



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

**GEBELİK SÜRECİNDE TAKİPLİ OLAN GEBELİKLER VE
TAKİPSİZ OLAN GEBELİKLERİN MATERNAL VE
NEONATAL SONUÇLARININ KARşILAşTIRILMASI**

Dr. İbrahim ETLİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

**GEBELİK SÜRECİNDE TAKİPLİ OLAN GEBELİKLER VE
TAKİPSİZ OLAN GEBELİKLERİN MATERNAL VE
NEONATAL SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. İbrahim ETLİK

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Kliniğimize çalışmaya başladığımızdan beri hem cerrahi hem akademik nosyonda bizleri geliştirmek için çabalayan, eğitim ve idari sorumlumuz Prof. Dr. Yusuf Üstün'e,

Benim kahrımı bu zamana kadar çekmiş olan değerli eğitim görevlilerimiz Doç. Dr. M.Gözüküçük'e, Doç. Dr. U.Akgör'e, Doç Dr. Y. Karasu'ya, Doç. Dr. E.E. TAŞ'a,

Beraber çalıştığımız bizlere abilik ve ablalık yapan, her fırsatta yardımını esirgemeyen, bildiklerini bizlere aktaran bazı uzmanlarımıza,

Birlikte gecemizin gündüzümüzün geçtiği değerli asistan arkadaşlarıma,

Beraber çalıştığımız sağlık personellerimize,

Değerli annem ve babama,

Çok kıymetli eşime ve meleğim kızıma teşekkür ederim

Dr. İbrahim Etlik

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. ANTENATAL BAKIM	2
2.1. BESLENME	4
2.1.1. Beslenme Müdahaleleri	5
2.1.2. Enerji ve Protein Alımında Beslenme Eğitimi.....	5
2.1.2. Folik Asit ve Demir Takviyeleri	6
2.1.3. Kalsiyum Takviyesi	6
2.1.4. Vitamin A takviyesi	6
2.1.5. Çinko takviyesi	7
2.1.6. Çoklu Mikro Besin Takviyeleri	7
2.1.7. Vitamin B6 (Piridoksin) Takviyesi	8
2.1.8. Vitamin D Takviyeleri	8
2.1.9. Kafein Alımının Kısıtlanması	9
2.2. GEBENİN VE FETÜSÜN DEĞERLENDİRİLMESİ	9
2.2.1. Anemi.....	9
2.2.2. Asemptomatik Bakteriüri.....	10
2.2.3. Gestasyonel Diyabet	11
2.2.4. Sigara Kullanımı	11
2.2.5. Madde kullanımı	11
2.2.6. İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü	12
2.2.7. Tüberküloz	12
2.2.8. Bebek Hareketlerinin Sayımı.....	13

2.2.9. Fundus Pubis ölçümü.....	13
2.2.10. Rutin Antenatal Kardiyotokografi	14
2.2.11. Ultrason.....	14
2.2.12. Fetal arter Doppler Ultrasonografi.....	15
2.3. ÖNLEYİCİ TEDBİRLER.....	15
2.3.1. Tekrarlayan Üriner Sistem Enfeksiyonları	15
2.3.2. Antenatal anti-D İmmün Globülin Proflaksisi.....	15
2.3.3. Proflaktik Antihelmintik Tedaviler	16
2.3.4. Tetanos Aşısı	16
2.4. YAYGIN FİZYOLOJİK SEMPTOMLARA KARŞI YAPILABİLECEK MÜDAHALELER.....	17
2.4.1. Bulantı ve Kusma	17
2.4.2. Mide Ekşimesine Müdahalelerde Yaklaşım.....	18
2.4.3. Kramplara Karşı Yaklaşım.....	19
2.4.4. Sırt ve Kasık Ağrısına Yapılabilecek Müdahaleler	19
2.4.5. Kabızlığa Müdahale.....	20
2.4.6. Variköz Ven Ödeme Müdahale	20
2.5. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM KULLANIMINI VE KALİTESİNİ İYİLEŞTİRMEYE YÖNELİK SAĞLIK SİTEMİ MÜDAHALELERİ	21
2.5.1. Kadın Tarafından Tutulan Notlar	21
2.5.2. Ebe Liderliğinde Devamlı Bakım Modeli	22
2.5.3. Grup Antenatal Bakım	22
2.5.4. İletişim ve Desteği Geliştirmek İçin Toplum Tabanlı Müdahaleler.....	24
2.5.4.1. Kadın gruplarıyla kolaylaştırılmış katılımcı öğrenme eylem döngüleri.....	24
2.5.4.2. Toplumsal seferberlik ve antenatal ev vizitleri.....	24
2.5.5. Antenatal Bakımda Görüşme Takvimi.....	25
2.6. AMERİKAN KADIN DOĞUM CEMİYETİNE GÖRE GÖRÜŞME TAKVİMİ	26
2.7. DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN YETERLİLİĞİ İNDEKSİ	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. ETİK KURUL ONAYI	28

3.2. ÇALIŞMANIN TİPİ	28
3.3. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	28
3.4. VERİ TOPLAMA	28
3.5. İSTATİKSEL ANALİZ	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇLAR	60
7. KAYNAKÇA	61
8. ÖZGEÇMİŞ	69
9. EKLER.....	70
EK-1. ETİK KURUL ONAY FORMU	70

KISALTMALAR

ACOG	: Amerikan Kadın Doğum Cemiyeti
ASB	: Aseptomatik Bakteriüri
ÇMBT	: Çoklu mikro besin takviyesi
DDA	: Düşük Doğum Ağırlığı
DM	: Diyabetes Mellitus
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ELDBM	: Ebe Liderliğinde Devamlı Bakım Modeli
GBS	: Grup B Streptokok
GDM	: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
GHT	: Gestasyonel Hipertansiyon
HRS	: Hemoglobin Renk Skalası
IUEX	: İntrauterin ex
İBBS-1	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
İUGR	: İntrauterin Gelişim Kısıtlılığı
KTG	: Kardiyotokografi
OAD	: Oral Antidiyabetik
ODÖB	: Odaklanmış Doğum Öncesi Bakım
PAAG	: Posteroanterior Akciğer Grafisi
RCOG	: Kraliyet Kadın Doğum Cemiyeti
TİT	: Tam idrar tahlili
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USG	: Ultrason
VKİ	: Vücut Kütle İndeksi
YDYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasına Göre Mortalite Göstergeleri, 2022	3
Tablo 2. Takip durumu bazlı demografik veriler	31
Tablo 3. Takip durumu bazlı Türk vatandaşlarının ve yabancı uyruklu hastalar ...	33
Tablo 4. Takipli hastaların ikili ve dörtlü tarama testlerinin sonuçları.....	35
Tablo 5. Takip durumu bazlı Doğum verileri	37
Tablo 6. Takipli ve takipsiz hastaların Maternal Doğum Verileri.....	42
Tablo 7. Takipli ve takipsiz hastaların hemogram Verileri.....	44
Tablo 8. Takipli ve takipsiz hastaların beyaz küre-hemoglobin değerlerinin preoperatif-post operatif 6 ve 24. Saatlerde karşılaştırılması.....	45
Tablo 9. Takipli ve takipsiz hastaların vital bulguların karşılaştırılması.....	46
Tablo 10. Takip durumu bazlı neonatal verilerin karşılaştırılması	47
Tablo 11. Takip durumu bazlı İntrauterin ex verileri	51

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.	Hemoglobin renk skalası	10
Şekil 2.	Kotelchuck indeksi	27
Şekil 3.	Takip durumu bazlı Türk vatandaşları ve yabancı uyruklu hastalar.....	32
Şekil 4.	Takipli ve takipsiz hastaların Son adet tarihlerini bilme oranları.....	34
Şekil 5.	Takip durumu bazlı son adet tarihi bilinme ve doğum zamanı oranları	34
Şekil 6.	Takip durumu bazlı Oral Glukoz Tolerans Test ve Ayrıntılı Ultrason oranları.....	36
Şekil 7.	Takipli ve takipsiz hastaların komplikasyon oranları.....	38
Şekil 8.	Takipli ve takipsiz hastaların komplikasyon sebepleri	38
Şekil 9.	Takipli ve takipsiz hastaların Doğum Şekilleri	39
Şekil 10.	Takipli ve takipsiz hastaların Primer sezaryene gitme oranları.....	39
Şekil 11.	Takipli ve takipsiz hastaların primer sezaryen sebepleri	40
Şekil 12.	Takipli ve takipsiz hastaların indüksiyon ihtiyacı ve çeşidi	41
Şekil 13.	Takipli ve takipsiz hastaların geliş açıklığı- poş açılma cm verileri	43
Şekil 14.	Takip durumu bazlı hemoglobin ölçümleri kutu grafiği.....	44
Şekil 15.	Takipli ve takipsiz hastaların Beyaz Küre ölçümleri kutu grafiği.....	45
Şekil 16.	Takip durumu bazlı ağırlık skorları kutu grafiği.....	47
Şekil 17.	Takip durumu bazlı asidoz olan ve olmayan hastalar.....	48
Şekil 18.	Takip sayısına göre kg,boy, baş çevresi ölçümleri	49
Şekil 19.	Takip durumu bazlı düşük doğum ağırlıklı olan bebeklerin % si.....	50
Şekil 20.	Takip durumu bazlı Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacı olan hastaların sebepleri	51
Şekil 21.	Hastanın Takibi ve Bilinen Hastalığının Olması Durumuna Göre Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi İhtiyacı Oranları	52

ÖZET

GEBELİK SÜRECİNDE TAKİPLİ OLAN GEBELİKLER VE TAKİPSİZ OLAN GEBELİKLERİN MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç: Anne ve bebek ölümleri bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin gösteren en kıymetli parametrelerdir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sekiz olarak açıklanan antenatal takip sayısı ülkemizde şu an dördüttür. Antenatal takibin maternal ve neonatal sonuçlar açısından, takibinin önemli olduğu daha önceki kılavuzlarda belirtilmiştir. Biz ise özellikle mülteci nüfusunun yoğun olduğu, takipsiz hastaların yoğun olarak başvurduğu üçüncü basamak bir hastaneyiz. Çalışmamızda sağlık bakanlığının önerdiği şekil olan dört ve üzeri takip sayısının daha az takip sayılı hastalar ile maternal ve neonatal etkilerinin karşılaştırılması amacıyla bu çalışmayı gerçekleştiriyoruz. Bu araştırmanın temel amacı, gebelik süreci takibinin gebelik üzerindeki etkilerini anlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda hastanemiz elektronik sisteminden ve hasta dosyalarından 2023 yılı Mart, Nisan, Mayıs aylarında gerçekleştirilen 330 doğum incelenmiş dosyasına ulaşılabilinen 204 hasta yer almıştır. Hastaların 115'ini oluşturan dört adet ve daha fazla takibi bulunan gebeler Sağlık Bakanlığının 2018 doğum öncesi bakım yönetim rehberine göre takipli olarak kabul edilmiş olup, 0-3 takibe sahip olan geriye kalan 89 hasta ise takipsiz olarak kabul edilmiştir ve hastaların maternal (Yaş, son adet tarihine göre gestasyonel yaş, Bilinen hastalık, gravida, parite, abort, küretaj öyküsü, preop, post-op altıncı saat, ve 1. Haftada hemogram değerleri, doğum şekli, başvuru sayısı, tarama testleri ve sonuçları (ikili tarama testi, dörtlü tarama testi, ayrıntılı usg, OGTT), gebelik komplikasyonları, annenin yatış süresi, doğum sonrası kullanılan ilaçlar, postpartum kanama, kan transfüzyonu ihtiyacı,) ve neonatal veriler (Yeni doğan yoğun bakım ihtiyacı ve kalma süresi, Yenidoğan yoğun bakım yatış sebebi, umblikal arter kan gazı, apgar sonuçları (1. Ve 5. Dakikada bakılan), Yenidoğan doğum ağırlığı, Yenidoğan boy ve baş çevresi) karşılaştırılmıştır. Bu tezde, IBM SPSS Statistics 23 kullanılarak istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Takipli hastaların yaş ortalaması takipsizlere göre yüksek bulundu. Gravida, parite değerlerinde anlamlı bir fark izlenmedi. Takipli hastaların ve Türk vatandaşlarının son adet tarihlerini bilme oranları anlamlı olarak tespit edildi. Türk vatandaşlarının, yabancı uyruklulara göre takibe gelme oranları anlamlı olarak tespit edildi. Takibe göre doğum oranlarında, primer sezaryene gitme oranlarında, indüksiyon ihtiyacında anlamlı bir fark izlenmedi. Maternal komplikasyon oranlarında anlamlı bir fark saptanmadı. Maternal doğum verilerinde pre-op hemoglobin değeri takiplilerde takipsizlere göre anlam ifade etmekteydi. Diğer maternal bulgulara anlamlı bir fark izlenmedi. Neonatal verilerde düşük doğum ağırlıklı bebek riski takiplilerde daha az izlendi. Takip sayısının arttıkça bebeğin gram boy ve baş çevresi verilerinin arttığı görüldü. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatış ihtiyacı ve yatış sürelerinde anlamlı bir fark izlenmedi.

Sonuçlar: Yaygın ve yeterli bir doğum öncesi bakım anne ve yenidoğan sağlığına pozitif anlamda etki ettiği saptandı. Ülkelerin sağlık sisteminin elverdiği ölçüde prenatal takiplere erken zamanda başlayıp, yeterli sıklıklarla takip edilmesi gerekir. Ülkemizde de takip sayısının sekize çıkması her gebenin özellikle ilk trimesterden itibaren takibinin yapılması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antenatal takip, anne doğum sonuçları, yenidoğan doğum sonuçları

ABSTRACT

COMPARISON OF THE MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES OF PREGNANCIES THAT WERE FOLLOWED AND UNFOLLOWED DURING THE PREGNANCY PROCESS

Purpose: Maternal and infant mortality are important parameters that reveal the level of development of a country. The number of antenatal follow-ups, which was eight by World Health Organisation, is currently four in our country. It has been stated in previous guidelines that antenatal follow-up is important in terms of maternal and neonatal outcomes. We are a tertiary hospital with a large refugee population and a large number of patients without follow-up. We are conducting this study to compare the maternal and neonatal effects of four or more follow-ups as recommended by the Ministry of Health with patients with fewer follow-ups. The main purpose of this research is to understand the effects of pregnancy follow-up on pregnancy.

Materials and Methods: Our study included 204 patients whose files of 330 births performed in March, April and May 2023 could be accessed from our hospital's electronic system and patient files. Pregnant women with four or more follow-ups, which constitute 115 of the patients, were accepted as being followed-up according to the 2018 prenatal care management guide of the Ministry of Health, and the remaining 89 patients with 0-3 follow-ups were accepted as not being followed-up, and the patients' maternal (age, last gestational age according to menstrual period, known disease, gravida, parity, abortion, curettage history, pre-op, post-op sixth hour, and hemogram values at the 1st week, type of birth, number of applications, screening tests and results (double screening test, quadruple screening test, detailed USG, OGTT), pregnancy complications, mother's length of stay, medications used after birth, postpartum bleeding, need for blood transfusion,) and neonatal data (Need for neonatal intensive care and duration of stay, reason for neonatal intensive care admission, umbilical artery blood gas, Apgar results (checked at the 1st and 5th minutes), Newborn birth weight, Newborn height and head circumference) were compared. In this thesis, statistical analyzes were performed using IBM SPSS Statistics 23.

Results: The average age of patients with follow-up was found to be higher than those without follow-up. No significant difference was observed in gravida and parity values. The rate of follow-up patients and Turkish citizens knowing their last menstrual period was found to be significant. The follow-up rates of Turkish citizens compared to foreign nationals were found to be significant. No significant difference was observed in birth rates, primary cesarean section rates, or need for induction according to follow-up. No significant difference was detected in maternal complication rates. In maternal birth data, pre-operative hemoglobin value was more significant in those with follow-up than in those without follow-up. No significant difference was observed in other maternal findings. In neonatal data, the risk of low birth weight babies was observed to be less in those with follow-up. It was observed that as the number of follow-ups increased, the baby's gram height and head circumference data increased. No significant difference was observed in the need for neonatal intensive care unit admission and length of stay.

Conclusion: Widespread and adequate prenatal care has a positive impact on maternal and newborn health. Prenatal follow-ups should start as early as possible and be followed up with sufficient frequency, as much as the health system of the country allows. In our country, the number of follow-ups should increased to 8. It is important to follow up every pregnant woman, especially from the first trimester.

Key Words: Antenatal follow-up, maternal outcome, neonatal outcome

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anne ve bebek ölümleri bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin gösteren en kıymetli parametrelerdir. Her ülkenin sağlık sisteminin elverdiği ölçüde erken zamanda takiplere başlaması anne ve bebek sağlığını geliştiren en önemli parametrelerden birisi olduğu söylenilmektedir. Ülkemizde halen 2018 yılında yayınlanan Doğum Öncesi Bakım Rehberi kullanılmakta ve onda da doğum öncesi dönemde 4 kere nitelikli izlem yapılması gerektiği söylenilmektedir[1]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 2016 tarihinde yayınladığı kılavuzunda daha önce dört olan bu sayıyı sekize çıkarmıştır[2]. Biz ise özellikle mülteci nüfusunun yoğun olduğu takipsiz hastaların yoğun olarak başvurduğu üçüncü basamak bir hastaneyiz. Çalışmamızda sağlık bakanlığının önerdiği şekilde dört ve üzeri takip sayısının daha az takip sayılı hastalar ile maternal ve neonatal etkilerinin karşılaştırılması amacıyla bu çalışmayı gerçekleştiriyoruz.

Hastaların tüm verileri aynı zamanda diğer takip sayılarına (0-3/4-7/+8) göre de değerlendirilmiş olup bir farklılık durumunda çalışmamızda belirtilecek şekilde planlanmıştır. Bu sayede takipsiz hastaların, daha yoğunlukta takipsiz olarak doğum yapan mülteci nüfusunun, maternal ve neonatal açıdan bir eksiklik yaşayıp yaşamadığı, bunların takiple düzelip düzelmediğinin görülmesi, eğer takip sayılarının az takiple de bu maternal ve neonatal açıdan farklılık göstermiyorsa, gereksiz sağlık sistemi başvurularının azalmasıyla sağlık sistemi üzerindeki yükün azaltılması eğer yeterli değilse bu sayının sekize çıkarılmasının ülkemiz için tartışılması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANTENATAL BAKIM

Doğum öncesi bakımın amacı doğuma ve ebeveynliğe hazırlanmanın yanı sıra hamilelik sırasındaki sağlık sorunlarını önlemek, tespit etmek, hafifletmek veya yönetmektir. Anne sağlığının geliştirilmesi birleşmiş milletler üye ülkeleri tarafından 2000 yılında kabul edilen sekiz adet olan milenyum gelişme hedeflerinden birisidir.

2016 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) antenatal bakım rehberine göre Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri döneminin başlangıcında, hamileliğe bağlı önlenebilir hastalık ve ölüm oranları hala kabul edilemeyecek kadar yüksek izlenmiş. Önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da ülkelerin bu ilerlemeleri sağlamlaştırması, artırması ve nüfuslarının sağlığını ve potansiyelini en üst düzeye çıkarmak amacıyla hayatta kalmanın ötesine geçecek şekilde gündemlerini genişletmeleri gerekmektedir.

DSÖ, her hamile kadının ve yenidoğanın hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kaliteli bir takip aldığı bir dünya tahayyül etmektedir. Üreme sağlığı hizmetlerinin sürekliliği içerisinde, Doğum öncesi bakım (DÖB), sağlığın geliştirilmesi, tarama ve teşhis ve hastalıkların önlenmesi dahil olmak üzere önemli sağlık hizmetleri işlevleri için bir platform sağlar [3] .

Buna rağmen 2020 yılında yaklaşık 282 bin kadın hayatını gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle kaybetmiştir. DSÖ bu rakamı kabul edilemez boyutta bulmaktadır. Bu anne ölümlerinin ise yaklaşık %99'unun düşük sosyoekonomik düzeye ve bunun getirdiği sonuçlara bağlı olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde her yıl yaklaşık 2 milyon ölü doğum gerçekleşmekte ve bunlarında büyük çoğunluğu kötü ekonomik sosyokültürel sebeplere bağlanmaktadır ve bu durumların düzeltilmesiyle engellenebilir. Bununla birlikte makul maliyetli efektif müdahaleler de mevcuttur, eğer bu önerilere uyulması halinde %66'ya varan bir oranda anne ölümlerinin azaltılabileceği gösterilmiş. Antenatal bakım, gebelik sürecinde hem anne hem de bebek için en iyi koşulların sağlanması amacıyla alanında yetkin sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan bakım olarak tanımlanabilir. Antenatal bakımın komponentleri ise kabaca üçe ayrılabilir; riskin tanımlanması, engellenmesi, eğer gebelik kaynaklı bir

hastalık gelişir ise bunun tedavisi. DÖB direkt veya indirekt olarak maternal ve perinatal morbidite ve mortaliteyi düşürür. DÖB sayesinde mevcut olan ve tedavi edilmemiş hastalıklar da yakalanıp tedavi edilir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde DÖB 2002 DSÖ'nün Odaklanmış DÖB modelinden, ki amacı en az dört defa gebeliğin kritik zamanlarında gebelerin görülmesidir, dünya çapında 2007 ve 2014 arasında gebelerin %36'sı bu dört vizite katılabiliştir.

DÖB hastanın sadece hayatını kurtararak değil aynı zamanda hayatını geliştirerek de yardımcı olur, keza ülkemizde 2000'li yılların başından itibaren uygulanan sağlıkta dönüşüm programı sonrası 2002'de anne ölüm oranı yüz binde 64 iken 2022'de bu oran yüz binde 12,6 ya düşmüştür. Bebek ölüm oranı ise bin canlı doğumda binde 31,5 iken 2022 yılına gelinde binde 9,1 seviyesine gerilemiştir. Neonatal ölüm hızı ise binde 5,7 seviyesine gerilemiştir [4] .

Tablo 1. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasına Göre Mortalite Göstergeleri, 2022

İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması	Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda)	Anne ölüm hızı (100.000 canlı doğumda)
İstanbul	6,7	9,4
Batı Marmara	6,2	2,9
Ege	8,3	19,8
Doğu Marmara	6,3	7,5
Batı Anadolu	7,3	6,6
Akdeniz	9,0	18,6
Orta Anadolu	10,3	8,6
Batı Karadeniz	7,6	19,1
Doğu Karadeniz	8,1	4,0
Kuzeydoğu Anadolu	9,8	9,2
Ortadoğu Anadolu	11,2	19,1
Güneydoğu Anadolu	13,9	13,7
Türkiye	9,1	12,6

Kaynak: [4]

Bu sonuçların alınmasında ülkemizdeki genel gelişmenin yanında, doğum öncesi bakımın, doğum sırasında ve sonrasında bakımın artması, hastane, kalkınmada öncelikli bölgelerdeki nitelikli personel sayısındaki artış, doğumların hastanede yapılma sayısındaki artış 112 hizmetlerinin gelişmesi sayesinde olmuştur. [1]

DSÖ antenatal takibi kabaca 5 ana başlık altına almıştır.

Bunlar;

- 1) Beslenme
- 2) Maternal ve Fetal değerlendirme
- 3) Önleyici Tedbirler
- 4) Yaygın fizyolojik semptomlara yönelik müdahaleler
- 5) DÖB'ün kullanımını ve kalitesini arttırmak için sağlık sistemi müdahaleleri

2.1. BESLENME

Gebelik, annenin ve bebeğin ihtiyacı olan enerjinin, proteinin, vitamin ve minerallerin alımının dengede olduğu sağlıklı bir diyetle ihtiyaç duyar, ancak özellikle de düşük orta gelirli ülkelerde meyve, sebze, et tüketiminin yetersiz olduğu görülmektedir. Az beslenme gebelikte bir sorun olduğu gibi yanlış ve çok beslenme de başka bir sorundur özellikle aşırı kilo ve obezitenin yaygın olduğu topluluklarda sağlık çalışanları tarafından uygun kültürel beslenme müdahaleleri gerekir. Sağlıklı bir yaşam yalnız beslenme ile değil aynı zamanda gebenin zorlanmayacağı ve fetüsün de risk altına girmeyeceği anne için uygun egzersizleri de gerektirir.

Fiziksel aktivite gebelikte tansiyon bozukluklarının azalmasına, daha iyi kardiyorespiratuar sonuçlara, gebelik sürecinde daha az kilo alımına ve gestasyonel diyabet riskinin azalmasına yardımcı olur [5] .

Özellikle sahra altı Afrika ülkeleri ve güneydoğu Asya ülkelerinde az beslenme en üst düzey seviyededir, kötü perinatal sonuçlarda en başlıca sebebi olarak düşünülmektedir. Gebelikte en çok kilo alımı 20. haftadan sonra olmakla beraber normal alınması gereken kilo gebenin hamilelik başlamadan önceki kilosu ile ilişkilidir. Düşük vücut kütle indeksi (VKİ) olan hastalar ($VKİ < 18.5 \text{ kg/m}^2$) 12,5 - 18 kg arasında, normal VKİ sahibi hastalar ($18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$) 11,5 – 16 kg, fazla kilolu

hastalar (25- 29,9 kg/m²) 7-11,5 kg, obez hastalar ise 5-9 kg arası kilo alımını hedeflemelidir [6] .

2.1.1. Beslenme Müdahaleleri

Gebelikte sağlıklı beslenme ve fiziksel olarak aktif kalma konusunda danışmanlık, hamile kadınların sağlıklı kalması ve gebelikte aşırı kilo alımını önlemesi için önerilmektedir. Yapılan çalışmalarda bu danışmanlığı alan kadınlar göreceli olarak daha az riske sahip olduğu izlenmiştir[3].

Sağlıklı bir diyet; protein, vitamin, mineral, yeterli enerji sağlayacak yiyeceklerin çeşitli gıdalardan alınmasıyla oluşur. Bu çeşitli gıdaları ise meyve, sebze, et, balık, fındık, tahıllar oluşturur [7] .

Sağlıklı bir yaşam tarzı, en yüksek kondisyon seviyesine ulaşmaya veya atletik yarışmalar için antrenman yapmaya çalışmadan, hamilelik boyunca iyi bir kondisyon seviyesini korumayı amaçlayan aerobik fiziksel aktiviteyi ve güç kondisyon egzersizlerini içerir. Kadınlar, denge kaybı ve fetal travma riski minimum olan aktiviteleri seçmelidir [8] .

Yüksek kaliteli kanıtlar, gebelikte diyet veya egzersizin ya da her ikisinin de; gebelikte aşırı kilo alım riskini azalttığı gösterilmiştir. Yüksek riskli kadınlarda sezaryen, makrozomi ve neonatal solunum morbiditesi riskinin azalmasında katkısının olduğu belirtilmiştir. Egzersiz, gebelikte kilo alımını kontrol etmenin önemli bir parçası gibi görünmektedir[9].

2.1.2. Enerji ve Protein Alımında Beslenme Eğitimi

Yetersiz beslenen toplumlarda düşük doğum ağırlıklı yenidoğan riskini azaltmak için hastalara günlük yeterli enerji ve protein alımını önerilmelidir. Yetersiz beslenme sıklıkla düşük VKİ ile tanımlanır. Düşük VKİ prevalansının popülasyonun % 40'tan fazlasını oluşturduğu toplumlar çok yüksek prevalans, toplumun %20-40 arası ise yüksek prevalans olarak tanımlanır [10].Toplumun antropometrik karakteri değişmekte ve yetersiz beslenmenin yaygınlığı düzenli olarak değerlendirilmelidir.

Dengeli gıda alımındaki bir diğer önemli faktör de alınan gıdanın kontrollü temiz bir ortamda üretilip, paketlenmesi ve saklanmasıdır. Yeterli protein ve enerji

alımı özellikle yetersiz beslenmesi olan toplumlarda ölü doğumu ve DDA bebek doğumunun riskini azaltmaktadır , ama yüksek protein alımının maternal ve perinatal sonuçlara bir etkisi izlenmemiştir [11].

2.1.2. Folik Asit ve Demir Takviyeleri

Günlük 30-60 mg demir ve 400 mcg folik asit takviyesi, anemi, puerperal sepsis, düşük doğum ağırlığı ve erken doğumu önlemek için DSÖ tarafından önerilmektedir. Anemi tanımını yapacak olursak ilk ve son trimesterde 11.0 g/dl, ikinci trimesterde ise 10.5 olarak tanımlanmaktadır. Eğer anemi tanısı konulmuş ise günlük 120mg demir alması gerekir [12]. Aneminin (Hb <11.0) yaygın olduğu (popülasyonun %40'ı) ülkelerde günlük 60 mg tercih edilmelidir.

Hastaların tedaviye devamlılığını sağlamak amacıyla DÖB sırasında hasta yan etkiler hakkında bilgilendirilmelidir. Kan kaybı ile anemiye sebep olan endemik enfeksiyonlar olan malarya, ascaris vb. hastalıklar önlenmeli eğer varsa da tedavi edilmelidir. Düşük güvenilirliği olan çalışmalar göstermiştir ki günlük demir alımı Düşük Doğum Ağırlığı (DDA) bebek riskini azaltmaktadır. Yüksek güvenilirliği olan çalışmalar ise 37 haftadan önce doğum riskini azaltmamakla beraber erken preterm <34 hafta doğumu azalttığını göstermektedir. Nöral tüp defektlerini engellemek için; Folik asit, ideal olarak gebelikten önce başlanmalıdır eğer başlanmadıysa da ilk görüşte hastaya önerilmelidir [12].

2.1.3. Kalsiyum Takviyesi

Kalsiyum alımının düşük olduğu popülasyonlarda, özellikle hipertansiyon gelişme riski yüksek olan hamile kadınlarda preeklampsinin önlenmesi için doğum öncesi bakımın bir parçası olarak kalsiyum takviyesi önerilmektedir. Hastalara kalsiyumdan zengin diyet önerilmelidir. Demir ile etkileşime girebileceği için hastalar bilgilendirilmelidir, birkaç saat fark ile içilmelidir. Kalsiyum alımının sezaryen riskine erken doğuma veyahut DDA ve ölü doğum ile bir ilişkisi gösterilememiş [13].

2.1.4. Vitamin A takviyesi

Vitamin A maternal ve neonatal sonuçları iyileştirmek için tavsiye edilmez ama vitamin A eksikliği yaşanan bölgelerde günlük 10000 IU vitamin A alımı gece

körlüğünü engellemek için gereklidir. 25.000iu fazla vitamin a desteğini tek seferde almak tehlikelidir ve teratojenik etkileri olabilir [14].

Düşük güvenilirliği olan çalışmalarda vitamin A alımının postnatal enfeksiyonların azalmasında az da olsa etkisi olduğu söylenmiş. Erken doğum, ölü doğum, DDA ve preterm doğum ile ilişkisi görülmemiş[15].

2.1.5. Çinko takviyesi

Dünya sağlık Örgütü tarafından çinko için kesin bir görüş birliğine henüz varılamamıştır. Yapılan düşük güvenilirlikli çalışmalarda preterm eylemi azaltabileceği söylene de araştırmalar yeterli görülmemiştir. Bunun dışında sezaryen oranında maternal enfeksiyonda, preeklampside, DDA ve neonatal sepsiste herhangi bir etkisi gösterilememiştir. Çinkoyu DSÖ şu an için araştırma projelerinde kullanılmasını teşvik etmekle birlikte, esasen yiyeceklerden alınmasını önermektedir. DSÖ 2021’de yaptığı son güncellemede araştırma amaçlı çinko alımını önermiştir [16].

2.1.6. Çoklu Mikro Besin Takviyeleri

Daha önce de belirtildiği üzere gebelik, artan anne ve fetal ihtiyaçları karşılamak için yeterli miktarda enerji, protein, vitamin ve mineral alımını içeren sağlıklı bir beslenmeyi gerektirir, ancak birçok hamile kadın için meyve, sebze, et ve süt ürünlerinin diyetle alımı genellikle bu ihtiyaçları karşılamada yetersizdir ve mikro besin eksikliklerine yol açabilir.

Sahra altı Afrika, güney-orta Asya ve güneydoğu Asya'daki kaynak fakiri ülkelerde, annelerin yetersiz beslenmesi oldukça yaygındır ve kötü perinatal sonuçların temel belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple içerisinde özellikle demir ve folik asitin bulunduğu preparatların alınması önem arz etmektedir ve son DSÖ kılavuzuna göre özellikle düşük doğum ağırlığını (DDA) da azaltması sebebiyle çoklu mikro besin (ÇMBT) takviyelerinin alınması artık önerilmektedir. Yalnız bir şeye dikkat edilmelidir ki ÇMBT’lerin yapıldığı çalışmalarda genellikle 30 mg demir kullanılmaktadır. Bu da aneminin yaygın olduğu ülkelerde yeterli

gelmemektedir. Bölgesel olarak politika belirleyenler tarafından ÇMBT'ler hazırlanırken buna dikkat edilmelidir [17].

2.1.7. Vitamin B6 (Piridoksin) Takviyesi

Rutin piridoksin alımı maternal ve neonatal sonuçları geliştirmek için önerilmemektedir.

Hamile kadınların, en iyi şekilde sağlıklı, dengeli beslenme yoluyla elde edilebilecek yeterli beslenmeyi almaları teşvik edilmelidir.

Yapılan bir metaanalizde [18] preeklampsi için bir faydasının olmadığı varsa da göz ardı edilebilecek boyutta olduğu izlenmiş. Diş çürüklerini azalttığı [18] ve gebelik bulantılarına iyi gelmesi dışında maternal başka bir katkısı izlenmemiş [19]. Fetal etkilere bakarsak doğum ağırlığına veya konjenital anomalilerde bir etkisi görülmemiş. Apgar skorlarına bir etkisi izlenmemiştir [18]. B6 eksikliği kendi başına olmaz sıklıkla diğer B vit. eksiklikleri ile seyreder. Piridoksinin gebelik bulantılarına faydası gösterilmiştir.[19]

2.1.8. Vitamin D Takviyeleri

Ek vitamin D takviyesi DSÖ tarafından önerilmemektedir. DSÖ, gebelerin güneşe çıkıp doğal yoldan vitaminin sentezlenmesinin önermektedir ancak bu yolla ne kadar vitamin d ihtiyacı karşılanabilir net olarak bilinmemektedir [20].Eğer D vit. eksikliği mevcut ise 200 IU D vit. özellikle güneşe maruziyetin az olduğu ülkelerde verilmelidir.

D vit. esasen yağda çözünen insan vücudu tarafından, güneşe maruziyet ile üretilen bir vitamindir, ancak balık, mantar, yumurta sarısı ve karaciğerde de bulunur. Vitamin d eksikliği dünya çapında bir sorun olmakla beraber Ortadoğu ve Güneydoğu Asya bölgelerinde daha yaygındır. Gebelikteki eksikliğin preeklampsi, Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM), preterm doğum ve DDA ilişkili olduğu gösterilmiştir [21].

Türkiye’de ise 12. Haftadan itibaren 1200IU 9 damla tek doz d vitamini tüm gebelere başlanması önerilmektedir[1]. Vit D takviyesinin sezaryen oranına etkisi görülmemiştir, preeklampsi riskini ise azalttığı görülmüştür, (500 kadını dahil eden 4 çalışma), plaseboya veya d vit almayanlara göre takviye alanlarda, GDM riski daha az

izlenmiştir. Göreceli olarak yan etkisinde nefritik sendrom ve hiperkalsemi çok düşük bir ihtimal olarak değerlendirilmiştir.

Ölü doğum, erken doğum DDA ve neonatal mortaliteye etkisi görülmemiştir, ancak kalsiyum ile birlikte alınmasının preterm doğum riskini arttırdığı söylene de bunu söyleyen iki çalışma bias riski nedeniyle kılavuz tarafından kanül edilmemiştir[20].

2.1.9. Kafein Alımının Kısıtlanması

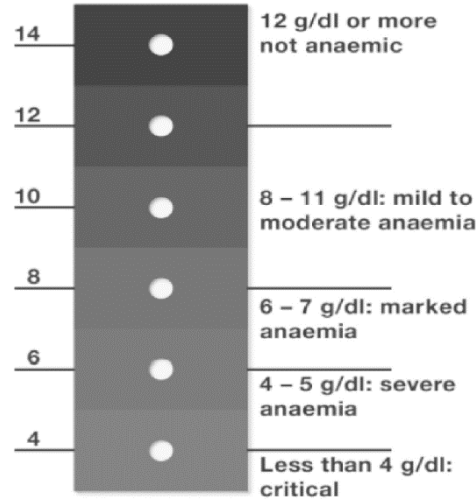
Yüksek miktarda kafein alımı (>300mg) düşük riski ve DDA ile ilişkilidir[22]. Kafein çeşitli yiyecek ve içeceklerde bulunan stimülandır. Bir fincan kahvede 60-150 mg arası kafein bulunur. Çay ve kolaya bakacak olursak 250 ml’de yaklaşık 50 mg seviyesindedir [3, 23]. Maternal etkilerine bakacak olursak önemli bir etkisi yoktur ancak yenidoğana bakacak olursak DDA ve gebelik kayıplarıyla ilerlediği izlenmiştir [22].

2.2. GEBENİN VE FETÜSÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

2.2.1. Anemi

Tanım olarak anemi kanda Hb değerinin 11gr/dL den düşük olmasıdır. Dünyadaki en yaygın sağlık problemlerinden başında gelen anemi; en yaygın ikinci engel sebebidir. DÖB’de bakılan laboratuvar parametrelerinde ilk sırayı tam kan sayımı alır, ancak tam kan sayımını maddi gerekçelerle yapılamadığı düşük gelirli ülkelerde hemoglobin renk skalası yerine [12] hemoglobinometre kullanımını önerilmiştir.

DSÖ tarafından düşük ve orta gelirli ülkelerde kullanılabilmesi için hemoglobin renk skalası üretilmiştir. Bu test ucuzdur ama ciddi aneminin olduğu ülkelerde her 1000 anemik kadından 95’ini yapılan çalışmalarda atladığı gösterilmiştir. Bu sayı hemoglobinometre ile yapılan çalışmalarda 1000 de 57 olarak görülmüştür. Ciddi anemiye gelirse bu oran hemoglobinometrede 1000’de 9, hemoglobin renk skalası (HRS)’de ise 1000’de 25 olarak görülmüştür. Düzenli demir tedavisi kullanılan hastalarda ciddi anemi hastalarının gözden kaçırılması orta ve hafif derece aneminin gözden kaçırılmasından daha tehlikelidir.



Şekil 1. Hemoglobin renk skalası [24] kaynaktan alınmıştır.

Anemi dünyada en yaygın olarak Afrika ve Güneydoğu Asya'da, parazitik enfeksiyonların da katkısıyla görülmektedir. Anemi anne ve bebek için önlenabilir bir risktir. Bu ve benzeri ucuz testler sayesinde aneminin sıklığının düşürülmesi için katkıda bulunmaktadır [3].

Ülkemizde ise gebeliğin dördüncü ayından sonra Hb değeri <11 ise 100-120 mg demir preparatı başlanır. > 11 ise 40-60 mg başlanması yeterlidir. Anemi yoksa altı ay boyunca bu şekilde devam edilir. Doğum sonrası anemi tekrar değerlendirilir. Eğer yoksa üç ay daha devam edilmesi önerilmiştir[1] .

2.2.2. Asemptomatik Bakteriüri

Asemptomatik bakteriüri (ASB) gebelerde, sıklığı artmış üriner sistem enfeksiyonlarına (sistit, piyelonefrit) yol açan yaygın bir durumdur. En sık %80 E. Coli olmakla beraber, Klebsiella türleri, Proteus Mirabilis ve grup B Streptococcus (GBS) suşları da etken olabilmektedir[25]. Tanıda altın standart idrar kültürü bakmaktır. Gram boyama ve Tam idrar tahlili (TİT) bakılması da katkıda bulunur. Tek bir organizmanın on üzeri beşten fazla olması durumunda anlamlı kabul edilir[26].

Gram boyamada ise gram pozitif ve negatif ayrımı yapılabilir. TİT'te ise nitrit bakılması anlamlıdır. Eğer saptanırsa aktif bir antibiyoterapi ile tedavi edilmelidir. Yedi günlük bir antibiyoterapi, persistant bakteriüri, DDA ve preterm eylemi engellemek için verilmelidir. Preterm eylem hakkında kanıtlar azdır ama tedavi yine de verilmelidir ve özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde ileri çalışmalar da

yapılmalıdır, bu tarz çalışmalarda GBS taranması ve tedavisi de eklenmelidir. Antibiyoterapinin piyelonefrit üzerinde etkisi kesin olmamakla beraber persistan bakteriüriyi azalttığı kesindir. Düşük güvenilirlikli çalışmalarda DDA bebek riskini tedavi azaltmıştır[3].

2.2.3. Gestasyonel Diyabet

Gebeliğin herhangi bir döneminde tespit edilen hiperglisemi Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) veya Diyabetes Mellitus (DM) olarak sınıflandırılmalıdır. Gebelikte tespit edilen DM, GDM'den daha ciddi seyreder ve gebelik bitince geçmez. Gebelikte tespit edilen hiperglisemisi olan kadınlarda, makrozomi, gebeliğin hipertansif bozuklukları, omuz distozisi gibi komplikasyonların görülme riski artar. GDM'nin tedavisi; başlıca hayat tarzı değişiklikleri, Oral Anti Diyabetikler (OAD), ve insülin bu olumsuz sonuçların ihtimalini azaltır[27]. Risk faktörleri yoksa (VKİ>30, GDM öyküsü, makrozomi öykülü bebek doğumu, ailede DM öyküsü) ideal olarak 24-28 haftalar arası taranır[28]. GDM tanısı için 75 gr. OGTT sıklıkla kullanılır tanıda bunun için referans değerler: 0. saatte >92-125, 1. saatte >180, 2. saatte> 153 -199 olarak DSÖ tarafından bildirilmiştir. Gebelikte DM diyeceksek eğer takip eden kriterlerden bir veya daha fazlasının olması gerekir; açlık glukoz> 126, 75 gr. OGTT'yi takiben 2. Saatte > 200, veyahut random bir glukoz ölçümünde > 200 gelmesine ek DM semptomları olması[28] gebelikte DM tanısını koyabilmemizi sağlar.

2.2.4. Sigara Kullanımı

Sağlık çalışanları tarafından tüm gebelere aktif veya pasif fark etmeksizin, gebelik öncesi veya devamındaki sigara maruziyetini mutlaka sormalıdır. Tüm sağlık merkezleri sigarasız alan olmalıdır. Sadece gebeye değil gebenin yakınlarına da sigaranın pasif içimde bile olsa zararları anlatılmalı sigaradan uzaklaştırılmalıdır [29].

2.2.5. Madde kullanımı

Her gebeye alkol veya başka bir madde kullanımı olup olmadığı sorulmalıdır. Eğer kullandığı tespit edilirse ilk fark ediliş anından itibaren gebe bilgilendirilmeli, eğer bırakamıyorsa ilgili kurumlara yönlendirilmelidir (AMATEM vb.) Her ne kadar

kesin bir çalışma olmasa da gebeye psikososyal destek vermenin potansiyel bir zararı yokken faydası vardır [30].

2.2.6. İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) insidansının yaygın olduğu ülkelerde gebelere rutin DÖB’de anti HIV testinin yapılması ve gebenin HIV hakkında bilgilendirilmesi rutin olarak uygulanmalıdır. Prevalans düşük olsa bile test yapılmalı, anneyi ve bebeği, sifilis, viral veya başka hastalıkların taranmasıyla kombine edip korunması sağlanmalıdır[31].

Test yapılmadan önce hastaların onamı alınmalıdır bilgisi dahilinde gerçekleştirilmelidir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde bilgilendirilmeyle birlikte testlere katılım oranı oldukça artmaktadır.

Hasta eğer HIV+ ise bu durum ilk ortaya çıkarıldığında hastanın bilgileri korunmalıdır. HIV ile yaşayan insanlara hoşgörü ve kabulün artmasını sağlayacak yasa ve kurumsal politikaların olması bu hastaların topluma geri uyum sağlayabilmesi için gereklidir[31].

HIV epidemisinin olduğu bölgelerde 3. Trimesterde veya doğumda daha önceki sonuç HIV negatif olsa test tekrarlanmalı, hastaların tekrar taranması gereklidir. Artan HIV olgularının olduğu ülkelerde özellikle riskli popülasyon negatif gelseler bile tekrarı görülmelidir (uyuşturucu enjeksiyonu yapanlar, sex çalışanları, hapisane mahkumları). Popülasyonda % 5’ten fazla HIV olgusunun olan yerlerde 2 kere HIV + sonucunu görmek yeterlidir, % 5’ten az ise 3 kere HIV pozitif sonucu görülmelidir[3].

2.2.7. Tüberküloz

Tüberküloz (TBC) oranının 100binde 100’den fazla olduğu bölgelerde TBC taraması doğum öncesi bakımda yapılmalıdır Türkiye’de bu oran yüz binde 16 ve tahmini mortalite hızı yüz binde 0,51 olarak görülmüştür[32]. Sistemik taramada seçenekleri arasında ilk planda semptomların taranması (> 2 hafta öksürük, hemoptizi, kilo kaybı ateş, gece terlemesi) veya posteroanterior akciğer grafisi (PAAG) ile taranabilir.

Gebelerde PAAG önemli bir risk oluşturmaz ama yine de bölgesel kılavuzlara uyulması gerekir. Taramaya başlamadan önce tbc tanısı, bakımı tedavisi ve yönetimimin yapılmasına uygun bir sistem gerekir. Hane halkı ve yakın temaslılar için TBC için taranmalı, HIV'li hastalar da TBC için taranmalıdır. TBC; preterm eylemi, perinatal ölümleri artırır, tedaviye ne kadar erken başlanırsa maternal ve perinatal sonuçlar o kadar iyi olacaktır[33].

2.2.8. Bebek Hareketlerinin Sayımı

Bebek hareketlerinin anne tarafından azalmış durumda hissedilmesi kötü perinatal sonuçlarla ilgilidir[34]. Cardiffin "ona kadar sayma" yöntemi gibi tekme çizelgelerini kullanan günlük fetal hareket sayma yöntemi kullanılabilir. iki saatte 6 hareketten az hissedilmesi [35] veya 12 saatte 10 hareketten az hissedilmesi [34] gibi. Perinatal sonuçlar açısından riskli grup gebeler başta olmak üzere tüm kadınlarda uygulanabilir ve daha zamanlı müdahale edebilmemizi sağlar [36].

Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde açıklanamayan bebek ölümleri daha fazladır, bu sebeple hastalara önerilmeli ve daha ileri çalışmalar gerekmektedir. Güvenilirliği nispeten daha düşük çalışmalarda sezaryen oranlarına ve yardımcı vajinal doğumlarda bir fark gösterilememiştir, ama annede anksiyeteyi azaltabileceği gösterilmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde yapılan iki çalışmada birinde ölü doğum gerçeklemedi, diğerinde ise yenidoğan ölüm oranlarında anlamlı bir fark görülmemiştir, ancak sonuçta bu çalışmaların yapıldığı ülkelerde ölü doğum oranı normalde de azdır. Bu yüzden özellikle yüksek ölü doğum oranının olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde bu çalışmaların yapılması önem arz etmektedir [3].

2.2.9. Fundus Pubis ölçümü

Fundus pubis ölçümü genellikle intrauterin gelişim kısıtlılığı (iugr) tespit etmek amacıyla, metre kullanılarak ölçülen bir yöntemdir. Sadece iugr değil, çoğul gebelik, makrozomi, polihidroamniyoz, oligohidroamniyoz tespit edilebilir. Normal olarak gebelik haftasından iki cm aşağı veya yukarı olmalıdır[37]. Gebelikte uygulanması bölgesel olarak önerilir. Usg ulaşımı imkanının az olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde uygulanabilir. Usg ulaşımının kısıtlı olduğu durumlarda kullanılması

için, anormal fetal büyüme ve perinatal risk faktörleri açısından (çoğul gebelik, polihidroamniyoz) daha ileri çalışmalar gerekir.

Sezaryen ve indüksiyon ihtiyacı için anlamlı görülmemiştir. DDA'da ve perinatal mortalitede önemi henüz gösterilememiş. Yapılan bir çalışmada sensivitesinin düşük spesifitesinin yüksek olduğu gösterilmiş. Yani DDA'lı bebeklerin önemli bir bölümü gözden kaçabilmekle birlikte sadece az sayıda sağlıklı gebe usg taraması için gereksiz yere yönlendirilmiş demektir [37].

2.2.10. Rutin Antenatal Kardiyotokografi

Kardiyotokograf (KTG), annenin karnına yerleştirilen bir ultrason probu aracılığıyla elde edilen fetal kalp atış hızının sürekli bir elektronik kayıdır. İkinci bir prob, eş zamanlı olarak herhangi bir uterus aktivitesini kaydetmek için annenin karnına uterusun fundusu üzerine yerleştirilir. Hem fetal kalp hızı hem de uterus aktivitesi eş zamanlı olarak bir kağıt şeridine kaydedilir. Fetal kalp hızının değerlendirilebilecek bileşenleri arasında şunlar yer alır: baseline hızı, baseline varyabilitesi, akselerasyon ve deselerasyonlar. Fetal kalp atış hızı ile uterus kasılmalarının zamanlaması arasındaki ilişki de değerlendirilir.

Antenatal takipte Henüz kesin olarak perinatal ve maternal morbiditede ve mortalitede kesin fayda gösterilememiştir. Yapılan düşük güvenilirlikli çalışmalarda Sezaryen oranında veya perinatal mortalitede önemli bir artış görülmemiştir[38].

2.2.11. Ultrason

24 haftadan önce en az bir defa ultrason (USG) taramasına girmek, fetal anomalileri, günleme yapmayı, çoğul gebelikleri, indüksiyon kullanımının azalmasında katkı sağlar. Erken haftalardaki yapılan USG çok önemlidir ve geç dönemde yapılan usg yerine konulamaz. Geç dönem usg plasental konum, prezantasyon için gereklidir. Gebelik komplikasyonlarını tespit etmek ve fetal kalp atışına bakmak, gebelik yaşı tahmini, Tanı sevk ve idaresi için kullanıldığında, popülasyonun DÖB katılımını artırır ve böylelikle morbidite ve mortaliteyi de azaltır. Sağlık sisteminin kaldırdığı ülkelerde, 18-24 hafta arası USG, normal bir baş, boyun, omurga, yüz, toraks, kalp, abdomen, ve ekstremitelere bakılması için idealdir. Aynı

zamanda plasental yerleşim, yeri ve görünüşüne de bakılabilir. USG'yi fetal USG bakımında uzmanlaşmış kişiler yapmalıdır. USG'nin istenmeyen etkileri ise potansiyel kız fetüslerin öldürülmesi, kesin olmayan veya kötü bulguların yaptığı psikososyal yan etkiler olarak sayılabilir [39].

2.2.12. Fetal arter Doppler Ultrasonografi

Doppler ultrason teknolojisi, hareketli bir nesneye yönlendirildiğinde ultrason frekansının değişmesine neden olan fiziksel bir prensip olan Doppler şiftine dayanmaktadır. Doppler ultrason, fetal biyometri ve anatomik değerlendirmeyi içeren daha ayrıntılı bir ultrason muayenesinin bir parçası olarak veya ayrı bir ultrason muayenesi olarak gerçekleştirilebilir. Umbilikal ve fetal arterlerin akışı en yaygın olarak pulsatilite indeksi veya direnç indeksi kullanılarak ölçülür.

Rutin doppler gerekli değildir, riskli gebeliklerde uygulanabilir. Düşük riskli gruplarda perinatal ölümden, ciddi neonatal morbiditede veya neonatal mortalitede etkisi gösterilmemiştir. Maternal sonuçlarda ise benzer şekilde düşük riskli gebeliklerde kullanımının faydası görülememiştir[40].

2.3. ÖNLEYİCİ TEDBİRLER

2.3.1. Tekrarlayan Üriner Sistem Enfeksiyonları

Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu daha önceden yapılan bir tedaviye rağmen mesane ve böbreklerin tekrar semptomatik enfeksiyonudur. En sık kullanılan tanımı son 6 ayda birden fazla iki adet enfektif süreç veya gebelikten önce veya sırasında olan birden fazla enfeksiyon demektir [41]. Antibiyotik profilaksisi konusunda net bir görüş birliği yoktur. Araştırmalar halen sürmektedir, daha fazla çalışma özellikle antibiyotik direnci ve profilaksinin gebelik ilişkili sonuçları için gerekmektedir.

2.3.2. Antenatal anti-D İmmün Globülin Profilaksisi

28-34 hafta arası sentisize olmamış Rh negatif gebelere anti immün globülin profilaksisi verilmesi kesin olmamakla beraber önerilmektedir. Halihazırdaki çalışmalarda anne veya bebeğe kesin bir katkısının olmadığını, âmâ anti- D alanların

kleihuer testinde daha az pozitif orana sahip olduğunu göstermektedir. Postpartum Anti-D profilaksisi yapıp postnatal yapılmasına gerek olup olmadığına bakılan bir çalışmada gebeyken yapılmış olsa dahi postnatal 72. Saat tekrar yapılmasının alloimmünizasyonu azaltıldığını gösterilmiştir. Doz konusunda da henüz bir konsensus yoktur, ama yapılan bir çalışmada daha yüksek dozda >200 mcg 50 mcg'a göre daha efektif olduğu iddia edilmektedir[42].

2.3.3. Profilaktik Antihelmintik Tedaviler

Her bölgede önerilmemektedir ama parazit sıklığının yaygın olduğu bölgelerde uygulanabilir. Ascaris birlikteliğinde veya olmaksızın Trichuris Trichiura enfeksiyonunun olduğu bölgelerde (prevalans popülasyonun %20'si veya daha fazla ise) yada enfeksiyonların sık olduğu bölgelerde anemi Oranı %50'den fazla ise 2. trimester ve sonrasında tek doz albendazol (400 mg) veya 500 mg mebendazol verilmelidir [43]. Endemik olmayan bölgelerde ise aynı tedavi uygulanmalıdır. İlaçların gebelikteki güvenilirliği kesin olarak belirtilmese de kar zarar hesabında anneye faydalı olacağı için verilmesi uygundur [44].

Tek doz tedavi maternal anemiyi yok denecek kadar etkisi olabilir ama bebekte perinatal mortalite ve preterm eylemde etkisi görülmemiştir ama bu Cochrane'de bulunan çalışmaların hepsi tek doz tedavidir. Non-randomize birkaç çalışmada 6 aya kadar olan bebeklerde ölüm oranının % 41 oranında düştüğü iddia edilmiştir [45].

2.3.4. Tetanos Aşısı

Tetanos Clostridium Tetani isimli bakterinin nörotoksini sebebiyle olmaktadır. İsim kökeni olarak yunanca kasılmaktan köken alan tetanos binlerce yıldır tanımlanmış önemli bir sağlık sorunudur. Clostridium Tetani sporları toprakta veya herhangi bir alanda bulunabilir. Uygun anaerobik ortamı bulması sonucunda (örneğin; temiz olmayan bir yara) bu sporlar büyür ürer ve çoğalır. Böylelikle de toksinlerini yaymak için uygun ortam oluşmuş olur. Çoğu zaman büyük bir kesiye de gerek yoktur. Mikro travmalardan ve ufak kesilerden de bu giriş sağlanabilir [46]. Yenidoğan tetanosunda ise umbilikal stump giriş noktasıdır. Steril olmayan aletler ile kordun kesilmesi ve klemplenmesi bunu arttırır. Sporlar dünya çapında bulunmaktadır ve ısıya

dirençlidir. Neredeyse her yerde bulunan bu sporlar her zaman hastalık riski oluşturmaktadır ve sürü immünitesinin de bir faydası bulunmamaktadır [47].

Tetanos aşısı yenidoğanı tetanostan korumak için tüm gebelere önerilmektedir. Bir gebenin tetanos aşısı durumu bilinmiyorsa gebelik sürecinde birer ay arayla en az iki doz tetanos toksini içeren aşısı olmalıdır. İkinci doz doğumdan en az iki hafta önce tamamlanmış olmalıdır. İki doz aşısı bir insanı yaklaşık bir ila üç yıl korumakla beraber ikinci dozdan altı ay sonra yapılacak üçüncü doz bu süreyi beş seneye çıkarmaktadır. İlk kez gebelikte tetanos aşısı yapılan hastalarda takip eden iki yılda veya iki gebelikte iki doz daha aşısı olunmalıdır. Daha önce bir ila dört doz arası aşısı olduysa sonraki gebeliklerde toplamda beş doza ulaşacak şekilde aşısı olmalıdır, çünkü beş doz doğurganlık süresince hastayı tetanostan koruyacaktır [48]. Tetanos aşısı ve temiz doğum uygulamaları maternal ve neonatal tetanosu engellemek için en önemli yoldur [47].

2.4. YAYGIN FİZYOLOJİK SEMPTOMLARA KARŞI YAPILABİLECEK MÜDAHALELER

Kadın vücudu gebelikte hormonal ve mekanik etkilerin sonucunda önemli değişikliklere uğrar. Bu değişikliklerde; bulantı, kusma, sırt ve kasık ağrısı, mide ekşimesi, varis, kabızlık ve özellikle bacaklarda kas kramplarına sebep olabilir. Bunlar da gebenin konforlu olmayan bir süreç geçirmesine sebep olur [3].

2.4.1. Bulantı ve Kusma

Zencefil, papatya, piridoksin ve/ya akupunkturun, gebenin tercihinde erken haftalarda kullanılması DSÖ tarafından önerilmektedir. Kuvvetli bir kanıt olmasa da non-farmakolojik bu çözümlerin anne veya bebeğe bir zararı gösterilmemiştir. Gebelere sıklıkla ikinci trimesterde bulantı ve kusmanın geçeceği anlatılmalıdır. Çünkü kadınların %70'i bu durumu sadece ilk trimesterde yaşar. Bazı gebelerde 20. Haftadan sonra da karşılaşılabılır. Doksilamin ve metoklopramid gibi farmakolojik çözümler ise bu tedavilere yanıt vermeme durumunda kullanılabilir. Non farmakolojik ajanların plaseboya veya tedavisiz yaklaşıma karşı değerlendirilmesine bakacak olursak [49]

Zencefil: zencefilin yapılan çalışmalarda düşük ve orta gelirli ülkelerde ve yüksek gelirli ülkelerde de gebelerin kusma ve bulantı semptomlarını rahatlattığı görülmüştür [49]

Limon Yağı: Limon yapının plaseboya karşı yüksek bir etkinliği gösterilememiştir.

Nane yağı: Nane yağı konusunda yapılmış yüksek güvenilirlikli bir çalışma bulunmamakla birlikte düşük güvenilirlikli çalışmalarda çok az oranda etkili olduğu söylenilmiş.

Papatya: Düşük güvenilirlikli bir çalışmada faydalı olduğu bulunmuş.

Vitamin B6: piridoksinin orta güvenilirlikli 388 kadının katıldığı bir çalışmada bulantı skorunu 3. Günden itibaren azalttığı görülmüş.

Farmakolojik ajanların plaseboya veya tedavisiz yaklaşıma karşı değerlendirilmesine bakacak olur isek: çalışmalarda sıklıkla doksilamin, metoklopramid, gibi ilaçlar karşılaştırılmış. Doksilamin + B6 vitamininin, plaseboya göre bulantı ve kusma derecelerini düşürdüğü görülmüştür. Metoklopramidin plaseboyla karşılaştırıldığı bir çalışmada bu farmakolojik ajanın da bulantı ve kusmayı azalttığı izlenmiş. Ondansetronun ise plaseboya bir karşılaştırılması yoktur[49].

2.4.2. Mide Ekşimesine Müdahalelerde Yaklaşım

Diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri gebelere önerilmelidir. Bunlar ile rahatlayamayan gebelerde anti asit tedavisi verilmesi DSÖ tarafından önerilmektedir. Kadınların üçte ikisinde mide ekşimesi görülebilir. Semptomlar uzanınca artabilir. Gebeliğin tüm evrelerinde görülebilir. Semptomlar sık görülür ama ve rahatsız edicidir ancak ciddi komplikasyon riski azdır. Birçok müdahale yapılabilir ki bunlar sıklıkla yaşam arzı değişiklikleridir, medikal tedavi eklenebilir. Ancak kanıt bazlı bir tedavi rejimi yoktur. Farmakolojik tedavi yaklaşımlarının (alüminyum hidroksit, magnezyum hidroksit) ile rahatlama plaseboya veya tedavisiz kalaya göre etkinliği gösterilmiştir. Aynı şekilde diyetle göre farmakolojik yaklaşımların üstünlüğü de aynı Cochrane çalışmasında gösterilmiştir [50].

2.4.3. Kramplara Karşı Yaklaşım

Hamilelikte bacak krampları, bacak kaslarının ani, yoğun, ağrılı ve istemsiz kasılmalarıyla karakterize yaygın bir sorundur. Bacak krampları gebelikte başka hastalıklara (örn. amiotrofik lateral skleroz, hipotiroidizm, huzursuz bacak sendromu) veya ilaçlara (örn. diüretikler) veya prosedürlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Hamile kadınların %30 ila %50'si özellikle üçüncü trimesterde bacak krampları yaşamaktadır. Bu kadınların neredeyse üçte ikisi haftada iki kez bacak krampları yaşamaktadır ve bu kramplar özellikle geceleri olmak üzere her an ortaya çıkabilmektedir[51].

Magnezyum, Kalsiyum ya da non farmakolojik yaklaşımlar gebelikteki kas krampları için kullanılabilir. Kas germe, gevşeme, ısı terapisi, ayağın dorsifleksiyonu ve masaj gibi non farmakolojik yaklaşımlar da kadın tercihi ve uygunluğa göre kullanılabilmeyle birlikte faydası hakkında kesinlik izlenmemiştir. Magnezyum ve kalsiyumun etkisini gösteren çalışmalar düşük kesinliktedir ancak zararı gösterilmediği için kullanımı uygundur. İki ya da üçe bölünmüş şekilde totalde 300-360 mg Magnezyum tedavisi ile semptomlarda %50'ye varan azalma izlenmiştir. Aynı şekilde günlük bir gram Kalsiyum tedavisinin de faydalı olduğu düşük güvenilirlik birkaç çalışmada gösterilmiştir[51].

2.4.4. Sırt ve Kasık Ağrısına Yapılabilecek Müdahaleler

Kasık ve sırt ağrısını önlemek için düzenli egzersiz gebelikte önerilmektedir. Fizyoterapi, destek kemeri, akupunktur gibi farklı tedavi rejimleri uygulanabilir. Egzersiz sırt ağrısında azalttığı görüldüğü için önerilmektedir ancak simfizis pubis disfonksiyonu durumunda ağrıyı arttırabilir. Bu durum dışında önerilmelidir. Düzenli egzersiz DÖB'de aşırı kilo alımının engellenmesi için mutlaka önerilmelidir. Gebelik bittikten sonra genellikle bu kasık ve sırt ağrısı geçer ve bu gebe kadınlara anlatılmalıdır.

Egzersiz vs standart bakım: Yoga grup egzersizi, su aerobiği vb egzersizler kesin olmasa da sırt ağrısında hastaların günlük hayatına olumlu yönde etkisi olduğu görülmüştür. Düşük – orta güvenilirlikli çalışmalarda sırt ve pelvik ağrısını azalttığı, pelvik ve sırt ağrısına bağlı hastalık iznini daha az aldığı görülmüştür [3].

2.4.5. Kabızlığa Müdahale

Buğday kepeği veya diğer lifli gıdalar kadının tercihinine göre, eğer diyet değişikliği fayda etmemişse halihazırda bulunan seçeneklere göre kullanılabilir. Gebelere konstipasyon riskinin azalması için bol sıvı ve lifli gıdalar (meyve, sebze, tam tahıllı gıdalar) önerilmelidir. Kabızlık hemoroid vb komplikasyonlarla seyredebilir gebenin konforunu düşürür. Çeşitli müdahalelerin kabızlığa etkisini gösteren çalışmalar 180 kadını içeren 2 adet randomize kontrollü çalışmalardan elde edilmiştir. Birinde lif desteğinin standart rejime farkı, diğerinde ise uyarıcı laksatiflerin şekillendirici laksatiflere (buğday kepeği veya yulaf kepeği lifi takviyeleri, sterculia, metilselüloz, ispaghula kabuğu) farkı çalışılmış; Lif desteğinin müdahalesiz yaklaşıma farkının bakıldığı çalışmada herhangi bir kesin sonuca varılamamış, laksatifler arasında da yapılan çalışmada bir kesinliğe ulaşılamamıştır [52].

2.4.6. Variköz Ven Ödeme Müdahale

Non farmakolojik varis çorabı, bacak elevasyonu gibi yaklaşımlar kadının tercihinine göre kullanılabilir. Gebelik sürecinde bu variköz venlerin kötüleşebileceği ama çoğunlukla gebelik bittikten sonra gerilediği hastalara anlatılmalıdır. Dinlenme bacak elevasyonu ve suya daldırma ucuz zararsız yaklaşımlardır. Farmakolojik yaklaşımlarda rutosidin, plasebo ve tedavisiz yaklaşımla karşılaştırıldığında variköz ven ilişkili semptomlar olan noktürnal kramp, parestezi ve yorgunluk gibi semptomları azalttığı izlenmiştir [53].

Non farmakolojik yaklaşımlara bakacak olursak, sadece dinlenmeye göre refleksolojinin ödem semptomlarını azaltabileceği görülmüş. Düşük kesinlikli çalışmalarda suya daldırma; ödem semptomlarını bacak elevasyonuna göre daha faydalı izlenmiştir. Ayak masajı konusunda ise bir fark görülememiştir. Cochrane review'ında herhangi bir kanıt bulunamasa da en sık yaklaşım bacak elevasyonunun varis çorabıyla kombinasyonudur. Varis çorapları morbiditeyi azaltmak için yaygın bir şekilde kullanımı bulunsa da sonuçlara bakılacak olursa bir kesinlik yoktur [54].

2.5. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM KULLANIMINI VE KALİTESİNİ İYİLEŞTİRMEYE YÖNELİK SAĞLIK SİSTEMİ MÜDAHALELERİ

Birden fazla yöntem ile DÖB'ün kullanımı ve kalitesi arttırılabilir bunlar başlıca;

1. Kadın tarafından tutulan notlar (ev tabanlı kayıtlar)
2. Ebe liderliğinde devamlı bakım modelleri
3. Grup DÖB
4. İletişimin ve desteğin gelişmesi için toplum tabanlı müdahaleler
5. Görev bölümü
6. Personel alımı ve tutulması
7. DÖB muayene planları

2.5.1. Kadın Tarafından Tutulan Notlar

Birçok ülkede kadınlara gebelikte not tutması önerilir. Elektronik veya matbu halde olabilir. Vizitlere getirmesi beklenir. Özellikle kadın başka bir merkeze gidecekse hastanın not tutması çok önemlidir ki takiplerin devamı için. Hastanın kendi sağlığının gelişmesi için de önemlidir. Bu sebeple her kadının gebelik sürecinin gelişimi ve düzgün takibi için kendi gebelik takibinin notlarını tutması gereklidir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde ortak bir sistem olmadığından kadının tuttuğu notlar kritiktir. Hastaların neleri not edip etmemeleri ve neleri taşımaları da hastaya anlatılmalıdır. Örneğin birinci trimester USG sonucu hastanın günlemesini yapmak için kritiktir. Hastanın notu elektronik ortamda mı matbu halde mi tutması gerektiği hastaya göre karar verilmelidir. Matbu haldeki notlar kaybolabileceği gibi her hasta elektronik ortamda veri tutamayabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır[55]. Perinatal mortalitede veyahut yenidoğanda herhangi bir etkisi gözükme de kendi notlarını tutan hastaların gebeliğin yönetiminde daha etkin hissettiği bu da anne tatminini arttırdığı görülmüştür.

2.5.2. Ebe Liderliğinde Devamlı Bakım Modeli

Ebelerin, gebeleri gebelikte, doğumda ve postpartum süreçte yanında olmasıdır. DÖB'ün en önemli parçalarından biri olan ebeler gebenin fiziksel, ruhsal, spiritüel, sosyal iyilik durumunu yakından takip eder, gereksiz yere kadın doğum uzmanına gitmesini engeller.

Ebeler gebelik sürecinin primer aktörlerindendir. Ebe liderliğinde bakım için yeterli ebe sayısına ulaşılması gerekmektedir. Ebelere bu iş yükünü verirken burnouttan da korumak gereklidir ki kaynakların verimli kullanılmasıyla daha sürdürülebilir olması sağlanır.

Maternal sonuçlara bakacak olursak; Ebe liderliğinde devamlı bakım modeli (ELDBM) normal doğum oranını az da olsa arttırmaktadır.

Düşük güvenilirlikte de olsa sezaryen oranını düşürdüğü söylenmektedir. Enstrümanlı (vakum forceps) doğum oranını da düşürmüştür. Gebelerin tatmin oranını arttırmıştır [56].

Fetal sonuçlara bakacak olursak orta kesinlikteki çalışmalarda preterm eylemi azalttığı ve büyük ihtimalle perinatal mortaliteyi azalttığı görülmüştür ancak düşük güvenilirlikli çalışmalarda düşük doğum ağırlığı ile ilgisi gösterilememiştir.

2.5.3. Grup Antenatal Bakım

Geleneksel olarak DÖB birebir gebe ve sağlık çalışanı arasındadır. Bununla birlikte Grup DÖB gebeler arasında davranış değişikliğini motive etmek, gebelik sonuçlarını iyileştirmek, gebelerin memnuniyetini arttırmak amacıyla gebe sağlığı değerlendirmesini özel grup eğitimleri ve akran desteğiyle bütünleştirir. Müdahale genellikle kişisel değerlendirme aktivitelerini barındırır örn: tansiyonunu ölçmek gibi, sosyalleşmeyi sağlar. Antenatal takip gebeliğin maternal ve neonatal sonuçları için önemlidir. Yüksek gelirli ülkelerde daha sık ve düzenli takip olmakla birlikte düşük ve orta gelir sınıfındaki ülkelerde bu oran düşüktür. Bu yüzden ileri kalitede kadın merkezli doğum öncesi bakımın düşük gelir grubunun ulaşımına kolaylık sağlanmalıdır.

Aynı zamanda yüksek gelirli ülkelerde grup yaklaşımı öne çıkmakta son zamanlarda. Benzer doğum tarihli benzer özellikteki hastaları gruplar halinde kaynaşımı olarak açıklayabilir. Bunun sayesinde doğum öncesi takiplere olan ilgi, daha çok katılım ve memnuniyet artmasıyla sonuçlanmış. Bu da maternal ve neonatal sonuçlarda katkıda bulunmuştur [57].

Yüksek gelir grubu ülkelerinde Birleşik Devletler'e bakacak olursak 1994'te yayınlanan CenteringPregnancy® modelini baz almaktadırlar. Rutinde yüksek gelirli ülkelerde de sağlık çalışanı ile hasta birebir iletişim halinde muayene olmaktadır. Sağlık çalışanı hastaya klinik ve bireysel yapması gereken şeyleri söyler ve biter. DÖB, fizik muayenenin eğitimin bilgi ve becerinin iç içe geçtiği bir yaklaşımdır. Grup modelinde DÖB alanlar ise hem sağlık çalışanlarının bilgi ve tecrübesinden hem de akranlarının bilgi, deneyim ve desteğinden yararlanır [58].

Grup DÖB'de ilk vizitler şahsidir ama sonraki vizitlerde şahsi muayeneler yine kişiseldir ama grup ile entegre olunur ve grup destek aktiviteleri yapılır. Grup DÖB yapılabilmesi için yeterli sayıda gebe olması gerekir ki gruplarda gestasyonel yaşa göre benzer hastalar benzer kişiler ile grup yapılabilmesini sağlar.

Sağlık çalışanlarının geniş, ferah iyi havalandırılmış, yeterli oturma ve korunaklı alana sahip olmak üzere, grup oturumlarıyla başa çıkabilmek için uygun olanaklara sahip olması gerekir. Muayene için uygun alanlar özel olarak ayrılmalı, özel görüşmelere fırsat verilmelidir. Grup DÖB klasik bakıma göre daha uzun sürer ve gebe bu konuda bilgilendirilmeli, ona uygun şekilde görüş zamanları ayarlanmalıdır [59].

Centering Pregnancy modelinde grup DÖB her biri 90-120 dakika süren, sekiz-on seansta, on-on iki benzer gestasyonel haftadaki gebelerin gruplanarak yapılır. Maternal sonuçlara bakarsak, orta kesinlikteki çalışmalarda vajinal doğum oranlarında büyük bir fark görülmemiş, ama gebelerin tatmin oranını arttırdığı görülmüştür.

Orta güvenilirlikteki çalışmalarda Fetal sonuçlara bakacak olursak, düşük doğum ağırlığı ve perinatal mortalitede bir fark izlenmemiş, ancak düşük güvenilirlik çalışmalarda grup DÖB'ün preterm doğumu azaltabileceği beyan edilmiştir[59]. Grup DÖB sadece bu etkileri ile değil doğum sonrası emzirme dönemi ve kontrasepsiyon için de faydalı olduğu söylenmiştir. [59]

Grup DÖB'ün tek seferde daha çok gebe ile ilgilenilmesi, aynı uyarıların tekrar tekrar yapılmak zorunda olmaması ve benzer soruların sık bir şekilde gelmemesi sayesinde maliyet efektif olduğu görülmüştür [60] ancak grup DÖB'ü gerçekleştirmek için de bir eğitim süreci gerektiğinden bunun da ayrı bir maliyetinin olduğu unutulmamalıdır.

Düşük eğitim düzeyindeki kadınlar gelişmiş eğitim düzeyindeki kadınlara göre anne sağlığı hakkında daha az bir eğitime sahiptir, grup DÖB sayesinde bu eşitsizlik durumu azaltılabilir [61].

Yüksek güvenilirlikli çalışmalarda kadınların Grup DÖB formatını beğendiğini, diğer gebelerle ve sağlık çalışanlarıyla sosyal bir ilişki kurmaktan memnun olduğunu beyan etmişlerdir. Formatın rahatlığı sonucu gebelerin birbirleriyle değerli bilgileri paylaşabildiği, aynı zamanda da çekincelerini aşabildikleri ve rahatladıkları görülmüştür.

2.5.4. İletişim ve Desteği Geliştirmek İçin Toplum Tabanlı Müdahaleler

2.5.4.1. Kadın gruplarıyla kolaylaştırılmış katılımcı öğrenme eylem döngüleri

Özellikle sağlık sistemine erişimin zor olduğu bölgelerde kadın gruplarının oluşturulup birbirleriyle destek ve iletişim halinde olmaları anne ve bebek sağlığı için önemlidir. Katılımcı kadın grupları gebe kadınların ihtiyaçları ve destekleri için bir fırsattır. Düşük güvenilirlikli çalışmalarda maternal mortaliteyi azalttığı, yine aynı şekilde perinatal mortalitenin azaldığı görülmüştür [62].

2.5.4.2. Toplumsal seferberlik ve antenatal ev vizitleri

Sağlık sistemine (hastane) ulaşımının zor olduğu yerlerde ev vizitleri önerilmektedir. Ancak DSÖ profesyonel olmayan sağlık çalışanlarının ev vizitlerini desteklememektedir. Karar verici konudaki kişiler profesyonel olmayan ama bunu yapan kişilerin (meslekten olmayan gönüllü sağlık çalışanları) rutin DÖB vizitlerinin yerini tutmayacağını bilmesi gerekmektedir. Karar vericiler sağlık sistemini geliştirici işlemler ile eş zamanlı toplumsal seferberliği de kullanılabilir ama sadece topluma dayanılmamalıdır.

Ev ziyaretlerinin maternal mortalitede etkisi izlenmemiştir ama orta güvenilirlikli çalışmalarda perinatal mortaliteyi azalttığı [63] beyan edilmiştir.

2.5.5. Antenatal Bakımda Görüşme Takvimi

Ülkemizde doğum öncesi bakım rehberi en son 28 Kasım 2018’de yayımlanmış olup ona göre şu an halen dört adet olsa da dünya sağlık örgütü en az sekiz görüşmeyi önermektedir. Sekiz randevu perinatal mortaliteyi ve annenin gebelik sürecindeki bakımının daha iyi olmasını sağlar.

Daha öncelerde ODÖB (odaklanmış doğum öncesi bakım) modeline göre dört defa vizit yapılmaktaydı. Bunlar 12 haftadan önce bir kere, 26 hafta civarında bir kere, 32 hafta civarında bir kere, 36 veya 38 hafta civarlarında da bir kere olmak üzere dört defaydı. Eğer doğum 41. Haftaya kadar gerçekleşmemişse tekrar hastaneye başvurulması olarak önerilmekteydi, ancak güncel veriler göstermekte ki, sekiz veya daha fazla görüşme perinatal mortaliteyi azaltmaktadır ve annenin tatminin arttırmaktadır [3].

Görüşme sayısı arttıkça anne veya bebekteki problemlerin belirlenmesi olasılığı artmaktadır, gebelere destek ve iletişim sağlık sisteminde gelişimiyle olmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde yapılan çalışmalarda, sekiz görüşme ile 11-15 görüşme arası çok bir fark izlenmemiştir [64].

Yüksek güvenilirlikli çalışmaların sonucuna göre, ODÖB modelinin standart bakım ile karşılaştırıldığında (8 görüşme) sezaryen oranlarını değiştirmediği, maternal mortalitede önemli bir fark olmadığı ancak gebelerin standart bakım alanların daha tatmin olduğu görülmüştür.

Orta güvenilirlik kanıtlarda, perinatal mortalitenin ODÖB sisteminde sıklığının daha fazla olduğu, ancak erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile önemli bir ilişkisinin gözükmediği belirtilmiştir.

Yeni modele göre ilk görüşme yine 12 haftadan önce, ikinci ve üçüncü görüşme 20 ve 26 haftalar arası, 30-34-36-38-40. haftalarda beş adet görüşme yapılmalıdır. Görüldüğü üzere ikinci trimestere bir, üçüncü trimestere üç adet görüşme eklenmiştir, DÖB sağlayan sağlık personelleri, anne ve fetüsün önlenabilir maternal ve fetal iyilik

halini gözlemelidir çünkü çoğu zaman hipertansif hastalıklar ve komplikasyonları asemptomatik gidebilir ve kritik zamanlarda fark edilebilir.

DÖB kalitesi düşük ise ve kadınların deneyimi kötüyse DÖB katılım oranı düşmektedir. Bu sebeple DSÖ saygılı kişiselleştirilmiş, hasta merkezli, ilgili ve alakalı bakımın olduğu psikososyal ve emosyonel desteğin olduğu bir bakım önermektedir. DÖB'ün siyasiler ve sağlık sistemini düzenleyen kişiler tarafından geliştirebileceği birçok yol bulunmaktadır. Devamlı bakım, kadına destek, görev dağılımı ve personel açığının kapatılması gibi [3].

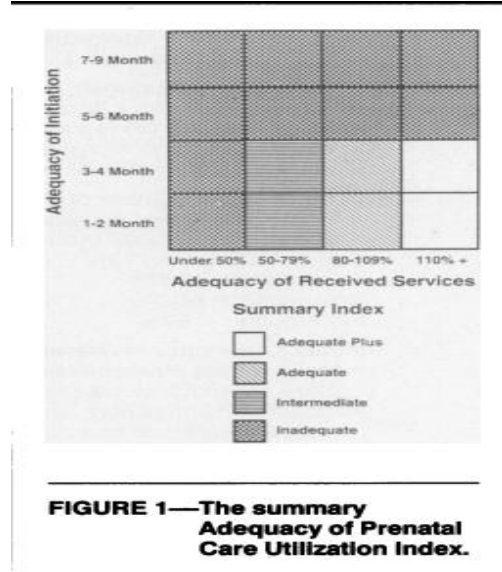
2.6. AMERİKAN KADIN DOĞUM CEMİYETİNE GÖRE GÖRÜŞME TAKVİMİ

Amerikan Kadın Doğum Cemiyeti (ACOG) hastaya göre bir plan belirlenmesini önerir ama genel olarak komplikasyonsuz, sıkıntısı olmayan bir gebelikte, ilk 28 haftada aylık, 28-36 hafta arası iki haftada bir, 36 haftadan sonra ise haftalık bir görüşme takvimi önerilmektedir. Ancak kötü hamilelik öyküsü olan hastalarda, bilinen medikal problemleri olan hastalarda, Prenatal bakım öncesi kanaması olmuş hastalarda, ve çoğul gebeliği olan kadınlarda erkenden başlanılmalıdır [65]

2.7. DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN YETERLİLİĞİ İNDEKSİ

Kotelchuck indeksi veya Doğum Öncesi Bakımdan Yararlanma Yeterliliği (APNCU) Indexi iki temel ögeyi kullanır. DÖB'ün başlangıcı ve doğuma kadar beklenen ziyaret sayısına göre hastanın geldiği sayının oranı. Gebeliğin ilk iki ayı, üçüncü ve dördüncü ayı, beşinci ve altıncı aylar ve sonrası başlangıç zamanına sınıflanır. Gidilen ziyaret sayısı da %50'den az ise yetersiz, 50-79 arasında ise ara değer, 80-110 ise yeterli, 110 ve fazlası ise yeterli + olarak değerlendirilir [66].

Aşağıda Kotelchuck'un makalesinden alınan grafik görülmektedir [66].



Şekil 2. Kotelchuck indeksi

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL ONAYI

Çalışmamızın protokolü T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik kurulu tarafından 27.07.2023 tarihinde E-23-1311 sayılı kararı ile onaylanmıştır (Ek-1)

3.2. ÇALIŞMANIN TİPİ

Retrospektif tek merkezli kesitsel bir çalışmadır.

3.3. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Çalışmamızda hastanemiz elektronik sisteminden ve hasta dosyalarından 2023 yılında Mart, Nisan, Mayıs aylarında gerçekleştirilen 330 doğum incelenmiş dosyasına ulaşılabilinen 204 hasta yer almıştır. Hastanemizde DÖB, Doğum öncesi bakım yönetim rehberine göre yapılmaktadır. Bu rehberde ise hastaların en az dört defa vizite katılmaları istenmektedir. Bu dört vizitte hastalardan; özgeçmişi, soy geçmişi, kötü alışkanlıkları, tıbbi öyküsü, obstetrik ve üreme öyküsü ve mevcut gebelik öyküsünü içeren anamnezi, fizik muayenesi, kan (hemogram, hepatitler ve gebenin bilgi ve onayında HIV testi, sifiliz kan grubu, TSH) ve idrar (TİT ve idrar kültürü) tetkikleri, OGTT, ikili tarama testi, dörtlü tarama testi veya maternal serum AFP, 18-22 haftalar arası ultrason ile fetal anomali taraması yapılmaktadır. Hastaların 115'ini oluşturan Sağlık Bakanlığının 2018 doğum öncesi bakım yönetim rehberine göre dört adet ve daha fazla takibi bulunan gebeler takipli olarak kabul edilmiş olup [1] dört ve daha az takibi olan 89 hasta ise takipsiz olarak kabul edilmiştir. Veriler takip sayısı ve uyuğu göre karşılaştırılmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA

Yapılan değerlendirmelerde hastalarda bakılan parametreler şunlardır;

Anne için: Yaş

Son adet tarihine göre gestasyonel yaş (<37+0 hafta preterm, 37+0-40+6 term, >41 hafta post term)

Bilinen hastalık

Etnik köken

Gravida

Parite

Abort, küretaj öyküsü

Preop, post-operatif altıncı saat, ve 1. Haftada hemogram değerleri

Başvuru sayısı

Tarama testleri ve sonuçları (ikili tarama testi[düşük, orta ve yüksek risk], dörtlü tarama testi[düşük, orta ve yüksek risk], ayrıntılı usg, Oral Glukoz Tolerans Test),

Gebelik komplikasyonları (Gestasyonel diyabetes mellitus, gestasyonel hipertansiyon, intra uterin ex, HELLP sendromu, İntra uterin gelişim kısıtlılığı, oligohidroamniyoz, polihidroamniyoz, plasenta previa, preterm eylem öyküsü)

Geliş açıklığı

Betametazon ihtiyacı

Üçüncü evre süresi

Travayda kalış süresi

İndüksiyon ihtiyacı

İndüksiyon alındıysa alınma yöntemi

Doğum şekli

Sezaryen oranı

Primer sezaryen oranı

Doğum esnası komplikasyon(bumm küretaj, derin epizyotomi, omuz distozisi, plasenta retansiyon, postpartum histerektomi, sürrenal infarkt)

Postpartum kanama

Kan transfüzyonu ihtiyacı

Ağrı skoru (Hastaların yatışta ve post operatif 24. Saatte ağrı skorları VAS'a göre kaydedilmiştir.

Annenin Yatışta, post operatif altıncı saatte ve yirmi dördüncü saatte sistolik basınçları, diyastolik basınçları, nabızları, ve şok indeksleri kaydedilmiştir

Şok indeksi Nabız/ sistolik kan basıncı şeklinde hesaplanmıştır

Annenin yatış süresi

Doğum sonrası kullanılan ilaçlar (oksitosin, metilergonovin, misoprostol, traneksamik asit, Düşük molekül ağırlıklı Heparin, insan anti-D immünglobulini)

Bebek için; Apgar sonuçları (1. Ve 5. Dakikada bakılan)

Yenidoğan doğum ağırlığı

Yenidoğan boy ve baş çevresi

Umbilikal arter kan gazı

Yeni doğan yoğun bakım ihtiyacı ve kalma süresi

Yenidoğan yoğun bakım yatış sebebi

3.5. İSTATİKSEL ANALİZ

Bu tezde, IBM SPSS Statistics 23 kullanılarak istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Yapılan testler arasında Shapiro-Wilk testi, Chi-Square testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi bulunmaktadır. Çapraz tablolar ve açıklayıcı istatistiklerle desteklenen analizler kullanılmıştır.

Bu araştırmanın temel amacı, gebelik süreci takibinin gebelik üzerindeki etkilerini anlamaktır. Verinin normal dağılıp dağılmadığını kontrol etmek amacıyla anlamlılık değeri 0.05'in altında bulunan değişkenler için nonparametrik testler uygulanmıştır. Çalışmamız Ankara'da üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiştir. Effect size 0.6 olup % 5 sapma payıyla %95'lik bir power analizi hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplamaları G*Power 3.1.9.6 (Fraz Faul Universitat Kiel, Kiel, Germany) paket programında yapılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamızda 2023 yılında mayıs ayına kadar doğum yapan 330 hastanın dosyasına ulaşılabilen 204 hasta yer almıştır. Hastaların 115'i sağlık bakanlığının 2018 doğum öncesi bakım yönetim rehberine göre takip sayısı olan dört takibe ulaşan 115 hasta takipli ulaşmayan 89 hasta ise takipsiz olarak kabul edilmiştir.

Tablo 2. Takip durumu bazlı demografik veriler

	Takipli (N:115)	Takipsiz (N:89)	p değeri
Yaş[£]	27.5 ± 5.9	25.7 ± 6.1	0.049
Uyruk			
Türk	94 (69.1)	42 (30.9)	<0,001
Yabancı	21 (30.9)	47 (69.1)	
Gravida^π	3 (1-7)	2 (1-11)	0.964
Parite^π	1 (0-5)	1 (0-7)	0.676
Abortus^π	0(0-3)	0(0-6)	0,911
Küretaj^π	0(0-3)	0(0-2)	0,116
Gestasyonel hafta			
Biliniyor	115 (100.0)	52 (58.4)	<0,001
Bilinmiyor	-	37 (41.6)	

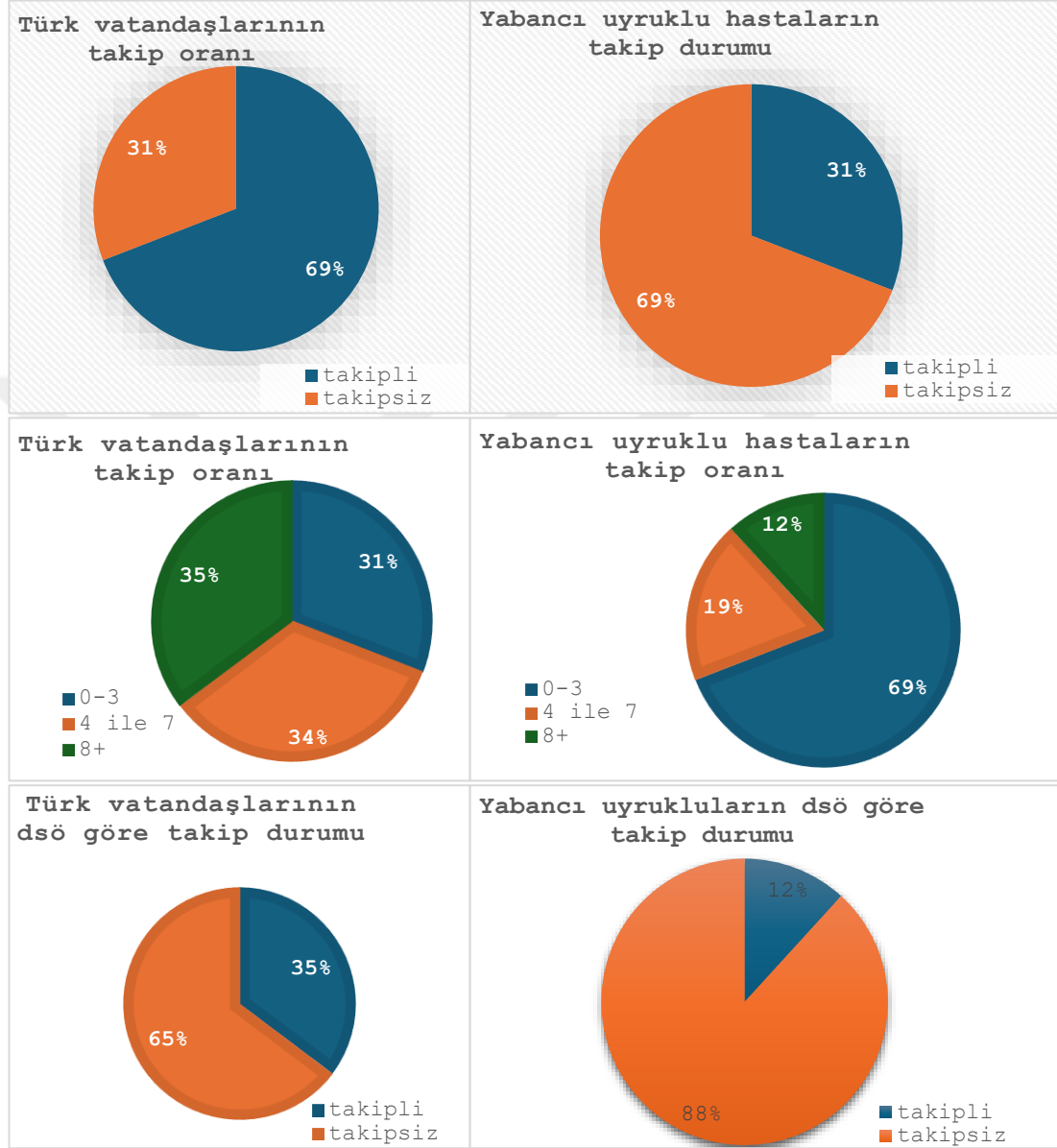
[£] Ortalama± standart sapma

^π Medyan (minimum-maksimum)

Tablo 2’de, hastaların demografik verileri kontrole gelme sıklığı ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmektedir. Yapılan analizler, takipsiz hastaların yaşlarının genel olarak daha düşük olduğunu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki taşıdığını göstermiştir (p=0.049). Bu bulgu, daha ileri yaşın düzenli takip ile pozitif bir ilişkili olabileceğini göstermektedir. Çalışmamıza aldığımız hastaların gebelik sayısı takiplilerde 1-7 medyanı 2,65 olup standart sapması 1.47 takipsizlerde ise 1 ile 11 arasında olup medyanı 2.83 ve standart sapması 1.97dir istatistiksel açıdan bir fark görülmemiştir.

Tablo 2, gebelik sayılarına ilişkin takip durumu bazlı istatistikleri sunmaktadır. Gravida, normal doğum, sezaryen, abortus, düşük sayısı ve parite gibi değişkenlerin

takip durumuyla ilişkisi incelenmiş ve elde edilen anlamlılık değerleri, bu değişkenlerin takip durumu ile anlamlı bir ilişkiye işaret etmediğini göstermektedir ($p>0.05$).



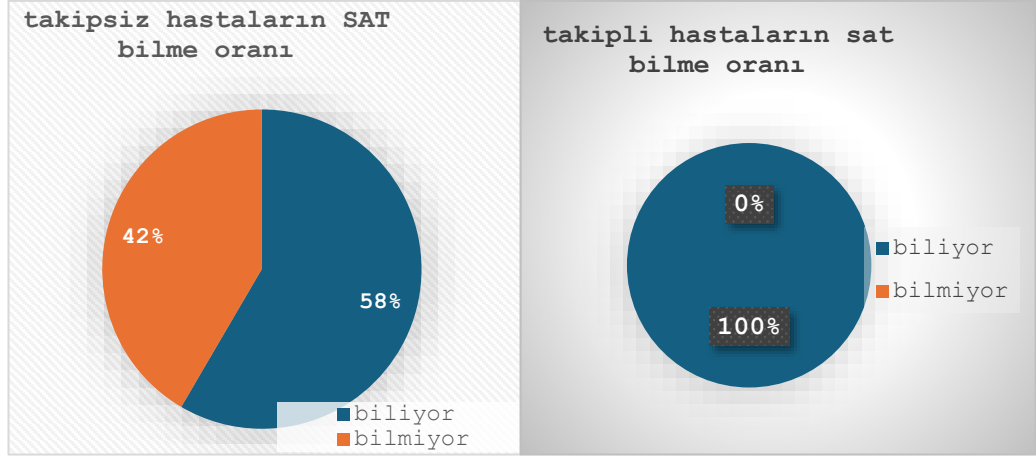
Şekil 3. Takip durumu bazlı Türk vatandaşları ve yabancı uyruklu hastalar (%)

Tablo 3. Takip durumu bazlı Türk vatandaşlarının ve yabancı uyruklu hastalar (%)

		Türk (N=136)	Yabancı (N=68)	P
Takip Durumu	Takipsiz	30.9	69.1	
	Takipli	69.1	30.9	
	Total	100.0	100.0	<0,001
Takip sayısı	0-3 kontrol	30.9	69.1	
	4-7 kontrol	33.8	19.1	
Takip sayısı	8 ve üzeri kontrol	35.3	11,8	<0,001
	0-7 kontrol	64.7	88.2	
	8 ve üzeri kontrol	35.3	11.8	<0,001
Son Adet Tarihi	Bilinmiyor	7.4	39.7	
	Biliniyor	92.6	60.3	<0,001

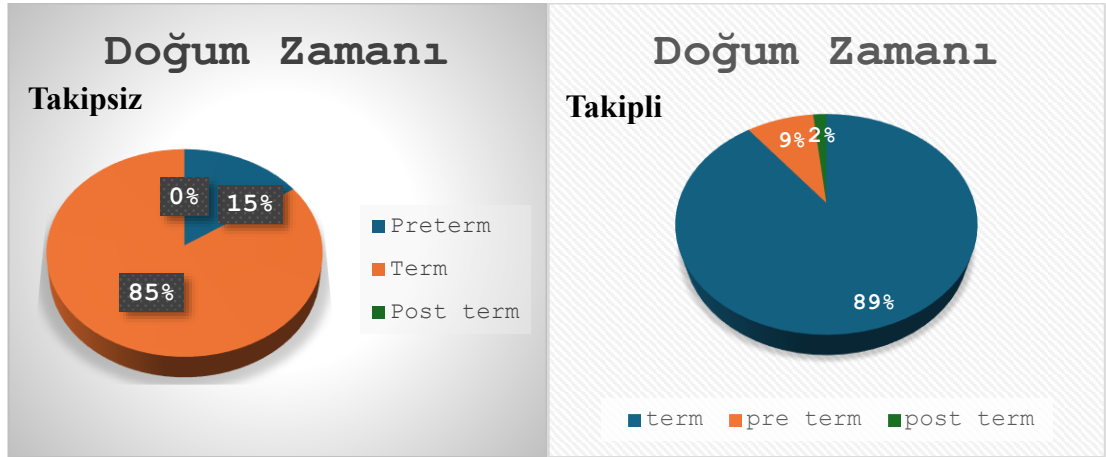
Yukarıdaki tablolarda uyruklara göre takip durumları verilmektedir. Türk vatandaşı hastaların yaklaşık üçte ikisi takipli (%69,1) yabancı hastaların ise yaklaşık üçte ikisi takipsizdir. Türk vatandaşı hastalar, takipli durumdaki gruplara daha yakın olma eğilimindeyken, yabancı hastalar daha çok takipsiz durumda bulunmaktadır. Bu bağlamda yapılan Chi-Square Testi, uyruk ve takip durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Her bir $p < 0.001$).

Takipli hastaların son adet tarihlerinin ve takip edildiklerinden dolayı birinci trimestere göre günlemeleri yapılabilmektedir, ancak takipsiz hastalarda günleme yapılabılme şansı olmadığı için son adet tarihini de belirtmediklerinden hastaların % 41,6'sının gestasyonel yaşı bilinmemektedir.



Şekil 4. Takipli ve takipsiz hastaların Son adet tarihlerini bilme oranları (%)

Şekil 4’te, takip durumlarına göre son adet tarihi bilme veya günlemesinin yapılabilmesi ve doğum zamanı oranlarını gösteren bir pasta grafiği bulunmaktadır. Son adet tarihini bilen hastaların doğum sürelerine odaklanan bu grafikte, takipsiz hastaların %41,6’sının son adet tarihlerini bilmediği, takipli hastaların ise tamamının (%100) son adet tarihlerinin veya günlemesinin bilindiği gözlemlenmektedir. Son adet tarihini bilen takipsiz hastaların %15,4’ü erken doğum yaparken, aynı durumdaki takipli hastaların %8.7’si erken doğum, %1.7’si ise post term doğum gerçekleştirmiştir.



Şekil 5. Takip durumu bazlı doğum zamanı oranları (%)

Uyruk bazlı SAT bilme oranlarını karşılaştıracak olursak Türk hastaların %92,6’sı (n=126) Adet tarihini bilirken, %7,4’ü (n=10) Sat verisini bilememektedir. Ancak yabancı uyruklu hastalarda bu veriyi karşılaştıracak olursak %39,7’si (n=27) SAT verisinin bilmemekte %60,3’ü (n=41) bu veriyi bilmektedir. İstatistiki veri açısından anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Hastaların antenatal takiplerinde demografik verileri bilinen hastalıkları sorgulandıktan sonra kliniğimizde gerçekleştirilen ikili tarama testi, dörtlü tarama testi, ayrıntılı usg ve ogtt testleri gerçekleştirilmektedir.

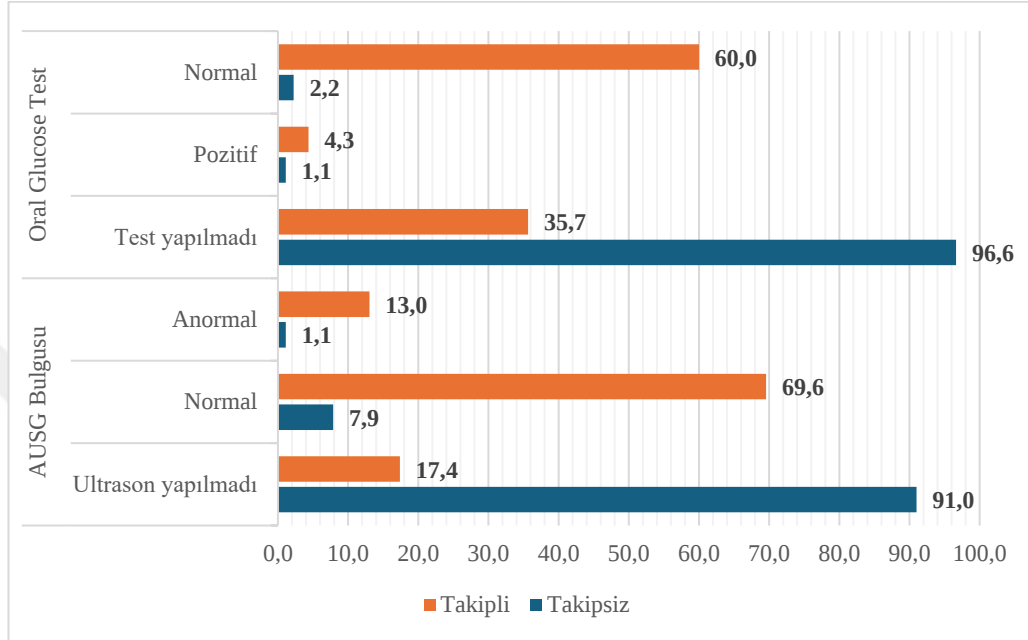
Tablo 4. Takipli hastaların ikili ve dörtlü tarama testlerinin sonuçları (%)

		Takipli	
		n	%
İkili Tarama Testi	Düşük Risk	80	90.9
	Orta Risk	6	6.8
	Yüksek Risk	2	2.3
	<i>Test yapılmadı</i>	27	23.5
Dörtlü Tarama Testi	Düşük Risk	74	90.2
	Orta Risk	3	3.7
	Yüksek Risk	5	6.1
	<i>Test yapılmadı</i>	33	28.7

Yukarıda, hastaların takip durumuna göre yapılan ikili ve dörtlü tarama testi oranlarına dair bilgiler yer almaktadır. Takipsiz hastaların büyük çoğunluğu (%95,5 ve %92,1) bu testleri yaptırmamışken, takipli hastalarda bu oranlar sırasıyla %23,5 ve %28.7 olarak bulunmuştur. Uyruk bazlı olarak incelendiğinde, Türk hastaların yarıya yakını (%42,6 ve %43,4) ve yabancı hastaların ise yaklaşık %80'i (%79,4 ve %2,4) ikili ve dörtlü tarama testi yaptırmamıştır. Test yaptıran hastalar arasında ise hem Türklerin (%89,7 ve %90.9) hem de yabancı hastaların (%92.9 ve %83.3) çoğunluğunun düşük riskli olarak değerlendirildiği görülmüştür. Ancak, yapılan istatistiksel analizler sonucunda, tarama testlerinin risk açısından takipli ve takipsiz hastalar arasında anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Takipsiz hastaların zaten çok büyük bir kısmı testi yaptırmadığı için anlam vermemektedir. Uyruk bazında yapılan diğer değişkenler için yapılan testlerde de p değerlerinin 0.05'ten büyük olması nedeniyle uyruk ve ilgili değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Uyruk bazlı olarak yapılan diğer değişkenlere yönelik test sonuçları incelendiğinde, uyruk ile ilgili değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Yapılan testlerde elde edilen p değerlerinin 0.05'ten büyük

olması, uyruk ve ilgili değişkenler arasında herhangi bir anlamlı bağlantının bulunmadığını göstermektedir. Bu durum, araştırma kapsamında değerlendirilen uyruk faktörünün, incelenen diğer değişkenler üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını işaret etmektedir.



Şekil 6. Takip durumu bazlı Oral Glukoz Tolerans Test ve Ayrıntılı Ultrason oranları (%)

Şekil 6, takip durumlarına göre Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) ve Ayrıntılı Ultrason (AUSG) oranlarını göstermektedir. Takipsiz hastaların %91'i AUSG yaptırmazken bu oran takipli hastalarda %17,4 olmuştur. Takipsiz hastaların OGTT yaptırmama oranı benzer şekildeken bu oran takiplilerde bu sefer %35,7 (n:41) olmuş olup AUSG (%17,4 n:20) ikili tarama (%23,5 n:27) ve dörtlü tarama (%28,7 n:33) testlerinden farklılık göstermektedir ve daha yüksek oranda ret oranı mevcuttur. Uyruk bazlı bakacak olursak Türk vatandaşlarının %42'si ikili tarama testi yaptırmazken (n=58), yabancı uyruklu hastalarda bu oran %79,4'tür (N=54) ($p<0.005$).

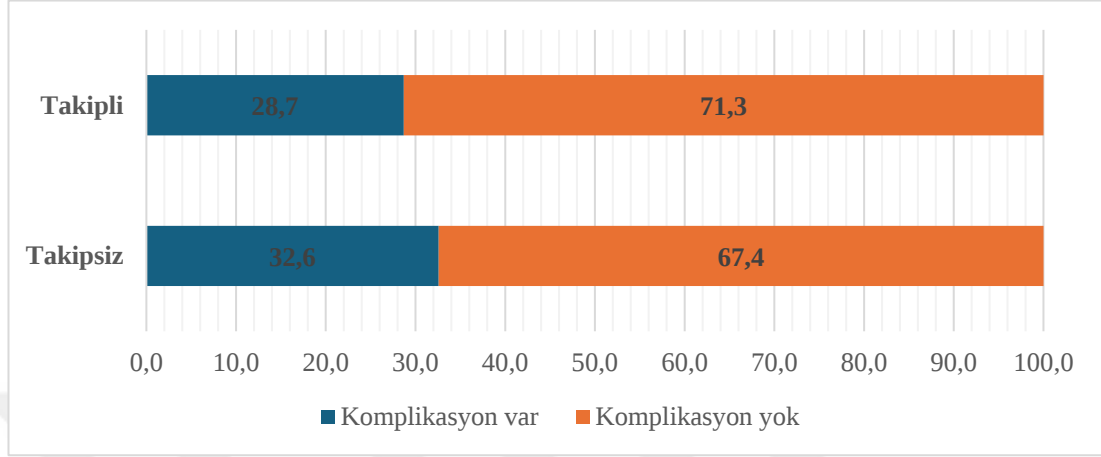
Dörtlü tarama testinde ise Türk vatandaşlarının %43,4'ü (n=59) yaptırmazken, yabancı uyruklu hastalarda bu oran %82,4 olarak izlenmiştir (n=56) ($p<0.005$). Ayrıntılı USG'de ise Türk vatandaşlarının 36,8'i (n=50) Yaptırmazken yabancı uyruklularda bu oran %75'tir (n=51) ($p<0.005$). OGTT verilerinde ise Türk vatandaşlarının %55,9 u yaptırmazken yabancılarda bu oran %75'tir. ($p<0,05$) Doğum verilerine bakacak olursak

Tablo 5. Takip durumu bazlı Doğum verileri (%)

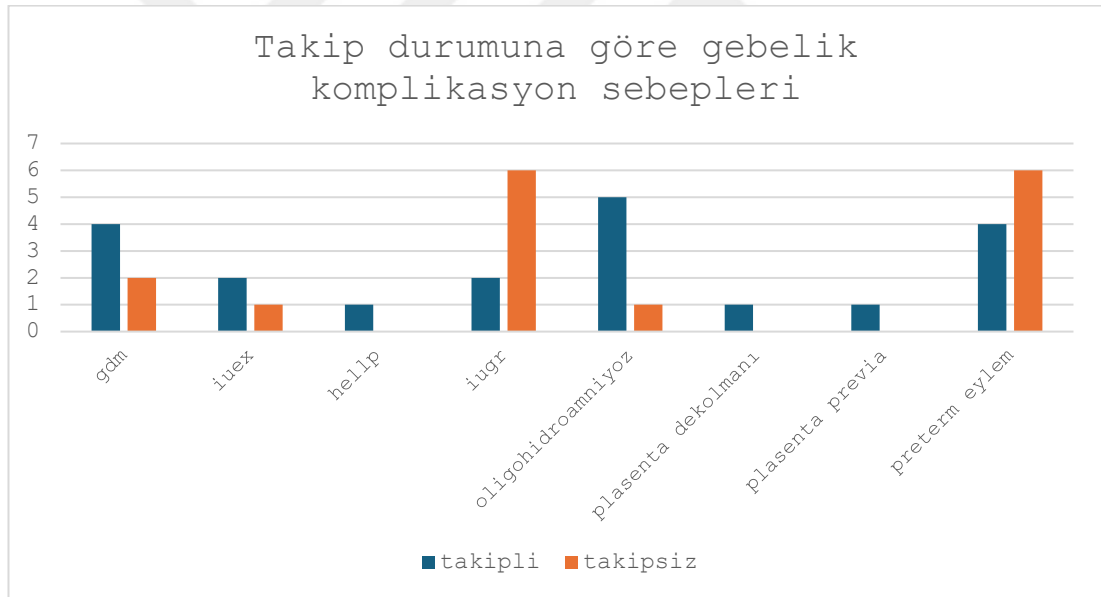
		Takipsiz(N=89)	Takipli(N=115)	p
		%	%	
Erken doğum	Erken doğum	15,4	8,7	
	Term doğum	84,6	89,6	
	Post term doğum	0,0	1,7	0,288
Primer CS				
	Evet	9,0	13,0	0,364
Bilinen Hastalıklar				
	Var	14,6	15,7	0,837
Gebelik komplikasyonları				
	Var	18,0	15,7	0,659
İndüksiyon veya Augmentasyon				
	Var	20,2	27,0	0,264
İndüksiyon Alım Şekli	Farmakolojik	94,4	80,6	
	Mekanik	5,6	19,4	0,183
Doğum şekli	Normal doğum	69,7	65,2	
	Sezaryen	30,3	34,8	0,503
Doğum Esnası Komplikasyon				
	Var	32,6	28,7	0,549
Postpartum Kanama				
	Var	2,2	4,3	0,672
Kan İhtiyacı				
	Var	9	5,2	0,291

Çalışmamızdaki 204 hastanın 170'inde bir gebelik esnasında komplikasyon gerçekleşmezken geriye kalan 34 hastanın altısında gestasyonel diyabet, bir adet HELLP sendromu, üç adet IUEX (bir tanesi gestasyonel diyabet ile birlikte), sekiz adet iugr, altı adet oligohidroamniyoz, bir adet plasenta dekolmanı, bir adet plasenta previa,

on kere de preterm eylem nedeni gebelik komplikasyonu olmuştur, ancak yapılan çalışmamızda takipli grup n=18(%15.7) ve takipsiz grup n=16 (%18) arasında bir farklılık bulunmamıştır (p=0.6).



Şekil 7. Takipli ve takipsiz hastaların komplikasyon oranları (%)

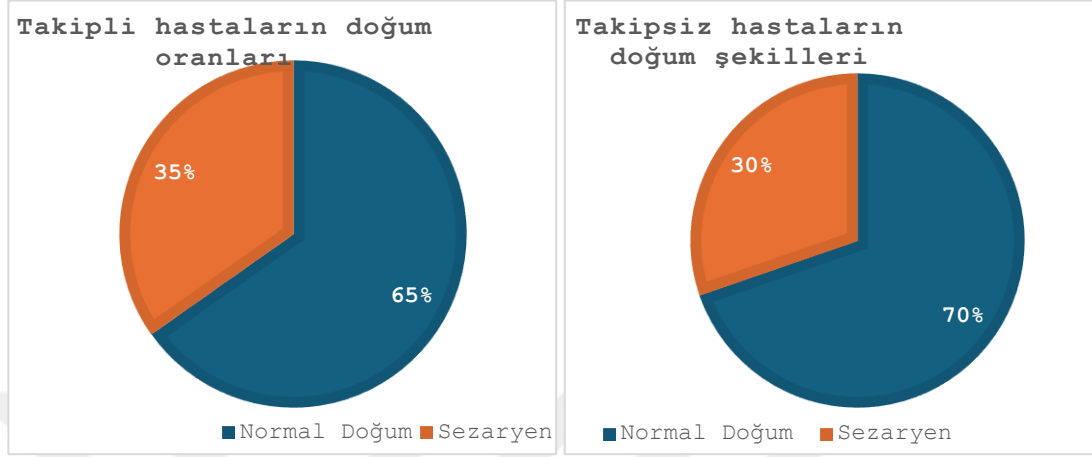


Şekil 8. Takipli ve takipsiz hastaların komplikasyon sebepleri

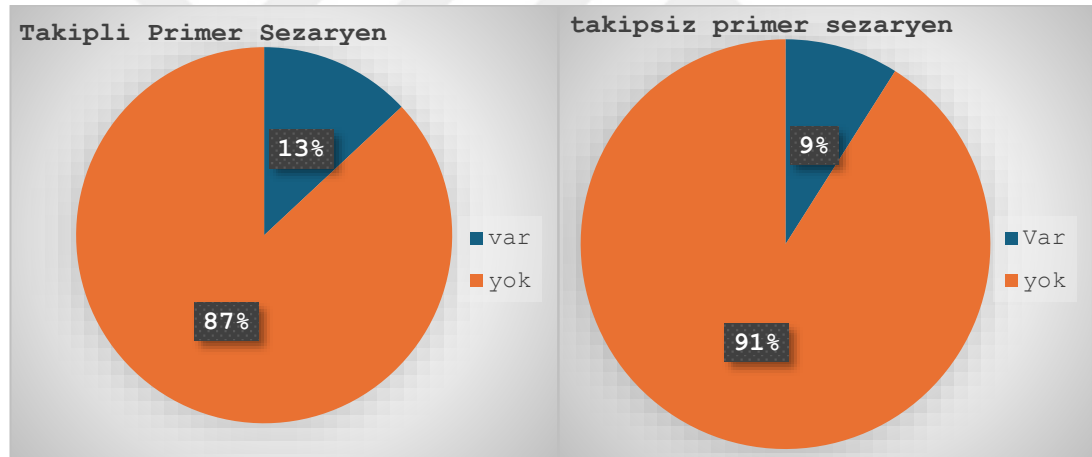
Hastaların bilinen hastalık durumlarında takipli ve takipsiz açısından bir fark izlenememiştir (p>0.05).

Hastaların doğum şekline bakacak olursak takipli hastaların %65,2'si (n=75), takipsiz hastaların %69.7 si normal doğurmuştur ve doğum şekli açısından istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p=0.503).

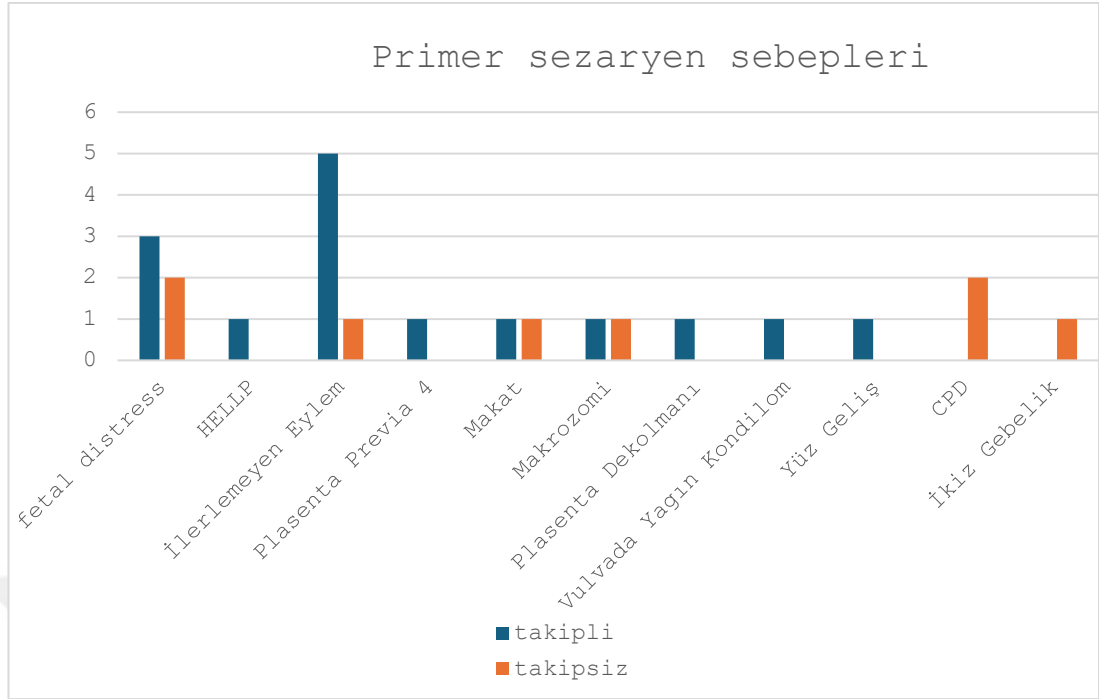
Hastaların primer sezaryene gitme durumlarına bakıldığı zaman ise takipsiz hastaların %9'u takipsiz hastaların ise %13'ü primer CS olmuş olup istatistiksel açıdan benzerlik göstermiştir.



Şekil 9. Takipli ve takipsiz hastaların Doğum Şekilleri (%)



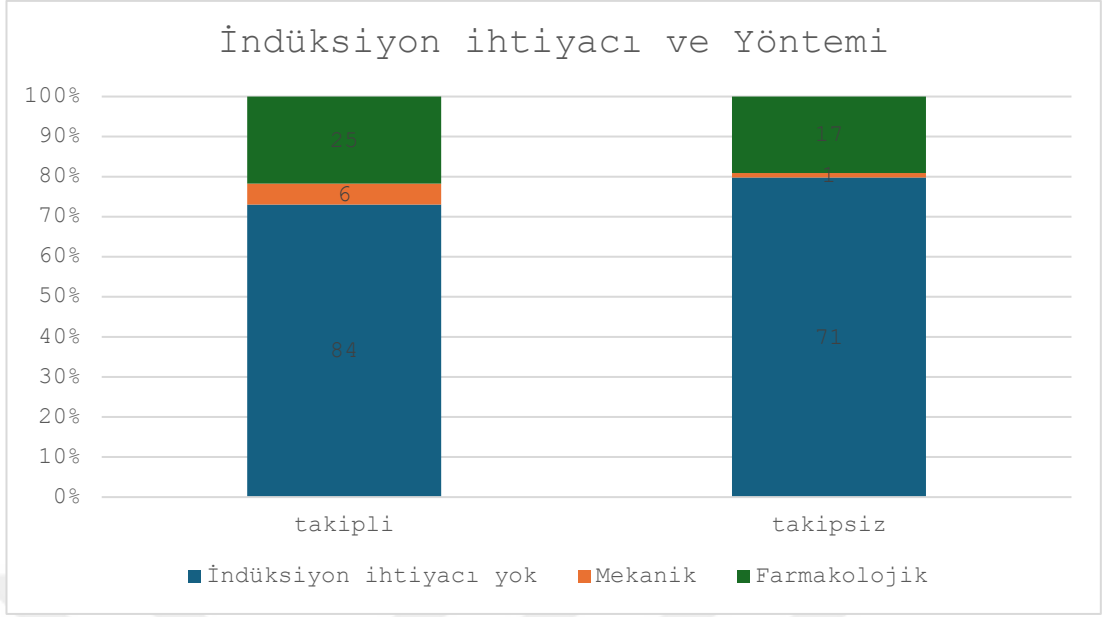
Şekil 10. Takipli ve takipsiz hastaların Primer sezaryene gitme oranları (%)



Şekil 11. Takipli ve takipsiz hastaların primer sezaryen sebepleri

Hastaların indüksiyon alıp almama durumlarında da istatistiksel açıdan bir fark görülememiştir. ($p= 0.264$). Takipli hastaların %27'si ($n=31$) indüksiyon almışken takipsiz hastaların %20,2 si ($n=18$) indüksiyon ihtiyacı olmuştur.

İndüksiyon alınma şekline bakacak olursak takipli hastaların %80,6'sı ($n=25$) i farmakolojik, %19,4'ü ($n=6$) mekanik yöntemlerle indüksiyon almışken, bu oran takipsiz hastalarda farmakolojik olarak indüksiyon alan hastalar %94,4 ($n=17$) iken mekanik yöntemlerle indüklene hasta oranı %5,6 olarak ($n=1$) olarak görülmüştür.



Şekil 12. Takipli ve takipsiz hastaların indüksiyon ihtiyacı ve çeşidi

İstatiksel açıdan bir fark görülme de oransal açıdan bir fark izlenmiştir takipli hastalarda daha fazla mekanik yöntemler kullanılmasının son adet tarihinin net bilinmesi ve gün aşımının net bilinebilmesi olabilir.

Hastaların doğum esnası komplikasyon oranlarına bakacak olursak istatistiksel olarak bir farklılık görülmemiştir. Takipsiz hastaların %32,6'sında (n=29), takipli hastaların ise %28,7 sinde (n=33) komplikasyon izlenmiştir. Bunlardan 41'i acil sezaryen ihtiyacı, iki adet bumm küretaj,13 adet derin epizyotomi, bir adet omuz distozisi, bir adet plasenta retansiyon (bumm küretaj eşliğinde), iki adet postpartum tansiyon yüksekliği, bir adet postpartum histerektomi, bir adet de sürrenal infarkt olarak gerçekleşmiştir.

Hastaların kanama değerlerine bakacak olursak takibe göre kanama açısından takibe göre bir bariz farklılık izlenmemiştir. Takipsiz hastaların %2,2 (n=2) kanama var olarak görülmüşken takipli hastaların %4,3'ünde (n=5) postpartum kanama izlenmiştir. Kan ihtiyacı verilerine bakacak olursak takipsiz hastaların %9'unda (n=8), takipli hastaların ise %5,2 (N=6) kan ihtiyacı gerçekleşmiştir.

Postpartum kanaması olan hastaların kan ihtiyacı olup olmadığını karşılaştırdığımız bir veride ise takip ile ilişki görülememiş ancak kanaması olan hastalara kan transfüzyonu yapılması kliniğimizde kullanılmıştır ve anlamlı çıkmıştır.

Kan ihtiyacı olan hastaları ayrı bir şekilde sorgulayacak olursak 14 hastanın sekizi takipsiz altısı ise takiplidir. Hastaların hepsinde postpartum dönemde kanama olsa da bu kanamanın hipovolemik bulgular yaptığı kesim ise yedi hastadır. (N= 5 takipli n= 2 takipsiz)

Hastaların preop dönemde anemi durumlarına bakacak olursak üçü anemik, diğerleri normal gruptadır. (N=2 takipsiz, N=1 takipli) Post op 6. Saatte bu duruma bakacak olursak 12'si anemik 2 si normal olarak görülmüştür. Bu 14 hastanın 11'inde doğum esnası komplikasyon gerçekleşmiştir. Öncelikle doğum esnasında komplikasyon gerçekleşen takipli gruba bakacak olursak altı takipli hastanın beşinde komplikasyon gerçekleşmiştir. Bunlar sırasıyla (iki acil CS, bir postpartum histerektomi, iki derin epizyotomi onarımı (postpartum histerektomi ve CS'lerden birisi yoğun bakım ihtiyacı olmuş)). Sekiz takipsiz hastanın ise altısında komplikasyon gerçekleşmiş, bunlar ise sırasıyla; üç acil CS, iki derin epizyotomi onarımı, bir sürrenal infarkt olmak üzere altı adettir.

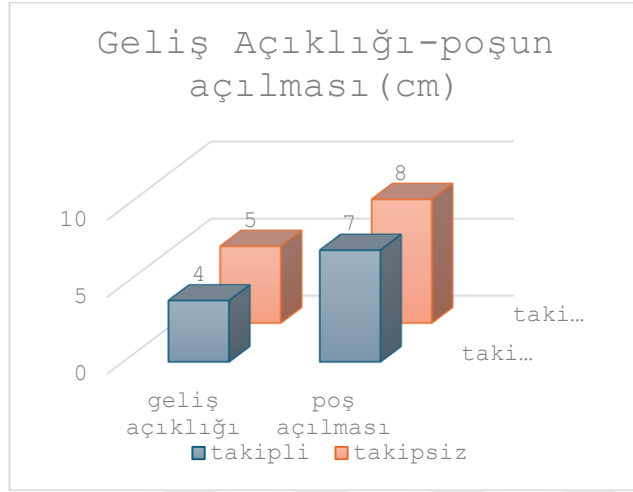
Tablo 6. Takipli ve takipsiz hastaların Maternal Doğum Verileri

	Takipsiz (N=89)	Takipli (N=115)	P değeri
Membran intaktlığı (cm)[£]	8.035 ± 1.954	7.281 ± 2.351	0,074
Geliş açıklığı (cm) [£]	5 ± 3.472	4 ± 3.062	0,080
3. evre (dk) ^π	4 (1-25)	4 (0-21)	0,338
Travayda kalma süresi (sa) ^π	3.5 (0-45)	4 (0-50)	0,364
Betametazon ihtiyacı ^π	0 (0-1)	0 (0-1)	0,273
Oksitosin ihtiyacı %	%48,3	%50,4	0,642
Metilergonovin ihtiyacı %	%51,7	%62,6	0,118
Misoprostol ihtiyacı %	%19,1	%20,9	0,842
Traneksamik Asit ihtiyacı %	%12,4	%11,3	0,763
DMAH ^π	0 (0-1)	0 (0-1)	0,467
Anne yatış ^π	2 (0-6)	2 (1-6)	0,606

Median ^π, Ortalama ± SS [£], DMAH: Düşük molekül ağırlıklı heparin

Maternal verilere bakacak olursak; geliş açıklığında takipsiz hastalar yaklaşık 1 cm fark olmuş olsa da (takipli 4cm± 3.062, takipsiz 5 cm± 3.472) istatistiki veri açısından bir fark izlenmemiştir. (P>0,05) Aynı şekilde hastaların poşunun açılma

zamanlarında da (takipli $7,281 \pm 2.351$ cm, takipsiz 8.035 ± 1.954 cm) bir fark istatistiki olarak görülmemiştir. $P>0,05$)



Şekil 13. Takipli ve takipsiz hastaların geliş açıklığı- poş açılma cm verileri

Hastaların 3. Evrede kalış süreleri ikisinde de ortancaları benzer gelmiş olup ortancaları takipsiz dört cm (1-25), takipli dört cm (0-21) olarak gelmiştir. ($P>0,05$) Takipli ve takipsiz hastaların travayda ortalama kalma sürelerine bakacak olursak takipsiz hastaların ortancası 3.5 (0-45) saat olarak gelmiş olup, takipli hastalarda ise bu 4 (0-50) saat olarak gerçekleşmiştir ve istatistiki olarak bir anlam belirtmemektedir. ($P>0,05$)

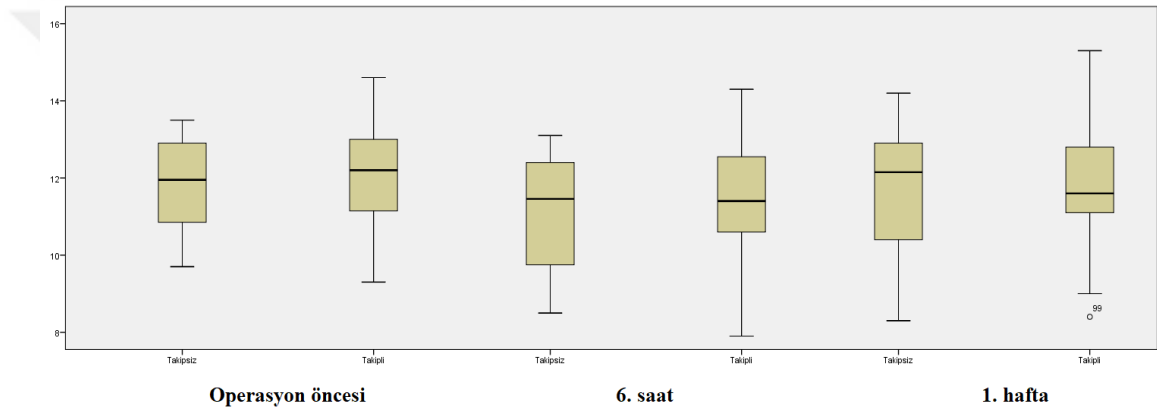
Hastalarımızın hemogloblin değerlerine bakacak olursak Hemogloblin değerleri açısından yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları, takipli hastaların operasyon öncesi hemogloblin değerlerinin takipsizlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur ($p=0.014$)(Tablo7). Mann-Whitney U testi, hemogloblin değerlerinin normal dağılmadığı durumlarda kullanıldığı için tercih edilmiştir. Ancak post operatif altıncı saatte alınan ve 1. haftada alınan hemogram sonuçlarında ise istatistiki bir anlam çıkmamıştır.

Delta Değerlerine bakıldığında takiplilerde Asymp. Sig. (2-tailed) değeri 0,435 olup takiplilerde bir az da olsa fazla çıksa da yeterli veri göstermemektedir.

Tablo 7. Takipli ve takipsiz hastaların hemogram Verileri

	Takipsiz (n=89)	Takipli (n=115)	p
Hemoglobin (PreOp)[£]	11.441 ± 1.272	11.929 ± 1.451	0,014
Hemoglobin (6. saat) [£]	10.889 ± 1.369	11.244 ± 1.528	0,136
Hemoglobin (1. hafta) [£]	11.227 ± 1.774	11.782 ± 1.460	0,185
Beyaz Küre (PreOp) [£]	11956 ± 4093	11019 ± 3075	0,144
Beyaz Küre (6. saat) [£]	16549 ± 4600	15352 ± 4756	0,088
Beyaz Küre (1. hafta) [£]	10785 ± 4131	10540 ± 3892	0,846
Preop-post op 6 Δ değeri	0,55 ± 0,87	0,69 ± 1,05	0,435

Ortalama ± SS [£]



Şekil 14. Takip durumu bazlı hemoglobin ölçümleri kutu grafiği

Şekil 14, takip durumlarına göre yapılan hemoglobin ölçümlerini içeren bir kutu grafiğini göstermektedir. Grafik incelendiğinde, takipsiz hastalardaki operasyon öncesi ve 6. Saatteki hemoglobin değerlerinin, takipli hastalara göre daha sınırlı bir yayılıma sahip olduğu görülmektedir. Ancak, 1. haftada ölçülen hemoglobin değerleri açısından, takipli ve takipsiz hastalardaki yayılımın hemen hemen aynı olduğu gözlemlenirken, takipsiz hastalardaki hemoglobin değerlerinin takiplilere kıyasla daha düşük olduğu göze çarpmaktadır.

Tablo 8, takip durumlarına göre hemoglobin değişiminin kendi içerisindeki oranlarını sunmaktadır. Hemoglobin değerleri her iki grup için de operasyon öncesi, operasyondan altı saat sonrası ve operasyon sonrası 1. haftada yapılan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya koymaktadır. Her iki grupta da hemoglobin değeri, operasyondan sonra altıncı saatte belirgin bir düşüş göstermiştir.

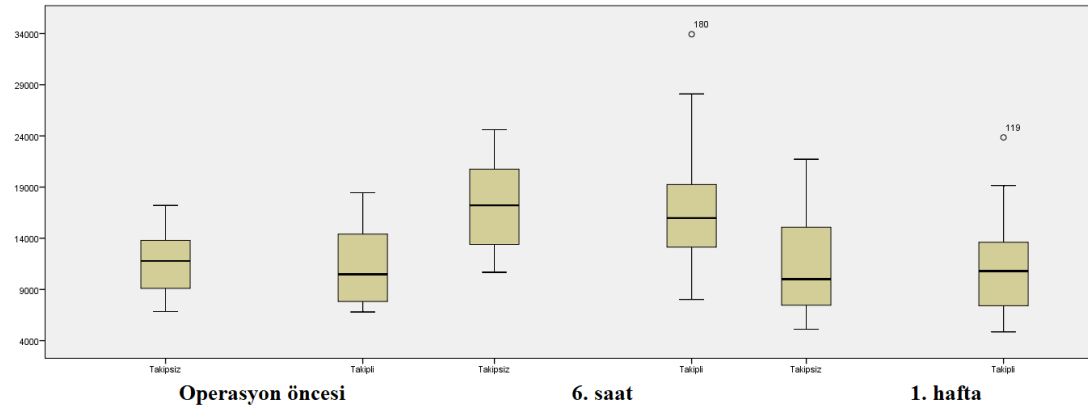
Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği takip durumu kriterlerine göre, diğer takip durumuyla karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir.

Beyaz Küre değerlerine bakacak olursak takipli ve takipsiz hastaların her ikisinde de beyaz küre değerlerinin kendi aralarında preoperatif, post operatif altıncı Saat ve 1. hafta arasındaki istatistiki bir fark görülmüştür.

Tablo 8. Takipli ve takipsiz hastaların beyaz küre-hemoglobin değerlerinin preoperatif-post operatif 6 ve 24. Saatlerde karşılaştırılması

	Takipsiz (N=89)	Takipli (N=115)	
Hemoglobin (PreOp) [£]	11,44 ±1,27	11,93±1,45	P
Hemoglobin (6. saat) [£]	10,89±1,4	11,24±1,5	
Hemoglobin (1. hafta) [£]	11,227±1.774	11,78±1	P<0,001
Beyaz Küre (PreOp) [£]	11956 ±4094	11021±3075	
Beyaz Küre (6. saat) [£]	16550±4600	15352±4756	
Beyaz Küre (1. hafta) [£]	10786±4131	10540(±3892	P<0,001

Ortalama ± SS [£]



Şekil 15. Takipli ve takipsiz hastaların Beyaz Küre ölçümleri kutu grafiği

Beyaz küre değerleri her iki grupta da operasyon öncesi, operasyondan altı saat sonrası ve operasyon sonrası 1. haftada yapılan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Her iki grupta da beyaz küre ölçümlerinde altıncı saatte

artış gözlemlenmiştir. DSÖ'nün belirlediği takip durumuna göre, diğer takip durumuyla arasında belirgin bir fark gözlemlenmemiştir.

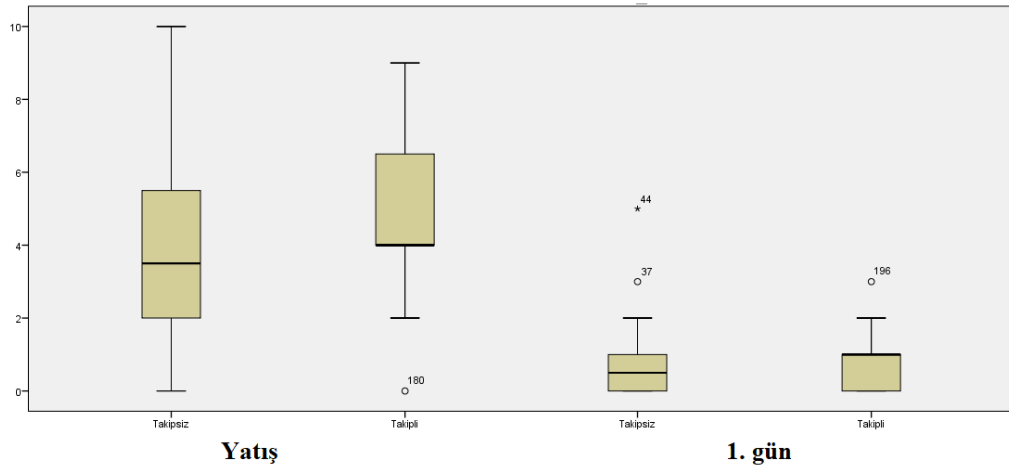
Hastalarımızın yatış esnasında, doğum sonrası birinci saat, altıncı saat, ve yirmi dördüncü saatte nabız, sistolik ve diyastolik tansiyon, şok indeksleri karşılaştırılmıştır. Takipli veya takipsiz olarak hastalar arasında istatistiki olarak bir farklılık bulunamamıştır.(Tablo 9)

Hastaların yatış esnasında ve 1. Gün ağrı skorlarına bakacak olursak, Şekil 16, takipli ve takipsiz hastaların ağrı skorlarına ilişkin kutu grafiğini göstermektedir. Grafik incelendiğinde, takipli ve takipsiz hastaların yatış skorlarının daha geniş bir yayılıma sahip olduğu görülmekte, ancak operasyon sonrası ilk günde ağrı skorlarında belirgin bir düşüş yaşandığı gözlenmektedir. İstatistiksel olarak yapılan analizlerde, bu düşüşün takipli ve takipsiz hastalar arasında bir farkı görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 9. Takipli ve takipsiz hastaların vital bulguların karşılaştırılması

	TAKİPSİZ (N=89)	TAKİPLİ (N=115)	P
Sistolik basınç (1. saat) [£]	108 ± 12	106 ± 12	0,180
Sistolik basınç (6. saat) [£]	105 ± 11	105 ± 11	0,975
Sistolik basınç (24. saat) [£]	103 ± 8	104 ± 11	0,814
Diyastolik basınç (Yatış) [£]	67 ± 9	67 ± 9	0,376
Diyastolik basınç (1. saat) [£]	66 ± 8	65 ± 8	0,961
Diyastolik basınç (6. saat) [£]	64 ± 7	64 ± 8	0,742
Diyastolik basınç (24. saat) [£]	64 ± 7	66 ± 8	0,258
Nabız (Yatış) [£]	91 ± 11	89 ± 13	0,094
Nabız (1. saat) [£]	87 ± 10	86 ± 1	0,292
Nabız (6. saat) [£]	86 ± 13	85 ± 10	0,449
Nabız (24. saat) [£]	83 ± 11	82 ± 10.167	0,534
Şok indeksi (Yatış) [£]	0.853 ± 0.12	0.829 ± 0.141	0,094
Şok indeksi (1. saat) [£]	0.813 ± 0.096	0.817 ± 0.116	0,881
Şok indeksi (6. saat) [£]	0.832 ± 0.165	0.813 ± 0.130	0,469
Şok indeksi (24. saat) [£]	0.803 ± 0.104	0.798 ± 0.104	0,585
Ağrı Skoru (Yatış) ^π	4 (0-10)	4 (0-10)	0,140
Ağrı Skoru (1. gün) ^π	0 (0-5)	0 (0-5)	0,445

Median ^π Ortalama ± SS [£]



Şekil 16. Takip durumu bazlı ağrı skorları kutu grafiği

Hastalarımıza doğum sonrası verdiğimiz oksitosin, metilergonovin, misoprostol, traneksamik asit ve düşük molekül ağırlıklı heparin düzeylerine baktığımız zaman takipli ve takipsiz hastalar arasında bir farklılık izlenmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 6).

Hastalarımızın yatış sürelerini karşılaştırdığımızda ise ikisinde de anlamlı bir fark görülmemiştir. Takipsiz hastaların iki gün (0-6) yatış süresi iken takipli hastalarda da iki gün (1-6) olarak sonuçlanmıştır ($P>0,05$) (Tablo 6) .

Neonatal sonuçlara bakacak olursak

Tablo 10. Takip durumu bazlı neonatal verilerin karşılaştırılması

	Takipli (n=115)	Takipsiz(n=89)	p değeri
APGAR Skoru (1. dakika) ^π	8.06 (0-10)	7.98 (0-10)	0,387
APGAR Skoru (5. dakika) ^π	9.19 (0-10)	9.08 (0-10)	0,602
Kilo (gr) [£]	3190.496 ± 549.160	3030.955 ± 477.543	0,009
Boy (cm) [£]	50.496 ± 3.020	49.787 ± 3.001	0,027
Baş çevresi (cm) [£]	34.935 ± 2.271	34.511 ± 2.571	0,016
Kan Gazı (umbilikal) [£]	7.35 ± 0,06	7.34 ± 0,07	0,610
Bebek yatış ^π	2 (0-65)	2 (0-51)	0,517
Ydybü yatış ^π	5(3-65)	5 (3-51)	>0,05
pH < 7,25	7,6 %	9,2%	0,706
Asidoz (pH<7,35)	40.8%	50.6	0.192
YDYBÜ ihtiyacı	33 (%28.7)	27 (%30.3)	0,913
IUEX	2 (%1.7)	1 (%1.1)	>0,05

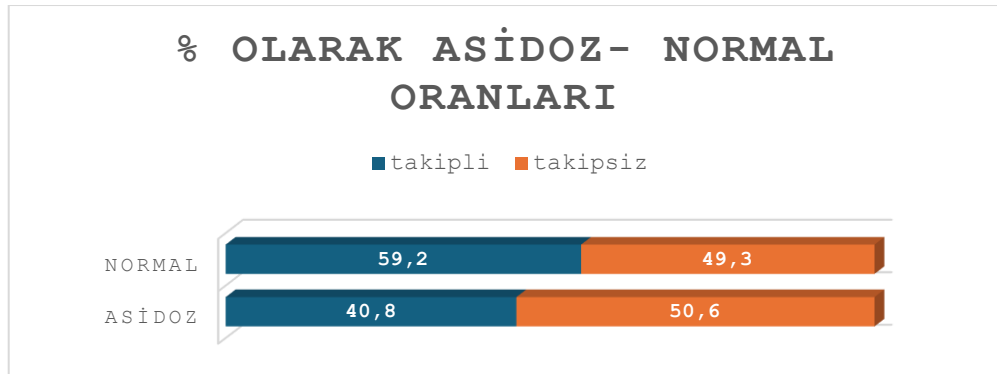
Median ^π, Ortalama ±SS [£] , YDYBÜ: yenidoğan yoğun bakım ünitesi, IUEX: İntrauterin ex fetüs

İlk olarak apgar skorunu değerlendirecek olursak;

Birinci dakikada verilen APGAR skorlarına bakıldığında, takipli ve takipsiz hastaların bebekleri arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p=0.387$). Benzer şekilde, beşinci dakikada verilen APGAR skorlarına ilişkin olarak da takipli ve takipsiz hastalar arasında herhangi bir anlamlı fark gözlemlenmemiştir ($p=0.602$). Ancak birinci ve beşinci dakika APGAR skorlarının takipli veya takipsiz kendi içerisinde karşılaştırılmasında bu durum anlamlı olarak görülmüştür. ($p<0.001$).

4-7 takip olan grubu ve 0-3 takibi olan gruba ayrıca bakacak olursak takip sayısı 0-3 olan grupta 1. dakika apgar 7,98 5. dakika apgar 9,07 gelmiş olup, 4-7 kontrolde ise 1. dakika apgar 7,81 iken 5. dakikada ise 9,05 olmuştur ve iki değer de diğer verilere göre en düşük değerlerdir Umbilikal kan gazı sonuçlarına bakacak olursak takipsiz hastaların ortalama 7,34 ve standart sapması 0,07 iken, takipli hastalarda ise bu ortalama 7,35 standart sapması ise 0,06 olarak görülmüştür ve istatistiki olarak anlam görülmemiştir, ancak 7,35-7,45 aralığını normal 7,35 altını ise asidoz olarak aldığımız durumda, takipli hastalarda yaklaşık % 10 daha az asidoz olmuştur.

Yoğun bakım ve bebeğin genel iyilik durumu için önemli olan PH <7,25 olan hastalara baktığımızda ise dörtlü takipte de sekizli takipte de hem istatistiksel hem de oran açısından bir fark izlenmemiştir. ($p>0,05$ sırasıyla 0,706- 0,609)

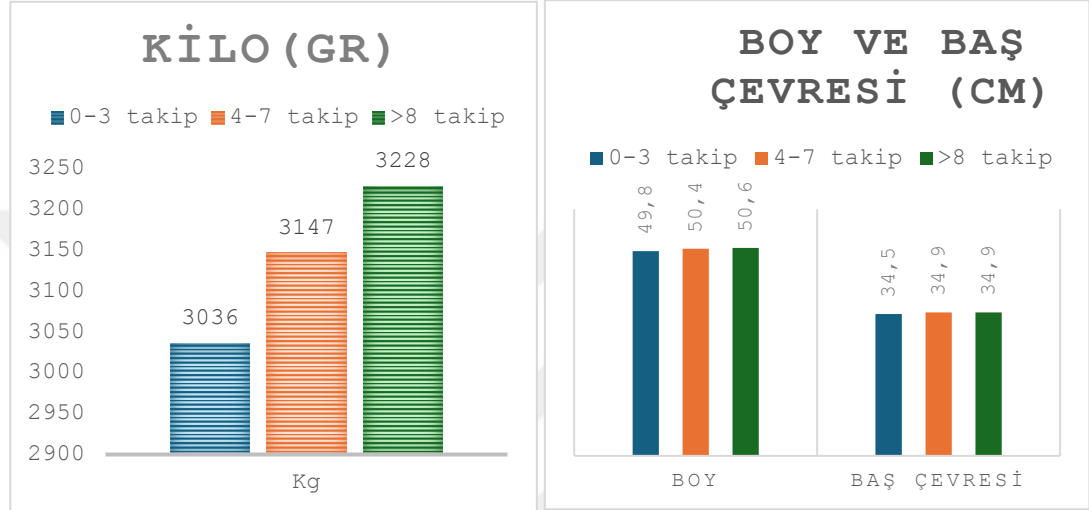


Şekil 17. Takip durumu bazlı asidoz olan ve olmayan hastalar %

Bu grafik, takipli ve takipsiz hastalardaki asidoz durumlarını karşılaştırmak adına anlamlı bir kaynağı temsil etmektedir. Elde edilen verilere göre, takipli hastaların %40.8'inde kan gazları asidoz yapıda iken, takipsiz hastaların %50.6'sının asidoz durumuyla karşılaşıldığı görülmüştür. Ayrıca, takipli hastaların %59.2'sinin ve takipsiz

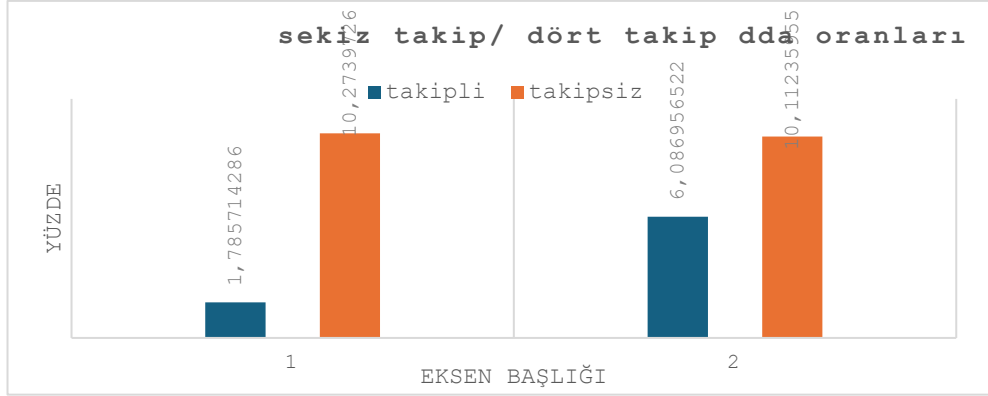
hastaların %49.3'ünün kan gazı değerlerinin normal çıktığı gözlemlenmiştir. Ancak, takip durumu bazlı bakılan venöz kan gazı kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p=0.24>0.05$).

Yenidoğan boy, kilo ve baş çevresi ölçümlerine baktığımız zaman üç veri de anlamlı gelmiştir. Hatta takip sayısı arttıkça her dört takipte bu oranların daha da arttığı görülmektedir



Şekil 18. Takip sayısına göre kg, boy, baş çevresi ölçümleri

Sonuç olarak takipli ve takipsiz hastaların yeni doğanlarında kilogram, boy ve baş çevresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p_{kg}=0.009$, $p_{boy}=0.027$, $p_{baş\ çevresi}=0.016$). DDA oranlarına bakacak olursak dört takip durumunda takiplilerde %6 ($n=7$) takipsizlerde %10 ($n=9$)'luk bir fark bulunmakla beraber istatistiksel açıdan bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$), bu durum sekiz takibe göre bakılırsa takiplilerde %1,7 ($n=1$) iken takipsizlerde %10,2 ($n=15$) olup oransal açıdan büyük fark izlenmiştir. Benzer Şekilde istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ($p= 0,048$). Ancak sınırdaki bu p değeri bize örneklemimizi arttırmamızı göstermektedir.

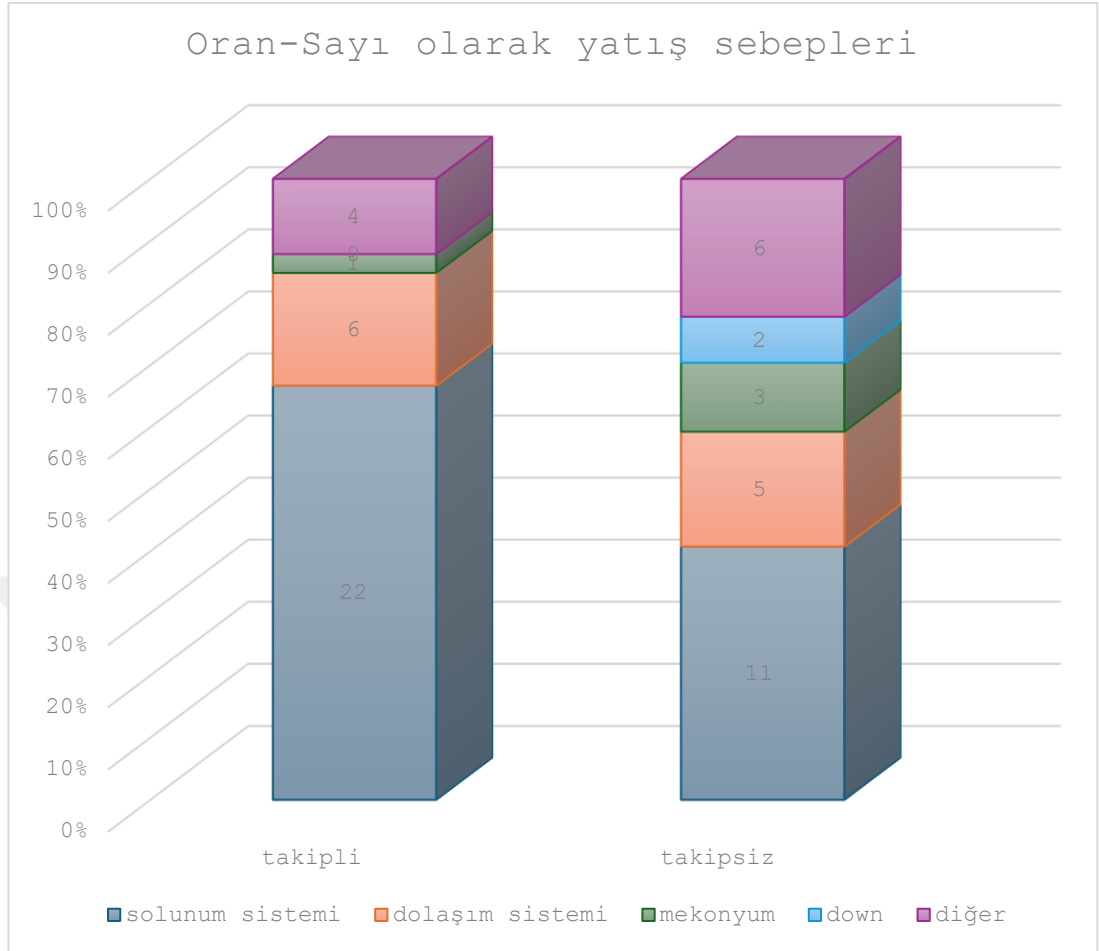


Şekil 19. Takip durumu bazlı düşük doğum ağırlıklı olan bebeklerin % si (sırasıyla sekiz ve dört takibe göre)

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) ihtiyacı verilerine bakacak olursak istatistiki olarak takipli veya takipsiz hastalarda yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacı açısından bir fark görülemediği (P>0,05)

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ihtiyacı olan hastaların neden yattığına bakacak olursak takipli hastaların %28,7 si (n=33) yoğun bakım ünitesi ihtiyacı olurken, takipsiz hastaların ise %30,3ünde (n=27) YBÜ ihtiyacı olmuştur.

Takipli hastaların yoğun bakım ihtiyacı olanlarını irdelersek; Bunlardan mekonyum nedeniyle yatanları bir adet, solunum sıkıntısı nedeniyle yatanları 22 adet diğer (hiperbilirubinemi üç adet, ABO Rh uyumsuzluğu bir olmak üzere) dört adet, dolaşım sistemi sıkıntısı nedeniyle yatanları ise altı adet toplam 33 adet iken, takipsiz gebeliklerde ise bu durum solunum sıkıntısı 11 adet, dolaşım sistemi sıkıntısı beş adet, diğer altı adet (aile istememesi üç adet, ABO uyumsuzluk bir adet, direkt coombs + bir adet ,hiperbilirubinemi bir adet) mekonyum üç adet , down ise iki adet olmak üzere totalde 27 adettir. Down sendromlu hastaların ise takipsiz grupta olduğu dikkat çekmektedir.



Şekil 20. Takip durumu bazlı Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacı olan hastaların sebepleri

Öte yandan, her iki grup arasında intrauterin fetal ölüm (IUEX) oranlarında belirgin bir fark tespit edilmemiştir. Bu durum, perinatal ölüm sayısı verisinin az olması ile de ilişkili olabilir.

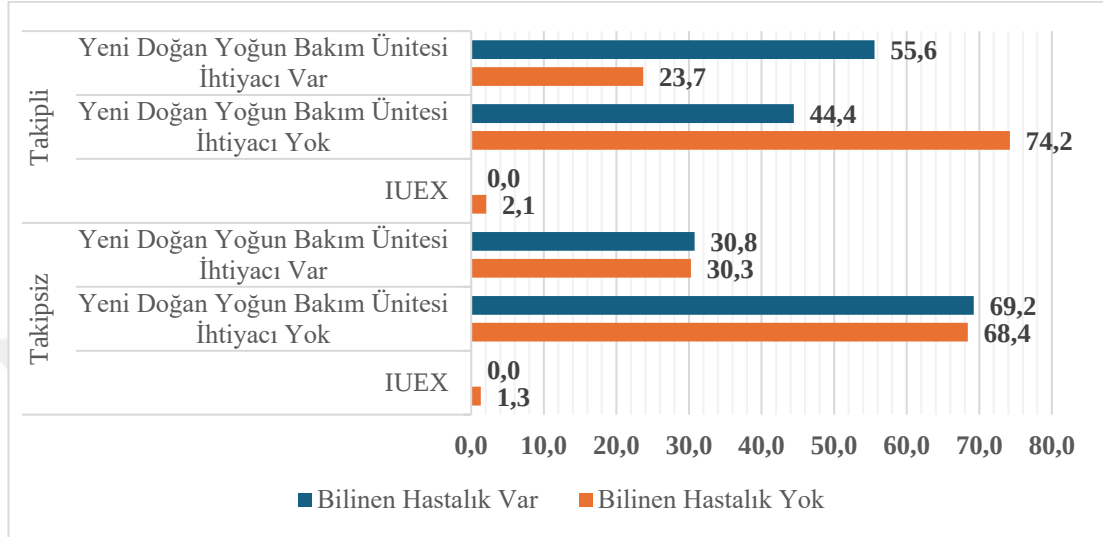
IUEX olan hastalara baktığımız zaman üç hastanın da sekiz ve az takibi olan grupta olduğunu da belirtmemiz gerekmektedir. Ancak iki grupta da istatistiki bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$ değerler sırasıyla 0,717-0,283)

Tablo 11. Takip durumu bazlı İntrauterin ex verileri (4–8 takibin karşılaştırılması takipsizlerle)

		Takip Durumu				Takip sayısı			
		Takipsiz		Takipli		0-7 kontrol		8 ve üzeri kontrol	
		n	%	n	%	n	%	n	%
iuex	IUEX	1	1.1	2	1.7	3	2.0	0	0.0
	IUEX değil	88	98.9	113	98.3	145	98.0	56	100.0

IUEX: İntrauterin ex fetüs

Yenidoğanın yatış verilerine bakacak olursak medyanı takipli ve takipsiz hastalarda iki olup, istatistiki bir fark belirtmemektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatış ihtiyacı olanların medyan yatış verisine bakacak olursak; takipli ve takipsiz her ikisinin de medyanı 5 olup bir anlam belirtmemektedir.



Şekil 21. Hastanın Takibi ve Bilinen Hastalığının Olması Durumuna Göre Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi İhtiyacı Oranları (%)

Bilinen hastalığı olan gebelerin takip durumlarının incelendiği bu veride ise, bilinen hastalığı olan takipli gebelerin yenidoğanlarının yoğun bakım ihtiyacının %55.6 olduğu, bilinen hastalığı olan takipsiz gebelerin yenidoğanlarında ise bu oranın %30.8 olduğu belirlenmiştir.

Bu bulgu, bilinen hastalığı olan gebelerin, düzenli takip sayesinde bebeklerinin sağlık durumunu etkileyebileceğini düşündükleri için doktora kontrole daha sık gitmiş olabileceklerini işaret edebilir. Takipli hastalar içinde, bilinen hastalık ve yeni doğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacı arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu ortaya çıkmıştır ($p=0.022$).

Ancak, takipsiz hastalarda bu faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.917$). Bu sonuçlar, hastanemizin üçüncü basamak hastane olduğundan dolayı bilinen hastalığı olan gebelerin refere edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda hastanemiz gebe polikliniğine en az dört kere başvuran hastalar takipli, daha az başvuran hastalar takipsiz olarak kabul edilmiştir. Bu gebeler içerisinde demografik veriler içerisinde ilk göze çarpan takipli gebelerin yaş ortalamasının (27.5 ± 5.9) takipsizlerden (25.7 ± 6.1) yüksek olduğudur ($P < 0,05$). Literatür tarandığında ise bu durumun gelişmiş ülkelerde dahil böyle olduğu izlenmektedir. Amerika’da yapılan bir çalışmada takipsiz hastalarda anne yaşının daha genç olduğu ve antenatal bakım almayan hastaların önemli bir bölümünü oluşturduğu beyan edilmiştir[67]. S. Arabistan’da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde takipli gebelerin yaşının daha ileri olduğu görülmüştür.[68]. Benzer şekilde yabancı uyruklu hastaların da yaş ortalaması 25.8 ± 6.5 iken Türk vatandaşlarında bu 27.14 ± 5.77 olarak görülmüştür. Bunu da literatürde tarayacak olursak ülkemizde yapılan bir çalışmada Suriyeli mültecilerin yaş ortalaması (25.2) Türk vatandaşı hastalara göre 28.1 ciddi bir fark olarak belirtilmiştir. Farklı ülkelerde de olsa literatür taramasında görülmüştür ki mültecileri genel olarak yerel halka göre yaş ortalaması daha düşüktür[69]. Türkay ve arkadaşlarının ülkemizde gerçekleştirdiği bir çalışmada da benzer şekilde Türk vatandaşı hastaların ortalamasının 28.2 iken Suriye uyruklu hastaların 25.16 olduğu görülmüştür. Hastaların takip oranlarının uyruk bazlı incelemesine bakacak olursak Türk vatandaşlarının takip olma durumu %69,1 iken yabancı uyruklu hastaların ise takip olma durumu %30,9 olarak ölçülmüştür. ($p=0.001$). Öncelikle ülkemizde yapılan çalışmalara bakacak olursak Erenel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim bulgularımıza benzer şekilde ikiden fazla antenatal takibi olan Suriyeli mültecilerin oranı %17 iken Türk hastalarda bu oran %76 olarak görülmüştür. Benage ve ark. [70] Lübnan’da Suriyeli göçmenler üzerinde yaptığı bir araştırmada %15.7’si dört ve üzeri takip olmuşken %17’si hiç takip olmamıştır. Ülkemizdeki Suriyelilerin Erenel ve ark. Yaptığı çalışmada ise %41’inin hiç takip olmadığı ve ikiden fazla takibi olanların oranı ise %17.3’te kaldığı görülmüştür[71].

Hastaların SAT bilme durumlarına baktığımız zaman çalışmamızda takipli hastalarda %100’ünde SAT ve günleme bilinirken bu oran takipsizlerde %58,4’tür ve anlamlıdır. Türk vatandaşlarının %92,6’sı ($n=126$) adet tarihini bilirken, %7,4’ü ($n=10$) SAT verisini bilememektedir, ancak yabancı uyruklu hastalarda bu veriyi

karşılaştıracak olursak %39,7'si (n=27) SAT verisinin bilmemekte %60,3'ü (n=41) bu veriyi bilmektedir. İstatistiki veri açısından anlamlı bulunmuştur. ($p<0,001$). Verimizi benzer çalışmalarla karşılaştıracak olursak Erenel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Türk hastaların %91.3'ü bu veriyi bilirken yabancı uyruklu hastaların bu veriyi bilme oranı %24'te kalmıştır[71]. Hastalarımızın tarama testlerinde olarak OGTT reddi diğer tarama testlerine oranla daha yüksek bulunmuştur yüzdesel olarak %35,7 (n:41) hasta takipli hastalarda reddetmiş olmuş olup AUSG (%17,4 n:20) ikili tarama (%23,5 n:27) ve dörtlü taramada (%28,7 n 33)bu oran daha düşüktür. Literatüre bakıldığında Türkiye'de yapılan bir çalışmada hastaların yaklaşık % 20'sinin diğer takiplerini düzenli yapsa bile OGTT'yi reddettiğini göstermiştir[72].

Çalışmamızda yabancı uyruklu hastaların tarama testlerine katılma konusunda Türk hastalara oranla anlamlı derecede fark izlenmiştir. İkili tarama, dörtlü tarama, AUSG ve OGTT taramalarında yabancı uyruklu hastaların Türk vatandaşı hastalara oranla büyük çoğunluğu katılmamıştır. Çalışmamızda taramalara yabancı uyruklu hastaların yaklaşık %20'sinin katıldığı görülmüştür Literatüre bakıldığında yabancı uyruklu hastalarda İran'da yapılan bir çalışmada [73] hastaların %36,8'i tarama testlerini yaptırdığı izlenmiştir.

Çalışmamızda takipli hastalar ve takipsiz hastalar arasında komplikasyon açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Arabistan'da 400 gebeyi kapsayan bir çalışmada takipli hastaların daha fazla komplikasyon oranının olduğu beyan edilmiş[68]. Yaklaşık 10 bin gebeyi kapsayan çoklu merkez bir çalışmada dört ve altı kontrole gelen hastalarda ciddi maternal ve fetal komplikasyonların olduğu gösterilmiş. Çalışmamızda böyle çıkmama sebebi retrospektif ve hasta sayısının daha az olması ile ilgi olabilir [74].

Hastaların takipli veya takipsiz olmasıyla doğum şekilleri arasında anlamlı fark izlenmemiştir. Endonezya'da yapılan bir çalışmada [75] 5149 kadın arasında antenatal takip olan kadınlarda dört ve üzeri takip olan hastalarda sezaryen oranları daha fazla görülmüş. Koç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, antenatal takip arttıkça sezaryen sayısının ülkemizde arttığını beyan etmişlerdir[76] ancak aynı çalışmada belirtilmiştir ki yüksek gelirli hasta popülasyonunda özellikle özel hastanelerde

gebeler sezaryen olmayı seçmektedir ve yüksek gelirli hastalar daha çok takibe gelmektedir.

Antenatal takipten ziyade hastaların isteğinin de bunda etkili olduğu söylenmiştir. Benzer şekilde İrlanda'da yayınlanan bir [77] reviewda görülmüştür ki özelleşmeye kayıldıkça sezaryen oranı artmaktadır, ve aynı çalışmada görülmüştür ki ebeler tarafından takip edilen hastalar sezaryen oranı en düşüktür. Hastanemiz ise üçüncü basamak refere bir hastanedir. Düşük gelir grubunun da yoğun başvurduğu bir hastane olarak bu oranlar etkilenmiş ve farklı çıkmış olabilir.

Primer CS oranlarında da istatistiksel olarak fark izlenmemiştir. Amerika'da bu sene yapılan bir çalışmada yeterli, orta ve yetersiz prenatal bakım alan hastaların hiç almayanlarla bir farkı görülmemiş, ancak yeterli + olarak değerlendirilen grupta primer CS oranlarının bir nebze fazla olduğunu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda yeterli + olarak değerlendirilebilecek hasta sayısı az olduğu için bu sonuç çıkmış olabilir[78].

Hastaların indüksiyon alıp almama durumlarında da istatistiksel açıdan bir fark görülemedi. ($p= 0.264$). Takipli hastaların %27'si($n=31$) indüksiyon almışken takipsiz hastaların %20,2 si ($n=18$) indüksiyon ihtiyacı olmuştur. Literatür taramasında yaklaşık 40 bin kadının katıldığı İsveç'te, yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde az veya çok muayenenin indüksiyona etki etmediği belirtilmiştir[79].

Hemoglobin değerleri açısından, çalışmamız takipli hastaların operasyon öncesi hemoglobin değerlerinin takipsizlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur ($p=0.014$).

Takipli hastalarımıza rutin olarak demir verdiğimiz ve takipli hastalara da demir verilmediği düşünüldüğünde 2015'de [80] yayınlanan derlemede görülmüştür ki demir tedavisi almayan gruba göre tedavi alan grupta anemi, demir eksikliği daha az görülmektedir. Term ve postpartum dönemde de Hb seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer makalelere bakacak olursak antenatal bakım alan Nijerya'da 3442 kadını içeren bir çalışmada Antenatal takip öncesi %33 olan anemi oranı term dönemde % 9'a düşmüştür[81].

Yine benzer şekilde 400 hastanın randomize katıldığı takipli ve takipsiz hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada takipsiz hastaların anemi oranı daha yüksek

bulunmuştur[68]. Çalışmamızda postpartum kanama konusunda takipli ve takipsiz hastalar arasında anlamlı bir fark izlenememiştir.

Postpartum kanması olan hastaların kan ihtiyacı olup olmamasını karşılaştırdığımız bir veride ise takip ile ilişki görülememiş ancak kanaması olan hastalara kan transfüzyonu yapılması kliniğimizde kullanılmıştır ve anlamlı çıkmıştır. 150 preeklampatik hastayla mısır ve ispanyada yapılan bir çalışmada antenatal takip olmayan hastaların postpartum hemoraji riski daha yüksek görülmüş [82]. Keza İngiltere'deki bir yıl içerisindeki tüm doğumları araştıran bir çalışmada maternal morbiditenin en sık sebebi peripartum histerektomiye sebep olan kanama olarak görülmüş, bunun da beyazlara göre siyahilerde ve göçmenlerde daha çok olduğu çalışmada söylenmiş. Çalışmada bunun sebebinin beyaz olmayan kadınların gebeliklerinin geç farkına varmaları, doğum öncesi bakım almaması ve geç zamanlarda doğum öncesi bakıma başlamaları veya hiç başlamamaları olabilir olarak belirtilmiştir [83]. Çalışmamızda istatistiksel olarak kan ihtiyacı anlam belirtmese de oransal olarak takipsiz hastalarda daha yüksek çıkmış durumdadır. Takipsiz hastalarda anemi oranı daha yüksektir bu keza çalışmamızda da böyle gelmiştir. Eğer daha fazla sayıyla bu çalışma gerçekleştirilmiş olsaydı anemik hastalarda daha fazla görülen postpartum kanama sonucu görülebilirdi. Keza maternal komplikasyon oranları da çalışmamızda benzer sonuçlansa da matematik gereği eninde sonunda takipsiz hastalarda daha yüksek çıkacağı açıktır.

Çalışmamızda kanaması olan hastalarda takipli veya takipsiz kan transfüzyonu yapılmıştır. Eğer kanama varsa transfüzyon ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu da literatüre uygun gerçekleşmiştir [84].

Çalışmamızda takip açısından ağrı skorları benzer çıkmıştır. Doğum sonrası iki grupta da belirgin düşüş gözlenmektedir. Literatür çalışması yapıldığında Polonya'da yapılan bir alısmada takipli (N=78) ve takipsiz (n=69) hastalar arasındaki ağrı skorları karşılaştırılmıştır. Ağrı skorları açısından iki grup da benzer sonuçlar vermiştir. Takip durumunun ağrı konusunda etkisi izlenmemiştir, ancak ağrının yönetimi konusunda hastalarla daha mutual bir ilişkinin olabileceği gösterilmiştir [85].

Hastanemizde bulunan gebe okulu katılımının da bu sebeple desteklenmesinin önemi görülmektedir. Çalışmamızda IUEX oranları açısından fark görülmemiştir,

ancak totalde hasta grubunda üç IUEX gerçekleşmiş olup bunun bir tanesi hiç takibi olmayan diğer ikisi ise dört-yedi takip arasında takibi bulunmaktaydı. Sekiz ve üzeri takibi olan hastalarda IUEX hastanemizde görülmemiştir. Ancak hasta sayısının yetersiz olması nedeniyle sonuçlar yetersizdir. Amerika’da sekiz yıl boyunca doğan tüm bebekleri inceleyen bir çalışmada yetersiz DÖB alan hastalarda IUEX oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yeterli + olarak değerlendirilen hastalarda IUGR ve gebelik yaşına göre küçük (SGA) bebek riski azalmışken gebelik yaşına göre büyük (LGA) bebek riski artmıştır ancak preterm doğum riski bu grupta artmıştır. Preterm doğum riskinin artışı ise zaten riskin daha fazla olduğu hastaların muayeneye daha sık gelmesi ile açıklanabilir [86].

Apgar skorlarının karşılaştırılmasına bakacak olursak apgar skorları arasında çalışmamızda Herhangi farklılık izlenmemiştir. Takipsiz hastalarda (0-3) 1. Dakikada ortalama 7.98 iken takiplilerde (dört ve üzeri) bu oran 8,06 olarak gerçekleşmiştir. 8 takip ve üzeri olan hastalarda ise 1. Dakikada 8,33 olarak görülmüştür ve daha da yüksektir. 5. Dakika değerlerine bakacak olursak takiplilerde 9.19 iken takipsizlerde 9.08’dir. Benzer şekilde sekiz ve üzeri takip olan hastalarda 5. dakika apgar skoru 9,36 olup diğerlerine göre daha yüksektir. Dört-yedi takip olan grubu ve sıfır-üç takibi olan gruba ayrıca bakacak olursak sıfır-üç olan grupta 1. Dakika apgar 7,98 , 5. dakika apgar 9,07 gelmiş olup, dört-yedi kontrolde ise 1. Dakika apgar 7,81 iken 5. Dakikada ise 9,05 olmuştur ve iki değer de diğer tüm verilere göre en düşük değerlerdir.

Tahran’da yapılan 240 kadının dahil olduğu sekiz ve üzeri takip olan hastaların daha az takip olan hastalarla karşılaştırıldığı bir çalışmada 1. Ve 5. Dakika apgar skorları açısından çalışmamıza benzer şekilde bir fark izlenmemiştir[87]. Yine dört ve üzeri antenatal takibin değerlendirildiği 400 kadının katıldığı bir başka çalışmada 1. Ve 5. Dakika apgar skorları açısından benzer sonuçlar izlenmiştir [68]. İsveç’te 1994’te yayınlanan yaklaşık 40 bin kişilik bir çalışmada ise multiparlarda ortalama sayıda muayene gelen hastaların apgar skorları en iyi olduğu, muayene sayısının az olmasının riski arttırmadığı ancak çok olmasının apgar <7 için en yüksek olduğu izlenmiştir. Primarlarda ise yine en düşük risk ortalama sayıda muayene olan hastalarda ancak bu sefer az ve çok sayıda muayene olan hastaların riskinin daha fazla olduğu beyan edilmiştir [79]. Çalışmanın yapıldığı zamanda İsveç’te 16 olan antenatal vizit sayısının çok oluşu multiparlarda az vizit sonucunun kötü çıkmamasıyla ilişkili

olabileceği gibi, zaten halihazırda maternal ve fetal problemi mevcutsa hastaların daha çok başvurmuş olabileceği de dikkatlerden kaçmamalıdır. Yine yaklaşık 20 yaş altı doğum yapan 4000 kadının katıldığı bir Amerikan çalışmada yetersiz takibin (çalışmada 10 ve altı olarak alınmış) apgar skorunun daha düşük olduğu beyan edilmiş [88].

Bu iki çalışma da hasta sayısının çok olduğu gelişmiş ülkelerde yapılmış olup doğum öncesi bakım sayısı ortalamaları yüksektir.(İsveç'teki çalışmada ortalama 16 ziyaret gerçekleştirilmiş olup ABD'de ise 10 ve altı yetersiz kabul edilmiş) ancak bizim çalışmamızda göre dört ve üstü yeterli alınmıştır, bu da verilerin gelişmiş ülkelerle farklı sonuç veriyor olmasını açıklayabilir buna artı olarak daha yüksek hasta sayısına ulaştıkça da veriler farklılaşmış olma ihtimalini de göz ardı etmemek gerekmektedir.

DDA oranlarına bakıldığı zaman dört takipli versiyonda takiplilerde %6'lık bir DDA oranı varken Takipsizlerde ise yaklaşık %10'luk bir DDA oranı mevcut gözükmemektedir istatistiksel olarak anlamlı bir fark bu grupta çıkmamıştır. ($p>0,05$), ancak 8 takibe göre bakacak olursak takiplilerde %1,7 iken DDA oranı, takipsizlerde bu oran yine %10,2 olarak görülmüştür. İstatistiksel olarak anlam ifade etmemektedir. ($p<0,048$) ancak p değeri sınırdadır. Bu da bize örneklem grubumuzu büyütmemiz gerektiğini göstermektedir. Kanada'da 90 bin hastanın oluşturduğu bir çalışmada (yeterli takip sayısı 12 alınmış) yeterli takip alan hastalarda (%3 n:1011) hiç prenatal takip olmayan hastalara göre (%15 n:44) oransal olarak DDA'da ciddi fark olduğu izlenmiştir. Yetersiz takipte ise bu oran %6 n:386 olarak görülmüş. Çalışmamızla buraya kadar uyumlu görülmüş olup intensive bakım alan grupta ise %7 gelmiştir. Bunun da DDA'nı haftayla ilişkisinin kuvvetli ilişkisinin göz ardı edilmemesi gerektiğini beyan etmişler [89]. Özellikle term bir bebekte DDA varsa bunun yetersiz veya hiç bakım almamış bir gebelik olma riski daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bunlarda tabi prenatal dönemde verilen maternal mikronutrientler sayesinde DDA azalmasında etkili olmuş olma ihtimali yüksektir[90]. Bunlara ek olarak annenin takiplerde sigarayı bırakması da önemli bir etkidir.

Hastalarımızın doğum ağırlıklarında boylarında ve baş çaplarında hepsinde takipli hastalarla takipsiz hastalar arasında anlamlı fark izlenmiştir çalışmamızda.

Literatür taramasında Ganjoei ve arkadaşlarını çalışmasında takipsiz hastalarda ortalama ağırlığının daha düşük olduğu belirtilmiştir [87].

Çalışmamızda apgar skorları pH değerleri, YDYBÜ yatış ihtiyacı gibi parametrelerde bir farklılık görülmemiştir. Yaklaşık 10 bin katının katıldığı, 10 ve altının takipsiz, 11 ve üzerinin takipli sayıldığı bir Amerikan çalışmasında YDYBÜ yatış ihtiyacında, 5. Dakika apgar skorlarında, pH değerleri arasında anlamlı bir fark çalışmamıza benzer şekilde görülmemiştir, ama tabi bu çalışmada da bizimkine benzer bir şekilde sadece takip sayısı kullanılmıştır[91] .

Yine benzer bir Macar çalışmasında da ortalama doğum ağırlığı, apgar, umbilikal kord pH, ve YDYBÜ yatış verilerine bakılmış ve sadece ortalama doğum ağırlığı anlamlı gelmiştir [92]. Hijazi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da Apgar değerleri, kord pH, YDYBÜ yatış ihtiyacı verilerine bakılmış ancak bir fark izlenmemiştir [68]. Kotelchuck'a göre, Kessner indexine göre yapılan takip sayısı ve aynı zamanda da takibin başlangıcını baz alan indexlere göre yapılsaydı belki de yeterli takip sayısı farklı gelişebileceği için bu değerler farklılık gösterebilirdi.

Finlandiya'da yapılan yaklaşık 25 bin kadının katıldığı hiç antenatal bakım almayan, 15 arası alan ve 6-18 arası antenatal bakım alan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada yine benzer şekilde az ve hiç takip olmayanların DDA'lı bebek doğurması, YDYBÜ yatış riski çalışmamıza benzer şekilde bulunmuştur, ancak neonatal ölüm riski çalışmamızdan farklı olarak yüksek bulunmuştur [93] bu da çalışmamızda yeterli sayıda iux olmamasıyla açıklanabilir. Gürcistan'da Kotelchuck'un yeterlilik indekisine göre yapılan bir çalışmada YDYBÜ ihtiyacının ve ölü doğumun yetersiz takip olan hastalarda daha fazla olduğu iddia edilmiş. Ortalama bakım alanlarda ise (dört-altı) takip arasında ise YDYBÜ ihtiyacının en az olduğu görülmüş. Bu da çok fazla takip olan hastaların daha fazla riskli gebeliğinin olabileceği ile açıklanmış [94].

Ölü doğumları araştıran bir çalışmada bir kere bile DÖB'e gelen hastalarda ölü doğum riski Göreceli olarak üçte biri izlenmiş. Dört viziti de, dörtten fazla vizite gelen hastalarla karşılaştırdıklarında %40'lık bir fark da orada gözlenmiş [95].

DSÖ'nün son kılavuzunda ise yine benzer şekilde dört takipte sekiz takibe göre ölü doğumların daha yüksek olduğu beyan edilip ülkelerin politika belirleyicilerinden buna göre önlem almalarını istemiştir [3].

6. SONUÇLAR

Sonuçlara bakacak olursak antenatal takibin önemini çalışmamızda da göstermektedir. Annenin sadece fiziki değil genel anlamda diğer faktörlerle de anneye katkı ve bilgi sağlar. Demografik sonuçlarda takip olan hastaların yaşının daha ileri olduğu, Türk vatandaşlarının yabancı uyruklulara göre daha sık takip olduğu saptanmıştır. Türk vatandaşları gebeliğin başlangıcında daha çok gelmekte ve taramalarını daha sık yaptırdığı saptanmıştır. Özellikle erken haftalarda takibe başlayan hastalarda, hastanın son adet tarihi verisini bilmesi bile gebelik takibinin daha doğru yapılabilip, günlemesinin yapılabildiğini göstermektedir.

Maternal verilerde preoperatif hemoglobin değeri çalışmamızda da yüksek gelmiştir. Düşük doğum ağırlığı riskini azaltır. DDA'da takip sayısının arttıkça DDA riskinin azaldığı bebeğin takip sayısı arttıkça doğum kilosunun arttığı görülmüştür.

Yaygın ve yeterli bir doğum öncesi bakım anne ve yenidoğan sağlığına pozitif anlamda etki ettiği saptanmıştır. Ülkelerin sağlık sisteminin elverdiği ölçüde prenatal takiplere erken zamanda başlayıp, yeterli sıklıklarla takip edilmesi gerekir. Ülkemizde de antenatal takip sayısının sekize çıkması her gebenin özellikle ilk trimesterden itibaren takibinin yapılması önem arz etmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Bakanlığı, S., H.S.G. M¼d¼rl¼đ¼, and Ankara, 2018, *Doğum ncesi Bakım Yönetim Rehberi*. 925, :4-5.
2. Organization, W.H., *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. 2016: World Health Organization. s:14-100
3. Tunalp, ., et al., *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience-going beyond survival*. Bjog, 2017. **124**(6): s. 860-862.
4. M¼d¼rl¼đ¼, H.S.G., *Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber B¼lteni*. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber B¼lteni, 2023.s:1
5. Smith, R., et al., *Infographic: physical activity for pregnant women*. 2017, BMJ Publishing Group Ltd and British Association of Sport and Exercise Medicine.
6. Rasmussen, K.M. and A.L. Yaktine, *Weight gain during pregnancy. reexamining the guidelines*, 2009. **10**: s. 254-255.
7. Organization, W.H., *Healthy diet. Fact sheet no. 394*. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2015. s.2
8. Smith, R., et al., *Infographic: physical activity for pregnant women*. Br J Sports Med, 2018. **52**(8): s. 532-533.
9. Muktabhant, B., et al., *Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy*. Cochrane database of systematic reviews, 2015(6).s.26
10. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*. World Health Organ Tech Rep Ser, 1995. **854**: s. 1-452.
11. Ota, E., et al., *Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake*. Cochrane database of systematic reviews, 2015(6). s23-24
12. Organization, W.H., *Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women*. 2012: World Health Organization.s2-5
13. Organization, W.H., *Guideline: Calcium supplementation in pregnant women*. 2013: World Health Organization.s 2-6

14. McGuire, S., *WHO Guideline: Vitamin A supplementation in pregnant women*. Geneva: WHO, 2011; *WHO Guideline: Vitamin A supplementation in postpartum women*. Geneva: WHO, 2011. *Adv Nutr*, 2012. **3**(2): s. 215-216.
15. McCauley, M.E., et al., *Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(10). s7-15
16. *WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee*, in *WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: Nutritional interventions update: zinc supplements during pregnancy*. 2021, World Health Organization s 7-18 © World Health Organization 2021.: Geneva.
17. Organization, W.H., *Nutritional interventions update: multiple micronutrient supplements during pregnancy*. WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience. Geneva, 2020.s 7-10
18. Salam, R.A., N.F. Zuberi, and Z.A. Bhutta, *Pyridoxine (vitamin B6) supplementation during pregnancy or labour for maternal and neonatal outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, 2015. **2015**(6): p. Cd000179. s12-13
19. Allen, L., *Guidelines on food fortification with micronutrients*. (No Title), 2006. s76-78
20. *WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee*, in *WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: Nutritional interventions update: Vitamin D supplements during pregnancy*. 2020, World Health Organization s 7-21 © World Health Organization 2020.: Geneva.
21. Palacios, C., L.K. Kostiuk, and J.P. Peña-Rosas, *Vitamin D supplementation for women during pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev, 2019. **7**(7): p. Cd008873. s31-32
22. Chen, L.W., et al., *Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with risk of low birth weight: a systematic review and dose-response meta-analysis*. BMC Med, 2014. **12**: s. 174.
23. Jahanfar, S. and S.H. Jaafar, *Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(6). s3-6
24. Hoque, M.E., et al., *A benign way of measuring hemoglobin in blood – Towards developing a non-invasive technique*. Hybrid Advances, 2023. **3**: p. 100039. s-2
25. Smaill, F.M. and J.C. Vazquez, *Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy*. Cochrane database of systematic reviews, 2019(11). s2-16

26. Schmiemann, G., et al., *The diagnosis of urinary tract infection: a systematic review*. Deutsches Ärzteblatt International, 2010. **107**(21): s. 361.
27. López Stewart, G., *Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: A World Health Organization Guideline*. 2014. s342-348
28. *National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines, in Antenatal care*. 2021, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2021.: London. s45-63
29. Organization, W.H., *WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy*. 2013: World Health Organization. s20
30. *WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee, in Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy*. 2014, World Health Organization Copyright © World Health Organization 2014.: Geneva. s-8 Copyright © World Health Organization 2014.: Geneva. s-8
31. Who, *Consolidated guidelines on HIV testing services*. 2015. S 4-7-9-21-23
32. Müdürlüğü, T.C.S.B.H.S.G., *Türkiye’de Verem Savaşı 2021 Raporu*. 1274, 2023. s3-26
33. Organization, W.H., *Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations*. 2013: World Health Organization. s50-75-76
34. Pearson, J.F. and J.B. Weaver, *Fetal activity and fetal wellbeing: an evaluation*. British Medical Journal, 1976. **1**(6021): s. 1305.
35. Delaram, M. and S. Shams, *The effect of foetal movement counting on maternal anxiety: a randomised, controlled trial*. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2016. **36**(1): s. 39-43.
36. Enkin, M., et al., *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 2000.
37. Peter, J.R., et al., *Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(9). s5-10
38. Grivell, R.M., et al., *Antenatal cardiotocography for fetal assessment*. Cochrane Database Syst Rev, 2015. **2015**(9): p. Cd007863. s7-12
39. Organization, W.H., *Imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy: 2022 update to the WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: technical brief*. 2022. s1-7

40. Alfirovic, Z., T. Stampalija, and N. Medley, *Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev, 2015. **2015**(4): p. Cd001450. s 7-14
41. Schneeberger, C., et al., *Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(11). s 2-11-12
42. Crowther, C.A., et al., *Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1996. **2010**(7). s2-4
43. Organization, W.H., *Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups*. 2017: World Health Organization. s27-32
44. Organization, W.H., *Preventive chemotherapy in human helminthiasis. Coordinated use of anthelmintic drugs in control interventions: a manual for health professionals and programme managers*. 2006: World Health Organization. s13-26
45. Christian, P., S.K. Khatry, and K.P. West, *Antenatal anthelmintic treatment, birthweight, and infant survival in rural Nepal*. The Lancet, 2004. **364**(9438): s. 981-983.
46. Thwaites, C.L., et al., *Impact of improved vaccination programme and intensive care facilities on incidence and outcome of tetanus in southern Vietnam, 1993–2002*. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 2004. **98**(11): s. 671-677.
47. Thwaites, C. and H. Loan, *Eradication of tetanus*. British medical bulletin, 2015. **116**(1): s. 69.
48. Organization, W.H., *Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth*. s17-18
49. Matthews, A., et al., *Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev, 2015. **2015**(9): p. Cd007575. (s 3- 16-20)
50. Phupong, V. and T. Hanprasertpong, *Interventions for heartburn in pregnancy*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(9). (s 12)
51. Luo, L., et al., *Interventions for leg cramps in pregnancy*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020(12). (s6-19-20)
52. Rungsiprakarn, P., et al., *Interventions for treating constipation in pregnancy*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(9). (s 18-20)
53. Smyth, R.M., N. Aflaifel, and A.A. Bamigboye, *Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(10). s2-3-10-11

54. Shingler, S., et al., *Compression stockings for the initial treatment of varicose veins in patients without venous ulceration*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011(11).s 2-9-13-14
55. Brown, H.C., et al., *Giving women their own case notes to carry during pregnancy*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(10). s13-14-15
56. Sandall, J., et al., *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane database of systematic reviews, 2016(4). s2-21-22
57. Sharma, J., M. O'Connor, and R. Rima Jolivet, *Group antenatal care models in low-and middle-income countries: a systematic evidence synthesis*. Reproductive health, 2018. **15**(1): s. 1-12.
58. Rising, S.S., *Centering pregnancy: an interdisciplinary model of empowerment*. Journal of Nurse-Midwifery, 1998. **43**(1): s. 46-54.
59. Catling, C.J., et al., *Group versus conventional antenatal care for women*. Cochrane database of systematic reviews, 2015(2). S14-16
60. Patil, C.L., et al., *CenteringPregnancy-Africa: a pilot of group antenatal care to address Millennium Development Goals*. Midwifery, 2013. **29**(10): S. 1190-1198.
61. Lori, J.R., M.L. Munro, and M.R. Chuey, *Use of a facilitated discussion model for antenatal care to improve communication*. International journal of nursing studies, 2016. **54**: s. 84-94.
62. Cazottes, I., et al., *WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health*. 2014, World Health Organization. s2-13-14
63. Mbuagbaw, L., et al., *Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(12).s22-28
64. Dowswell, T., et al., *Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy*. Cochrane database of systematic reviews, 2015(7). s2-13-14
65. Kriebs, J.M., *Guidelines for perinatal care: by the American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2010, Wiley Online Library.eight ed. s150
66. Kotelchuck, M., *An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index*. American journal of public health, 1994. **84**(9): s. 1414-1420.

67. Osterman, M.J.K. and J.A. Martin, *Timing and Adequacy of Prenatal Care in the United States, 2016*. Natl Vital Stat Rep, 2018. **67**(3): s. 1-14.
68. Hijazi, A., A. Althubaiti, and H. Al-Kadri, *Effect of antenatal care on fetal, neonatal and maternal outcomes: a retrospective cohort study*. Internet J Gynecol Obstet, 2018. **23**(1): s. 1-10.
69. Weigel, M.M. and R.X. Armijos, *Maternal Care and Pregnancy Outcomes of Venezuelan and Colombian Refugees*. Journal of Immigrant and Minority Health, 2023. **25**(1): s. 86-95.
70. Benage, M., et al., *An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon*. Conflict and health, 2015. **9**(1): s. 1-11.
71. Erenel, H., et al., *Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey*. Archives of gynecology and obstetrics, 2017. **295**: s. 45-50.
72. Sezer, H., et al., *The frequency of acceptance of oral glucose tolerance test in Turkish pregnant women: A single tertiary center results*. Northern Clinics of Istanbul, 2022. **9**(2).
73. Abbasi-Kangevari, M., K. Amin, and A.-A. Kolahi, *Antenatal care utilisation among Syrian refugees in Tehran: a respondent driven sampling method*. Women and Birth, 2020. **33**(2): s. e117-e121.
74. Linard, M., et al., *Association between inadequate antenatal care utilisation and severe perinatal and maternal morbidity: an analysis in the pre CARE cohort*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2018. **125**(5): s. 587-595.
75. Pristya, T.Y. and A.F. Mas'udah, *Section Cesarean in Urban Areas Indonesia: How the Relation with Frequencies of Antenatal Care?* KnE Life Sciences, 2018: s. 377-382-377-382.
76. Koc, I., *Increased cesarean section rates in Turkey*. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2003. **8**(1): s. 1-10.
77. Gillespie, P., et al., *An analysis of antenatal care pathways to mode of birth in Ireland*. The Economic and Social Review, 2019. **50**(2, Summer): s. 391-427.
78. Spinner, C. and L.R.B. Huber, *How Much is too Much? High Utilization of Prenatal Care and Its Impact on Primary Cesarean Birth Among Women in the United States*. Maternal and Child Health Journal, 2024: s. 1-8.

79. Gissler, M. and E. Hemminki, *Amount of antenatal care and infant outcome*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 1994. **56**(1): s. 9-14.
80. Peña-Rosas, J.P., et al., *Daily oral iron supplementation during pregnancy*. Cochrane database of systematic reviews, 2015(7). s1-26
81. Ikeanyi, E. and A. Ibrahim, *Does antenatal care attendance prevent anemia in pregnancy at term?* Nigerian Journal of Clinical Practice, 2015. **18**(3): s. 323-327.
82. Mohamed Shaker El-Sayed Azzaz, A., M.A. Martínez-Maestre, and R. Torrejón-Cardoso, *Antenatal care visits during pregnancy and their effect on maternal and fetal outcomes in pre-eclamptic patients*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2016. **42**(9): s. 1102-1110.
83. Knight, M., et al., *Inequalities in maternal health: national cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities*. Bmj, 2009. **338**.
84. Kogutt, B.K. and A.J. Vaught, *Postpartum hemorrhage: Blood product management and massive transfusion*. Semin Perinatol, 2019. **43**(1): s. 44-50.
85. Kacperczyk-Bartnik, J., et al., *Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour*. Taiwan J Obstet Gynecol, 2019. **58**(4): s. 492-496.
86. Partridge, S., et al., *Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: a retrospective analysis of 28,729,765 US deliveries over 8 years*. American journal of perinatology, 2012. **29**(10): s. 787-794.
87. Ashraf-Ganjoei, T., F. Mirzaei, and F. Anari-Dokht, *Relationship between prenatal care and the outcome of pregnancy in low-risk pregnancies*. Open J Obstet Gynecol, 2011. **1**(3): s. 109-12.
88. Gardner, M.E., et al., *Prenatal care and infant outcomes of teenage births: a Project WATCH study*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2023. **23**(1): s. 379.
89. Heaman, M.I., et al., *Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2008. **8**: s. 1-8.
90. Adams, J.B., et al., *Evidence based recommendations for an optimal prenatal supplement for women in the US: Vitamins and related nutrients*. Maternal Health, Neonatology and Perinatology, 2022. **8**(1): s. 1-37.
91. Carter, E.B., et al., *Number of prenatal visits and pregnancy outcomes in low-risk women*. Journal of perinatology, 2016. **36**(3): s. 178-181.

92. Orvos, H., et al., *The perinatal outcome of pregnancy without prenatal care: A retrospective study in Szeged, Hungary*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2002. **100**(2): s. 171-173.
93. Raatikainen, K., N. Heiskanen, and S. Heinonen, *Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes*. BMC public health, 2007. **7**: s. 1-8.
94. Manjavidze, T., et al., *The impact of antenatal care utilization on admissions to neonatal intensive care units and perinatal mortality in Georgia*. PLoS One, 2020. **15**(12): s. e0242991.
95. Gwako, G.N., et al., *Association between utilization and quality of antenatal care with stillbirths in four tertiary hospitals in a low-income urban setting*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2021. **100**(4): s. 676-683.



8. ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : İbrahim Etlik

Doğum Yeri ve Tarihi :

Medeni Durumu : Evli

E-posta :

Yabancı Dil : İngilizce

2. Eğitimi

2013-2019 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

2009-2013 Isparta Süleyman Demirel Fen Lisesi, Isparta

2001-2009 Zübeyir Gündüzalp İlköğretim Okulu, Karaman

3. Ünvanları

2019-Halen Kadın Hastalıkları ve Doğum Asistan Hekimi

4. Mesleki Deneyimi

2019-Halen T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

5. Bilimsel Etkinlikleri

Temel Obstetrik Ultrasonografi ve Fetal Ekokardiyografi Kursu – 2021, TJOD Ankara Şubesi, Ankara

Ürojinekoloji Sempozyumu – 2022, TJOD Ankara Şubesi, Ankara

Postpartum Kanama Sempozyumu – 2022, TJOD Ankara Şubesi, Ankara

9. Uluslararası Ürojinekoloji Kongresi-2022, Denizli

9. EKLER

EK-1. ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-93471371-514.99-220793993
Konu : E.Kurul – E-23-1311- Etik Kurul Kararı

28.07.2023

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

1311 - no'lu çalışma

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nden “ Gebelik Sürecinde Takipli Olan Gebelikler ve Takipsiz Olan Gebeliklerin Maternal ve Neonatal Sonuçlarının Karşılaştırılması” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle 26.07.2023 tarihinde uygun görülmüştür.

Prof. Dr. UĞUR KOÇER
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 59043A0A-5B4F-47BA-AAAD-1356742665A8

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

Hacıettepe Mh. Uluçanlar Cd. No:89 06230 Altındağ / ANKARA 06230
Telefon No:
e-Posta: Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kuy Adresi:

Bilgi için: Sibel TOKU
Sağlık Teknikeri

Telefon No: 03125953189



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelik Sürecinde Takipli Olan Gebelikler ve Takipsiz Olan Gebeliklerin Maternal ve Neonatal Sonuçlarının Karşılaştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Sakarya Mah. Ulucanlar Cad.No:89 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 598 36 00
	FAKS	0312 363-33 96
	E-POSTA	aeahetikkurul06@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Gözlemsel Çalışma	a- ☐	
		a-)Prospektif Gözlemsel(Olgu Kontrol,Kesitsel)	b- ☐	
		b-)Prospektif Çalışma	c- ☒	
		c-)Retrospektif Çalışma		
		FAZ 1		
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		İlaç dışı klinik araştırma	☐	
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
		Diğer ise belirtiniz:		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐
				ULUSLARARASI ☐

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelik Sürecinde Takipli Olan Gebelikler ve Takipsiz Olan Gebeliklerin Maternal ve Neonatal Sonuçlarının Karşılaştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	SİGORTA	☐						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒						
	BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐						
	İLÂN	☐						
	YILLIK BİLDİRİM	☐						
	SONUÇ RAPORU	☐						
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1311/2023	Tarih: 26/07/2023						
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nden Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN tarafından yapılması planlanan ve Dr. İbrahim ETLİK' in Tez çalışması olan "Gebelik Sürecinde Takipli Olan Gebelikler ve Takipsiz Olan Gebeliklerin Maternal ve Neonatal Sonuçlarının Karşılaştırılması" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Uğur KOÇER						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Uğur KOÇER	Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H
Prof. Dr. Burcu DUYUR ÇAKIT	Fizik Tıp ve Rehabilitasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	F
Prof. Dr. Hülya BAŞAR	Anestezi ve Reanimasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	F
Prof. Dr. Hatice ÇELİK	Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ağız Yüz ve Çene Cerrahisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	I
Doç. Dr. Güray SOYDAN	Farmakoloji	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	I
Doç. Dr. Pelin Seher ÖZTEKİN	Radyoloji	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	
Uzm. Dr. Yunus Emre BULUT	Halk Sağlığı Anabilim Dalı Dr. Öğretim Üyesi	SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelik Sürecinde Takipli Olan Gebelikler ve Takipsiz Olan Gebeliklerin Maternal ve Neonatal Sonuçlarının Karşılaştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

Öğr. Grv.Dr. Seyhan DEMİR KARABULUT	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H
Prof. Dr. Nurten ÜNLÜ	Göz Hastalıkları	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H
Doç. Dr. Rukiye ÜNSAL SAÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	F
Doç. Dr. Aziz Mutlu BARLAS	Genel Cerrahi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	F
Doç. Dr. Erdal DEMİRTAŞ	Acil Tıp	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	F
Av. Fatma Handenur HENDEK	Avukat	Ankara Barosu/Serbest Avukat	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	F
Müh. Alperen ORHAN	Biyomedikal Mühendisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	F
Öğr. Mustafa Sıddık ÖZCAN	Öğretmen	Ankara Kız Anadolu İmam- Hatip Lisesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	F