



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ(PRENATAL)
BAKIM KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Yeliz ÜSTÜN DEĞİRMENCİ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2021



T.C. SAğLIK BAKANLIğI

İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**ÜREME ÇAğINDAKİ KADINLARIN DOğUM ÖNCESİ (PRENATAL)
BAKIM KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Yeliz ÜSTÜN DEğİRMENCİ

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Seęil ARICA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2021

ÖNSÖZ

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimime olan desteği ve tez çalışmama olan katkısı ile bana yol gösteren, gereken tüm konularda yardımcı olan hocam Sayın Prof. Dr. Seçil Arıca' ya,

Birlikte çalıştığım Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma ve tüm hastane çalışanlarına,

Bu günlere gelmemde en büyük katkısı olan, aldığım her kararda arkamda olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli annem Mediha Üstün'e ve kıymetli babam Hasan Üstün'e,

Hayatımı paylaştığım güzel ve zor anlarımda hep yanımda olan sevgili eşim Ali Değirmenci'ye,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Yeliz ÜSTÜN DEĞİRMENCİ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	1
İÇİNDEKİLER	2
KISALTMALAR	3
TABLO LİSTESİ.....	4
ŞEKİL LİSTESİ	6
ÖZET	7
ABSTRACT	9
1. GİRİŞ VE AMAÇ	11
2. GENEL BİLGİLER.....	14
2.1 DOĞUM ÖNCESİ BAKIM TANIMI, AMACI VE ÖNEMİ.....	14
2.2.DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN GELİŞİMİ	16
2.3 TÜRKİYE'DE SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN ÖNERİLEN DÖB YÖNETİM REHBERİNİN İÇERİĞİ.....	19
2.3.1 Birinci İzlem (İlk 14 Hafta)	20
2.3.2. İkinci İzlem (18-24. Hafta)	23
2.3.3. Üçüncü İzlem (24-28. Hafta)	24
2.3.4. Dördüncü İzlem (36-38. Hafta)	25
3.GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. HASTA SEÇİMİ VE ÇALIŞMA TASARIMI	26
3.2. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKLAR	57

KISALTMALAR

AÖÖ: Anne Ölüm Oranı

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü/ World Health Organization

E-ASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

NTD: Nöral Tüp Defekti

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

VTE: Venöz Tromboemboli

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.Dünya’da bölgelere göre AÖÖ’ü değişimi(100 000 canlı doğumda), 2000-2017.....	15
Tablo 2.Dünya’da bölgesel bazlı en az bir kere (DÖB-1) ve en az dört kere (DÖB-4) doğum öncesi bakım alan kadınların oranları (2014-2019).....	17
Tablo 3.Türkiye’de doğum öncesi bakım kapsamının yıllara göre değişimi(1993-2018)	18
Tablo 4.2018 TNSA Raporuna Göre Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Temel Özelliklere Göre Oranları	19
Tablo 5. Katılımcılar ve eşlerinin yaş ile ilgili verileri.....	27
Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-1.....	28
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-2.....	29
Tablo 8. Katılımcıların jinekolojik ve obstetrik verilerinin değerlendirilmesi	30
Tablo 9. Katılımcıların jinekolojik ve obstetrik öyküleri	30
Tablo 10. Katılımcıların gebelik kontrolüne gitmeme nedenleri	31
Tablo 11. Katılımcıların gebelik kontrolünü yaptırdıkları merkezler.....	31
Tablo 12. Katılımcıların doğum öncesi bilgi alma durumları.....	31
Tablo 13. Katılımcıların doğum öncesi bakım ile ilgili bilgi aldıkları kaynaklar	32
Tablo 14. Katılımcıların eğitim düzeyi ile DÖB ile ilgili bilgi alma durumları.....	32
Tablo 15. Katılımcıların yaşa göre DÖB ile ilgili bilgi alma durumları.....	33
Tablo 16. Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre DÖB alma durumları	33
Tablo 17. Katılımcıların bilgi düzey puanlarının değerlendirilmesi	34
Tablo 18. Katılımcıların bilgi düzeyleri.....	34
Tablo 19. Katılımcıların gebelikte tehlike işaretleri ve bakılması gereken tetkiklerle ilgili puanlarının değerlendirilmesi.....	34
Tablo 20. Gebelikte tehlike işaretlerinin değerlendirilmesi	35
Tablo 21. Gebelikte bakılması gereken tetkiklerin değerlendirilmesi	36
Tablo 22. Katılımcıların kullandıkları destekleyici tedaviler.....	37
Tablo 23. Katılımcıların gebelik süresince yaptırdıkları tarama testleri.....	37
Tablo 24. Katılımcıların tarama testi yaptırmama nedenleri.....	38
Tablo 25. Katılımcıların son gebelik döneminde tetanoz aşısı yaptırmama durumları...38	
Tablo 26. Katılımcıların tetanoz aşısı yaptırmama nedenleri.....	38
Tablo 27. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi-1.....	40
Tablo 28. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi-2.....	41
Tablo 29. Katılımcıların obstetrik öyküleri ile bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi-1	42
Tablo 30. Katılımcıların obstetrik öyküleri ile bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi-2	43

Tablo 31. Katılımcıların mevcut gebelik varlığının bilgi düzeyine etkisi	43
Tablo 32. Katılımcıların DÖB alma durumunun bilgi düzeyine etkisi.....	44
Tablo 33. Katılımcıların eğitim düzeyi ile son iki gebelik arasındaki süreyle ilişkisinin değerlendirilmesi	44
Tablo 34. Katılımcıların eğitim düzeyi ile planlı gebelik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	45
Tablo 35. Katılımcıların eğitim düzeyi ile Tetanoz aşısı yaptırma durumunun değerlendirilmesi	45



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Katılımcıların yaşları ile bilgi puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	46
Şekil 2. Katılımcıların evlilik yaşları ile bilgi puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	47



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada üreme çağındaki kadınların doğum öncesi (prenatal) bakım konusundaki bilgi, tutum, davranışlarını ve bunları etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya, Ocak – Mart 2021 tarihleri arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesine bağlı E-ASM (Eğitim Aile Sağlığı Merkezi)'ne başvuran gebeliğinin herhangi bir döneminde olan ya da son 2 yıl içinde doğum yapmış 18-49 yaş üreme çağındaki 344 kadın dahil edildi. Çalışmada hastalara sosyodemografik özelliklerini, obstetrik özelliklerini, DÖB ile ilgili bilgi düzeylerini, tutum ve davranışlarını sorgulayan sorular onamları alınarak soruldu. Bilgi düzeyini içeren sorulara verilen cevaplar puanlandı ve katılımcıların puanlarının ortalaması alınarak bilgi düzeyinin yeterliliği değerlendirildi. Daha sonra katılanların DÖB'a ilişkin tutum ve davranışlarını etkileyen faktörler değerlendirildi.

İstatistiksel analizler için SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılımı Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için minimum, maksimum, ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Spearman korelasyon analizi testi, ortalamaların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare, Fischer Exact testleri kullanıldı. $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma 344 kadın olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları 18 ile 49 arasında değişmektedir. Katılımcılara sorulan bilgi sorularından aldıkları puan ortalaması $27,60 \pm 5,83$ olarak hesaplandı. Katılımcıların %52,9'u ortalamanın üzerinde bilgi düzeyi yeterli olarak bulundu.

Çalışmamıza göre eğitim düzeyi arttıkça DÖB'a ilişkin bilgi düzeyinin de anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Aynı zamanda DÖB hizmeti almak da bilgi düzeyini etkilemektedir. Çeşitli çalışmalarda yaşın da bilgi düzeyini etkilediği görülse de bizim çalışmamızda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

SONUÇ

Çalışmamızda görüldüğü üzere DÖB ile ilgili bilgi düzeyini eğitim durumu, gelir getirici bir işte çalışma, gelir düzeyinin yüksek olması gibi etkenler etkilemektedir. Bu durum çeşitli çalışmalarla da desteklenmiştir fakat DÖB alma sayısı kadar alınan hizmetin niteliği de ön planda tutulup bu yönde çalışmalara önem verilmesi gerekmektedir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

Bilgi düzeyi, doğum öncesi bakım, gebelik

ABSTRACT

OBJECTIVE

In this study, it was aimed to investigate the knowledge, attitudes and behaviors of women of reproductive age about prenatal care and the factors affecting them.

MATERIALS AND METHODS

In this study, 344 women of reproductive age aged 18-49 who applied to E-ASM (Education Family Health Center) affiliated to Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital between January and March 2021, who were in any period of their pregnancy or gave birth in the last 2 years, were included. In the study, the questions questioning the sociodemographic characteristics, obstetric characteristics, knowledge level, attitude and behavior of the patients about prenatal care were asked after obtaining their consent. The answers given to the questions including the knowledge level were scored and the adequacy of the knowledge level was evaluated by taking the average of the scores of the participants. Then, factors affecting the participants' attitudes and behaviors towards prenatal care were evaluated.

SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) statistical program was used for statistical analysis. Its normal distribution was evaluated with the Shapiro Wilks test. Descriptive statistics are minimum, maximum, mean, standard deviation for numerical variables; given as numbers and percentages for categorical variables. Spearman correlation analysis test, Mann Whitney U test for comparison of means, Chi-Square and Fischer Exact tests were used for comparison of qualitative data. $p < 0,05$ value was considered significant.

RESULTS

The study was conducted with 344 women. The ages of the cases ranged from 18 to 49 years. The average score obtained from the information questions asked to the participants was calculated as 27.60 ± 5.83 . The knowledge level of 52.9% of the participants was found to be above average.

According to our study, it was observed that as the education level increased, the level of knowledge about prenatal care increased significantly. At the same time, receiving prenatal care also affects the level of knowledge. Although age was seen to affect the level of knowledge in various studies, no significant difference was found in our study.

CONCLUSION

As seen in our study, the level of knowledge about prenatal care is affected by factors such as education, working in an income-generating job, and high income level. This situation has also been supported by various studies, but the quality of the service received as well as the number of antenatal care received should be prioritized and efforts should be given importance in this direction.

KEYWORDS

Knowledge level, prenatal care, pregnancy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Annenin sağığı kendisi için ne kadar önemli ise doğacak çocuklarının sağığı açısından da o kadar önemlidir. Annenin sağığı dolaylı olarak toplumun sağığını etkilemektedir. Çünkü toplumun sağılıklı bireylerinin oluşması sağılıklı bir gebelikle ve çocukların sağılıklı doğması ile mümkündür ⁽¹⁾. Hem annenin hem bebeğın sağığının geliştirilmesinde ve korunmasında doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım temel koruyucu sağılık hizmetlerindendir ⁽²⁾.

Dünyada her gün 800'den fazla kadın gebelik veya doğuma bağılı komplikasyonlar nedeni ile doğum öncesi dönemde, doğumda veya doğum sonu dönemde yaşamını kaybetmektedir. Dünyada 2017 yılında yaklaşık 295 bin anne ölümü meydana gelmiştir. Anne ölümlerinin tamamına yakını gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmekte ve büyük bölümü nitelikli doğum öncesi ve doğum sonu bakım ile önlenabilir nedenlerdir ⁽³⁾. Ülkemizde ise Sağılık Bakanlığı verilerine göre anne ölüm oranı 2019 yılında bir önceki yıla göre %3,7 azalarak 100 000 canlı doğumda 13,1 olarak hesaplanmıştır ⁽⁴⁾.

Doğum öncesi bakım, doktor, ebe veya eğitimli bir sağılık çalışanı tarafından anne ve bebeğın gebelik süresince belirli periyotlarla izlenerek gerekli muayene, laboratuvar işlemleri ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesidir ⁽⁵⁾. Antenatal veya prenatal bakım hizmeti olarak da isimlendirilmektedir ⁽²⁾. Gebe bakımı ve izlemi, gebeliğın planlanması ile başlayıp gebelikte meydana gelebilecek organik, sosyal veya ruhsal sorunları önlemeyi, ortaya çıktığında ise tedavi etmeyi hedefler ⁽⁶⁾. DÖB hizmetleri, gebelik döneminde ortaya çıkan ya da kadında daha önceden var olan hastalık ya da komplikasyonların erken tanı ve tedavisinin sağılanması amaçlamaktadır. Bu hizmetlerin anne ve çocuk sağığının korunması ve geliştirilmesi açısından büyük önemi vardır ⁽⁷⁾.

Yeterli DÖB almayan kadınlarda anne ölüm riskinin artmasının yanı sıra yenidoğanda düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonların sıklığı ve perinatal ölüm olasılığı da artmaktadır ⁽⁸⁾. Bu nedenle doğum öncesi izlemlerin gebeliğın erken dönemlerinde başlanarak gebelik boyunca düzenli aralıklarla sürdürülmesi, annenin

ve fetüsün sağlık durumlarının dikkatle değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili sorunların önlenmesi ve erken tespiti, perinatal ve maternal mortalite ve morbiditenin azaltılması açısından çok önemlidir ⁽⁹⁾.

Ekim 2004-Aralık 2006 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde yürütülen çalışma sonuçlarına göre gebelik, doğum ve lohusalık döneminde gerçekleşen anne ölümleri sebepleri arasında, kadınların %25,5'inin doğum öncesi bakımı hiç almamış olması, %23,6'sının da doğum öncesi bakım hizmetini düşük kalitede almış olması yer almaktadır ⁽¹⁰⁾.

Türkiye'de birinci basamak sağlık çalışanları gebe bakımında ve izleminde uzun zamandır önemli bir sorumluluğa sahiptirler. 2010 yılından bu yana aile hekimliği uygulamasında ülke çapında geçiş tamamlanmış ve her gebeden bir doktor ve bir ebeğin sorumlu olması sağlanmıştır ⁽¹¹⁾. Aile hekimliğinin yanında DÖB hizmetleri kamu, özel hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında da verilebilmektedir. Bu durum DÖB alma sıklığının artışının en önemli sebeplerinden biridir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçlarına göre ülkemizde DÖB hizmetini en az bir kere alanların oranı 2003'te %81, 2008'de %92, 2013'te %97 ve 2018'de %96'dır ⁽¹²⁾.

DÖB'da izlemin niceliğinin yanında niteliği de önemlidir ⁽¹³⁾. DÖB içeriğinde annenin gebelikten önce var olan mevcut hastalıklarını belirlemek ve bu hastalıklardan dolayı ortaya çıkabilecek komplikasyonların erkenden tanısı, tedavisi ve gerekirse üst merkeze sevkı yer almaktadır. Ayrıca riskli gebelikleri belirlemeyi, intrauterin izlemi, annenin bağışıklama açısından değerlendirilmesini, doğum ile ilgili nasıl ve kim tarafından nerede yapılacağının belirlenmesini de içermektedir ⁽⁵⁾.

Doğum öncesi bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan rehber öncülüğünde yürütülmektedir. Son güncellemesi 2018 yılında yapılan bu rehber ile DÖB standardize edilmiştir. DÖB Rehberi'ne göre tüm gebelerin, gebeliğinin ilk 14 haftası içinde tespit edilip herhangi bir risk faktörü bulunmadığı takdirde en az dört kez nitelikli izlenmesi gerekmektedir. Bu izlemler 0-14, 18-24, 28-32 ve 36-38 haftalarda gerçekleştirilmelidir. Rehberde ayrıca her izlem içinde

yapılması gereken tetkik, muayene, ölçüm ve danışmanlık hizmetleri de belirlenmiştir ⁽¹⁴⁾.

Çalışmalar DÖB hizmeti alımının daha çok niceliksel yönünü araştırmakta olup niteliksel değerlendirmeler göz ardı edilmektedir. Yapılan araştırmalarla desteklenen Kessner ve Kotelchuck indeksleri yaygın kullanılmakta olup daha çok DÖB hizmetine başlama zamanı ve DÖB alma sıklığını temel almıştır ⁽¹⁵⁾. Bu çalışmada niceliksel yönünden ziyade daha çok niteliksel yönü değerlendirilmek istenmiştir.

Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi temel alınarak Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran son iki yıl içinde doğum yapmış veya gebeliğinin herhangi bir döneminde olan üreme çağındaki kadınların doğum öncesi bakım konusundaki bilgi, tutum, davranışlarını ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 DOĞUM ÖNCESİ BAKIM TANIMI, AMACI VE ÖNEMİ

Antenatal bakım ya da prenatal bakım olarak da isimlendirilen DÖB, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli periyotlarla, gerekli muayene ve danışmanlıkta bulunularak, hekim, hemşire veya ebe gibi eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir ⁽²⁾⁽⁸⁾. DÖB'ın birincil amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı doğum yapmalarını ve sağlıklı bebeklerinin doğmasını sağlamaktır. Anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde verilen hizmetlerin niceliği ve niteliğinin yeterli olması önem arz etmektedir ⁽¹⁶⁾.

2017 yılında her gün yaklaşık 810, yılda ise yaklaşık 295 000 kadın gebelik veya doğum ile ilgili önlenemez nedenlerden dolayı hayatını kaybetmiştir. Anne ölümlerinin %94'ü orta ve düşük gelirli ülkelerde meydana gelmekte ve önlenemez nedenlerden kaynaklanmaktadır. Genç ergenler diğer kadınlara göre daha çok risk altındadırlar. Kadınlar gebelik sırasında veya sonrasında meydana gelen komplikasyonlar sonucunda ölmektedir, başlıca komplikasyonlar;

- Genellikle doğumdan sonra olan şiddetli kanama,
- Doğumdan sonra ortaya çıkan enfeksiyonlar
- Gebelik sırasında oluşan yüksek tansiyon(eklamps, preeklamps)
- Doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar
- Güvenli olmayan kürtaj
- Geri kalanı ise sıtma gibi enfektif hastalıklar, HT veya Diyabet gibi kronik hastalıklardır.

Bunların tamamı neredeyse gebelikte, doğum sırasında veya doğum sonrasında alınan kaliteli bakımlarla önlenemez komplikasyonlardır. Anne ölüm oranlarını etkileyen faktörler arasında yoksulluk, tesislere uzaklık, bilgi eksikliği, yetersiz ve kalitesiz hizmet, kültürel inançlar ve uygulamalar yer almaktadır. Küresel anne ölümleri 2000 yılında 100 000 canlı doğumda 342 iken 2017 yılında 100 000 canlı doğumda 211 olup 2000-2017 yılları arasında %38 düşüş sağlamıştır. Dünya'da

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi bölgelerine göre dağılım oranı farklılık göstermektedir ⁽³⁾. (Tablo.1)

Tablo 1.Dünya’da bölgelere göre AÖÖ’ü değişimi (100 000 canlı doğumda), 2000-2017

Bölgeler	Anne Ölüm Oranı(Yüz Binde)	
	2000	2017
Dünya	342	211
Sahra- altı Afrika	878	542
Kuzey Afrika-Batı Asya	158	84
Orta ve Güney Asya	375	151
Doğu ve Güneydoğu Asya	114	69
Latin Amerika ve Karayipler	95	73
Okyanusya	106	60
Avrupa ve Kuzey Amerika	17	12
Az Gelişmiş Ülkeler	763	415

Ülkemizde ise Ulusal Anne Ölümleri çalışmasına göre AÖÖ 100 000 canlı doğumda 28,5’tir. Bölgesel ve yerleşim yeri bazlı olarak bakıldığında bu oranlar 7,4 ile Batı Anadolu Bölgesi en düşük, 68,3 ile Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi en yüksektir. Kentsel yerleşim ve kırsal yerleşim yerinde ise oranlar sırasıyla 20,7 ve 40,3 seviyesindedir ⁽¹⁷⁾.

Sağlık Bakanlığı son verilerine göre anne ölümleri son beş yılın en düşük seviyelerinde seyretmektedir. 2018 yılında 100 000 canlı doğumda 13,6 olan anne ölüm oranı %3,7 azalarak 2019 yılında 13,1 oldu. Bölgesel olarak bakıldığında ise Batı Anadolu Bölgesi’nde 100 000 canlı doğumda 2,9 ile en düşük, Orta Anadolu Bölgesi’nde ise 24,4 ile AÖÖ en yüksek seviyededir ⁽⁴⁾.

DÖB’in anne ve bebek sağlığı açısından birçok faydası vardır. İyi planlanan ve kapsamlı alınmış doğum öncesi bakımın anne sağlığı açısından olumlu etkileri arasında maternal morbidite ve mortalite, doğum sonu kanama ve abortus riskinde azalma yer almakta iken; yenidoğan açısından olumlu etkileri arasında ise neonatal morbidite ve mortalite, düşük doğum ağırlıklı bebek, ölü ve erken doğum riskinde azalma yer almaktadır ⁽¹⁸⁾.

Gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak anne ölümleri yer almaktadır. Anne ölümlerinin büyük ölçüde azaltılmasında birinci basamak sağlık kuruluşlarında doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım, aile planlaması hizmetlerinin kadınlara bütüncül bir yaklaşımla nitelikli olarak verilmesi önemlidir ⁽¹⁹⁾.

2.2.DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN GELİŞİMİ

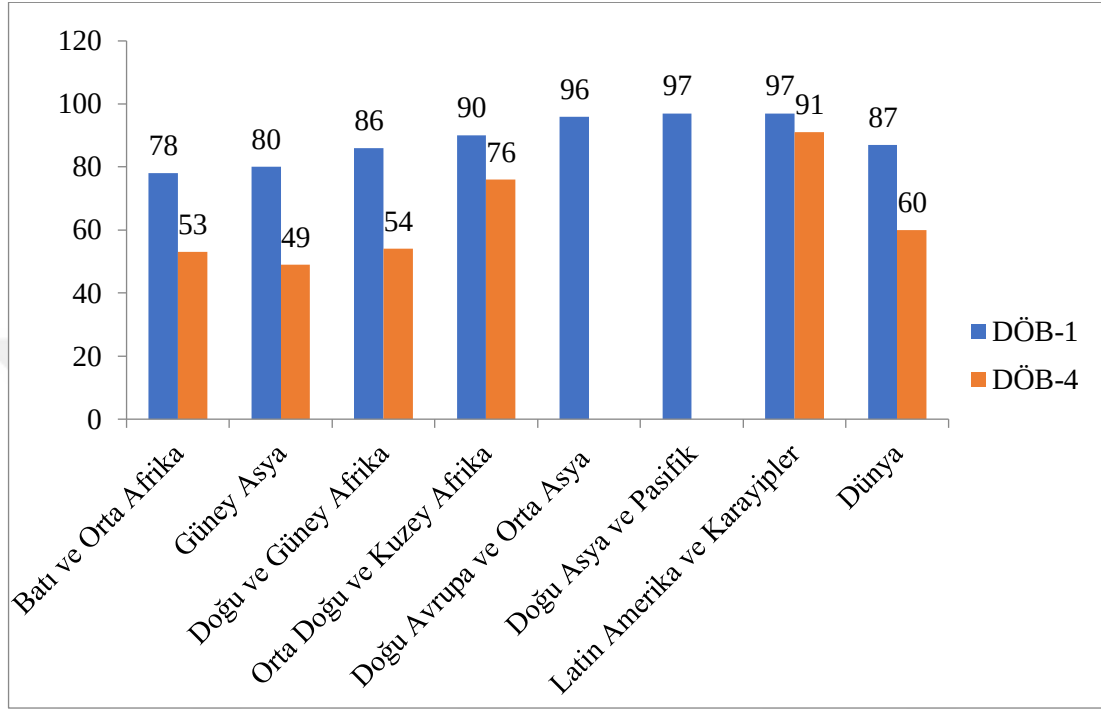
DÖB ilk kez yirminci yüzyılının başında Boston Hemşire Birliği hemşirelerinin gebelerin sağlığına katkı sağlamak amacıyla Boston Lying-In Hastanesi'nde kayıtlı gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamasıyla gündeme gelmiştir. Bu ziyaretler ile önemli başarılar sağlanarak DÖB hizmetinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu da koruyucu sağlık hizmeti adına önemli bir adımdır ⁽²⁾⁽⁵⁾.

Ülkemizde Cumhuriyet'in kurulması ile anne ve çocuk sağlığına önem vermeye başlanmıştır. 1926'da Ankara'da ilk olarak doğum ve bakımevi açılmış ve yine 1926'da Konya'da ikincisi hizmet vermeye başlamıştır. DÖB'dan ziyade bu kuruluşlar daha çok sağıaltım hizmeti vermiştir. DSÖ ve UNICEF'in (United Nations International Children's Emergency Fund) katkılarıyla 1952 yılında, Ana ve Çocuk Sağlığı Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulmuştur. Özel bir örgüt olan bu kuruluşun gebelerin ve okul öncesi çocukların takibine önem vermesi beklenmiş ancak istenilen hizmeti sunamamıştır. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası 1962 yılında kabul edilmiş olup bu yasa ile DÖB hizmetlerinin sağlık ocakları ebeleri tarafından herkese sunulması hedeflenmiştir ⁽²⁾. Doğum öncesi bakım hizmetleri 2010 yılının sonuna kadar yani Aile Hekimliği uygulaması ülkemizde yaygınlaşmaya başladığı döneme kadar bu şekilde yapılmaktadır. 2010 yılı itibarıyla sistem her gebeden sorumlu bir doktor ve bir ebe olacak şekilde ülke geneline yerleşmiştir ⁽¹¹⁾.

Mevcut veriler, küresel ve bölgesel ülkeler dikkate alındığında ortak görüş her gebe gebeliği boyunca en az dört kez nitelikli DÖB hizmeti almalıdır şeklinde olmuştur. Mevcut verilere bakıldığında dünya genelinde gebelerin %87'si en az bir kez uzman sağlık personeli tarafından nitelikli DÖB bakım alırken yalnızca %60'ı en az dört kez nitelikli DÖB hizmeti almaktadır. DÖB alma durumları ülkeler arası

farklılık göstermektedir. Batı ve Orta Afrika, Güney Asya gibi AÖÖ'lerinin yüksek olduğu ülkelerde en az 4 kez DÖB alan gebe sayısı çok daha düşüktür ⁽²⁰⁾.

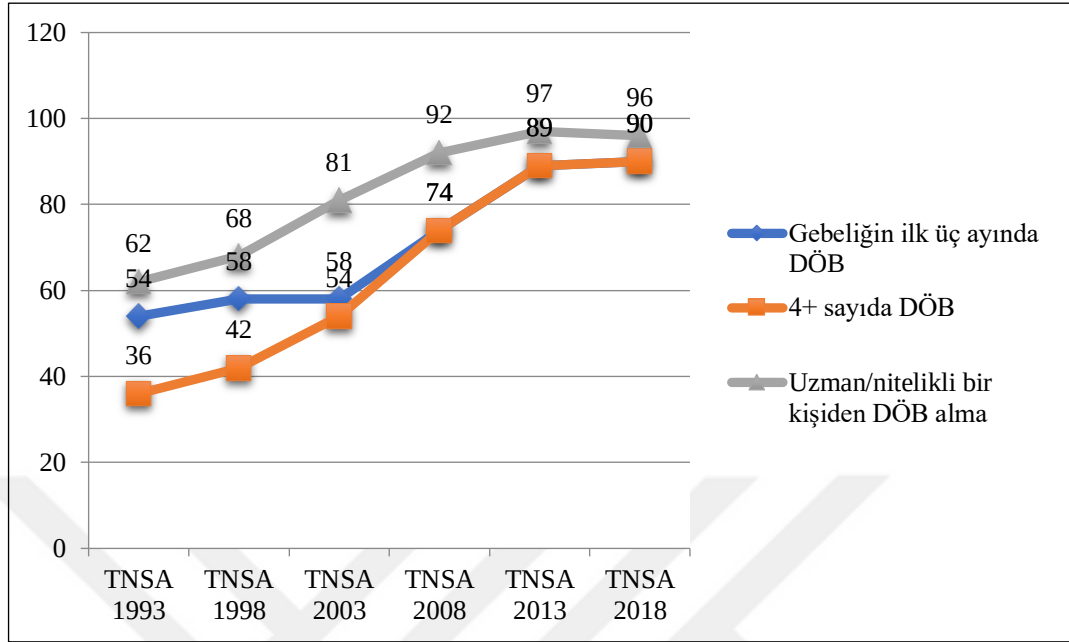
Tablo 2.Dünya’da bölgesel bazlı en az bir kere (DÖB-1) ve en az dört kere (DÖB-4) doğum öncesi bakım alan kadınların oranları (2014-2019)



Geçmiş veriler değerlendirildiğinde son 10 yılda gebelerin en az dört kez DÖB alma sıklığı artmaktadır. 2006-2019 yıllarında arasında Güney Asya (%37’den %49’a) ve Sahra-altı Afrika (%44-47’den %53-54’e) bölgeleri gibi bölgelerde olan bir miktar artış ise anne ve yenidoğan sağlığını iyileştirmek için yeterli seviyede değildir. Oranların dengesiz olmasının sebebi ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve kırsal kentsel yerleşim yeri farkıdır ⁽²⁰⁾.

Ülkemizde ise DÖB’in kapsamı 1998-2013 yılları arasında belirgin iyileşme göstermiş olup 2013 yılında neredeyse tüm kadınları kapsamıştır. Daha sonraki dönemlerde de gerek DÖB hizmetinin alınmaya başlanma zamanı ve sayısı gerek uzman sağlık çalışanları tarafından DÖB hizmeti verilmesi oranları yüksek devam etmektedir. Fakat yine de artış hızı önceki yıllara göre durağanlaşmıştır ⁽¹²⁾.(Tablo 3)

Tablo 3.Türkiye’de doğum öncesi bakım kapsamının yıllara göre değişimi(1993-2018)



Kaynak: TNSA 2018 Raporu

Türkiye’de en son TNSA verilerine göre en az 4 kez DÖB hizmeti alan kadın oranı %90 olarak hesaplanmış, kadınların yalnızca % 4’ü DÖB’ı hiç almadığını beyan etmiştir. Yine kadınların %90 ‘ı gebeliğinin ilk üç ayında DÖB almış, %1 ‘i ise DÖB hizmetini sekizinci aydan sonra almıştır. Yıllara göre ülkemizde DÖB alma oranları artış göstermiş olsa da yine de istenilen düzeyde değildir. Ülkemizde DÖB’da temel özelliklere ilişkin farklılıklar daha az seviyededir. Bu farklılığı yaratan temel özellikler içinde gebelik yaşı, doğum sayısı, yerleşim yeri, eğitim durumudur ⁽¹²⁾. (Tablo 4)

Tablo 4.2018 TNSA Raporuna Göre Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Temel Özelliklere Göre Oranları

Temel Özellik	Doğum Öncesi Bakım Almama (%)	Uzman Sağlık Personelinden DÖB alma (%)
Doğumda Anne Yaşı		
<20	5,9	94,1
20-34	3,3	96,7
35-49	4,0	96,0
Doğum Sayısı		
1	2,0	98,0
2-3	3,7	96,2
4-5	3,7	96,3
6+	13,6	86,4
Yerleşim Yeri		
Kent	3,7	96,3
Kır	3,0	97,0
Bölgeler		
Batı	4,1	95,9
Güney	4,2	95,8
Orta	2,3	97,7
Kuzey	0,6	99,4
Doğu	3,6	96,2
Eğitim		
Eğitimi yok/İlkokulu Bitirmemiş	7,0	93,0
İlkokul	4,2	95,8
Ortaokul	1,9	97,9
Lise ve üzeri	2,8	97,2
Hane Halkı Refahı		
En Düşük	5,3	94,4
Düşük	4,7	95,3
Orta	4,7	95,3
Yüksek	1,9	98,1
En Yüksek	0,8	99,2
Toplam	3,5	96,4

Kaynak: TNSA 2018 Raporu

2.3 TÜRKİYE’DE SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN ÖNERİLEN DÖB YÖNETİM REHBERİNİN İÇERİĞİ

Normal ya da riski düşük olan gebeliklerde, gebelerin 28. haftaya kadar dört haftada bir, 28-36. haftalar arasında iki haftada bir, 36. haftadan sonra haftada bir izlenmesi gerekmektedir ⁽²¹⁾. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı DÖB yönetim rehberine göre ülke çapında belirli standartlarda olması amacıyla, daha kaliteli ve kapsamlı

doğum öncesi bakım hizmeti vermek adına izlem sayısı dört olarak belirlenmiştir ⁽¹⁴⁾. Bu sayı riskli gebeliklerde hekim görüşü ile arttırılabilir.

2.3.1 Birinci İzlem (İlk 14 Hafta)

Gebeliğin ilk 14 haftasında yapılmalı ve izlem için en az 30 dakika ayrılmalıdır. Gebe 14 haftadan sonra tespit edilmiş ya da sağlık kuruluşuna gelmiş ise ilk izlem gibi değerlendirilmeli ve ek olarak gebelik haftasına göre izlem yapılmalıdır.

1. İletişim:

Gebe ve varsa aile yakınları uygun iletişim kurularak, gerekli mahremiyet uygulanarak karşılanmalıdır. Sağlık çalışanı kendini tanıtır ve gebeyi tanıyarak gereken mesafeyi korumalıdır.

2. Öykü Alma:

Gebenin kimlik numarası, yaş, medeni hali, telefon numarası, adres, akraba evliliğinin olup olmaması, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvencesinin olup olmaması gibi kişisel bilgiler alınmalıdır. Ailede kalıtsal hastalıklar, gebenin sigara ve alkol gibi alışkanlıkları, kronik sistemik hastalığının varlığı, venöz tromboemboli, geçirilmiş veya tedavisi devam eden enfeksiyon hastalıkları (tüberküloz, brucella vs.), CYBE, psikiyatrik hastalıklar, kan transfüzyonu alıp alınmadığı, talasemi, hastaneye yatış varsa nedenleri, geçirilmiş jinekolojik operasyonlar, ilaç alerjisi ya da sürekli kullanılan ilaç varlığı, tetanoz toksoit, rubella, hepatit b immünizasyonu, serviks kanseri taraması, HIV enfeksiyonu varlığı gibi tıbbi öyküler sorgulanmalıdır.

Gebenin obstetrik özellikleri de son derece önemlidir. Gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük veya kürtaj varlığı, öncesinde kullandığı aile planlaması yöntemi, infertilite öyküsü var ise gördüğü tedaviler sorgulanmalıdır. Her gebeliği için ayrı ayrı doğum ağırlığı, cinsiyeti, doğum şekli ve haftası, erken membran rüptürü öyküsü, prematüre öyküsü, çoğul gebelik, maternal komplikasyonlar (kanama, preeklampsi, gestasyonel diyabet vs.), doğumun nerede ve kim tarafından yapıldığı, doğum sırası ve sonrasında yaşanan komplikasyonlar, fetal komplikasyonlar detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır.

Mevcut gebeliğinin son adet tarihi, bilmiyorsa elinde mevcut olan en erken dönem ultrason, gebelik öncesinde veya sırasında kullanılan ilaç varlığı, gebelikte tehlike işaretleri(kanama, tansiyon yüksekliği, yüksek ateş, karın ağrısı vs.) ve tahmini doğum zamanı da sorgulanması gereken özellikler arasındadır.

3. Fizik Muayene:

Fizik muayenede kesinlikle boy ve kilo ölçümü yapılmalıdır. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) $<18.5\text{kg/m}^2$ veya $\geq 30\text{kg/m}^2$ ise diyetisyene yönlendirilmeli VKİ'ne göre zayıf ve normal ağırlıktaki gebelerde ayda en fazla 2 kilo alımı, kilolu ve obez olan gebelerde ise en fazla 1 kilo alımı önerilmektedir. Kan basıncı 140/90 mmHg ve üzeri değerler yüksek tansiyon olarak kabul edilir ve kadın doğum uzmanına sevk edilmesi gerekir. 160/110 mmHg ve üzeri değerlerde ise 15 dakika ara ile tekrar ölçüm yapıp 112 ile sevk edilmelidir. Tüm bunların yanında detaylı fizik muayene yapılması gerekir. İzlem 12. haftadan sonra yapılıyor ise el doppleri ile fetal kalp atımı değerlendirilmelidir.(120-160/dk) Gebelikte risk değerlendirme formu dikkate alınarak hastalıklara özgü tehlike işaretleri açısından değerlendirilmeli gerektiğinde sevk edilmelidir. Preeklampsi, venöz tromboemboli açısından değerlendirmeler yapıp gerekirse profilaksi verilip sevk edilmelidir.

4. Laboratuvar Testleri:

Tam idrar tahlili ve idrar kültürü bakılmalıdır. Tam kan sayımına bakılmalı anemi mevcut ise demir ilacı başlanmalıdır. Tetkiklerine göre talasemi açısından da değerlendirilmelidir. Aşılınmış olsa da HbsAg bakılmalıdır. Kan grubu tayini yapılmalı eş kan grubu da bakılıp kan uyumsuzluğu açısından indirekt coombs testi bakılmalı duruma göre ya tekrarlanmalı ya da üst merkeze sevk edilmelidir. Sifiliz ve gebenin bilgisi ve onayı ile HIV için tetkikler yapılmalı, TSH (1. trimestrda üst sınır 2.5 mIU/L, 2. Ve 3. trimestrda üst sınır 3 mIU/L'dir) gestasyonel diyabet açısından risk faktörleri sorgulanmalı duruma göre risk varsa 75 mg OGTT yapılmalıdır. İlk izlemde risk yoksa ya da diyabet açısından tetkikler negatifse 24-28. Haftalar arasında OGTT tekrarlanmalıdır. Fetal anomaliler ve kromozomal tarama testleri hakkında bilgilendirilmeli ve kişinin isteği doğrultusunda 11-14. Haftalar arasında ultrasonografi ile ense saydamlığı bakılan kombine yani ikili test yapılmalıdır.

5. Gebeye Verilecek İlaç Desteği ve Bağışıklama:

Gebeye bakılan tam kan sayımında anemi tespit edildiğinde tedavi düzeyinde demir ilacı başlanmalıdır. Anemi tespit edilmese bile 16. Gebelik haftasından itibaren profilaktik dozda demir başlanmalıdır. Gebelik planlayan her kadına gebeliğinden en az 1 ay önce 400-800 mikrgr/gün, özellikle antiepileptik ilaç kullanımı, nöral tüp defektli(NTD) gebelik öyküsü, diyabet, obezite gibi NTD açısından riskli olan kadınlara ise gebelikten 3 ay önce 4 mg/gün folik asit başlanmalı ve 12. Gebelik haftasına kadar devam edilmelidir. 12. Gebelik haftasından itibaren günlük 9 damla (1500 IU) D vitamini başlanmalıdır. Hastanın tetanoz bağışıklaması ile ilgili anamnezi alınmalıdır. Tetanoz aşısı şemasına göre aşılanmalıdır. Daha öncesinde hiç aşılanmamış gebelerin 12. Haftadan itibaren gebelik boyunca en az 2 doz tetanoz aşısı yapılmalı gebelik sonrasında da aşıları tamamlanmalıdır. Gebe hepatit B enfeksiyonu yönünden tetkik edilmeli HBsAg ve AntiHBs negatif ise özellikle gebe hepatit B yönünden risk grubunda ise isteğe bağlı ikinci ve üçüncü trimestrda 3 doz şeklinde aşılanabilir. Eęer gebe HBsAg pozitif ise doğum sonu yenidoğana hepatit B aşısı ve immunglobulin yapılmalıdır. Grip sezonunda grip aşısı olması önerilmelidir.

6. Bilgilendirme ve Danışmanlık

Gebe yorgunluk, bulantı ve kusma, sık idrara çıkma, baş dönmesi, baş ağrısı, varis ve hemoroid, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramp, nefes darlığı, çarpıntı, ciltte meydana değişiklikler, memelerde hassasiyet, vajinal akıntı, meme başındaki glandlarda belirginleşme, kolostrum salınımı, aşırı tükürük salgılanması, toprak yeme gibi konularda bilgilendirilmelidir.

Gebeye danışmanlık verilecek konular:

- Beslenme, diyet, kilo alımı
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Seyahat
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı

- Sigara, alkol ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz, Hepatit B ve İnfluenza bağışıklaması
- Gebelikte tehlike işaretleri:
 - ✓ Şiddetli bulantı kusma
 - ✓ Vajinal kanama
 - ✓ Konvülziyon
 - ✓ Şiddetli baş ağrısı
 - ✓ Tansiyon yüksekliği
 - ✓ Görmede bulanıklık
 - ✓ Ateş
 - ✓ Karın ağrısı
 - ✓ Solunum güçlüğü veya sık solunum
 - ✓ Yüz, el ve bacaklarda şişme
 - ✓ Bebek hareketlerinde azalma
 - ✓ Su gelmesi
 - ✓ Nedeni açıklanamayan cilt kaşıntısı

2.3.2. İkinci İzlem (18-24. Hafta)

1. İletişim:

Birinci izlemdeki veriler kontrol edilmeli eksikler tamamlanmalıdır.

2. Öykü Alma:

Birinci izlemdeki kişisel bilgiler soy geçmiş, özgeçmiş, alışkanlıklar tekrar sorgulanmalı eksikler tamamlanmalıdır. Bir önceki izlemden sonra gelişebilecek semptomlar ve gebelikte tehlike işaretleri açısından değerlendirilmelidir.

3.Fizik Muayene:

Birinci izlemdeki muayeneler tekrarlanmalı, gebe kilo alımı ve VTE açısından değerlendirilmeli, risk değerlendirme formu doldurulmalıdır. Gebelik haftasına göre uterus büyüklüğü kontrol edilmeli normalden küçük ya da büyük ise bir üst merkeze sevk edilmelidir.

4. Laboratuvar Testleri:

Tam idrar tetkiki tekrarlanmalıdır. İdrar kültürü ilk izlemde yapılmadıysa ya da yapılmış olup herhangi bir anormal sonuç çıkmış ise tekrarlanmalıdır. İlk izlemde yapılması gereken tetkikler kontrol edilmeli eksik varsa tamamlanmalıdır. Tam kan sayımı yapılmalıdır. NTD taraması amacıyla 16-20.haftalar arası maternal alfa fetoprotein bakılmalı yine birinci izlemde yapılmamış ise 16-20. Haftalarda üçlü/dörtlü test yapılması önerilmelidir. 18-22.haftalarda ise ultrasonografi ile fetal anomali taraması için gebe yönlendirilmelidir. Obstetrik ultrasonografi yapılması sağlanmalıdır. Obstetrik ultrasonografi fetüs sayısı, fetal kalp atımı, amniyon sıvı miktarı, fetal biyometrik ölçümlerin bakılmasının yanında özellikle geçirilmiş uterus cerrahisi olan kişilerde plasenta anomalileri açısından önemlidir. Erken doğum öyküsü olan gebelerde ise transvajinal ultrasonografi ile servikal uzunluk bakılmalıdır.

5. Gebeye Verilecek İlaç Desteği ve Bağışıklama:

İlk izlemde önerilen demir ve D vitamini sorgulanmalı, başlanmıssa başlanması sağlanmalıdır. Tetanoz aşısı gerekiyorsa yapılmalıdır.

6. Bilgilendirme ve Danışmanlık:

Birinci izlemde bahsedilen tüm danışmanlık hizmetleri ile ilgili gebe bilgilendirilmelidir. Mevcut izlemde özellikle fetüs hareketlerinin hissedilmemesi, gebelikte tehlike işaretleri, kilo alımı ile ilgili konulara özellikle değinilmelidir.

2.3.3. Üçüncü İzlem (24-28. Hafta)

Birinci izlemdeki iletişim öykü alma kısımları tekrarlanmalı eksiklik varsa tamamlanmalıdır. Fizik muayene baştan detaylı bir şekilde yapılmalıdır. Kilo alımı ve VTE risk faktörleri değerlendirilip gerekirse üst merkeze sevki sağlanmalıdır. Yaygın ödem kontrolü yapılmalı, gebeliğin son aylarında hidrostatik basınç artışına bağlı ayaklarda ödem ortaya çıkabilir. Eller ve gözkapakları gibi vücudun üst kısımlarındaki ödem preeklampsinin ilk belirtisi olabilir bu konuda dikkatli olunmalıdır. Bir önceki izlemde sonra ekstra gelişmiş olan şikayetler değerlendirilmelidir. (bacak krampları, gebelikte tehlike işaretleri vs)

İdrar ve tam kan sayımı tekrarlanmalıdır. Rh uygunsuzluğu mevcutsa indirek coombs testi yapılmalı, negatif ise de anti-D immunglobulin yapılması sağlanmalıdır. Önceki izlemlerde demir ve D vitamini desteği başlanıp başlanmadığı kontrol edilmeli, gerekiyorsa başlanmalı, devamı sağlanmalıdır. Tetanoz bağışıklaması gerekiyorsa yapılmalıdır.

Önceki izlemlerdeki danışmanlık hizmetleri aynı şekilde sunulmalıdır. Bu izlemde özellikle fetüs hareketlerinin izlenilmemesi gibi tehlike işaretleri, kilo alımı , doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı, doğum eylemi, emzirme ve anne sütünün önemi, postpartum üreme sağlığı ile ilgili danışmanlık verilmelidir.

Yüksek riskli gruba girmeyen gebelere 24-28. haftalar arasında 50 gr oral glukoz tarama testi yapılmalıdır.

2.3.4. Dördüncü İzlem (36-38. Hafta)

Daha önce kaydedilen kişisel bilgi, özgeçmiş, soy geçmiş, alışkanlıklar, obstetrik ve tıbbi öykü, mevcut gebeliğinin öyküsü gibi konular tekrar gözden geçirilmelidir. Gebelikte kullanması gereken destekleyici tedaviler sorgulanmalı ve devamı sağlanmalıdır. İdrar tetkiki ve tam kan sayımı rutin her izlemde tekrarlanmalı, önceki izlemlerde anormal sonuçlar mevcutsa onlar da tekrar edilmelidir. Gebelikte tehlike işaretleri sorgulanmalı ve varsa yakınmaları değerlendirilmelidir. Önceki gebelik izlemlerinde belirtilen danışmanlık hizmetleri sağlanmalıdır.

Tüm izlem basamaklarında gebelikte risk faktörleri değerlendirilmeli, sevk kriterlerine göre üst basamağa sevki sağlanmalıdır. Ayrıca yapılan tüm işlemler, danışmanlıklar not alınmalıdır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. HASTA SEÇİMİ VE ÇALIŞMA TASARIMI

Bu çalışmaya, Ocak – Mart 2021 tarihleri arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'ne bağlı E-ASM (Eğitim Aile Sağlığı Merkezi)'lerine başvuran 15-49 yaş aralığındaki üreme çağındaki kadınlardan halihazırda gebe olan veya son 2 yıl içinde doğum yapmış 344 kadın dahil edildi. Katılımcılarda hafıza faktörünü en aza indirebilmek adına son 2 yıl içinde doğum yapmış olma şartı konmasına rağmen yine de hafıza faktörü sonucu etkilemiş olabilir. Katılımcılar herhangi bir zaman diliminde rastgele Aile Sağlığı Merkezine gebe izlemi, çocuk izlemi nedeniyle başvuran kadınların bilgilendirilmiş onamı alınarak seçilmiştir. Çalışmada hastaların sosyo–demografik özellikleri, öz geçmişleri, obstetrik özellikleri, gebelikte karşılaşılan durumlarla ilgili bilgi düzeylerini, gebelikte bağışıklama, gebelikte tarama testlerini içeren sorular soruldu.

Çalışmaya 18 yaşından küçük olan ve 49 yaşından büyük olan kadın hastalar, çalışmanın herhangi bir döneminde çalışmadan ayrılmak isteyen hastalar, postmenapozal olan hastalar ve erkek hastalar dahil edilmemiştir.

3.2. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılımı Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için minimum, maksimum, ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Spearman korelasyon analizi testi, Ortalamaların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare, Fischer Exact testleri kullanıldı. $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamızın Cronbach alfa değeri 0,70 olarak saptanmıştır.

Çalışmamıza katılanların yaş ortalaması $30,31 \pm 4,20$ iken eşlerinin yaş ortalaması $33,09 \pm 4,70$ idi.

Tablo 5. Katılımcılar ve eşlerinin yaş ile ilgili verileri

	Min.	Maks.	Ort.	Std. Sapma
Yaş	21	44	30,31	4,20
Eşinin yaşı	24	48	33,09	4,70

Katılımcıların %75,58'i (n=260), eşlerinin %67,48'i (n=239) üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahipti. Katılımcıların %36'sı (n=125) bir işte çalışmıyordu, eşlerinde ise çalışmama oranı %0,58 (n=2) idi.

Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-1

		N	%
Eğitim	Okur-yazar değil	1	%0,29
	İlköğretim	30	%8,72
	Lise	53	%15,41
	Üniversite	230	%66,86
	Yüksek lisans	30	%8,72
Çalışma	Çalışmıyor	125	%36,34
	İş buldukça çalışıyor	9	%2,62
	Kendi işinde çalışıyor	11	%3,20
	Devlet	158	%45,93
	Özel sektör	41	%11,92
Eş eğitim durumu	Okur-yazar değil	2	%0,58
	İlköğretim	36	%10,47
	Lise	67	%19,48
	Üniversite	199	%57,85
	Yüksek lisans	40	%11,63
Eş çalışma durumu	Çalışmıyor	2	%0,58
	İş buldukça çalışıyor	8	%2,33
	Kendi işinde çalışıyor	58	%16,86
	Devlet	147	%42,73
	Özel sektör	129	%37,50
	Total	344	%100,00

Katılımcıların sadece %3,5'inin (n=12) herhangi bir sigortası yoktu. %93'ü (n=320) eşiyile akraba olmadığını, %83,4'ü (n=287) sigara kullanmadığını belirtti. Kronik hastalıkları sorgulandığında %83,14'ü (n=286) “bildiğim bir hastalığım yok” şeklinde beyan etti.

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-2

		N	%
Sigorta	SGK	299	% 86,9
	Özel sağlık sigortası	30	% 8,7
	Sigorta yok	12	% 3,5
	Özel+ SGK	3	% 0,9
Gelir	2000 ve altı	9	% 2,6
	2001-4000	80	% 23,3
	4001-6000	116	% 33,7
	6001 ve üzeri	139	% 40,4
Akrabalık	Hayır	320	% 93,0
	Birinci derece akraba	5	% 1,5
	İkinci derece akraba	6	% 1,7
	Uzak akraba	13	% 3,8
Sigara	Hayır kullanmıyorum	287	% 83,4
	Evet ama gebeyken bıraktım	40	% 11,6
	Evet gebeyken de kullandım	17	% 4,9
Hastalık	Bildiğim bir hastalığım yok	286	% 83,14
	Guatr	23	% 6,69
	Astım	10	% 2,91
	Diabetes Mellitus	6	% 1,74
	Hipertansiyon	5	% 1,45
	Epilepsi	4	% 1,16
	Kalp hastalığı	3	% 0,87
	Böbrek hastalığı	2	% 0,58
	Karaciğer hastalığı	2	% 0,58
	FMF	2	% 0,58
	Faktör V leiden	1	% 0,29
	Total	344	% 100,00

Katılımcıların ortalama evlilik yaşı $25,04 \pm 3,33$, gebelik yaşı $26,85 \pm 3,60$, gebelik sayısı $1,07$ olarak belirlendi.

Tablo 8. Katılımcıların jinekolojik ve obstetrik verilerinin değerlendirilmesi

	Ort.	Min.	Maks.	Std. Sapma
Evlilik yaşı	25,04	16	36	3,33
Gebelik yaşı	26,85	16	40	3,60
Gebelik sayısı	1,81	1	6	1,07
Doğum sayısı	1,24	0	4	,84
Düşük sayısı	,19	0	2	,43
Kürtaj sayısı	,10	0	2	,34

Katılımcıların son iki gebeliği arasındaki süre sorulduğunda %52,33'ünün (n=180) ilk gebeliğinde olduğu, %29,36'sının (n=101) üç yıl ve daha fazla olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %27,91'i (n= 96) halihazırda gebe olduğunu, %80,52'si (n=277) son gebeliğinin planlı olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların tamamına yakınının ilk muayenesine 12. haftadan önce ve düzenli kontrollerine gittiği belirlenmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların jinekolojik ve obstetrik öyküleri

		N	%
Gebelik aralığı	İlk gebeliğim	180	% 52,33
	1 yıl	34	% 9,88
	2 yıl	29	% 8,43
	3 yıl ve daha fazla	101	% 29,36
Gebelik varlığı	Evet	96	% 27,91
	Hayır	248	% 72,09
Son gebeliği planlı mı?	Evet	277	% 80,52
	Hayır	67	% 19,48
İlk muayeneye ne zaman gitti?	0-12 hafta	335	% 97,38
	13 haftadan sonra	6	% 1,74
	Hatırlamıyorum	3	% 0,87
Düzenli kontrollere gitti mi?	Evet	331	% 96,22
	Hayır	13	% 3,78

Gebelik süresince doktor kontrolüne gitmeyen 13 kişinin nedenleri incelendiğinde sırasıyla; pandemi, önceki gebeliğinde gitmiş olması ve yoğunluk olduğu saptandı.

Tablo 10. Katılımcıların gebelik kontrolüne gitmeme nedenleri

		N	%
Kontrol yaptırmama nedenleri	Önceki gebeliğimde gitmiştim, bilgim vardı	5	% 38,46
	Pandemi	7	% 53,85
	Yoğunluk	1	% 7,69
	Total	13	% 100,00

Katılımcıların gebelik sürecinde kontrol için en sık başvurduğu sağlık merkezi “Özel Hastane” idi. Özel Hastaneyi, Devlet Hastanesi ve Aile Sağlığı Merkezleri izlemekteydi.

Tablo 11. Katılımcıların gebelik kontrolünü yaptırdıkları merkezler

		Yanıtlar		% (n=329)
		N	%	
Kontrol yapılan yer	Özel Hastane	268	% 61,0	%81,5
	Devlet Hastanesi	74	% 16,9	%22,5
	Aile Sağlığı Merkezi	52	% 11,8	%15,8
	Üniversite ya da Eğitim Araştırma Hastanesi	45	% 10,3	%13,7
Total		439	% 100,0	%133,4

*Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için “N” değeri katılımcı sayısından yüksek çıkmıştır

Katılımcıların %63,37’si (n=218) doğum öncesi bakım konusunda bilgi almıştı.

Tablo 12. Katılımcıların doğum öncesi bilgi alma durumları

		N	%
Bilgi alma	Evet	218	% 63,37
	Hayır	126	% 36,63
	Total	344	% 100,00

Çalışmamıza katılanların doğum öncesi bakım ile ilgili en çok başvurdukları bilgi kaynağı internet ve Kadın Doğum Uzmanıydı, ebe-hemşire, kitap-dergi, diğer bilgi kaynaklarını oluşturunuyordu.

Tablo 13. Katılımcıların doğum öncesi bakım ile ilgili bilgi aldıkları kaynaklar

		Yanıtlar		% (n=217)
		N	%	
Bilgi alınan merkezler	İnternet	125	% 19,5	57,6
	Kadın doğum uzmanı	125	% 19,5	57,6
	Ebe-hemşire	111	% 17,3	51,2
	Kitap-dergi	97	% 15,1	44,7
	Aile hekimi	66	% 10,3	30,4
	Arkadaş	60	% 9,3	27,6
	Aile büyükleri	58	% 9,0	26,7
Total		642	% 100,0	295,9

*Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için “N” değeri katılımcı sayısından yüksek çıkmıştır

Katılımcıların DÖB ile ilgili bilgi alma durumlarını etkileyen faktörler olarak değerlendirildiğinde eğitim durumu arttıkça bilgi alma durumları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bunun yanında yaş ve gebelik sayısı ile ilişkisi bulunmamıştır.

Tablo 14. Katılımcıların eğitim düzeyi ile DÖB ile ilgili bilgi alma durumları

			Bilgi alma durumu		Total	p
			Evet	Hayır		
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı ^a	N	15	16	31	0,033
		%	% 48,4	% 51,6	%100,0	
	Lise ^{a, b}	N	31	22	53	
		%	% 58,5	% 41,5	%100,0	
	Üniversite ^{a, b}	N	147	83	230	
		%	% 63,9	% 36,1	%100,0	
	Yüksek lisans ^b	N	25	5	30	
		%	% 83,3	% 16,7	%100,0	
	Total	N	218	126	344	
		%	% 63,4	% 36,6	%100,0	

Tablo 15. Katılımcıların yaşa göre DÖB ile ilgili bilgi alma durumları

			Bilgi alma durumu		Total	p
			Evet	Hayır		
Yaş grubu	20-29 yaş	N	104	54	158	0,676
		%	% 65,8	% 34,2	% 100,0	
	30-39 yaş	N	107	68	175	
		%	% 61,1	% 38,9	% 100,0	
	40-49 yaş	N	7	4	11	
		%	% 63,6	% 36,4	% 100,0	
Total		N	218	126	344	
		%	% 63,4	% 36,6	% 100,0	

Tablo 16. Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre DÖB alma durumları

	Bilgi alma durumu	N	Ort.	St. sapma	p
Gebelik sayısı	Evet	218	1,78	1,07	0,37
	Hayır	126	1,86	1,06	
Doğum sayısı	Evet	218	1,25	0,83	0,64
	Hayır	126	1,21	0,85	
Düşük sayısı	Evet	218	0,19	0,43	0,91
	Hayır	126	0,19	0,43	
Kürtaj sayısı	Evet	217	0,12	0,36	0,49
	Hayır	126	0,09	0,31	

Katılımcılara sorulan bilgi sorularından aldıkları puan ortalaması $27,60 \pm 5,83$ olarak hesaplandı. Ortalamanın üzerinde puan alanların bilgi düzeyi yeterli altındakilerin ise bilgi düzeyi yetersiz kabul edildi.

Tablo 17. Katılımcıların bilgi düzey puanlarının değerlendirilmesi

	N	Min.	Maks.	Ort.	Std. Sapma
Bilgi puanı	344	5	39	27,60	5,839

Tablo 18. Katılımcıların bilgi düzeyleri

		N	%
Bilgi düzeyi	Yeterli	182	52,9
	Yetersiz	162	47,1
	Total	344	100,0

Bilgi düzeyi puanına dahil edilen sorularda gebelikte tehlike işaretleri ve gebelikte yapılması gereken işlemler ve tetkiklerin neler olduğu sorgulanmıştır. Katılımcıların gebelikte tehlike işaretleri ve bakılması gereken tetkiklerle ilgili puan ortalaması sırasıyla $4,87 \pm 1,8$ ve $9,13 \pm 2,53$ olarak bulunmuştur.

Tablo 19. Katılımcıların gebelikte tehlike işaretleri ve bakılması gereken tetkiklerle ilgili puanlarının değerlendirilmesi

	N	Min.	Maks.	Ort.	Std. Sapma
Gebelikte tehlike işaretleri	344	0	8	4,87	1,803
Gebelikte bakılması gereken tetkikler	344	0	12	9,13	2,534

Katılımcıların gebelikte tehlike işaretlerinden en çok sırasıyla %96,5 (n=332) vajinal kanama, %94,1 (n=324) bebek hareketlerinde azalma ve %88,08 (n=303) tansiyon yüksekliği en az da %15,12 (n=52) baş ağrısı olarak cevap verdikleri görülmüştür.

Tablo 20. Gebelikte tehlike işaretlerinin değerlendirilmesi

		N	%
Vajinal kanama	Yanlış	12	% 3,49
	Doğru	332	% 96,51
Yüksek ateş	Yanlış	143	% 41,57
	Doğru	200	% 58,43
Karın ağrısı	Yanlış	194	% 56,40
	Doğru	150	% 43,60
Tansiyon yüksekliği (140/90 üstü)	Yanlış	41	% 11,92
	Doğru	303	% 88,08
Baş ağrısı	Yanlış	292	% 84,88
	Doğru	52	% 15,12
Solunum güçlüğü	Yanlış	157	% 45,64
	Doğru	187	% 54,36
Bebek hareketlerinde azalma	Yanlış	20	% 5,81
	Doğru	324	% 94,19
Görme bulanıklığı	Yanlış	220	% 63,95
	Doğru	124	% 36,05

Katılımcıların gebelikte bakılması gereken tetkikler ve yapılması gereken işlemlerin neler olduğu ile ilgili sorulduğunda, kilo ölçümü (%91,28), tansiyon ölçümü (%90,41), bebekte kalp atım sayısı (%89,83), tam kan sayımı (%88,37) en çok bilinenler iken en az bilinenler ise Hepatit C (%45,93), Hepatit B (%50) ve idrar kültürü (%52,62) olarak bulunmuştur.

Tablo 21. Gebelikte bakılması gereken tetkiklerin değerlendirilmesi

		N	%
Hemogram	Yanlış	40	% 11,63
	Doğru	304	% 88,37
Kan grubu	Yanlış	82	% 23,84
	Doğru	262	% 76,16
TSH (tiroid hormonu)	Yanlış	66	% 19,19
	Doğru	278	% 80,81
Açlık kan şekeri	Yanlış	46	% 13,37
	Doğru	298	% 86,63
TİT(idrar testi)	Yanlış	74	% 21,51
	Doğru	270	% 78,49
İdrar kültürü	Yanlış	163	% 47,38
	Doğru	181	% 52,62
OGTT(şeker yüklemesi)	Yanlış	60	% 17,44
	Doğru	284	% 82,56
HBSAG(Hepatit B testi)	Yanlış	172	% 50,00
	Doğru	172	% 50,00
HCV (Hepatit C testi)	Yanlış	186	% 54,07
	Doğru	158	% 45,93
Tansiyon ölçümü	Yanlış	33	% 9,59
	Doğru	311	% 90,41
Kilo ölçümü	Yanlış	30	% 8,72
	Doğru	314	% 91,28
Bebekte kalp atım sayısı	Yanlış	35	% 10,17
	Doğru	309	% 89,83

Çalışmamızda kadınların gebelik döneminde kullandığı destekleyici tedaviler incelendiğinde %96,5’inin folik asit, % 79,4’ünün demir, % 72,4’ünün D vitamini kullandığı saptandı.

Tablo 22. Katılımcıların kullandıkları destekleyici tedaviler

		Yanıtlar		% (n=344)
		N	%	
Destekleyici tedavi	Folik asit	332	% 31,4	96,5
	D vitamini	249	% 23,6	72,4
	Demir	273	% 25,9	79,4
	Multivitamin	181	% 17,1	52,6
	Magnezyum	10	% 0,9	2,9
	Kalsiyum	6	% 0,6	1,7
	Omega	5	% 0,5	1,5
Total		1056	% 100,0	307

*Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için “N” değeri katılımcı sayısından yüksek çıkmıştır

Kadınların gebelik dönemindeki taramalardan en sık detaylı ultrason ve ikili test yaptırdıkları saptanmıştır (%86,6, %72,8). Herhangi bir testi yaptırmayanların sık nedeni olarak gerek görmemeleri (%73,27) öne çıkmaktadır.

Tablo 23. Katılımcıların gebelik süresince yaptırdıkları tarama testleri

		Yanıtlar		% (n=322)
		N	%	
Tarama testi	Detaylı ultrason	277	% 32,6	% 86,6
	İkili test	233	% 27,4	% 72,8
	OGTT	207	% 24,4	% 64,7
	Üçlü test	132	% 15,5	% 41,3
Total		849	% 100,0	% 265,3

*Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için “N” değeri katılımcı sayısından yüksek çıkmıştır.

Tablo 24. Katılımcıların tarama testi yaptırmama nedenleri

		N	%
Tarama testi yaptırmama nedeni	Gerek görmedim	74	% 73,27
	Yan etkilerinden korktum	8	% 7,92
	Önerilmedi	8	% 7,92
	Zamanı gelmedi	6	% 5,94
	Pandemi	4	% 3,96
	Daha önceki gebeliklerde yaptırmıştım	1	% 0,99
	Total	101	% 100,00

Katılımcıların %71,8'i (n=247) son gebeliğinde tetanoz aşısı yaptırmıştı. Aşı yaptırmayanların daha önce aşı olmuş olması ve önemsememesi en sık yaptırmama nedenleriydi.

Tablo 25. Katılımcıların son gebelik döneminde tetanoz aşısı yaptırma durumları

		N	%
Yanıt	Evet	247	71,8
	Hayır	92	26,7
	Hatırlamıyorum	5	1,5
	Total	344	100,0

Tablo 26. Katılımcıların tetanoz aşısı yaptırmama nedenleri

		N	%
Tetanoz aşısı yaptırmama nedenleri	Daha önce olmuşum	51	% 55,43
	Önemsemedim	18	% 19,57
	Aşı olmam gerektiğini bilmiyordum	12	% 13,04
	Zamanı gelmedi ama yaptıracağım	7	% 7,61
	Doktorum gerek görmedi	4	% 4,35
	Total	92	% 100,00

Katılımcıların eş yaş grubu bilgi düzeyini etkilemekteydi. Eşi 30-39 yaş grubundaki kadınların bilgi düzeyi 20-29 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde fazla saptandı. Hem katılımcıların hem eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi düzeyi de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yeterli saptandı. Kamuda çalışan kadınların bilgi düzeyi çalışmayanlara göre anlamlı daha yüksekti.



Tablo 27. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi-1

		Bilgi Düzeyi				p
		Yetersiz		Yeterli		
		N	%	N	%	
Yaş grubu	20-29 yaş	84	% 53,16	74	%46,84	,112
	30-39 yaş	73	%41,71	102	%58,29	
	40-49 yaş	5	%45,45	6	%54,55	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Eş yaş grubu	20-29 yaş ^a	46	%59,74	31	%40,26	,039
	30-39 yaş ^b	99	%43,04	131	%56,96	
	40-49 yaş ^{a, b}	17	%45,95	20	%54,05	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı ^a	22	%70,97	9	%29,03	,001
	Lise ^{a, b}	33	%62,26	20	%37,74	
	Üniversite ^c	96	%41,74	134	%58,26	
	Yüksek lisans ^{b, c}	11	%36,67	19	%63,33	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Çalışma durumu	Çalışmıyor ^a	74	%55,22	60	%44,78	,021
	Kendi işinde çalışıyor ^{a, b}	6	%54,55	5	%45,45	
	Devlet ^b	60	%37,97	98	%62,03	
	Özel sektör ^{a, b}	22	%53,66	19	%46,34	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Eş eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı ^a	25	%65,79	13	%34,21	,005
	Lise ^{a, b}	39	%58,21	28	%41,79	
	Üniversite ^b	84	%42,21	115	%57,79	
	Yüksek lisans ^b	14	%35,00	26	%65,00	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Eş çalışma durumu	Kendi işinde çalışıyor	37	%54,41	31	%45,59	,398
	Devlet	66	%44,90	81	%55,10	
	Özel sektör	59	%45,74	70	%54,26	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	

Çalışmamıza katılan kadınların gelir düzeyi bilgi düzeyini etkilemekteydi. 4001 TL ve üzerinde aylık geliri olanların 4000 ve altında kazananlardan bilgi düzeyi daha fazla yeterli saptandı ($p<0,05$) Sigara kullanan ve gebelikte de devam eden katılımcıların bilgi düzeyi istatistiksel anlamlı olarak yetersiz saptandı. Çalışmamızda sağlık sigortası varlığının, eş ile akrabalık durumunun, tetanoz aşısı durumunun bilgi düzeyini etkilemediği görüldü.

Tablo 28. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi-2

		Bilgi Düzeyi				P
		Yetersiz		Yeterli		
		N	%	N	%	
Sağlık sigortası	SGK	139	%46,49	160	%53,51	,592
	Özel sağlık sigortası	14	%46,67	16	%53,33	
	Sigorta yok	9	%60,00	6	%40,00	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Gelir düzeyi	4000 ve altı ^a	54	%60,67	35	%39,33	,004
	4001-6000 ^{a, b}	55	%47,41	61	%52,59	
	6001 ve üzeri ^b	53	%38,13	86	%61,87	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Eş ile akrabalık durumu	Hayır	148	%46,25	172	%53,75	,253
	Evet	14	%58,33	10	%41,67	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Sigara	Evet ama gebeyken bıraktım ^a	16	%40,00	24	%60,00	,036
	Hayır kullanmıyorum ^a	133	%46,34	154	%53,66	
	Evet gebeyken de kullandım ^b	13	%76,47	4	%23,53	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Tetanoz aşısı yaptırma durumu	Evet	110	%44,53	137	%55,47	0,129
	Hayır	52	%53,61	45	%46,39	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanından bilgi alanların ve kontrollerini Üniversite ya da Eğitim Araştırma hastanesinde yaptıranların bilgi düzeyleri diğer gruplara göre daha fazla yeterli saptandı. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) destekleyici tedavi olarak Magnezyum ve Multivitamin kullanan, tarama testi olarak OGTT ve Detaylı USG yaptıran katılımcıların bilgi düzeyi daha yüksek oranda yeterli saptandı.

Tablo 29. Katılımcıların obstetrik öyküleri ile bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi-1

		Bilgi Düzeyi				p
		Yetersiz		Yeterli		
		N	%	N	%	
Bilgi kaynağı	Aile hekimi	27	%40,91	39	%59,09	,270
	Kadın doğum uzmanı	42	%33,87	82	%66,13	
	Ebe-hemşire	42	%37,84	69	%62,16	
	Arkadaş	28	%46,67	32	%53,33	
	İnternet	53	%42,40	72	%57,60	
	Aile büyükleri	24	%41,38	34	%58,62	
	Kitap-dergi	43	%44,33	54	%55,67	
	Total	86	%39,63	131	%60,37	
Gebelik kontrol merkezi	Üniversite ya da Eğitim Araştırma Hastanesi	17	%37,78	28	%62,22	,063
	Aile Sağlığı Merkezi	22	%42,31	30	%57,69	
	Devlet Hastanesi	43	%58,11	31	%41,89	
	Özel Hastane	120	%44,78	148	%55,22	
	Total	153	%46,50	176	%53,50	
Destekleyici tedavi tercihi	Folik asit	154	%46,39	178	%53,61	,000
	D vitamini	112	%44,98	137	%55,02	
	Demir	115	%42,12	158	%57,88	
	Multivitamin	73	%40,33	108	%59,67	
	Magnezyum	4	%40,00	6	%60,00	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Tarama yöntemi	İkili test	104	%44,64	129	%55,36	,000
	Üçlü test	60	%45,45	72	%54,55	
	Detaylı ultrason	116	%41,58	163	%58,42	
	OGTT	78	%37,68	129	%62,32	
	Total	144	%44,72	178	%55,28	

Katılımcıların son 2 gebelik arasındaki süre, son gebeliğin planlı olma durumu ilk muayeneye başvuru zamanı ve düzenli kontrol yaptırma durumları ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 30. Katılımcıların obstetrik öyküleri ile bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi-2

		Bilgi Düzeyi				p
		Yetersiz		Yeterli		
		N	%	N	%	
Son iki gebelik aralığı	1 yıl	20	%58,82	14	%41,18	,077
	2 yıl	20	%68,97	9	%31,03	
	3 yıl ve daha fazla	47	%46,53	54	%53,47	
	Total	87	%53,05	77	%46,95	
Planlı gebelik	Evet	128	%46,21	149	%53,79	,504
	Hayır	34	%50,75	33	%49,25	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
İlk muayene zamanı	0-12 hafta	157	%46,87	178	%53,13	,606
	13 hafta ve sonrasında	5	%55,56	4	%44,44	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	
Düzenli kontrol Yaptırma durumu	Evet	154	%46,53	177	%53,47	,287
	Hayır	8	%61,54	5	%38,46	
	Total	162	%47,09	182	%52,91	

Katılımcıların mevcut gebelik varlığı ile DÖB bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.($p>0,05$)

Tablo 31. Katılımcıların mevcut gebelik varlığının bilgi düzeyine etkisi

			Bilgi düzeyi		Total	p
			Yetersiz	Yeterli		
Gebelik varlığı	Evet	N	53	43	96	0,061
		%	%55,2	%44,8	%100,0	
	Hayır	N	109	139	248	
		%	%44,0	%56,0	%100,0	
Total		N	162	182	344	
		%	%47,1	%52,9	%100,0	

Katılımcıların DÖB ile ilgili bilgi alanların bilgi düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($p<0,05$)

Tablo 32. Katılımcıların DÖB alma durumunun bilgi düzeyine etkisi

			Bilgi düzeyi		Total	p
			Yetersiz	Yeterli		
Bilgi alma durumu	Evet	N	87	131	218	0,00
		%	%39,9	%60,1	%100,0	
	Hayır	N	75	51	126	
		%	%59,5	%40,5	%100,0	
Total		N	162	182	344	
		%	%47,1	%52,9	%100,0	

Katılımcıların eğitim düzeyi ile son iki gebelik arasındaki süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 33. Katılımcıların eğitim düzeyi ile son iki gebelik arasındaki süreyle ilişkisinin değerlendirilmesi

		Gebelik aralığı						p
		1 yıl		2 yıl		3 yıl ve daha fazla		
		N	%	N	%	N	%	
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı	4	%16,00	4	%16,00	17	%68,00	0,186
	Lise	3	%8,57	9	%25,71	23	%65,71	
	Üniversite ve üzeri	27	%25,96	16	%15,38	61	%58,65	

Eğitim düzeyi Üniversite ve üzerinde olanların %83,85'inin ($n=218$), lise mezunu olanların ise %66,04'ünün ($n=35$) son gebeliği planlı idi. Bu gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 34. Katılımcıların eğitim düzeyi ile planlı gebelik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

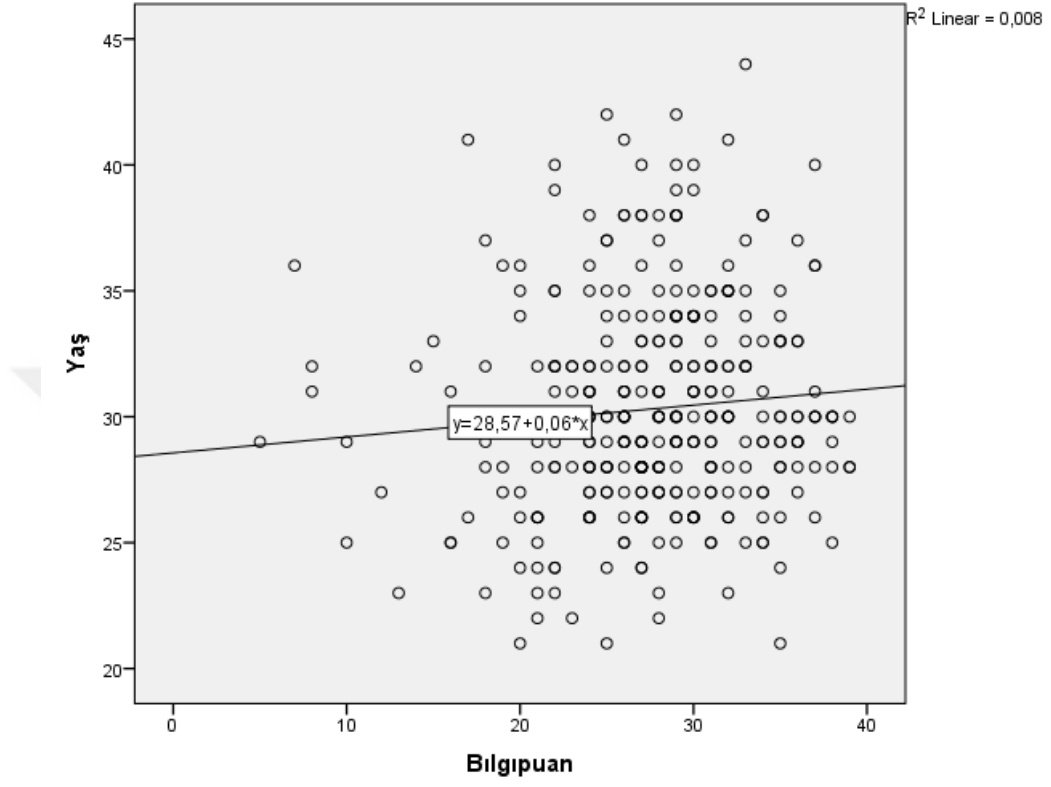
		Planlı gebelik				p
		Evet		Hayır		
		N	%	N	%	
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı ^{a, b}	24	%77,42	7	%22,58	0,011
	Lise ^a	35	%66,04	18	%33,96	
	Üniversite ve üzeri ^b	218	%83,85	42	%16,15	

Katılımcıların eğitim düzeyi ile tetanoz aşısı yaptırma durumları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 35. Katılımcıların eğitim düzeyi ile Tetanoz aşısı yaptırma durumunun değerlendirilmesi

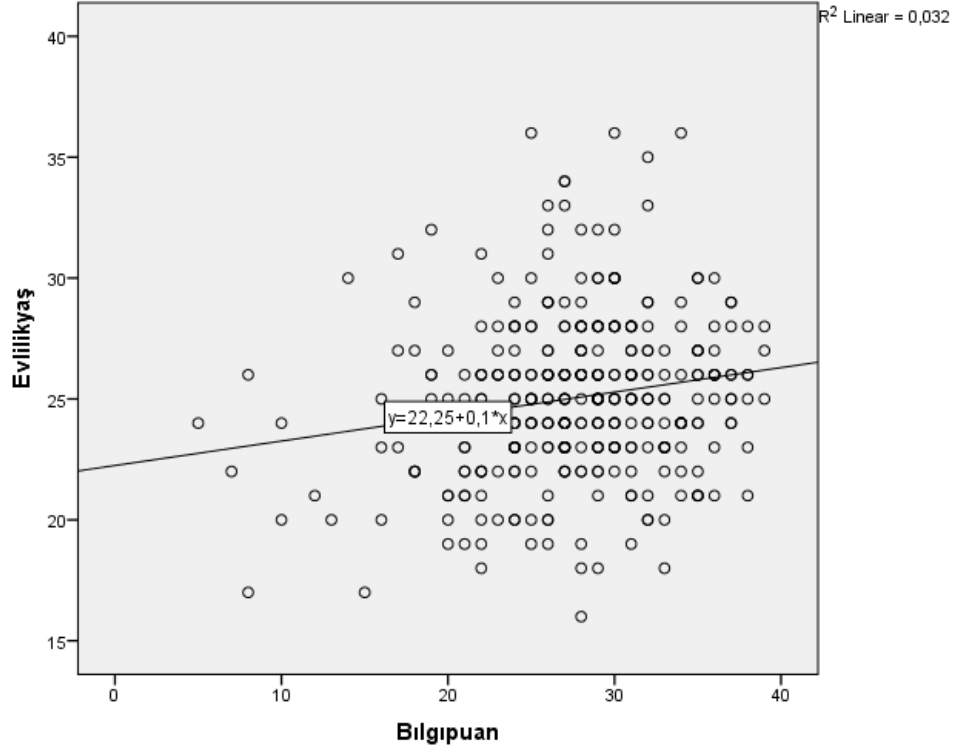
		Tetanoz aşısı yaptırma durumu				p
		Evet		Hayır		
		N	%	N	%	
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı	24	%77,42	7	%22,58	0,347
	Lise	34	%64,15	19	%35,85	
	Üniversite ve üzeri	189	%72,69	71	%27,31	

Çalışmamızda yaş ile bilgi puanı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı.
($p=0,054$, $r=0,104$)



Şekil 1. Katılımcıların yaşları ile bilgi puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Evlilik yaşı ve gebelik yaşı ile bilgi puanı arasında düşük düzeyde anlamlı bir korelasyon saptandı ($p=0,002$, $r=0,165$). Ayrıca doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı ile bilgi puanı arasında korelasyon bulunmadı ($p_1=0,9$, $r_1=0,006$, $p_2=0,2$, $r_2=-0,068$, $p_3=0,85$, $r_3=0,01$).



Şekil 2. Katılımcıların evlilik yaşları ile bilgi puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

5. TARTIŞMA

Çalışmamız İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı üreme çağındaki 18-49 yaş, gebeliğinin herhangi bir döneminde olan ya da son 2 yıl içinde doğum yapmış 344 kadını kapsamaktadır. Çalışmamızda koruyucu sağlık hizmetlerinin temeli olan DÖB hizmetlerinin niteliği konusunda katılımcıların bilgi düzeyleri, tutum, davranış ve bunları etkileyen faktörler araştırılmaktadır.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $30,31 \pm 4,20$ iken en genç hasta 21, en yaşlı hasta 44 yaşındadır. Pirdal ve ark.⁽²²⁾ gebelik izlemleri konusundaki bilgi düzeyini ölçmek amacıyla üniversite hastanesine başvuran 315 anne adayına yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması $29,4 \pm 6,0$ yıl (en düşük 18, en yüksek 43 yıl) olarak bulunmuştur. 2010 yılında Pirinççi ve ark.⁽²³⁾ Elazığ'da yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $29,19 \pm 6,28$ olarak bulunmuştur. Otaiby et al.⁽²⁴⁾ Suudi Arabistan'da DÖB ile ilgili bilgi düzeyi üzerine yapmış oldukları çalışmada ise katılımcıların ortalama yaşı $28,5 \pm 6,7$ yıldır. Çalışmamızda yaş ortalamasının diğer çalışmalara göre yüksek çıkmasının sebebi olarak gebe kadınlarla beraber son iki yıl içinde doğum yapmış kadınları da çalışmaya dahil etmemiz düşünülebilir.

Katılımcıların %75,58'i, eşlerinin %67,48'i üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahipti. Ülkemizde Çatak ve ark.⁽²⁵⁾ yaptığı çalışmada %21,6'sının üniversite mezunu, Şeker ve ark.⁽²⁶⁾ doğum öncesi hazırlık sınıflarında yaptıkları çalışmada % 76,7 üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Aynı şekilde Okumuş ve ark.⁽²⁷⁾ İzmir'de 2002 yılında doğum öncesi bakım eğitiminin etkinliğini değerlendirdiği bir çalışmada katılımcıların %61,4'ü üniversite mezunu, eşlerinin ise %64,8'i üniversite mezunu olarak bulunmuştur. 2018 TNSA verilerine göre ise kadınların %41'i lise üzeri, %29'u ilkokul, %20'si ortaokul mezunudur. %9'u ilkokulu bitirememiş veya hiç eğitim almamıştır ⁽¹²⁾. Yurtdışı araştırmalarına bakıldığında doğum öncesi verilen eğitimler ile ilgili Lu et al.⁽²⁸⁾ yaptığı çalışmada katılımcıların %81'i üniversite mezunu, Fabian et al.⁽²⁹⁾ tarafından yapılan çalışmada ise %95,6'sı üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Çalışmamızın literatür ile uyumlu örnekleri olsa da ülkemiz genelinde yapılan çalışmalara göre eğitim

durumunun yüksek olmasının sebebi eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin çalışmaya katılmayı kabul etmesi konusunda daha ılımlı olması ve doğum öncesi bakım, gebelik izlemleri, bebek–çocuk izlemleri konusunda aile sağlığı merkezine başvurmada daha titiz ve bilinçli davranmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda kadınların yaklaşık % 63'ü gelir getiren bir işte çalışmaktayken, sadece %3,5'inin herhangi bir sağlık sigortası yoktu. Yapılan başka çalışmalarda kadınların herhangi bir işte çalışma oranları, bizim çalışmamızdan çok daha düşük olarak bulunmuştur ⁽¹⁾⁽²²⁾⁽³⁰⁾. Çalışmamıza yakın olarak Turan ve ark.⁽³¹⁾ prenatal bakım konusunda yapmış olduğu çalışmada ev hanımı olma oranı %53,1'dir. TNSA 2018 verilerine göre de 15-49 yaş kadınların çalışma oranı %28 herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olma oranı %90'dır ⁽¹²⁾. Çalışmamızda çalışanların oranının yüksek olması ve sağlık sigortası kapsamında olma durumunun yüksek olmasının sebebi katılımcıların eğitim düzeyinin de yüksek olması olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda ilk evlilik yaşı ortalama 25,04±3,33, ilk gebelik yaşı ortalama 26,85±3,60 olarak bulunmuştur. TNSA 2018 verilerine göre ilk evlenme yaşı 21,4, ilk gebelik yaşı ortalama 23,3'tür ⁽¹²⁾.

Gebeliklerin istemli olması annenin ve çocuğun sağlığını olumlu olarak etkilemektedir. Bu durum istemsiz gebeliklerdeki yasal ve yasal olmayan bir takım girişimlere bağlı komplikasyonları da ortadan kaldırmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların en son gebeliklerinin %80,52'sinin planlı olması çok önemli bir bulgudur. Benzer şekilde Sözeri ve ark.⁽¹⁾ %79,3, Pasinoğlu⁽³²⁾ ise %90,3 olarak bulmuştur.

DÖB hizmeti gebelikte ne kadar erken başlanır, ne kadar düzenli ve nitelikli sürdürülürse anne ve bebek ölümlerini azaltmada o kadar etkili olur ⁽⁵⁾. Katılımcıların %97,38'i ilk obstetrik muayenelerine 12. haftadan önce yani ilk trimestırda gitmişlerdir. 2003 yılında Reron et al.⁽³³⁾ tarafından yapılan bir çalışmada bu oran %95,5 ile çalışmamızla benzerdir. Beşer⁽⁸⁾, Pirinççi⁽²³⁾ ve Turan⁽³¹⁾ tarafından yapılan çalışmalarda bu oran sırasıyla %41,5, %75, %88,5 olarak bulunmuştur. TNSA 2018 verilerine göre de kırsal ve kentsel bölgelerde oran çok değişmemekle beraber bu

oran sırasıyla % 87 ve %91'dir ⁽¹²⁾. Bu oranlar yıllar geçtikçe aile hekimliğinin yaygınlaşmasına ve toplumun eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak daha yüksek seviyelere çıkmıştır. Bu da DÖB rehberine göre her gebenin ilk 14 hafta içerisinde tespit edilmesi hedefine ulaşıldığını göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %96,27'si düzenli kontrollere gittiğini belirtmiştir. Kontrole gitmeyen katılımcıların bir kısmı bir yıldan fazla süredir tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisini, bir kısmı ise daha önceki gebeliklerinde gittiğini sebep olarak göstermiştir. Katılımcıların kontrol merkezi olarak en fazla özel hastaneleri tercih ettiği görülmektedir. Sözeri ve ark.⁽¹⁾ 2006'da yaptığı çalışmada düzenli kontrole gitme oranı %76,8 olarak belirlenmiştir. Kontrol merkezi olarak da %35,2 özel hastane, %30,3 devlet hastanesine başvurulmaktadır. Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada düzenli kontrole gitme oranları %62,5 iken kontrol merkezi %45,5 olarak en fazla devlet hastanesi olarak belirtilmiştir ⁽³⁴⁾. Çalışmamızda düzenli kontrole gitme oranlarının ve özel hastaneyi kullanma oranlarının bu kadar yüksek olması katılımcıların eğitim seviyesinin yüksek olmasına bağlanabilir. Ayrıca katılımcıların düzenli kontrol olarak kaç izlemi kabul ettikleri belirsizdir ve bu durum çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

Katılımcılara en son gebeliklerinde en az dört kez olacak şekilde yeterli DÖB alma durumlarını niceliksel olarak değerlendirmek üzere ayrıca soru sorulmamıştır. Katılımcıların tamamı aile sağlığı merkezine kayıtlı gebe ve çocuklu annelerden oluştuğu için ve sağlık bakanlığı izlem protokolüne göre izlemleri aile hekimlikleri tarafından zorunlu kılınmaktadır. Katılımcılara DÖB hizmeti alıp almadıkları sorgulandığında %63,37'si DÖB ile ilgili bilgi aldığını belirtmiş olup bilgi edinme kaynağı olarak sırasıyla kadın doğum uzmanı, internet, ebe- hemşire, kitap-dergi, aile hekimi, arkadaş, aile büyüklerini göstermiştir. Yapılan araştırmalarda katılımcıların bilgi edinme kaynakları daha çok sağlık personeli olmasına rağmen bunların dışında da çeşitlilik arz etmektedir. Taş ve ark.⁽³⁴⁾ Kahramanmaraş'ta yapmış olduğu çalışmada kadınların %56,5'i gebelik ile ilgili eğitim almış, bunların da %57,4'ü eğitimi doktordan aldığını belirtmiştir. Bir araştırmada gebelik döneminde kadınların %65,4'ünün bilgi edinme gereksinimi duyduğu, %81,2'sinin sağlık kuruluşu dışında bir kaynaktan bilgi edindiği görülmüştür ⁽³⁵⁾. Başka bir çalışmada katılımcılar

gebelikle ilgili bilgileri %57,7 oranında sağlık personelinin, %37,4 aile büyüklerinden, %27,7 ise arkadaşlarından aldıklarını ifade etmişlerdir ⁽¹⁾. Bester⁽³⁶⁾, Zeng⁽³⁷⁾, Cweik⁽³⁸⁾ tarafından yapılan çalışmalarda gebelikle ilgili bilgi edinme kaynakları arasında en fazla tercih edilen sağlık personeli olarak gösterilmiştir. En çok sağlık personeli tarafından bilgi alınması diğer çalışmalarla benzerlik göstermesine rağmen çalışmamızda ek olarak internet de gelişen teknoloji ve toplumun her bireyi tarafından kolayca ulaşılabilmesinden dolayı bilgi edinme kaynağı olarak tercih edilmektedir. Fakat bu durumun bilginin içeriğinde yanlış anlaşılmalara yol açabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca çalışmamızda düzenli kontrole gitme oranlarının yüksekliğine bakılarak DÖB alma durumlarındaki düşüklük gebelerin DÖB'nin içeriği hakkında yeteri kadar farkındalığının olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. DÖB açısından birinci basamakta bilgi edinilen kaynak olarak aile hekimlerinin çok daha yüksek olması gerekirken çalışmamızda aile hekimlerinin oranı düşük bulunmuştur. Bunun sebebi olarak sağlık sisteminde sevk sisteminin olmaması ve gebelerin daha detaylı inceleme ve tetkik amacıyla kadın doğum uzmanlarını tercih etmesinden kaynaklanıyor olması düşünülebilir. Ülkemizde DÖB daha çok klinik bilgilendirme tarzında gebelerin muayene olduğu doktor ya da ebe/hemşire tarafından verilmektedir. Düzenli kontrole gitme ile DÖB alma oranlarının farklı olması buna bağlı olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda istatistiksel olarak bakıldığında eğitim düzeyinin DÖB alma durumunu anlamlı olarak etkilediği görülmektedir. Bu durumu destekleyen literatürde çokça çalışma mevcuttur ⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾.

Gebelere DÖB niteliği kapsamında her izlemde ya da gerekli izlemde yapılması gereken bazı işlemler vardır. Bunların bir kısmı yapılmakta bir kısmı da yapılsa da gebe bunun farkında olmamaktadır. Çalışmamızda yapılma oranlarından ziyade her hekimin yaptığını ya da önerdiğini kabul edip gebelerin farkındalıklarını ölçmek amaçlanmıştır. En çok bilinen işlem sırasıyla %91,2 kilo ölçümü, %90,4 tansiyon ölçümü, %89 bebek kalp atım sayısı iken en az bilinen ise %45,9 HCV, %50 HBsAg, %52,6 idrar kültürüdür. Ergin ve ark.⁽⁹⁾ DÖB niteliğini ve niceliğini inceleyen bir çalışmada gebelerde ağırlık ölçümü %98,7, tansiyon ölçümü %98,7, ÇKS dinlenmesi %95,3 oranında bulunmuştur. Çatak ve ark.⁽¹⁶⁾ Karabük'te yaptığı çalışmada tüm gebelerin %13,6'sına hiç kan tetkiki, %49,9'una idrar tetkiki

%80,8'ine HBV antijeni istenmemiştir. Aile hekimlerinin izlem sıklığı ve içeriğini ölçen bir çalışmada katılımcılara DÖB'da yapılan testler ve ölçümler sorgulandığında kilo ölçümü, tansiyon ölçümü, kan ve idrar tahlili yüksek oranda yapılmışken, hepatit ölçümleri daha düşük oranda bulunmaktadır ⁽⁴²⁾. Bu durum gebelere yapılan işlem veya tetkiklerin farkındalık açısından önemli olduğunu göstermektedir.

Gebelik boyunca anne ve bebek sağlığı için gebelerin bilmesi ve özellikle dikkat etmesi, gerektiğinde acil doktoruna danışması gereken durumlar mevcuttur. Çalışmamızda gebelikte tehlike işaretleri ile ilgili bilgi düzeyi sorgulandığında en çok bilinenler bebek hareketlerinde azalma, vajinal kanama, tansiyon yüksekliğidir. En az bilinen ise baş ağrısıdır. Kurnaz ve ark.⁽⁴²⁾ İzmir'de yaptığı bir çalışmada gebelikte tehlike işaretleri konusunda bilgilendirme yapılıp yapılmadığı sorgulanmış, çalışmamızla uyumlu olarak en çok bilgilendirilmenin bebek hareketlerinde azalma ve vajinal kanama olduğu cevabı alınmış olmasına rağmen oranlar bizim çalışmamızdan daha düşüktür. Gürel ve ark.⁽⁴³⁾ yaptığı başka bir çalışmada gebelikteki tehlike işaretlerinin bilgilendirilme oranı %50,2 olarak bulunmuştur. Gebeliğe bağlı yakınmalardan gebelikte tehlike işaretleri olan konular hakkında daha çok bilgilendirme yapılmalı ve farkındalık oluşturulmalıdır.

Çalışmalar gebelik öncesi dönemde 400 mikrogram folik asit takviyesinin %50-70 oranında anensefali ve spina bifida gibi NTD'lerini önlediğini göstermektedir ⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾. Ülkemiz de NTD insidansının yüksek olduğu ülkeler arasındadır. Gebelikte artan ihtiyacın ancak yarısı diyetle karşılanabilmekte ve gebelik öncesi dönemden başlanarak folik asit takviyesi önerilmektedir ⁽⁴⁶⁾. Gebelikte demir eksikliği de maternal ve antenatal ölümleri arttırmanın yanında prematüriteye yol açan önemli sağlık sorunlarından biridir. Gebelik ilerledikçe artan ihtiyaç nedeniyle anemi sıklığı da artmaktadır ⁽⁴⁷⁾. Bu nedenle gebelere 16. haftadan itibaren anemi yoksa profilaksi dozunda anemi mevcutsa daha yüksek olarak tedavi dozunda demir takviyesi verilmelidir ⁽¹⁴⁾. Çalışmamızda gebelik döneminde kullanılması gereken destekleyici tedaviler sorgulandığında %96,5'inin folik asit, %79,4' ünün demir, %72,4'ünün D vitamini kullandığı saptandı. Yapılan çalışmalarda folik asit kullanım düzeyleri ülkeler bazında ve ülkemizde de bölgeler bazında farklılıklar

göstermektedir. Konya’da 2004 yılında, Antakya’da 2012 yılında yapılan iki ayrı çalışmada gebelerin folik asit kullanım oranları sırasıyla %13 ve % 59,5 olarak görülmüştür ⁽⁴⁸⁾⁽⁴⁹⁾. Köken ve ark.⁽⁴⁶⁾ 2013 yılında yapmış olduğu çalışmada ise farkındalık düzeyi %42,2 kullanım düzeyi ise %21,1 olarak saptanmıştır. Yurt dışında gebelerin beslenme bilgisini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların folik asit farkındalığı %100 olmasına rağmen %61’i folik asit kullanıyordu. Folik asit kullanımı aynı çalışmada planlı gebelikte ve sosyoekonomik düzeyi yüksek kişilerde daha yüksek olarak saptanmıştır ⁽⁵⁰⁾. Arabistan’da yapılan başka bir çalışmada gebelerin folik asit farkındalığı %53,7 iken kullanım oranı ise %20,3 olup folik asit konusundaki bilgi düzeyi ve davranışı etkileyen en önemli faktörün eğitim olduğu gösterilmiştir ⁽⁵¹⁾. Çakır ve ark.⁽⁵²⁾ İstanbul Adalar’da yaptığı bir çalışmada %85,3’ü demir, %77,2’si D vitamini kullanmıştır. Çalışmamıza yakın olarak başka bir araştırmada %83,4 folik asit, %74,5 D vitamini, %67,2 demir ve %58 multivitamin kullanıldığı belirtilmiştir ⁽⁵³⁾. TNSA 2018 verilerine göre kadınların %81’i en son gebelikleri boyunca demir (hap veya şurup) takviyesi aldıklarını belirtmiştir ⁽¹²⁾. Çalışmamızda oranlar son yıllardaki çalışmalarla uyumlu olsa da yine de istenilen düzeyde değildir.

Gebelik izlemleri yapılırken, anne adaylarının tarama testleri konusunda da bilgilendirilmesi önemlidir. İkili ve üçlü test birlikte kullanıldığında Down sendromu gibi hastalıkların %87 oranında doğrulukla tespit edildiği bilinmektedir ⁽⁵⁴⁾. Çalışmamızda katılımcıların tarama testlerinden en çok %86,6 detaylı ultrason ve %72,8 oranıyla ikili testi yaptırdıkları görülmektedir. Herhangi bir testi yaptırmayanların en sık sebebi ise %73,27 oranında gerek görmemeleridir. Kıssal ve ark.⁽⁵⁵⁾ yaptığı çalışmada da ikili üçlü test yaptırmama oranı %73,5 olarak çalışmamızla benzerdir. Desdicioğlu ve ark.⁽⁵⁴⁾ gebelerde tarama testlerine yaklaşımı etkileyen faktörleri inceleyen çalışmasında ikili üçlü tarama testlerini yaptırmamada en sık sebep gerek görmemedir. Çalışmamıza benzer şekilde Kutlu ve ark.⁽⁵³⁾ 2018’de yaptığı bir çalışmada katılımcıların %90,3 oranında en çok yaptırdığı test detaylı USG diğerleri sırasıyla %57 ikili test, %46 üçlü test, %53,5 glikoz yükleme testi şeklindedir. Herhangi bir testi yaptırmama nedeni olarak %57,6 oranında gereksiz görüldüğü gösterilmiştir. Çalışmamız literatür ile uyumlu olup gebelerin bu konuda sağlık sisteminin tüm basamaklarında daha çok bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda da ortaya çıkan OGTT ve detaylı USG gibi ileri tetkikleri yaptıranların bilgi düzeyi puanının yüksek çıkması bunu desteklemektedir.

Gebelik döneminde bağışıklama programı da bir diğer önemli husustur. Üreme çağındaki kadınlar neonatal tetanozdan korunmak amacıyla gebelikleri döneminde daha önce hiç aşılanmamış ya da aşılandığı kanıtlanmamış ise en az iki doz tetanoz aşısı olmalıdır. Gebelik sonrasında da gerektiğinde aşı planı tamamlanmalıdır ⁽¹⁴⁾. 2018 TNSA verilerine göre kadınların %81'i son gebeliklerinde tetanoz aşısı olmuştur ⁽¹²⁾. Çalışmamızda katılımcılara tetanoz aşısı olma durumları sorgulandığında %71,8'i son gebeliğinde tetanoz aşısı olduğunu belirtmiştir. Aşı olmayanların yarısı da daha önce aşı olduğunu belirtmişlerdir. Yozgat ilinde sağlık ocağına başvuran son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada gebelerin %92,1'i en az bir doz, %73,6'sı en az iki doz aşı olduğunu belirtmiştir ⁽⁵⁶⁾. Karabük ve İzmir'de yapılan iki ayrı çalışmada sırasıyla tetanoz yapılma oranları %73,6 ve %71,2'dir ⁽¹⁶⁾⁽⁴²⁾. Çalışmamızdaki kısıtlılıklardan biri de tetanoz aşısının kaç doz yapıldığının detaylı sorulmaması olup aşılama oranları yine de literatür ile uyumludur. Bu sonuçlar sağlık merkezlerinde gebe takiplerinde tetanoz aşısı sorgulanmasının detaylı bir şekilde yapılması ve eksik aşılardan tamamlanması konusunda daha dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyini ölçmek üzere 39 soru bulunmakta olup katılımcılar minimum 5, maksimum 39 puan almıştır. Katılımcıların ortalama puanı ise $27,60 \pm 5,83$ olarak bulunmuştur. Ortalamanın üzerinde kalan ve bilgi düzeyi yeterli kabul edilen katılımcı oranı %52,9'dur. Çalışmamızda ortalama puanın yüksek olması dikkat çekici bir özelliktir. Bu konu katılımcıların ve eşlerinin eğitim düzeyinin yüksek olmasından, çalışmaya katılmayı kabul edenlerin genel olarak gebelik takiplerine düzenli gitmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

DÖB hizmetleri konusunda bilgi düzeylerini etkileyen faktörler incelendiğinde çalışmamızda katılımcıların ve eşlerinin eğitim düzeyi, eş yaş grubu, katılımcıların kamuda çalışıyor olması, gelir düzeyi, DÖB alma durumları gibi faktörler bilgi düzeyini anlamlı olarak etkilemektedir. Katılımcıların ve eşlerinin eğitim düzeyleri yüksek olanların bilgi düzeyi puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Eşinin yaş grubu 30-39 olanların 20-29 olanlara göre, kamuda çalışan

katılımcıların herhangi bir işte çalışmayanlara göre, gelir düzeyi yüksek olanların düşük gelirli olanlara göre bilgi düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca sigara kullanan katılımcılarında da bilgi düzeyi anlamlı olarak yetersiz bulunmuştur. Pirdal ve ark.⁽²²⁾ yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar olmasına rağmen farklı olarak çalışmalarında bilgi düzeyini yaştan da etkilediği görülmektedir. Gürel ve ark.⁽³⁵⁾ Bolu’da yaptığı çalışmada da gebelikteki bilgi düzeyini eğitim durumunun, herhangi bir işte çalışmanın, sosyoekonomik düzeyin benzer şekilde etkilediği görülmüştür. Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda da eğitim düzeyi ile bilgi düzeyi konusunda ilişki saptanmıştır. Suudi Arabistan, Batı İran’da yapılan iki ayrı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı gösterilmiş ⁽⁵⁷⁾⁽³⁰⁾. Mısır’da yapılan bir çalışmada da aynı şekilde eğitim düzeyi ve katılımcıların bir işte çalışıyor olması bilgi düzeyini anlamlı derecede etkilediği görülmektedir ⁽⁵⁸⁾. İstanbul adalarda yapılan bir çalışmada DÖB hizmet puanı değerlendirilmiş hizmet puanı yeterliliğini eğitim durumunun etkilediği, yaştan ve doğum sayısının anlamlı olarak etkilemediği görülmüştür. Bu çalışmada ayrıca %49,2’si yeterli hizmet puanına sahip olarak bulunmuştur ⁽⁵²⁾.

Etiyopya’da yapılan gebelerin gebelik döneminde kullanılması gereken besinlerle ilgili bilgi düzeyini ölçen bir çalışmada yaş arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı görülmüştür ⁽⁵⁹⁾. Çalışmamızda ise yaş bilgi düzeyinin yeterliliğini etkilemediği, evlilik yaşı ve gebelik yaşının düşük düzeyde etkilediği görülmüştür. Bu durumun çalışmamızdan farklı olmasının sebebi diğer çalışmalara oranla katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olması düşünülebilir.

Bilgi düzeyini etkileyen diğer bir önemli konu ise DÖB hizmeti alma durumudur. Çalışmamızda da DÖB ile ilgili bilgi almanın bilgi düzeyini anlamlı olarak etkilediği görülmüştür. Karataş’ın⁽⁶⁰⁾ yaptığı hemşirelerin verdiği DÖB hizmeti ve eğitimi sonrası bilgi düzeyini ölçen çalışmada DÖB eğitimi almamış kişilerin tamamının bilgi düzeyleri ortalamanın altında iken ortalama 4 kez eğitime katıldıktan sonra katılımcıların % 53,4’ünün bilgi düzeyi ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Bu durumda literatür ile uyumludur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin çoğu gebelik kontrollerine düzenli gittiğini belirtmiştir. Ancak bunun yanın DÖB alma durumlarının yeteri kadar olmadığı görülmüştür. Her ne kadar gebelerin bilgi düzeyleri, destekleyici tedavileri, bağışıklama, tarama testlerini yaptırmaları literatür ile uyumlu olsa da yine de istenilen düzeyde değildir. Çalışmamızda Kadın Doğum Uzmanı başta olmak üzere sağlık çalışanlarından bilgi alanların oranının yüksek olması sevindiricidir. Bunun yanında günümüz gebelerinin interneti de aktif kullanmalarından dolayı yanlış yönlendirmelere mahal vermemek adına bilgilendirme açısından sağlık çalışanlarının daha özenli olması gerekmektedir. Bu konuda gebelerle birebir görüşme şansı daha çok olan ebeler başta olmak üzere, tüm sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli ve klinik izlemiden ziyade doğum öncesi eğitim programları yaygınlaştırılmalıdır. Doğru olanı bilmek ile uygulamak çok farklı konulardır. Bu ikisi arasındaki bağlantıyı kurmak adına eğitim programlarının uzun süreli ve uygun örnek modeller yardımıyla olması önemlidir.

DÖB'in yeterliliği niceliksel olarak çeşitli ölçütlere dayandırılarak belirlenebilmesine rağmen niteliğini belirleyecek yaygın bir ölçüt yoktur. Çalışmamızda da niteliği ile ilgili bilgi düzeyi ölçülmeye çalışılmıştır. Gebeye hangi bilgilerin ne zaman sunulacağı, hizmetin içeriği ve gebenin bu konudaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi önemlidir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı izlem rehberi aktif kullanılmalıdır. Ayrıca belirli aralıklarla yapılacak olan çalışmalarla nitelikli gebelik izlemi değerlendirilmeli ve bu izlemlerin niteliğinin arttırılması sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Cevriye Sözeri, Reyhan Cevahir, Sevil Şahin OS. Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Bilgi ve Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg. 2006;1(2):92–104.
2. Sönmez Y. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2007;16(1):9–12.
3. World Health Organization (WHO). Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017 [Internet]. 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596>
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019.Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara. [Internet]. 2020. Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0>
5. Özvarış ŞB, Akın A. Türkiye’ de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. Hacettepe Üniversitesi Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı UNFPA [Internet]. 2002; Available from: http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf
6. Telatar B, Öner C, Tutkun E. Anne ve Bebeğin Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Doğum Öncesi Bakımın Önemi. Türkiye Klin J Fam Med-Special Top. 2014;5(3):54–8.
7. Dilek Kılıç TE. Erzurum il merkezinde 15-49 yaş grubu annelerin sağlık ocakları tarafından verilen ana çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Uluslararası İnsan Bilim Derg. 2004;1–12.
8. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. TSK Koruyucu Hekim Bülteni. 2007;6(2):137–41.
9. Filiz Ergin,Hilmiye Aksu HD. Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2011;13(4):1–9.
10. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Başbakanlık DPT Bin Yıl Kalkınma Hedefleri Raporu 2010. 2010.
11. WHO. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care.Promoting Effective Perinatal Care.Training modules.WHO Regional Office for Europe. [Internet]. 2002. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf
12. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018. 148–149 p.
13. Ayşe Akın ŞBÖ. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. In: Bertan M GÇ, editor. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. İkinci Bas. Ankara: Güneş Kitabevi; 1997. p. 177–55.
14. T.C Sağlık Bakanlığı (2018). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi [Internet]. Available from: www.sistemofset.com.tr
15. Rowe S, Karkhaneh Z, MacDonald I, Chambers T, Amjad S, Osornio-Vargas A, et al. Systematic review of the measurement properties of indices of prenatal care utilization. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Mar;20(1):171.
16. Çatak B, Aksan AD, Zincir M. Karabük Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği. TAF Prev Med Bull. 2012;11(2):153–62.
17. Enstitüsü HÜNE, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB, Danışmanlık. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 [Internet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu; 2006.

Available from: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>

18. Başar F, Çiçek S. Annelerin Yeterli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Derg.* 2018;9(16):9–10.
19. Şevkat Bahar Özvarış AA. Güvenli Annelik. In: *Halk Sağlığı Temel Bilgiler.* 2012. p. 242–7.
20. UNICEF. Maternal Care [Internet]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
21. Terzioğlu F, Taşkın L ed. Doğum öncesi bakım. In: *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2016. p. 187–8.
22. Pirdal H, Yalçın BM, Ünal M. Knowledge levels of pregnant women on their pregnancy and the related factors. *Türkiye Aile Hekim Derg.* 2016;20(1):7–15.
23. Pirinççi E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A. BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. *ADÜ Tıp Fakültesi Derg.* 2010;11(2):1–7.
24. Hoda Jradi TAO. Antenatal Education: An Assessment of Pregnant Women Knowledge and Preferences in Saudi Arabia. *J Women's Heal Care.* 2013;02(04):2–6.
25. Çatak B. Evaluation of prenatal care in İstanbul: a population based study. *Perinat J.* 2012;20(3):126–34.
26. ŞEKER S. SÜ. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğin Algılamasına Etkisi. *Türkiye Klin J Obs Women Heal Dis Nurs-Special Top.* 2015;1:ss.1-9.
27. OKUMUŞ H, METE S, AYTUR T, YENAL K, DEMİR N. Doğuma hazırlık sınıfının doğum sürecine etkisinin incelenmesi [Internet]. Vol. 8, Effectiveness of childbirth education class on labor outcomes. p. 771–5. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=uv&AN=18491&lang=tr&site=eds-live>
28. Lu MC, Prentice J, Yu SM, Inkelas M, Lange LO, Halfon N. Childbirth education classes: sociodemographic disparities in attendance and the association of attendance with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J.* 2003 Jun;7(2):87–93.
29. Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84(5):436–43.
30. Fallah F, Pourabbas A, Delpisheh A, Veisani Y, Shadnoush M. Effects of Nutrition Education on Levels of Nutritional Awareness of Pregnant Women in Western Iran. *Int J Endocrinol Metab.* 2013;11(3):175–8.
31. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2008;3(9):158–60.
32. Pasinlioğlu T. Health education for pregnant women: the role of background characteristics. *Patient Educ Couns.* 2004 Apr;53(1):101–6.
33. Rerón A, Huras H, Madejski Z. [Assessment of prenatal care in pregnant women]. *Przegl Lek.* 2003;60 Suppl 6:107–10.
34. TAŞ F, GÜLPAK M, OKTAY AA, DEMİR N. Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2019;14(1):24–30.

35. GÜREL SA, KEMİK VD. Gebeliğe İlişkin Bilgi Düzeyi, Etkenleri ve Bunun Doğum Öncesi Bakım Üzerine Etkisi. *Türkiye Klin J Gynecol Obs*. 2007;17:101–9.
36. Bester ME. [Health education in pregnant women]. *Curationis*. 1992 Jun;15(2):1–4.
37. Zeng G, Zhang J, Liang J, Zhou R, Song M, Zhang Y. [Study on the knowledge of nutrition and related dietary behavior among “floating” women under pregnancy]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2005 Jun;26(6):408–11.
38. Cwiek D, Grochans E, Sowińska-Gługiewicz I, Wysiecki P. [Analysis of some pro-health behaviors of pregnant women after a childbirth education class]. *Wiad Lek*. 2004;57 Suppl 1:48–51.
39. Kabir M, Iliyasu Z, Abubakar IS, Asani A. Determinants of utilization of antenatal care services in Kumbotso Village, northern Nigeria. *Trop Doct*. 2005 Apr;35(2):110–1.
40. Halim N, Bohara AK, Ruan X. Healthy mothers, healthy children: does maternal demand for antenatal care matter for child health in Nepal? *Health Policy Plan*. 2011 May;26(3):242–56.
41. Coimbra LC, Figueiredo FP, da Silva AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Caldas AJM, et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. *Brazilian J Med Biol Res*. 2007;40(9):1195–202.
42. Kurnaz MA, Can H, Atsız Sezik H, Çakır YT, Tuna M, Ay Z. How and how long do family physicians follow up pregnant women? *Türkiye Aile Hekim Derg*. 2015;19(4):187–95.
43. Atar Gürel S, Gürel H, Balcan E. Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu. *Perinatoloji Derg* [Internet]. 2006;14(2):90–5. Available from: <http://www.perinataldergi.com/Files/Archive/tr-TR/Articles/PD-20060142006tr.pdf>
44. Folic acid for the prevention of neural tube defects. American Academy of Pediatrics. Committee on Genetics. *Pediatrics*. 1999 Aug;104(2 Pt 1):325–7.
45. Friel JK, Frecker M, Fraser FC. Nutritional patterns of mothers of children with neural tube defects in Newfoundland. *Am J Med Genet*. 1995 Jan;55(2):195–9.
46. Köken GN, Derbent AU, Erol O, Saygın N, Ayık H, Karaca M. Awareness and use of folic acid among reproductive age and pregnant women. *J Turkish Ger Gynecol Assoc*. 2013;14(2):87–91.
47. Okyay P, Gemalmaz A, Beşer E, Başak O, Doyuran E. Aydın’da Bir Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Form 005-Gebe-Lohusa İzleme Fişlerinin Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg* [Internet]. 2005;12(1):31–5. Available from: <http://193.140.142.206:8080/xmlui/handle/11616/1403>
48. Unusan N. Assessment of Turkish women’s knowledge concerning folic acid and prevention of birth defects. *Public Health Nutr*. 2004;7(7):851–5.
49. Akkoca AN, Kurt RK, Oya Soylu Karapınar, Ozler S, Ozer C. Folic Acid Knowledge Level and Usage Among Women in Reproductive Age. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2014;8(2):35.
50. Johnson K. A study of nutritional knowledge and supplement use in pregnant women. *J Hum Nutr Diet* [Internet]. 2000;13(5):363–71. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2000.00001-17.x>
51. Bener A, Al Maadid MGA, Al-Bast DAE, Al-Marri S. Maternal knowledge, attitude and practice on folic acid intake among Arabian Qatari women. *Reprod Toxicol*. 2006 Jan;21(1):21–5.

52. Çakır EÖ, Öner C, Çetin H, Şimşek EE. Evaluation of Prenatal Care Services in Istanbul Adalar District. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2019;13(2):111–8.
53. Kutlu R, Uzun L, Karaoğlu N, Görkemli H. Awareness of Pregnant Women About Routine Applied Screening Tests and Supportive Treatments in a University Hospital. *Istanbul Med J*. 2020;21(1):71–7.
54. Desdicioğlu R, Yıldırım M, Süleymanova İ, Atalay İ, Özcan M, Yavuz AF. Gebe Kadınların Antenatal Testlere Yaklaşımını Etkileyen Faktörler. *Ankara Med J*. 2017;17(1):57–64.
55. Kıssal A, Kartal B. Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım İçeriğinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2019;5(1):36–42.
56. Kiliç M. SAĞLIK OCAKLARINDA GÖREVLİ EBELER TARAFINDAN VERİLEN DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ. *J Heal Sci*. 2009;18(3):138–47.
57. Zaki NM, Albarraq AA. Use, attitudes and knowledge of medications among pregnant women: A Saudi study. *Saudi Pharm J SPJ Off Publ Saudi Pharm Soc*. 2014 Nov;22(5):419–28.
58. el-Sherbini AF, el-Torky MA, Ashmawy AA, Abdel-Hamid HS. Assessment of knowledge, attitudes and practices of expectant mothers in relation to antenatal care in Assiut governorate. *J Egypt Public Health Assoc*. 1993;68(5–6):539–65.
59. Gemeda Daba, Fekadu Beyene, Habtamu Fekadu WG. Assessment of Knowledge of Pregnant Mothers on Maternal Nutrition and Associated Factors in Guto Gida Woreda, East Wollega Zone, Ethiopia. *J Nutr Food Sci*. 2013;03(06).
60. KARATAŞ B. Hemşire tarafından verilen doğum öncesi bakım hizmeti ve eğitiminin etkinliğinin incelenmesi. *Optim Tıp Derg*. 2001;14(2):47–50.