsel yaşam, %25,1'ine gebelikte hijyen ve genel vücut bakımı ve %8,2'sine ağız ve diş sağlığı konularında eğitim verildiği saptanmıştır (Karagür Sarioğlu M., 2021). Yenal ve diğ. nin 2010'da 41 gebe ile yürütmüş oldukları 'Web ortamında interaktif- antenatal danışmanlık ile gebeliğe ilişkin bilgi gereksinimlerinin incelenmesi' başlıklı çalışmada, gebelerin eğitim sonrası hijyenik alışkanlıklarını olumlu yönde değiştiği saptanmıştır (Yenal ve diğ., 2010). Coşkun ve Karakaya tarafından 2008 yılında yapılan 'Diyarbakır İli Toplum Tabanlı Güvenli Annelik Uygulamasının Değerlendirilmesi' başlıklı gebe eğitimi projesinde, gebelerin eğitim öncesi gebelikte tehlike belirtilerinden sadece kanama ve ağrıyı bildikleri, eğitim sonrası ise diğer tehlike belirtilerini de bilip gerektiğinde vakit kaybetmeden hemen bir sağlık kuruluşuna gitmeleri gerektiğini öğrendikleri saptanmıştır (Coşkun ve Karakaya, 2008).

Ebe ve hemşire tarafından gebelikte verilen eğitim/danışmanlık programlarının gebe ve ailesine yararlarını, doğum eylemi ve lohusalık dönemine olumlu etkilerini belirleyen çalışmalardan biri Turgut ve diğ. tarafından gerçekleştirilmiştir. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gebe okuluna katılan 70 gebeye verilen DÖB eğitim ve danışmanlık programının gebelerin, gebeliklerine ilişkin farkındalık düzeyini %50,54'ten %98,8'e yükselttiği saptanmıştır (Turgut ve diğ., 2017). Bir başka çalışma da emzirme eğitim yönteminin etkinliğine ilişkin Mizrak ve diğ. tarafından Eskişehir'de 6 Aile Sağlığı Merkezinde 90 gebe ile yürütülen araştırmadır. Çalışmada gebeler, müdahale ve kontrol grubuna ayrılmış ve müdahale grubuna emzirme eğitimi, slayt, video, maket ile demonstrasyon yöntemleri kullanılarak yapılmıştır. Kontrol grubuna ise merkezde verilen rutin eğitim programına dahil edilmiştir. Lohusalığın ilk haftasında müdahale grubu annelerin emzirme başarısı, kontrol grubundakilerden anlamlı düzeyde ($p<0,001$) daha iyi olduğu saptanmıştır (Mizrak ve diğ., 2017). Artieta-Pinedo ve diğ. tarafından İspanya'da antenatal eğitimin doğum sürecine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, 18-42 yaş aralığında 616 nullipar gebe ile çalışılmış ve eğitim alan gebelerin doğumda daha az anksiyete belirlenmiştir (Artieta-Pinedo ve diğ., 2010).

2.4.1.8. Sevk Edilecek Durumlar

Birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile sağlığı merkezleri, gebelerin DÖB hizmeti alabilecekleri ve en kolay ulaşabilecekleri sağlık kuruluşudur. Sağlık Bakanlığı temel prensip olarak sağlık sorunlarında öncelikle aile sağlığı merkezlerine başvurulmasını, sorun çözümü mümkün olmaz ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine sevk işlemlerinin başlatılmasını öngörmektedir. DÖB hizmeti kapsamında tüm gebelik sürecinde prenatal izlemlerin ve risk tanımlamasının titizlikle yapılması gerekmektedir. Gebedeki riskli durumlar, sağlık öyküsü, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri sonuçlarıyla belirlenir. Riskli gebelikle ilgili sağlık sorunları, annenin önceden var olan ve gebelikle alevlenebilecek hastalıklar (epilepsi, kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon vs.) ya da gebelikte meydana gelebilecek risk durumlar (preeklampsi, eklampsi, gestasyonel diyabet, erken membran rüptürü, erken doğum eylem, kanama vs.) sonucu olabilir. Anne ve fetus sağlığını korumak için gerekli protokolleri uygulamak oldukça önemlidir. Sağlık Bakanlığı, DÖBYR'ne göre sağlık profesyonelleri tarafından risk değerlendirme formunda yer alan maddelerden herhangi biri “evet” olarak işaretlendiğinde gebenin, kadın doğum uzmanı bulunan bir üst basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilmesini önermektedir. Bu arada birinci basamak sağlık kuruluşunda görev yapan aile hekimleri tarafından riskli gebelik olarak sevk gerçekleştirilen gebenin bir üst basamak sağlık kuruluşuna gidip gitmediği mutlaka izlenmelidir. Her iki sağlık kuruluşunun koordineli çalışması, ana ve çocuk sağlığının korunması ve sürdürülmesi açısından çok önemlidir. Gebe izlemlerinin devamlılığı ve süreklilik kazanması için bu iş birliği zorunlu olmaktadır. İkinci basamakta yapılan girişimler hakkında ilgili aile hekimi bilgilendirilmelidir (Aydemir ve Hazar, 2014; Balcı ve diğ., 2005; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018; Queenan ve diğ., 2007).

2.4.1.9. Kayıt Tutma

Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe/hemşireler tarafından DÖB hizmeti kapsamında gebeye uygulanan tüm işlemler, düzenli olarak Form 005- Gebe İzlem Fişine ya da bilgisayar ortamında kayıt altına alınmalıdır. Bu formda, gebenin kimlik bilgileri, öz ve soy geçmiş, fizik muayene bulguları, rutin laboratuvar test sonuçları, prenatal tarama test sonuçları, bağışıklama durumu, risk faktörler, riskli durumlara bağlı sevk işlem (hangi kuruma, ne zaman ve neden sevk edildiğini açıklayan) bilgileri, gebeye verilen bilgilendirme, eğitim, danışmanlık konularına ilişkin bölümler yer almaktadır. Bu bilgiler, doğru ve sağlıklı tutulmalı ve güvenle korunmalıdır. Gebeye, sağlık kuruluşunun iletişim bilgileri, izlem yapan sağlık profesyonelinin ad-soyad bilgisi ve bir sonraki izlem tarihinin yazıldığı randevu kartı mutlaka verilmelidir. DÖB hizmetleri hakkında açıklama yapılmalı ve önerilen bakım-tedaviye yönelik red söz

konusu ise hazırlanan evrakta gebenin imzası alınmalıdır (Elveren C., 2008; Okyay ve diğ., 2005; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018).

2.5. GEBE VE AİLESİNİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNDEN BEKLENTİLERİ VE MEMNUNİYET DURUMLARI

Gebelikte DÖB hizmetlerden memnuniyeti artırmanın, anne ve çocuk için daha iyi sağlık sonuçları ve olumlu bir doğum deneyimi sağlayabileceği bildirilmektedir. DÖB memnuniyeti, sağlık sisteminin kalitesi ve etkinliği açısından çok önemli bir temel göstergedir. Maternal ve neonatal morbidite ve mortaliteyi azaltmada, gebe memnuniyetinin değerlendirilmesi esas alınmalıdır (Galle ve diğ., 2015; Silesh ve diğ., 2022).

Sağlık kurumlarında gebe memnuniyetinin sağlanması için sağlık profesyonellerinin gebe ve gebe yakınlarıyla iletişim oldukça önemlidir. Bahsedilen gebe memnuniyet kavramı verilen bakımın yapı, süreç ve sonucu ile ilişkili olduğu kadar gebenin fiziksel ve psikolojik durumunu, davranışlarını ve beklentilerini de içerir. Diğer bir söylemle gebe memnuniyeti; gebenin değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt olarak da ifade edilebilir (Akbaş E., 2014; Akgün ve diğ., 1999; Yılmaz M., 2001).

Gebe ve ailesinin DÖB memnuniyeti, beklentilerin karşılanma düzeyiyle ilişkilendirilebilir. Gebelerin sağlık kuruluşlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentileri, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özellikler, sağlık hizmetlerine ilişkin geçmiş deneyimlere göre farklılık gösterir. Gebenin hizmet memnuniyeti, bir sonraki sağlık davranışlarını etkilediği gibi sağlık deneyimlerini biçimlendirmede gebeye yol gösterici olur (Kavuncubaşı Ş., 2000; Taşkın L., 2016).

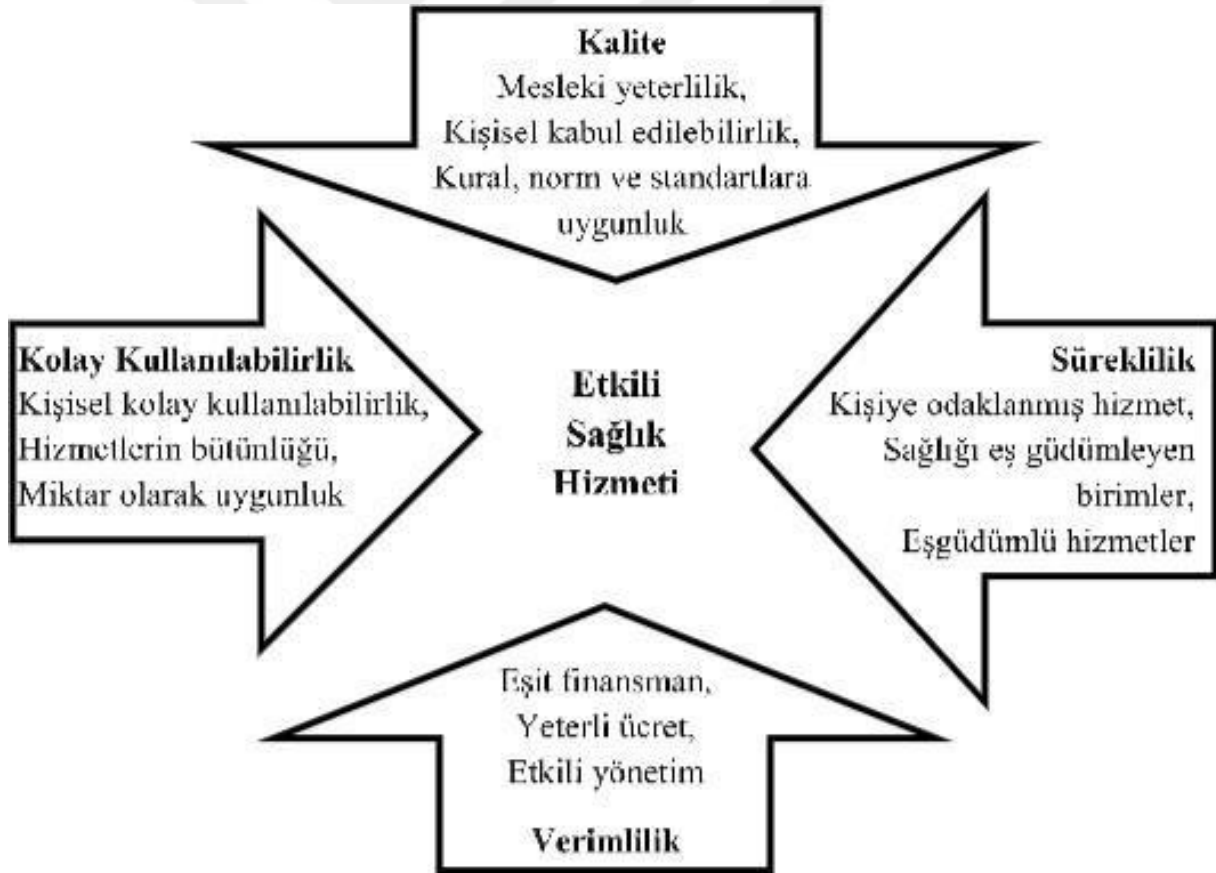
Gebe ve ailesinin DÖB hizmetinden memnuniyet düzeyi, ziyaret sırasında alınan hizmetin kalitesinden etkilenir. DÖB hizmeti kalitesinin değerlendirmek için 4 temel unsur öne çıkmaktadır (Matejic ve diğ., 2014; Tancred ve diğ., 2016). Bunlar;

1- İnsan ve fiziki kaynaklarla temas: Kuruluşun alt yapısı ve temizlik durumu, sağlık profesyonel ile geçirdiği süre ve aldığı bakım hizmet kapsamı, verilen tedavinin sürekliliği ve sağlık profesyonelin yetkin olduğu algısı,

- 2- Biliş: Verilen bilginin anlaşılır bir şekilde, kabul edilebilir bir dil kullanılarak aktarılması ve sorulan soruların yanıtlanması,
- 3- Saygı, onur ve eşitlik: Sayı görme, gereksiz, yargılayıcı ve küçük düşürücü söz ve girişimlere maruz kalınmaması, kültürel değer ve uygulamalara saygı gösterilmesi, herhangi bir ayrımcılığa maruz kalınmaması ve uygun ve eşit fiyatlandırılması,
- 4- Duygusal destek: Sağlık profesyoneli tarafından duygusal destek verilmesi ve cesaretlendirilmesi gibi özelliklerdir.

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi ve toplumun sağlığa ilişkin beklentilerini karşılayabilmesi için birtakım özelliklere sahip olması gerekmektedir. Şekil

2.2.'de görüldüğü gibi bu özelliklerin her biri çok değerli ve hizmet sunulurken önemsenmesi gereken unsurlardır. Bu sayede bireyin kendi sağlığı ve sağlık okuryazarlığı üzerinde istendik etki yaratılabilinmiş olacaktır.



Şekil 2.2: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri (Kavuncubaşı Ş., 2000)

Sağlık hizmetleri sunumunda hasta memnuniyet düzeylerini etkileyen diğer faktörler arasında; güvenilirlik, isteklilik, güvenilirlik, empati, nezaket, inanılabilirlik, bilimsel yeterlilik, ulaşılabilirlik, anlayışlı ve etkin iletişim gibi özellikler de bulunmaktadır (Aksaraylı ve Devedakan, 2003). Örnek olarak Kamra ve diğ. tarafından Kuzey Hindistan’da üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuran 883 hastanın hastaneden memnuniyet düzeylerini değerlendiren çalışma verilebilir. İlgili araştırmada, başvuranların hastane hizmetlerinden memnuniyet durumlarını etkileyen faktörler arasında, bekleme süresi, ulaşım kolaylığı, erişebilirlik, muayene ve hasta odalarının hijyenik olması, sağlık çalışanların iletişim becerileri ve hastalara karşı tutumu ve empatik yaklaşım, hizmette süreklilik gibi etmenlerin yer aldığı saptanmıştır. (Kamra ve diğ., 2016). Yine Devedakan ve Aksaraylı tarafından İzmir Özel Altınordu Hastanesinde 105 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastalar tarafından algılanan hizmet kalite düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Hastaların sağlık hizmeti sunumunda en fazla önem verdiği unsurun güvenilirlik ve güvence olduğu saptanmıştır (Devedakan ve Aksaraylı, 2003). İmamoğlu Ö. P. tarafından Zonguldak Üniversite hastanesine başvuran 625 hasta ile yaptığı çalışmada ise hastaların genel memnuniyet düzeyini etkileyen en önemli faktörün heveslilik ve güvenilirlik olduğu belirtilmiştir (İmamoğlu Ö. P., 2018).

Gebe ve ailesinin beklentilerin; gebenin hastaneye gelmeden önceki beklentileri, hastanedeki beklentileri, hastaneden ayrıldıktan sonraki beklentileri olmak üzere üç grupta incelemek mümkündür. Gebenin sağlık kuruluşuna gelmeden önceki beklentileri; sağlık sorununun doğru bir şekilde teşhis edilmesi, tanılanan hastalığın uygun bir şekilde açıklanması, var olan risklerin belirtilmesi, verilen bilgilerin eksiksiz ve güvenilir olması, masrafların ne kadar olduğudur. Sağlık kuruluşundaki beklentileri; verilecek olan bakım hizmetinin uzman bir ekip tarafından yapılması, tedavi sırasında ya da muayene olurken sağlık çalışanların ilgili, nezaketli ve saygılı davranması, iyileşmenin devam etmesinin sağlanması ve bunun süresi konusunda gebeye bilgi verilmesidir. Gebelerin sağlık kuruluşundan ayrıldıktan sonraki beklentileri; iyileşmenin gerçekleşmesi, aynı sorunla tekrar karşılaşmama, farklı bir sağlık sorunu olduğunda sağlık çalışanlardan kısa sürede yanıt alınması, gerektiğinde tıbbi destek sağlanması ve maliyetin ayrıntılı şekilde açıklanmasıdır (Taşkın L., 2016; Yılmaz M., 2001).

Nijerya’da Nijerya Hükümetinin sağlık hizmetlerini değerlendirmek amacıyla 2013-2014 yıllarında doğum öncesi polikliniğe başvuran 1336 annenin katılımıyla gerçekleştirilen kesitsel çalışmada, başvuran memnuniyeti, sağlık hizmeti sunucuları ile başvuran arasındaki etkileşim, bakım süreçleri, yapılan harcamalar ve kuruluşların altyapısı ile DÖB’ de kullanılan tıbbi bakım ekipmanlarının kalitesine ilişkin başvuran görüşleri alınmıştır. Araştırmada, 10

maddeden oluşan üçlü likert tipi (katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum) ölçek kullanılmıştır. Çalışma sonucunda, “DÖB hizmet memnuniyeti” nden 8 puan üzerinden 7; “sağlık personeline güvenme” konusunda 14 puan üzerinden 11; “tedavi alma kolaylığı” açısından 4 üzerinden 3 puan alınmış olup çalışmaya katılan annelerin %90’ı gebelik dönemlerinde aldıkları DÖB’ den memnun kaldıklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Onyeajam ve diğ., 2018). Bu çalışmaların aksine Lakew ve diğ. tarafından Etiyopya’da doğum öncesi bakım kliniğine giden 405 gebe ile yapılan çalışmada gebelerin % 32’si, doktor bulunmaması ve uzun bekleme süreleri sebebiyle doğum öncesi bakım hizmetlerinden memnun kalmadıklarını dile getirmişlerdir (Lakew ve diğ., 2018). Nitekim Novick G. (2009) tarafından kadınların DÖB deneyimini değerlendirmek üzere gerçekleştirilen sistematik derlemede kriterlere uygun 36 araştırma makalesi incelenmiştir. Makalelerin yarısında gebelerin psikolojik ve sosyal destek almak istedikleri, ilaç kullanma ve doğum eğitimi gibi konularda danışmanlık ihtiyacı duydukları belirtilmiştir. Aynı çalışmada gebelerin muayene için makul süre beklemek, kapsamlı bakım almak ve bakımına aktif katılmak, söz sahibi olmak, sağlık profesyonelleriyle kolay ve anlamlı ilişki kurabilmek, diğer gebelerle ortak gruplar halinde görüşebilmek gibi istekleri yer almıştır (Novick G., 2009).

Sabila ve diğ. Irak’ta farklı eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip 38 kadınla yapılan kalitatif çalışmada kadınların DÖB ait görüşleri ve deneyimleri incelenmiştir. Kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerle ilişkin daha fazla bilgi verilmesini, soru sorma ve bilgi almak için kendilerine daha fazla zaman ayrılmasını, bakım veren sağlık profesyonellerinin daha iyi bir iletişim dili kullanmalarını, ebelerinden ilgili, nazik, saygılı ve sabırlı olmalarını, sorularına cevap vermelerini, bilgilendirici olmalarını bekledikleri ifade edilmiştir. Aynı çalışmada kadınların ebe önerilerine kulak verdiği ve buna örnek olarak %60,8’inin ebesine danışmadan ilaç kullanmadığı saptanmıştır. (Sabila ve diğ., 2014).

Bravo ve Noya tarafından doğum öncesi süreçte ebeveyn tutumları, bakım, beklentiler, değerler ve uygun beslenmenin ele alındığı sistematik derleme çalışmasında; gebelerin doğum öncesi bakım almayı sürdürmedeki en önemli etkenin, ilgi ve saygı görmek, tatmin edici bakım almak, kendilerine yeterli zaman ayrılmasını istemek gibi faktörler yer almıştır. (Bravo ve Noya, 2014). Tancred ve diğ. tarafından Güney Tanzanya’da son iki yılda doğum yapmış 13-49 yaş arası 1138 kadının katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, kadınların sadece %51’nin DÖB alırken sağlık çalışanlara soru sormak için kendilerine zaman ayrıldığını ifade ettikleri görülmüştür (Tancred ve diğ., 2016).

Yılmaz M. (2001)’ın ‘‘Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti’’ başlıklı çalışmasında, gebe memnuniyetinin; kaliteli hizmet sunumu, gebe ile sağlık çalışanı

arasındaki etkileşim, hizmetin sürekliliği, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavram olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle gebe memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir (Yılmaz, M., 2001). Nitekim Akbaş E.'nin Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesinde yapmış olduğu çalışmada, gebelerin sağlık kuruluşundan memnuniyet durumunu, öncelikle kendilerine gösterilen yakın ilgiyle özdeşleştirdikleri görülmüştür. Aynı çalışmada sağlık çalışanları tarafından gösterilen hoşgörü, saygı ve nezaket, şefkat, ilgi, etkin dinleme gebenin rahatlamasını, tedavisine katılımı ve uyum sağlamasını kolaylaştırdığı gibi memnuniyetini de artırdığı belirtilmektedir. Yine bu çalışmada, etkin iletişim, bilgilendirme, gebe odaklı hizmet verme ve özellikle gebeyle birebir ilgilenmenin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (Akbaş E., 2014).

ABD'nin Samoası sahil kentinde bir tıp merkezinde izlenen 165 gebenin anket yöntemiyle DÖB memnuniyet durumları sorgulanmıştır. Temel bileşenler analiziyle DÖB dan memnuniyet alanları belirlenmiş ve klinik hizmetlerden memnuniyet puanı, her bir alana verilen puanların toplamı alınarak belirlenmiştir. Çalışmada; "klinik hizmetlerden memnuniyet", "klinik erişilebilirlik" ve "hekimle etkileşim" olmak üzere üç memnuniyet alanı belirlenmiştir. Muayene için ≥ 2 saat beklemek klinik hizmetlerinden memnuniyeti, klinik erişilebilirliği ve genel memnuniyeti olumsuz etkilemiştir. Yine klinikten 20 dk. dan daha uzak mesafede oturuyor olmak erişilebilirliği güçleştirdiğinden genel memnuniyet durumunu olumsuz yönde etkilemiştir. Çalışan ve doğum izninde olan gebelerin, hekimin zaman yönetimi yetersizliği nedeniyle, evde oturanlara kıyasla hekimle etkileşim puanlarının daha düşük; randevularına düzenli gelmeyen gebelerin genel/toplam memnuniyet puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Temel bileşenlerin her biri için 20-100 puan aralığı öngörülmüştür. En düşük ortalama puan, 58,5 ile "Klinik erişilebilirlik memnuniyeti" alırken 76,4 puan ile "Doktor etkileşimleri memnuniyet" bileşeni en yüksek ortalamasına sahip bulunmuştur. Genel memnuniyet ortalama puanı 68,4 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucunda çalışan annelere uyum sağlamak üzere klinik çalışma saatlerinin daha esnek hale getirilmesi, gebelerin DÖB kliniklerine ulaşmalarının kolaylaştırılması, muayene bekleme sürelerinin iyileştirmeye ve hekim-ebe vb. sağlık çalışanlarla geçirilen sürenin artırılması önerilmiştir. Yine doğum öncesi bakımın sadece hekim değil profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesinin hekimin yükünün azaltacağı gibi gebelerin bekleme sürelerini kısaltarak memnuniyet düzeylerini arttıracaktır (Adeyinka ve diğ., 2019).

Brezilya'nın Refice sahil kentinde 2014 tarihinde 94 gebeyle yürütülen benzer çalışmada, gebelerin sadece %59,6'sının DÖB dan memnun kaldıkları saptanmıştır (Cardosa ve diğ., 2016). Bir başka çalışma 2013 yılında Güney Etiyopya'da birinci basamak sağlık merkezlerine gelen 389 gebe ile yapılmış olup gebelerin DÖB hizmetlerinden genel memnuniyet oranı, %60,4 olarak bulunmuştur (Chemir ve diğ., 2014). İsveç ve Avustralya ülkelerinde DÖB a ilişkin karşılaştırmalı bir çalışmaya, 386 İsveç'li ve 123 Avustralya'lı gebe dahil edilmiştir. Avustralya'lı gebeler, DÖB hizmeti veren sağlık personelin sürekliliğini yetersiz buldukları halde kendilerine verilen DÖB eğitim programlarında bilgilenme ve duygusal yönden kendilerini daha iyi hissettikleri için memnuniyetlerinin de arttığını belirtmişlerdir. İsveç'li gebeler ise doğum ve doğum sonrası dönemlere ilişkin bilgilendirmeyi yetersiz bulmuşlar, ancak DÖB programına eşlerinin katılımından memnuniyet uydıklarını belirtmişlerdir. Tüm gebelerin ortak isteği, ebelerin kendileriyle daha etkili iletişim kurmaları ve daha yakından ilgilenmeleri ve yine verilen bilgilerin daha kapsamlı olması yönünde olmuştur (Hildingsson ve diğ., 2013).

Gregory ve diğ. tarafından Kanada'da Covid-19 salgını döneminde aile hekimliğinden aldıkları DÖB değerlendiren 68 annenin %80'i hizmetten memnun kaldıklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Gregory ve diğ., 2020).

Ülkemizde de DÖB memnuniyeti araştıran çalışmalar mevcuttur. Çiçeklioğlu ve diğ. Bornova'da 245 gebeyle yaptıkları bir başka çalışmada, gebelerin %64,9'unun DÖB sayısını, %25,9'unun hizmet içeriğini yeterli bulduklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Çiçeklioğlu ve diğ., 2005). Erci ve Ivanov tarafından Erzurum'da 350 lohusayla yaptıkları çalışmada kadınların DÖB hizmetinden memnuniyetlerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (Erci ve Ivanov, 2004). Köse ve Sözbir' in "Sağlık Sistemine Duyulan Güven İle Gebelerde Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Antenatal Anksiyete Arasındaki İlişkisi" başlıklı çalışma, çevrim içi gerçekleştirilmiş olup 165 gebenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada "Doğum Öncesi Bakım Memnuniyet Ölçeği" kullanılmıştır. İlgili ölçeğin puan aralığı, 22-110 olup puan arttıkça memnuniyet düzeyi de artmaktadır. Çalışmada ölçek puan ortalaması 64,62±21,16 olarak belirlenmiş ve ayrıca DÖB memnuniyeti ile sağlık sistemine güvensizlik arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki ($p<0,05$) saptanmıştır. Yani gebelerin memnuniyeti arttıkça sağlık sistemine duyulan güvensizlik azalmaktadır (Köse ve Sözbir, 2021). Aslantekin F. yapmış olduğu çalışmada Dr. Ekrem H. Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi gebe polikliniğinden en az 3 defa DÖB alan ve ≥ 28 gebelik haftasında, gebelik riski bulunmayan ve çalışmayı kabul eden 156 gebeye uygulanan prenatal bakım memnuniyet ölçeği

puan ortalaması 65.78 ± 14.09 olarak saptanmıştır (Aslantekin F., 2006). Bal ve diğ., tarafından 2022 yılında 408 lohusa ile gerçekleştirilen çalışmada, DÖB hizmetlerinden memnuniyet ölçeği kullanılmış ve kadınların bu ölçekten toplam 70.69 ± 8.97 puan aldıkları saptanmıştır (Bal ve diğ., 2022). Benzer bir çalışma da Kılavuz ve diğ. tarafından 0-24 aylık çocuğu olan 280 kadının aldığı DÖB’ dan memnuniyet durumu incelenmiştir. Araştırmada kullanılan doğum öncesi bakım memnuniyet ölçeği, bakım sanatı, teknik kalite, fiziksel çevre, ulaşılabilirlik, uygunluk şeklinde 5 alt boyuttan oluşan 5 li likert tipi bir ölçek olup 22 maddeden oluşmuştur. Ölçeğin puan aralığı, 22-110 olup puan artıkça doğum öncesi bakım memnuniyet düzeyi de artmaktadır. Çalışmada, DÖB toplam ortalama puanı 71,19 bulunmuş ve bu değer, ölçeğin ortalama hipotez değerinden (66 puan) yüksek bulunmuştur (Kılavuz ve diğ., 2022). Tuz Doğaner G. tarafından Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü gebe polikliniğine başvuran 305 gebe ile yapılan bir başka çalışmada, 35-100 puan aralığı olarak değerlendirilen farklı bir “Prenatal Bakım Memnuniyet Ölçeği” kullanılmıştır. Bu çalışmada, gebelerin doğum öncesi bakım genel memnuniyet puan ortalaması 79.83 ± 12.62 olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile prenatal bakım memnuniyeti ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışan gebelerin 82.97 ± 11.90 olan prenatal bakım memnuniyeti ölçek puan ortalaması, çalışmayan gebelere (77.82 ± 12.6) göre anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) daha yüksek bulunmuştur (Tuz Doğaner G., 2014).

2.6. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETİ KAPSAMINDA EBELERİN ROL VE SORUMLULUĞU

Sağlık hizmetleri sunumunda hasta memnuniyet düzeylerini etkileyen diğer faktörler arasında; güvenilirlik, isteklilik, güvenirlik, empati, nezaket, inanılabilirlik, bilimsel yeterlilik, ulaşılabilirlik, anlayışlı ve etkin iletişim gibi özellikler de bulunmaktadır (Aksaraylı ve Devedakan, 2003). Örnek olarak Kamra ve diğ. tarafından Kuzey Hindistan’da üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuran 883 hastanın hastaneden memnuniyet düzeylerini değerlendiren çalışma verilebilir. İlgili araştırmada, başvuranların hastane hizmetlerinden memnuniyet durumlarını etkileyen faktörler arasında, bekleme süresi, ulaşım kolaylığı, erişebilirlik, muayene ve hasta odalarının hijyenik olması, sağlık çalışanların iletişim becerileri ve hastalara karşı tutumu ve empatik yaklaşım, hizmette süreklilik gibi etmenlerin yer aldığı saptanmıştır. (Kamra ve diğ., 2016). Yine Devedakan ve Aksaraylı tarafından İzmir Özel Altınordu Hastanesinde 105 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastalar tarafından algılanan hizmet

kalite düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Hastaların sağlık hizmeti sunumunda en fazla önem verdiği unsurun güvenilirlik ve güvence olduğu saptanmıştır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003). İmamoğlu Ö. P. tarafından Zonguldak Üniversite hastanesine başvuran 625 hasta ile yaptığı çalışmada ise hastaların genel memnuniyet düzeyini etkileyen en önemli faktörün heveslilik ve güvenilirlik olduğu belirtilmiştir (İmamoğlu Ö. P., 2018).

Gebe ve ailesinin beklentilerin; gebenin hastaneye gelmeden önceki beklentileri, hastanedeki beklentileri, hastaneden ayrıldıktan sonraki beklentileri olmak üzere üç grupta incelemek mümkündür. Gebenin sağlık kuruluşuna gelmeden önceki beklentileri; sağlık sorununun doğru bir şekilde teşhis edilmesi, tanılanan hastalığın uygun bir şekilde açıklanması, var olan risklerin belirtilmesi, verilen bilgilerin eksiksiz ve güvenilir olması, masrafların ne kadar olduğudur. Sağlık kuruluşundaki beklentileri; verilecek olan bakım hizmetinin uzman bir ekip tarafından yapılması, tedavi sırasında ya da muayene olurken sağlık çalışanların ilgili, nezaketli ve saygılı davranması, iyileşmenin devam etmesinin sağlanması ve bunun süresi konusunda gebeye bilgi verilmesidir. Gebelerin sağlık kuruluşundan ayrıldıktan sonraki beklentileri; iyileşmenin gerçekleşmesi, aynı sorunla tekrar karşılaşmama, farklı bir sağlık sorunu olduğunda sağlık çalışanlardan kısa sürede yanıt alınması, gerektiğinde tıbbi destek sağlanması ve maliyetin ayrıntılı şekilde açıklanmasıdır (Taşkın L., 2016; Yılmaz M., 2001).

Nijerya’da Nijerya Hükümetinin sağlık hizmetlerini değerlendirmek amacıyla 2013-2014 yıllarında doğum öncesi polikliniğe başvuran 1336 annenin katılımıyla gerçekleştirilen kesitsel çalışmada, başvuran memnuniyeti, sağlık hizmeti sunucuları ile başvuran arasındaki etkileşim, bakım süreçleri, yapılan harcamalar ve kuruluşların altyapısı ile DÖB’ de kullanılan tıbbi bakım ekipmanlarının kalitesine ilişkin başvuran görüşleri alınmıştır. Araştırmada, 10 maddeden oluşan üçlü likert tipi (katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum) ölçek kullanılmıştır. Çalışma sonucunda, “DÖB hizmet memnuniyeti” nden 8 puan üzerinden 7; “sağlık personeline güvenme” konusunda 14 puan üzerinden 11; “tedavi alma kolaylığı” açısından 4 üzerinden 3 puan alınmış olup çalışmaya katılan annelerin %90’ı gebelik dönemlerinde aldıkları DÖB’ den memnun kaldıklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Onyeajam ve diğ., 2018). Bu çalışmaların aksine Lakew ve diğ. tarafından Etiyopya’da DÖB kliniğine giden 405 gebe ile yapılan çalışmada gebelerin % 32’si, doktor bulunmaması ve uzun bekleme süreleri sebebiyle DÖB hizmetlerinden memnun kalmadıklarını dile getirmişlerdir (Lakew ve diğ., 2018). Nitekim Novick G. (2009) tarafından kadınların DÖB deneyimini değerlendirmek üzere gerçekleştirilen sistematik derlemede kriterlere uygun 36 araştırma makalesi incelenmiştir. Makalelerin yarısında gebelerin psikolojik ve sosyal destek almak istedikleri, ilaç kullanma ve doğum

eğitimi gibi konularda danışmanlık ihtiyacı duydukları belirtilmiştir. Aynı çalışmada gebelerin muayene için makul süre beklemek, kapsamlı bakım almak ve bakımına aktif katılmak, söz sahibi olmak, sağlık profesyonelleriyle kolay ve anlamlı ilişki kurabilmek, diğer gebelerle ortak gruplar halinde görüşebilmek gibi istekleri yer almıştır (Novick G., 2009).

Sabila ve diğ. Irak'ta farklı eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip 38 kadınla yapılan kalitatif çalışmada kadınların DÖB ait görüşleri ve deneyimleri incelenmiştir. Kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerle ilişkin daha fazla bilgi verilmesini, soru sorma ve bilgi almak için kendilerine daha fazla zaman ayrılmasını, bakım veren sağlık profesyonellerinin daha iyi bir iletişim dili kullanmalarını, ebelerinden ilgili, nazik, saygılı ve sabırlı olmalarını, sorularına cevap vermelerini, bilgilendirici olmalarını bekledikleri ifade edilmiştir. Aynı çalışmada kadınların ebe önerilerine kulak verdiği ve buna örnek olarak %60,8'inin ebesine danışmadan ilaç kullanmadığı saptanmıştır. (Sabila ve diğ., 2014).

Bravo ve Noya tarafından doğum öncesi süreçte ebeveyn tutumları, bakım, beklentiler, değerler ve uygun beslenmenin ele alındığı sistematik derleme çalışmasında; gebelerin DÖB almayı sürdürmedeki en önemli etkenin, ilgi ve saygı görmek, tatmin edici bakım almak, kendilerine yeterli zaman ayrılmasını istemek gibi faktörler yer almıştır. (Bravo ve Noya, 2014). Tancred ve diğ. tarafından Güney Tanzanya'da son iki yılda doğum yapmış 13-49 yaş arası 1138 kadının katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, kadınların sadece %51'nin DÖB alırken sağlık çalışanlara soru sormak için kendilerine zaman ayrıldığını ifade ettikleri görülmüştür (Tancred ve diğ., 2016).

Yılmaz M. (2001)'in "Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti" başlıklı çalışmasında, gebe memnuniyetinin; kaliteli hizmet sunumu, gebe ile sağlık çalışanı arasındaki etkileşim, hizmetin sürekliliği, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavram olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle gebe memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir (Yılmaz, M., 2001). Nitekim Akbaş E.'nin Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesinde yapmış olduğu çalışmada, gebelerin sağlık kuruluşundan memnuniyet durumunu, öncelikle kendilerine gösterilen yakın ilgiyle özdeşleştirdikleri görülmüştür. Aynı çalışmada sağlık çalışanları tarafından gösterilen hoşgörü, saygı ve nezaket, şefkat, ilgi, etkin dinleme gebenin rahatlamasını, tedavisine katılımı ve uyum sağlamasını kolaylaştırdığı gibi memnuniyetini de artırdığı belirtilmektedir. Yine bu çalışmada, etkin iletişim, bilgilendirme, gebe odaklı hizmet verme ve özellikle gebeyle birebir ilgilenmenin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (Akbaş E., 2014).

ABD'nin Samoası sahil kentinde bir tıp merkezinde izlenen 165 gebenin anket yöntemiyle DÖB memnuniyet durumları sorgulanmıştır. Temel bileşenler analiziyle DÖB dan memnuniyet alanları belirlenmiş ve klinik hizmetlerden memnuniyet puanı, her bir alana verilen puanların toplamı alınarak belirlenmiştir. Çalışmada; "klinik hizmetlerden memnuniyet", "klinik erişilebilirlik" ve "hekimle etkileşim" olmak üzere üç memnuniyet alanı belirlenmiştir. Muayene için ≥ 2 saat beklemek klinik hizmetlerinden memnuniyeti, klinik erişilebilirliği ve genel memnuniyeti olumsuz etkilemiştir. Yine klinikten 20 dk. dan daha uzak mesafede oturuyor olmak erişilebilirliği güçleştirdiğinden genel memnuniyet durumunu olumsuz yönde etkilemiştir. Çalışan ve doğum izninde olan gebelerin, hekimin zaman yönetimi yetersizliği nedeniyle, evde oturanlara kıyasla hekimle etkileşim puanlarının daha düşük; randevularına düzenli gelmeyen gebelerin genel/toplam memnuniyet puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Temel bileşenlerin her biri için 20-100 puan aralığı öngörülmüştür. En düşük ortalama puan, 58,5 ile "Klinik erişilebilirlik memnuniyeti" alırken 76,4 puan ile "Doktor etkileşimleri memnuniyet" bileşeni en yüksek ortalamasına sahip bulunmuştur. Genel memnuniyet ortalama puanı 68,4 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucunda çalışan annelere uyum sağlamak üzere klinik çalışma saatlerinin daha esnek hale getirilmesi, gebelerin DÖB kliniklerine ulaşımının kolaylaştırılması, muayene bekleme sürelerinin iyileştirmeye ve hekim-ebe vb. sağlık çalışanlarla geçirilen sürenin artırılması önerilmiştir. Yine DÖB'ün sadece hekim değil profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesinin hekimin yükünün azaltacağı gibi gebelerin bekleme sürelerini kısaltarak memnuniyet düzeylerini arttıracaktır (Adeyinka ve diğ., 2019).

Brezilya'nın Refice sahil kentinde 2014 tarihinde 94 gebeyle yürütülen benzer çalışmada, gebelerin sadece %59,6'sının DÖB dan memnun kaldıkları saptanmıştır (Cardosa ve diğ., 2016). Bir başka çalışma 2013 yılında Güney Etiyopya'da birinci basamak sağlık merkezlerine gelen 389 gebe ile yapılmış olup gebelerin DÖB hizmetlerinden genel memnuniyet oranı, %60,4 olarak bulunmuştur (Chemir ve diğ., 2014). İsveç ve Avustralya ülkelerinde DÖB a ilişkin karşılaştırmalı bir çalışmaya, 386 İsveç'li ve 123 Avustralya'lı gebe dahil edilmiştir. Avustralya'lı gebeler, DÖB hizmeti veren sağlık personelin sürekliliğini yetersiz buldukları halde kendilerine verilen DÖB eğitim programlarında bilgilenme ve duygusal yönden kendilerini daha iyi hissettikleri için memnuniyetlerinin de arttığını belirtmişlerdir. İsveç'li gebeler ise doğum ve doğum sonrası dönemlere ilişkin bilgilendirmeyi yetersiz bulmuşlar, ancak DÖB programına eşlerinin katılımından memnuniyet uyduklarını belirtmişlerdir. Tüm gebelerin ortak isteği, ebelerin kendileriyle daha etkili iletişim kurmaları

ve daha yakından ilgilenmeleri ve yine verilen bilgilerin daha kapsamlı olması yönünde olmuştur (Hildingsson ve diğ., 2013).

Gregory ve diğ. tarafından Kanada’da Covid-19 salgını döneminde aile hekimliğinden aldıkları DÖB değerlendiren 68 annenin %80’i hizmetten memnun kaldıklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Gregory ve diğ., 2020).

Ülkemizde de DÖB memnuniyeti araştıran çalışmalar mevcuttur. Çiçeklioğlu ve diğ. Bornova’da 245 gebeyle yaptıkları bir başka çalışmada, gebelerin %64,9 unun DÖB sayısını, %25,9’ unun hizmet içeriğini yeterli bulduklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Çiçeklioğlu ve diğ., 2005). Erci ve Ivanov tarafından Erzurum’da 350 lohusayla yaptıkları çalışmada kadınların DÖB hizmetinden memnuniyetlerinin yetersiz olduğu belirtilmiş (Erci ve Ivanov, 2004). Köse ve Sözbir’ in “Sağlık Sistemine Duyulan Güven İle Gebelerde DÖB Memnuniyeti ve Antenatal Anksiyete Arasındaki İlişkisi” başlıklı çalışma, çevrim içi gerçekleştirilmiş olup 165 gebenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada “Doğum Öncesi Bakım Memnuniyet Ölçeği” kullanılmıştır. İlgili ölçeğin puan aralığı, 22-110 olup puan arttıkça memnuniyet düzeyi de artmaktadır. Çalışmada ölçek puan ortalaması $64,62 \pm 21,16$ olarak belirlenmiş ve ayrıca DÖB memnuniyeti ile sağlık sistemine güvensizlik arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki ($p < 0,05$) saptanmıştır. Yani gebelerin memnuniyeti arttıkça sağlık sistemine duyulan güvensizlik azalmaktadır (Köse ve Sözbir, 2021). Aslantekin F. yapmış olduğu çalışmada Dr. Ekrem H. Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi gebe polikliniğinden en az 3 defa DÖB alan ve ≥ 28 gebelik haftasında, gebelik riski bulunmayan ve çalışmayı kabul eden 156 gebeye uygulanan prenatal bakım memnuniyet ölçeği puan ortalaması $65,78 \pm 14,09$ olarak saptanmıştır (Aslantekin F., 2006). Bal ve diğ., tarafından 2022 yılında 408 lohusa ile gerçekleştirilen çalışmada, DÖB hizmetlerinden memnuniyet ölçeği kullanılmış ve kadınların bu ölçekten toplam $70,69 \pm 8,97$ puan aldıkları saptanmıştır (Bal ve diğ., 2022). Benzer bir çalışma da Kılavuz ve diğ. tarafından 0-24 aylık çocuğu olan 280 kadının aldığı DÖB’ dan memnuniyet durumu incelenmiştir. Araştırmada kullanılan DÖB memnuniyet ölçeği, bakım sanatı, teknik kalite, fiziksel çevre, ulaşılabilirlik, uygunluk şeklinde 5 alt boyuttan oluşan 5 li likert tipi bir ölçek olup 22 maddeden oluşmuştur. Ölçeğin puan aralığı, 22-110 olup puan arttıkça DÖB memnuniyet düzeyi de artmaktadır. Çalışmada, DÖB toplam ortalama puanı 71,19 bulunmuş ve bu değer, ölçeğin ortalama hipotez değerinden (66 puan) yüksek bulunmuştur (Kılavuz ve diğ., 2022). Tuz Doğaner G. tarafından Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü gebe polikliniğine başvuran 305 gebe ile yapılan bir başka çalışmada, 35-100 puan aralığı olarak değerlendirilen farklı bir “Prenatal Bakım Memnuniyet

Ölçeği” kullanılmıştır. Bu çalışmada, gebelerin DÖB genel memnuniyet puan ortalaması 79.83 ± 12.62 olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile prenatal bakım memnuniyeti ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışan gebelerin 82.97 ± 11.90 olan prenatal bakım memnuniyeti ölçek puan ortalaması, çalışmayan gebelere (77.82 ± 12.6) göre anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) daha yüksek bulunmuştur (Tuz Doğaner G., 2014).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışmanın amacı, 0-3 aylık bebeği olan kadınların gebelik dönemlerinde aile sağlığı merkezinde ebe ve hemşirelerden aldıkları DÖB hizmetlerinin içeriği ve hizmetten memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.1.1. ARAŞTIRMA SORULARI

- Aile sağlığı merkezlerinde verilen DÖB hizmet kapsamı yeterli düzeyde midir?
- Aile sağlığı merkezlerinde en düzenli ve en yetersiz verilen DÖB hizmetleri nelerdir?
- Gebelerin DÖB hizmetlerine ilişkin beklentileri, ne kadar karşılanmaktadır?
- Gebelikte alınan DÖB hizmetlerine ilişkin memnuniyet düzeyi ne durumdadır?
- Parite durumu, gebelikte alınan DÖB hizmetinden memnuniyet düzeyini etkiler mi?
- Gebelik yaşı, gebelikte alınan DÖB hizmetinden memnuniyet düzeyini etkiler mi?
- Gebelerin eğitim durumu, gebelikte alınan DÖB hizmetinden memnuniyet düzeyini etkiler mi?
- Hizmet alma sayısı, gebelikte alınan DÖB hizmetinden memnuniyet düzeyini etkiler mi?

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Bu araştırma, İstanbul-Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı 24 Aile Sağlığı Merkezinde 26 Ağustos 2024- 30 Mayıs 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 0-3 aylık bebeği olan anneler oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme, evreni bilinen örneklem yöntemi ile hesaplanmıştır. Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde 0-3 aylık bebeği olan alan kadınların sayısı 1350'dir

$$n = N \cdot t^2 \cdot pq / d^2(N+1) + t^2 \cdot pq$$

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı) q= İncelenecek olayın görülmeysi sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer.

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir.

%95 güven aralığında t: 1,96, 0,05 hata payı ile hesaplandığında: yaklaşık 289 anne ile çalışmanın yeterli olacağı bulunmuştur.

Çalışmanın yürütüleceği ASM lerde hasta başvuru profilleri (sosyo-ekonomik ve eğitim özellikleri açısından) farklılık göstermiştir. Bu nedenle, ASM lerden çalışmaya dahil edilecek örneklem sayıları aşağıdaki tabloda belirtilmiş olup gönüllüler arasından rastgele seçilmiştir.

29.07.2024 tarih itibarıyla İstanbul-Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 24 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 0-3 aylık bebeği olan kadınların dağılımı ve çalışmaya dahil edilmiş vaka sayısı aşağıdaki Tablo 3.1'de gösterildiği gibidir.

Tablo 3.1: İstanbul-Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 24 Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 0-3 Aylık Bebeği Olan Kadınların Dağılımı ve Çalışmaya Dahil Edilmiş Vaka Sayısı

Aile Sağlığı Merkezleri	0-3 ay Bebeği Olan Kayıtlı Kadın Sayısı	Çalışmaya Dahil Edilecek Kadın Sayısı
ERGUVAN ASM	101	21
ADİL ASM	62	13
MİMAR SİNAN ASM	56	12
ALTINTEPE ASM	79	17
DERVİŞ ALİ HESNA CEYLAN 1 NOLU ASM	12	3
JANDARMA ÜSTEĞMEN RAHİM ÇELİK ASM	97	21
TURGUT REİS BAĞLIK ASM	78	17
AHMET KELEŞ ASM	86	18
ALİ MEHMET	73	16
ORHANGAZİ ASM	70	15
MENEKŞE ASM	101	21
SÜLEYMAN TAŞPINAR ASM	51	11
HAMİDİYE ASM	43	9
ABDURRAHMAN GAZİ ASM	12	3
SEVİM TAŞPINAR ASM	33	7
MANOLYA ASM	56	12
1 NOLU ASM	67	14
3 NOLU ASM	78	17
4 NOLU ASM	50	11
5 NOLU ASM	13	3
6 NOLU ASM	27	6
7 NOLU ASM	20	4
9 NOLU ASM	67	14
15 NOLU ASM	18	4
TOPLAM	1350	289 (örneklem sayısı)

3.4. ARAŞTIRMANIN DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Dahil etme kriterleri:

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek
- Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 0-3 aylık bebeği olan kadınlar
- Gebelik izlemlerini bağlı olduğu Aile Sağlığı Merkezinden almış olmak
- Bağlı olduğu ASM den en az 4 kez DÖB hizmeti almış olmak
- Türkçe okur-yazar olmak

Dışlama kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı reddetmek
- Türkçe Okur-Yazar Olmamak
- DÖB hizmetlerini bağlı olduğu Aile Sağlığı Merkezinden almamış olmak
- İlgili Aile Sağlığı Merkezinden 4 kezden az hizmet almış olmak
- Araştırmanın yürütülmesine engel teşkil edecek fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığa sahip olmak

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK İZİNLERİ

Bu araştırma İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 26.08.2024 tarihinde etik yönden uygun bulunmuştur (EK 3).

Bu araştırmanın İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 24 Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilebilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanları Birimi'ne başvurularak gerekli izinler 07.11.2024 tarihinde alınmıştır (EK 4).

3.6. ARAŞTIRMADAKİ VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.6.1. Gönüllü Onam Formu

Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup, katılımcılardan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu"nu imzalamaları istenmiştir (EK 2.1).

3.6.2. Tanıcı Bilgiler Formu

Bu form, literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup gebe ve eşinin yaş, eğitim durumu, ailenin gelir durumu ve evlilik süresini içeren sekiz (8) sorudan oluşmaktadır (Tuz Doğaner G., 2014; Cebeci Özenel N., 2020; Uğuz ve Karaçam, 2021). (Ek 2.2).

3.6.3. Obstetrik Özellikler ve ASM Kullanım Bilgi Formu

Kadınların gebelik, doğum, düşük/kürtaj, yaşayan çocuk sayısı, ASM kullanma durumuyla ilgili toplam on (10) sorudan oluşan bu bölüm, araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanmıştır (Aydın Konuksever H., 2022; Durmaz, N., 2023; Çatak ve diğ., 2012). (Ek 2.3).

3.6.4. Doğum Öncesi Bakım Değişkenleri Bilgi Formu

DÖB Alma Durum Soru Formu literatür ışığında araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup soru formu, 18 maddeden oluşan likert tipi (1-4) bir ölçek niteliği taşımaktadır (Gül Doğaner M., 2023; Kara ve diğ., 2022; Kaya ve Gölbaşı, 2023; Temizer ve Özgür, 2022). (Ek 2.4).

3.6.5. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği

Omar ve diğerleri (2001) tarafından gebe kadınların doğum öncesi bakıma ilişkin memnuniyet ve beklentilerini değerlendirmek üzerine geliştirilen bir araçtır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydınli ve Taşçı Duran (2017) tarafından yapılmıştır. Doğum öncesi bakım memnuniyeti ve hasta beklentileri ölçeği 41 maddeden oluşan likert tipi (1-5) bir ölçektir. Ölçek gebe kadınların doğum öncesi bakıma ilişkin beklenti durumunu ve memnuniyetlerini ölçen iki faktörden oluşmaktadır. Beklenti 12 madde ve minimum 12 puan ve maksimum 60 puan aralığında; memnuniyet ölçeği ise en az 29 en çok 145 puan arasında değer almaktadır. Ölçekte ters kodlanan soru bulunmamaktadır. Memnuniyet ve beklenti düzeyleri ile puanlardaki artış arasında pozitif bir ilişki vardır. Ölçekte beklenti ölçeğinin tam bakım, bakım verenin sürekliliği, kişiselleştirilmiş bakım ve diğer hizmetler; memnuniyet ölçeğinin bilgi, sağlık personeli bakımı, personel ilgisi ve sistem özellikleri olmak üzere dörder tane toplam 8 alt boyut bulunmaktadır. 2017 yılında geçerlilik ve güvenirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri beklenti maddeleri için 0,85; memnuniyet maddeleri için 0,95 olarak saptanmıştır. (Aydınli ve Taşçı Duran, 2017).

Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeğinin kullanım izni, Dr. Öğr.Üyesi Ayşe AYDINLI'dan 04.6.2024 tarihinde alınmıştır.

3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Bu araştırmada veriler, 0-3 aylık bebeği olan ve bağlı olduğu ASM den hizmet alan annelerle özel bir ortamda araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile en az 20 dk içinde elde edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere çalışmanın amacı ve formlarda dikkat edilecek noktalar açıklanmış ve "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" nu doldurmaları istenmiştir. Varsa soruları yanıtlanmıştır. Daha sonra "Veri Toplamda Formları" Ek' te sıralandığı gibi ard arda doldurması sağlanmıştır. Anlaşılmayan noktalar, araştırmacı tarafından açıklanmıştır.

3.8. ARAŞTIRMADAKİ VERİLERİN İSTATİKSEL DEĞERLENDİRMESİ

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi için Statistical Package For Social Science (SPSS) 15.0 yazılım programı ve Lisrel programı kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda

yer alan gebe bireylerin sosyo-demografik bilgileri ve annenin obstetrik öyküsüne yönelik verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik hesapları kullanılmıştır.

Araştırmamızda kullanılan bu Ölçeğin öncelikli olarak, faktör analizine uygun olup olmadığını anlamak amacıyla KMO ve Bartlett (Kaiser- Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) testi yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini istatistiksel olarak saptamak için doğrulayıcı faktör analizi tekniği kullanılmıştır. Kapsam geçerliliğini değerlendirmek için uzman görüşüne başvurulmuştur. Ölçeğin güvenirliğini tespit etmek amacıyla iç tutarlılık Cronbach a güvenirlik katsayısı ve madde-toplam puan analizi için korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Güvenirlik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini test etme amacıyla yapılmaktadır. Güvenirlik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında ise düşük güvenirlikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Ölçüm aracına ilişkin alfa değeri bilgileri Tablo 3.2.'de verilmektedir.

Tablo 3.2: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği, Ölçüm Aracına İlişkin Alfa Değeri

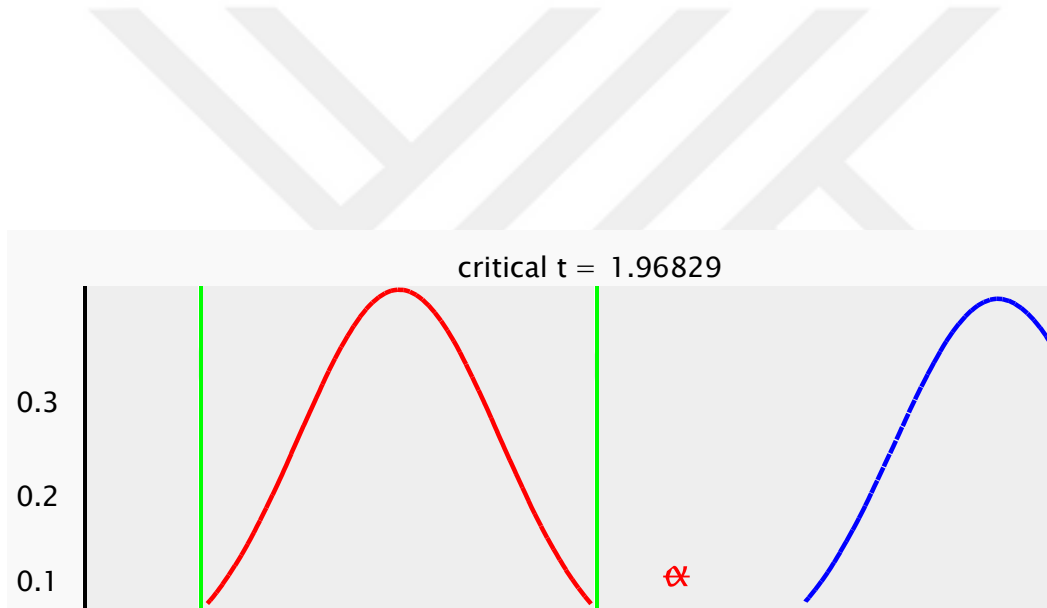
Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği	Alfa değeri
Hasta Beklenti	0,878
Bakım Memnuniyeti	0,984

Hasta Beklentisi alt boyutu için Cronbach's Alpha değeri 0,878 olarak hesaplanmıştır. Bu, ölçeğin bu alt boyutunun yüksek derecede güvenilir olduğunu ve iç tutarlılığının oldukça güçlü olduğunu göstermektedir. Bakım Memnuniyeti alt boyutu için Cronbach's Alpha değeri 0,984 gibi oldukça yüksek bir düzeydedir. Bu, bu alt boyutun mükemmel düzeyde güvenilir olduğunu ortaya koyar. Ölçekteki maddeler, bakım memnuniyeti konusunu çok tutarlı bir şekilde ölçmektedir ve ölçek genelinde içsel bütünlük son derece güçlüdür.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım

göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği basıklık ve çarpıklık değerleri ile incelenmiştir.

Normal dağılıma sahip verilerde de niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, 2'den fazla bağımsız değişken için F testi kullanılmıştır. F testi sonrasında ise fark olan grubu bulabilmek için Bonferroni testi kullanılmıştır.



[5] -- Friday, May 02, 2025 -- 11:31:22

t tests – Means: Difference between two independent means (two groups) **Analysis:** Post hoc: Compute achieved power

Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 0.9600622
	α err prob	= 0.05
	Sample size group 1	= 242
	Sample size group 2	= 46
Output:	Noncentrality parameter δ	= 5.9688371
	Critical t	= 1.9682933
	Df	= 286
	Power (1- β err prob)	= 0.9999668

Katılımcılara, "Aile sağlığı merkezinin doğum 6ncesi bakım hizmetlerini yeterli buluyor musunuz?" sorusu y6nelti1miş ve katılımcılar "evet" (n=242) ve "hayır" (n=46) olmak 6zere iki grupta değerlendirilmiştir. Bu iki grup arasında ortalama farkın anlamlılığını test etmek amacıyla y6r6t6len bağımsız 6rneklem1er t-testine ilişkin post-hoc g61 analizi G*Power 3.1 programı kullanılarak ger1ekleştirilmiştir. Analiz iki kuyruklu hipotez yapısına g6re planlanmış, %5 anlamlılık d6zeyi ($\alpha = 0,05$) temel alınmıştır. G6zlemlenen etki b6y6kl6ę6 b6y6k d6zeyde olup (Cohen's $d = 0,96$), grup 6rneklem b6y6kl6kleri sırasıyla 242 (evet) ve 46 (hayır) olarak belirlenmiştir. Bu parametreler doğrultusunda elde edilen g61 değeri olduk1a y6ksektir ($1-\beta = 0,9999$). G61 değerinin %99,99 olması, 1alışmanın istatistiksel olarak anlamlı bir farkı yakalama olasılığının son derece y6ksek olduğunu g6stermektedir.



4. BULGULAR

Bu araştırmaya 0-3 aylık bebeği olan 288 kadın dahil edildi. Kadınların demografik özellikleri incelendiğinde; Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğu 25-34 yaş aralığında (%62,1) yer almakta olup, bu grubu 35-44 yaş (%21,9) ve 20-25 ile 45-49 yaş aralıkları (%8,0) izlemektedir. Katılımcıların %96,5'i resmi nikahlı olup, %3,5'i resmi nikahı yoktur; bu durum araştırmanın büyük ölçüde resmi nikahı olan bireyleri kapsadığını göstermektedir. Eğitim düzeyi incelendiğinde, katılımcıların %47,5'inin lisans, %24'ünün ilköğretim, %16,3'ünün lise ve %12,2'sinin ise lisansüstü eğitime sahip olduğu görülmektedir. Çalışma durumuna bakıldığında ise katılımcıların %60,8'i ev hanımı olup %39,2'si çalışmaktadır. Eşlerin yaş dağılımına göre en yoğun grup %54,9 ile 30-35 yaş aralığında yer alırken, 40-45 yaş %20,8, 45 yaş ve üzeri %12,5, 20-25 yaş ise %11,8 oranında temsil edilmektedir. Eşlerin eğitim durumunda ise %42,7'sinin lisans, %26,7'sinin lise, %16,7'sinin ilköğretim ve %13,9'unun lisansüstü düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ailelerin gelir durumuna bakıldığında, büyük çoğunluğun gelirini “orta” olarak değerlendirdiği (%69,8), %24,3'ünün gelirini “iyi” ve yalnızca %5,9'unun “kötü” olarak tanımladığı gözlemlenmektedir. Resmi nikah varlık süresi açısından değerlendirildiğinde, %43,7 ile en yüksek oran 1-5 yıl aralığında yer almakta, bunu %35,1 ile 6-10 yıl, %12,5 ile 16 yıl ve üzeri ve %8,7 ile 11-15 yıl izlemektedir.

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 4.1'de verilmektedir.

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özellikleri N=288

		Sayı	Yüzde
Yaş	20-25 yaş	23	8,0
	25-34 yaş	179	62,1
	35-44 yaş	63	21,9
	45-49 yaş	23	8,0
Medeni durum	Evli (resmi nikah)	278	96,5
	Evli (resmi nikahı yok)	10	3,5
Eğitim durumu	İlköğretim	69	24,0
	Lise	47	16,3
	Lisans	137	47,5
	Lisansüstü	35	12,2
Çalışma durumu	Ev hanımı	175	60,8
	Çalışıyor	113	39,2
Eş yaş	20-25 yaş	34	11,8
	30-35 yaş	158	54,9
	40-45 yaş	60	20,8
	45 yaş ve üzeri	36	12,5
Eş eğitim durumu	İlköğretim	48	16,7
	Lise	77	26,7
	Lisans	123	42,7
	Lisansüstü	40	13,9
Ailenin gelir durumu	Kötü	17	5,9
	Orta	201	69,8
	İyi	70	24,3
Resmi nikah varlık süresi	1-5 yıl	126	43,7
	6-10 yıl	101	35,1
	11-15 yıl	25	8,7
	16 yıl ve üzeri	36	12,5

Obstetrik özellikler ve ASM kullanımı ile ilgili bilgiler incelendiğinde; kadınların %45,8'i 2-3 kez gebelik yaşadığı, %43,4'ü ilk gebelik deneyimlediği, %10,8'i 4 ve daha fazla gebelik yaşadığı belirlendi.

Gebeliklerin planlı olma durumu açısından dağılımlara bakıldığında, kadınların %82,6'sının en son ki gebeliğinin planlı olduğunu, %17,4'ü ise gebeliğinin planlanmamış olduğu saptandı.

Doğum sayıları açısından kadınların, %50,3'ü bir ve %43,8'i 2-3 kez, %5,9'u ise 4 ve üzeri doğum yapmıştı. Yaşayan çocuk sayısına açısından kadınların, %51,6'sı 1, %43,1'i 2-3 ve %5,3'i ise 4 ve daha fazla çocuğa sahip olduğu saptandı.

Düşük veya kürtaj deneyimi hakkında elde edilen verilere göre kadınların %72,6'sının bu tür bir durum yaşamadığı, %25,3'nün en az 1-2 kez düşük ya da kürtaj geçirdiği, 3 ve üzeri düşük/kürtaj yaşayan kadınların oranının ise %2,1 olduğu belirlendi.

Doğum öncesi bakım hizmetlerine katılım sıklığı değerlendirildiğinde, kadınların %67,6'sının gebelik döneminde en az 4 kez bu hizmetlerden yararlandığı, %32,4'ünün her ay düzenli olarak doğum öncesi kontrole gittiği saptandı. Ayrıca kadınların, %80,9'u 1-14. gebelik haftaları arasında aile sağlığı merkezine giderek ilk kontrollerini yaptırdığı, %19,1'inin ise gebeliğin 14. haftasından sonra kontrole gittiği belirlendi.

Gebelik döneminde riskli veya sorunlu bir durum yaşayıp yaşanmadığına dair veriler açısından, kadınların %79,2'sinin herhangi bir riskli durumla karşılaşmadığı, %20,8'sinin ise riskli gebelik yaşadığı belirlendi.

Aile sağlığı merkezlerinden alınan DÖB hizmetlerinin değerlendirilmesinde, kadınların %84'ü hizmeti yeterli, %16'sının yetersiz bulunduğunu ifade ettiği görüldü. İlgili hizmetlerin beklentileri karşılama durumu açısından kadınların %74'ü beklentilerinin karşılandığını, %13,8'nin sınırlı ölçüde karşılandığını, %12,2'si ise tamamen karşılanmadığını ifade ettiği belirlendi. Kadınların obstetrik özelliklerine ve ASM kullanımı ile ilgili ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 4.2'de verilmektedir.

Tablo 4.2: Obstetrik Özellikler ve ASM Kullanımı İle İlgili Bilgilerin Dağılımı N=288

		Sayı	Yüzde
Gebelik sayısı	1	125	43,4
	2-3	132	45,8
	4 ve üzeri	31	10,8
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	238	82,6
	Hayır	50	17,4
Doğum sayısı	1	145	50,3
	2-3	126	43,8
	4 ve üzeri	17	5,9
Yaşayan çocuk sayısı	1	149	51,6
	2-3	124	43,1
	4 ve üzeri	15	5,3
Düşük/kürtaj yapma	Hayır	209	72,6
	1-2	73	25,3
	3 ve üzeri	6	2,1
Gebelikte aile sağlığı merkezine kaç kez doğum öncesi bakım hizmeti almaya gittiniz	4 kez ve fazlası	195	67,6
	Her ay düzenli	93	32,4
Aile sağlığı merkezine gebelik muayene/izlem için ilk kez ne zaman kontrole gittiniz	1-14 haftalıkta	233	80,9
	1-14 haftadan sonra	55	19,1
Gebelik döneminde riskli /sorunlu durumunun varlığı	Hayır	228	79,2
	Evet	60	20,8
Aile sağlığı Merkezinin doğum öncesi bakım hizmetlerini yeterli buluyor musunuz?	Evet	242	84,0
	Hayır	46	16,0
Aile sağlığı merkezinde verilen doğum öncesi bakım hizmetleri beklentinizi karşıladı mı?	Evet	213	74,0
	Hayır	35	12,2
	Biraz ya da sınırlı	40	13,8

Aile Sağlığı Merkezlerinden “Doğum Öncesi Bakım” değişkenlerine verilen yanıtlar dağılımı incelendiğinde;

DÖB hizmetlerinden biri olan kan ve idrar tahlili uygulanmasının kadınların %37,5'nin her zaman, %31,3'ünün sıklıkla, %27,1'inin bazen bu hizmeti aldığını, %4,1'inin hiç almadığını ifade ettikleri belirlendi.

Gebelikte önemli bir ölçüt olan çiftin kan grubunu belirleme açısından kadınların, %15,6'sının her zaman, %20,5'nin sıklıkla, %39,7'sinin bazen bu hizmeti aldığını; %24,7'sinin hiç almamış olduğu saptandı.

DÖB hizmetlerinden ilk görüşmede alınması gereken öykü (anamnez) konusunda kadınların %26,7'nin bu uygulamanın sıklıkla, %25,7'nin her zaman yapıldığını, %41,7'sinin bazen, %5,9'unun ise hiçbir zaman yanıtını verdiği görüldü.

Gebelik izleminde rutin olarak uygulanması gereken fizik muayene uygulanması konusunda, kadınların %33,7'nin sıklıkla, %25,3'nün her zaman, %21,9'nun bazen yapıldığını, %19,1'nin ise hiçbir zaman yapılmadığını belirttikleri görüldü.

Fetüsün büyüme-gelişme ve pozisyonunun izlenmesi için önemli olan Leopold muayenesine ilişkin olarak kadınların, %29,9'u bu muayenenin sıklıkla, %25'i her zaman, %26,4'ü bazen yapıldığını, %18,7'i hiçbir zaman yapılmadığını belirttikleri saptandı.

Gebelik boyunca kilo takibi uygulamasına ilişkin kadınların %31,9'nun bu işlemin sıklıkla, %41,3'nün her zaman yapıldığını, %21,9'nun bazen, %4,9'nun ise hiçbir zaman yapılmadığını yanıtını verdiği belirlendi.

Boy ölçümü uygulanmasına verilen yanıtlar incelendiğinde kadınların %22,9'nun bu işlemin sıklıkla, %20,5'nin her zaman yapıldığını, %28,1'nin bazen, %28,5'nin ise hiçbir zaman yapılmadığını belirttikleri saptandı.

Gebelikte ödem kontrolünün, kadınların %26,7'sine sıklıkla, %16'sına her zaman yapıldığını, %27,1'ne bazen, %30,2'ne hiçbir zaman yapılmadığını belirlendi.

Gebelikte varis kontrolünün, kadınların %18,8'ne sıklıkla, %15,6'sına her zaman, %25,7'sine bazen yapıldığını, %39,9'na hiçbir zaman yapılmadığını saptandı.

Kan basıncı ölçümünü konusunda kadınların, %31,9'u bu uygulamayı sıklıkla, %38,9'u her zaman, %20,8'i bazen yapıldığını, %8,4'ü hiçbir zaman yapılmadığını biçiminde yanıt verdiği belirlendi.

Kadınların %35,4'ü sıklıkla, %35,4'ü her zaman, %15,6'sı bazen fetal kalp sesinin dinlendiğini, %13,6'sı ise hiçbir zaman dinlenmediğini ifade etti belirlendi.

Kadınların önerilen demir ilaç takviyesini alma durumları incelendiğinde, kadınların %33,3'ünün sıklıkla, %39,6'nın her zaman, %20,8'inin ise bazen demir takviyesi aldığını, %6,6'sının hiçbir zaman kullanmadığını belirlendi.

Önerilen D vitamini takviyesini kadınların %33,3'ünün sıklıkla, %38,3'ünün her zaman, %21,5'inin bazen aldığı, %6,9'unun ise "hiçbir zaman" almadığı tespit edildi.

Kadınların %35,4'ü önerilen ilaçların nasıl kullanılacağı konusunda her zaman, %32,6'sı sıklıkla, %20,8'i bazen bilgilendirildiğini, %11,1'i hiçbir yeterli bilgilendirilmediğini ifade ettiği belirlendi.

Kadınların %18,4'ünün "gebe eğitim programına" her zaman, %20,5'inin sıklıkla, %19,4'nün bazen katıldığını; %41,7'sinin ise hiçbir zaman katılmadıklarını ifade ettiği görüldü. Kadınların %18,1'nin gerek duydukları her zaman gebelik süreçleriyle ilgili özel danışmanlık aldıkları, %19,4'nün sıklıkla, %21,5'nin bazen aldıkları, %41'inin ise hiçbir zaman almadığını ifade ettikleri saptandı.

Kadınların %3,8'inin gerektiğinde her zaman üst basamak kuruluşa sevk edildiğini, %7,3'ünün sıklıkla, %7,3'ünün bazen kendilerine sevk işlemi uygulandığını, %81,6'sının ise hiçbir zaman uygulanmadığını ifade ettikleri görüldü.

DÖB hizmeti sırasında kadınların %30,9'na her zaman, %29,5'ne sıklıkla, %18,8'ne bazen bir sonraki izlem için randevu verildiği, %20,8'ine hiçbir zaman verilmediği tespit edildi.

Doğum Öncesi Bakım değişkenlerine verilen yanıtların dağılımı Tablo 4.3'de ve karşılaştırma grafiği Grafik 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.3: Doğum Öncesi Bakım Değişkenlerine İlişkin Verilen Yanıtların Dağılımı N=288

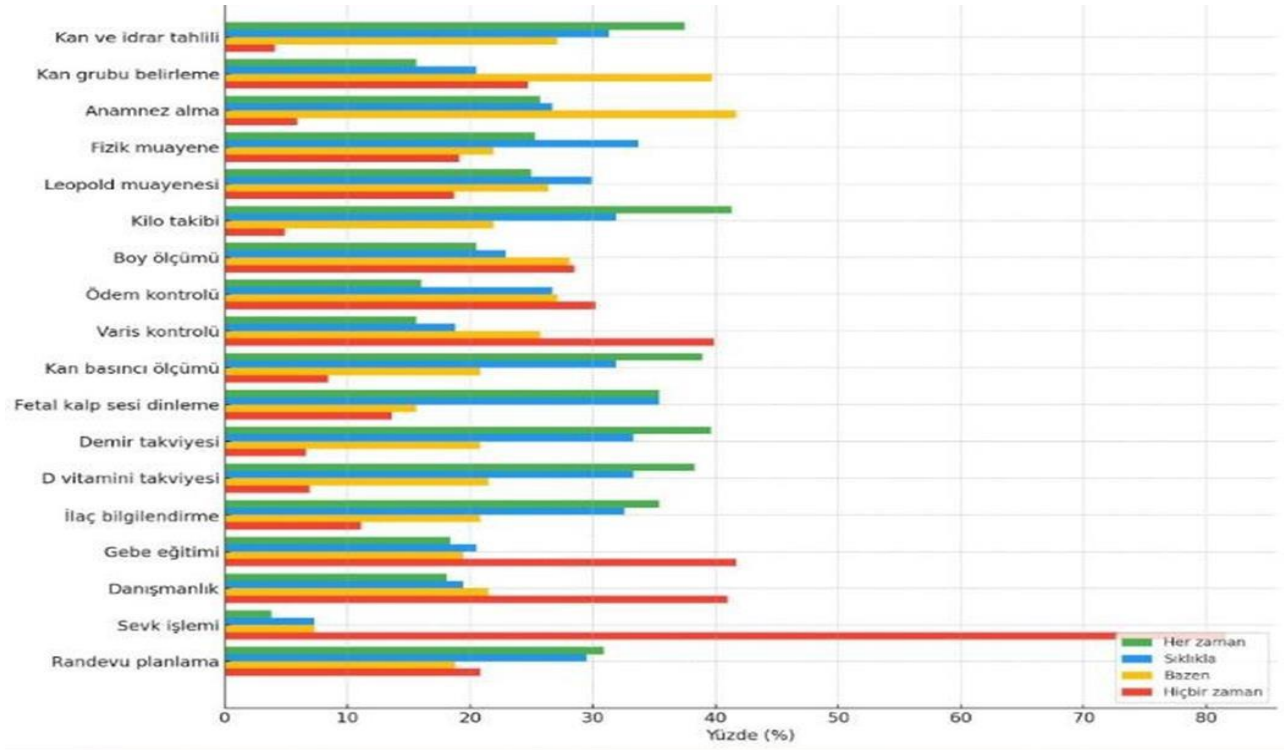
	Hiçbir zaman		Bazen		Sıklıkla		Her zaman	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kan/idrar Tahlili	12	4,1	78	27,1	90	31,3	108	37,5
Kan Grubu	71	24,7	113	39,2	59	20,5	45	15,6
Öykü Alma	17	5,9	120	41,7	77	26,7	74	25,7
Fizik Muayene	55	19,1	63	21,9	97	33,7	73	25,3
Karın/Leopold Muayenesi	54	18,7	76	26,4	86	29,9	72	25,0
Kilo Ölçümü	14	4,9	63	21,9	92	31,9	119	41,3
Boy Ölçümü	82	28,5	81	28,1	66	22,9	59	20,5
Ödem Kontrolü	87	30,2	78	27,1	77	26,7	46	16,0
Varis Kontrolü	115	39,9	74	25,7	54	18,8	45	15,6
Kan Basıncı Ölçümü	24	8,4	60	20,8	92	31,9	112	38,9
Fetal Kalp Sesi Dinleme	39	13,6	45	15,6	102	35,4	102	35,4
Demir İlaç Takviyesi	19	6,6	60	20,8	95	33,0	114	39,6
D Vitamin Takviyesi	20	6,9	62	21,5	96	33,3	110	38,3
Önerilen İlaç Kullanımı Hakkında Bilgilenme	32	11,1	60	20,8	94	32,6	102	35,4
Eğitim Programına Katılım	120	41,7	56	19,4	59	20,5	53	18,4
Özel Danışmanlık Alma	118	41,0	62	21,5	56	19,4	52	18,1
Üst basamak Sağlık Kuruluşuna Sevk Durumu	235	81,6	21	7,3	21	7,3	11	3,8
Bir Sonraki İzlem İçin Randevu Verme	60	20,8	54	18,8	85	29,5	89	30,9

Bağışıklama durumuna ilişkin kadınların %44,8'inin bir kez, %46,9'unun iki kez tetanos aşısı yaptırdığı belirlendi. Buna karşın hiç tetanos aşısı yaptırmayan kadınların oranı

%8,3 olduğu saptandı. Gebelik süresince kadınların %50'si Hepatit B aşısı hiç yaptırmadığı,

%23,3'ü bir doz, %16,6'sı iki doz, %10,1'i ise üç doz yaptırdığı belirlendi. Grip (influenza) aşısı konusunda kadınların %30,9'u gebeliklerinde grip aşısı olduğu, %69,1'nin olmadığı belirlendi.

Bağışıklama için verilen yanıtların dağılımı Tablo 4.4'de verilmektedir.



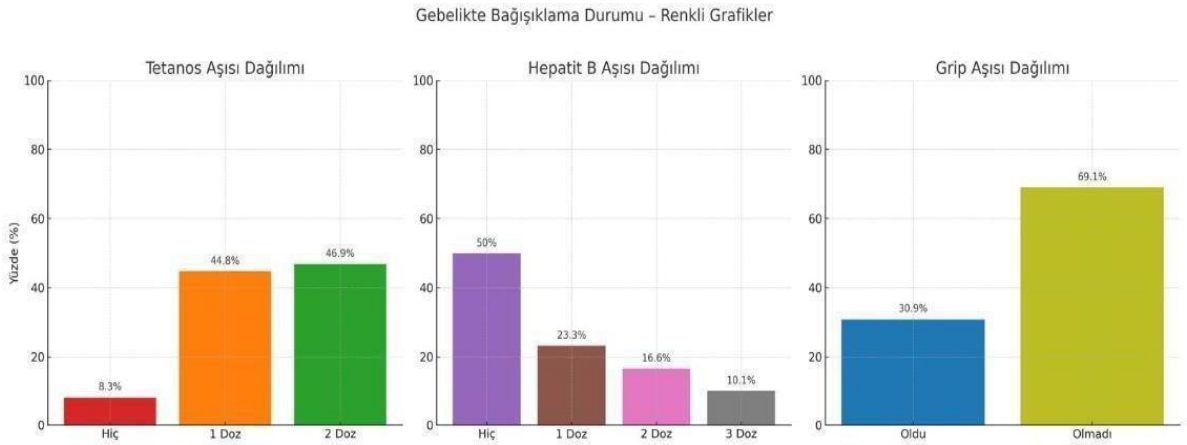
Grafik 4.1: Doğum Öncesi Bakım Değişkenleri Karşılaştırma Grafiği

Bağışıklama durumuna ilişkin kadınların %44,8'inin bir kez, %46,9'unun iki kez tetanos aşısı yaptırdığı belirlendi. Buna karşın hiç tetanos aşısı yaptırmayan kadınların oranı %8,3 olduğu saptandı. Gebelik süresince kadınların %50'si Hepatit B aşısı hiç yaptırmadığı, %23,3'ü bir doz, %16,6'sı iki doz, %10,1'i ise üç doz yaptırdığı belirlendi. Grip (influenza) aşısı konusunda kadınların %30,9'u gebeliklerinde grip aşısı olduğu, %69,1'nin olmadığı belirlendi.

Bağışıklama için verilen yanıtların dağılımı Tablo 4.4'de ve gebelikte bağışıklama durumu karşılaştırma grafiği Grafik 4.2' de verilmektedir.

Tablo 4.4: Bağışıklama İçin Verilen Yanıtların Dağılımı N=288

		Sayı	Yüzde
Tetanos Aşısı	1 kez	129	44,8
	2 kez	135	46,9
	Hiç yapılmadı	24	8,3
Hepatit B Aşısı	1 kez	67	23,3
	2 kez	48	16,6
	3 kez	29	10,1
	Hiç yapılmadı	144	50,0
Grip (influenza) Aşısı	Yapıldı	89	30,9
	Yapılmadı	199	69,1



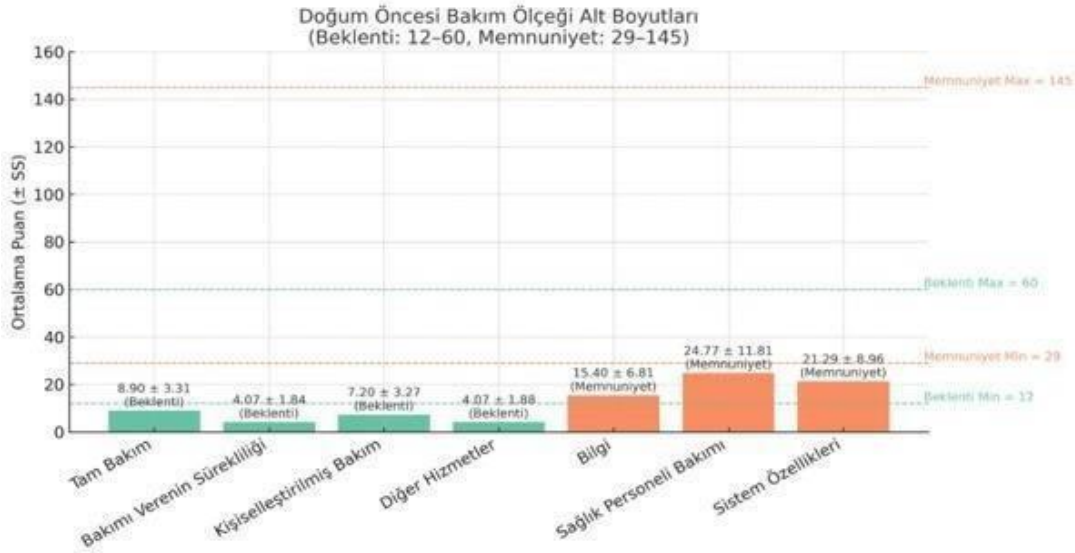
Grafik 4.2: Gebelikte Bağışıklama Durumu Karşılaştırma Grafiği

“Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri ölçeği” kapsamında katılımcıların DÖB hizmetlerine yönelik genel beklenti düzeylerinin ortalama 24,25 (SS = 7,97) olduğu görülmektedir. Bu değer, kullanılan ölçeğin minimum 12 ve maksimum 60 puan aralığında değerlendirildiğinde, beklentilerin ölçeğin alt sınırına daha yakın olduğunu göstermektedir. Buna karşılık, katılımcıların memnuniyet düzeyleri ortalama 60,56 (SS = 25,82) olarak hesaplandı. Bu da 29 ile 145 puan arasında değişen memnuniyet puanlarında ortalamanın orta düzeye yakın olduğunu ve geniş bir dağılım gösterdiğini işaret etmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde, katılımcıların en yüksek ortalama puanı "Sağlık Personeli Bakımı" (Ort. = 24,77, SS = 11,81) ve "Sistem Özellikleri" (Ort. = 21,29, SS = 8,96) boyutlarında aldığı görülmektedir. Bu, doğrudan sağlık personelinin ilgisi ve sistemin işleyişine yönelik olumlu deneyimlerin öne çıktığını göstermektedir. Diğer yandan, "Bakımı Veren

Sürekliliği" (Ort. = 4,07, SS = 1,84) ve "Diğer Hizmetler" (Ort. = 4,07, SS = 1,88) boyutlarında daha düşük ortalama puanlar elde edildi. Bu durum, bakım hizmetlerinin sürekliliği ve ek hizmetlere dair beklentilerin tam karşılanmadığına işaret edebilir (Tablo 4.5.). Doğum Öncesi Bakım Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırma grafiği; Grafik 4.3’de verilmektedir.

Tablo 4.5: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentisi Ölçeği Temel ve Alt Boyut Tanımlayıcı İstatistikleri

	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart sapma
Beklenti	12,00	60,00	24,25	7,97
Memnuniyet	29,00	145,00	60,56	25,82
Ölçek Alt Boyutlar				
Tam Bakım	4,00	20,00	8,90	3,31
Bakımı Veren Sürekliliği	2,00	10,00	4,07	1,84
Kişiselleştirilmiş Bakım	4,00	20,00	7,20	3,27
Diğer Hizmetler	2,00	10,00	4,07	1,88
Bilgi	7,00	35,00	14,50	6,81
Sağlık Personeli Bakımı	12,00	60,00	24,77	11,81
Sistem Özellikleri	10,00	50,00	21,29	8,96



Grafik 4.3: Doğum Öncesi Bakım Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırma Grafiği

Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeğinin “Beklenti” alt boyutuna ilişkin 12 maddeden oluşan tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde şu bulgular elde edildi;

İlk doğum öncesi ziyaretlerinin daha erken yapılması hakkında Kadınların %18,0’i “kesinlikle katılıyorum”, %36,8’i “katılıyorum”, %21,9’u “kararsızım”, %21,2’si “katılmıyorum” ve %2,1’i “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdi.

Doğum öncesi ziyaretlerin süresine ilişkin olarak kadınların %22,6’sı “kesinlikle katılıyorum”, %39,2’si “katılıyorum”, %23,3’ü “kararsızım”, %13,2’si “katılmıyorum” ve %1,7’si “kesinlikle katılmıyorum” görüş belirtti.

Ziyaretlerin yalnızca kilo ölçümü ve kalp sesi dinlemenin ötesine geçmesi gerektiğini düşünme olarak verilen yanıtlara göre kadınların %34,7’si “kesinlikle katılıyorum”, %38,6’sı “katılıyorum”, %15,6’sı “kararsızım”, %9,4’ü “katılmıyorum” ve %1,7’si “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdi.

Bilgi alımında proaktif olunmadan, yani çok fazla soru sormadan bilgi verilmesini isteyenlerin oranı toplamda %74,4 olarak belirlendi (kesinlikle katılıyorum %38,9 ve katılıyorum %35,5). Geri kalanlar %14,8 “kararsızım”, %8,0 “katılıyorum” ve %2,8 “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdi.

Doğum öncesi takiplerde düzenli olarak aynı sağlık personelinin görmek isteyenlerin oranı oldukça yüksek bulgulandı. Kadınların %42,0’si “kesinlikle katılıyorum”, %38,9’u

“katılıyorum”, %10,5’i “kararsızım”, %6,9’u “katılmıyorum” ve %1,7’si “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıt verdi.

Takip sürecinde görülen sağlık personelinin doğumda da hazır bulunmasını isteyenlerin oranı %33,0 (kesinlikle katılıyorum) ve %33,7 (katılıyorum) ile toplamda %66,7’dir. Kadınların %19,1’i “kararsızım”, %9,0’ı “katılmıyorum” ve %5,2’si “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde ifade etti.

Fiziksel sağlığın yanında ruhsal durumla da ilgilenilmesini isteyenlerin oranı çok yüksek saptandı. Kadınların %45,1’i “kesinlikle katılıyorum”, %35,5’i “katılıyorum”, %13,9’u “kararsızım”, %4,5’i “katılmıyorum” ve yalnızca %1,0’i “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdi. Fiziksel muayene sırasında sağlık personelinin kibar olmasını bekleyenlerin oranı da oldukça yüksek tespit edildi. Kadınların %46,2’si “kesinlikle katılıyorum”, %34,7’si “katılıyorum”, %10,8’i “kararsızım”, %4,5’i “katılmıyorum” ve %3,8’i “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdiği kaydedildi.

Problemleri dinleyecek bir sağlık personelinin varlığına dair güçlü bir beklentinin olduğu bulgulandı. Kadınların %46,2’si “kesinlikle katılıyorum”, %33,3’ü “katılıyorum”, %16,0’sı “kararsızım”, %3,1’i “katılmıyorum” ve %1,4’ü “kesinlikle katılmıyorum” seçeneğini işaretledi.

Hastane personeline bildirilen sorunların yönlendirme ile çözüme kavuşturulması gerektiği görüşüne, kadınların %49,3’ü “kesinlikle katılıyorum”, %34,7’si “katılıyorum”, %9,7’si “kararsızım”, %4,9’u “katılmıyorum” ve %1,4’ü “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdiği bulgulandı.

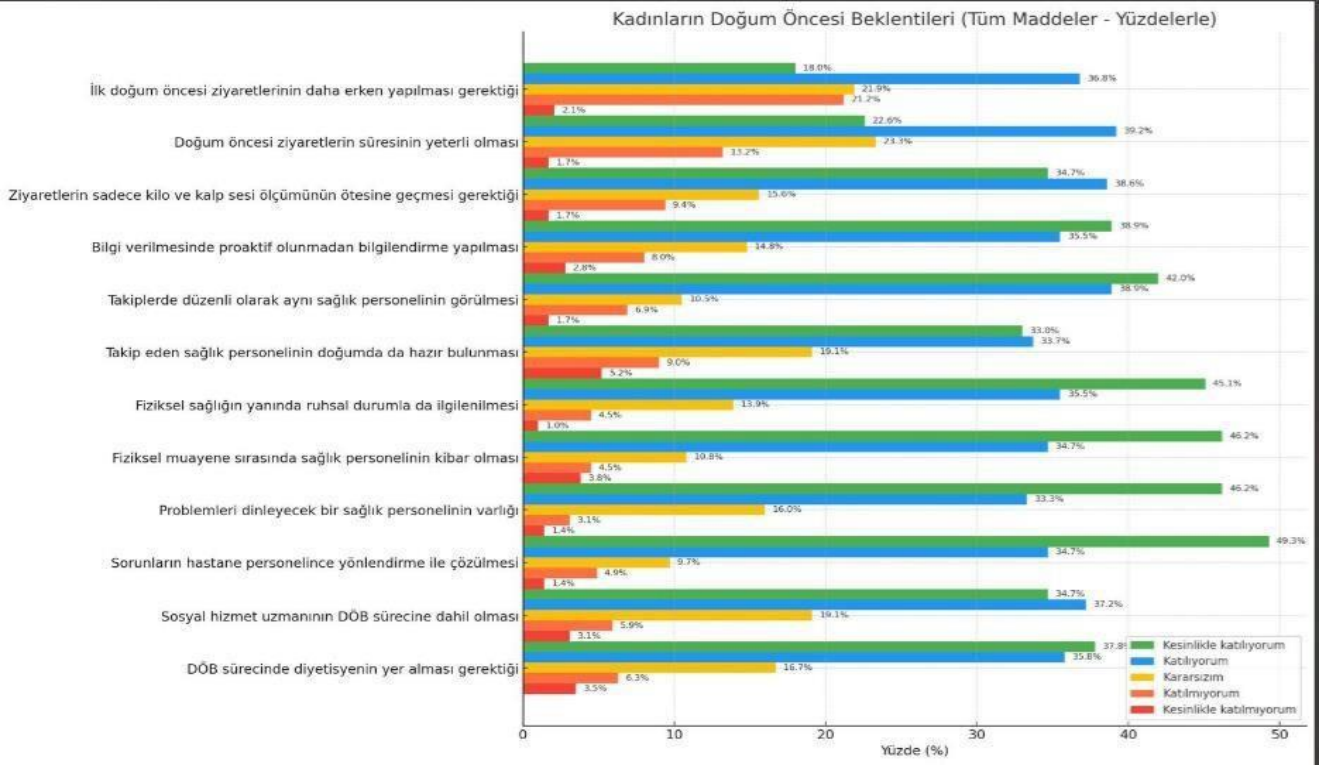
Sosyal hizmet uzmanının DÖB sürecine dahil olmasını olumlu karşılayanlar %34,7 (kesinlikle katılıyorum) ve %37,2 (katılıyorum) oranındadır. Geriye kalan kadınların %19,1’i “kararsızım”, %5,9’u “katılmıyorum” ve %3,1’i “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş belirttiği tespit edildi.

DÖB’de diyetisyenin yer alması gerektiği görüşü de büyük ölçüde desteklendiği bulgulandı. Kadınların %37,8’i “kesinlikle katılıyorum”, %35,8’i “katılıyorum”, %16,7’si “kararsızım”, %6,3’ü “katılmıyorum” ve %3,5’i “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdi.

Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Ölçek maddelerinden “Beklenti” alt boyutuna ilişkin 12 maddeden oluşan tanımlayıcı istatistiklere ait bilgiler Tablo 4.6’da verilmektedir. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği maddelerinden “Beklenti” alt boyutuna ilişkin Karşılaştırma Grafiği; Grafik 4.4’de verilmektedir.

Tablo 4.6: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Maddelerinden ‘‘Beklenti’’ Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler N=288

	Kesinlikle katılıyor		Katılıyor		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1. İlk doğum öncesi ziyaretim için daha erken görülmeyi	52	18,0	106	36,8	63	21,9	61	21,2	6	2,1
2. Doğum öncesi ziyaretlerimin uzun sürmesini	65	22,6	113	39,2	67	23,3	38	13,2	5	1,7
3. Doğum öncesi ziyaretlerimin, kilo ölçümü ve bebeğin kalp sesi kontrolünden daha fazlasını içermesini	100	34,7	111	38,6	45	15,6	27	9,4	5	1,7
4. Doğum öncesi ziyaretlerim sırasında çok soru sormama gerek kalmadan bilgi almayı	112	38,9	102	35,5	43	14,8	23	8,0	8	2,8
5. Doğum öncesi ziyaretlerimde düzenli olarak görebileceğim sağlık personelinin olmasını	121	42,0	112	38,9	30	10,5	20	6,9	5	1,7
6. Düzenli olarak gördüğüm sağlık personelinin bebeğimin doğumunda da olmasını	95	33,0	97	33,7	55	19,1	26	9,0	15	5,2
7. Sağlık personelimin fiziksel sağlığının yanı sıra ruhsal olarak nasıl hissettiğimle ilgilenmesini	130	45,1	102	35,5	40	13,9	13	4,5	3	1,0
8. Sağlık personelimin fiziksel muayene sırasında kibar olmasını	133	46,2	100	34,7	31	10,8	13	4,5	11	3,8
9. Problemlerimi dinleyecek bir sağlık personelinin olmasını	133	46,2	96	33,3	46	16,0	9	3,1	4	1,4
10. Hastane personeline bir sorunumdan bahsettiğimde sorunumla ilgili yönlendirilmeyi	142	49,3	100	34,7	28	9,7	14	4,9	4	1,4
11. Sosyal hizmet uzmanının doğum öncesi bakımın parçası olmasını	100	34,7	107	37,2	55	19,1	17	5,9	9	3,1
12. Diyetisyenin doğum öncesi bakımın bir parçası olmasını	109	37,8	103	35,8	48	16,7	18	6,3	10	3,5



Grafik 4.4: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Maddelerinden “Beklenti” Alt Boyutuna İlişkin Karşılaştırma Grafiği

Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Ölçek maddelerinden “Memnuniyet” alt boyutuna ilişkin 29 maddeden oluşan tanımlayıcı istatistiklere ait bilgiler incelendiğinde; Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeğinin “Memnuniyet” alt boyutuna ilişkin 29 maddeden oluşan tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde şu bulgular elde edildi:

DÖB üyesi olarak hemşirenin hizmetinden memnuniyeti açısından kadınların %34,4’ü “kesinlikle katılıyorum”, %41,4’ü “katılıyorum” düzeyinde memnuniyet belirtti. %14,2’si kararsız kalırken, %6,9’u “katılmıyorum” ve %3,1’i “kesinlikle katılmıyorum” ifadesini seçti.

Kadınların %38,9’u sağlık personelinin doğum öncesi ziyaret sırasında verdiği bilgilerden “kesinlikle katılıyorum” ve %35,5’i “katılıyorum” şeklinde memnuniyet belirtti. %12,8’i kararsız olduğunu belirtirken, %7,6’sı “katılmıyorum” ve %5,2’si “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıt verdi.

Tıbbi işlemlerle ilgili bilgi verme sürecine yönelik olarak kadınların %37,5’i “kesinlikle katılıyorum” ve %41,0’ı “katılıyorum” yanıtı verdi. %11,5’i kararsız kalırken, %5,2’si “katılmıyorum” ve %4,9’u “kesinlikle katılmıyorum” dediği bulgulandı.

Kadınların %37,2’si gebeliğin seyri hakkında sağlık personelinin verdiği bilgileri “kesinlikle katılıyorum”, %39,2’si ise “katılıyorum” şeklinde değerlendirdi. Kadınların %10,8’i kararsız kalmış, %9,4’ü “katılmıyorum” ve %3,5’i “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdi.

Kadınların %34,4’ü doğum öncesi ziyaretlerde sağlık personeliyle farklı konuları konuşmaktan “kesinlikle katılıyorum”, %37,8’i ise “katılıyorum” düzeyinde memnuniyet belirtti. %13,9’u kararsız kalırken, %9,0’ı “katılmıyorum” ve %4,9’u “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş bildirdi.

Anne olmakla ilgili beklentiler konusunda verilen bilgilere yönelik olarak kadınların %34,7’si “kesinlikle katılıyorum”, %40,6’sı “katılıyorum” seçeneğini işaretlediği bulgulandı. %11,5’i kararsız kalmış, %7,6’sı “katılmıyorum” ve %5,6’sı “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıt verdi.

Doğuma hazırlık konusunda sağlık personelinin yaklaşımından memnuniyet düzeyi açısından kadınların %34,7’si “kesinlikle katılıyorum” ve %30,9’u “katılıyorum” şeklinde yanıt verdi. %20,2’si kararsız olduğunu belirtmiş, %8,3’ü “katılmıyorum” ve %5,9’u “kesinlikle katılmıyorum” dedi.

Sağlık personelinin genel davranış biçimi, kadınların %33,7'si tarafından “kesinlikle katılıyorum”, %43,4'ü tarafından ise “katılıyorum” şeklinde değerlendirildi. %13,5'i kararsız kalmış, %6,6'sı “katılmıyorum” ve %2,8'i “kesinlikle katılmıyorum” seçeneğini işaretledi.

Sağlık personelinin görülen saygı konusunda, kadınların %33,0'ı “kesinlikle katılıyorum”, %42,0'si “katılıyorum” şeklinde yanıt verdi. Kadınların %12,8'i kararsız olduğunu belirtirken, %7,3'ü “katılmıyorum” ve %4,9'u “kesinlikle katılmıyorum” dediği bulgulandı.

Kadınların %33,7'si sağlık personelinin aldıkları bakımın kalitesine “kesinlikle katılıyorum”, %42,8'i ise “katılıyorum” şeklinde yanıtı verdiği belirlendi. %12,8'i kararsız kalırken, %6,9'u “katılmıyorum” ve %3,8'i “kesinlikle katılmıyorum” seçeneğini işaretledi.

Sağlık personelinin kendileriyle geçirdiği zamanı boşa harcamadığını hissettirme biçimi, kadınların %33,2'si tarafından “kesinlikle katılıyorum” ve %43,1'i tarafından “katılıyorum” şeklinde değerlendirilmiştir. %12,2'si kararsız kalmış, %7,3'ü “katılmıyorum” ve %4,2'si “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdiği belirlendi.

Kadınların %34,0'ı çekinmeden soru sorabilme konusunda “kesinlikle katılıyorum” ve %41,1'i “katılıyorum” dedi. %13,5'i kararsız olduğunu belirtirken, %7,6'sı “katılmıyorum” ve %3,8'i “kesinlikle katılmıyorum” seçeneğini işaretledi.

Her doğum öncesi ziyarette sağlıkla ilgili öyküsünü tekrar anlatmak zorunda kalmama durumu Kadınların %33,7'si tarafından “kesinlikle katılıyorum” ve %40,3 oranında “katılıyorum” yanıtlarıyla değerlendirildi. %13,9'u kararsız kalmış, %7,6'sı “katılmıyorum” ve %4,5'i “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıt verdi.

Kadınların %33,7'si personelin genel kişisel durumlarıyla ilgilenme ve açıklama yapma biçimine “kesinlikle katılıyorum”, %41,6'sı “katılıyorum” cevabını verdi. %12,5'i kararsız kalırken, %8,7'si “katılmıyorum” ve %3,5'i “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde ifade ettiği bulgulandı.

Kadınların %32,3'ü personelin kendileriyle konuşarak geçirdiği zamandan memnuniyetini “kesinlikle katılıyorum” ve %43,4'ü “katılıyorum” şeklinde ifade ettiği tespit edildi. Kadınların %10,8'i “kararsız kalmış”, %6,9'u “katılmıyorum” ve %6,6'sı “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıt verdi.

Kadınların %36,5'i personelin davranış biçiminden “kesinlikle katılıyorum”, %42,4'ü “katılıyorum” düzeyinde memnuniyet belirttiği bulgulandı. %10,4'ü kararsız olduğunu belirtmiş, %6,3'ü “katılmıyorum” ve %4,5'i “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıt verdi.

Kadınların bu gebelikte problem yaşanmamasına rağmen personelin ayırdığı zamandan memnuniyet, %36,5 “kesinlikle katılıyorum” ve %39,6 “katılıyorum” oranlarıyla ifade edildi. Kadınları %9,3’ü “kararsız kalırken”, %6,9’u “katılmıyorum” ve %7,7’si “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdi.

Kadınların %33,7’si personelin ilgi ve alakasından “kesinlikle katılıyorum”, %42,4’ü “katılıyorum” şeklinde memnuniyet bildirdiği bulgulandı. %11,1’i kararsız kalırken, %8,3’ü “katılmıyorum” ve %4,5’i “kesinlikle katılmıyorum” cevabını verdi.

Personelin tıbbi problemlere yönelik ilgilenme biçimine ilişkin olarak kadınların %35,8’i “kesinlikle katılıyorum”, %39,2’si “katılıyorum” yanıtı vermiştir. %13,2’si kararsız kalmış, %8,0’ı “katılmıyorum” ve %3,8’i “kesinlikle katılmıyorum” dediği belirtildi.

Kadınların %29,9’u sağlık personeliyle görüşebilmek için bekleme süresine “kesinlikle katılıyorum”, %45,5’i ise “katılıyorum” yanıtını verdi. %12,8’i kararsız kalırken, %7,6’sı “katılmıyorum” ve %4,2’si “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde ifade etti.

Sağlık kuruluşunda geçirilen toplam süreye yönelik değerlendirmede kadınların %28,9’u “kesinlikle katılıyorum”, %45,8’i “katılıyorum” yanıtını verdi. %13,5’i kararsız olduğunu belirtirken, %7,6’sı “katılmıyorum” ve %4,2’si “kesinlikle katılmıyorum” ifadesini seçti.

Otopark olanaklarına ilişkin olarak %25,7’si “kesinlikle katılıyorum”, %41,3’ü “katılıyorum” demıştır. %16,3’ü kararsız kalmış, %10,4’ü “katılmıyorum” ve %6,3’ü “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdi.

Bekleme odası olanakları %24,0 oranında “kesinlikle katılıyorum” ve %40,6 oranında “katılıyorum” şeklinde kadınlar tarafından değerlendirildi. %19,1’i kararsız kalmış, %9,4’ü “katılmıyorum” ve %6,9’u “kesinlikle katılmıyorum” cevabını verdi.

Muayene odasıyla ilgili olanaklara yönelik olarak kadınların %28,5’i “kesinlikle katılıyorum”, %40,6’sı “katılıyorum” dediği bulgulandı %18,8’i kararsız olduğunu belirtirken, %7,6’sı “katılmıyorum” ve %4,5’i “kesinlikle katılmıyorum” seçeneğini işaretledi.

Doğum öncesi ziyaretleri uygun bir zamanda planlayabilme kolaylığı %26,4 oranında “kesinlikle katılıyorum” ve %45,1 oranında “katılıyorum” yanıtlarıyla değerlendirildi. Kadınların %18,8’i kararsız kalmış, %6,6’sı “katılmıyorum” ve %3,1’i “kesinlikle katılmıyorum” seçeneğini işaretlediği belirlendi.

Ziyaretleri tekrar planlayabilme kolaylığına ilişkin olarak kadınların %31,5’i “kesinlikle katılıyorum” ve %43,8’i “katılıyorum” şeklinde yanıt verdi. %16,0’ı kararsız kalırken, %6,6’sı “katılmıyorum” ve %2,1’i “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş belirtti.

Gebelik sürecinin başında DÖB almanın kolaylığı %34,7 oranında “kesinlikle katılıyorum”, %41,3 oranında “katılıyorum” şeklinde kadınlar tarafından ifade edildi. %15,6’sı kararsız kalmış, %4,9’u “katılmıyorum” ve %3,5’i “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdiği belirlendi.

Tavsiye edilen tüm testleri yaptırabilme durumu %34,0 oranında “kesinlikle katılıyorum” ve %43,4 oranında “katılıyorum” şeklinde kadınlar tarafından ifade edildi. Kadınların %13,2’si kararsız, %5,9’u “katılmıyorum” ve %3,5’i “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdi.

Doğum öncesi dönemin ilk altı-yedi ayında yapılan ziyaretlerin sayısına ilişkin memnuniyet, %35,1 “kesinlikle katılıyorum” ve %41,3 “katılıyorum” oranlarında ifade edildi. Kadınların %15,2’si kararsız kalmış, %4,9’u “katılmıyorum” ve %3,5’i “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıt verdiği belirlendi.

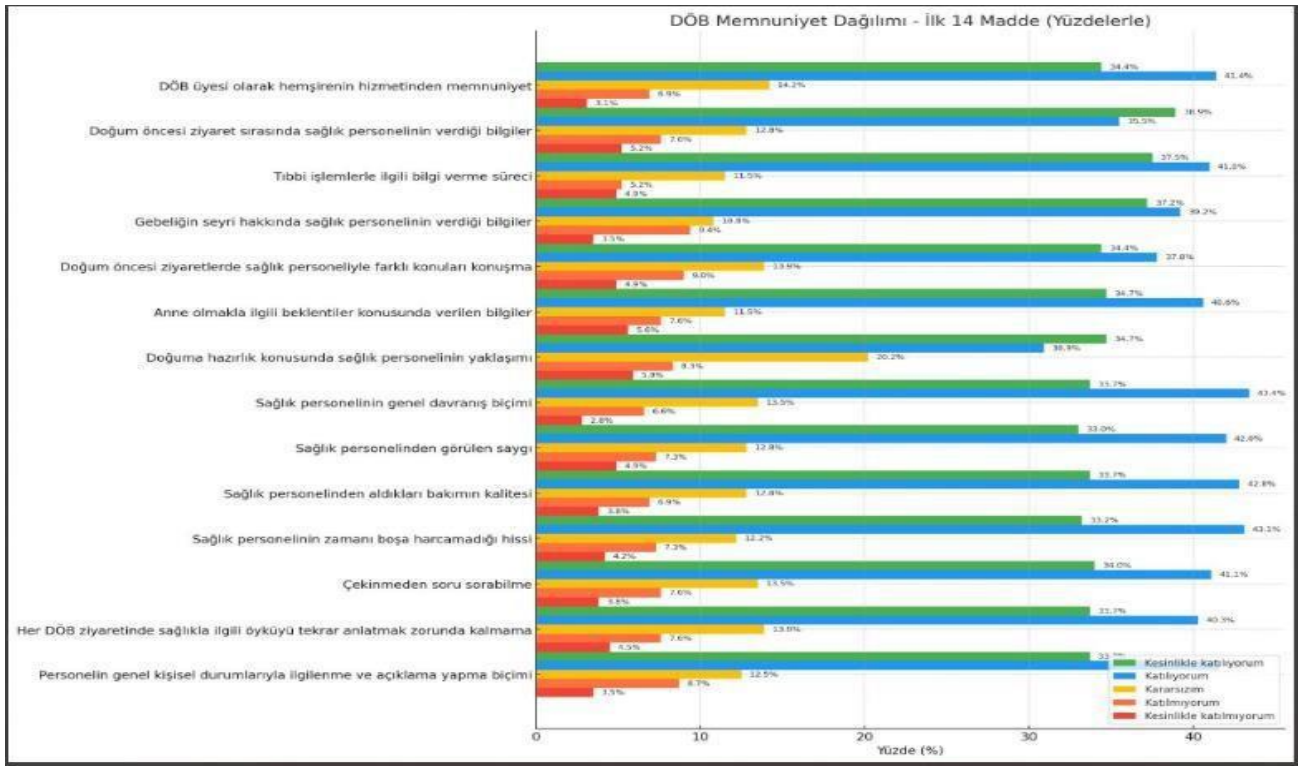
Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Ölçek maddelerinden “Memnuniyet” alt boyutuna ilişkin 29 maddeden oluşan tanımlayıcı istatistiklere ait bilgiler Tablo 4.7’de verilmektedir. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği maddelerinden “Memnuniyet” alt boyutuna ilişkin Karşılaştırma Grafiği; Grafik 4.5 ve Grafik 4.6’da verilmektedir.

Tablo 4.7: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği maddelerinden ‘‘Memnuniyet’’ Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler
N=288

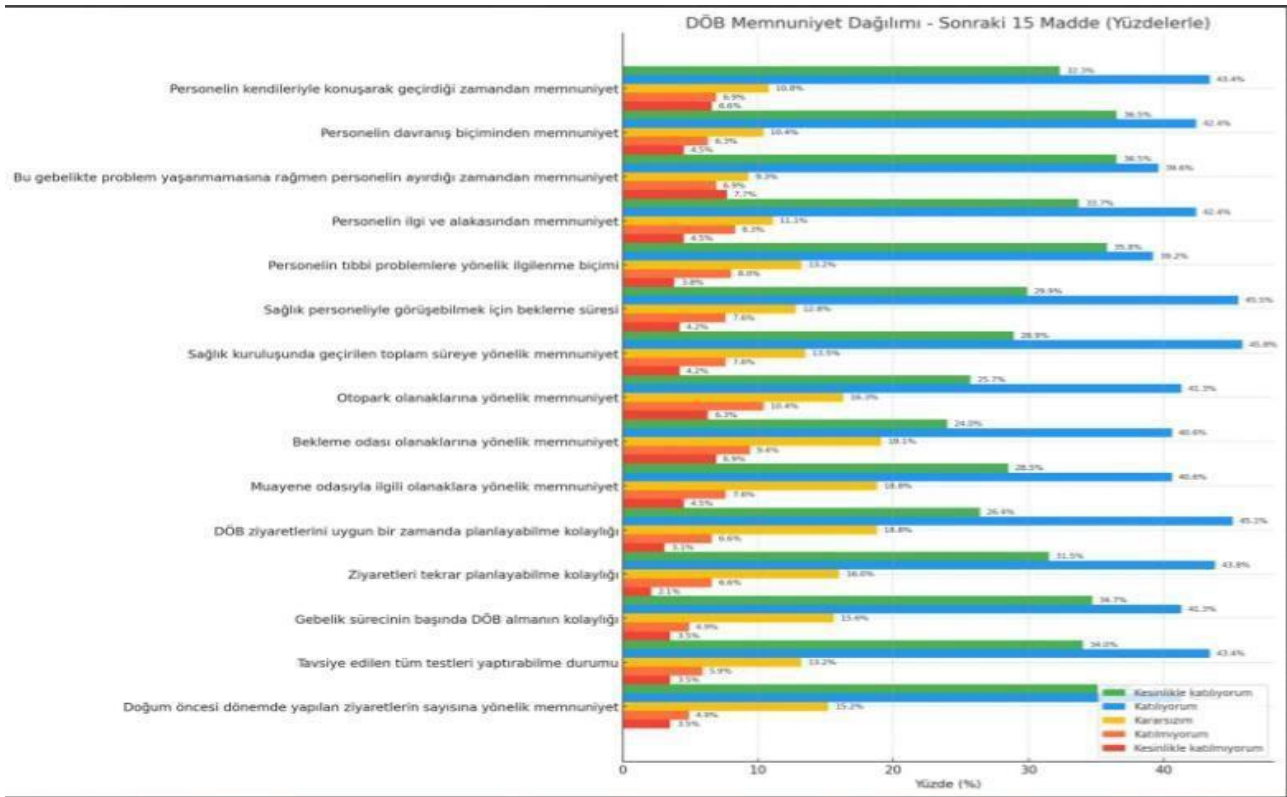
	Kesinlikle katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
13. Doğum öncesi bakım üyesi olarak hemşirenin hizmetinden	99	34,4	119	41,4	41	14,2	20	6,9	9	3,1
14. Doğum öncesi ziyaretim sırasında sağlık personelimin bana verdiği bilgilerden	112	38,9	102	35,5	37	12,8	22	7,6	15	5,2
15. Tıbbi işlemlerle ilgili sağlık personelimin bana verdiği Bilgilerden	108	37,5	118	41,0	33	11,5	15	5,2	14	4,9
16. Gebeliğimin seyri hakkında sağlık personelimin bana verdiği bilgilerden	107	37,2	113	39,2	31	10,8	27	9,4	10	3,5
17. Doğum öncesi ziyaretlerim sırasında sağlık personelimle farklı konular hakkında konuşmaktan	99	34,4	109	37,8	40	13,9	26	9,0	14	4,9
18. Anne olmakla ilgili beklentilerim konusunda sağlık personelimin bana verdiği bilgilerden	100	34,7	117	40,6	33	11,5	22	7,6	16	5,6
19. Doğum için sağlık personelimin beni hazırlama şeklinden	100	34,7	89	30,9	58	20,2	24	8,3	17	5,9
20. Sağlık personelimin bana davranış biçiminden	97	33,7	125	43,4	39	13,5	19	6,6	8	2,8
21. Sağlık personelimden gördüğüm saygıdan	95	33,0	121	42,0	37	12,8	21	7,3	14	4,9
22. Sağlık personelimden aldığım bakımın kalitesinden	97	33,7	123	42,8	37	12,8	20	6,9	11	3,8
23. Sağlık personelimin benimle geçirdiği zamanımı boşa harcamadığımı hissettirme şeklinden	96	33,2	124	43,1	35	12,2	21	7,3	12	4,2
24. Çekinmeden soru sorabilmekten	98	34,0	118	41,1	39	13,5	22	7,6	11	3,8
25. Her doğum öncesi ziyarete gidişimde sağlıkla ilgili öykümü tekrar anlatmak zorunda kalmayışımdan	97	33,7	116	40,3	40	13,9	22	7,6	13	4,5
26. Personelin benim genel kişisel durumum la ilgili ilgilenme ve bana açıklama yapma şeklinden	97	33,7	120	41,6	36	12,5	25	8,7	10	3,5
27. Personelin benimle ilgili konularda konuşarak geçirdiği zamandan memnunum	93	32,3	125	43,4	31	10,8	20	6,9	19	6,6
28. Personelin bana davranış şeklinden	105	36,5	122	42,4	30	10,4	18	6,3	13	4,5
29. Bu hamileliğimde problemim olmamasına rağmen personelin bana ayırdığı zamandan	105	36,5	114	39,6	27	9,3	20	6,9	22	7,7
30. Personelin bana göstermiş olduğu ilgi ve alakadan	97	33,7	122	42,4	32	11,1	24	8,3	13	4,5
31. Personelin bütün tıbbi problemlerimle ilgilenme şeklinden	103	35,8	113	39,2	38	13,2	23	8,0	11	3,8

Tablo 4.7: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Maddelerinden ‘‘Memnuniyet’’ Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler N=288 (Devamı)

32. Sağlık personelim ile görüşebilmek için bekleme süremden	86	29,9	131	45,5	37	12,8	22	7,6	12	4,2
33. Sağlık ocağı/hastanede geçirdiğim toplam süreden	83	28,9	132	45,8	39	13,5	22	7,6	12	4,2
34. Sağlık ocağı/hastanenin otopark olanaklarından	74	25,7	119	41,3	47	16,3	30	10,4	18	6,3
35. Sağlık ocağı/hastanenin bekleme odası olanaklarından	69	24,0	117	40,6	55	19,1	27	9,4	20	6,9
36. Sağlık ocağı/hastanenin muayene odasından	82	28,5	117	40,6	54	18,8	22	7,6	13	4,5
37. Doğum öncesi ziyaretlerimi kendime uygun bir zamanda Planlayabilmemden	76	26,4	130	45,1	54	18,8	19	6,6	9	3,1
38. Doğum öncesi ziyaretlerimi tekrar planlayabilme kolaylığından	91	31,5	126	43,8	46	16,0	19	6,6	6	2,1
39. Hamileliğin başında (yani dördüncü aydan önce) doğum öncesi bakım alabilmenin kolaylığından	100	34,7	119	41,3	45	15,6	14	4,9	10	3,5
40. Tavsiye edilen tüm testleri yaptırabilmekten	98	34,0	125	43,4	38	13,2	17	5,9	10	3,5
41. İlk altı, yedi ayda yaptığım doğum öncesi ziyaretlerin sayısından	101	35,1	119	41,3	44	15,2	14	4,9	10	3,5



Grafik 4.5: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Maddelerinden “Memnuniyet” Alt Boyutuna İlişkin Karşılaştırma Grafiği (İlk 14 Madde)



Grafik 4.6: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği maddelerinden “Memnuniyet” alt boyutuna ilişkin Karşılaştırma Grafiği

“Hasta Beklentisi ve Bakım Memnuniyeti” ölçek puanlarının katılımcıların demografik-obstetrik özellikleri ve ASM kullanımı ile ilgili bilgiler arasındaki ilişki incelendiğinde; katılımcıların yaşlarına göre hasta beklentisi ve bakım memnuniyeti puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($F=1,463$; $p=0,225$ ve $F=0,509$; $p=0,677$).

Resmi nikahı olan ve olmayan kadınlar arasında hem hasta beklentisi hem de bakım memnuniyeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($t=-0,060$; $p=0,952$ ve $t=0,120$; $p=0,905$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre hasta beklentisi ($F=0,595$; $p=0,618$) ve bakım memnuniyeti ($F=1,411$; $p=0,240$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında hasta beklentisi ve ($t=0,367$; $p=0,714$), bakım memnuniyeti açısından ($t=-1,756$; $p=0,080$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Katılımcıların eş yaşlarına göre hasta beklentisi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=3,211$; $p=0,023$). Farklılık gösteren grubu tespit edebilmek için yapılan post-hoc analiz sonucunda, 30–35 yaş grubundaki eşlere sahip katılımcıların beklenti puanlarının, 40–45 yaş grubundakilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Bakım memnuniyeti açısından ise katılımcıların yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($F=0,612$; $p=0,608$).

Eşin eğitim düzeyine göre hasta beklentisi puanlarında anlamlı bir fark saptanmadı ($F=2,011$; $p=0,112$), ancak bakım memnuniyeti puanlarında anlamlı bir fark bulunmadı ($F=3,207$; $p=0,024$). Farklılık gösteren grubu tespit edebilmek için yapılan post-hoc analiz sonucuna göre lisansüstü eğitim düzeyine sahip eşi olan bireylerin memnuniyet puanlarının, lisans eğitim düzeyine sahip eşi olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü.

Katılımcıların ailenin gelir durumuna göre hem hasta beklentisi ($F=0,422$; $p=0,656$) hem de bakım memnuniyeti ($F=0,280$; $p=0,756$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Resmi nikah varlık süresi açısından hem hasta beklentisi ($F=0,686$; $p=0,561$) hem de bakım memnuniyeti ($F=0,074$; $p=0,974$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Katılımcıların gebelik sayısına göre hasta beklentisi ($F=1,780$; $p=0,171$) ve bakım memnuniyeti ($F=0,626$; $p=0,536$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Planlı gebelik ile hasta beklentisi ($t=0,517$; $p=0,606$) ve bakım memnuniyeti ($t=-1,630$; $p=0,104$) puanları arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Katılımcıların doğum sayısına göre hem hasta beklentisi ($F=0,454$; $p=0,635$) hem de bakım memnuniyeti ($F=0,693$; $p=0,501$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi.

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısına göre hasta beklentisi ($F=0,419$; $p=0,658$) ve bakım memnuniyeti ($F=0,700$; $p=0,497$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Katılımcıların düşük/kürtaj öyküsüne göre hasta beklentisi ($F=2,876$; $p=0,058$) ve bakım memnuniyeti ($F=2,926$; $p=0,055$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Aile Sağlığı Merkezine DÖB hizmeti almak için gitme sıklığına göre hasta beklentisi puanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,144$; $p=0,033$). Her ay düzenli giden bireylerin beklenti düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Bakım memnuniyeti açısından ise anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($t=-1,574$; $p=0,117$).

Gebelikte Aile Sağlığı Merkezine ilk kontrol zamanına göre hem hasta beklentisi ($t=1,124$; $p=0,262$) hem de bakım memnuniyeti ($t=-0,047$; $p=0,963$) puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Riskli veya sorunlu gebelik öyküsüne sahip bireylerle sahip olmayanlar arasında hasta beklentisi ($t=0,691$; $p=0,490$) ve bakım memnuniyeti ($t=-0,990$; $p=0,323$) puanlarında anlamlı bir fark bulunmadı.

Aile Sağlığı Merkezinin DÖB hizmetlerinin yeterli bulunmasına göre bakım memnuniyeti puanlarında anlamlı fark saptandı ($t=-5,341$; $p=0,000$). Hizmeti yeterli bulmayan bireylerin memnuniyet düzeyleri anlamlı biçimde daha yüksektir. Hasta beklentisi açısından anlamlı fark olmadığı saptandı ($t=-0,252$; $p=0,801$).

DÖB hizmetlerinin beklentileri karşılama düzeyine göre bakım memnuniyeti puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($F=11,235$; $p=0,000$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan post-hoc analiz sonucunda “Hayır” ve “Biraz ya da sınırlı” yanıtını veren katılımcıların memnuniyet puanları, “Evet” (1) diyenlerden anlamlı

düzeyde daha yüksektir. Hasta beklentisi puanları açısından ise anlamlı fark olmadığı saptandı ($F=1,412$; $p=0,245$).

“Hasta Beklentisi ve Bakım Memnuniyeti” ölçek puanlarının katılımcıların demografik-obstetrik özellikleri ve ASM kullanımı ile ilgili bilgiler arasındaki ilişkinin karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmektedir.



Tablo 4.8: “Hasta Beklentisi ve Bakım Memnuniyeti” Ölçek Puanlarının Katılımcıların Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgiler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

		Beklenti		Memnuniyet	
		Ort	SS	Ort	SS
Yaş	20-25 yaş	24,96	9,65	61,04	30,64
	25-34 yaş	24,85	8,12	61,88	25,02
	35-44 yaş	22,49	6,71	57,60	26,81
	45-49 yaş	23,70	7,89	57,96	25,01
F test		1,463		0,509	
p değeri		0,225		0,677	
Medeni durum	Resmi nikah var	24,24	7,97	60,60	26,07
	Resmi nikah yok	24,40	8,25	59,60	18,42
t test		-0,060		0,120	
p değeri		0,952		0,905	
Eğitim durumu	İlköğretim	24,74	7,11	60,45	25,34
	Lise	23,66	8,42	59,38	29,32
	Lisans	23,87	8,12	58,92	23,45
	Lisansüstü	25,57	8,48	68,80	29,98
F test		0,595		1,411	
p değeri		0,618		0,240	
Çalışma durumu	Ev hanımı	24,39	7,88	58,42	24,98
	Çalışıyor	24,04	8,13	63,88	26,86
t test		0,367		-1,756	
p değeri		0,714		0,080	
Eş yaşı	20-25 yaş	24,97	8,59	61,24	23,49
	30-35 yaş	25,06	8,22	61,96	25,72
	40-45 yaş	21,45	7,08	59,38	29,25
	45 yaş ve üzeri	24,69	6,82	55,78	22,43
F test		3,211		0,612	
p değeri		0,023*		0,608	
Post-hoc		2>3			
Eş eğitim durumu	İlköğretim	25,37	6,70	62,44	21,70
	Lise	24,04	8,84	59,55	28,13
	Lisans	23,24	7,17	57,02	25,64
	Lisansüstü	26,42	9,52	71,15	24,10
F test		2,0115		3,207	
p değeri		0,112		0,024*	
Post-hoc				4>3	

Tablo 4.8: “Hasta Beklentisi ve Bakım Memnuniyeti” Ölçek Puanlarının Katılımcıların Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgiler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması
(Devamı)

Ailenin gelir durumu	Kötü	22,59	9,18	56,29	25,40
	Orta	24,28	8,14	61,07	27,13
	İyi	24,56	7,19	60,13	22,02
F test		0,422		0,280	
p değeri		0,656		0,756	
Evlilik süresi	1-5 yıl	24,90	8,65	60,06	24,47
	6-10 yıl	23,57	7,49	61,17	28,58
	11-15 yıl	23,20	6,87	59,20	24,99
	16 yıl ve üzeri	24,61	7,56	61,56	23,75
F test		0,686		0,074	
p değeri		0,561		0,974	
Gebelik sayısı	1	24,54	8,72	58,74	22,66
	2-3	23,48	7,11	61,58	28,67
	4 ve üzeri	26,35	8,05	63,58	25,29
F test		1,780		,626	
p değeri		0,171		0,536	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	24,36	8,21	59,43	25,73
	Hayır	23,72	6,74	65,96	25,86
t test		0,517		-1,630	
p değeri		0,606		0,104	
Doğum sayısı	1	23,84	8,58	58,84	24,50
	2-3	24,57	7,38	62,55	27,70
	4 ve üzeri	25,35	6,91	60,53	22,55
F test		0,454		0,693	
p değeri		0,635		0,501	
Yaşayan çocuk sayısı	1	23,85	8,47	58,85	24,18
	2-3	24,61	7,44	62,23	28,11
	4 ve üzeri	25,20	7,31	63,80	21,91
F test		0,419		0,700	
p değeri		0,658		0,497	
Düşük/kürtaj yapma	Hayır	23,58	7,95	58,56	24,65
	1-2	25,89	7,78	64,97	28,19
	3 ve üzeri	27,67	8,69	76,83	28,07
F test		2,876		2,926	
p değeri		0,058		0,055	

Tablo 4.8: “Hasta Beklentisi ve Bakım Memnuniyeti” Ölçek Puanlarının Katılımcıların Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgiler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması (Devamı)

Gebelikte ASM ye kaç kez doğum öncesi bakım hizmeti almaya gittiniz?	4 kez ve fazlası	23,56	8,07	58,91	26,61
	Her ay düzenli	25,70	7,59	64,02	23,87
t test		-2,144		-1,574	
p değeri		0,033*		0,117	
ASM ye gebelik muayene/izlem için ilk kez ne zaman kontrole gittiniz?	1-14 haftalıkta	24,51	8,21	60,53	26,17
	1-4 haftadan sonra	23,16	6,82	60,71	24,54
t test		1,124		-0,047	
p değeri		0,262		0,963	
Gebelik döneminde riskli /sorunlu durumunun varlığı	Hayır	24,42	8,02	59,79	25,51
	Evet	23,62	7,79	63,50	27,00
t test		0,691		-0,990	
p değeri		0,490		0,323	
ASM’nin doğum öncesi bakım hizmetlerini yeterli buluyor musunuz?	Evet	24,20	8,11	56,32	22,03
	Hayır	24,52	7,26	82,89	32,35
t test		-0,252		-5,341	
p değeri		0,801		0,000*	
ASM de verilen doğum öncesi bakım hizmetleri beklentinizi karşıladı mı?	Evet	24,45	8,41	56,15	22,69
	Hayır	25,17	7,18	79,26	30,21
	Biraz ya da sınırlı	22,38	5,76	67,73	28,99
F test		1,412		11,235	
p değeri		0,245		0,000*	
Post-hoc				2,3>1	

*p<0,05 F=Tek yönlü varyans analizi; t=bağımsız örneklem t testi; Post-hoc olarak Bonferroni testi kullanıldı

Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği alt boyut puanlarıyla katılımcıların demografik obstetrik özellikleri ve ASM kullanımı ile ilgili bilgiler arasındaki ilişkiler incelendiğinde;

Doğum öncesi hasta beklentileri ölçeği alt boyutları incelendiğinde; “Tam Bakım” (F=2,054; p=0,107), “Bakımı Veren Sürekliliği” (F=0,610; p=0,609) ve “Diğer Hizmetler” (F=0,981; p=0,402) ve “Kişiselleştirilmiş Bakım” F=2,445; p=0,064) alt boyutlarında yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p>0,05).

Medeni durum değişkeni açısından yapılan karşılaştırmada, “Tam Bakım” (t=-0,582; p=0,561), “Bakımı Veren Sürekliliği” (t=-0,302; p=0,763), “Kişiselleştirilmiş Bakım” (t=0,192; p=0,848) ve “Diğer Hizmetler” (t=1,244; p=0,214) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05).

Eğitim durumu değişkeni açısından incelendiğinde; “Tam Bakım” ($F=0,645$; $p=0,587$), “Bakımı Veren Sürekliliği” ($F=0,631$; $p=0,596$), “Kişiselleştirilmiş Bakım” ($F=1,149$; $p=0,330$) ve “Diğer Hizmetler” ($F=1,441$; $p=0,231$) alt boyutlarında eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Çalışma durumu değişkenine göre yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarında, “Tam Bakım” ($t=-0,132$; $p=0,895$), “Bakımı Veren Sürekliliği” ($t=-1,065$; $p=0,288$), “Kişiselleştirilmiş Bakım” ($t=0,290$; $p=0,772$) ve “Diğer Hizmetler” ($t=-0,812$; $p=0,418$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Katılımcıların eşinin yaş aralıklarına göre “Bakımı Veren Sürekliliği” ($F=3,014$; $p=0,030$), “Kişiselleştirilmiş Bakım” ($F=3,637$; $p=0,013$) ve “Diğer Hizmetler” ($F=3,852$; $p=0,010$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan testi sonuçlarına göre, “Bakımı Veren Sürekliliği” alt boyutunda, 40–45 yaş grubunun puanı 45 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. “Kişiselleştirilmiş Bakım” alt boyutunda, 30–35 yaş grubunun puanı 40–45 yaş grubuna göre daha düşüktür. “Diğer Hizmetler” alt boyutunda ise 40–45 yaş grubunun puanı, 45 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksektir.

Eş eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde, “Diğer Hizmetler” alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptandı ($F=3,161$; $p=0,025$). Farklılık gösteren grupları belirleyebilmek için yapılan post-hoc analiz sonuçlarına göre, ilköğretim mezunu eşe sahip bireylerin “Diğer Hizmetler” alt boyut puanlarının lisans mezunu eşe sahip bireylerden daha düşük olduğu saptandı.

Ailenin gelir durumu, evlilik süresi, gebelik sayısı değişkenlerine göre yapılan analizlerde doğum öncesi hasta beklentileri ölçeği alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Katılımcıların gebeliğinin planlı olma durumuna göre incelendiğinde, “Diğer Hizmetler” alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptandı ($F=2,023$; $p=0,044$).

Gebeliğinin planlı olduğunu ifade eden katılımcıların puanları planlı olmadığını ifade edenlere göre daha yüksek puanı olduğu saptandı.

Katılımcıların doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı değişkenlerine göre yapılan analizlerde doğum öncesi hasta beklentileri ölçeği alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Düşük/kürtaj yapma durumu incelendiğinde ise “Bakımı Veren Sürekliliği” alt boyutunda anlamlı bir fark belirlendi ($F=3,250$; $p=0,040$). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, 1–

2 kez düşük/kürtaj yapan bireylerin bu alt boyuttaki puanlarının hiç düşük yapmamış bireylerden daha düşük olduğu bulundu.

Aile sağlığı merkezine DÖB hizmeti için gitme sıklığı değişkeninde, “Bakımı Veren Sürekliliği” ($t=2,362$; $p=0,019$) ve “Kişiselleştirilmiş Bakım” ($t=2,449$; $p=0,015$) alt boyutlarında anlamlı fark olduğu saptandı. Her ay düzenli olarak kontrole gidenlerin, dört kez ve daha az gidenlere göre bu alt boyutlarda daha düşük puan aldıkları saptandı.

Katılımcıların aile sağlığı merkezine ilk başvuru zamanı, gebelik döneminde riskli sorunlu durumun varlığı, ASM’nin DÖB hizmetlerini yeterli bulma değişkenlerine göre yapılan analizlerde doğum öncesi hasta beklentileri ölçeği alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Son olarak, aile sağlığı merkezinde verilen hizmetlerin beklentileri karşılama durumu değişkeninde “Kişiselleştirilmiş Bakım” alt boyutunda anlamlı bir fark bulundu ($F=3,298$; $p=0,042$). Post-hoc analiz sonucuna göre, hizmetlerden “biraz ya da sınırlı” memnun kalanların puanlarının “hayır” diyenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi ($2>3$).

Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği Alt Boyut puanlarının katılımcıların demografik-obstetrik özellikleri ve ASM kullanımlarıyla ilgili bilgilerinin karşılaştırılması Tablo 4.9.’da verilmektedir.

Tablo 4.9: Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımıyla İlgili Bilgilerinin Karşılaştırılması

		Tam	Bakımı Veren	Kişiselleştirilmiş Bakım	Diğer
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	20-25 yaş	15,43±3,67	8,3±2,01	15,91±3,91	7,39±1,95
	25-34 yaş	14,8±3,08	7,9±1,81	16,55±3,37	7,9±1,81
	35-44 yaş	15,95±3,48	7,78±1,97	17,62±2,76	8,16±1,98
	45-49 yaş	14,78±3,98	8,17±1,5	17,3±2,64	8,04±2,1
F test		2,054	0,610	2,445	0,981
p değeri		0,107	0,609	0,064	0,402
Medeni durum	Resmi nikah var	15,08±3,33	7,92±1,85	16,8±3,27	7,95±1,87
	Resmi nikah yok	15,7±2,75	8,1±1,66	16,6±3,27	7,2±2,2
t test		-0,582	-0,302	0,192	1,244
p değeri		0,561	0,763	0,848	0,214
Eğitim durumu	İlköğretim	14,74±3,42	8,03±1,82	16,86±2,61	7,64±1,99
	Lise	14,89±3,15	8,19±1,94	17,23±3,41	8,02±2,09
	Lisans	15,37±3,4	7,8±1,78	16,84±3,41	8,12±1,78
	Lisansüstü	15,03±3	7,89±1,98	15,91±3,61	7,6±1,74
F test		0,645	0,631	1,149	1,441
p		0,587	0,596	0,330	0,231
Çalışma durumu	Ev hanımı	15,08±3,27	7,83±1,84	16,84±3,21	7,86±2
	Çalışıyor	15,13±3,39	8,07±1,85	16,73±3,37	8,04±1,7
t test		-0,132	-1,065	0,290	-0,812
P değeri		0,895	0,288	0,772	0,418
Eş yaş	20-25 yaş	15,15±3,45	8,03±1,91	16,32±3,07	7,53±1,81
	30-35 yaş	14,77±3,01	7,82±1,87	16,36±3,55	7,99±1,84
	40-45 yaş	15,9±3,37	8,47±1,65	17,77±2,67	8,42±1,66

Tablo 4.9: Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımıyla İlgili Bilgilerinin Karşılaştırılması (Devamı)

	45 yaş ve üzeri	15,19±4,15	7,39±1,79	17,53±2,59	7,19±2,23
F test		1,733	3,014	3,637	3,852
p		0,167	0,030*	0,013*	0,010*
Post-			3>4	2<3	3>4
Eş eğitim durumu	İlköğretim	14,52±3,24	7,96±1,7	16,88±2,29	7,27±2,1
	Lise	15,36±3,5	8,03±1,93	16,45±3,45	8,12±1,89
	Lisans	15,43±3,19	7,89±1,72	17,28±3,17	8,15±1,73
	Lisansüstü	14,28±3,28	7,8±2,2	15,85±3,96	7,65±1,9
F test		1,905	0,154	1,936	3,161
p		0,129	0,927	0,128	0,025*
Post-					1<3
Ailenin gelir durumu	Kötü	15,41±4,21	8,47±1,74	17,24±2,33	8,29±1,79
	Orta	15,18±3,36	7,86±1,88	16,82±3,31	7,86±2,01
	İyi	14,8±2,96	7,99±1,73	16,61±3,37	8,04±1,5
F test		0,418	0,908	0,266	0,658
p		0,659	0,405	0,766	0,523
Evlilik süresi	1-5 yıl	15,02±3,06	7,92±1,82	16,29±3,55	7,87±1,84
	6-10 yıl	15,5±3,32	7,86±1,94	17,16±3,19	7,91±1,94
	11-15 yıl	15,44±3,11	8±1,8	17,16±2,64	8,2±1,38
	16 yıl ve üzeri	14,03±4,07	8,08±1,71	17,28±2,64	8±2,19
F test		1,392	0,142	1,786	0,239
p		0,252	0,935	0,150	0,869
Gebelik sayısı	1	15,15±3,08	7,95±1,9	16,47±3,64	7,89±1,75
	2-3	15,33±3,36	7,95±1,85	17,23±2,99	7,99±1,94
	4 ve üzeri	13,9±3,82	7,71±1,57	16,23±2,57	7,81±2,18
F test		2,388	0,241	2,299	0,169
p		0,094	0,786	0,102	0,845

Tablo 4.9: Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımıyla İlgili Bilgilerinin Karşılaştırılması (Devamı)

Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	15,06±3,43	7,84±1,84	16,71±3,41	8,03±1,82
	Hayır	15,3±2,71	8,32±1,79	17,22±2,48	7,44±2,09
t test		-0,467	-1,666	-1,012	2,023
p		0,641	0,097	0,313	0,044*
Doğum sayısı	1	15,4±3,09	8,08±1,85	16,69±3,55	7,99±1,79
	2-3	14,87±3,52	7,74±1,88	16,98±3,04	7,85±1,99
	4 ve üzeri	14,29±3,53	8,06±1,3	16,35±2,34	7,94±1,95
F test		1,418	1,184	0,423	0,191
p		0,244	0,308	0,655	0,827
Yaşayan çocuk sayısı	1	15,37±3,06	8,07±1,83	16,7±3,51	8,01±1,77
	2-3	14,78±3,63	7,75±1,91	17,01±3,06	7,85±2,01
	4 ve üzeri	15,07±2,96	7,93±1,28	16±2,24	7,8±2,01
F test		1,008	1,049	0,772	0,271
p		0,374	0,352	0,463	0,764
Düşük/kürtaj yapma	Hayır	15,39±3,09	8,1±1,77	16,95±3,25	7,99±1,88
	1-2	14,38±3,84	7,48±1,98	16,52±3,3	7,73±1,92
	3 ve üzeri	13,83±2,64	7,5±1,64	14,83±3,25	8,17±1,83
F test		2,682	3,250	1,573	0,581
p		0,104	0,040*	0,209	0,560
Post-			2<1		
Gebelikte ASM ye kaç kez doğum öncesi bakım hizmeti almaya gittiniz?	4 kez ve fazlası	15,22±3,4	8,1±1,81	17,12±3,22	8±1,84
	Her ay düzenli	14,85±3,13	7,56±1,86	16,12±3,29	7,77±1,97
t test		0,888	2,362	2,449	0,951
p		0,375	0,019*	0,015*	0,342
ASM ye gebelik muayene/izlem için ilk kez ne zaman kontrole gittiniz?	1-14 haftalıkta	15,09±3,4	7,86±1,87	16,67±3,41	7,88±1,91
	1-4 haftadan sonra	15,15±2,93	8,22±1,71	17,35±2,55	8,13±1,75

Tablo 4.9: Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımıyla İlgili Bilgilerinin Karşılaştırılması (Devamı)

t test		-0,111	-1,306	-1,391	-0,876
p değeri		0,912	0,193	0,165	0,382
Gebelik döneminde riskli /sorunlu durumunun varlığı	Hayır	15,12±3,15	7,88±1,86	16,69±3,38	7,89±1,89
	Evet	15,02±3,89	8,1±1,75	17,2±2,8	8,07±1,88
t test		0,220	-0,818	-1,079	-0,645
p değeri		0,826	0,414	0,281	0,520
ASM nin doğum öncesi bakım hizmetlerini yeterli buluyor musunuz?	Evet	15,15±3,26	7,86±1,82	16,8±3,39	7,99±1,91
	Hayır	14,85±3,63	8,26±1,9	16,76±2,58	7,61±1,69
t test		0,564	-1,344	0,077	1,252
p değeri		0,573	0,180	0,938	0,211
ASM lerde verilen doğum öncesi bakım hizmetleri beklentinizi karşıladı mı?	Evet	15,07±3,45	7,81±1,89	16,76±3,5	7,92±1,95
	Hayır	15,03±2,97	7,91±1,72	16,17±2,75	7,71±1,84
	Biraz ya da sınırlı	15,35±2,9	8,58±1,55	17,55±2,1	8,15±1,51
F test		0,133	2,971	3,298	0,504
p değeri		0,876	0,053	0,042*	0,605
Post-hoc				2<3	

*p<0,05 F=Tek yönlü varyans analizi; t=bağımsız örneklem t testi Post-hoc olarak Bonferroni testi kullanıldı

Doğum Öncesi Bakım Hasta Memnuniyeti Ölçeği alt boyut puanlarıyla Katılımcıların demografik, obstetrik özellikleri ve ASM kullanımı ile ilgili bilgiler arasında ilişkiler incelendiğinde;

Katılımcıların yaşına göre DÖB memnuniyeti alt boyutları incelendiğinde, bilgi ($F=0,489$, $p=0,690$), sağlık personeli bakımı ($F=0,763$, $p=0,516$) ve sistem özellikleri ($F=0,890$, $p=0,447$) boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Katılımcıların medeni durumuna göre yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre, resmi nikahı olan ve olmayan kadınlar arasında bilgi ($t=0,046$, $p=0,964$), sağlık personeli bakımı ($t=-0,019$, $p=0,985$) ve sistem özellikleri ($t=-0,354$, $p=0,723$) boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Katılımcıların eğitim durumuna göre analizlerde bilgi ($F=0,653$, $p=0,582$) ve sistem özellikleri ($F=0,625$, $p=0,600$), sağlık personeli bakımı ($F=2,391$, $p=0,069$) alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Çalışma durumu değişkeni incelendiğinde, çalışan kadınlar ile ev hanımları arasında sağlık personeli bakımı boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($t=2,085$, $p=0,038$). Çalışan kadınlar, ev hanımlarına kıyasla sağlık personeli bakımından daha düşük memnuniyet düzeyine sahiptir. Bilgi ($t=1,422$, $p=0,156$) ve sistem özellikleri ($t=1,232$, $p=0,219$) boyutlarında ise anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Katılımcıların eşinin yaşına göre bilgi ($F=1,164$, $p=0,328$) ve sistem özellikleri ($F=0,890$, $p=0,447$), sağlık personeli bakımı ($F=0,886$, $p=0,449$) alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Katılımcıların eşin eğitim durumuna göre bilgi ($F=3,213$, $p=0,023$) ve sağlık personeli bakımı ($F=4,759$, $p=0,003$) boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı. Farklılık gösteren grupları belirlemek için yapılan post-hoc analiz sonucunda, sağlık personeli bakımı boyutu için lisansüstü eğitime sahip eşlere sahip kadınların bilgi ve sağlık personeli bakımı memnuniyet puanlarının lisans ve lise mezunu eşlere sahip kadınlardan anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı. Ancak bilgi boyutu için lisansüstü eğitime sahip eşlere sahip kadınların bilgi ve sağlık personeli bakımı memnuniyet puanlarının lisans mezunu eşlere sahip kadınlardan anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı. Sistem özellikleri boyutunda ise anlamlı bir fark saptanmadı ($F=0,949$, $p=0,417$).

Ailenin gelir durumu ile DÖB memnuniyeti arasında bilgi ($F=0,027$, $p=0,974$), sağlık personeli bakımı ($F=0,206$, $p=0,814$) ve sistem özellikleri ($F=0,986$, $p=0,374$) boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Evlilik süresi değişkenine göre yapılan analizlerde de bilgi ($F=0,099$, $p=0,960$), sağlık personeli bakımı ($F=0,006$, $p=0,999$) ve sistem özellikleri ($F=0,351$, $p=0,789$) açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Katılımcıların gebelik sayısına göre DÖB memnuniyetinde anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (bilgi: $F=1,343$, $p=0,267$; sağlık personeli bakımı: $F=0,423$, $p=0,655$; sistem özellikleri: $F=0,435$, $p=0,648$).

Gebeliğin planlı olma durumuna göre, sadece sistem özellikleri boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($t=2,426$, $p=0,016$). Planlı gebeliği olmayan kadınların sistem özelliklerine yönelik memnuniyet düzeyleri planlı gebeliği olanlara göre daha düşük bulundu. Bilgi ($t=0,521$, $p=0,603$) ve sağlık personeli bakımı ($t=1,431$, $p=0,153$) boyutlarında anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Katılımcıların doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısına göre bilgi, sağlık personeli bakımı ve sistem özellikleri boyutlarından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Düşük veya kürtaj yapma durumu incelendiğinde, bilgi boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=3,634$, $p=0,028$). Daha öncesinde düşük/kürtaj yapmamış kadınların bilgi memnuniyet puanlarının daha önce 3 veya daha fazla düşük yapmış olan kadınlara göre yüksek olduğu saptandı. Sağlık personeli bakımı ($F=2,390$, $p=0,094$) ve sistem özellikleri ($F=2,223$, $p=0,110$) boyutlarında ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

DÖB hizmetine gitme sıklığı bakımından, bilgi ($t=1,683$, $p=0,094$), sağlık personeli bakımı ($t=1,792$, $p=0,074$) ve sistem özellikleri boyutunda da ($t=0,987$, $p=0,325$) anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Gebelikte ilk kontrol zamanı açısından da bilgi ($t=-0,051$, $p=0,960$), sağlık personeli bakımı ($t=-0,236$, $p=0,814$) ve sistem özellikleri ($t=0,215$, $p=0,830$) boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Gebelik döneminde riskli/sorunlu durum varlığına göre, bilgi boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t=2,106$, $p=0,038$). Riskli gebeliği olan kadınlar, riskli gebeliği olmayanlara göre bilgi boyutunda daha düşük memnuniyet düzeyine sahiptir. Sağlık personeli bakımı ($t=0,672$, $p=0,502$) ve sistem özellikleri ($t=0,205$, $p=0,837$) boyutlarında ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Aile sağlığı merkezinin DÖB hizmetlerini yeterli bulma durumu, tüm boyutlarda anlamlı farklılık olduğu saptandı. Hizmetleri yeterli bulmayan kadınların hizmetleri yeterli bulanlara göre bilgi ($t=5,036$, $p=0,000$), sağlık personeli bakımı ($t=5,238$, $p=0,000$) ve sistem özellikleri ($t=4,618$, $p=0,000$) puanlarında daha düşük memnuniyet puanlarına sahiptir.

DÖB hizmetlerinin beklentileri karşılama durumu değişkeni açısından da tüm boyutlarda anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (bilgi: $F=7,540$, $p=0,001$; sağlık personeli bakımı: $F=11,274$, $p=0,000$; sistem özellikleri: $F=12,338$, $p=0,000$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan post-hoc analiz sonuçlarına göre, sağlık personeli bakımı ve sistem özellikleri boyutu için hizmetlerden memnun olmayanlar ve sınırlı memnuniyet bildirenler, tamamen memnun olanlara göre daha düşük memnuniyet puanına sahiptir. Ancak bilgi alt boyutu için hizmetlerden memnun olmayanlar tamamen memnun olanlara göre daha düşük memnuniyet puanına sahiptir.

Doğum Öncesi Bakım Hasta Memnuniyeti Ölçeği alt boyut puanlarıyla Katılımcıların demografik, obstetrik özellikleri ve ASM kullanımı ile ilgili bilgiler arasında ilişkiler Tablo 4.10.' da verilmektedir.

Tablo 4.10: Doğum Öncesi Bakım Hasta Memnuniyeti Ölçeği Alt Boyut Puanlarıyla Katılımcıların Demografik, Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgiler Arasında İlişkiler

		Bilgi	Sağlık Personeli Bakımı	Sistem Özellikleri
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	20-25 yaş	27,26±7,82	47,35±12,91	38,35±10,83
	25-34 yaş	27,45±6,39	46,46±11,85	38,21±8,65
	35-44 yaş	27,13±7,81	48,94±11,89	40,33±8,79
	45-49 yaş	29,09±6,22	48,39±10,16	38,57±9,87
F test		0,489	0,763	0,890
p değeri		0,690	0,516	0,447
Medeni durum	Resmi nikah var	27,5±6,85	47,23±11,93	38,68±9,06
	Resmi nikah yok	27,4±6,04	47,3±8,34	39,7±6,11
t test		0,046	-0,019	-0,354
p değeri		0,964	0,985	0,723
Eğitim durumu	İlköğretim	27,25±6,49	47,16±11,27	39,14±8,95
	Lise	27,87±7,42	48,47±13,14	38,28±10,29
	Lisans	27,84±6,71	48,07±10,47	39,17±7,97
	Lisansüstü	26,14±7,09	42,4±14,91	36,66±10,73
F test		0,653	2,391	0,625
p değeri		0,582	0,069	0,600
Çalışma durumu	Ev hanımı	27,95±6,46	48,39±11,28	39,23±8,72
	Çalışıyor	26,79±7,29	45,43±12,43	37,9±9,31
t test		1,422	2,085	1,232
p değeri		0,156	0,038*	0,219

Tablo 4.10: Doğum Öncesi Bakım Hasta Memnuniyeti Ölçeği Alt Boyut Puanlarıyla Katılımcıların Demografik, Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgiler Arasında İlişkiler (Devamı)

Eş yaşı	20-25 yaş	27,15±6,16	47,44±10,61	38,18±8,02
	30-35 yaş	27,56±6,58	46,37±12,01	38,11±8,96
	40-45 yaş	26,62±8,19	47,83±13,18	40,17±9,58
	45 yaş ve üzeri	29±5,78	49,78±9,36	39,44±8,77
F test		1,164	0,890	0,886
p değeri		0,328	0,447	0,449
Post-				
Eş eğitim durumu	İlköğretim	27,19±5,86	46,42±10,01	37,96±7,67
	Lise	27,69±7,06	47,97±12,56	38,79±9,62
	Lisans	28,42±6,87	49,03±11,62	39,52±9,19
	Lisansüstü	24,65±6,62	41,23±11,29	36,98±8,36
F test		3,213	4,759	0,949
p değeri		0,023*	0,003*	0,417
Post-		4<3	4<2,3	
Ailenin gelir durumu	Kötü	27,82±6,87	49±11,74	40,88±8,01
	Orta	27,5±7,11	47,15±12,46	38,27±9,38
	İyi	27,4±5,97	47,01±9,88	39,46±7,89
F test		0,027	0,206	0,986
p değeri		0,974	0,814	0,374
Evlilik süresi	1-5 yıl	27,75±6,28	47,32±11,76	38,87±8,4
	6-10 yıl	27,3±7,74	47,11±12,59	38,43±9,69
	11-15 yıl	27,32±6,02	47,32±11,53	40,16±8,66
	16 yıl ve üzeri	27,31±6,56	47,19±10,29	37,94±9,21
F test		0,099	0,006	0,351
p değeri		0,960	0,999	0,789

Tablo 4.10: Doğum Öncesi Bakım Hasta Memnuniyeti Ölçeği Alt Boyut Puanlarıyla Katılımcıların Demografik, Obstetrik özellikleri ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgiler Arasında İlişkiler (Devamı)

Gebelik sayısı	1	28,06±5,74	47,94±11,01	39,27±7,88
	2-3	27,3±7,74	46,8±12,65	38,32±9,95
	4 ve üzeri	26,06±6,51	46,23±11,45	38,13±8,8
F test		1,343	0,423	0,435
p değeri		0,267	0,655	0,648
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	27,59±6,81	47,68±11,58	39,29±8,94
	Hayır	27,04±6,86	45,06±12,73	35,94±8,63
t test		0,521	1,431	2,426
p değeri		0,603	0,153	0,016*
Doğum sayısı	1	28,05±6,28	47,94±11,53	39,17±8,43
	2-3	26,9±7,54	46,39±12,4	38,17±9,51
	4 ve üzeri	27,24±5,27	47,35±9,68	38,88±9,54
F test		0,944	0,584	0,420
p değeri		0,396	0,558	0,657
Yaşayan çocuk sayısı	1	28,04±6,2	47,93±11,37	39,18±8,33
	2-3	26,9±7,64	46,56±12,6	38,31±9,69
	4 ve üzeri	27±5,11	45,8±9,22	37,4±9,16
F test		0,979	0,564	0,490
p değeri		0,384	0,570	0,613
Düşük/kürtaj yapma	Hayır	28,06±6,54	48,01±11,37	39,37±8,62
	1-2	26,3±7,31	45,62±12,63	37,11±9,78
	3 ve üzeri	22,33±6,92	39,67±14,26	35,17±8,52
F test		3,634	2,390	2,223
p değeri		0,028*	0,094	0,110
Post-		1>3		

Tablo 4.10: Doğum Öncesi Bakım Hasta Memnuniyeti Ölçeği Alt Boyut Puanlarıyla Katılımcıların Demografik, Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgiler Arasında İlişkiler (Devamı)

Gebelikte ASM ye kaç kez doğum öncesi bakım hizmeti almaya gittiniz?	4 kez ve fazlası	27,93±7,21	48,09±11,87	39,07±9,12
	Her ay düzenli	26,59±5,82	45,43±11,55	37,96±8,63
t test		1,683	1,792	0,987
p değeri		0,094	0,074	0,325
ASM ye gebelik muayene/izlem için ilk kez ne zaman kontrole gittiniz?	1-14 haftalıkta	27,51±6,77	47,31±12,05	38,66±8,95
	1-4 haftadan sonra	27,45±7,07	46,89±10,85	38,95±9,11
t test		-0,051	-0,236	0,215
p değeri		0,960	0,814	0,830
Gebelik döneminde riskli /sorunlu durum varlığı	Hayır	27,97±6,48	47,47±11,85	38,77±8,81
	Evet	25,68±7,74	46,32±11,71	38,5±9,62
t test		2,106	0,672	0,205
p değeri		0,038*	0,502	0,837
ASM nin doğum öncesi bakım hizmetlerini yeterli buluyor musunuz?	Evet	28,59±5,74	49,12±10,17	39,97±7,93
	Hayır	21,74±8,88	37,28±14,67	32,09±11,05
t test		5,036	5,238	4,618
p değeri		0,000*	0,000*	0,000*
ASM de verilen doğum öncesi bakım hizmetleri beklentinizi karşıladı mı?	Evet	28,45±6,12	49,28±10,39	40,12±8,11
	Hayır	23±8,49	38,83±13,94	32,91±9,66
	Biraz ya da sınırlı	26,35±7,09	43,65±13,1	36,28±10,26
F test		7,540	11,274	12,338
p değeri		0,001*	0,000*	0,000*
Post-hoc		2<1	2,3<1	2,3<1

5. TARTIŞMA

5.1. TARTIŞMA

Bu araştırma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde DÖB uygulamalarının niteliğini belirlemeye ilişkin 0-3 aylık bebeği olan annelerin gebelik döneminde aldıkları DÖB hizmetlerini değerlendirmek ve bu hizmetten memnuniyet durumlarını belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmamız, İstanbul-Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 24 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 0-3 aylık bebeği olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 288 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde, çalışmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tartışması

Tablo 4.1'de gebelerin sosyo-demografik özellikleri ele alınmıştır. Çalışmamızda yaş grubu açısından annelerin büyük çoğunluğu 25-34 yaş aralığında (%62,1) yer almakta olup bu grubu, 35-44 yaş (%21,9) ve 20-25 ile 45-49 yaş aralıkları (%8,0) izlemektedir. TNSA 2018 verilerinde, doğurganlık yaş aralığının, bir önceki TNSA verilerine kıyasla daha ileri yaşa ötelendiği ve en yüksek doğurganlık yaş aralığının, 25-29 yaş olduğu belirtilmiştir (TNSA, 2018). Çalışmada katılımcıların en fazla 25-34 yaş grubunda (%62,1) toplanmış olması TNSA 2018 verileriyle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların ve eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde, lise mezun olma oranları, sırasıyla 16,3 ve 26,7, lisans mezuniyet durumları sırasıyla 47,5 ve 42,7, lisansüstü mezuniyet durumları ise sırasıyla 12,2 ve 13,9 olduğu belirlenmiştir. Kadınların eğitim düzeyinin eşlerine göre daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. TNSA verileri de sonuçlarımızı doğrular nitelikte olup Ülkemizde kadınların eğitim düzeyinin erkeğin gerisinde olduğunu vurgulamaktadır. Bu verilere göre kadınların en fazla yoğunlaştığı eğitim düzeyi lisans mezuniyeti olup bu oran kadınlarda %47,5 iken eşlerinde ise bu oran %42,7 olarak belirtilmiştir. Ayrıca verilerinde de kız çocukların, liseden sonra okula devam etme olasılığının erkeğe kıyasla daha düşük olduğu rapor edilmiştir (TNSA, 2018). Literatürde yapılan benzer çalışmada kadınları %75,4'ü lise mezunudur, eşlerin ise %75,0'ı lise mezunudur (Aksu ve Akgün, 2020). Yapılan başka bir çalışmada lise ve üzeri eğitimi olan kadınların oranı %48 iken

eşlerde bu oran, %62,4 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyinin ülke genelinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde Yılmaz ve Karaca tarafından gerçekleştirilen araştırmada eş eğitim düzeyinin doğrudan, kadınların sağlık hizmetlerine başvuru düzeyini etkilediğini belirtilmektedir (Yılmaz ve Karaca, 2021). Bunun yanı sıra kadınların eğitim düzeyinin de DÖB almayı doğru orantılı etkilediği belirlen birçok çalışma mevcuttur (Başar ve Çiçek, 2018; Gill, ve Devgun, 2013; Pirinçci ve diğ., 2010; Kıssal ve Kartal, 2019; Çatak ve diğ., 2014; Erdoğan ve Çetinkaya, 2019; Yılmaz ve diğ., 2018).

Çalışmada kadınların, %39,2'sinin herhangi bir işte çalışan, %60,8'nin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. TNSA 2018 verilerine göre Ülkemizde kadın çalışma oranı %28, İstanbul'da ise 15-49 yaş arası çalışan kadın oranı %32 olduğu belirlenmiştir. Çalışan kadınların çoğu, lise mezunu ve refah düzeyi düşük ailelerde yaşadıkları belirtilmiştir. Kadınların çalışmama nedenleri arasında ev hanımı tercihi (%20), çocuk bakımı (%21) ve öğrenci olmak (%17) yer almaktadır (TNSA, 2018). Ülkemizde kadının iş gücüne katılım oranı, 2023 yılında OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında %33,9 olup son sırada yer almaktadır (TÜİK, 2023b). Şahin ve diğ. tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada, çalışan kadınların daha planlı davranarak sağlık kontrollerini aksatmadan yaptırdıkları bildirilmektedir (Şahin ve diğ., 2019). Yine Ergin ve diğ. tarafından yapılan çalışmanın sonucunda da benzer şekilde çalışan kadınların DÖB hizmetinden yararlanma oranını daha fazla olduğu belirtilmektedir (Ergin ve diğ., 2010). Çalışmamızdan elde edilen sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermiştir.

Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğunun (%69,8) gelirin giderine eşit yani orta düzeyde gelire sahip olduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, Arslan ve Baş tarafından 2022 yılında yapılan çalışma sonucunda, orta ve üzeri gelir grubundaki kadınların DÖB hizmetlerine daha düzenli gittikleri belirtilmektedir (Arslan ve Baş, 2022). Yine bir başka çalışmada ekonomik durumun iyi olanların DÖB hizmetlerinden yararlanma oranının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Erdoğan ve Çetinkaya, 2019; Ergin ve diğ., 2010; Başar ve Çiçek, 2018; Gill, ve Devgun, 2013; Pirinçci ve diğ., 2010; Kıssal ve Kartal, 2019). Bu çalışmada kadınların DÖB hizmetini Sultanbeyli ilçesindeki aile sağlığı merkezlerinden ücretsiz olarak alıyor olması, İstanbul'da yaşayan diğer orta gelirli ailelere benzer şekilde, ailelerimizin de orta gelir düzeyine sahip olduğunu açıklar niteliktedir.

Eşlerin yaş dağılımında 30-35 yaş grubunun (%54,9) öne çıktığı görülmektedir. Bu da kadının doğurganlık yaşları ile eşin yaşlarının çoğunlukla paralel seyrettiğini göstermektedir.

Kadınların evlilik sürelerine bakıldığında, en fazla yoğunluğun, %43,7 oranıyla, 1-5 yıl arasında olduğu görülmektedir. Bu durum, araştırmanın genç ve erken yaşta ebeveyn olmuş

çiftleri kapsadığını ortaya koymaktadır. Evlilik yılı kısa olanların muhtemelen ilk gebelikleri olduğundan doğum öncesi hizmet ihtiyaçları belirgin biçimde daha fazla olabilmektedir (Koç ve Şimşek, 2020). Çalışmamızla paralel biçimde literatürde de evliliğin ilk 5 yılındaki gebeliklerde eş desteği de alınarak DÖB hizmetlerinden daha fazla ve düzenli olarak yararlanıldığı görülmektedir (Yıldırım ve Öztürk, 2022).

Bu çalışmaya katılan kadınların tanıtıcı özellikler açısından büyük ölçüde eğitilmiş, orta gelir düzeyine sahip oldukları belirtilebilir.

5.1.2. Obstetrik Özellikler ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgilerin Tartışması

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi çalışmamıza katılan kadınların çoğunluğunun (%50,3) bir tane canlı çocuğa sahip olduğu; bunu %43,8 oranıyla 2-3 doğum izlediği saptanmıştır. TÜİK 2023 doğum istatistiklerinde doğumların %40,6’sının ilk doğum, sırasıyla %30,4’ünün ikinci, 16,3’ünün üçüncü ve %11,9’unun dördüncü doğum olarak gerçekleştirildiği belirtilmiştir (TÜİK, 2023a). Çalışma sonuçlarımız, TÜİK verileriyle uyumlu görülmektedir.

Çalışmamızda, kadınların %82,6’sının gebeliğini planlı olarak gerçekleştirdiği saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre doğumların %75’i istenen zamanda gerçekleşmekte, %11’inin daha sonra olması tercih edilmekte ve %15’i de istenmeyen gebeliklerdir (TNSA, 2018). Özsoy ve diğ., nin 2021 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada, kadınların %64’ünün gebeliğini planlı şekilde gerçekleştirdikleri belirtilmiştir (Özsoy ve diğ., 2021). Nitekim çalışmamızda planlı gebelik oranlarının bu kadar yüksek olması, çalışmamıza katılan kadınların eğitim düzeyi ve medeni durumu gibi sosyo-demografik özellikleriyle de yakından ilişkili olduğu düşünülebilir. Bu bulgu, özellikle sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek kadınların gebeliklerini daha bilinçli bir şekilde planladıkları yönündeki literatürle uyumludur (Çiftçi ve Demir, 2021).

Doğum sayısı açısından, kadınların %50,3’ü bir, %43,8’i 2-3 kez, %5,9’u ise 4 ve üzeri doğum gerçekleştirmiştir. Yaşayan çocuk sayısının %51,6 oranıyla 1 çocuk olması, çalışmamıza katılan kadınların çoğunlukla genç, primipar annelerden oluşması ve çoklu doğum yapan anne sayısının az olmasıyla açıklanabilir. TNSA 2018 verilerine göre kadın başına düşen ortalama çocuk sayısı 2,07 iken, bu oran 2023 itibarıyla 1,51’e gerilemiştir. Bu verilere göre de Türkiye genelinde doğurganlık hızının azaldığını ve çekirdek aile yapısının giderek yaygınlaştığını söylemek mümkündür (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019). TNSA 2018 verilerine göre kadınların %22’sinin en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı belirlenmiştir (TNSA, 2018). Karaçalı ve Özdemir tarafından Karabük’te kadınların aile

planlaması hizmetlerine erişimi konusunda toplum tabanlı yürütülen çalışmada kadınların %19,7'si en az bir kez isteyerek düşük veya kürtaj yaptığı, %18,7'si kendiliğinden düşük yaptığı belirlenmiştir (Karaçalı ve Özdemir, 2018). Buna karşın çalışmamızda düşük veya kürtaj deneyimi yaşayan kadınların oranı, %27,4 olarak belirlenmiştir. Sonucumuz, literatürde belirtilen değerlerden daha yüksek bulunmuştur. Bilindiği gibi kürtaj ya da düşüğün, kadının biyo-psiko-sosyal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumun, DÖB hizmetlerinin niteliğiyle doğrudan bağlantılı olduğu düşündürebilir.

Bu çalışmada kadınların %67,6'nın gebelik dönemlerinde en az 4 kez DÖB aldığı, %32,3'ü ise her ay düzenli olarak kontrole gittiği belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gebelikte en az dört kez DÖB almanın önemini vurgulamaktadır (WHO, 2016). Sağlık İstatistiği Yıllığı 2018 verilerine bakıldığında, Ülkemizde kadınların %95,2'si en az dört kez DÖB hizmeti aldığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). TNSA 2018 sonuçlarına göre ise ülkemizde en az bir kez DÖB alma oranı %96, dört ve daha fazla sayıda bakım alma oranı %90 olarak bildirilmektedir (TNSA, 2018). Çalışmamızda, DSÖ tarafından önerilen en az dört kez doğum öncesi hizmeti alınması düzeyinin yüksek oranda ulaşıldığı görülmektedir. Bu veriler, aile sağlığı merkezlerinde DÖB hizmetlerinin gebeler tarafından aktif biçimde kullanıldığını ve gebelerin bu konudaki sağlık bilincinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Verilerimiz Ülkemizde gerek ulusal gerekse bölgesel düzeyde gerçekleştirilen çalışmalarla karşılaştırıldığında, izlem sayısının çok daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu bilinç, erken gebelik döneminde yapılan kontrollerde de kendini göstermektedir. Çalışmamıza katılan kadınların %80,9'u 1-14. gebelik haftaları arasında aile sağlığı merkezine giderek ilk kontrollerini yaptırmış, yalnızca %19,1'i 14. haftadan sonra kontrole gitmiştir. Kaya ve diğ., 2022 yılında Sivas ilinde 22 aile sağlığı merkezinde yapmış oldukları çalışmada, gebelerin ilk trimesterde izleme gitme oranı %78 olarak bulunmuştur (Kaya ve diğ., 2022). Bu çalışmada gebe izlemlerinin önemli bir bölümünün ilk trimesterde başlıyor olması, ASM'lerin gebeliğin erken döneminde rol üstlendiğini göstermektedir. Bu durum, erken tanı ve izlem, risk belirleme açısından da son derece önemli olmaktadır. Nitekim literatürde erken dönemde başlatılan DÖB hizmetlerinin hem anne hem de fetal sağlığı açısından koruyucu etkisi olduğu vurgulanmaktadır (Altıparmak ve diğ., 2020).

Çalışmamıza katılan kadınların %79,2'si gebeliklerinde herhangi bir riskli durum ifade etmemişlerdir (Tablo 4.2.). TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de son 5 yılda hiçbir risk kategorisinde olmayan gebeliklerin oranı %34'dür (TNSA, 2018). Riskli gebeliklerde sağlık hizmetlerine erişim hem sıklık hem de içerik açısından daha önemlidir. Bu nedenle DÖB

hizmetlerinin niteliği, bu grup için özellikle kritik bir durum arz etmektedir (Karabulut ve Turan, 2017).

5.1.3. Aile Sağlığı Merkezinden Alınan DÖB Değişkenlerine İlişkin Verilen Yanıtların Tartışılması

Aile sağlığı merkezlerinden alınan DÖB hizmetlerinin değerlendirilmesini incelediğimizde, çalışmamıza katılan kadınların %84'ü bu hizmetleri yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Bu olumlu yaklaşıma göre aile sağlığı merkezlerinin sunmuş olduğu DÖB hizmetlerinin genel olarak memnuniyetle karşılandığı sonucunu ortaya koymaktadır. Fakat az oran da olsa (%16) ASM lerden aldıkları DÖB ı yetersiz bulan ve beklentilerinin karşılanmadığını ifade eden kadınlar da mevcuttu. DÖB hizmetlerinin beklentileri karşılama durumuyla ilgili olarak çalışmamıza katılan kadınların %74'ü hizmetten memnuniyetlerini bildirmişlerdir. Buna karşın kadınların %13,8'i beklentilerinin sınırlı ölçüde karşılandığını, %12,2'si ise tamamen karşılanmadığını ifade ettiği görülmüştür. Bu sonuç, kadınların bireysel farklılıklarına göre beklenti ve gereksinimlerinin farklı olabileceği, özelleştirilmiş hizmetlere duyulan ihtiyacın olabileceği gerçeğini ortaya koymaktadır. Sağlık profesyonellerin iletişim becerileri, bilgilendirme yeterliliği ve hizmetin bireyselleştirilmesi gibi alanlarda kendilerini geliştirmeye özen göstermeleri gerekmektedir.

Tablo 4.3' ve Grafik 4.1'de yer alan Doğum Öncesi Bakım değişkenlerine katılımcılar tarafından verilen yanıtlar, literatür kapsamında değerlendirilmiştir. Gebelik sürecinde yapılması gereken kan ve idrar tahlilleri, gebeliğin sağlıklı bir şekilde izlenebilmesi için büyük öneme sahiptir. Literatürde, gebelikte rutin olarak kan ve idrar tahlillerinin yapılması, gebede anemi, enfeksiyon ve diğer komplikasyonların erken saptanmasında büyük rol oynadığı belirtilmektedir. Özellikle idrar tahlilinin, gebelikte idrar yolu enfeksiyonlarının, böbrek fonksiyon bozukluklarının erken tanısında hayati rol oynadığı, enfeksiyon tedavisinin geciktirilmesinde preterm doğum riskini artabileceği ve yine gebenin üriner yollarda önemli sorunlar oluşturabileceği ifade edilmektedir. Yine düzenli kan tahlillerinin metabolik hastalıkların erken dönemde tespitine olumlu yönde katkı sağlayacağı ve gebelik komplikasyonların önlenmesinde önemli olduğu belirtilmektedir (Kara ve diğ., 2022; Makinde ve diğ., 2021; Öztürk ve Aslan, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), gebelik boyunca yapılması gereken en az dört antenatal izlemde laboratuvar testlerin yapılmasını önerirken bu tetkiklerin sürekliliği, maternal ve fetal sağlığı doğrudan etkilediği görüşünü paylaşmaktadır (WHO, 2016). Kıssal ve Kartal tarafından bir üniversite hastanesinde yürütülen çalışmada

gebelerin %94'üne kan tahlili yapıldığı belirtilmektedir (Kıssal ve Kartal, 2019). Çalışmamızda gebelikte kan ve idrar tahlilini, katılımcıların yalnızca %37,5'i her zaman uygulandığını ifade ederken, %27,1'i bazen ve %4,1'i ise hiç uygulanmadığını belirttikleri saptanmıştır. Bu sonuç, gebelik izlemlerinde temel sağlık gereksinimlerinin tam olarak karşılanmadığını göstermektedir. Bunun yanı sıra çalışmaya dahil olan bazı annelerin gebeliklerinde metabolik ve/veya enfeksiyona ilişkili sağlık sorunları olduğunu ve buna bağlı riskli gebelik ifade ettikleri bulgulanmıştır. Oysa Sağlık Bakanlığı DÖB Protokolüne kan ve idrar tahlillerinin rutin olarak her izlemde yapılması gerektiğini vurgulanmaktadır.

Kan grubun ve Rh faktörün belirlenmesi, maternal ve fetal riskleri belirleme ve önlem almada kesinlikle gerekli olmaktadır. Gebelik ve doğumda kan grubu ve Rh faktör uyumsuzluğunun hayati sonuçlar doğurabileceğinden her gebe ve eşi için kan grubu testinin rutin olarak yapılması gerekmektedir (Çalışkan ve Gölbaşı, 2019; Knight ve diğ., 2020). Çalışmamızda kadınların %24,7'si gebeliklerinde kan grubu tayini yapılmadığını, %75.3 ü yapıldığını belirtmiştir. Akdemir G.'nin 2019 yılında yaptığı çalışmada gebelerin %67,5'i; Türkmen M. nin araştırmasında %68,7'i kan grup tayinlerinin yapıldığını bildirmişlerdir (Akdemir G., 2019; Türkmen M., 2020). Gebelikte kan grubu ve Rh faktörü belirleme konusunda çalışma sonucumuzun daha yüksek oranda olması, sevindirici ancak yeterli değildir. Çalışmamızın İstanbul da yapılmış olması bu farkı anlamlı kılmış olabilir.

Gebelikte riskli durumların erken tanısı için öykü (anamnez) alma uygulaması, gebe izlem kapsamında gebe ile yapılacak ilk görüşmede mutlaka alınması gereken kritik bir değerlendirme olarak tanımlanabilir. Bu uygulama devam eden kontrollerde de, farklı durumları belirlemek üzere, yinelenmelidir. Çalışmamıza katılan kadınların %52,4'ü öykü almanın sıklıkla ve her zaman yapıldığını belirtirken, önemli bir oran (%41,7) bunu yalnızca bazen yapıldığını ifade etmiştir. Bu sonuç, bazı sağlık profesyonellerinin anamnez alma uygulamasını standart bir uygulama olarak görmediği ya da zaman darlığı nedeniyle yeterince dikkate almadığı biçiminde yorumlanabilir. Literatürde, öykü almanın gebelikteki komplikasyonların erken tanısı açısından önemi vurgulanmaktadır. Gebelikte bireyselleştirilmiş bakım planlaması için öykü yani anamnez almanın vazgeçilmez bir adım olduğu bilinmektedir. Erken dönemde alınan ayrıntılı öykünün, sistemik, metabolik, otoimmün hastalıklar, hipertansiyon, pregestasyonel diyabet gibi önemli sorunların tespiti için kritik önem taşımaktadır (Aksu ve Özcan, 2022; Erdem ve Şimşek, 2021; UNICEF, 2019; WHO, 2016).

Gebelik kontrollerinde genel fizik muayenenin yapılması, maternal olumsuz durumların fark edilmesi konusunda ipuçları vermektedir. Bununla birlikte, bazı çalışmalar maternal fizik

muayenenin kapsamlı ve yeterli sıklıkta yapılmadığını ve bu nedenle maternal sağlık sorunlarının gözden kaçabileceğini belirtmektedir (Aytekin ve diğ., 2021; Özkan ve Bulut, 2022; Papazyan ve diğ., 2020). Baştarcan ve diğ. tarafından 2022 yılında yürütülen çalışmada, gebelerin %20'sine fizik muayene yapılmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada fizik muayene uygulaması için verilen yanıtlarda kadınların %59'u "her zaman ve sıklıkla" yapıldığını ifade etmiştir. Buna karşın %41'i "bazen ve hiçbir zaman" yanıt verdiği görülmüştür. Sonucumuz, literatürle benzerlik gösterdiği biçimde yorumlanabilir. Gebelik kontrollerinde çok önemli bir aşama olan fizik muayene konusu, ne yazık ki sağlık personeli tarafından henüz yeterince ciddiye alınmamakta ve önemsenmemekte, ihmal edilmektedir.

Leopold muayenesi, fetüsün yaklaşık haftasını, situs ve pozisyon, prezantasyonu ve daha da önemlisi ÇKS alınarak sağlık durumu hakkında bilgi vermektedir. Bu sayede fetüse ait olumsuz bir durumu erken fark edilmesine fırsat verir. Literatürde, Leopold muayenesinin gebelik izleminde kritik bir öneme sahip olduğunu ve doğuma yakın son trimesterde fetal pozisyonun belirlenmesinin doğumun yönetimi için önemli olduğu vurgulamaktadır. Bu nedenle, Leopold muayenesinin gebelik izleminde sistematik bir şekilde yapılması önerilmektedir (Ekinci & Erdem, 2021; Özdemir ve Kılıç, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018). Çalışmamızda, verilen yanıtlara göre kadınların %54,9'una Leopold muayenesinin "her zaman ve sıklıkla" yapıldığını ifade ettikleri görülmüştür. Ancak ne yazık ki % 54,1'inin "hiç veya bazen" yapıldığı biçimde yanıt vermesi çok üzücü olmuştur. Çatak ve diğ. tarafından 2012 yılında Karabük Toplum Sağlığı Merkezinde yapılan çalışmada, gebelerin sadece %9,3'üne Leopold muayenesi yapılmamış olduğu bildirilmiştir. Demir Ç. (2016) tarafından Erzincan'da 156 kadın ile yürüttüğü çalışmada kadınların %48,1'ine gebelik döneminde Leopold muayenesi yapılmadığını belirtilirken; Erbaş G. tarafından 2016 yılında Tokat ili Gaziosmanpaşa ilçesinde aile hekimliklerine kayıtlı 139 gebe ile yapılan çalışmada, gebelerin %68,5'ine Leopold muayenesinin yapılmadığı ifade edilmiştir (Erbaş G.,2016; Demir Ç., 2020). Çalışma sonucumuzla söz konusu olan bu farklılığın, çalışmamızın gerçekleştirildiği ASM lerde sağlık çalışanların duyarsızlığı ve bilinçsiz davranışına açıklanabileceği kanısındayız.

Gebelik boyunca kilo takibi, anneanne adayının hızla aşırı kilo alımını veya kaybını saptamak için önemlidir. Kilo ölçümünün gebelik izleminde düzenli olarak yapılması gerektiği, anne adayının sağlığı açısından temel bir gerekliliktir. Yine literatürde gebelikte kilo takibinin, maternal sağlık ve fetal gelişim için büyük önem taşıdığı ifade edilmektedir. Aşırı kilo alımı, gestasyonel diyabet ve preeklampsi gibi komplikasyonlarla ilişkili olduğu saptanmıştır (Ceylan

ve Coşkuner, 2020; Turan ve diğ., 2019). Aksu S.'nin 2020 yılında, DÖB hizmetlerinde yapılan muayene ayrıntılarını öne çıkarmak üzere Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Atatürk Şehir Hastanesi Doğum Polikliniğine başvuran 375 gebe ile yürüttüğü çalışmada, gebelerin sadece %63,5'inin boy-kilo ölçümlerinin yapıldığı belirtilmiştir (Aksu S. 2020). Çakır E.Ö. (2018) tarafından İstanbul ili Adalar ilçesi aile sağlığı merkezlerinde 65 gebe ile yapılan çalışmada, gebelerin %88,5'ine DÖB hizmeti kapsamında kilo ölçümünün yapıldığı; Gök A. 'nın (2024) Türkiye Sakatlar Derneği ve Ankara Engelli Kadın Derneğine üye olan, son bir yıl içinde doğum yapmış 60 kadınla yürüttüğü çalışmada ise kadınların tamamına (%100), DÖB hizmeti olarak gebelik dönemlerinde kilo ölçümlerinin yapıldığı saptanmıştır (Çakır E.Ö., 2018; Gök A., 2024). Bu çalışmada kadınların %73,2'sinin gebelik kontrollerinde kilo ölçümünün "sıklıkla veya her zaman" alındığını belirtmiştir. Bununla beraber katılımcılar, %26,8 oranında "hiçbir zaman ve bazen" ifadesini vermişlerdir. Antenatal kontrollerde kilo takibinin çalışmamızda her ne kadar literatürden daha yüksek oranda bulunmuş olsa da önemli bir gruba yapılmamış olması nedeniyle yetersiz olarak yorumlanabilir. Birinci ve ikinci düzey sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanların bu konuda yeterince farkındalık geliştirmedikleri görülmektedir.

Boy ölçümü genellikle gebelik izlemlerinin ilk aşamasında bir kez yapılır. Literatür, gebelikte boy ölçümünün yalnızca ilk izlemde gerçekleştirildiğini ve bu sayede fetüsün gelişimindeki potansiyel sorunları saptamak için önemli olduğuna işaret etmektedir (Aydın ve diğ., 2019; Öztürk ve Kaya, 2021; Tosun ve Şahin, 2020). Gürsoy Demir M. tarafından yapılan çalışmada, gebelerin %60,3'ünün boy ölçümlerinin alındığı, Çatak ve diğ. nin Burdur'da yapmış oldukları çalışmada antenatal kontrol kapsamında gebelerin % 49'una boy ölçümü yapıldığı belirtilmektedir (Gürsoy Demir M., 2021; Çatak ve diğ., 2012). Bu çalışmada kadınların yalnızca %43,4'ü bu işlemin sıklıkla ya da her zaman yapıldığını belirtmiş, %28,5'i hiç yapılmadığını ifade ettiği saptanmıştır. Bu sonuçlar, DÖB hizmeti veren sağlık personelinin gebenin boy uzunluğunun gebelik için risk taşımadığı, sadece gebeyi tanılayan ve önemli olmayan bir veri olduğu düşüncesi taşıdıkları izlenimi vermektedir.

Ödem kontrolü, gebelikte preeklampsi ve diğer kardiyovasküler hastalıkların erken tespiti açısından kritik önem taşımaktadır. Ödemin düzenli izlenmesi, anne adayının sağlık durumu hakkında önemli veriler sunar ve gebelikte olası riskleri önceden belirlemeye yardımcı olur. Preeklampsi gibi komplikasyonların seyrini izlemek ve tedavi planları oluşturmak için ödem kontrolünün her gebelik izleminde önemli ve gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Güven ve diğ., 2021; Koç ve Aktaş, 2020; Şahin ve Yılmaz, 2020). Nazik ve diğ. Yaptıkları

araştırmada, çalışmaya katılan 300 gebeden %80'i ödem kontrolü yapılmadığı ifade etmiştir (Nazik ve diğ., 2022). Çalışmamızda kadınların %42,7'si ödem kontrolünün düzenli olarak yapıldığını belirtirken, %30,2'si ise hiç yapılmadığını ifade ettikleri görülmüştür. Bu oran, riskli durumların göz ardı edilmesine yol açabilecek ciddi bir eksiklik olarak yorumlanabilir.

Gebelikte varis kontrolü, özellikle periferik dolaşım bozuklukları ve alt ekstremitelerdeki venöz sorunların değerlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada kadınların yalnızca %34,4'ü düzenli olarak varis kontrolü yapıldığını, %39,9 gibi önemli bir oranı bu hizmetin hiç verilmediğini belirttikleri görülmüştür. Bu bulgu, gebelikte hemostatik sistem artışına ve son trimesterde inferior vena cava bası artışına bağlı olarak gelişen periferik dolaşım bozukluklarının izlenmesinde yetersiz kalındığını açıkça göstermektedir. Literatürde, gebelikte venöz hastalıkların ve varislerin sıklıkla gözden kaçtığı, bu nedenle bazı komplikasyonların geliştiğine dikkat çekilmektedir. Varis kontrolü, anne adaylarının kardiyovasküler sağlığını korumak ve komplikasyonları önlemek açısından düzenli olarak yapılması gereken bir işlemdir (Duman ve Çelik, 2020; Toprak ve Gül, 2021).

Kan basıncı ölçümü, hipertansiyon, preeklamps ve vb. durumlar, gebelikte en önemli komplikasyonlar olması nedeniyle oldukça önemlidir. Literatürde, gebelikte hipertansiyonun erken tespiti ve tedavisinin, özellikle preeklamps ve eklamps gibi daha ciddi komplikasyonların gelişimini engelleyebildiği belirtilmektedir. WHO'ya (2016) göre, gebelikte hipertansiyon, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, anne ölümlerinin başlıca nedenlerinden biridir ve her gebe izlemde tansiyon ölçüm takibi yapılması önerilmektedir (Kaya ve Gök, 2020; WHO, 2016). Çatak ve diğ. nin birlikte yürüttükleri çalışmasında, gebelerin %97,3'nün kan basıncı ölçümünün yapıldığı belirtilmiş, Pirinçci ve diğ. 2010 yılında Elazığ'da 298 lohusa ile yapılan çalışmada gebelik dönemlerinde tansiyon ölçümü yapılan kadınların oranının %98 olduğu saptanmıştır (Çatak ve diğ., 2012; Pirinçci ve diğ., 2010). Bu çalışmada kadınların %70,8'i kan basıncı ölçme işlemini "sıklıkla ve her zaman"; %20,8 i bazen yapıldığı ve %8,4 ü ise hiçbir zaman yapılmadığını belirtmiştir. Bu bulgu, literatürde belirtilen çalışmalardan ne yazık ki daha düşük bulunmuştur. Bu durum, çalışmanın yürütüldüğü ASM lerdeki sağlık profesyonellerin kan basıncı ölçümü konusunda yeterli özeni göstermediklerini göstermektedir. Oysa anne ölümü gibi ciddi sonuçları olan preeklamps, eklamps ve kardiyovasküler sorunların erken tanısı için ilk veri, kan basıncı ve nabız sayısı değerleri olabilmektedir.

Fetüsün sağlık durumu ile ilgili bilgi sağlayan fetal kalp sesi dinleme işlemi, her gebelik izleminde mutlaka yapılması gereken bir uygulamadır. Fetal kalp frekansının (FKF) düzenli olarak dinlenmesi, fetal distres ve olası komplikasyonların erken tanısı için çok önemlidir.

WHO, her gebe izlemde fetal kalp frekansının kontrolü ve değerlendirilmesini önemle vurgulamaktadır (Aksu ve Aydın, 2020; Altun ve Yalçın, 2019; WHO, 2016). Pirinçci ve diğ.nin 2010 yılında Elazığ'da 298 lohusa ile gerçekleştirdiği çalışmada, kadınların %98,7'sinin gebelik kontrollerinde en az bir kez fetal kalp sesinin dinlendiği ve kendilerine de dinletildiği; Gök A. 'nın (2024) son bir yıl içinde doğum yapmış 60 kadınla yürüttüğü çalışmada, kadınların tamamına (%100), Demir Ç. 'nin (2020) Erzincan ilinde 2018 yılında doğum yapmış 156 kadın ile yürüttüğü çalışmada da yine kadınların tamamına (%100), DÖB hizmeti olarak fetal kalp sesi dinlendiği belirtilmiştir (Demir Ç., 2020; Gök A., 2024; Pirinçci ve diğ., 2010). Bu çalışmada, kadınların %70,8'i fetal kalp sesini her izlemde düzenli olarak dinlendiğini, %15,6'sı bazen dinlendiğini ve ne yazık ki %13,6 gibi önemli bir oranının hiçbir zaman dinlenmediğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Aile sağlığı merkezlerinde fetal doppler cihazını bulundurmanın mecburi olmasına rağmen çalışmamızda elde edilen bu veri, üzücü olmuştur. Bu çok önemli tanı ölçütü olan FKF nin, tüm gebelere her izlemde mutlaka değerlendirilmesi gerektiği önemli ve vazgeçilmez olmalıdır.

Demir ilaç desteği, gebelikte anemi riskini azaltmak amacıyla yaygın olarak önerilen bir uygulamadır. Literatürde, demir takviyesinin gebelikteki anemi riskini önemli ölçüde azaltabileceği ve gebelik sürecindeki komplikasyonları engellemeye yardımcı olacağı belirtilmektedir. Anemi, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve fetüs için olumsuz sağlık sonuçları gibi komplikasyonlarla ilişkilidir. Demir takviyesinin düzenli verilmesi hem anne adayını hem de fetüsün sağlığını korumak adına temel bir uygulamadır. (Özdemir ve Akpınar, 2020; Şen ve Günay, 2021; WHO, 2016). Omaç ve diğ. tarafından Malatya Arapgir Devlet Hastanesi'ne başvuran gebelerle yürütülen bir araştırmada gebelerin %71,2'si demir preparatı kullandığı belirtilmektedir (Omaç ve diğ., 2009). Bu çalışmada kadınların, %72,6'sı gebeliklerinde demir takviyesini "sıklıkla veya her zaman", % 20,8 i bazen aldığını belirtmiştir. Bu oran literatürdeki çalışmayla benzerlik göstermektedir. Bilindiği gibi gebelere verilen demir preparatının her gün ve emilimin yeterli olabilmesi için uygun koşullarda alınması gerekmektedir. Gebe ve ailesini bu konuda bilgilendirmek ve izlemine gerçekleştirmek adına ASM merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerin, özellikle ebe/hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır.

D vitamini takviyesi, gebelik boyunca anne adayını ve fetüsün kemik sağlığını korumak için kritik öneme sahiptir. Literatürde, D vitamini eksikliğinin, gebelikte preeklampsi, gestasyonel diyabet ve düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlarla ilişkilendirildiği vurgulanmaktadır Özellikle, gebelikte kan testi ile saptanan D vitamini yetersizlik durumu

mevcut ise bu konu çok daha önemli olmaktadır. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberinde de belirtildiği gibi gebelik süresince günde 1200 IU (9 damla) D vitamini takviyesinin düzenli olarak sağlanması gerekmektedir (Doğan ve Demir, 2021; Günay ve Yıldırım, 2020; Kaya ve Şahin, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018). Akdemir G., tarafından Iğdır Devlet Hastanesine başvuran 200 gebe ile yürüttükleri çalışmada, gebelerin %94,5'i düzenli D vitamini takviyesi aldığı; Temizer M., nin (2015) Oğuzeli Merkez Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı canlı doğum yapmış 260 anne ile yürüttüğü çalışmada, annelerin %88,8'inin son gebeliğinde D vitamin takviyesini düzenli aldığı belirtilmiştir (Akdemir G., 2019; Temizer M., 2015). Bu çalışmada, kadınların %71,5'i D vitamini takviyesini 'sıklıkla veya her zaman', %21,5'i bazen aldığını ifade ettiği saptanmıştır. Literatürle kısmen de olsa benzerlik gösteren verimiz, yine de gebeler tarafından D vitamini takviyesinin yaygın olarak kullanıldığı izlenimi vermektedir. D vitamini preparatların aile sağlığı merkezinden ücretsiz temin edilmesi bu duruma önemli bir etken olabilir düşüncesindeyiz.

İlaç kullanımı hakkında bilgilendirme, antenatal kontrollerin ve eğitim/danışmanlık program içeriğinin vazgeçilmez bir aşamasıdır. İlaç bilgilendirmesi, gebelikte kullanılan ilaçların doğru ve güvenli bir şekilde kullanımını sağlamak amacıyla kritik öneme sahiptir. Literatürde özellikle, gebelikte kullanılan ilaçların fetüs üzerindeki etkilerinin iyi anlaşılması gerektiği ve anne adaylarının akıllı ilaç kullanımı konusunda eğitilmesi, gelişigüzel ilaç kullanımının önlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Yine ilaç bilgilendirmesinin sağlık profesyonelleri tarafından etkin bir şekilde yapılmasının, gebelik sürecinde komplikasyonları önlemeye yardımcı olacağı belirtilmektedir (Aydın ve Koç, 2020; Yılmaz ve Duman, 2020; Öztürk ve Arslan, 2021). Çakır E.Ö.' nün istanbul'da bir aile sağlığı merkezinde 65 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin %55,8'ine ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme yapıldığı belirtilmiştir (Çakır E.Ö., 2018). Çalışmamıza katılan kadınların %68'i gebeliklerinde ilaç kullanımı hakkında "sıklıkla ve her zaman " yanıtı ile düzenli olarak bilgilendirildiğini belirtirken, %31,9'u yeterli bilgilendirme yapılmadığını ifade etmişlerdir. Gebelikte akıllı ilaç kullanımı, gebe ve fetüs sağlığı için kritik olduğu halde çalışmamızda saptanan bu sonuçlar, dikkat çekici olup gebe eğitimi konusunda yetersizlik olduğuna işaret etmektedir.

Gebe eğitimi programlarının düzenlenmesi ve katılımının sağlanması, anne adaylarının gebelik döneminde karşılaşılabilecekleri sağlık risklerini anlamalarına ve bu süreçle ilgili bilinçlenmelerine katkı sağlar. Literatürde, antenatal eğitim programlarının gebe ve ailesini DÖB konusunda bilinçlenmelerine katkı sağladığı, gebelik sürecini sağlıklı geçirmelerine destek olduğu ve riskli durumları erken fark edip önlem alınmasını kolaylaştırdığı

belirtilmektedir Gebeye verilecek doğum öncesi eğitimin, doğum korkusunu azaltmak, doğuma hazırlık sağlamak ve doğum sonrası bakım farkındalığını artırmak açısından da çok önemli olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (Andaroon ve diğ., 2017; Demir ve Şen, 2021; Kaya ve diğ., 2022; Özdemir ve diğ., 2019; Yılmaz ve Can, 2020). Bu çalışmada, kadınların yalnızca %38,9'u 'her zaman veya sıklıkla' yanıtı ile düzenli olarak eğitim programlarına katıldığını; %41,7'si 'hiçbir zaman' katılmadığını belirtmiştir. Sonucumuz, gebe eğitim programların ne yazık ki yeterince yaygınlaşmadığına işaret etmektedir. Özellikle aile sağlığı merkezlerinde henüz sisteme dahil edilemeyen “gebe eğitim programları”nın ele alınıp planlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bireysel ya da özel danışmanlık, anne adaylarının özel sağlık ihtiyaçlarına göre kişiselleştirilmiş bakım almalarını sağlamaktadır. Literatürde, gebelikteki özel ihtiyaçların belirlenmesi için bireysel danışmanlıkların önemli olduğu ve bu hizmetlerin, anne sağlığının iyileştirilmesine katkı sağladığı belirtilmektedir. Özel danışmanlık, özellikle riskli gebeliklerde, gebelik sürecinin izlenmesi ve uygun müdahalelerin yapılması açısından önemli olmaktadır. Danışmanlık hizmetlerinin gebelik süresince düzenli verilmesi, anne adayının psikososyal destek gereksinimlerini karşıladığı gibi fiziksel sağlığın korunmasında da çok etkili olmaktadır (Çetin ve Bozkurt, 2020; Güler ve diğ., 2020; Sarı ve Kaya, 2021). Aydın C., (2019) tarafından Mardin ili Kızıltepe ilçesi aile sağlığı merkezlerinde 142 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin sadece %21,4'ü 'bireysel danışmanlık hizmeti'; Gürsoy Demir M.'nin (2021) İstanbul ili Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine 300 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin sadece %33,5'i 'bireysel danışmanlık hizmeti' aldığı belirtilmiştir (Aydın C., 2019; Gürsoy Demir M., 2021). Bu çalışmada, kadınların %41'i gebelik dönemlerinde bireysel danışmanlık hizmeti 'hiçbir zaman' almadığını belirtmeleri, hizmetin yetersizliğini öne çıkarmaktadır. Çalışmamız bulguları literatür ile uyum gösterse de bireysel danışmanlık hizmeti verilme oranı, malesef istenilen düzeyde olmadığı, sağlık çalışanları bireysel danışmanlık için yeterli zamanı ayırmadığı ve özeni göstermediğine işaret etmektedir.

Üst basamağa sevk, gebelikte komplikasyonların daha ileri düzeyde tedavi edilmesi ve izlenmesi gerektiğinde yapılan bir işlemdir. Gebelikte riskli durumların erken saptanması ve gerektiğinde üst basamak kuruluşu sevk edilmesinin, komplikasyonların önlenmesinde önemli bir yer tuttuğu ifade edilmektedir. Gebelik sürecinde komplikasyon yaşayan anne adaylarının, doğru zamanda ve doğru yere sevk edilmesi, maternal ve fetal sağlığın korunmasına yardımcı olur. Aile sağlığı merkezlerinden 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine sevk oranının düşük olması, riskli gebelik olgularının düşük olduğunu göstermektedir. Aile sağlığı merkezlerinde

gebe değerlendirmeleri, “SB risk tanılama kriterleri” doğrultusunda yapılmalı ve dikkatten kaçan bir ihmalin olmamasına özel gösterilmelidir (Güven ve Polat, 2021; Yıldız ve Koç, 2020). Çalışmamızda bu konudaki yanıtlara bakıldığında kadınların %11,1’inin üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edildiği belirtilmiş olup bu oran oldukça düşüktür. Bu sonuç, risk tanımlanmayan gebeliklerin çoğunlukta olduğunu göstermektedir.

Gebe izlem randevularının düzenli verilmesi, gebe ve fetüs sağlığının izlenmesinde ve süreklilik kazanmasında önemlidir. Düzenli izlem, anne ve fetüsün sağlık durumunun izlenmesi ve herhangi bir sağlık sorununun erken fark edilip gecikmeden müdahale edilmesi için önemli fırsat sağlar. Literatürde, gebelik izlem randevularının düzenli verilmesinin, gebelikteki komplikasyonların yönetimi ve sağlık takibinin sürekliliği açısından çok önemli olduğu ifade edilmektedir. Bu bağlamda, gebelik izlem randevularının kesintisiz şekilde sağlanması, sağlık risklerini minimize etmek için temel bir gereklilik olarak kabul edilmektedir (Çalışkan ve Demir, 2020; Yalçın ve Gür, 2021). Bu çalışmada verilen yanıtlara göre kadınların %60,4’ü randevularının düzenli olarak verildiğini ifade ederken, %20,8’si hiçbir zaman verilmediği belirtmiştir. Düzenli izlem açısından bu oran yeterli görünse de, %39,6’lık bir farkın olması, bakım sürekliliğini ve gebe takibini olumsuz etkileyebilir.

Prekonsepsiyonel dönem ve gebelikte bağışıklama ile maternal antikor seviyesinin artırılması, fetüs, gebe, yenidoğanı hastalık ve enfeksiyonlardan korumak için uygulanan en etkili yöntemlerdir. Tablo 4.4 ve Grafik 4.2’de belirtilen bağışıklama hizmetlerinden yararlanma durumu incelendiğinde, çalışmaya katılan kadınların %44,8’inin bir doz, %46,9’unun iki doz tetanos aşısı olduğu ve yalnızca %8,3’ünün hiç tetanos aşısı yaptırmadığı saptanmıştır. Bu bulgu, ülkemizde gebelere yönelik bağışıklama programlarının tetanos aşısı özelinde etkin yürütüldüğünü göstermektedir. Bağışıklama yapılma zamanı, yeterli immünizasyonun sağlanması açısından oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (Maertens ve diğ., 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Temizer M., nin Oğuzeli Merkez Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı canlı doğum yapmış 260 anne ile yürüttüğü çalışmada, son gebeliğinde annelerin %21,9’nun bir doz, %68,1’nin iki doz tetanoz aşısı olduğu ve yalnızca %10’nun hiç tetanos aşısı yaptırmadığı belirtilmiştir (Temizer M., 2015). Benzer şekilde Akın ve diğ. nin 2021 yılında yürüttükleri çalışmada da, gebelik döneminde tetanos aşılama oranının (%80) yüksek olduğu saptanmıştır. Bu olumlu sonuçlar, yani sağlık personelin bağışıklamayı düzenli uygulaması, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” önerilerinin belirleyici rol oynadığı düşünülebilir.

Ne yazık ki Hepatit B bağışıklanma durumuyla ilgili aynı hassasiyeti söylemek mümkün olmamaktadır. Bu çalışmaya katılan kadınların %50'sinin Hepatit B aşısını hiç yaptırmadığı saptanmıştır. Üç doz Hepatit B aşısı yaptıranların oranı yalnızca %10,1'dir. Benzer şekilde Çağlayan ve diğ. tarafından Bozok Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğe başvuran 78 gebenin sadece %17,9'una Hepatit B aşılması yapıldığı belirtilmiştir (Çağlayan ve diğ.,2013). Bu sonuç, Hepatit B aşısının gebelik döneminde ikinci plana atıldığını veya sağlık personeli farkındalık düzeyinin yeterli olmadığını göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, Hepatit B bağışıklamasının gebelikte sıklıkla ihmal edildiği ve gebelere yönelik bilgilendirme yetersizliği olduğu bildirilmektedir (Demirtaş ve diğ., 2020).

Gebelikte grip aşısı yaptırma oranı, diğer aşılarla göre daha düşüktür. Çalışmamıza katılan kadınların %69,1'i grip aşısı olmadığını ifade etmiştir. Özcan ve diğ. yürüttükleri çalışmada da gebelerin yalnızca %25'inin grip aşısı yaptırdığı ve çoğunluğunun aşuya yönelik kaygıları nedeniyle yaptırmak istemedikleri belirlenmiştir (Özcan ve diğ., 2022). Sonuçlarımız literatür ile benzerlik gösterdiği gibi, ülkemizde grip aşısının gebelikte uygulanması konusunda tereddütlerin ve bilgi eksikliklerinin olduğuna işaret etmektedir.

5.1.4. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeğine İlişkin Verilerin Tartışılması

Bu çalışmada, kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerine yönelik genel beklenti ve memnuniyet düzeyleri, Tablo 4.5. ve Grafik 4.3' te değerlendirilmiştir. Gereç ve yöntemde belirtildiği gibi Ölçeğin "Beklenti" alt boyutu, 12 öğeden oluşmaktadır. Çalışmamızda verilen yanıtlar doğrultusunda kadınların, DÖB hizmetlerinden beklenti düzeyi ortalaması, $24,25 \pm 7,97$ olarak saptanmıştır. Ölçeğin minimum 12 ve maksimum 60 puan arasında değiştiği dikkate alındığında bu değer, katılımcıların beklenti puan ortalamalarının ölçeğin alt sınırına daha yakın olduğunu göstermektedir. Yani, kadınların DÖB hizmetlerine ilişkin beklentilerinin genel olarak düşük olduğunu ve bize, belirli standartlar veya hizmetlere yönelik yüksek beklentiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir. Literatürde yapılan benzer çalışmalar, DÖB hizmetlerine yönelik beklentilerin genellikle düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, kadınların gebelik dönemi de dahil olmak üzere sağlık okur-yazarlığının yeterli olmadığını, bunun da beklentilere yansıdığını düşünmek mümkün. Yine kadınların bilgiye erişim ve sağlık personeli ile etkileşim konusunda daha fazla iyileştirmeye ihtiyaçları vardır (Akın ve Demirel, 2019; Türkmen M., 2018). Bir başka çalışmada da gebelerin DÖB hizmetlerinden beklentilerinin düşük olduğu ve bu durumun genellikle hizmetlerin sunum şekli ve sağlık

personelinin tutumlarına bağılı olduğu belirtilmiştir (Özkan ve diğ., 2018). Buna karşın Kavas T. (2020) nin Kars ilinde gerçekleştirdiğı çalışmada, gebelerin sağıık hizmetlerinden bilgi alma ve danışmanlık konusunda daha fazla beklentiye sahip oldukları ancak bu beklentilerin yeterince karşılanmadığı bildirilmiştir (Kavas T., 2020). Yine benzer şekilde kadınların antenatal bakım hizmetlerinden beklenti düzeylerinin yüksek olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur (Aydın Koyunsever ve Kartal, 2020). Çalışmamızın sonucuyla farklı olan bu veri, ilgili araştırmalara dahil olan gebelerin eğitim ve sağıık bilinç düzeyinin daha yüksek olabileceğini şeklinde yorumlanabilir. Yine bu farklılık, kadınların sosyoekonomik durumu ve sağıık hizmetlerine erişim gibi faktörlerle de ilişkili olabilir. Özellikle, sağıık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin sağıık hizmetlerinden beklentilerinin daha sınırlı olabileceğı ve bu bağlamda katılımcıların DÖB hizmetlerinden beklentilerinin düşük olmasını açıklayabilir. Sonuç olarak, çalışmamızda elde edilen düşük beklenti düzeyi, literatürdeki bazı çalışmalarla örtüşürken, bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir. Gebelerin DÖB hizmetlerinden beklentilerinin çeşitli faktörlere bağılı olarak değişebileceğı gerçeğı bir kez daha vurgulanmaktadır. Antenatal bakım hizmetlerinde rol alan sağıık profesyonelin kapsamlı bir yaklaşımla hizmet vermesi, hem hizmet alanın sağıığa ilişkin farkındalığını artıracak hem de bakımın bütünselliğini sağlayacaktır.

Bu çalışmaya dahil olan kadınların, DÖB hizmetlerinden memnuniyet düzey ortalaması, $60,56 \pm 25,82$ olarak saptanmıştır. Ölçeğin minimum 29 ile maksimum 145 puan arasında değişen bir değerlendirme aralığına sahip olduğu göz önüne alındığında, memnuniyet düzeyinin ortalamanın orta düzeye yakın olduğu ve geniş bir dağılım gösterdiği söylenebilir. Bu sonuç, katılımcıların DÖB hizmetlerinden genel olarak memnun olduğunu, ancak memnuniyet düzeylerinin bireysel deneyimlere bağılı olarak önemli ölçüde değişebileceğini göstermektedir. Nitekim, sağıık hizmetlerinde memnuniyetin birçok faktörden etkilendiğı ve kişisel algıların önemli rol oynadığı daha önceki çalışmalarda da vurgulanmıştır (Kaya ve Yılmaz, 2020; Özcan ve Akbaş, 2019). Literatürde, gebelerin DÖB hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini araştıran çalışmalarda, farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bal ve diğ. nin araştırmasında, kadınların Doğum Öncesi Bakım Memnuniyet Ölçeğı (DÖBMÖ) puan ortalaması, $70,69 \pm 8,97$ bulunmuş ve bu veriyle doğum memnuniyeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (Bal ve diğ., 2022). Benzer şekilde, Yılmaz ve diğ. tarafından yapılan çalışmada da, gebelerin DÖB hizmetlerinden genel memnuniyet puan ortalaması, $79,83 \pm 12,62$ gibi yüksek bir puan olduğu görülmüştür (Yılmaz ve diğ., 2020). Sonucumuzla farklılık gösteren bu çalışmalar, hizmet sunumundaki bölgesel farklılıklar, sağıık personelinin iletişim becerileri, kurumsal

altyapı kalitesi ve bireysel beklentilerin çeşitliliği gibi faktörlerden kaynaklandığı biçimde yorumlanabilir. Tüm hizmetlerde olduğu gibi antenatal bakım hizmetlerinde de sağlık profesyonellerin, bireysel ilgi göstermesi, bilgi paylaşımını artırması ve danışmanlık hizmetlerini güçlendirmesi ile başvuranın daha doyurucu hizmet almasını ve dolayısıyla memnuniyet düzeyini artıracaktır.

Çalışmamızda Ölçek alt boyutlar değerlendirildiğinde, katılımcıların en yüksek ortalama puanı “Sağlık Personeli Bakımı” ($24,77 \pm 11,81$) ve “Sistem Özellikleri” ($21,29 \pm 8,96$) boyutlarına verdikleri görülmüştür. Bu sonuç, katılımcıların DÖB hizmetlerinde sağlık personelinin ilgisi ve sistemin işleyişi ile ilgili genel olarak olumlu deneyimlere sahip oldukları biçiminde yorumlanabilir. Literatürde özellikle sağlık personelin başvurulara karşı nazık ve anlayışlı yaklaşım sergilemesi, kapsamlı bakım vermesi, bilgi ve danışmanlık hizmetlerini etkin biçimde yürütmesi gibi faktörlerin hasta memnuniyet düzeyini artırdığı bilinmektedir (Erdoğan ve Yıldız, 2021). Katılımcıların, sistem özelliklerine yönelik puan ortalamasının yüksek olması, hizmetlerin düzenli ve erişilebilir olduğunu göstermektedir. Özellikle sağlık kuruluşlarının fiziksel koşulları, randevu sisteminin etkinliği, aynı sağlık personeli tarafından bakımda süreklilik sağlanması ve hizmet alma süresinin uygunluğu gibi faktörler sistem özelliklerini tanımlamaktadır. Yani DÖB’ın aynı sağlık personeli tarafından verilmesi, hizmet alma süresinin uygunluğu ve ulaşılabilirliği, başvuranın izlenimlerini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Sonucumuz literatür tarafından da desteklenmekte olup sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığının, hijyenik ortam, randevu sistemi, kurumsal işleyiş, muayene süresi ve yönlendirme, personel yeterliliğinin, DÖB memnuniyetini önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir (Gölbaşı ve diğ., 2017; Afulani ve diğ., 2021; Bal ve diğ., 2022; Feddock C.A., 2007; Dönmez ve diğ., 2020).

Bununla birlikte, “Bakımı Veren Sürekliliği” ($4,07 \pm 1,84$) ve beslenme danışmanlığı, psikososyal destek gibi “Diğer Hizmetler” ($4,07 \pm 1,88$) boyutlarında daha düşük ortalama puanlar elde edilmiştir. Bu sonuç, DÖB hizmetlerinin sürekliliğinin ve ek hizmetlerin yeterince sağlanamadığını göstermektedir. Süreklilik, gebelik boyunca aynı sağlık personeli tarafından izlenme ve bu personelle güvene dayalı bir ilişkinin kurulması açısından önemlidir (Gök ve Yılmaz, 2018). Ancak çalışmamızın bulguları, kadınların bu sürekliliği yeterince deneyimlemediğini ve diğer hizmetlerin beklentilerini karşılamadığını göstermektedir. Literatürde DÖB hizmetlerinde süreklilik ve ek hizmetlerin yetersizliği, gebelerin memnuniyet düzeylerini olumsuz etkileyen başlıca faktörler arasında yer almıştır. Özellikle, kontrollerin her seferinde farklı bir sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesinin, gebelerin bakım

sürekliliğine olan güvenini azaltacağı bildirilirken çalışmada gebelerin bilgilendirme, danışmanlık ve yönlendirme hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları da belirtilmiştir (Aslantekin Özçoban ve diğ., 2020). Ulusal ve uluslararası literatürde, DÖB’ın aynı profesyonel tarafından sürekliliğinin sağlanması, bilgilendirme ve danışmanlığın önemi ve ek hizmetlerin (psikolojik ve beslenme desteği vb.) gebe ve ailesinin hizmetten memnuniyet düzeyini artıracığı vurgulanmaktadır (Aydınlı ve Taşçı Duran, 2017; Heaman ve diğ., 2014; Galle ve diğ., 2015; Hibusu ve diğ., 2024).

Bu çalışmada, DÖB hizmetlerinin iki önemli boyutu olan “Kişiselleştirilmiş Bakım” ve “Bilgi/Bilgilenme” alt boyutlar için puan ortalaması, sırasıyla, $7,20 \pm 3,27$ ve $14,50 \pm 6,81$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların kişiselleştirilmiş bakım boyutuna verdikleri yanıt ortalamasının düşük olması, verilen DÖB hizmetinin kadının kişisel gereksinimlerine ve beklentilerine uygun sunulmamış olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde çalışmamızda bilgi boyutu da kısmen yeterli ancak ideal düzeyin altında olduğu saptanmıştır. Literatürle paralellik gösteren sonuçlarımız, gebelerin daha fazla bireysel ilgi ve destek beklentilerinin karşılanmadığı, bilgilendirme süreçlerinin çoğunlukla yüzeysel olarak geçildiği, kapsamlı eğitim/danışmanlık programlarının yetersizliği biçiminde yorumlanabilir (Özkan ve diğ., 2018; Kavas T., 2020; Feddock C.A., 2007).

Sonuç olarak çalışmamız bulguları, DÖB hizmetlerinin iyileştirilmesi için bazı önerileri de beraberinde getirmektedir. Öncelikle, kadınların DÖB hizmetlerine yönelik beklentilerinin artırılması ve bu beklentilere uygun hizmet sunumunun sağlanması önemlidir. Ayrıca, sağlık personelinin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi, hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması ve ek hizmetlerin daha kapsamlı hale getirilmesi, memnuniyetin artırılmasına katkı sağlayacaktır. Literatürde de vurgulandığı gibi, kadınların ihtiyaç ve beklentilerine uygun bakım modellerinin geliştirilmesi, DÖB hizmetlerinin kalitesini artırabilir (Aksoy ve Çelik, 2019; Yıldız ve Şahin, 2020).

Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği maddelerinden “Beklenti” alt boyutuna ilişkin veriler incelendiğinde, çalışmamıza katılan kadınların “doğum öncesi kontrollerin daha erken başlamasına” dikkat çekmişlerdir. Bu konuda kadınların %54,8 i katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtını vermişlerdir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü de erken dönemden itibaren düzenli ve sürekliliği sağlanan DÖB hizmetinin hem gebe hem de fetüs sağlığını koruduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2016). Ayrıca çalışmamızda kadınların %61,8’i antenatal kontrollerin daha uzun sürmesini, dolayısıyla daha tatminkâr ve ayrıntılı olmasını talep etmişlerdir. Benzer şekilde, Allen ve diğ. nin çalışmasında da, gebelerin

antenatal kontrol süresinin uzun olmasını, daha fazla ve etkili bilgi edinmek ve sağlık profesyonellerine soru sormaları için uygun zaman, mekan ve olanak tanınmasını istedikleri saptanmıştır (Allen ve diğ., 2016). (Tablo 4.6. ve Grafik 4.4.)

Kadınların %73,3'ü, antenatal kontrollerin sadece kilo ölçümü ve çocuk kalp seslerini dinlemekten ibaret olmadığını daha fazla ve farklı hizmetler de almak istediklerini ifade ettikleri görülmüştür. Başka bir ifade ile bu veriler, gebe izlemlerinin bütüncül bir bakım yaklaşım ile sunulmasını talep ettiklerini göstermektedir. Yine Çatak ve diğ. çalışmasında da gebe izlemlerinin, kapsamlı sağlık değerlendirmesini ve eğitim içermesini talep ettikleri bulgulanmıştır (Çatak ve diğ., 2012). Bu çalışmada, kadınların %74,4'ü soru sormaya gerek kalmadan sağlık profesyonellerin süreç hakkında ayrıntılı bilgi vermesini bekledikleri saptanmıştır. Bu sonuç, gebelerin sağlık personeli bilgilendirme sorumluluğunu ne kadar önemseydiğini ve ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların önemli bir bölümü (%80,9) her izlemin aunu sağlık profesyoneli tarafından yapılmasını, hatta kendisini izleyen hekimin doğumda da hazır bulunmasını istediklerini (%66,7) ifade ettikleri saptanmıştır. Başka bir ifade ile de bu sonuç, bakımın sürekliliği ilkesine yönelik önemli bir talep olduğu biçiminde yorumlanabilir. Literatürde sürekli ebelik bakım modelinin, anne adayının güvenini artırdığı ve pozitif doğum sürecine katkı sağladığı bildirilmektedir (Hunter ve diğ., 2019). Bu sayede anne adayının olumlu ve tatmin edici bir doğum deneyimi yaşaması sağlanabilmektedir (Rekomendatsii, V.O.Z., 2017).

Çalışmamızda kadınların %80,6'sı DÖB'de ruhsal destek talep ettikleri görülmüştür. Bu durum, DÖB hizmeti kapsamında psikososyal desteğe duyulan ihtiyaca vurgu yapıldığı biçimde yorumlanabilir. Kaynaklar, gebelikte verilen psikolojik desteğin postpartum depresyon riskini azalttığını belirtmektedir (Akbaş E., 2014; İmancioğlu N., 2020; Kendall ve Tackett, 2015). Bu çalışmada kadınların büyük bir bölümünün (%80,9) bekledikleri ve önemsedikleri bir başka husus da fiziksel muayene sırasında sağlık profesyonellerinin nazik ve saygılı olması gerektiği ile ilgilidir. Kadınların çoğunlukla önemsedikleri bu durum, DÖB hizmetinin kalitesinin sadece tıbbi yeterlilikle değil insani yaklaşım, aynı zamanda, muayene sürecinde hasta mahremiyetine ve iletişime verilen önemi de vurgulamaktadır.

Bu çalışmada kadınların %79,5'inin ifade ettikleri beklentiler arasında “sorununu dinleyen bir sağlık personeli olması” ve %84,0'ünün “sağlık personeline iletilen soruna yönelik bir çözüm yolu bulmaları” yer almaktadır. Bu bulgu, çalışmaya katılan kadınların sorunlarını dinleyecek ve çözüm sağlayacak bir bakım hizmet sistemini talep ettiğini, bireysel ilgi ve destek

beklentisinin de yüksek olduğunu gösterir. Benzer bir sonuç Baştarcan ve diğ. (2022) tarafından yapılan çalışmasında da öne çıkmakta ve etkili iletişim, yönlendirmenin ne kadar önemli olduğuna işaret edilmektedir (Baştarcan ve diğ., 2022).

Bu çalışmada kadınların %71,9'u antenatal kontrollerde sosyal hizmet uzmanının bulunmasını, %73,6'sı da diyetisyen desteğinin olmasını istedikleri görülmüştür. Diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanının DÖB hizmeti verecek sağlık profesyonelleri ekibine dahil edilmesi, gebenin bütünsel bir yaklaşımlı sağlık hizmeti almayı talep ettiğini göstermektedir. Yine literatürde de belirtildiği gibi bu talep ile, gebelikte dengeli beslenmenin gebe ve fetus sağlığı üzerindeki kritik etkisine dikkat çekilmektedir (Aydoğdu M., 2024; Özalper B., 2014; UNICEF, 2019).

Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği maddelerinden "Memnuniyet" alt boyutuna ilişkin 29 öğeye verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; kadınların %75,8'ü DÖB üyesi olarak ebe-hemşirelerin hizmetinden memnun kaldıklarını belirttikleri görülmüştür. Bu sonuç, antenatal bakım hizmetlerinde vazgeçilmez rol üstlenen ebe-hemşirelerin sorumluluklarını yerine getirdiklerini göstermektedir. Benzer şekilde, literatürdeki çalışmalarda da DÖB'de sağlık profesyonellerinin rehberlik ve destek sağlayıcı rolünün kadınların memnuniyetini artırdığı belirtilmiştir (Çatak ve diğ., 2012; Baştarcan ve diğ., 2022). Özellikle ebe ve hemşirelerin gebelik sürecinde bilgi verme, destek ve güven sağlama rolleri, gebelerin kendilerini daha iyi ve güvende hissetmelerine neden olmaktadır. Nitekim sağlık hizmetlerinde empati ve güvenin, hasta memnuniyetini doğrudan etkilediği vurgulanmaktadır (Javed ve Ahmed, 2020; UNICEF, 2019; WHO, 2016).

Sağlık personelin DÖB hizmetinde verdiği bilgilerden araştırmaya katılan kadınların %38,9'u kesinlikle memnun kaldıklarını ve %35,5'i bu düşünceye katıldıklarını belirttikleri saptanmıştır. Bu maddeye kadınların %12,8'inin kararsız, %7,6'sının katılmadığını ve %5,2'sinin kesinlikle katılmadığını belirtmesi, bilgi aktarımının her zaman yeterli olmadığını, bilgi sunumunda eksiklik olduğunu veya verilen bilgilerin anlaşılır olmadığını işaret etmektedir. Oysa bilgilendirme, eğitim/danışmanlık, hasta haklarının bir parçası olup, hasta merkezli bakımın temel unsurlarından birisidir. Gebeye yapılacak tüm girişimlerle ilgili bilgi alma hakkı olduğu ve sağlık personelin doğru, açık ve anlaşılır bilgi sunması gerektiği unutulmamalıdır. Bu sayede gebe ve ailesi, kendilerini daha bilinçli hissetmelerine katkı sağlayacaktır. Literatürde de bilgi sunumunun, gebelik dönemi kaygılarını azalttığı ve kadınların kendilerine olan güvenini artırdığı belirtilmektedir. (Coulter ve Ellins, 2007; Wood ve McNeill, 2018).

Bu araştırmaya dahil olan kadınların %78,5'i kendilerine verilen tıbbi işlemlerle ilgili bilgilendirme sürecinden memnun kaldıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Gebelik sürecinde tıbbi işlemler ve bu işlemlerin neden yapıldığı hakkında bilgilendirilme, kadınların kaygılarını azaltan ve süreci daha iyi anlamalarını sağlayan önemli bir konudur (Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005). Gebelerin tıbbi olmayan sade ve anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, hizmet memnuniyetini artıracaktır.

Çalışmamızda kadınların %37,2'si gebeliğin seyri hakkında sağlık personelin verdiği bilgilerden kesinlikle memnun, %39,2'si memnun olduğunu belirtirken, %10,8'i kararsız kalmış ve %12,9'u memnuniyetsizlik ifade etmiştir. Gebelik sürecine ilişkin bilgi almak, kadınların en doğal hakkıdır. Bilgilenme, gebe ve ailesinin doğum öncesi döneme uyum sağlamalarına katkı sağladığı gibi bakım süreçlerine aktif katılımlarına da olanak tanır (Fenwick ve Gamble, 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018).

Kadınların %34,4'ü sağlık personeli ile farklı konuları konuşmaktan “kesinlikle katılıyorum” ve %37,8'i “katılıyorum” düzeyinde memnuniyet belirtmiştir. Bu durum sağlık profesyonelleri tarafından verilecek olan DÖB hizmetlerin bireyselleştirilmiş olduğunu ve anne adaylarının kendilerini ifade edebilmelerine fırsat tanındığı anlamını da taşımaktadır. Literatürde etkili iletişim ve danışmanlık hizmetlerinin hasta memnuniyetini artırdığı, uluslararası çalışmalarda da vurgulanmakta olup, sağlık hizmetlerinde etkili iletişimin güven oluşturduğu belirtilmektedir (Çatak ve diğ., 2012; Smith ve Johnson, 2019). Nitekim iletişim becerilerini geliştiren sağlık personeli, bu özelliği sayesinde gebelerin endişelerini fark etme ve giderme, sorunlara çözüm bulma ve beklentileri karşılama konusunda yetkin olabilmektedir.

Bu çalışmaya katılan kadınların %75,3'ü anne olmakla ilgili beklentiler konusunda verilen bilgileri yeterli bulmuştur. Benzer şekilde, doğuma hazırlık konusunda da %65,6'si “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” düzeyinde memnuniyet belirtmiştir. Bu bulgular, doğuma ve anneliğe hazırlık sürecinin kadınlar için ne kadar önemli olduğunu ve bu konuda verilen bilgilerin memnuniyeti arttırdığını göstermektedir. Literatürde anne olmaya ve doğuma hazırlık eğitimlerinin, kadınların kendilerini daha güvenli ve hazırlıklı hissetmelerini sağladığı vurgulanmaktadır (Baştarcan ve diğ., 2022; UNICEF, 2019).

Çalışmaya dahil olan kadınların sağlık personelin davranış biçiminden (%33,7 “kesinlikle katılıyorum” ve %43,4 “katılıyorum”) ve gösterdiği saygıdan (%33,0 “kesinlikle katılıyorum” ve %42,0 “katılıyorum”) memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular, kadınların büyük bir bölümünün (%75,0) sağlık personelinden gördüğü saygıdan memnun olduğunu göstermektedir. Bu durum, sağlık personelinin empati ve hasta odaklı yaklaşımının

önemini vurgulayan literatürle de uyum sağlamaktadır. Ayrıca sağlık çalışanların empatik ve saygılı bir davranış sergilemesi, gebelerin bakım hizmetlerine olan güvenini ve memnuniyetini artırmaktadır. Yine Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan hasta hakları yönetmeliğinde, sağlık hizmetlerinde saygı ve mahremiyetin korunmasının hasta memnuniyetini ve güvenini sağlamak için temel bir gereklilik olduğu vurgulanmaktadır (Alhassan ve diğ., 2016; Coulter ve Ellins, 2007; Sağlık Bakanlığı, 2018). Çalışmamızdaki bulgular; Gebrehiwot ve diğ. nin çalışmasında belirtildiği gibi, sağlık personelinin davranışlarının, hasta memnuniyetini doğrudan etkileyen bir faktör olduğu gerçeğiyle de örtüşmektedir (Gebrehiwot ve diğ., 2019).

Bu çalışmada, katılımcıların %33,7'si aldıkları DÖB hizmetinin kalitesini “kesinlikle katılıyorum” ve %42,8'i “katılıyorum” şeklinde değerlendirerek, genel memnuniyet oranını %76,5 olarak belirtmiştir. Bu sonuç, DÖB hizmetinin kalitesini, katılımcılar tarafından yüksek düzeyde değerlendirildiğini göstermektedir. Literatürde, DÖB hizmet kalitesinin, kadınların gebelik deneyimlerini ve maternal-fetal sağlık sonuçları doğrudan etkilediği vurgulanmaktadır. Boz ve diğ. tarafından yapılan çalışmada, kaliteli DÖB hizmetinin kadınların gebelik deneyimlerini iyileştirdiği ve gebelikte komplikasyon riskini azalttığı saptanmıştır (Boz ve diğ., 2020). Kaliteli bir DÖB, yalnızca fiziksel değerlendirmeleri değil, aynı zamanda psikososyal destek, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini de içermelidir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü, DÖB hizmeti kalitesinin sağlık personelinin bilgi, beceri ve tutum düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmektedir (WHO, 2016). Sağlık kuruluşlarında, hizmet kalitesini artırmak için sağlık profesyonellerin bilgi ve beceri düzeylerini güncellemeleri ve kendilerini sürekli olarak geliştirmeleri önemli olmaktadır. Böylece kadınların DÖB hizmetlerinden memnuniyetini sürdürebilir kılacaktır.

Çalışmamızda, kadınların %76,3'ünün sağlık personelinin kendileriyle geçirdiği zamanı etkin ve verimli kullandığını belirttikleri saptanmıştır. Bu sonuç, DÖB hizmetinde zaman yönetimi açısından sağlık personeline yönelik genel bir memnuniyet düzeyi söz konusu olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca sağlık personelinin zaman yönetimi konusunda genel olarak olumlu bir değerlendirme aldığını ve kadınların bu hizmetten memnun kaldıklarını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde zaman yönetimi, literatürde de belirtildiği gibi hem hizmet kalitesini hem de hasta memnuniyetini doğrudan etkileyen önemli bir konudur. Etkili zaman yönetimi, sağlık personelinin gebelerin ihtiyaçlarına yeterli süre ayırabilmesi, soruları yanıtlayabilmesi ve gerekli bilgilendirmeyi yapabilmesi anlamına gelir. (Altıparmak S., 2014;

Boduç ve Baykal, 2021; Stewart M., 1995; Haskard ve diğ., 2009). Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “sağlık hizmetleri standartları” kapsamında, DÖB’in etkili ve yeterli zaman ayrılarak sunulmasının önemi açıkça belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Zaman yönetiminin etkin bir şekilde uygulanması, sağlık personelinin iş yükünü dengelerken, hastaların daha iyi bilgilendirilmesini ve kendilerini değerli hissetmelerini sağlar.

Çalışmamıza dahil olan kadınların %34’ü sağlık personeline çekinmeden soru sorabilme seçeneğine “kesinlikle katılıyorum”, %41,1’i ise “katılıyorum” olarak yanıtlamıştır. Bu veriye göre kadınların büyük bir kısmının (%75,1), sağlık personeline soru sorma konusunda kendilerini rahat hissettikleri görülmektedir. Gask ve diğ. tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların sağlık personeline soru sorabilme özgürlüğünün, hasta-sağlık çalışanı ilişkisinin kalitesini ve hasta memnuniyetini artırdığı belirtilmektedir (Gask ve diğ., 2018). Özellikle DÖB gibi hassas ve bireysel bir hizmet alanında, kadınların tüm endişelerini ve sorularını sağlık personeli ile paylaşabilmesi, sağlıklı bir gebelik süreci için önemlidir. Sağlık personelin etkin iletişim becerisi kullanarak gebelerin rahat ve güvenli bir şekilde soru sormalarını teşvik etmesi, DÖB hizmetlerinin kalitesini ve gebe memnuniyet düzeyini artıracaktır.

Çalışmamızda kadınların %74’ü, DÖB hizmeti alırken her seferinde sağlık öyküsünü tekrar anlatmak zorunda kalmamaktan memnun kaldıklarını belirtmiştir. Ölçekte yer alan bu madde, gebelerin antenatal hizmette süreklilik olmasını ve aynı sağlık personeli tarafından izlenmek istediklerine işaret etmektedir. Literatürde benzer şekilde gebelerin, antenatal hizmetlerde süreklilik ve bütüncül bir bakım modeline gereksinim duyduklarını ve gereksiz tekrarların önüne geçilmesiyle başvuranın güvenini artıracaklarını belirttikleri saptanmıştır (Vermire ve diğ., 2018). Sağlık hizmetlerinde süreklilik, başvuranın sağlık bilgilerinin düzenli ve güvenli bir şekilde kayıt altına alınması ve her kontrolde bu bilgilere kolayca ulaşılabilmesi önemli olmaktadır. Sürekliliğin sağlanması, yalnızca başvuranın memnuniyetini artırmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık personelinin de verimliliğini artırır. Literatürde de sağlık hizmetlerindeki sürekliliğin, hasta memnuniyeti ve tedavi sürecinin etkinliği üzerine de pozitif etki yarattığı vurgulanmaktadır (Starfield ve diğ., 2005). Ayrıca Sağlık Bakanlığı DÖB hizmetlerinde hastaların sağlık öykülerinin kayıt altına alınması ve bu bilgilerin her ziyarette tekrar gözden geçirilmesini, sürekliliğin sağlanması açısından kritik bir gereklilik olarak belirtmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018). DÖB ziyaretlerinin her birinde gebelerin aynı bilgileri tekrar etmek zorunda kalmaması hem hizmet memnuniyetini artıracak hem de hizmetin kalitesini yükseltecektir.

Ölçekte yer alan maddelerden “kişisel durumumla ilgilenme ve açıklama yapma” konusunda çalışmamıza katılan kadınların %75,3’ ü, yine benzer şekilde %75,7’i “sağlık personelin benimle ilgili konularda konuşarak geçirdiği zamandan” memnun kaldıklarını belirttikleri görülmüştür. Kadınların %78,9’u da DÖB alırken personelin davranışından memnun kaldıklarını ifade ettikleri bulgulanmıştır. Ölçekte yer alan bu üç maddeden elde edilen sonuçlar, çalışmamıza dahil olan annelerin, gebelik döneminde aldıkları kişiselleştirilmiş bakım, sağlık çalışanının davranış ve iletişiminden önemli ölçüde memnun kaldıklarını işaret etmektedir. Bireyselleştirilmiş bakım, hastaların ihtiyaç ve beklentilerine uygun şekilde hizmet sunulmasını ifade eder. Sağlık personelin, her hastayı bireysel olarak ele alması, kişisel sağlık öyküsünü dikkate alması ve bireye özel açıklamalar yapması, onlarla nitelikli zaman geçirmesi hasta memnuniyetini ve sağlık hizmet kalitesini önemli ölçüde artırmaktadır (Epstein ve Street, 2011; Sharma ve diğ., 2019). Literatürde sağlık personelin güler yüzlü, anlayışlı ve destekleyici davranışta bulunması hasta memnuniyetini arttırdığı bildirilmektedir (Yılmaz ve diğ., 2020; Grote ve Newman, 2013; Dagger ve Sweeney, 2006). Yine Feddock C.A.’nın çalışmasında, sağlık hizmetlerinde aceleci bir tutumun hastalar üzerinde olumsuz bir etki bıraktığı ve memnuniyeti azalttığı belirtilmelidir (Feddock C.A., 2007). Özellikle DÖB gibi hassas ve bireysel bir hizmet alanında kadınların kendilerini değerli ve anlaşılmış hissetmeleri, bakım kalitesini doğrudan etkilemektedir. Yine kadınların sorularını rahatça sorması ve sağlık personelin yeterli zaman ayırarak açıklama yapması hem kendilerine hem de kuruma olan güven duygusunu artıracaktır. Ancak bu memnuniyeti sürdürülebilir kılmak ve daha da iyileştirmek için sağlık personeline zaman yönetimi ve etkili iletişim eğitimleri verilmeli, bireyselleştirilmiş bakım teşvik edilmeli, DÖB izlem randevu sürelerinin doğru planlanmasına dikkat edilmelidir. Sonuçlarımız, literatürle uyumlu bulunmuş ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetin gebe-sağlık personeli arasındaki etkili iletişim ile doğrudan ilişkili olduğu gerçeğini ortaya koymuştur.

Çalışmamızda, sağlık personelin ilgisi ve alakasına yönelik memnuniyet oranı %76,1 düzeyinde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, sağlık personelin empatik ve destekleyici bir tutum sergilediğini ve kadınların bu tutumu olumlu değerlendirdiğini göstermektedir. Yine ölçeğin “sağlık personelin tıbbi problemlerle ilgilenme şekli” maddesine katılımcıların %75’i memnuniyetlerini ifade ettikleri görülmüştür. Bu sonuç, sağlık personelinin hastaların sağlık sorunlarını ciddiye aldığını, uygun bilgi sağladığını ve gerekli yönlendirmeleri yaptığına işaret etmektedir. Literatürle uyumlu bulunan sonucumuz, hastaların tıbbi problemlerine yönelik bilgilendirilmesi, doğru, açık ve yeterli bilgi vererek kaygılarının azaltılması, yanlış anlamaların

ve tedaviye yönelik uyumsuzlukların önlenmesi ve uygun şekilde yönlendirilmesi, sağlık hizmetlerinden memnuniyeti önemli ölçüde artırdığı belirtilmektedir (Gagnon ve diğ., 2016; Taylor ve diğ., 2017; Epstein ve Street, 2011).

Memnuniyet ölçeğın “sağlık personeliyle görüşebilmek için bekleme süresine” yönelik maddesine kadınların %75,4’ ü bekleme süresini genel olarak kabul edilebilir bulunduğunu belirtmektedir. Feddock C.A., (2007), sağlık hizmetlerinde bekleme süresinin hasta memnuniyetini doğrudan etkilediğini ve uzun bekleme sürelerinin memnuniyeti olumsuz yönde etkilediğini; benzer şekilde Thompson ve diğ. sağlık kuruluşlarında bekleme süresinin kısaltılmasının hasta memnuniyetini önemli ölçüde artırdığını belirtmektedir (Feddock C.A, 2007; Thompson ve diğ. 2012). Bu bağlamda bekleme süresinin kabul edilebilir düzeyde olması, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde planlandığını ve sağlık personelinin hasta taleplerine zamanında yanıt verebildiğini göstermektedir. Aile Sağlığı Merkezlerinde hasta yoğunluğunun az olması, başvuran tarafından olumlu değerlendirilmekte ve rahatlık sağladığı belirtilmektedir.

Çalışmamızda, aile sağlığı merkezinde geçirilen toplam süreye yönelik kadınların %74,7’ü memnuniyetlerini ifade etmiştir. Literatürde sağlık hizmetlerinde geçirilen süre ile hasta memnuniyeti arasında güçlü ilişki bulunduğu sıkça vurgulanmaktadır. Uzun bekleme süreleri veya hizmetlerin gereğinden fazla zaman alması, hasta memnuniyetini olumsuz etkilerken, makul ve planlı bir hizmet süresi hasta memnuniyetini artırmaktadır. Hizmet süresinin uygun ve verimli bir şekilde yönetilmesi, sağlık personelinin iş yükünü dengeleyerek, hasta başına ayrılan sürenin kalitesini artıracaktır (Bleustein ve diğ., 2014; Dunsch ve diğ., 2018; Thompson ve diğ., 2012). Sağlık kuruluşunda geçirilen toplam süre, yalnızca fiziksel bekleme ile değil, aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerin kalitesiyle de ilişkilidir. Sağlık kuruluşlarının, hizmet sürelerini optimize ederek ve bekleme sürelerini kontrol altında tutarak hasta memnuniyetini artırmaları mümkündür.

Çalışmamıza katılan kadınların %67’si, kullandıkları aile sağlığı merkezlerindeki otoparkı kısmen de olsa yeterli gördüklerini belirtirken, %64,6’sı bekleme odasının olanaklarını da aynı biçimde uygun görmüşlerdir. Bu konuda kararsız kalan ve yetersiz olduğunu belirten kadın oranı, otopark için %33; bekleme odası için %35,4 tür. Literatürde, sağlık hizmetlerine erişimde fiziksel koşulların, özellikle ulaşım ve park olanaklarının hizmet memnuniyetini etkilediği belirtilmektedir (Lee ve diğ., 2020; Wanyonyi ve diğ., 2019). Yine bekleme alanlarının da konforu, temiz ve hijyenik olması başvuran memnuniyeti açısından önemli

olmaktadır (Ong ve diğ., 2021). Bu veri doğrultusunda Aile Sağlığı Merkezlerinin alt yapı ve fiziki koşullar açısından daha özenli alanlar olması önerilebilir.

Bu çalışmaya dahil olan kadınların %69,1'i muayene odasından memnuniyetlerini ifade ederken %18,8'i 'kararsız' ve %12,1'inin 'olumsuz' görüş bildirmişlerdir. Literatürde, muayene odalarının temizliği, gizliliği ve güvenliği gibi faktörlerin hasta memnuniyeti üzerinde belirleyici olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Guzman ve diğ., 2022; Hekimoğlu L., 2015; Zaim ve Tarım, 2011).

Çalışmamızda, doğum öncesi ziyaretlerin uygun bir zamanda planlanabilme olanağının sunulması açısından da kadınların, %26,4'ünün "kesinlikle katılıyorum" ve %45,1'inin "katılıyorum" şeklinde yanıt verdiği belirlenmiştir. Bu sonuç, kadınların %71,5'inin doğum öncesi ziyaretlerin planlanabilmesinden memnun kaldıklarını göstermektedir. Pereira ve diğ. nin çalışmasında, sağlık hizmetlerinde esnek randevu sistemlerinin, özellikle çalışan kadınlar için sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırdığını ve hasta memnuniyetini artırdığı belirtilmektedir (Pereira ve diğ., 2020). Çalışan veya yoğun günlük rutinleri olan kadınlar için esnek randevu saatleri, sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlar ve katılım oranlarını artırır. Ayrıca esnek randevu saatleri, kadınların kendi ihtiyaçlarına ve programlarına uygun bir şekilde sağlık hizmetlerine katılım göstermelerini sağlar. Nitekim akşam saatlerinde veya hafta sonu sunulan DÖB hizmetleri, çalışan kadınların hizmete erişimini kolaylaştırır ve bakım sürekliliğini arttırdığı ifade edilmektedir (Turner ve diğ., 2017). Ancak Aile Sağlığı Merkezlerinin sadece hafta içi ve 08:00-12:00 ile 13:00-17:00 saatleri arasında çalışıyor olması, başvurana bu olanağı sağlamada yetersiz kalabilmektedir. Ancak bu çalışmaya katılan kadınların %60,8'inin ev hanımı olması bu sorunu yaşamalarını engellemektedir

Çalışmamızda, ölçeğin "antenatal izlemlerin tekrar planlayabilme kolaylığı" maddesine katılımcıların %75,3'ü; "ilk trimesterde antenatal bakım alma kolaylığı" ögesine kadınların %76'sı; %77,4 katılımcı "önerilen tüm testleri yaptırabilme" seçeneğine memnuniyetlerini bildirmişlerdir. Elde edilen bu veriler, katılımcıların büyük çoğunluğunun aile sağlığı merkezlerinden erken dönemden itibaren gebelik boyunca izlemlerini planlayabildiği ve testlerini yaptırabildiğini göstermektedir. Çalışan kadınların, beklenmedik durumlar veya iş yoğunluğu nedeniyle randevularını iptal etmek veya yeniden planlamak zorunda kaldıklarında, esnek ve tekrar planlanan randevu kolaylığının sağlanması önemli olmaktadır. Bunu sağlayan kurumlar, sağlık hizmetlerine erişimi ve katılımı kolaylaştırırken başvuran memnuniyetini de artırmaktadır (Geng ve diğ., 2021; Turner ve diğ., 2017). Özellikle DÖB gibi düzenli ve tekrarlanan ziyaret gerektiren hizmetlerde, esneklik daha da önem kazanmaktadır.

Literatürde de DÖB hizmetine erken erişimin anne ve bebek sağlığı sonuçlarını iyileştirdiği ve gebelik komplikasyonlarının önlenmesine katkı sağladığı belirtilmektedir. Erken dönemde sunulan DÖB, anne adaylarının sağlık durumlarını izleme, risk faktörlerini erken dönemde saptama ve gerekli destek hizmetlerini sağlama açısından fırsat sunar. Özellikle riskli gebeliklerde erken dönemde düzenli kontrol ve danışmanlık hizmetleri, olası komplikasyonların erken fark edilmesine olanak tanır ve gebelik sürecinin daha sağlıklı bir şekilde yönetilmesini sağlar (Gülmez ve diğ., 2019; Villar ve diğ., 2001; WHO, 2016). Çalışan kadınlar veya kırsal bölgede yaşayanlar için DÖB hizmetine erişimin kolaylaştırılması, anne ve bebek sağlığını olumlu yönde etkileyecektir. Bu bağlamda sağlık kuruluşların, DÖB hizmetlerine erişimi daha kolaylaştıracak stratejiler geliştirmeleri, anne ve bebek sağlığını iyileştirilmesi açısından önemli olmaktadır.

Bu çalışmada katılımcıların gebelik sürecinde önerilen tanılama ve tarama testlerini sorunsuz bir şekilde yaptırabildiği görülmektedir. Sadece %22,6 kadının testleri yaptırırken zorlandığı belirtilmiştir. ACOG, gebelikte rutin olarak önerilen testlerin (kan testleri, ultrason, glukoz tolerans testi, grup B streptokok taraması vb.) eksiksiz yapılmasının, anne ve fetus sağlığını olumlu etkileyeceğini ve komplikasyon riskini azaltacağını vurgulamaktadır (ACOG, 2019). Benzer şekilde, Villadsen ve diğ. çalışmasında, gebelik sürecinde düzenli ve zamanında yapılan tarama ve tanılama testlerinin, maternal ve fetal sağlık sonuçlarını iyileştirdiği belirtilmektedir (Villadsen ve diğ., 2018). Sağlık kuruluşlarının, testlerin erişilebilirliğini artırmak ve testlerin tam ve zamanında uygulanmasını sağlamak için eğitim ve bilgilendirme çalışmalarını güçlendirmeleri önemli olmaktadır.

Çalışmamızda, doğum öncesi ziyaretlerin sayısına yönelik olarak kadınların %35,1'inin "kesinlikle katılıyorum" ve %41,3'ünün "katılıyorum" şeklinde olumlu görüş bildirdiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, çalışmaya katılan kadınların %76,4'ünün doğum öncesi izlem sayısını yeterli ve uygun bulduğunu göstermektedir. WHO (2016)'nın önerisine göre, düşük riskli gebeliklerde en az sekiz doğum öncesi ziyaret, maternal ve fetal sağlığı optimize etmek için gerekli olmaktadır. Bu izlemlerin yeterli sıklıkta ve sayıda yapılması, anne ve fetus sağlığının değerlendirmesinde olanak tanır ve olası komplikasyonların erken saptanmasını sağlar (T.C. Sağlık Bakanlığı DÖBYR, 2018; Villar ve diğ., 2001; WHO, 2016). Bu bağlamda çalışma sonuçlarımız, katılımcıların doğum öncesi izlem sıklığını genellikle yeterli bulunduğunu ve bu hizmetlerden genel olarak memnun kaldığını göstermektedir. Sağlık kuruluşların, doğum öncesi izlem sıklığını bireysel ihtiyaçlara göre planlaması ve yüksek riskli gebeliklerde izlem sayısını artırması ön görülmektedir (Tablo 4.7. Grafik 4.5. ve Grafik 4.6.).

5.1.5. Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği Puanlarının Demografik-Obstetrik Özellikleri ve ASM Kullanımı ile İlgili Bilgiler Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada DÖB hizmetlerine yönelik bazı demografik ve obstetrik değişkenlerin hasta beklentisi ve bakım memnuniyeti ölçeğiyle ilişkisi Tablo 4.8. de değerlendirilmiş ve literatür doğrultusunda irdelenmiştir.

Katılımcıların, demografik özelliklerinden yaş, eğitim ve çalışma durumu, resmi nikah ile “Hasta Beklentisi ve Bakım Memnuniyeti” ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (yaş $p=0,225$ $p=0,677$; eğitim durumu $p=0,618$ $p=0,240$; medeni durum $p=0,952$ $p=0,905$; çalışma durumu $p=0,714$ $p=0,080$). Sadece çalışma durumuyla bakım memnuniyeti arasındaki fark, anlamlılığa yakın bir düzeyde olduğu ve çalışan kadınların, memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, demografik değişkenlerin bireylerin sağlık hizmetine yönelik memnuniyet ve beklentilerini tek başına belirleyici olmadığını düşündürmektedir. Nitekim literatürde de yaş ve eğitim düzeyinin DÖB memnuniyetinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı; esas belirleyicinin sağlık personelinin tutumu ve hizmetin niteliği olduğu, yaşın memnuniyet üzerinde sınırlı etkisi olduğu, daha çok sağlık personelinin yaklaşımı ve bireysel bakım kalitesinin belirleyici etkisinin olduğu belirlenmiştir (Ali ve diğ., 2020; Garcia ve Morales, 2019; Koç ve Aksoy, 2019). Bu sonuçlar, yaşın bireylerin sağlık hizmetleriyle ilgili algı ve beklentilerini şekillendirmede tek başına belirleyici bir faktör olmadığını desteklemekte olup çalışma sonucumuz, sağlık hizmetlerinin yaş farkı gözetmeksizin standart ve kaliteli bir bakım talebinin önemini vurgulamaktadır. Medeni duruma ilişkin olarak da literatürde farklı yaklaşımlar mevcut olup evli ya da bekar olmanın, gebelik dönemindeki sağlık hizmeti memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermediği ifade edilse de Sharma ve diğ. (2019) tarafından yapılan bir çalışmada evli bireylerin sağlık hizmetlerinden daha yüksek memnuniyet bildirdikleri belirtilmiştir (Kumar ve Singh, 2020; Røsnæs ve diğ., 2022; Sharma ve diğ., 2019). Araştırmalar, çalışan kadınların sağlık hizmetlerinden daha bilinçli şekilde yararlanmak istedikleri, daha yüksek beklentiye sahip oldukları, çoğu zaman istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa bile daha yüksek memnuniyet bildirdikleri ve bunun sağlık personeliyle iletişim, bakım alma süresi ve zaman yönetimiyle ilgili olduğu bildirilmektedir (Anderson ve diğ., 2020; Johnson ve diğ., 2018; Singh ve Kumar, 2019; Yıldırım ve diğ., 2020).

Demografik özelliklerden eşin yaşı ile hasta beklentileri puan ortalaması ile anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p=0,023$) ve 30–35 yaş grubu eşe sahip olan kadınların DÖB’den beklenti puanları, diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, genç yaşta eşe sahip kadınların daha fazla destek ve bilgi beklentisine sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde de benzer bulgular mevcut olup Hernandez ve diğ. (2019) tarafından yapılan bir araştırmada, genç yaştaki çiftlerin DÖB hizmetlerinden daha yüksek beklentiye sahip olduğu, yaş ilerledikçe bu beklentilerin azaldığı bildirilmektedir (Hernandez ve diğ., 2019). Yine Erci ve Ivanov (2004) araştırmasında da eş yaşı ve eğitiminin kadınların hizmet beklentisi üzerinde belirleyici olduğu bildirilmiştir (Erci ve Ivanov, 2004). Bu sonuç, özellikle genç yaş grubundaki çiftlerin daha yüksek beklentiye sahip olabileceği ve bu nedenle bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin daha etkili bir şekilde sunulması gerektiği vurgulamaktadır. Eşin eğitim düzeyinin de bakım memnuniyetini etkilediği ve aralarında anlamlılık düzeyine varan bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,024$). Şöyle ki lisansüstü eğitim düzeyine sahip eşi olan kadınların memnuniyet puanlarının, diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, eş eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, aldıkları DÖB’den memnuniyetlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Bir başka deyişle verilen bakımın kıymetinin fark edildiğini ve güçlü iletişimle memnuniyet düzeyini daha da artırılabilirliğini söylemek mümkün. Benzer şekilde, Mahajan ve diğ. (2018) çalışmasında, yüksek eğitilmiş eşlerin, sağlık personeli ile daha etkili iletişim kurduğu ve bu durumun memnuniyet düzeyini artırdığı bildirilmektedir (Mahajan ve diğ., 2018). Hindistan’da yürütülen bir çalışmada, sağlık hizmetlerinde beklentilerin karşılanamamasının başvuran memnuniyetini doğrudan olumsuz etkilemediğini, hizmet sunum sürecindeki iletişim kalitesi ve kişisel ilgi düzeyinin daha belirleyici olduğunu saptanmıştır. Benzer şekilde Türkiye’de gerçekleştirilen bir başka çalışmada da, gebelerin DÖB sürecinde sadece hizmetin teknik içeriğine değil, sağlık personelinin empatik yaklaşımı ve bireysel ihtiyaçlara duyarlılığına da yüksek değer verdiklerini belirtilmiştir (Srivastava ve diğ., 2015; Tunç ve Bostan, 2022). Çalışmamızdaki bu bulgular, DÖB hizmetlerinin bireyselleştirilmiş bir yaklaşımla sunulmasının önemini vurgulamaktadır.

Hasta beklentisi ve bakım memnuniyeti ölçek puanları ile ailenin gelir durumu, evlilik süresi, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı, düşük/kürtaj ve gebeliği planlama durumu arasında anlamlılık düzeyine ulaşan bir istatistiksel fark bulunamadı. Bu bulgu, bireylerin sosyoekonomik ya da obstetrik geçmişlerinden bağımsız olarak sağlık hizmetine yönelik değerlendirmeler yaptığı biçiminde yorumlanabilir. Literatürde de benzer sonuçlara rastlamak mümkündür. Gebelik, doğum ve düşük sayılarının sayısı, DÖB memnuniyeti üzerinde anlamlı

bir etkisinin bulunmadığı, gebeliğin planlı olup olmamasının da memnuniyet düzeyini belirlemede tek başına yeterli bir değişken olmadığı; bunun daha çok hizmetin niteliği, iletişim kalitesi ve sağlık personelinin yaklaşımı ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir. Kadınların doğum, yaşayan çocuk sayısının sağlık hizmetlerinden beklentilerini veya memnuniyet düzeylerini etkilemediği ve özellikle doğum sayısı fazla olan kadınlar, gebelik ve doğum süreçlerine daha aşina olmalarına rağmen, DÖB hizmetlerinden bilgi ve destek alma beklentilerini koruyabilecekleri çalışmalarda belirtilmektedir (Chen ve Lee, 2020; Miller ve diğ., 2019; Smith ve diğ., 2018; Öztürk ve diğ., 2019; Turan ve Sağlam, 2021; Türkmen ve diğ., 2020). Başvuranın gelir düzeyinin, hizmet beklentisi ve memnuniyeti düzeyini etkilemediği bulgusu, temel sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması ve dolayısıyla bu değişkenin belirleyici olmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

Katılımcıların, Aile Sağlığı Merkezine DÖB hizmeti almak sıklığı ile ölçeğin hasta beklentisi boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmış ($p=0,033$) ve her ay düzenli kontrole giden kadınların beklenti düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürle uyumlu olan bu bulgu, düzenli ve sürekli DÖB alma davranışının, kadınların sağlık bilgisi, bakım beklentileri ve destek taleplerini artırdığı biçiminde yorumlanabilir (Moran ve Warren, 2019). Düzenli olarak ASM'ye giden kadınlar, sağlık personelinin daha fazla bilgi, danışmanlık ve destek alma beklentisi geliştirebilir. Ayrıca, her ay düzenli kontrollerin, kadınların sağlık hizmetlerinden haberdar olmalarını ve hizmet kalitesine dair daha yüksek bir bilinç geliştirmelerini sağlayabilir. Buna paralel olarak da düzenli kontrollerin başvuran beklentilerini artırabileceğine yönelik çalışma sonuçları mevcuttur (Johnson ve Lee, 2020; Özkan ve Akbaş, 2019). Çalışmamızın bulguları, ASM'de düzenli DÖB hizmeti almanın kadınların bilgi ve destek beklentilerini artırabileceğini, ancak memnuniyetin, hizmet kalitesi ve personel iletişimi gibi faktörlerle doğrudan ilgili olduğu hatırlatmaktadır. Çünkü bulgularımızda ASM lere gitme sıklığının kadınların memnuniyet düzeylerini etkilemediği ve aralarında istatistiksel anlamı bir fark bulunmadığını göstermektedir ($p=0,117$). Sağlık personelin, düzenli kontrole gelen kadınların bilgi ve danışmanlık ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde danışmanlık vermesi, beklentileri karşılama ve memnuniyet düzeyini artırmada önemli olacaktır.

ASM'lerde bakım hizmetlerini yeterli bulunma ve beklentilerini karşılama konusunda yanıtını, "hayır" olarak belirten katılımcıların bakım memnuniyet ölçek puan ortalamaları anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuş ($p=0,000$), ancak aynı parametrenin hasta beklentisi puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,801$). Bu sonuç, kendi içerisinde

çelişkili görülse de bazı kadınlar hizmetin genel yapısına eleştirel yaklaşıyor olmalarına rağmen bireysel olarak gördükleri ilgi ya da empati nedeniyle genel memnuniyet düzeyini yüksek değerlendirmiş olabilirler. Literatürde de sağlık hizmetlerinde yapısal eksikliklere rağmen, olumlu bireysel etkileşimlerin genel memnuniyet puanlarını yükseltebildiğini belirtilmiştir (Afulani ve diğ., 2019; Turan ve Sağlam, 2021).

Bu tabloda son parametre olarak yer alan “ASM” de verilen DÖB hizmetlerin beklentileri karşılama düzeyi ile Ölçeğin “hasta beklentisi” ve “bakım memnuniyeti” arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, hasta beklentisiyle anlamlı ilişki bulunmazken ($p=0,245$) bakım memnuniyeti arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,000$) ve beklentileri karşılanmayan kadınların ‘memnuniyet puanlarının’ anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan post-hoc analiz sonucunda “Hayır” ve “Biraz ya da sınırlı” yanıtını veren katılımcıların memnuniyet puanları, “Evet” diyenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, çelişkili görülse de çalışmamıza dahil olan kadınların hizmet kalitesini değerlendirirken nesnel içerikten ziyade kişisel deneyimlerine ve sağlık personelin kendileriyle olan yaklaşımına odaklanmış olabileceği düşünülebilir. Bu bağlamda memnuniyetin, sadece beklentilerin karşılanmasına değil, bireysel bakım deneyimlerin niteliğine de bağlı olduğu söylenebilir. Bu sonuç, Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) tarafından geliştirilen SERVQUAL modeli ile uyumlu görülebilir. SERVQUAL modeline göre, bireylerin hizmet kalitesi algısı, hizmet öncesi beklentileri ile hizmet sonrası deneyimleri arasındaki farktan ortaya çıktığı ve bu fark ne kadar az ise memnuniyet düzeyi o denli yüksek olabileceği belirtilmektedir (Parasuraman ve diğ., 1985).

Sonuç olarak, hasta beklentisi düzeyleri çoğu bireysel özellikten bağımsız ve benzer düzeyde seyretmekte, ancak memnuniyet düzeyi hizmetin içeriği ve sunum kalitesi ile şekillenmektedir. Bu bulgular, DÖB hizmetlerinin bireyselleştirilmiş, bilgi odaklı ve destekleyici bir biçimde sunulmasının, özellikle çalışan kadınlar ve hassas gruplarda memnuniyeti artırmada etkili olacağını göstermektedir.

Çalışmamızda doğum öncesi hasta beklentileri ölçeği alt boyutlarının (tam bakım, bakımı verenin sürekliliği, kişiselleştirilmiş bakım, diğer hizmetler) katılımcıların demografik, obstetrik özellikleri ve ASM kullanımı ile ilişkileri değerlendirilmiştir (Tablo 4.9.). Kadının yaşı, eğitim ve çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, evlilik süresi, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı, gebelikte riskli durum varlığı, aile sağlığı merkezine ilk başvuru zamanı ve aile sağlığı merkezinde verilen hizmetleri yeterli bulma durumu ile “beklentiler ölçeği” alt boyutlara arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bu bağlamda aile sağlığı

merkezlerinden alınan DÖB hizmetlerinden beklenti alt boyutlarının, kadının demografik ve obstetrik özelliklerinden etkilenmediği ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu ilişkilerde fark bulunmaması, kadınların DÖB hizmetlerinden kişisel ve doğurganlık özellikleri dışında genel bir beklentiye sahip olduğunu ve bu beklentilerin çoğunlukla sağlık hizmetinin kalitesiyle ilişkili olduğunu söylemek mümkün. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuç, literatürle de uyumludur. Kadının yaşı, çalışma ve medeni durum, evlilik süresi gibi sosyodemografik faktörlerin DÖB beklentileri üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı, eğitim düzeyinin DÖB'den beklentileri sınırlı olsa da etkilediği, bazı çalışmalarda eğitim düzeyi artıkça genel olarak beklentilerin de arttığı ve sağlık kuruluşlarından alınan bakımdan hoşnut olma oranının düştüğü belirlenmiştir (Alhasan ve Abdi, 2020; Aydın Koyunsever H., 2014; Fadıloğlu ve diğ., 1990; Galle ve diğ., 2015; Kocaman ve diğ., 1993; Lenzi ve diğ., 2018; Okumuş ve diğ., 1995; Sağlam ve diğ., 2017). Gelir durumunun DÖB beklentileri açısından literatürdeki çalışmalar, düşük-orta düzey gelire sahip ülkelerde yaşayan kadınların gebeliği normal bir durum olarak kabul edip bakım alma gereksinimi bile duymadıkları görüldüğü belirtilmektedir. Buna karşın bazı çalışmalar da gelir durumlarına göre gebelerin DÖB dan toplam beklenti puanının pozitif yönde anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (Aydın Koyunsever H., 2014; Bravo ve diğ., 2014; Kavaklı Geriş ve Apaydın Kaya, 2016). Aydın Koyunsever H. (2014) tarafından yapılan çalışmada, gebelikten önce var olan ve gebelikle birlikte ortaya çıkan riskli durumlara sahip kadınların, aynı sağlık profesyoneline bakım almak istedikleri yani bakımda süreklilik talep ettikleri ve bu taleplerinin riskli olmayan gebelere kıyasla, istatistik anlamlılık saptanmamış olsa da daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Aydın Koyunsever H., 2014). Yine de bu sonuç, kadınların sağlık hizmet aldıkları kurumlarda DÖB veren sağlık profesyonellerin değişmemesini ve süreklilik arz etmesini istediklerine işaret etmektedir.

Çocuk sayısı değişkeniyle ilgili sonuçlarımızla uyumlu olarak Kavaklı Geriş B. tarafından yapılan çalışmada, primigravida ile multigravida arasında hasta beklentileri ölçek toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bunun aksine John ve diğ. nin araştırmasında, çocuk sayısı 3-5 arasında olan kadınların DÖB beklentilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (John ve diğ., 2021; Kavaklı Geriş B., 2016). Bu sonuç, multipar kadınların dolayısıyla ileri yaş gebelikleri olabileceği ve riskli durumlar daha fazla yaşayabilecekleri, bundan da kaygılanıp bakım beklentilerinin arttığı biçimde yorumlanabilir. Sonuç olarak, bu bulgular bize, DÖB sürecinde bireysel ihtiyaçların ve obstetrik öykülerin dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Çalışma bulgularımızın “eş yaşı” parametresiyle doğum öncesi hasta beklentileri ölçeği alt boyutlarından “Bakım Veren Sürekliliği” ($p=0,030$), “Kişiselleştirilmiş Bakım” ($p=0,013$) ve “Diğer Hizmetler” ($p=0,010$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler saptanmıştır. 40-45 yaş grubunda eşleri olan kadınların DÖB sürecine ilişkin beklentilerinin, “bakım verenin sürekliliği”, “kişiselleştirilmiş bakım” ve “diğer hizmetler” boyutlarında anlamlı düzeyde daha fazla (yüksek puanda) beklentileri olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, orta yaş grubunda eşleri olan kadınların DÖB sürecine, eş yönlendirmesiyle, daha kaygılı yaklaşabildiği ve beklentilerinin daha fazla olabileceği biçiminde yorumlanabilir. Bir ihtimal kadınların kendileri de ileri yaş gebelik geçiriyor olabilirler. Buna karşın genç yaştaki eşlerin sağlık hizmetlerine yönelik genel beklentilerinin, daha standart ve sadece genel uygulamaları kapsıyor biçiminde olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuç, literatürle de uyumludur. Nitekim literatürde, eş desteğinin gebelik sürecinde kadınların hizmet beklentilerini şekillendirdiği ve yaş faktörünün bu desteğin niteliği üzerinde etkili olabildiği belirtilmektedir (Alio ve diğ., 2013; Anderson ve Cooper, 2021; Kavaklı Geriş B., 2016; Lee ve diğ., 2020; Uddin ve diğ., 2019).. Eş yaşının yanı sıra eş eğitim düzeyi parametresinin de beklentiler alt boyutunda yer alan “Diğer Hizmetler” ile istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyinde bir ilişki saptanmıştır ($p=0,025$). Eş eğitimi, lise ve lisans düzeyinde olan gruptaki kadınların, ilköğretim mezunu düzeyine göre diğer hizmetler (hizmet alınan ortam, diyetisyen, danışmanlık vb.) konusunda daha fazla beklentileri olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, eşin eğitim düzeyinin kadının DÖB sürecine ilişkin beklentileri ve sağlık hizmetlerinden yararlanma biçimi üzerinde etkili olabileceğini göstermekte olup literatürdeki bazı çalışmalarla uyumludur. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin, sağlık hizmetlerinden daha fazla bilgi talep etme, hizmetlerin kalitesini daha iyi değerlendirme ve ek hizmetlerden daha fazla yararlanma eğiliminde olduğu düşünülebilir. Özellikle, lise ve lisans mezunu eşe sahip kadınların, “diğer hizmetler” den beklenti puanlarının anlamlılık düzeyinde daha yüksek bulunması, bu grubun sağlık hizmetlerinden daha kapsamlı yararlanmak istediklerine ve sunulan hizmetleri daha bilinçli bir şekilde değerlendirme eğiliminde olduğuna işaret edebilir. Literatürde, eğitilmiş eşlerin, kadınların gebelik dönemine dair ihtiyaç ve beklentilerini daha iyi anlama ve hizmete erişim konusunda destek olma bilincine sahip oldukları, yine hizmet kalitesine yönelik taleplerinin fazla olduğu belirtilmektedir (Aral ve Kandemir, 2017; Johnson ve diğ., 2019; Singh ve diğ., 2020; Tan ve diğ., 2021; Yaya ve diğ., 2018). Bu bağlamda eşin eğitim düzeyinin, sadece sosyo-demografik bir değişken değil, aynı zamanda DÖB’ün kalitesini dolaylı biçimde etkileyen sosyal destek unsuru olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada, gebeliğim planlı olma durumu ile beklentiler ölçeğin “Diğer Hizmetler” alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0,044$); planlı gebeliği olan kadınların ‘diğer hizmetler’ alt boyut puanları, gebeliğini planlamayan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, gebeliğini planlayan kadınların, DÖB hizmetlerine yönelik ek hizmet beklentilerinin, doğal olarak daha fazla olduğunu işaret etmektedir. Planlı gebelikte kadınların sağlık hizmetlerine daha bilinçli ve hazırlıklı yaklaşması hizmet kalitesi ya da kapsamı konusundaki beklentilerini yükseltebilmektedir. Literatürde planlı gebelik yaşayan kadınların DÖB hizmetlerine daha erken başvurduklarını, sağlık bilgisine daha fazla erişme eğiliminde olduklarını ve bakım sürecinde daha yüksek kalite beklentisine sahip olduklarını belirtilmektedir. Planlı gebeliklerde kadınların gebeliğe daha hazırlıklı olduklarını ve hizmet beklentilerinin yalnızca fiziksel takiple sınırlı kalmayıp, psikososyal destek, eğitim materyalleri ve yönlendirme hizmetleri gibi “diğer” unsurları da kapsadığı belirtilmiştir (Bayraktar ve Gölbaşı, 2020; Trinh ve diğ., 2013; Yargıç ve Evcili, 2018). Bu bağlamda, planlı gebelik deneyimi yaşayan kadınların sağlık sisteminden beklentileri daha kapsamlıdır ve bu gruba sunulan hizmetlerin yalnızca medikal izlemlerle sınırlı kalmaması önemlidir. Özellikle danışmanlık, eğitim programları, doğuma hazırlık kursları ve psikososyal destek gibi diğer hizmet alanlarının geliştirilmesi, bu grubun memnuniyet düzeyini artırabilir. Araştırmamızda düşük/kürtaj yapma durumu parametresi ile beklentiler ölçeğin “Bakımı Veren Sürekliliği” alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,040$). Düşük/kürtajı olmayan kadınların bakımda süreklilik talebi, anlamlı olarak diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Yani önceden düşük/kürtaj öyküsü olmayan kadınların DÖB gereksinimlerini ve bakımda sürekliliğin olmasını daha fazla önemsedikleri görülmüştür. Özellikle, 1-2 kez düşük veya kürtaj yapmış kadınların “Bakımı Veren Sürekliliği” alt boyutundaki puanlarının hiç düşük veya kürtaj yapmamış kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Özellikle aynı sağlık personeliyle devamlılık esasına dayalı izlem, gebelerin sağlık sistemine duyduğu güveni yeniden inşa etme sürecinde kritik rol oynayabilir.

Bu çalışmada, aile sağlığı merkezine DÖB hizmeti için gitme sıklığının, beklentiler ölçeğin alt boyutlarından “Bakımı Veren Sürekliliği” ve “Kişiselleştirilmiş Bakım” arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılığa sahip olduğu belirlenmiştir (sırasıyla anlamlılık düzeyi; “Bakımı Veren Sürekliliği” $p=0,019$; “Kişiselleştirilmiş Bakım” $p=0,015$). Özellikle, 4 kez ve fazla sayıda antenatal kontrole giden kadınların, her ay düzenli kontrole gidenlere kıyasla hem bakımda süreklilik hem de kişiselleştirilmiş bakım puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, yani bu konulardaki taleplerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu,

antenatal bakımın sadece rutin izlem olarak değil, aynı zamanda bireysel ihtiyaçlara yanıt verebilecek esneklikte ve süreklilikte sunulması gerektiğini desteklemektedir. Literatüre göre de DÖB’ın süreklilik esasına göre sunulmasının ve özellikle aynı sağlık çalışını tarafından takip edilmenin hem güven hem de kişileştirilmiş bakım hissini arttırdığı ve bu duruma bağlı olarak da kadının DÖB sürecine katılımını ve de hizmetten algıladığı değeri arttırdığı vurgulanmaktadır. (Renfrew ve diğ., 2014; Sandall ve diğ., 2014; Topçu ve Ayaz, 2020). Dolayısıyla elde edilen bu bulgu, gebelik izlem sayısının artmasıyla birlikte kadınların yalnızca sağlık izlemi değil, aynı zamanda bakımın niteliğine dair beklentilerinin de yükseldiğini; bu bağlamda süreklilik ve bireyselleştirilmiş hizmet sunumunun önemini ve kadınların doğum öncesi döneme ilişkin olumlu deneyimler edinmelerinde kilit rol oynadığı vurgulanmaktadır.

Bu tabloda son olarak aile sağlığı merkezlerinde verilen bakım hizmetinin beklentileri karşılama durumu ile beklentiler ölçeğinin alt boyutu “kişiselleştirilmiş bakım” arasında ilişki saptanmıştır ($p=0,042$). Özellikle, hizmetlerden “biraz ya da sınırlı” memnun kalan kadınların “Kişiselleştirilmiş Bakım” alt boyut puan ortalamasının, “hayır” diyen kadınların puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, beklentileri kısmen karşılanan kadınların kişileştirilmiş bakım algısının hiç karşılanmayanlara göre daha fazla olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte kadınların kişiselleştirilmiş hizmet algısında ideal düzeye ulaşmadığı ve hizmet sunumunda bireysel ihtiyaçların tam olarak gözetilmediği düşünülebilir. Literatürde benzer şekilde kişiye özel bakımın sağlık hizmetlerinde memnuniyetin temel belirleyicilerinden biri olduğu, ancak standart uygulamaların hâkim olduğu sistemlerde bu beklentinin sıklıkla karşılanamadığı vurgulanmaktadır (Anderson ve Cooper, 2020; Çapık ve Pasinlioğlu, 2015; Fontein Kuipers ve diğ., 2019). Sonuç olarak sağlık profesyonellerin, hizmet sunumunda gebelerin bireysel özelliklerini ve beklentilerini dikkate alan daha esnek ve duyarlı yaklaşım sergilemelerinin gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda doğum öncesi hasta memnuniyeti ölçeği alt boyutlarının (tam bakım, bakımı verenin sürekliliği, kişiselleştirilmiş bakım, diğer hizmetler) katılımcıların demografik, obstetrik özellikleri ve ASM kullanımı ile ilişkileri değerlendirilerek, analiz sonuçlarında bazı değişkenlerin memnuniyet üzerinde anlamlı ilişkileri bulunduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.10.)

Bu çalışmada çalışan kadınların “sağlık personeli bakımı” alt boyutunda ev hanımlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük memnuniyet puanı verdiği bulunmuştur ($p=0,038$). Bu sonuç, çalışan kadınların DÖB hizmetlerinden özellikle zaman yönetimi, sağlık hizmetine ulaşım koşulları, hizmet sunumunda iletişimin verimliliği gibi unsurlardan daha fazla beklentileri olduğu ve karşılanmadığında hizmetten memnuniyetlerini doğrudan etkilediği

biçimde yorumlanabilir. Literatürde de benzer sonuçlar bildirilmiş olup; DÖB hizmetinde memnuniyetin, yalnızca hizmet içeriği değil aynı zamanda bu hizmetin kadınların yaşam koşullarına ne kadar uyum sağladığıyla da doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışan kadınların, sağlık çalışanların kendilerini anlayan bir tutum sergilemelerini istediklerini ve esnek saatlerde de hizmet verilmesini önemsediklerini vurgulamaktadır (Bloom ve diğ., 1999; Sword ve diğ., 2006; Yanikkerem ve Saruhan, 2020; Yıldız ve Erdoğan, 2021). Çalışmamızda eşin eğitim düzeyi değişkeni açısından hem “bilgi” hem de “sağlık personeli bakımı” alt boyutlarında anlamlı ilişki saptanmıştır (‘Bilgi’ $p=0,023$; ‘Sağlık Personeli Bakımı’ $p=0,003$). Özellikle lisansüstü eğitim düzeyinde eşe sahip kadınların bu iki boyuttaki memnuniyet düzeylerinin diğer gruplara kıyasla daha düşük olması, beklenti düzeylerinin yüksek olmasına ve buna karşılık verilen hizmetin yetersiz algılanmasına işaret ediyor olabilir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin, bireyin sağlık okuryazarlığı ve beklentilerinin daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Literatürde de bulgularımızı destekler nitelikte; eş eğitiminin kadınların sağlık hizmetlerini kullanımlarını şekillendirdiği, yüksek eğitim düzeyine sahip eşlerin gebelik takibi sürecine daha bilinçli müdahil olduklarını gösterdikleri saptanmıştır. Yine eşin sağlık sistemine aktif katılımı kadınların sağlık bakım hizmetinin algılanış biçimini de etkilediği belirtilmektedir. Ayrıca özellikle daha yüksek eğitim düzeyindeki eşler, sağlık personellerinin iletişim, bilgilendirme ve danışmanlık süreçlerindeki yetersizlikleri daha kolay fark edebilmesi de kadınların memnuniyet düzeyini bu şekilde dolaylı olarak düşürebileceği ifade edilmektedir (Mortazavi ve diğ., 2017; Topuz ve diğ., 2020; Yargıç ve diğ., 2020). Bu bulgular ışığında sağlık personelin, bilgilendirme ve bakım süreçlerine yalnızca gebeyi değil, ailesini de göz önünde bulundurması ve onların da bakım sürecine katılımının sağlamlasının önemi bir kez daha öne çıkmaktadır. Bu çalışmada bir başka parametre olan “gebeliğin planlı olup olmadığı durum” açısından “sistem özellikleri” alt boyutunda anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Planlı gebeliği olmayan kadınların sistem özelliklerine yönelik daha az memnun oldukları belirlenmiştir ($p=0,016$). Bu durum, planlanmamış gebeliklerde gebelerin, sağlık sistemine aniden hazırlıksız bir şekilde dahil olmaları sonucu stres düzeylerinin de yüksek olabileceği ve bu sebeple daha fazla zorluk yaşayabildikleri biçiminde yorumlanabilir. Ayrıca gebeliği planlanmamış kadınların sağlık kuruluşları ile kuracakları iletişim genellikle daha geç ve düzensiz olabilmektedir. Nitekim literatürde de plansız gebelik yaşayan kadınların DÖB hizmetleri ve sağlık sistemine güven duymakta zorlanacakları için daha düşük memnuniyet bildirdikleri ve bu nedenle kadınların daha fazla rehberliğe ve destekleyici sistem yapılarına ihtiyaç duydukları ifade edilmektedir (Johnson ve Smith, 2020; Özkan ve diğ., 2018; Türkmen ve Yılmaz, 2017).

Bu bağlamda sağlık hizmetleri sisteminin yalnızca planlı gebeliklerde değil plansız gebelik durumunda da daha kapsayıcı, destekleyici ve yönlendirici işlev görecektir şekilde yapılandırılması kritik önemdedir. Bu çalışmada “düşük/ kürtaj öyküsü” olmayan kadınların ‘bilgi’ boyutu açısından anlamlı düzeyde daha yüksek memnuniyet düzeyine sahip oldukları saptanmıştır ($p=0,028$). Benzer şekilde, riskli gebelik öyküsü olmayan kadınlar da ‘bilgi’ alt boyutu açısından anlamlı düzeyde daha yüksek memnuniyet göstermişlerdir ($p=0,038$). Her iki bulgu da sağlık hizmetlerinde küretaj/düşük ve riskli gebelik geçirmiş olan kadınların, hassas süreçlerden geçmiş olmaları nedeniyle bilgilendirme süreçlerinde eksikler olabileceğine işaret etmektedir. Söz konusu kadınların, gebelik sürecinde önceden yaşadıkları deneyimlerinden kaynaklanan kaygılar nedeniyle daha detaylı ve güven verici bilgilendirilme beklentilerinin olması doğal olup bu beklentilerin karşılanmaması memnuniyet düzeylerini olumsuz etkileyebilmektedir. Literatürde benzer şekilde düşük/kürtaj öyküsü ve riskli gebelik öyküsü olan kadınların DÖB hizmetlerine daha duyarlı yaklaştığı, kadınların yüksek risk algısı sebebiyle sağlık çalışanları tarafından kendilerine daha fazla açıklama yapılmasını ve psikososyal desteğe ihtiyaç duydukları ifade edilmekte olup bu bireylere yönelik bilgilendirme süreçlerinin özel olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Demir ve Şahin 2018; Özkan ve diğ., 2018; Yalçınkaya ve Uçar, 2020; Yılmaz ve Karadeniz, 2021). Çalışmamızda düşük/kürtaj yapma durumuna göre ‘Sağlık Personeli Bakımı’ ve ‘Sistem Özellikleri’ memnuniyet ölçeği alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu sağlık çalışanlarının tutumu, ilgisi, iletişim kalitesi ile sistemin organizasyonu, randevu süreçlerini ayarlama ve yönlendirme işlevlerinin kadının geçmişte gebelik kaybı yaşamış olup olmamasından bağımsız olarak benzer düzeyde algılandığına işaret etmektedir. Bir başka ifadeyle de düşük/kürtaj gibi kadınların obstetrik durumlar bu iki alandaki memnuniyet düzeylerini anlamlı şekilde değiştirmemektedir. Literatürde de benzer bulgular mevcut olup yapılan çalışmalarda, düşük öyküsüne sahip kadınların özellikle bilgilendirme ve duygusal destek gibi bireyselleştirilmiş hizmet beklentilerinde farklılık gösterdiğini, ancak temel sağlık hizmeti sunumu (örneğin randevu düzeni, bekleme süresi, yönlendirme vb.) ve personel yaklaşımı gibi sistematik alanlarda bu farkın daha az belirgin olduğunu vurgulamaktadır (Adolfsson A., 2011; Rowlands ve diğ., 2016). Aynı şekilde riskli gebeliğe sahip kadınların DÖB hizmetlerinden ‘sağlık personeli bakımı’ ve ‘sistem özellikleri’ alt boyutlarında memnuniyet düzeylerinin, riskli gebelik yaşamayan kadınlarla benzer olduğunu yani istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir ($p=0,502$; $p=0,837$). Riskli gebeliklerde genellikle daha dikkatli ve özel bir takip gereksinimi olmasına rağmen,

memnuniyet düzeylerinin benzer olması, sağlık çalışanların öykü sürecine dikkat etmediğini ve risk tanılama konusunda da yetersiz kaldığını düşündürmektedir. Ayrıca bu sonuç, riskli gebeliğe sahip kadınların sağlık sisteminden özel bir ilgi veya farklı bir yaklaşım beklemesine karşın, bu beklentilerin mevcut hizmet yapısı içerisinde karşılanamadığını da ima etmektedir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcut olup, DÖB hizmetlerinin temel yapısının istikrarlı olduğunu, ancak riskli gebelik yaşayan kadınlar için bireyselleştirilmiş yaklaşımlara daha fazla ihtiyaç olabileceğini ortaya koymaktadır (Benute ve diğ., 2012; Jong ve diğ., 2013). Bu bağlamda sağlık personelin gebelik sürecinde riskli durumlar yaşayan kadınlara yönelik etkili iletişim ve bilgi aktarımı süreçlerini güçlendirmesinin büyük önem taşıdığı göz ardı edilmemelidir.

Bu araştırmada “aile sağlığı merkezinin DÖB hizmetlerini yeterli bulunma durumu” ile memnuniyet ölçeğinin “bilgi”, “sağlık personeli bakımı” ve “sistem özellikleri” alt boyutlarında anlamlı düzeyde ilişkiler saptanmıştır. ASM’ de verilen hizmetleri yetersiz bulan kadınların hizmeti yeterli bulan kadınlara göre ‘bilgi’, ‘sağlık personeli bakımı’ ve ‘sistem özellikleri’ boyutlarında daha düşük memnuniyet puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir (p değerleri $p=0,000$). Özellikle DÖB hizmetlerinin kadınlar tarafından yeterli bulunmaması; DÖB’ün hem içeriksel (bilgi, danışmanlık) hem de süreçsel (ulaşım, bekleme süresi, randevu düzeni) yönlerinden eksik ya da aksak algılandığını göstermektedir. Bu bulgu, doğrudan hizmetten algılanan yeterlilik ile memnuniyet düzeyi arasındaki güçlü ilişkiyi göstermesi açısından kritik önem taşımaktadır. Literatürde yer alan çalışmaların bazıları da benzer bulgular ortaya koymuştur. Aydın ve Taşçı Duran (2017) da benzer şekilde, DÖB hizmetlerini yeterli bulmayan kadınların memnuniyet düzeylerinin dikkat çekecek şekilde daha düşük olduğu ve bunun sebebi olarak da sağlık personellerinin hizmeti sunumu sırasındaki tutumu, bilgilendirme kalitesi ve hizmet sunumu zamanlamasıyla ilişkili olduğu vurgulamaktadır (Aydın ve Taşçı Duran, 2017). Farklı bir çalışma olan Luo ve diğ. nin (2021) birlikte Çin’ de yürüttükleri araştırmada başka bir ifade ile sağlık bakım hizmetlerinin bireysel ihtiyaçlara göre sunulmamasının, bireylerin memnuniyetsizliğine yol açacağı belirtilmektedir (Luo ve diğ., 2021). Bu bulgular ışığında; memnuniyetin yalnızca sunulan hizmet niceliği değil, bireysel ihtiyaçları karşılama açısından ne ölçüde katkı sağlandığı ile de şekillendiği söylenebilir. Bu nedenle DÖB hizmetlerinin içeriği ve sürecinin değerlendirilmesinde kadınların hizmeti yeterli bulup bulmadığına odaklanmak memnuniyetin artırılması açısından oldukça önemli bir göstergedir.

Son olarak, “doğum öncesi hizmetlerin beklentileri karşılama durumu” parametresine göre yine memnuniyet ölçeğinin tüm alt boyutlarda anlamlı ilişkiler saptanmıştır (bilgi: $p=0,001$; sağlık personeli bakımı: $p=0,000$; sistem özellikleri: $p=0,000$). Beklentileri tamamen karşılanan kadınların memnuniyet düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, DÖB hizmetlerinin kadınların beklentilerini karşılayıp karşılanmamasının, memnuniyet düzeylerini doğrudan ve çok yönlü biçimde etkilediğine işaret eder. Özellikle Parasuraman ve diğ. tarafından geliştirilmiş olan SERVQUAL modeline göre, hizmetin algılanan kalitesi, bireylerin beklentilerini karşılanma derecesiyle doğrudan ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (Parasuraman ve diğ., 1985). Nitekim bu bağlamda çalışmamız bulguları doğrultusunda DÖB hizmetlerinde bireyselleştirilmiş ve ihtiyaca duyarlı yaklaşımların önemi sürekli vurgulanmak olup özellikle sağlık personellerinin hizmet sunumundaki tutumları, verilen bilginin yeterliliği ve sistemin işleyişine duyulan güvenin, çalışmaya katılan kadınların memnuniyetini doğrudan etkilediğini görmekteyiz.

Bu araştırmada, DÖB memnuniyeti ile kadınların ve eşlerinin yaş durumu, kadınların eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi, evlilik süresi, gebelik ve doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, DÖB hizmetine gitme sıklığı ve gebelikte ilk kontrol zamanı gibi çeşitli sosyo-demografik ve obstetrik değişkenler arasındaki ilişkileri açısından yapılan analizler sonucunda, “bilgi”, “sağlık personeli bakımı” ve “sistem özellikleri” alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Elde edilen bu bulgular, DÖB hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeylerinin söz konusu sosyo-demografik ve obstetrik değişkenlerinden bağımsız olarak benzer bir düzeyde olduğunu göstermektedir. Literatürde bazı araştırmalarda da, sosyo-demografik ve obstetrik değişkenler ile DÖB memnuniyeti arasında anlamlı ilişkilerin olmadığı sonucunu elde edilmiştir (Larrabee J.H., 2004; Koç ve Aksoy, 2018; Rahi ve diğ., 2021). Araştırmamız bulgularında hem kadının hem de eşinin yaşı gibi demografik değişkenlerin memnuniyet ölçeği tüm alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilememesi (tüm $p>0,05$) sunulan hizmetin yaş ayrımı gözetmeksizin standardize şekilde uygulanması, sistematik eşitlik ilkesine işaret etmektedir. Literatürde yer alan çalışmaların bazıları ile benzer bulgular örtüşmekte olup; yaşın prenatal bakım memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını ve memnuniyetin daha çok sağlık personelinin yaklaşımı, bilgilendirme yeterliliği, hizmetin niteliği ve bireysel ihtiyaçlara duyarlılığı ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Afulani ve diğ., 2020); Garcia ve Morales, 2019 ve Koç ve Aksoy, 2018, Rozsa ve diğ., 2025).

Çalışmamıza katılan kadınların eğitim durumuna göre yapılan analizlerde, memnuniyet alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmaması, hizmet sunumunun farklı eğitim düzeylerine sahip kadınlara benzer nitelikte sunulduğunu ve hizmet algısında katılımcı kadınların eğitim düzeyinin belirleyici olmadığını göstermektedir. Literatürde de benzer bulgulara rastlanmakta olup; memnuniyetin belirleyicileri arasında eğitimin tek başına etkili olmadığını; hizmet kalitesi, erişebilirliği ve bireyselleştirilmiş yapısının daha önemli olduğu vurgulanmıştır (Galle ve diğ., 2021; Koç ve Aksoy, Özkan ve diğ., 2018). Bu araştırmaya katılan kadınların aile gelir düzeyi, evlilik süresi, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, DÖB hizmetine gitme sıklığı ve gebelikte ilk kontrol zamanı gibi sosyo-demografik ve obstetrik değişkenlerinde yine tüm alt boyutlarındaki memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, literatürdeki bazı çalışmalarla da uyumlu olup DÖB memnuniyetini etkileyen temel faktörlerin bilgilendirme, mahremiyet, ulaşılabilirlik ve sağlık personeliyle kurulan güven ilişkisi olduğu, buna karşın gelir düzeyi, gebelik sayısı veya kontrol sıklığı gibi değişkenlerin memnuniyet üzerinde istatistiksel anlamda belirleyici olmadıkları bildirilmiştir (Bhattacharyya ve diğ., 2015; Larebbe J.H., 2018; Topçu ve Ayaz, 2020).

5.2.ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI

- Araştırmanın örneklemi yalnızca belli bir il/ilçedeki ASM ile sınırlıdır; bu nedenle bulgular, tüm ülkeye genellenemez.
- Bu çalışma, 0-3 ay bebeği olan ve çalışmamıza dahil olan annelerin görüşleriyle sınırlıdır. Gebelik sürecinde olan ve ASM lerden DÖB alan kadınların görüşlerini yansıtmayabilir.
- Kullanılan ölçek, yalnızca çalışmaya katılan kadınların kendi algılarını ölçmektedir. Araştırmacı tarafından doğrudan gözlem ve değerlendirme yapılmamıştır.
- Veriler öz bildirim yöntemi ile toplandığı için hatırlama yanlılığı, sosyal beğenilirlik etkisi gibi durumlar sonucu etkilemiş olabilir.

- Araştırmacı, çalışmanın gerçekleştirildiği ASM' lerde görevli olduğundan görüşmeleri, kurumsal kıyafetle yaptığından "istemsiz yanlılık " durumu söz konusu olabilir

5.3. SONUÇ

26 Ağustos 2024 – 30 Mayıs 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu araştırma, 0-3 aylık bebeği olan kadınların gebelik dönemlerinde aile sağlığı merkezinde ebe ve hemşirelerden aldıkları DÖB hizmetlerinin içeriği ve hizmetten memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya İstanbul-Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı 24 Aile Sağlığı Merkezinde kaydı bulunan ve 0-3 aylık bebeği olan 288 kadın dahil edilmiştir.

Kadınların demografik ve obstetrik özellikleri, ASM kullanım bilgileri, DÖB bileşenlerine ilişkin maddeler ve Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeğine ilişkin veriler değerlendirilerek aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu 25-34 yaş aralığında (%62,1) yer almakta olup, bu grubu 35-44 yaş (%21,9) ve 20-25 ile 45-49 yaş aralıkları (%8,0) izlemektedir.
- Kadınların %96,5'i resmi nikahlı olup, %3,5'i resmi nikahı yoktur. Eğitim düzeylerine göre kadınların %47,5'inin lisans, %24'ünün ilköğretim, %16,3'ünün lise ve %12,2'sinin ise lisansüstü eğitime sahiptir.
- Çalışma durumuna göre kadınların %60,8'i ev hanımı olup %39,2'si çalışmaktadır.
- Eşlerin eğitim durumu; %42,7'sinin lisans, %26,7'sinin lise, %16,7'sinin ilköğretim ve %13,9'unun lisansüstü düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların büyük bir kısmı DÖB hizmetleri kapsamında düzenli olarak kan ve idrar tahlili (%68,7), kilo ve boy ölçümü (%73,2), kan basıncı takibi ve fetal kalp sesi dinleme (%82,4) gibi temel hizmetleri aldıklarını belirtmiştir. Ancak bazı hizmetlerin (Leopold muayenesi %55,9, çiftin kan grubu tayini %39,7) düzenli sunulmadığı saptanmıştır. **Bu sonuç, araştırma sorularımızdan ASM'lerde en düzenli ve en yetersiz verilen DÖB hizmetleri nelerdir? ve Aile sağlığı merkezlerinde verilen DÖB hizmet kapsamı yeterli düzeyde midir?' i karşılamaktadır.**
- Kadınların büyük çoğunluğu, sağlık personelinden yeterli bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti aldıklarını ifade etmiştir (%76,5). Ancak özellikle ilk gebelik deneyiminde olan kadınların daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Kadınların %76,1'i, sağlık personelinin genel tutum ve davranışlarından memnun olduğunu belirtmiştir. Ancak bazı

kadınlar (%23,9) personelin ilgi ve açıklama yapma biçiminde iyileştirme yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Kadınların büyük bir kısmı (%78,2), sağlık hizmetlerinin fiziksel olanaklarından memnun olduklarını ifade etmiş, ancak bekleme sürelerinin uzunluğu ile ilgili bazı olumsuz geri bildirimler alınmıştır.

- Çalışmamızda kadınların %65,2'si gebelik ve doğum süreci ile ilgili eğitimlerin ve danışmanlıkların yeterli olduğunu belirtmiş, ancak bazı kadınlar bu eğitimlerin daha kapsamlı ve düzenli hale getirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. **Bu ve önceki sonuçlar; araştırma sorularından, Aile sağlığı merkezlerinde verilen DÖB hizmet kapsamı yeterli düzeyde midir? 'e yanıt olmaktadır.**

- ‘Doğum öncesi bakım memnuniyet ve hasta beklentileri ölçeği’ memnuniyet puan ortalaması, $60,56 \pm 25,82$ ve beklentiler puan ortalaması $24,25 \pm 7,97$ olarak saptanmıştır.

- “Doğum Öncesi Bakım Memnuniyet ve Hasta Beklentileri Ölçeği” alt boyut puanlarına göre; en yüksek beklenti, antenatal hizmetlerde “tam bakım” puan ortalaması $8,90 \pm 3,31$ ve “kişiselleştirilmiş” bakım’ puan ortalaması $7,20 \pm 3,27$ alanlarında olmuştur. “Doğum Öncesi Bakım Memnuniyet ve Hasta Beklentileri Ölçeği” alt boyut puanlarına göre; antenatal hizmetlerde en yüksek memnuniyet, “sağlık personeli bakımı ($\bar{x} = 24,77 \pm 11,81$)” ve “sistem özellikleri” ($\bar{x} = 21,29 \pm 8,96$) alt boyutlarında olmuştur. **Bu sonuç; araştırma sorularımızdan gebelerin DÖB hizmetlerine ilişkin beklentileri ne kadar karşılanmaktadır? Gebelerin DÖB hizmetlerine ilişkin memnuniyet düzeyleri ne durumdadır? yanıt olmaktadır.**

- “Doğum Öncesi Bakım Memnuniyet ve Hasta Beklentileri” ölçek puanlarının katılımcıların demografik-obstetrik özellikleri ve ASM kullanımı ile ilgili değişkenlerle memnuniyet ve beklenti düzeyleri açısından; eşinin eğitim durumu, gebeliğin planlı olup olmaması ve düşük/kürtaj öyküsü gibi bazı demografik ve obstetrik değişkenlerle memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna karşın, yaş, medeni

durum, gelir düzeyi, parite durumu, eğitim durumu ve çalışma durumu gibi diğer birçok değişkende memnuniyet düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). **Bu sonuç, araştırmaya dahil olan kadınların memnuniyet ve beklenti düzeylerini, demografik ve obstetrik özelliklerini etkiler mi? Sorumuza yanıt olmaktadır.**

- Doğum Öncesi Hasta Beklentileri Ölçeği alt boyut puan ortalamaları açısından; eşin yaşı ve eğitim durumu, gebeliğin planlı olma durumu, düşük/kürtaj yapma durumu, ASM'ne DÖB hizmeti için gitme sıklığı ve ASM'de verilen DÖB hizmetlerin beklentileri karşılama değişkenleriyle beklenti alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler ($p<0,05$) saptanmıştır. Ancak yaş, eğitim, gelir durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, medeni durum, gebelikte riskli durum varlığı, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı, gebelikte ilkkontrol zamanı ve ASM'nin DÖB hizmetlerini yeterli bulma gibi değişkenlerde anlamlı ilişki ($p>0,05$) saptanmamıştır.
- Doğum Öncesi Hasta Memnuniyeti Ölçeği alt boyut puan ortalamaları açısından; kadınların çalışma durumu, eş yaşı ve eşin eğitimi düzeyi, gebeliğin planlı olması, düşük/kürtaj öyküsü, gebelikte riskli durum varlığı, ASM'de verilen DÖB hizmetini yeterli bulma durumu ve DÖB hizmetlerinin beklentileri karşılama durumu gibi değişkenlerle memnuniyet arasında anlamlı ilişki ($p<0,05$) saptanırken; kadın yaşı, medeni ve eğitim durumu, gelir ve çalışma durumu, evlilik süresi, gebelik ve doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ASM'ne DÖB hizmeti için gitme sıklığı ve gebelikte ilk kontrol zamanı gibi diğer değişkenlerde anlamlı ilişki ($p>0,05$) bulunmamıştır.

5.4. ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak, DÖB hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik aşağıdaki öneriler sunulabilir;

- Tüm gebelere düzenli olarak kan ve idrar tahlili, Leopold muayenesi, fizik muayene ve çiftin kan grubu tayini yapılmalı ve bu temel hizmetlerin düzenli sunumu sağlanmalıdır.
- Gebelik eğitimi ve danışmanlık programları kapsamlı hale getirilmelidir. Bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri, standart bir protokol çerçevesinde sürekli sunulmalı ve etkinliği düzenli olarak değerlendirilmelidir.
- Sağlık personelinin iletişim becerileri geliştirilmelidir. Doğrudan iletişim ve empati temelli hizmet sunumuna yönelik eğitim programları yaygınlaştırılmalıdır.
- Sağlık kuruluşlarındaki hizmet akışı iyileştirilmelidir. Randevu süreleri açısından

sağlık personel takviyesi, randevu sistemlerinin güçlendirilmesi ve süreç yönetimi hakkında düzenlemeler yapılmalıdır.

- Bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımı geliştirilmelidir. Özellikle risk grubu kadınlara özel danışmanlık, destek grupları ve yönlendirme sistemleri kurulmalıdır.
- Eşitlikçi hizmet anlayışı sürdürülmelidir.
 - Toplum temelli sağlık okuryazarlığı çalışmalarına ağırlık verilerek kadınların bakım hizmetlerinden neler talep edebilecekleri konusunda bilinç artırılmalıdır.



6. KAYNAKLAR

1. Adeyinka, O., Jukic, A. M., McGarvey, S. T., Muasau-Howard, B. T., Faiai, M. U., & Hawley, N. L. (2017). Predictors of prenatal care satisfaction among pregnant women in America Samoa. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 1-14.
2. Akbaş E. (2014), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi, İstanbul
3. Akdemir, G., 2019, Iğdır ilinde yaşayan 15-49 yaş grubundaki kadınların doğum öncesi bakım alma sıklığı ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kars.
4. Akgün S., Kısa A., Kılıç A., Günsoy G. (1999). Başkent Üniversitesi Hastanesinde Yataklı Tedavi Hizmeti Almış Hastaların Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi, Ankara
5. Akın, H., Kaya, N., & Öztürk, R. (2021). Gebelikte tetanos aşılama oranları ve etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 19(1), 34–42. <https://doi.org/10.18521/ksphd.845998>
6. Aksu, H., & Özcan, N. (2022). Gebelik izlemlerinde fizik muayene uygulamaları: Bir saha çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25(1), 45–53.
7. Aksu, S. (2020). Balıkesir il merkezindeki gebe kadınların prenatal bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 179-188.
8. Aksu, S., Akgün, T., 2020. Prenatal care status and factors of pregnant women in Balıkesir province center. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 179–188.
9. Alexander AM, Prasad JH, Abraham P, Fletcher J, Muliylil J, Balraj V. Evaluation of a programme for prevention of vertical transmission of hepatitis B in a rural block in southern India. *Indian J Med Res*. 2013 Feb;137(2):356-62. PMID: 23563380; PMCID: PMC3657860.
10. AlOmari, F. (2021). Measuring gaps in healthcare quality using SERVQUAL model: Challenges and opportunities in developing countries. *Measuring Business Excellence*, 25(4), 407-420.
11. Altıparmak, S. (2014). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

12. Altıparmak, S., Ergin, R. N., & Demirtaş, E. (2020). Gebelikte izlem hizmetlerinin kalitesi: Sistematik bir değerlendirme. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 29(3), 212–220.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). “Practice bulletin no. 151: Cytomegalovirus, Parvovirus B19, Varicella Zoster, and Toxoplasmosis in Pregnancy”. *Obstet Gynecol*, 125, 1510-1525.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Committee opinion No. 743: Low-dose aspirin use during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 132(5), e137-e142.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Rh incompatibility management guidelines. Washington, DC.
16. Andaroon, N., Kordi, M., Kimiaei, S. A., & Esmaeily, H. (2017). The effect of individual counseling program by a midwife on fear of childbirth in primiparous women. *Journal of education and health promotion*, 6(1), 97.
17. Anderson, L. M., Hayden, B. M., & Whitehead, M. M. (2019). The Impact of Perceived Quality of Prenatal Care on Maternal Satisfaction. *Journal of Maternal Health*, 32(4), 245-251. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02874-2>
18. Andersson, T., Bergström, S., Högborg, U., 2000, Swedish maternal mortality in the 19th century by different definitions: previous stillbirths but not multiparity risk factor for maternal death. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 79(8): 679-686.
19. Anya SE, Hydera A, Jaiteh LE. Antenatal care in The Gambia: missed opportunity for information, education and communication. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008;8(1):9. doi:10.1186/1471-2393-8-9
20. Arslan, G., & Yıldız, A. (2020). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebelik izlemleri: Hizmet sunumu ve memnuniyet. *Journal of Primary Health Care*, 12(2), 120–129.
21. Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro-Fernandezdegamboa, G., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalupe, A., & Payo, J. (2010). The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing research*, 59(3), 194-202.
22. Aslantekin, F. (2006). Prenatal Bakım Memnuniyet Ölçeği Metodolojik İncelenmesi Uygulanması. Ege Üniversitesi. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İzmir.
23. Aydemir, H. ve Hazar, H.U. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebeğin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 815-833.
24. Aydın Koyunsever, H., 2021. Gebelerin antenatal bakım beklenti düzeyleri ve etkileyen faktörler, Uzmanlık Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği

Anabilim Dalı, İzmir.

25. Aytekin, F., Kaya, E., & Bayar, M. (2021). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: Türkiye örneği. *Kadın Sağlığı Dergisi*, 7(1), 35–42.
26. Babalola, S., 2014, Women's education level, antenatal visits and the quality of skilled antenatal care: a study of three African countries. *Journal of health care for the poor and underserved*, 25(1): 161-179.
27. Bal, Z., Gökbulut, N., & Uçar, T. (2022). The relationship between birth care satisfaction and birth satisfaction. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 798- 808. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.1091966>
28. Balcı, E., Gün, İ., Özçelik, B., Öztürk, A. (2005). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Sevk Ve Sağlık Ocaklarını Kullanma Durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 91-97.
29. Basha, G. W., 2019, Factors affecting the utilization of a minimum of four antenatal care services in Ethiopia. *Obstetrics and gynecology international*, (1): 5036783.
30. Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Bick, D. (2020). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD007194. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.pub3>
31. Başar, F., & Çiçek, S. (2018). Annelerin Yeterli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *OPUS International Journal of Society Researches*, 9(16), 2574-2596. <https://doi.org/10.26466/opus.499987>
32. Başar, F., Çiçek, S., 2018, Annelerin yeterli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(16): 27–30.
33. Bayram, F., & Koç, E. (2021). Gebelerde demir ve D vitamini takviyesinin izlenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 25(2), 101–108.
34. Bayrami, R., Javadnoori, M., Allahverdipour, H., Esmaeili, H., Latifnejad Roudsari, R. (2021). The preferences and expectations of married women receiving preconception care in Iran: A qualitative study. *Women Health*, 61(3), 265-276.
35. Baysoy, N. ve ÖZKAN, S. (2012). Gebelik öncesi bakım: halk sağlığı perspektifi. *Gazi Tıp Dergisi*, 23 (3).
36. Benhalima, K., Van Crombrugge, P., Hanssens, M., Devlieger, R., Verhaeghe, J., & Mathieu, C. (2012). Gestational diabetes: overview of the new consensus screening strategy and diagnostic criteria. *Acta clinica Belgica*, 67(4), 255-261.
37. BESER, E., ERGİN, F., SÖNMEZ, A. (2007). Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım

- hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(2), 137- 141.
38. Beşer, E., Ergin, F., Sönmez, A., 2007, Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(2): 137-141.
 39. Bilgin, N. Ç., Ak, B., Potur, D. C., Ayhan, F., 2018, Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5(3): 342-352.
 40. Bittaye M, Idoko P, Ekele BA, Obed SA, Nyan O. Hepatitis B virus sero-prevalence amongst pregnant women in the Gambia. BMC Infect Dis. 2019 Mar 15;19(1):259. doi: 10.1186/s12879-019-3883-9. PMID: 30876397; PMCID: PMC6419830.
 41. Bleich, S. N., Özaltın, E., Murray, C. J., 2009, How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bulletin of the World health Organization, 87(4): 271-278.
 42. Bodur, S., Durduran, Y., Küçükkendirci, H., Doğan, C., 2009, Bebek ölümlerinin prenatal-natal sağlık hizmet kullanımı ve demografik özelliklerle ilişkisi: Vaka-kontrol çalışması. Dicle Tıp Dergisi, 36(4): 288-293.
 43. Borrelli, S. E., Walsh, D., & Spiby, H. (2015). First-time mothers' expectations of the perineal outcomes of childbirth: A qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 15, 259. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0684-6>
 44. Bravo, I. M., Noya, M. (2014). Culture in prenatal development: Parental attitudes, availability of care, expectations, values, and nutrition. Child Youth Care Forum. 43(4), 521-538. 10.1007/s10566-014-9251-4
 45. Bulut, A., & Çelik, R. (2019). Gebelikte varis taraması: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulamalar. Sağlık Akademisi Dergisi, 6(3), 87–93.
 46. Bunnik, E. M., Kater-Kuipers, A., Galjaard, R. J. H., & de Beaufort, I. D. (2020). Should pregnant women be charged for non-invasive prenatal screening? Implications for reproductive autonomy and equal access. Journal of Medical Ethics, 46(3), 194-198
 47. Buran, G., Olgaç, Z., & Karaçam, Z. (2020). Doğuma hazırlık sınıflarının kadınların doğum şekli, korkusu ve deneyimine etkisi: Sistematik derleme. Life Sciences, 15(4), 41-54.
 48. Cangöl, S., 2010, Lalapaşa Merkez İlçe’de yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumları. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
 49. Carroli G, Villar J, Ba’aqeel H, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, et al; WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomised

- trials of routine antenatal care. *Lancet*. 2001May19;357(9268):1551-1564.
50. Catak B, Ikiisik H, Kartal SB, Öner C, Uluç HH, Seğmen Ö. Evaluation of prenatal care in Istanbul: A populationbased study. *Perinatal Journal*. 2012; 20:126-134. doi:10.2399/prn.12.0203003
 51. Ceylan, Ş., & Coşkun, P. (2020). Gebelikte antropometrik ölçümler ve önemi. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 4(2), 55–61.
 52. Chemir, F., Alemseged, F., & Workneh, D. (2014). Satisfaction with focused antenatal care service and associated factors among pregnant women attending focused antenatal care at health centers in Jimma town, Jimma zone, South West Ethiopia; a facility based cross-sectional study triangulated with qualitative study. *BMC Research Notes*, 7(1). 1-8. <https://doi.org/10.1186/1756>
 53. Chen Q, Chen Y, Wu W, Tang N, Wang D, Chen Y, Jing J, Cai L. Low-carbohydrate diet and maternal glucose metabolism in Chinese pregnant women. *Br J Nutr*. 2021 Aug 14;126(3):392-400. doi: 10.1017/S0007114520004092. Epub 2020 Oct 15. PMID: 33054878.
 54. Choi, Y., Bishai, D., & Gittelsohn, J. (2017). Relationship between Planned Pregnancy and Maternal Healthcare Utilization: Findings from a Cross-Sectional Study. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 447-454. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2117-5>
 55. Chomat, A. M., Solomons, N. W., Montenegro, G., Crowley, C., Bermudez, O. I., 2014, Maternal health and health-seeking behaviors among indigenous Mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35: 113-120.
 56. Chopra, I., Juneja, S. K., Sharma, S., 2018, Effect of maternal education on antenatal care utilization, maternal and perinatal outcome in a tertiary care hospital. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol*, 8(1): 247-250.
 57. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*. 2016 Aug 26;6(8): e011362. Doi: 10.1136/bmjopen-2016-011362. PMID: 27566632; PMCID: PMC5013466.
 58. Coşkun A. Yüksek Riskli Gebelikler Fetus / Yenidoğana Etkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı, Dağoğlu T (ed.), Görak G (ed.). *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri.2. Baskı*. ISBN: 978-975-420-630-2 İstanbul- 2008. Ss: 59-101.
 59. Çağlayan, E. K., Sarı, N., Kader, Ç., Balcı, M., Uyar, M., Seçkin, L., ... & Üstün, Y. (2013). Polikliniğimize Başvuran Hastalarda Hepatit B, C, HIV Seroprevalansı ve Hepatit B Aşılanma Düzeyi. *Bozok tıp dergisi*, 3(3), 27-30.

60. Çalışkan, D., & Gölbaşı, Z. (2019). Gebe eğitim programlarının doğum korkusu ve doğuma hazırlık üzerindeki etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 33(2), 75–82.
61. Çankaya, S., Ak, A., Polat, Y., Filiz, F., Künduro, F., Mızrak, F., ... & Han, E. (2014). Doğum için başvuran gebelerin empatik iletişim beklentilerinin ebeler tarafından karşılanma durumu. *Genel Tıp Dergisi*, 24(1), 7-14.
62. Çankaya, S., Kaynar, B. N., Çöker, G., Alp, M., Acar, E. D., Bayrambey, Z., & Yiğit, H. (2018). Ebelerin araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını bakımda kullanma ile ilgili görüşlerinin incelenmesi.
63. Çataklı, T., Taşar, S. ve Oğulluk, M. (2014). Bir döngüde annelerin D vitamini özellikleri bilgileri ve kullanma tutumları. *Ege Tıp Dergisi*, 53 (3), 135-140.
64. Çelen Ş, Demir N, Has R, et al. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 924, Ankara, 2014.
65. Çelik, S., & Aydın, R. (2021). Gebelikte enfeksiyonlardan korunma: Aşılama ve sağlık hizmetlerinin rolü. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 23–29.
66. Çetin, F., Güneş, G., Karaoğlu, L., Üstün, Y., 2005. Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma ve Emzirmeye Başlama Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 12(4): 247-252.
67. Çetindağ, E. N., 2017. Prenatal Bakım-Gebelik Öncesi Planlama. <https://losante.com.tr/Blog/Detail/2146>, [Ziyaret tarihi: 29 Aralık 2024].
68. Çınar, G., Akdemir-Kalkan, İ., Yılmaz-Karadağ, F., Hocaoglu, M., Deniz, S., Işık, M. E., ... & Kaplan-Atalay, E. (2022). Gebelerin Tetanos Aşısıyla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Klimik Journal/Klimik Dergisi*, 35(2).
69. Çiftçi, F., & Demir, N. (2021). Gebelikte demir ve D vitamini desteğinin önemi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 15–21.
70. ÇOBAN, A. G. D. A. Ç. (2024). BİRİNCİ BASAMAKTA GEBE TAKİBİ. AİLE HEKİMLİĞİNDE, 37.
71. Çoban, D., & Yılmaz, S. (2024). Prenatal tarama testleri için başvuran gebelerde risk algısı. *Anatolian Journal of Health Research*, 5(1), 87-92.
72. Çobanoğlu, A. (2020). Gebelerin ilaç kullanım durumu ve güvenli ilaç kullanımı bilgilerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(4), 463-469.
73. Dağlar, G., Uçar, T., Evcili, F., Bilgiç, D., 2015, Doğum öncesi ev ziyareti hizmeti verilen gebelerin memnuniyet düzeyleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri*

Dergisi, 4(4): 535-546.

74. Davis, J. W., Forman, D., Jackson, L. S. M., Davis, J. W., Garau, J., O'Dwyer, D. N., Vedes, E., Abuella, G., Cecconi, M., Greller, H. A., McNutt, M. K., Kozar, R. A., Cerdá, J., Davenport, A., Dhand, A., & Wormser, G. P. (2024). Leopold Maneuvers. *Encyclopedia of Intensive Care Medicine*, 1329–1329. https://doi.org/10.1007/978-3-642-00418-6_3190
75. Demir, Ç., Özdemir, R., 2020, Doğum Öncesi İzlemlerin Niceliksel ve Niteliksel Yeterliliği: Erzincan İlinden Hastane Tabanlı Araştırma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(5), 335-350.
76. Demir, R., & Taşpınar, A. (2019). Gebelikte akılcı ilaç kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(3), 193-200.
77. Demiray, E. K. D., Alkan, S., & Uyar, C. Gebelerde Hepatit B Enfeksiyonu Taramasının Önemi. *Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 14-17.
78. Demirtaş, E., Kaya, H., & Koç, Z. (2019). Türkiye’de birinci basamakta gebelikte sevk sisteminin değerlendirilmesi. *Aile Hekimliği Dergisi*, 23(2), 101–107.
79. Demirtaş, E., Yıldız, D., & Taşçı, K. (2020). Gebelik döneminde Hepatit B farkındalığı ve bağışıklama davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(3), 312–318. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.661728>
80. Deniz R., Baykuş Y., Kavak E.Ç., 2016, Tekrarlayan erken gebelik kayıplarına yaklaşım. *Kafkas J MedSci*, 6(2):130–137.
81. Dereli, F., Kundakçı, G. A., Yıldırım, J. G., Uyanık, G., & Yılmaz, M. (2021). Aile sağlığı merkezine başvuran gebelerin bağışıklama durumlarının belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 77-83.
82. Desdicioğlu, R., Yıldırım, M., Süleymanova, İ., Atalay, İ., Özcan, M., & Yavuz, A. F. (2017). Factors Affecting the Approach of Pregnant Women to Prenatal Tests. *Ankara Medical Journal*, 17(1).
83. Devecan, N., & Aksaraylı, M. (2003). Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL skorlarının kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 38-54.
84. Dindar Demiray, E. K., Alkan, S., & Uyar, C. (2022). Gebelerde Hepatit B enfeksiyonu taramasının önemi.
85. Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, A. M., Khan-Neelofur, D., & Piaggio, G. (2015) *Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy*. *Cochrane Database SystRev*, 2015(7), CD000934.

<https://doi.org/10.1002/14651858>

86. Dönmez, S., & Erol, S. (2019). Aile sağlığı merkezlerinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 45–54.
87. DSÖ, 2024. DSÖ öneriler Olumlu bir doğum deneyimi için intrapartum bakım. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9786259400020-tur.pdf?sequence=14&isAllowed=y> [Ziyaret tarihi: 29 Aralık 2024].
88. Durmaz, N., 2023. Gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerine ilişkin beklenti ve memnuniyetleri. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
89. Ekinci, A., & Erdem, S. (2021). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında gebelik izlemlerinde uygulanan Leopold manevraları sıklığı. *Aile Hekimliği Dergisi*, 15(3), 97–104.
90. Erbaş, G. (2016). İstanbul İli Gaziosmanpaşa İlçesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM).
91. Erdem, S., & Ayaz, S. (2019). Gebe izlem hizmetlerinde öykü alma uygulamaları: Bir değerlendirme. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 34(1), 60–68.
92. Erdem, S., & Şimşek, E. (2021). Gebelikte VKİ hesaplamasında ölçüm hataları: Nedenleri ve sonuçları. *Beslenme ve Diyetetik Dergisi*, 49(4), 525–533.
93. Erdoğan, A., & Çetinkaya, F. (2019). Kayseri il merkezinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *KSU Medical Journal*, 14(3), 135-141.
94. Erenel, A. S., Yücel, B., & Taş, R. (2021). Sosyoekonomik düzeyin doğum öncesi bakım ve bağışıklama hizmetlerine etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 63(1), 43–49. <https://doi.org/10.26657/gulhane.2021.010>
95. Ergin, F., Aksu, H., & Demiröz, H. (2010). DOĞUM ÖNCESİ VE DOĞUM SONRASI BAKIM HİZMETLERİNİN NİCELİK VE NİTELİĞİ. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 1-9.
96. Ergin, H., & Arkadaşları (2022). Çalışma Durumunun Sağlık Hizmetleri Beklentilerine Etkisi. *Ebelik Dergisi*, 11(2), 75-81.
97. Esencan, T.Y., Karabulut, Ö., Yıldırım, A.D., Abbasoğlu, D.E., Külek, H., Şimşek, Ç. ve Kılıçcı, Ç., (2018). Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik*

Dergisi, 26(1):31-43.

98. Etiler, N., Aktekin, R., & Çapar, H. (2000). Antalya kent merkezindeki bir sağlık ocağı bölgesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 3, 41-5).
99. Firouzbakht, M, Nikpour, M., Salmalian, H., Ledari, F.M., Khafri, S. (2013). The effect of perinatal education on Iranian mothers' stres and labor pain. *Global Journal of Health Science*, 6 (1): 61-68
100. Fung Kee Fung, K., Eason, E., Crane, J., Armson, A., De La Ronde, S., Farine, D., Keenan-Lindsay, L., Leduc, L., Reid, G. J., Aerde, J. Van, Wilson, R. D., Davies, G., Désilets, V. A., Summers, A., Wyatt, P., & Young, D. C. (2003). Prevention of Rh alloimmunization. *Journal of*
101. Garcia, L. P., Santana, L. R., & Freitas, L. R. (2018). Socioeconomic inequalities and satisfaction with prenatal care: Evidence from a National Health Survey. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(5), 355-360. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy064>
102. Gebrecherkos T, Girmay G, Lemma M, Negash M. Knowledge, Attitude, and Practice towards Hepatitis B Virus among Pregnant Women Attending Antenatal Care at the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Int J Hepatol*. 2020 Jan 15; 2020:5617603. Doi: 10.1155/2020/5617603. PMID: 32015916; PMCID: PMC6985934.
103. Gedefaw, Getnet, Waltengus, Fikadu, Demis, Asmamaw, Does Timing of Antenatal Care Initiation and the Contents of Care Have Effect on Caesarean Delivery in Ethiopia? Findings from Demographic and Health Survey, *Journal of Environmental and Public Health*, 2021, 7756185, 8 pages, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/7756185>
104. Geller, P. A., Psaros, C., & Kornfield, S. L. (2018). Satisfaction with perinatal care and maternal mental health among women who experience pregnancy loss. *Journal of Women's Health*, 27(4), 541-547. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6556>
105. Gezmen- Karadağ, M., & Erdoğan, R. (2016). Gebe ve Emziklilik Dönemindeki Fizyolojik Süreç ve Besin-İlaç Etkileşimi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-14.
106. GÖKER, A., DUMAN, M. K., GÜRPINAR, T., MUCİ, E., YILDIRIM, Y., ERKÖSEOĞLU, İ.,.... & KOYUNCU, F. M. (2012). Gebelikte ilaç kullanımı nedeni ile Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 90-94.

107. Gökmen, H., & Yıldız, S. (2021). Bireysel danışmanlık hizmetlerinin doğum öncesi bakım memnuniyetine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 35–43.
108. Güler, A., & Öztürk, N. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. *Türk Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 45-52.
109. Gültekin, E., & Demir, A. (2021). Aile sağlığı merkezlerinde gebelik izlemlerinde kilo kontrolü uygulamaları. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 19(3), 201–208.
110. Güneş, T., & Yılmaz, M. (2020). Bireyselleştirilmiş Bakım ve Hasta Memnuniyeti. *Halk Sağlığı Dergisi*, 8(4), 123-131.
111. Gürsoy Demir, M. (2021). Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Doğum Öncesi Bakımı Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Can Öner).
112. Gürsoy Demir, M., Öner, C., Cetin, H., Şimşek, E. E. (2023). Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Alma Durumlarının Değerlendirilmesi. *Ahi Evran Medical Journal*, 7(1), 89-95. <https://doi.org/10.46332/aemj.1085499>
113. Gürsoy, E., Şahin, B. M., Bektaş, M., 2020, Gebelerin hastanelerden sağlık hizmeti almasını etkileyen faktörler ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(4): 275-284.
114. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (Yayımlanmamış rapor taslağı). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Raporu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye.
115. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
116. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Hacettepe Üniversitesi. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33008.43525>
117. Heaman, M. I., Sword, W., Brooks, S., Tough, S., 2012. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: A qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1): 29
118. Hildingsson I, Haines H, Cross M, Pallant JF, Rubertsson C. Women's satisfaction with

- antenatal care: comparing women in Sweden and Australia. *Women Birth*. 2013 Mar;26(1):e9-e14. doi: 10.1016/j.wombi.2012.06.002. Epub 2012 Jul 13. PMID: 22795867. Cardoso MD, Ribeiro CMS, Oliveira IB, Andrade PMC, Santos TMB. Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* 2016; 8(4):5017-5024.
119. Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2003). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766>
 120. Holick, M. F. (2017). Vitamin D deficiency. *The New England Journal of Medicine*, 357(3), 266–281.
 121. International Confederation of Midwives. International Confederation of Midwives: Essential competencies for basic midwifery practice, Revised 2018, <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-en-screens.pdf>; Erişim tarihi: 03.02.2021.
 122. İmamoğlu, Ö. P. (2018). Servqual boyutlarıyla hastanedeki hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi: bir hastane üzerinde uygulama (Yüksek lisans tezi). Bülent Ecevit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak.
 123. İnce, T., Kondolot, M., Yalçın, S. S., Yurdakök, K., Annelerin Emzirme Danışmanlığı Alma Durumları, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, Sayı:53, Sayfa: 189-197, 2010
 124. Johnson, M., & Ark. (2020). Planned vs. Unplanned Pregnancy: Impacts on Care Expectations. *Maternal Health Journal*, 24(2), 165-172.
 125. Jones, M., Hegarty, K., & Taft, A. (2021). Quality of care and maternal satisfaction in prenatal services: A comparative analysis. *Health Care for Women International*, 42(7-8), 739-752. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1925248>
 126. Kahyaoğlu, İ., Kahyaoğlu, S., Moraloğlu, Ö., & Çiçek, N. (2012). Gebelikte immünizasyon. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 8(33), 1380-1384.
 127. Kale, İ, Bayık, R.N, Uluutku, G.B. and Ergin, B. (2020). “Is routine TORCH Screening Necessary for Pregnancy Follow-Up?”. *Turk J Womens Health Neonatol*, 2 (4), 115-121
 128. Kalkan, A. (2022). Sağlık sistemine duyulan güven ile gebelerde doğum öncesi bakım memnuniyeti ve antenatal anksiyete arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi.
 129. Kamra, V., Singh, H., & Kumar De, K. (2016). Factors affecting patient satisfaction: an

- exploratory study for quality management in the health-care sector. *Total Quality Management & Business Excellence*, 27(9-10), 1013-1027.
130. Kaniğ, M., Eroğlu, K., 2019, Gebelerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(2):125-133.
131. Kara F, İlter H, Aydın A, et al. Pandemik influenza ulusal hazırlık planı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara; 2019. [Erişim tarihi: 04.11.2021] In: https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf
132. Kara, F., Şahin, G., & Toprak, D. (2022). Gebelik izlemlerinde ödem kontrolü uygulamaları: Birinci basamak deneyimleri. *Kadın ve Doğum Dergisi*, 17(2), 112–120.
133. Karabulut, A., & Turan, Z. (2017). Doğum öncesi eğitimin psikolojik sonuçlara etkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 15(2), 113–120.
134. Karabulutlu, Ö., & Akdemir, G. (2021). 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörleri Belirleme, Verilen Hizmetin Uygunluğunu Değerlendirme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(4), 520-530.
135. Karaca, Ö., Aktaş, M., & Soysal, S. (2021). Doğum öncesi bakımda fizik muayenenin rolü: Türkiye verileri. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 31(4), 410–419.
136. Karagür Sarioğlu M., (2024). Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Hedef Nüfusta Yapılan Gebe İzlemlerinin Değerlendirilmesi
- a. Karakuş, M., & Koçak, C. (2019). Gebelerde tetanos aşısı uygulamalarının değerlendirilmesi: Bir aile sağlığı merkezi örneği. *Aile Hekimliği Araştırma Dergisi*, 3(2), 45–51.
137. Karakuş, R. (2015). Gebelerin ikili ya da üçlü testler hakkındaki bilgi düzeyinin araştırılması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(5), 174-178.
138. Kardağ, C. (2019). Gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin beklenti ve memnuniyetlerini etkileyen faktörler. (Yüksek lisans tezi). Erzincan Binali Yıldırım üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Erzincan, 2019
139. Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi
140. Kaya, B., & Demir, C. (2018). Aile sağlığı merkezlerinde kan grubu tayini sıklığı: Gözlemsel bir çalışma. *Aile Hekimliği Bülteni*, 22(1), 10–16.
141. Kehinde, J., O'Donnell, C., & Grealish, A. (2023). The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review.

Midwifery, 118, 103579. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103579>

142. Keleş, M. G., & ozlem Altinkaya, S., 2022 Ebelerin Yetkileri Hakkında Görüşleri; Nitel Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Dergisi, 31(2), 145-151.
143. KILAVUZ, M., KOYUCU, R. G., KURT, G., DEMİR, S. S., NECEF, P., SHYHNIYAZOVA, S., & ALPER, H. (2022). 0-24 Aylık Çocuğu Olan Kadınların Aldıkları Prenatal Bakımdan Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi. Journal of Selcuk Health, 3(3).
144. Kılıç, M., 2014, Doğum öncesi bakım almayı etkileyen faktörlerin çoklu analizi: bir İç Anadolu örneği. Journal of Clinical and Analytical Medicine, 5(6): 498-502.
145. Kıssal, A., Kartal, B. (2019). Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım İçeriğinin Değerlendirilmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1),35-41.
146. Kızıltepe, G., Yıldız, A., & Tümer, A. (2021). Postnatal bakım hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörler: Bir kesitsel analiz. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 25(3), 134–140. <https://doi.org/10.15511/tahd.21.00334>
147. Klyn, L. L., Chapola, J., Mapanje, C., Bula, A., Tang, J. H., Gopal, S., ... & Chinula, L. (2021). Lessons learned from a rural, community-based cervical cancer screen-and-treat pilot study in Malawi. Public Health in Practice, 2, 100110.
148. Knight, M., Bunch, K., & Tuffnell, D. (2020). Saving lives, improving mothers' care: Maternal, newborn and infant clinical outcome review programme. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.
149. Koç, İ., & Şimşek, H. (2020). Genç annelerde doğum sonrası hizmet kullanımı: Türkiye örneği. Kadın Sağlığı Araştırmaları Dergisi, 16(2), 98–107. <https://doi.org/10.31086/kadinsagligi.2020.98>
150. Koçak, D. Y., & Erenel, A. S. (2020). Gebelik izlemi hizmetlerinin bileşenlerinin değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(4), 455–462.
151. Kotecha, P., Patel, S., Shah, S., Katara, P., Madan, G., 2012, Health seeking behavior and utilization of health services by pregnant mothers in Vadodara slums. Healthline, 3(1): 30-32.
152. Koul, P. A., Bali, N. K., Ali, S., Ahmad, S. J., Bhat, M. A., Mir, H., ... & Khan, U. H. (2014). Poor uptake of influenza vaccination in pregnancy in northern India. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 127(3), 234-237.
153. Koyunsever, H. A. (2021). Gebelerin Antenatal Bakım Beklenti Düzeyleri ve Etkileyen

- Faktörler (Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey)).
154. KÖSE, A., & YAMAN SÖZBİR, Ş. E. N. G. Ü. L. Sağlık Sistemine Duyulan Güven İle Gebelerde Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Antenatal Anksiyete Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2021
 155. Kulaksız, D., Erin, R., Erin, K. B., & Tekin, Y. B. (2021). Gebelerde Toxoplazma, Rubella, Sitomegalovirüs Taraması: Yapalım Mı? Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(4), 861-868.
 156. Kulaksız, D., Erin, R., Erin, K. B., & Tekin, Y. B. (2021). Gebelerde Toxoplazma, Rubella, Sitomegalovirüs Taraması: Yapalım Mı? Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(4), 861-868.
 157. Kurnaz, M. A., Can, H., Sezik, H. A., Çakır, Y. T., Tuna, M., Ay, Z., 2015, Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor? Türk Aile Hek. Derg., 19 (4): 187-195.
 158. Kyomuhendo, G. B., 2003. Low use of rural maternity services in Uganda: Impact of women's status, traditional beliefs, and limited resources. Reproductive Health Matters, 11(21): 16–26.
 159. Lakew, S., Ankala, A., & Jemal, F. (2018). Determinants of client satisfaction to skilled antenatal care services at Southwest of Ethiopia: a cross-sectional facility based survey. BMC pregnancy and childbirth, 18, 1-13.
 160. Madrid, L, Varo, R, Siteo, A. and Bassat, Q. (2016).“Congenital and Perinatally-Acquired Infections in Resource-Constrained Settings”. Expert Rev Anti-Infect Ther, 14(9), 845-861.
 161. Maertens K, Orije MRP, Van Damme P, Leuridan E. Vaccination during pregnancy: current and possible future recommendations. Eur J Pediatr. 2020;179(2):235–42.
 162. Majrooh MA, Hasnain S, Akram J, Siddiqui A, Memon ZA. Coverage and quality of antenatal care provided at primary health care facilities in the 'Punjab' province of 'Pakistan'. PLoS One. 2014 Nov 19;9(11): e113390. Doi: 10.1371/journal.pone.0113390. PMID: 25409502; PMCID: PMC4237449.
 - a. Mak, T. K., Mangtani, P., Leese, J., Watson, J. M., & Pfeifer, D. (2018). Influenza vaccination in pregnancy: Current practices in England. Vaccine, 26(20), 2831–2836.
 163. Makinde, O. A., Olufunmilayo, F. O., & Oladapo, O. T. (2021). Antenatal care and blood pressure monitoring: A systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth, 21(1), 1–15.
 164. Maral I, Baykan Z, Aksakal FN, Kayıkçıoğlu F, Bumin MA. Tetanus immunization in

- pregnant women: evaluation of maternal tetanus vaccination status and factors affecting rate of vaccination coverage. *Public Health*. 2001;115(5):359-64. [CrossRef]
165. Marchildon, G. P., Allin, S., & Merkur, S. (2020). Health system review. *Health*, 22(3).
 166. Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, Esmaeili-Vardanjani A, Rafiei H. Effect of Training Preparation for Child Birth on Fear of Normal Vaginal Delivery and Choosing the Type of Delivery Among Pregnant Women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Family and Reproductive. Health* 2016;10(3):115-121.
 167. MAS-PONS, R., BARONA-VILAR, C., & CARREGUI-VILAR, S., (2011). Satisfaccion de las mujeres con la experiencia del parto: validacion de la mackey satisfaction childbirth rating scale, *Gaceta Sanitaria*, 590, 1-7
 168. Matejić, B., Milićević, M. T., Vasić, V., Djikanović, B. (2014). Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-14>
 169. Medici, M., Timmermans, S., Visser, W., de Muinck Keizer-Schrama, S. M., Jaddoe, V. W., Hofman, A., ... & Steegers, E. A. (2013). Maternal thyroid hormone parameters during early pregnancy and birth weight: the Generation R Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(1), 59-66.
 170. Mirkovic KR, Lathrop E, Hulland EN, et al. Quality and uptake of antenatal and postnatal care in Haiti. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17(1):52. doi:10.1186/s12884-016-1202-7
 171. Mirkovic, K. R., Lathrop, E., Hulland, E. N., Jean-Louis, R., Lauture, D., D’Alexis, G. D., ... & Grand-Pierre, R. (2017). Quality and uptake of antenatal and postnatal care in Haiti. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 17, 1-10.
 172. Morisset AS, Weiler HA, Dubois L, Ashley-Martin J, Shapiro GD, Dodds L, Massarelli I, Vigneault M, Arbuckle TE, Fraser WD. Rankings of iron, vitamin D, and calcium intakes in relation to maternal characteristics of pregnant Canadian women. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016 Jul;41(7):749-57. doi: 10.1139/apnm-2015-0588. Epub 2016 Mar 11. PMID: 27324651.
 173. Mothupi MC. Use of herbal medicine during pregnancy among women with access to public healthcare in Nairobi, Kenya: a cross-sectional survey. *BMC Complement Altern Med*. 2014 Nov 4; 14:432. doi: 10.1186/1472-6882-14-432. PMID: 25370478; PMCID: PMC4230355.

174. Mujic N. ve Legcevic J. (2006). "Applying a Multiple-item Scale for Measuring the Quality of the Medical Services of Primary Care Doctors: An Exploratory Study", SEE Journal, September.
175. Musizvingoza, R., 2020. Kadın sağlığının sosyo-kültürel belirleyicileri: Zimbabwe'de 15–49 yaş grubundaki anne adaylarının doğum ve sağlık hizmetleri süreçlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
176. Napolitano, F., Napolitano, P., & Angelillo, I. F. (2017). Seasonal influenza vaccination in pregnant women: knowledge, attitudes, and behaviors in Italy. BMC infectious diseases, 17, 1-7.
177. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). (2008). Antenatal assessment tool. In Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman. RCOG Press.
178. Navaro M, Vezzosi L, Santagati G, Angelillo IF; Collaborative Working Group. Knowledge, attitudes, and practice regarding medication use in pregnant women in Southern Italy. PLoS One. 2018 Jun 19;13(6): e0198618. Doi: 10.1371/journal.pone.0198618. PMID: 29920515; PMCID: PMC6007931.
179. Neu, N, Duchon, J. and Zachariah, P. (2015). "TORCH Infections". Clin Perinatol, 42 (1), 77-103.
180. Novick, G. (2009). Women's experience of prenatal care: An integrative review. J Midwifery Womens Health. 54(3), 226-237. 10.1016/j.jmwh.2009.02.003.
181. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). (2008). Antenatal assessment tool. In Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman. RCOG Press.
182. Nyirenda, H. T., Nyirenda, T., Choka, N., Agina, P., Kuria, S., Chengo, R., ... & Mubita, B. (2020). Abuse and disrespectful care on women during access to antenatal care services and its implications in Ndola and Kitwe health facilities. Sexual & Reproductive Healthcare, 26, 100554.
183. Oktay, S., Arslan, M., Emre, N., Edirne, T., & Özşahin, A. (2022). Gebelerin Grip Aşısı Etkinliği ve Güvenirliği Hakkında Bilgi Düzeyi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 16(1), 32-39.
184. Okyay, P., Gemalmaz, A., Beşer, E., Başak, O., vd. (2005). Aydın'da Bir Merkez Sağlık

- Ocağı Bölgesinde Form 005-Gebe-Lohusa İzleme Fişlerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 12(1), 31-35.
185. Omaç, M., Güneş, G., Karaoğlu, L., & Pehlivan, E. (2009). Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). *Fırat Tıp Dergisi*, 14(2), 115-119.
186. Onyeajam, D. J., Xirasagar, S., Khan, M. M., Hardin, J. W., and Odutolu, O. (2018). Antenatal care satisfaction in a developing country: A cross-sectional study from Nigeria. *BMC Public Health*, 18(1), 1-9.
187. Origlia, P., Jevitt, C., Sayn-Wittgenstein, F. Z., Cignacco, E., 2017, Experiences of antenatal care among women who are socioeconomically deprived in high-income industrialized countries: An integrative review. *Journal of midwifery & women's health*, 62(5), 589-598.
188. Önsüz, M., Topuzoğlu, A., Cöbek, U., Ertürk, S., Yılmaz, F., Birol, S., 2008, İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Medical Journal*, 21(1): 33-49.
189. Özcan, S., Kılıç, M., & Dönmez, B. (2022). Gebelerde grip aşısı yaptıрма davranışı ve etkileyen etmenler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 30(2), 150–157. <https://doi.org/10.5152/FNJN.2022.21102>
190. Özçoban, F. A., Gelebek, N., Aksoy, Y. E., Dilcen, H. Y., 2020, Doğum öncesi bakım memnuniyet ölçeği (DÖBMÖ): Geçerlilik güvenirlik çalışması. *JAREN*, 6(1):141-147.
191. Özdemir, A., & Kılıç, D. (2019). Leopold manevralarının uygulanma sıklığı ve sonuçları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(1), 50–58.
192. Özdemir, D., Yılmaz, G., & Polat, G. (2020). Üst basamak kuruluşa sevk oranları ve nedenleri: Retrospektif bir çalışma. *Anadolu Tıp Dergisi*, 25(1), 12–20.
193. Özdemir, R., & Karaçalı, M. (2019). Karabük ili Safranbolu ilçesinde doğum sonu bakım hizmetlerinin kapsamı ve hizmet kullanımının belirleyicileri. *Ege Tıp Dergisi*, 58(4), 351-362.
194. Özkan, E., & Yıldız, A. (2020). Aile sağlığı merkezlerinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: İstanbul örneği. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 83(2), 190–198.
195. Özkan, R., & Akbaş, E. (2019). Regular Check-Ups and Patient Satisfaction. *Türkiye Aile Sağlığı Dergisi*, 5(3), 89-97.

196. Özkan, S., & Bulut, A. (2022). Aile sağlığı merkezlerinde doğum öncesi hizmetlerin yeterliliği: Nitel bir analiz. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 24(1), 29–36.
197. Öztoprak, B. (2019). Maternal sigara maruziyetinin yenidoğan antropometrik ölçümlere ve işitme fonksiyonu üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
198. Öztürk, Z. (2018). Gebelikte ilaç kullanımı ve risk değerlendirmesi: Beni kategorize etme. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 49(1), 109-112.
199. Papanikolaou, V., & Zygiaris, S. (2014). Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expectations*, 17(2), 197-207.
200. Papazyan, M., Shah, P. S., & Shama, S. (2020). Maternal weight gain and pregnancy outcomes: A review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(6), 529–537.
201. Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 184-190.
202. Pirinçci, E., Polat, A., Kumru, S., Köroğlu, A., 2010, Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2):1-7.
203. Potur, C. D., Yiğit, F., & Bilgin, Ç. N. (2009). Anne adaylarının fetal sağlığı değerlendiren testlere yaklaşımının kalitatif incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 80-92.
204. Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ. Overview Of High-Risk Pregnancy, Queenan JT (ed.), Spong CY (ed.), Lockwood CJ (ed.). *Management of High-Risk Pregnancy*. 5. Edition. ISBN-13: 978-1-4051-2782-0 UK- 2007: ss: 16-17.
205. Rahman, S., Erdem, R., & Devedakan, N. (2007). Hizmet kalitesinin Servqual ölçeği ile değerlendirilmesi: Elazığ'daki hastaneler üzerinde bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 9(3), 37-55.
206. Robinson, E., & Ark. (2018). The Importance of Continuous Care After Pregnancy Loss. *Women's Health Review*, 10(4), 301-308
207. Rojjanasrirat, W., Nelson, E.L., Wambach, K.A., A Pilot Study Of Home-Based Videoconferencing For Breastfeeding Support, *Journal Of Human Lactation*, Sayı:28(4), Sayfa: 464–467, 2012
208. Sağlık Bakanlığı (2018). Doğum Öncesi Bakım Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28085/0/dogumoncesibakimyonetimrehberipdf.pdf>, [Ziyaret tarihi: 26 Aralık 2024].

209. Sağlık Bakanlığı, 2018, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28085,dogumoncesibakimyonetimrehberipdf> , [Ziyaret tarihi: 14 Aralık 2024].
210. Sandall, J. (2017). The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care. Royal College of Midwives, 16.
211. Sarıhan, K. E., & Nazik, E. (2022). Gebelerin Stres Düzeyinin Gebelikteki Bakım Beklentisi Üzerine Etkisi. YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(2), 147-159.
212. Saygın, E., & Tolon, M. (2017). Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin “Servqual” ölçeği ile değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi, 1(4), 41-64.
213. Sel, G., Balcı, S., Aynalı, B., Novruzova, K., Akdemir, A. Y., Harma, M., & Harma, M. (2020). Gebelerin grip aşısı yaptırmama nedenleri üzerine kesitsel çalışma. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 29(4), 281-286.
214. Sendeku FW, Azeze GG, Fenta SL. Adherence to iron-folic acid supplementation among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Mar 4;20(1):138. doi: 10.1186/s12884-020-2835-0. PMID: 32131751; PMCID: PMC7057669.
215. Serçekuş, P. ve Yenal, K., (2015). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Türkiye'deki Gelişimi. Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric- Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 1(1):33-35.
216. Serçekuş, P., Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal selfefficacy and parental attachment. Midwifery, 34(2016), 166-172.
217. Shabila, N. P., Ahmed, H. M., Yasin, M. Y. (2014). Women’s views and experiences of antenatal care in Iraq: A Q methodology study. BMC Pregnancy Childbirth. 14(43), 1-11. 10.1186/1471-2393-14-43
218. Shi Y, Wang D, Yuan Y, Jiang Y, Zeng Q, Chang C. The effect of prenatal education curriculum on mother's prenatal examination utilization, delivery mode and recovery status: a cross-sectional survey in China. Environ Health Prev Med. 2015 Nov;20(6):397-403. doi: 10.1007/s12199-015-0480-4. Epub 2015 Jul 23. PMID: 26201848; PMCID: PMC4626461.
219. Shipp, T. D., Lockwood, C. J., & Levine, D. (2016). Ultrasound examination in obstetrics and gynecology. UpToDate. Literature review April.

220. Shirazi, M., Sarmadi, S., Niromanesh, S., Rahimi Sharbaf, F., Sahebdel, B., Golshahi, F., Asadi, L. ve Rahmanzadeh, M. (2022). Gebe Kadınlarda Birinci ve İkinci Trimesterde Yapılan Tarama Testlerinin Duyarlılık ve Özgüllüğünün Değerlendirilmesi. *Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Kanseri Araştırmaları Dergisi*, 4 (1), 12-15. doi: 10.30699/jogcr.4.1.12
221. Silver, R. M. (2017). Practice Bulletin No. 181: Prevention of Rh D Alloimmunization. *Obstetrics and Gynecology*, 130(2), E57–E70. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002232>
222. Smarandache, A., Kim, T. H., Bohr, Y., Tamim, H., 2016, Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC pregnancy and childbirth*, 16: 1-9.
223. Smith, J. P., Beeson, T., & Weitz, T. A. (2019). The Influence of Maternal Education on Satisfaction with Prenatal Care. *Women's Health Issues*, 29(5), 422-428. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.04.002>
224. Smith, P., Johnson, K., & Brown, L. (2021). The Impact of Marital Status on Patient Satisfaction. *Journal of Health Services*, 29(4), 102-110.
225. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *The Journal of Maternal–Fetal and Neonatal Medicine* 2003; 13:94–101.
226. Springer D., Jiskra J., Limanova Z., Zima T. And Potlukoca E., Thyroid in pregnancy; From physiology to screening, *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, Volume 54, Issue 2, <http://doi.org/10.1080/10408363.2016.1269309>, (2017).
227. Subaşı, H.E., Öner, C., Cetin, H., Temiz, H.E., Şimşek, E.E. (2021), Gebelikteki riskli durumlara ilişkin farkındalık ve bilgi düzeyi üzerine bir çalışma: gebe okulları etkin bir yol olabilir mi? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(3), 434-442.
228. Sucu M, Çetin C, Özsüremeli M, Khatib G, Çetin C, Evrücke C; Gebelik ve HIV enfeksiyonu. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 25(4): 522-535, (2016).
229. Şahin, H. G., Şahin, H. A., Kamacı, M., Şengül, M., Çölçimen, N., 2001, Van ve yöresinde maternal mortalite oranı ve etyolojide rol alan faktörlerin tespiti. *Perinatoloji Dergisi*, 9(4): 1-4.
230. Şahin, N., & Demirtaş, Z. (2022). Aile hekimliği uygulamalarında fetal kalp sesi dinlemenin gebelik sonuçlarına etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 26(1), 55–61.
231. Şimşek, H. N., Demirci, H., & Bolsoy, N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik.

- Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(2), 97-103.
232. Şolt, A. ve Dolgun, G. (2018). Gebelerin Kendileri ve Bebekleri İçin D Vitamini Kullanım Farkındalığı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21 (1), 18-24.
233. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Doğum öncesi bakım rehberi 2018 (Yayın No: 925). Ankara.
234. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara.
- a. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Bağışıklama hizmetleri genelgesi. Ankara.
235. Tancred, T., Schellenberg, J., Marchant, T. (2016). Using mixed methods to evaluate perceived quality of care in southern Tanzania. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 233–239. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw002>
236. Tang, X., Ding, L., Feng, Y., Wang, Y., Zhou, C. (2019). Antenatal care use and its determinants among migrant women during the first delivery: a nation-wide crosssectional study in China. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 355
237. Tanrıverdi EÇ, Özkurt Z, Göktuğ Kadioğlu B, Alay H, Çalikoğlu O, Koca Ö, Kamalak Z. Seroprevalence of hepatitis B, hepatitis C, and HIV in pregnant women from Eastern Turkey. *Turk J Gastroenterol* 2019;30(3):260-265
238. Taşkın L. (2016) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş XIII. Baskı. Reaksiyon Matbaacılık, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Ankara,
239. Taştekin, Ö. (2017). Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi Gebe ve Doğum Servisine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Hizmetlerinden Yararlanmasına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi (Master's thesis, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
240. Taştekin, Ö., 2019, Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi Gebe ve Doğum Servisine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Hizmetlerinden Yararlanmasına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırklareli.
241. Temizer, M., & Özgür, S. (2015). Oğuzeli Merkez Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 2014 yılında canlı doğum yapmış annelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma durumlarının değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(1), 1-10.
242. Terrault NA, Levy MT, Cheung KW, Jourdain G. Viral hepatitis and pregnancy. *Nat*

Rev Gastroenterol Hepatol. 2021 Feb;18(2):117-130.

243. Thompson, R., & Theophilos, T. (2017). A Comparative Study of Maternal Satisfaction with Midwife and Obstetrician-led Antenatal Care. *Midwifery Journal*, 47, 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.010>
244. Tıraş, Ü., Saç, R., Tazegül, A., Dallar, Y., Bıyıklı, Z., 2007, Hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenerek Ölen Vakaların Sosyal ve Klinik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 16(3): 151-157.
245. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Klavuzu: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2020 [cited 2022 February, 14].
246. Titaley, C. R., Dibley, M. J., Roberts, C. L., 2010, Factors associated with underutilization of antenatal care services in Indonesia: results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003 and 2007. *BMC public health*, 10:1-10.
247. Topçu, S., Kara, B., & Özmen, D. (2022). Gebe eğitim programlarının doğum öncesi bilgi düzeyine etkisi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 25–32.
248. Topuz, Ş., Demirtaş, B., & Ege, E. (2018). Kadının çalışma durumu ve sağlık hizmetlerinden yararlanma: Sistematik bir derleme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 20–27. <https://doi.org/10.5152/kshd.2018.04>
249. Tunç, M., & Güngör, S. (2021). Doğum öncesi bakımda anamnez alma: Klinik uygulamalar üzerine bir gözden geçirme. *Anadolu Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 98–105.
250. Turan, S., Erdoğan, S., & Coşkun, E. (2019). İlaç bilgilendirmelerinin doğum öncesi bakım sürecindeki rolü. *Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 24–30.
251. Turan, T., Ceylan, S. S., Teyikçi, S., 2008, Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9): 157-172.
252. Turgut, N., Güldür, A., Çakmakçı, H., Şerbetçi, G., Yıldırım, F., Ender Yumru, A ve diğ. (2017), Gebe okulunda eğitim alan gebelerin bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma, *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 3(1), 1-8.
253. Tuz Doğaner, G. (2014). Gebelerin aldıkları prenatal bakımdan memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
254. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2022). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
255. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA. (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular. <http://www.sck.gov.tr/wp->

- content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf, [Ziyaret tarihi: 14 Aralık 2024].
256. Umana, O. D., & Siccardi, M. A. (2022). Prenatal Non-stress Test. StatPearls.
257. UNFPA. (2017). The State of World Population 2017: Worlds apart—Reproductive health and rights in an age of inequality. New York: United Nations Population Fund
258. UNICEF (2023). Global progress in tackling maternal and newborn deaths stalls since 2015: UN. <https://www.unicef.org/press-releases/global-progress-tackling-maternal-and-newborn-deaths-stalls-2015-un>, [Ziyaret tarihi: 26 Aralık 2024].
259. UNICEF (2024). Maternal mortality. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>, [Ziyaret tarihi: 26 Aralık 2024].
260. Uzun Aksoy, M., & Gürsoy, E., (2018). Olumlu bir gebelik deneyimi için dünya sağlık örgütü antenatal bakım önerileri (2016). Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 14, 115-129. <https://doi.org/10.17367/JACSD.2018.3.6>
261. Üstün, S., & Cezlan, E. Ç., 2021, Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: İstanbul ilinde bir araştırma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3): 353-364.
262. Vodkin I, Patton H. Management of Hepatitis B virus infection during pregnancy. Minerva Gastroenterol Dietol. 2014;60(4):205-14.
263. Vogel, J. P., Habib, N. A., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Dowswell, T., Carroli, G., Baaqeel, H. S., Lumbiganon, P., Piaggio, G., & Oladapo, O. T. (2013). Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. *ReprodHealth*, 10, 19. doi: 10.1186/1742-4755-10-19.
264. Wang LC, Yan F, Ruan JX, Xiao Y, Yu Y. TORCH screening used appropriately in China? —three years results from a teaching hospital in northwest China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Dec 9;19(1):484. doi: 10.1186/s12884-019-2642-7. PMID: 31818265; PMCID: PMC6902533.
265. Wang, H., Frasco, E., Takesue, R., Tang, K., 2021, Maternal education level and maternal healthcare utilization in the Democratic Republic of the Congo: an analysis of the multiple indicator cluster survey 2017/18. *BMC Health Services Research*, 21(1): 850.
266. WHO, 2016, WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>, [Ziyaret tarihi: 14 Aralık 2024].
267. WHO. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy

- experience. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>
268. World Health Organization [WHO]. (2015). The global prevalence of anaemia in 2011 Geneva: World Health Organization; (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf 20
269. World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization.
270. World Health Organization. (2016a). What matters to women during pregnancy: a different approach to antenatal care. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/anc/en/
271. World Health Organization. (2018a). WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02_eng.pdf;jsessionid=8113365FD531F62F7E18F3585CC01880?sequence=1
272. World Health Organization. (2018a). WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02_eng.pdf;jsessionid=8113365FD531F62F7E18F3585CC01880?sequence=1
273. World Health Organization. Protecting all against tetanus: guide to sustaining maternal and neonatal tetanus elimination (MNTE) and broadening tetanus protection for all populations. [Homepage on the Internet] 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329882/9789241515610-eng.pdf>
274. Wu, K., Wang, H., Li, S., Zhang, H., & Zhu, B. (2020). Maternal hepatitis B infection status and adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort analysis. Archives of Gynecology and Obstetrics, 302, 595-602.
275. Yamaç, S. U., Ak, E. Ç., & Uğuryol, G. Gebelerin Gebelik Sürecinde Ebelerden Beklentileri ve Beklentilerinin Karşılama Durumu. OneHealth Plus Journal, 1(1), 24-29.
276. Yaprak, M., Gümüştakım, R. Ş., Tok, A., & Doğaner, A. (2019). Gebelerde oral glukoz tolerans testi farkındalığının tespiti. Ankara Medical Journal, 19(3), 635-647.
277. Yenal K, Okumuş H, Sevil Ü (2010), Web Ortamında İnteraktif- Antenatal Danışmanlık İle Gebeliğe İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 3(1):9-14 (Elektronik Dergi, <http://www.deuhyoedergi.org>)
278. Yetişir, Y. (2018). Eğitim aile sağlığı merkezinde çalışmanın aile hekimliği

asistanlarının periyodik izlemler konusundaki bilgi düzeyine katkısı.

279. Yıldırım, S., Aydın, D., & Kaya, M. (2020). Kadınların eğitim düzeyine göre prenatal sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(4), 412–419. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.697741>
280. Yıldız, D., & Altınkaynak, S. (2020). Gebelerin grip aşısına yönelik bilgi düzeyleri ve aşırı kabul etme durumları. *Halk Sağlığı Dergisi*, 2(1), 16–24.
281. Yılmaz, E., & Demir, S. (2019). Eğitim Düzeyinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Sağlık ve Toplum*, 14(3), 34-40.
282. Yılmaz, L., Koruk, F., & Koruk, İ., 2018, Şanlıurfa’da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2): 209-218
283. Yılmaz, M. (2001) Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,
284. Yılmaz, S. (2017). Doğum Beklentisi ile Yaşanılan Doğum Deneyimi Arasındaki İlişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
285. Yücel U, Çiçeklioğlu M, Öcek ZA, Taner Ş. İzmir’in Bornova ilçesinin üç semtinde yaşayan gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma düzeyi. *TAF Prev Med Bull*. 2015;14(5):370-377. doi:10.5455/pmb.1- 1428673248
286. Zeithaml, V. Z., Mary, J. B., & Dwayne, D. G. (2017). *Services marketing: Intergrating customer focus across the firm*. McGraw-Hill Education.
287. Zhao, Y., Wang, X., & Wang, C. (2021). Fetal heart monitoring and birth outcomes: A systematic review. *Pediatrics International*, 63(1), 23–31.

7. EKLER

EK 1: İNTİHAL RAPORU

Zeynep İrek Yüksek Lisans TEZİ			
ORJİNALLIK RAPORU			
%15	%14	%10	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı		%4
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı		%1
3	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı		%1
4	acikerisim.karabuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı		%1
5	Koyunsever, Hacer Aydın. "Gebelerin Antenatal Bakım Beklenti Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler", Dokuz Eylul Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın		<%1
6	hdl.handle.net İnternet Kaynağı		<%1

EK 2: TEZ KONUSU EKLERİ

Ek 2.1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın gönüllü;

Sizi Aile Sağlığı Merkezinde yapılan ‘**Gebelikte Aile Sağlığı Merkezinden Alınan Doğum Öncesi Bakım Hizmetinin İçeriği ve Hizmet Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi**’ başlıklı çalışmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmama kararını vermeden önce, çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını, bu çalışmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu form araştırma sorumlusu olarak bizler tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Formu imzalamadan önce size sözel olarak da anlatılan aşağıdaki bilgileri bir kez de dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, tarafınız ve bilgilendirme esnasında yanınızda olan tanık kişi tarafından imzalanan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Her iki durumda da hiçbir yaptırıma ve hak kaybına maruz kalmayacağınızı bildirmek isteriz.

Araştırma Sorumlusu

Prof. Dr. Anayit Margirit COŞKUN

Araştırmanın Amacı

Gönüllü olarak katılmanızı teklif ettiğimiz çalışma bir araştırma projesidir. Bu araştırma projesinin amacı; gebelerin aile sağlığı merkezinde hemşire ve ebelerden aldıkları doğum öncesi bakım hizmetlerinin içeriği ve hizmetten memnuniyet düzeylerinin belirlenmesidir.

Araştırmaya Dair Araştırmacı ve Katılımcı Hakkında Bilgiler

- Çalışma İstanbul-Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı 24 Aile Sağlığı Merkezi/105 Aile Hekimliği Biriminde yürütülecektir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kayıtlı olduğu ASM den en az 4 kez doğum öncesi bakım hizmeti alan 0-3 aylık bebeği olan kadınlar dahil edilecektir. Bu çalışmada araştırmaya katılmayı reddeden, Doğum öncesi bakım hizmetlerini bağlı olduğu Aile Sağlığı Merkezinden 4 kezden az bu hizmet alan kadınlar dahil edilmeyecektir.

Araştırmanın Size Getirebileceği Risk ve Rahatsızlıklar Nelerdir?

Herhangi bir invaziv girişim yapılmayacağı için risk taşımamaktadır.

Araştırmanın Topluma ve Size Olası Faydaları

Doğum öncesi hizmet ve bakım adımlarının ne kadar gerçekleştirildiğini ve eksik yönlerin neler olduğunu ortaya çıkarmaya ve hizmet alanın hizmetten memnuniyet ilişkisini belirleme bilgisi verecektir.

Araştırmaya Katılma / Ayrılma Konusunda Haklarınız ve Araştırmacının Haklarınızı Koruma Güvencesi

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra herhangi bir zamanda bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında herhangi bir ceza ya da yararınıza olan hakların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusu ile ilgili araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edilmesi durumunda siz ya da yasal temsilciniz bilgilendirilecektir. Araştırmanın sonuçları bilimsel ve eğitim amaçları ile kullanılacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak, gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

İletişim Kurulacak Kişi

Çalışma ile ilgili olarak bilgi alma veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durumda günün 24 saatinde ulaşım sağlayabilirsiniz.

Yardımcı Araştırmacı Ebe Zeynep İREK

RIZA / ONAY / ONAM

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve aşağıda imzası olan ilgili tarafından önce sözlü sonra yazılı olarak bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu araştırmaya katılmayı onaylıyorum

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı: İletişim Tarih:

İmzası:

Yukarıda ismi yazılı gönüllüye tarafımdan araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi, fayda ve riskleri, gönüllüye ait haklar konusunda açıklamalar yapılmıştır. Ayrıca gönüllünün / yasal temsilcisinin işbu formu ayrıntılı inceleyerek imzalaması sağlanmıştır.

Açıklamaları yapan kişinin

Adı- Soyadı: Ebe Zeynep İREK

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):

Toplam 4 sayfadan oluşan işbu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 2 nüsha olarak hazırlanmış olup, bir nüshası gönüllüye teslim edilmiştir.

Ek 2.2: Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

1) Kaç Yaşındasınız?.....

- 20-25 ()
- 25-34 ()
- 35-44 ()
- 45-49 ()

2) Medeni Durumunuz Nedir?

- Resmi Nikahı Olan ()
- Resmi Nikahı Olmayan ()

3) Eğitim Durumunuz Nedir?

- Okuryazar değil ()
- Okuryazar ()
- İlk öğretim (ilk ve orta okul) ()
- Lise ()
- Lisans ()
- Lisans üstü ()

4) Çalışma Durumunuz Nedir?

- Ev hanımı ()
- Çalışıyor () Çalışıyor ise nerede ve ne iş yaptığı:.....

5) Eşiniz Kaç Yaşında?.....

- 20-25 ()
- 30-35 ()
- 40-45 ()
- 45 ve üzeri ()

6) Eşiniz Eğitim Durumu Nedir?

- Okuryazar değil ()
- Okuryazar ()
- İlk öğretim (ilk ve orta okul) ()
- Lise ()
- Lisans ()
- Lisans üstü ()

7)Ailenizin Gelir Durumu Nedir?

- Kötü (Gelir giderden az) ()
- Orta (Gelir gidere denk) ()
- İyi (Gelir giderden fazla) ()

8)Evlilik Süreniz?

- 1-5 yıl ()
- 6-10 yıl ()
- 11-15 yıl ()
- 16 yıl ve üzeri ()



Ek 2.3: Obstetrik ve Asm Kullanım Bilgi Formu

OBSTETRİK VE ASM KULLANIM BİLGİ FORMU

1) Gebelik Sayınız?

- 1 ()
- 2-3 ()
- 4 ve fazlası ()

2) Gebeliğiniz Planlı Olma Durumu?

- Evet ()
- Hayır ()

3) Doğum Sayınız?

- 1 ()
- 2-3 ()
- 4 ve üzeri ()

4) Yaşayan Çocuk Sayınız?

- 1 ()
- 2-3 ()
- 4 ve üzeri ()

5) Düşük/Kürtaj Yaptınız mı?

- Hayır ()
- 1-2 ()
- 3 ve üzeri ()

6) Gebelikte Aile Sağlığı Merkezine Kaç Kez Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Almaya Gittiniz?

- 4 kez ve fazlası ()
- Her ay düzenli ()

7) Aile Sağlığı Merkezine Gebelik Muayene/İzlem için İlk Kez Ne Zaman Kontrole Gittiniz?

- 1-14 haftalıkta ()
- 14 haftadan sonra ()

8) Gebelik Döneminde Riskli /Sorunlu Durumunuz Oldu Mu?

- Hayır ()
- Evet () ise; Nasıl Bir Sorun Yaşadınız?

9) Aile Sağlığı Merkezinin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerini Yeterli Buluyor Musunuz?

- Evet ise () ; Nedeni?.....
- Hayır ise () ; Nedeni?.....

10) Aile Sağlığı Merkezinde Verilen Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Beklentinizi Karşladı Mı?

Evet ise () ; Nedeni?.....

Hayır ise () ; Nedeni?.....

Biraz ya da Sınırlı () ;Nedeni?.....



Ek 2.4: Doğum Öncesi Bakım Alma Durum Soru Formu**DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA DURUM SORU FORMU**

Bakım Bileşenleri	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
Kan/ıdrarTahlili				
Kan Grubu				
Öykü Alma				
Fizik Muayene				
Karın/Leopold Muayenesi				
Bakım Bileşenleri	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
Kilo Ölçümü				
Boy Ölçümü				
Ödem Kontrolü				
Varis Kontrolü				
Tansiyon Ölçümü				
Bebek Kalp Sesi Dinleme				
Demir İlaç Takviyesi				
D Vitamin				
Önerilen İlaç Kullanımı Hakkında Bilgilenme				
Eğitim Programına Katılım				
Özel Danışmanlık Alma				
Üstbasamak Sağlık Kuruluşuna Sevk Durumu				
Bir Sonraki İzlem İçin Randevu Verme				

BAĞIŞIKLAMA DURUMU

Tetanos Aşısı	1 Kez	2 Kez		Hiç Yapılmadı
Hepatit B Aşısı	1 Kez	2 Kez	3 Kez	Hiç Yapılmadı
Grip (inflanza) Aşısı	Yapıldı			Yapılmadı



Ek 2.5: Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentiler Ölçeği**DOĞUM ÖNCESİ BAKIM MEMNUNİYETİ VE HASTA BEKLENTİLER ÖLÇEĞİ**

<u>Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeği</u>	KesinlikleKatlıyorum	Katlıyorum	KısmenKatlıyorum	Katılmıyorum	KesinlikleKatılmıyorum
Beklentiler+bekledim:					
Tam bakım					
1. İlk doğum öncesi ziyaretim için daha erken görülmeyi	1	2	3	4	5
2. Doğum öncesi ziyaretlerimin uzun sürmesini	1	2	3	4	5
3. Doğum öncesi ziyaretlerimin, kilo ölçümü ve bebeğin kalp sesi kontrolünden daha fazlasını içermesini	1	2	3	4	5
4. Doğum öncesi ziyaretlerim sırasında çok soru sormama Gerek kalmadan bilgi almayı	1	2	3	4	5
Bakımı verenin sürekliliği					
5. Doğum öncesi ziyaretlerimde düzenli olarak Görebileceğim sağlık personelinin olmasını	1	2	3	4	5
6. Düzenli olarak gördüğüm sağlık personelinin bebeğimin doğumunda da olmasını	1	2	3	4	5
Kişiselleştirilmiş bakım					
7. Sağlık personelimizin fiziksel sağlığının yanı sıra ruhsal Olarak nasıl hissettiğimle ilgilenmesini	1	2	3	4	5
8. Sağlık personelimizin fiziksel muayene sırasında kibar Olmasını	1	2	3	4	5
9. Problemlerimi dinleyecek bir sağlık personelinin olmasını	1	2	3	4	5
10. Hastane personeline bir sorunuzdan bahsettiğimde Sorunuzla ilgili yönlendirilmeyi	1	2	3	4	5
Diğer Hizmetler					
11.Sosyal hizmet uzmanının doğum öncesi bakımın parçası olmasını	1	2	3	4	5
12. Diyetisyenin doğum öncesi bakımın bir parçası olmasını	1	2	3	4	5
Memnuniyet+memnunum:					

Bilgi					
13. Doğum öncesi bakım üyesi olarak hemşirenin Hizmetinden	1	2	3	4	5
14. Doğum öncesi ziyaretim sırasında sağlık personelim bana verdiği bilgilerden	1	2	3	4	5
15. Tıbbi işlemlerle ilgili sağlık personelim bana verdiği Bilgilerden	1	2	3	4	5
16. Gebeliğimin seyri hakkında sağlık personelim bana verdiği bilgilerden	1	2	3	4	5
17. Doğum öncesi ziyaretlerim sırasında sağlık personelimle farklı konular hakkında konuşmaktan	1	2	3	4	5
18. Anne olmakla ilgili beklentilerim konusunda sağlık personelim bana verdiği bilgilerden	1	2	3	4	5
19. Doğum için sağlık personelim beni hazırlama şeklinden	1	2	3	4	5
Sağlık personeli bakımı					
20. Sağlık personelim bana davranış biçiminden	1	2	3	4	5
21. Sağlık personelimden gördüğüm saygıdan	1	2	3	4	5
22. Sağlık personelimden aldığım bakımın kalitesinden	1	2	3	4	5
23. Sağlık personelim benimle geçirdiği zamanını boşa harcamadığımı hissettirme şeklinden	1	2	3	4	5
24. Çekinmeden soru sorabilmekten	1	2	3	4	5
25. Her doğum öncesi ziyarete gidişimde sağlıkla ilgili öykümü tekrar anlatmak zorunda kalmayışımdan	1	2	3	4	5
26. Personelin benim genel kişisel durumum la ilgili ilgilenme ve bana açıklama yapma şeklinden	1	2	3	4	5
27. Personelin benimle ilgili konularda konuşarak geçirdiği zamandan memnunum	1	2	3	4	5
28. Personelin bana davranış şeklinden	1	2	3	4	5
29. Bu hamileliğimde problemim olmamasına rağmen personelin bana ayırdığı zamandan	1	2	3	4	5
30. Personelin bana göstermiş olduğu ilgi ve alakadan	1	2	3	4	5
31. Personelin bütün tıbbi problemlerimle ilgilenme Şeklinden	1	2	3	4	5
Sistem Özellikleri					

32. Sağlık personelim ile görüşebilmek için bekleme Süremden	1	2	3	4	5
33. Sağlıkokağı/hastanede geçirdiğim toplam süreden	1	2	3	4	5
34. Sağlıkokağı/hastanenin otopark olanaklarından	1	2	3	4	5
35. Sağlıkokağı/hastanenin bekleme odası olanaklarından	1	2	3	4	5
36. Sağlıkokağı/hastanenin muayene odasından	1	2	3	4	5
37. Doğum öncesi ziyaretlerimi kendime uygun bir zamanda Planlayabilmemden	1	2	3	4	5
38. Doğum öncesi ziyaretlerimi tekrar planlayabilme Kolaylığından	1	2	3	4	5
39. Hamileliğin başında (yani dördüncü aydan önce) doğum öncesi bakım alabilmenin kolaylığından	1	2	3	4	5
40. Tavsiye edilen tüm testleri yaptırabilmekten	1	2	3	4	5
41. İlk altı, yedi ayda yaptığım doğum öncesi ziyaretlerin Sayısından	1	2	3	4	5

EK 3: ETİK KURUL İZİNİ

		GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR İMZA SİRKÜSÜ			
Tarih: 21 Ağustos 2024 Toplantı Sayısı: 2024/07 Karar No: 16		Araştırma Konusu: "Gebelikte Anne Sağlığı Merkezinden Alınan Doğum Öncesi Bakım Hizmetinin İçeriği ve Hizmet Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi" SONUÇ KARAR: KABUL ☒ RED ☐ DÜZELTME ☐			
ÜYELER					
Ada-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişkisi	Toplantıya Katılma Durumu	İmza
Prof. Dr. Ayhan BİLİR	Histoloji ve Embriyoloji	Istanbul Atlas Üniversitesi	Var ☐ Yok ☒	Katıldı ☒ Katılmadı ☐	
Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM	Hemşirelik	Istanbul Atlas Üniversitesi	Var ☐ Yok ☒	Katıldı ☒ Katılmadı ☐	
Prof. Dr. H. Şeyda ÖZCAN	Hemşirelik	Istanbul Atlas Üniversitesi	Var ☐ Yok ☒	Katıldı ☐ Katılmadı ☒	
Prof. Dr. N. Emel DERVİŞ	Dış Hekimliği	Istanbul Atlas Üniversitesi	Var ☐ Yok ☒	Katıldı ☒ Katılmadı ☐	
Prof. Dr. Fatma TÖRE	Fizyoloji	Istanbul Atlas Üniversitesi	Var ☐ Yok ☒	Katıldı ☒ Katılmadı ☐	
Prof. Dr. Yaşar Gül BALTACI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Istanbul Atlas Üniversitesi	Var ☐ Yok ☒	Katıldı ☐ Katılmadı ☒	
Doç. Dr. Fatih KOÇAN	Bilgisayar Mühendisliği	Istanbul Atlas Üniversitesi	Var ☐ Yok ☒	Katıldı ☒ Katılmadı ☐	
Doç. Dr. Esengül SALTÜRK	Bilgisayar Mühendisliği	Istanbul Atlas Üniversitesi	Var ☐ Yok ☒	Katıldı ☐ Katılmadı ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Oya Akça	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Istanbul Atlas Üniversitesi	Var ☐ Yok ☒	Katıldı ☒ Katılmadı ☐	



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-22686390-050.99-49338
Konu : 21.08.2024 Tarih ve 07/16 Sayılı Etik
Kurul Kararı

26.08.2024

Sayın Prof. Dr. Anayit Margirit COŞKUN

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapmış olduğunuz başvuruyu incelenmiş olup Zeynep İrek ile birlikte planladığınız "Gebelikte Anne Sağlığı Merkezinden Alınan Doğum Öncesi Bakım Hizmetinin İçeriği ve Hizmet Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi" isimli araştırmanız kurulumuzun 21.08.2024 tarihli ve 07 sayılı toplantısında etik yönden uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Ayhan BİLİR
Kurul Başkanı

Belge Doğrulama Kodu : BSN0N7FAR Pn Kodu : 02002

ATLAS VSD/KURUM/02/00000000000000000000

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

444 36 39 / 100 00 00 00 00 00

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://atlas.gov.tr/belge/K=7575&D=BSN0N7FAR&S=49338>

Kep Adresi : istanbulatlasuniversitesi@nll.kep.tr

Büyük İsim: Fehmi İsm KAYA
Ünvan: Sekreter



atlas.edu.tr

EK 4: KURUM İZNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01-259028893
Konu : Zeynep İREK' in Araştırma İzni hk.

07.11.2024

SULTANBEYLİ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 29.08.2024 tarihli ve E-74458915-770-252580106 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğünde görevli Ebe Zeynep İREK' in "*Gebelikte Aile Sağlığı Merkezlerinden Alınan Doğum Öncesi Bakım Hizmetinin İçeriği ve Hizmet Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi*" başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapma talebi Biriminize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüze bağlı kuruluşlarda sağlık faaliyetleri ile ilgili yapılacak çalışmalara ilişkin Sağlık Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununda belirtilen maddelerine riayet edilmesi, İlçe Sağlık Müdürlüğüne başvuran kişilerden araştırmacının şahsen onam alması, İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün uygun gördüğü zaman diliminde ve başvuru dosyasındaki aralık gözetilerek koordinasyonunun İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlanması şartıyla 04.11.2024 tarih ve 2024/16 sayılı kararınca oy birliği ile uygun görülmüştür.

Çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Opr. Dr. Zülfi KILIÇ
Başkan

Ek: Zeynep İREK_Başvuru Belgeleri

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: D02BFF3C-E7FD-490A-B517-647D45AD5A92

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Birlikdışındaki mah. Peyktaş sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122

Telefon No: 02126383000

e-Posta: ist.sagligi@sgs.gov.tr İnternet Adresi:

<https://istanbulilam.saglik.gov.tr/>

Kapı Adresi: iam.348ba01.kap.tr

Bilgi için: Sema DEMİRKAYA

Ebe

Telefon No: 02126383399 - 3015



EK 5: DOĞUM ÖNCESİ BAKIM MEMNUNİYETİ VE HASTA BEKLENTİLERİ ÖLÇEĞİNİN KULLANIM İZNİ

**ZEYNEP İREK**

4 Haz Sal 08:09 (17 saat önce) ☆

Sayın Dr Öğr Üyesi Ayşe AYDINLI Merhaba hocam; Atlas Üniversitesi Ebelik Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Ebe Zeynep İrek'im. Aile Sağlığı Merkezlerinde verilen Ant

**Ayşe AYDINLI**

4 Haz Sal 23:44 (1 saat önce) ★ 😊 ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhabalar, ölçek formu ektedir. Etik ilkelere ve atıf verme kurallarına bağlı kalarak kullanabilirsiniz. Kolay gelsin.
İyi çalışmalar

Ayşe Aydınli
SDÜ - Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Gönderen: ZEYNEP İREK
Gönderildi: 4 Haziran 2024 Salı 08:09:31
Kime: Ayşe AYDINLI
Konu: DOĞUM ÖNCESİ BAKIM MEMNUNİYETİ VE HASTA BEKLENTİLERİ ÖLÇEĞİNİN İZNİ İLE İLGİLİ

Lütfen bu e-postayı yazdırmadan önce çevrenizi düşünün. | Please consider the environment before printing this email.

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Zeynep İREK

Doğum Tarihi ve Yeri:

Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans Öğrencisi

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Lisans	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi (KONYA)	2015

İş Deneyimi : 10 yıl

Unvan	Görev Yeri	Yıl
Ebe	Van İl Sağlık Müdürlüğü Kuşluk Sağlık Evi (VAN)	2015-2016
Ebe	Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSTANBUL)	2016'DEN itibaren halen