



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE KAYITLI HEDEF
NÜFUSTA YAPILAN GEBE İZLEMLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

MERYEM KARAGÜR SARIOĞLU
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE KAYITLI HEDEF
NÜFUSTA YAPILAN GEBE İZLEMLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

MERYEM KARAGÜR SARIOĞLU
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

ONAY



BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.06.2024 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

.../.../2024

Dr. Meryem Karagür Sarıoğlu

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca hekimlik mesleği ve yaşamla ilgili pek çok değerli bilgi kazanmama vesile olan, nezaket ve hoşgörüsünü her zaman hissettiren, tez sürecimde de desteğini esirgemeyen kıymetli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın'a,

Bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, hiçbir konuda desteğini esirgemeyen ve tez sürecimde de önemli katkılarda bulunan değerli Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na,

Hayatım boyunca yanımda olan, her an sevgi ve desteklerini hissettiren, sabırları ve fedakarlıklarıyla bana güç veren annem Fadime Karagür'e ve babam Muharrem Karagür'e,

Bana her daim destek olan, sevgisi ve içtenliğiyle yanımda duran canım ablam Dr. Öğr. Üyesi Betül Karagür Çakmak'a,

Koşulsuz sevgiyi bana öğreten, sevgisiyle her daim içimi ısıtan, sabrıyla hep yanımda olan, destekleriyle her zaman bana güç ve cesaret veren kıymetlim, canım eşim Kemal Sarıoğlu'na

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Meryem Karagür Sarıoğlu

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gebelik	4
2.1.1. Gebelikte risk faktörleri	4
2.2. Doğum Öncesi Bakım	5
2.2.1. Doğum öncesi bakımın tanımı ve önemi.....	5
2.2.2. Doğum öncesi bakımın gelişimi.....	8
2.2.3. Doğum öncesi bakımın Dünyada ve Türkiye’de mevcut durumu	9
2.3. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Kapsamı.....	10
2.3.1. Birinci izlem.....	10
2.3.2. İkinci izlem.....	13
2.3.3. Üçüncü izlem.....	13
2.3.4. Dördüncü izlem	13
2.4. Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Almayı Etkileyen Faktörler	14
2.5. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16

3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	16
3.5. Verilerin Analizi.....	17
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	17
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	30
6. KAYNAKLAR.....	38
7. EKLER	43
EK-1: Etik kurul kararı.....	43
EK-2: Anket formu.....	44
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNICEF: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

WHO: World Health Organization



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Araştırmanın akış şeması.....	18
Şekil 4.2. Araştırmaya katılan gebelerin DÖB hizmeti değerlendirme parametrelerinin dağılımı.....	24
Şekil 4.3. Araştırmaya katılan gebelerin DÖB hizmetine ilişkin puan dağılımı.....	25
Şekil 4.4. Araştırmaya katılan gebelerin son gebelik izlemine göre danışmanlık hizmeti alma durumunun dağılımı.....	27



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Doğurganlık çağı (15-49 yaş) / gebe kadınların tetanoz aşı takvimi (Sağlık Bakanlığı, 2018).....	11
Tablo 4.1. Araştırmaya katılan gebelerin bazı sosyodemografik özellikleri.....	19
Tablo 4.2. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik dönemine ilişkin bazı sağlık bilgileri.....	20
Tablo 4.3. Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özellikleri.....	21
Tablo 4.4. Araştırmaya katılan gebelerde tehlike işaretlerinin varlığı ve mevcut gebeliğin riskli gebelik olma durumu.....	22
Tablo 4.5. Araştırmaya katılan gebelerin DÖB alma durumu.....	23
Tablo 4.6. Araştırmaya katılan gebelerin DÖB hizmetine ilişkin puan dağılımı.....	24
Tablo 4.7. Araştırmaya katılan gebelerin danışmanlık hizmeti alma durumu ve danışmanlık verilen konuların dağılımı.....	26
Tablo 4.8. Araştırmaya katılan gebelerin son gebelik izlemine göre danışmanlık hizmeti alma durumu.....	27
Tablo 4.9. Araştırmaya katılan ve dört gebelik izlemine de tamamlayan gebelerin DÖB hizmet puanının gebelerin bazı sosyodemografik ve gebelik dönemi özelliklerine göre karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.10. Araştırmaya katılan gebelerin yaşına göre DÖB hizmet puanının durumunun karşılaştırılması.....	29

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada, Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Karaman 2 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran gebelere sunulan doğum öncesi bakım hizmetlerinin niteliği değerlendirilmiş ve bu hizmetlerin alınmasını etkileyen faktörler incelenmiştir. Amaç, doğum öncesi bakım hizmetlerinin gebelerin ihtiyaçlarına uygunluğunu belirlemek ve hizmetlerin iyileştirilmesine katkı sağlamaktır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanan çalışma, 4 Kasım 2022 ile 7 Haziran 2024 tarihleri arasında merkezlere başvuran 173 gebe üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler, otomasyon sistemi kayıtları ve telefon görüşmeleri yoluyla toplanmış, gebelere sosyodemografik ve gebelik bilgilerini içeren 12 soruluk anket uygulanmıştır. Analizler SPSS v.27 yazılımıyla yapılmış, istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 138 gebe anketle değerlendirilmiş, 86 gebe ise dört gebelik izlemine tamamlamış olarak doğum öncesi bakım hizmetlerinin niteliği açısından analiz edilmiştir. Katılımcıların %83,3'ü tetanoz aşısı olmuş, %97,3'ü demir, %92,9'u D vitamini desteği almıştır. Gebelik sürecinde danışmanlık hizmeti alanların oranı %79,5'tir ve en sık beslenme hakkında bilgi verilmiştir. Doğum öncesi bakım hizmet puanı ortalaması $\bar{X} \pm SS = 5,62 \pm 0,71$ olup, istatistiksel analizlerde çeşitli sosyodemografik özelliklerle doğum öncesi bakım puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

SONUÇ: Çalışma, doğum öncesi bakım hizmetlerinin genel olarak iyi bir düzeyde sunulduğunu, ancak katılımcıların danışmanlık hizmeti alma oranlarının daha da iyileştirilebileceğini ortaya koymaktadır. Sonuçlar, doğum öncesi bakım hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik müdahaleler için yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Danışmanlık, doğum öncesi bakım, gebelik

ABSTRACT

Evaluation of pregnancy follow-ups conducted in the target population registered at training family health centers

INTRODUCTION AND AIM: This study assessed the quality of prenatal care services provided to pregnant women who applied to Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi and Karaman 2 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi. It also examined factors influencing the uptake of these services. The aim was to determine how well prenatal care services meet the needs of pregnant women and contribute to improving the quality of these services.

MATERIALS AND METHODS: Designed as a descriptive study, the research was conducted with 173 pregnant women who visited these centers between November 4, 2022, and June 7, 2024. Data were collected through automated system records and a 12-question phone survey covering sociodemographic and pregnancy-related information. Analyses were performed using SPSS v.27, with statistical significance set at $p < 0.05$.

RESULTS: The study included 138 women surveyed, and 86 who completed four prenatal follow-ups were analyzed for service quality. Among the participants, 83.3% received tetanus vaccination, 97.3% took iron supplements, and 92.9% used vitamin D. The rate of those who received counseling during pregnancy was 79.5%, with nutrition being the most common topic. The average prenatal care service score was $\bar{X} \pm SS = 5,62 \pm 0,71$. Statistical analysis showed no significant differences between sociodemographic characteristics and prenatal care scores.

CONCLUSION: The findings suggest that prenatal care services are generally provided at a satisfactory level. However, there is room for improvement in counseling service rates. The results can serve as a guide for interventions aimed at enhancing the quality and effectiveness of prenatal care services.

Keywords: Counseling, pregnancy, prenatal care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948'de yaptığı tanıma göre, sağlık sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal bakımdan tam bir iyilik içinde olmasıdır. Bu tanım, dil, din, etnik köken veya cinsiyet fark etmeksizin her bireyin sağlıklı olma hakkına sahip olduğunu belirtmektedir. Dünya nüfusunun yarısını oluşturan kadınların sağlık durumunun değerlendirilmesi yalnızca fiziksel durumlarına odaklanmayı değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal iyilik hallerini de göz önünde bulundurmaya gerektirir. Kadınların tam bir iyilik halini etkileyen tüm faktörler değerlendirmede dikkate alınmalıdır (İlçioğlu ve ark., 2017).

Ülkemizde nüfusun yarısını kadınlar oluşturur ve kadınlar, aile yapısının temel direği olan annelerdir. Dolayısıyla, kadın sağlığı hem kendilerinin hem de doğurdukları çocukların sağlığı açısından son derece önemlidir. Anne sağlığının, toplum sağlığı ile yakından ilişkili olduğu, sağlıklı kadınların sağlıklı hamilelikler ve dolayısıyla sağlıklı nesiller anlamına geldiği söylenebilir (İlçioğlu ve ark., 2017). Gebelik, doğum ve doğum sonrasında ortaya çıkabilen komplikasyonlar özellikle gelişmekte olan ülkelerde anne ve bebek ölümlerinin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (HÜNEE, 2018).

Her yıl dünya genelinde binlerce kadın, gebelik veya doğum sırasında yaşanan kanama, cerrahi komplikasyonlar, hipertansiyon, emboli ve toksemi gibi önlenemez nedenler yüzünden hayatını kaybetmektedir (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>, Erişim tarihi: 24.08.2024). Bu ölümleri azaltmanın en etkili yollarından biri doğum öncesi bakım olarak bilinmektedir. Doğum öncesi bakım, anne adaylarını gebelik süreci, beslenme ve bebek bakımı konularında bilgilendirmeyi, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık sağlamayı ve fetüsün gelişimini izlemeyi amaçlar (Özvarış ve Akın, 1998).

Doğum öncesi bakım anne ve bebeğin sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik süresince düzenli muayeneleri, sağlık profesyonellerinin izlemlerini ve gerekli yönlendirmelerini kapsayan bir uygulamadır (Çatak ve ark., 2014). Doğum öncesi bakımın asıl hedefi, annenin ve fetüsün sağlığını korumak, gebelik öncesi veya

sırasında oluşabilecek sağlık sorunlarını erken tespit etmek, böylece anne ve bebek ölümlerini ve sağlık sorunlarını en aza indirmektir (Pirinçci ve ark., 2010).

Doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetlerine erişim, ülkelerin gelişmişlik seviyesine göre değişiklik göstermektedir. Türkiye'de 2018 yılında yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, gebelik izlem hizmetlerinden faydalanma oranı %96 olarak kaydedilmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde, bu hizmetlerin değerlendirilmesi Kessner ve Kotelchuck gibi yeterlilik ölçütleri üzerinden yapılmaktadır. Kessner kriterleri, gebelikte bakımın hangi dönemde başladığını ve kaç kez hizmet alındığını esas alarak yeterlilik belirler. Yeterli kabul edilmesi için bakımın gebeliğin ilk üç ayında başlaması ve toplam dokuz kontrolün yapılması gerekir. Ancak bu endeksler, DÖB hizmetlerinin yalnızca sayısal verilere dayalı bir değerlendirmesini sunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Sağlık Bakanlığı, hamilelik sürecinde verilen sağlık hizmetlerinin daha standart ve yüksek kalitede sunulabilmesi için “Doğum Öncesi Bakım Rehberi”ni oluşturmuştur. Bu rehberde, en az dört izlem yapılması gerektiği vurgulanmıştır: İlk izlem gebeliğin 14. haftasına kadar, ikinci izlem 18-24. haftalar arasında, üçüncü izlem 28-32. haftalar arasında, son izlem ise 36-38. haftalar arasında olmalıdır. Muayeneler, çeşitli testler, ölçümler ve sağlanacak danışmanlık hizmetleri rehberde detaylandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Gebelik sürecinde kadınlara beslenme, fiziksel aktivite, hijyen, vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara ve alkol kullanımı, ilaç kullanımı, tetanoz aşısı ve gebelikte riskli durumlar hakkında danışmanlık sağlanmalıdır. Ayrıca 24-28. haftalar arasında glukoz tarama testi yapılmalı, fetüs sayısı, kalp atışı, biyometrik ölçümler, plasentanın konumu ve amniyotik sıvı miktarı obstetrik ultrason ile değerlendirilmelidir. Kadınlar bebek hareketlerini takip etme, kilo artışı, doğum süreci ve doğum sonrası emzirme gibi konularda da bilgilendirilmelidir. Ayrıca, fizik muayene sırasında ödem, meme muayenesi, pelvik yapının özellikleri, serviks ve prezentasyon değerlendirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Bu çalışmanın amacı bir eğitim araştırma hastanesine bağlı eğitim aile sağlığı merkezlerinde kayıtlı gebelerin gebe izlem verileri kullanılarak DÖB hizmetlerinin

değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme DÖB hizmetlerinin gebelerin ihtiyaçlarına ne kadar uygun olduğunu ve bu hizmetlere erişimi etkileyen faktörleri belirlemeyi, DÖB hizmetlerinin gebelere ulaştırılmasındaki güçlü ve zayıf yönleri ortaya koyarak hizmetlerin iyileştirilmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, kadın rahminde embriyo veya fetüs taşınan yaklaşık dokuz aylık bir süreçtir. Döllenmeden sonraki ilk sekiz haftada gelişen yapıya embriyo, sekiz haftadan doğuma kadar süren gelişim aşamasına ise fetüs adı verilir. Son adet tarihinin başlangıcına göre hesaplanan tahmini fetal yaşa gestasyon yaşı denir ve tamamlanmış hafta sayısı ile ifade edilir (<http://www.who.int/topics/pregnancy/en/>, Erişim tarihi: 2 Eylül 2024). Bu süreçte kadınlar, kendi psikososyal, ekonomik ve kültürel özelliklerine bağlı olarak gebelik ile ilgili çeşitli tutum ve davranışlar sergileyebilirler (Arslan ve ark., 2019).

2.1.1. Gebelikte risk faktörleri

Gebelik süreci, kadının bedeninde meydana gelen değişiklikler nedeniyle biyopsikososyal dengesinde bozulmalara yol açabilen bir dönemdir. Bu durum, yalnızca anne adayını değil, ailesini de bir uyum sürecine sokar. Gebelik fizyolojik bir süreç olarak kabul edilse de anne ve bebek için çeşitli riskler içerir. Aslında her gebelik potansiyel risk taşır, bu nedenle gebeliklerin düşük riskli, riskli veya yüksek riskli olarak sınıflandırılması gerekebilir. Gebelikte risk faktörü genellikle riskli veya yüksek riskli gebelikler için kullanılır (Aydemir ve Hazar, 2014).

Hem anne hem de bebeğin sağlığını etkileyebilecek risklerin erken tespit edilip yönetilmesi, gebelik sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerlemesi için oldukça önemlidir (Gözükara ve ark., 2011). Gebelik riskli hale geldiğinde, anne veya fetüs için hayatı tehdit eden durumlar ortaya çıkabilir. Bu risk faktörleri arasında annenin eşinin yakın akrabası olması, annenin yaşının 18'in altında veya 35'in üstünde olması, dört veya daha fazla doğum yapmış olması, kronik sağlık sorunları, düşük sosyoekonomik durum, yetersiz eğitim seviyesi, önceki tıbbi öyküsünde gebelik riskine yol açabilecek unsurların varlığı, yüksek rakımda yaşama, boy uzunluğunun 150 cm'den kısa olması, önceki gebeliklerde yaşanmış riskler, aşırı kilo ve tetanoz aşısının eksikliği gibi faktörler yer alır (HÜNEE, 2013).

Gebelik sürecindeki risklerin anne ve bebeğe zarar vermeden tespit edilmesi oldukça önemlidir. Bu sayede, mevcut veya olası riskler hakkında bilgilendirme ve

değerlendirme yapılabilir (Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005). Gebenin tıbbi ve obstetrik geçmişinde bulunan riskler, sonraki gebelikler için de tehdit oluşturabilir. Örneğin, daha önce düşük doğum ağırlığı, ölü doğum veya düşük gibi sorunlar yaşayan kadınlar, sonraki gebeliklerinde de bu risklerle karşılaşabilir. Prematüre doğum veya düşük gibi komplikasyonların gelecekteki gebeliklerde de görülebileceği bildirilmiştir. Gebelikte karşılaşılabilecek önemli sağlık sorunlarından biri de hipertansif hastalıklardır (TNSA 2013; WHO, 2015).

Gebelerin, gebelik süresince ortaya çıkabilecek riskli durumlar hakkında yeterli düzeyde bilgilendirilmesi, olası komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önem taşır. Bu süreçte sunulan danışmanlık ve bilgilendirme hizmetleri, gebelikte karşılaşılabilecek riskler ve tehlikeler hakkında bilgi sağlamalıdır. Bu tür danışmanlıklar, gebe kadınların daha nitelikli bir takip süreci geçirmelerine katkı sağlar (AbouZahr ve Wardlaw, 2003).

Tarihsel süreçte doğurganlık yaşının getirdiği riskler azalmış olsa da istenmeyen gebelikler, kısa aralıklı gebelikler ve bireysel ya da ailevi risk faktörleri halen önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Gebelik boyunca verilen DÖB hizmetleri ile birçok riskli durum belirlenip önlenabilir. Risklerin azaltılmasında kaliteli DÖB hizmetlerinin rolü büyüktür (HÜNEE, 2013; Ulusal anne ölümleri çalışması, 2005).

2.2. Doğum Öncesi Bakım

2.2.1. Doğum öncesi bakımın tanımı ve önemi

Gebelik süresince anne ve fetüsün düzenli olarak sağlık profesyonelleri (doktor, ebe, hemşire) tarafından takip edilmesini, gerekli muayenelerin yapılmasını ve sağlıklarını korumak ve geliştirmek için danışmanlık hizmetlerinin sunulmasını kapsayan hizmete DÖB hizmeti denir. Bu hizmetler, gebelik süresince meydana gelebilecek sağlık sorunlarının erken teşhis ve tedavi edilmesini sağlayarak anne ve fetüsün sağlığını korumayı hedefleyen halk sağlığı uygulamalarıdır (Çatak, 2014).

Nitelikli ve yeterli düzeyde sunulan DÖB hizmetleri, anne sağlığı ile ilişkili hastalık ve ölüm oranlarını azaltırken, doğum sonrası kanama ve düşük gibi komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunur. Yenidoğan sağlığına yönelik yararları ise, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve ölü doğum gibi riskleri azaltarak

neonatal ölüm oranlarının düşürülmesidir (Başar ve Çiçek, 2018). Gebelik süresince annede mevcut hastalıklar veya gebelik ile ilişkili ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve komplikasyonlar, DÖB sayesinde erken dönemde tespit edilerek ilerlemeleri önlenir (WHO, 2019).

Dünya genelinde her gün yaklaşık 810 kadın, gebelik veya doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle yaşamını yitirmekte, bu ölümler çoğunlukla doğum öncesi veya doğum sırasında yapılan yetersiz müdahalelerden kaynaklanmaktadır. Anne ölümü, gebelik sürecinde ya da doğumdan sonraki 42 gün içinde, kazalar veya tesadüfi durumlar dışında, gebeliğe bağlı sağlık sorunları nedeniyle yaşanan ölümler olarak tanımlanır ve bu oran yüz bin canlı doğum bazında ifade edilir (Kılınç ve ark., 2012).

Dünya genelinde 2017 yılında yaklaşık 295 bin anne ölümü ve 2,5 milyon yenidoğan ölümü meydana gelmiştir. Anne ve yenidoğan ölüm oranlarında zamanla bir azalma görülse de birçok ölüm, gebelik ve doğum sırasında yeterli sağlık hizmetine erişememekten kaynaklanmaktadır. Anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde yaşanmakta olup, uzman sağlık çalışanları tarafından sunulan nitelikli doğum öncesi ve sonrası bakım ile büyük oranda önlenabilir (WHO, 2015; WHO, 2019).

Her 100 bin canlı doğum başına düşen anne ölüm oranı 2000 yılında dünya genelinde 342 iken, 2017 yılında bu sayı 211'e düşerek %38'lik bir azalma göstermiştir. Buna rağmen, anne ölüm oranları bölgeler arasında büyük farklılıklar sergilemektedir. Dünya çapında anne ölümlerinin %86'sı Sahra Altı Afrika ve Güney Asya'da meydana gelmektedir. Sahra Altı Afrika, her 100 bin doğumda 533 anne ölümü ile en yüksek orana sahip olup, küresel anne ölümlerinin %68'ini oluşturmaktadır. Anne ölüm riski yüksek gelirli ülkelerde beş bin dört yüz doğumda 1 olarak hesaplanırken, düşük gelirli ülkelere bu oran 45 doğumda 1'e kadar yükselmektedir. 2017 yılı verilerine göre, bazı ülkelerdeki anne ölüm oranları şu şekildedir: Afganistan'da her 100000 doğumda 638, Somali'de 829, Bangladeş'te 173, Etiyopya'da 401, Nijerya'da 917, Hindistan'da 145, Küba'da 36, Fransa'da 8, Belarus'ta 2 ve Kanada'da yaklaşık 10 (WHO, 2015; WHO, 2019).

Anne ölümlerinin başlıca sebepleri arasında kanama (%27), hipertansiyonla ilgili sorunlar (%14), sepsis (%11), güvensiz düşükler (%8) ve emboli (%3) gibi komplikasyonlar bulunmaktadır. Bu sağlık sorunları, gebeliğin herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Gebelerin düzenli takip edilmesi, acil durumlarda uzman sağlık personeline yönlendirilmesi ve uygun ekipmanların bulunması ile anne ölüm oranları azaltılabilir (Say ve ark., 2014).

Gebelik öncesinde var olan sağlık riskleri fark edilmezse, gebelik süresince bu sorunlar kötüleşerek anne ve fetus sağlığına tehdit oluşturabilir. Kadınların gebelikten önce, doğum sürecinde ve doğum sonrasında kaliteli sağlık hizmetine erişim sağlaması hayati önemdedir. Anne ve bebek sağlığı birbirini yakından etkiler (WHO, 2019).

Türkiye'de yapılan Ulusal Anne Ölümleri çalışmasına göre, anne ölüm oranı yüz bin doğumda 28,5 iken, Sağlık Bakanlığı'nın 2018 verilerine göre bu oran 13,6'ya düşmüştür. Türkiye'de en yüksek anne ölüm oranı, yüz bin doğumda 24 ile Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde görülürken; en düşük oran Batı ve Doğu Karadeniz bölgelerinde yüz bin doğumda 9,7 olarak kaydedilmiştir (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 2 Eylül 2024).

Doğrudan anne ölümü, gebelik süresinde yanlış müdahaleler, ihmal ya da hatalı bakım sonucu oluşan obstetrik komplikasyonlardan kaynaklanırken, dolaylı anne ölümü, hamilelik öncesinde var olan bir hastalığın hamilelik sırasında ilerleyip ölümcül hale gelmesi sonucu ortaya çıkar ve doğrudan obstetrik nedenlere bağlanamaz (Şencan ve ark., 2014).

Kadın sağlığına bütüncül bir bakışla yaklaşıldığında, anne ölümlerinin belirgin bir şekilde azaltılması mümkündür. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında, gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin yanı sıra aile planlaması hizmetlerinin uzman sağlık personellerince kaliteli standartlarda sunulması, ikinci basamak sağlık kurumlarında ise acil obstetrik müdahale, tanı ve tedavi hizmetlerinin gerçekleştirilmesi gereklidir. Anne ölümlerini azaltmak için, gelişmekte olan

ülkelerde “Güvenli Annelik Yaklaşımı”nın uygulanması önem taşımaktadır (Akın ve Özvarış, 2012).

2.2.2. Doğum öncesi bakımın gelişimi

İlk doğum öncesi kliniğin Dublin’de kurulmasıyla DÖB’ün yaygınlaşması başlamıştır. Bu tarihten itibaren, DÖB’e dair pek çok model geliştirilmiştir. 1900’lü yıllarda, Avrupa ve Kuzey Amerika’da, DÖB’ün anne ve bebek sağlığına olumlu etkiler yapabileceği varsayımıyla bu bakım türü önerilmiştir; ancak, bu dönemde bu etkilerin bilimsel kanıtları bulunmamaktaydı. Avrupa’da geliştirilen modeller temel alınarak, günümüzde kullanılan DÖB programları 1900’lerin başlarında şekillenmiştir. O dönemde, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum gibi risklerin DÖB yoluyla azaltılabileceği görüşü yaygınlık kazanmıştır (Alexander ve ark., 2001; Balkaya ve ark., 2014).

Özellikle eklampsi gibi gebelik komplikasyonları, DÖB’ün sıklığı ve zamanlaması ile ilgili ilk önerilerin ortaya çıkmasında etkili olmuştur. İngiltere’de gebeliklerin düzenli kontrol edilmesi önerisiyle DÖB’ün ilk aşamaları şekillenmiştir. Bu yaklaşımın anne ölüm oranlarının düşmesine katkı sağlaması, DÖB’ün önemini artırmıştır. İngiltere Sağlık Bakanlığı, gebelere 16. haftada başlayarak 24. ve 28. haftalarda ve ardından iki haftada bir; 36. haftadan sonra ise haftalık kontrol önerisinde bulunmuştur. Ayrıca, riskli gebeliklerin daha sık takip edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. O tarihlerden itibaren modern DÖB uygulamaları resmi olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte, alternatif DÖB modellerinin avantajları, sakıncaları ve maliyetleri konusunda yeterli kanıt henüz oluşmamıştır. Doğum öncesi kontrollerin sıklığı, aralıkları ve içeriği hakkında geçmişte yeterince karşılaştırma yapılmamıştır (Alexander ve ark., 2001; Balkaya ve ark., 2014).

Alma Ata Konferansı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve dünya genelinde halk sağlığının geliştirilmesi için çözüm önerilerinin tartışıldığı önemli bir buluşmadır. Bu konferansta, 2000 yılına dek "Herkesin Sağlığı" hedefini gerçekleştirme amacıyla ortak hedefler belirlenmiş; bu hedefler arasında DÖB hizmetlerinin geliştirilmesi de yer almıştır (Alexander ve ark., 2001; Balkaya ve ark., 2014).

Türkiye'de DÖB hizmetleri, ilk olarak 1926'da Ankara ve Konya'da açılan doğum ve çocuk bakım evlerinde sunulmaya başlamıştır. 1952 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF) desteğiyle kurulan Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri, gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde anne adaylarına hizmet vermeyi amaçlamıştır (Bulut, 1994; Erdoğan ve Çetinkaya, 2019). Ancak, gebeler ve çocukların izlenmesi konusunda yeterli gelişim sağlanamamıştır. 1961'de yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile sağlık ocakları aracılığıyla DÖB hizmetlerinin tüm topluma ulaştırılması hedeflenmiştir. Bu yasa, Türkiye'de Alma Ata Bildirgesi doğrultusunda düzenlenmiştir (Tözün ve Sözmen, 2014; Öztekin, 2009).

Ülkemizde DÖB yeni bir kavram değildir; geçmişte de bireysel olarak bazı öneriler sunulmuştur. Örneğin, gebelikten önce sigara içmenin ve aşırı kilonun fetüs sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri anlatılmış; ayrıca folik asit ve demir takviyeleri önerilmiştir. Ancak, bu tür önerilerin sağlık sisteminin tüm kademelerinde kapsamlı bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Daha sağlıklı nesiller yetiştirmek için DÖB hizmetlerinin sağlık sisteminin her aşamasına entegre edilmesi önemlidir (Baysoy ve ark., 2012; Başgöl ve ark., 2012).

2.2.3. Doğum öncesi bakımın Dünyada ve Türkiye'de mevcut durumu

Dünya genelinde hamile kadınların %88'i DÖB hizmetlerinden en az bir kez profesyonel bir sağlık personeli gözetiminde yararlanabilmektedir; ancak, yalnızca %69'u dört veya daha fazla kez DÖB ziyaretine katılmaktadır. Özellikle anne ölüm oranlarının yüksek olduğu Batı ve Orta Afrika ile Güney Asya bölgelerinde, dört kez DÖB hizmeti alan kadın oranı daha düşüktür (sırasıyla %56 ve %55) (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care>, Erişim tarihi: 24 Eylül 2024).

Tarihsel veriler, son on yılda dört veya daha fazla DÖB ziyareti gerçekleştiren kadınların oranında küresel bir artış olduğunu göstermektedir. Ancak bu artış, bölgelere göre farklılık göstererek değişik hız ve ölçekte ilerlemektedir. Örneğin, 2015-2021 yılları arasında Batı ve Orta Afrika'da hamile kadınların yaklaşık yarısının dört veya daha fazla DÖB ziyareti aldığı kaydedilmiştir (%56)

(<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care>, Erişim tarihi: 24 Eylül 2024).

Türkiye'de kadınların %96'sının gebelik sürecinde en az bir kez DÖB hizmeti aldığı, ancak %4'lük bir kesimin gebelik boyunca hiç izlenmediğı, TNSA verilerine göre 2018 yılında tespit edilmiştir. Zamanla dört ya da daha fazla DÖB ziyareti alan kadın oranı yükselse de 2013 sonrası bu artış hızında belirgin bir yavaşlama gözlenmiştir. 1993'te dört veya daha fazla DÖB alan kadın oranı %54 iken, 1998'de bu oran %58'e, 2003'te yine %58'e, 2008'de %74'e, 2013'te %89'a ve 2018'de %90'a ulaşmıştır. İlk üç ayda DÖB'e başlayan kadın oranı ise 1993'te %36, 1998'de %42, 2003'te %54, 2008'de %74, 2013'te %89 ve 2018'de %90 olarak kaydedilmiştir (TNSA 2018).

Türkiye'de son doğumunu yapmış 15-49 yaş arası kadınların %81'i, gebelik sürecinde demir desteğı almıştır. DÖB hizmeti alan kadınların neredeyse tamamına tansiyon ölçümü (%98), kan testi (%97) ve ultrason (%98) yapılmışken, idrar testi hizmeti diğerlerine göre biraz daha düşük bir oranla %92 olarak saptanmıştır. Ayrıca, annelerin %81'ine DÖB ziyaretlerinde tetanoz aşısı uygulanmıştır (TNSA 2018).

2.3. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

“Doğum Öncesi Bakım Rehberi” Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından ilk olarak 2008 yılında hazırlanmış, 2017 yılında ise güncellenmiştir. Rehberde, hamile kadınların en az dört kez takip edilmesi gerektiğı belirtilmiştir. Bu doğrultuda; ilk kontrol 14. haftada, ikinci kontrol 18-24. haftalar arasında, üçüncü kontrol 30-36. haftalar arasında ve dördüncü kontrol ise 36-38. haftalarda yapılmalıdır. Risk faktörleri taşıyan gebeliklerde ise takip sayısının artırılması önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.3.1. Birinci izlem

İlk izlem yaklaşık 30 dakika sürer ve gebeliğın ilk 14 haftası içinde gerçekleştirilir. Eğer bu haftaya kadar gebelik tespit edilmemişse, gebeliğın öğrenildiğı hafta ilk izlem olarak kabul edilir. Bu aşamada, rehberde belirtilen tüm hizmetler uygulanmalı ve izlem prosedürleri, gebelik haftasına uygun şekilde yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Gebenin rahatça kendini ifade edebileceği güvenli bir ortam oluşturulmalıdır. İletişimde olumlu beden dili kullanılmalı, sağlık personeli kendini tanıtmalı ve gebenin de kendini tanıtmaya fırsat tanınmalıdır. İletişim süresince gebenin sorular sorması teşvik edilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Gebeden öykü alınırken, eğitilmiş bir sağlık personeli; yaşı, akraba evliliği, eğitim durumu, eşin eğitim seviyesi ve çalışma durumu gibi kişisel bilgileri, tıbbi geçmişi, alışkanlıkları, önceki gebelik öykülerini ve mevcut gebelik bilgilerini ayrıntılı olarak sorgulamalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Her izlemde gebenin boyu ve kilosu ölçülmeli ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ) hesaplanmalıdır. VKİ değeri yüksek olan gebelere diyetisyen desteği önerilmelidir. İzlem sırasında nabız ve kan basıncı ölçülmelidir; sistolik kan basıncının 140 mmHg, diastolik kan basıncının ise 90 mmHg altında olması normal kabul edilir. Gebelik haftası ile uterus büyüklüğü uyumu değerlendirilerek anemi belirtileri, pretibial ödem, varis ve kalp sesleri gibi parametreler kontrol edilmelidir. 12. haftadan itibaren el doppleri ile fetüs kalp atışları dinlenebilir ve normal hızın dakikada 120-160 atım aralığında olması beklenir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Bu izlemlerde anne ve babanın kan grupları kontrol edilmelidir. İndirekt Coombs (-) olanlar için 28. haftada yeniden test yapılmalıdır. Rutin kan testleri, tam idrar analizi ve idrar kültürü yapılmalıdır. HBsAg kontrolü, sifiliz taraması ve kan grubu belirleme testleri yapılmalı; gestasyonel diyabet riski olan gebelere ise oral glikoz testi uygulanmalıdır. 11-14. haftalarda ense saydamlığı ve kombine test için ultrasonografi yapılmalı ve gebenin bilgilendirilmesi sonrası onay alınarak HIV testi önerilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Gebeliği planlayan kadınların, gebe kalmadan en az bir ay önce 400-800 mikrogram folik asit takviyesine başlamaları önerilir. Anemi tespit edilen gebelere demir takviyesi verilmeli; anemisi olmayanlara ise 16. haftadan itibaren demir desteği başlanmalıdır. 12. haftadan itibaren günlük 1200 IU (9 damla) D vitamini takviyesi önerilmelidir. Hepatit B bağışıklığı olmayanlara aşı hakkında bilgi verilmeli ve aşılamaya önerilmelidir. Eylül-Nisan aylarında grip aşısı hakkında bilgi verilmeli ve

öneride bulunulmalıdır. Tetanoz bağışıklığı gözden geçirilmeli ve gerektiğinde tetanoz aşısı yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Tablo 2.1. Doğurganlık çağı (15-49 yaş) / gebe kadınların tetanoz aşı takvimi (Sağlık Bakanlığı, 2018)

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruyuculuk
Td 1	Gebeliğin 4 ayında ilk karşılaşmada	Yok
Td 2	Td 1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td 4	Td 3'den en az 1 yıl sonra veya bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td 5	Td 4' ten en az 1 yıl sonra veya bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

Td: Tetanoz(T)- Erişkin Tipi Difteri (d) Aşıları

Gebelik sürecinde anne adayına, yaşanabilecek fizyolojik değişiklikler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Özellikle mide bulantısı, halsizlik, kusma, sık idrara çıkma, varis oluşumu, baş dönmesi, hemoroid, kabızlık, ciltte farklılıklar, mide yanması, bacaklarda kramp, nefes darlığı, çarpıntı, meme hassasiyeti, vajinal akıntı, meme başı çevresindeki bezlerin belirginleşmesi, kolostrum salınımı ve aşırı tükürük salgısı gibi durumlarla ilgili bilgi verilmelidir. Aynı zamanda beslenme düzeni, kilo yönetimi, çevresel etmenler, fiziksel aktivite, çalışma koşulları, seyahat, cinsel yaşam, hijyen ve kişisel bakım, bebek bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara ve alkol kullanımı, madde bağımlılığı, ilaç kullanımı ve gebelikte yapılması önerilen aşılar (Grip, Tetanoz, Hepatit B) hakkında danışmanlık sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Anne adayına ayrıca gebelikte ortaya çıkabilecek riskli durumlar hakkında bilgilendirme yapılması önemlidir. Şiddetli bulantı ve kusma, vajinal kanama, nöbet geçirme, yoğun baş ağrısı, görmede bozulma, yüksek ateş, günlük aktiviteleri yapamama, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya hızlı nefes alıp verme, yüz, el ve bacaklarda şişlik, bebeğin hareketlerinde azalma, su gelmesi ve açıklanamayan cilt kaşıntıları gibi sağlık sorunları ve komplikasyonlarla ilgili uyarılar yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Anne adayına yapılan tüm kontroller ayrıntılı olarak kaydedilmeli ve kendisine, kontrollerini yapan sağlık kuruluşunun telefon numarası, takip eden sağlık personelinin adı ve soyadı ile bir sonraki kontrol tarihini içeren bir kart verilmelidir.

Kontroller esnasında yapılan tüm işlemler de anne adayına açık ve anlaşılır şekilde aktarılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.3.2. İkinci izlem

Gebelik sürecinde, 18-24. haftalar arasında yapılacak kontrol yaklaşık 20 dakika sürmelidir. Bu takipte, annenin öyküsü yeniden gözden geçirilmeli, fiziksel muayene ve laboratuvar testleri tekrarlanmalıdır. Fetüs hareketlerinin anne tarafından hissedilip hissedilmediği sorulmalı, aşırı kilo alımı ve gebelikte karşılaşılabilecek olası sağlık problemleri hakkında bilgi verilmelidir. İlk muayenede sağlanan danışmanlık ve bilgilendirme bu takipte de yenilenmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.3.3. Üçüncü izlem

Gebelikte 28-32. haftalar arasında gerçekleştirilen bu kontrol de yaklaşık 20 dakika sürer. Bu muayenede annenin öyküsü yeniden alınmalı, fiziksel muayene ve laboratuvar testleri yinelenmelidir. Özellikle ödem oluşumu kontrol edilmelidir; son trimesterde bacaklarda hidrostatik basınçtan kaynaklanan ödem gözlelenebilirken, preeklampsi belirtisi olarak üst bölgelerde, özellikle ellerde ve göz kapaklarında ödem olabilir. Önceki takiplerde verilen eğitim ve danışmanlık bu izlemde de tekrarlanmalı; doğum süreci, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı gibi konular açıklığa kavuşturulmalıdır. Emzirme ve anne sütünün önemi vurgulanmalı, doğum sonrası üreme sağlığı konusunda danışmanlık verilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.3.4. Dördüncü izlem

Gebeliğin 36-38. haftalarında yapılan bu kontrol de yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Bu izlemde, önceki muayenelere ek olarak, emzirme hazırlığı için meme muayenesi yapılmalı ve bebeğin duruşu belirlenmelidir. Kan ve idrar testleri yeniden uygulanmalı; daha önce sunulan bilgi ve danışmanlık hizmetleri yinelenmeli, gebelikteki riskli durumlar, doğum süreci, doğumun gerçekleştirileceği yer ve kişiyle ilgili kararlar netleştirilmelidir. Ayrıca emzirme, doğum sonrası aile planlaması ve danışmanlık hizmetlerine daha fazla ağırlık verilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Gebelik takiplerinde bilgilendirme, danışmanlık, hasta ile etkili iletişim, öykü alma, fiziksel muayene, laboratuvar testleri, ilaç desteği, aşılama ve gerekli tedavi hizmetleri sağlanır. Sevk edilmesi gereken durumlar göz önünde bulundurularak yapılan her muayene kayıt altına alınır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.4. Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Almayı Etkileyen Faktörler

Hizmetin sıklığını ve DÖB hizmetine erişimi etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında annenin yaşı, gebelik sayısı, aile yapısı, anne ve eşinin eğitim durumu, sosyal güvence varlığı, annenin mesleği, gebeliğin planlı olup olmaması ve ikamet edilen yer sayılabilir (Pirinçci ve ark., 2010). Bunun yanı sıra, gebelik korkusu, ekonomik durum, adolesan gebelikler, DÖB hakkında bilgiye sahip olma durumu ve sağlık personeliyle iletişim de hizmetin alınmasını etkileyen önemli unsurlar arasındadır (Yılmaz ve ark., 2018).

Yurt dışında yapılan araştırmalarda, sosyal güvence ve ailenin sosyo-kültürel yapısının, DÖB hizmetlerinin kalitesini etkilediği ortaya konmuştur. Bu hizmetten yararlanan kadınların bebeklerinin yenidoğan bakım düzeyleri ve gelişimleri daha iyi bulunmuştur (Fullerton ve ark., 2004). Türkiye ve dünya genelinde yapılan çalışmalarda annenin yaşı, eğitim seviyesi, eşin eğitim düzeyi, aile yapısı, gebelik sayısı, gebeliğin planlanmış olup olmaması ve sağlık kuruluşuna uzaklık gibi etkenlerin DÖB kalitesini etkilediği belirlenmiştir (Aksu ve Akgün, 2020; Alshenawy ve ark., 2022; Başar ve Çiçek, 2018; Comfort ve ark., 2022; Ergin ve ark., 2011; Mare ve ark., 2022; Pirinçci ve ark., 2010; Prasad ve ark., 2022).

Türkiye’de yapılan araştırmalarda, annenin eğitim seviyesi, yaşı, doğum sayısı, ikamet edilen yer ve bölge gibi unsurların DÖB alma sıklığına etki ettiği bulunmuştur (Sönmez, 2007). Yılmaz ve ark. DÖB alma sıklığını, demografik özellikler, ekonomik durum, adolesan gebelikler, sağlık çalışanı ile iletişim, plansız gebelik, eğitim seviyesi, DÖB’ün önemi hakkında bilgi sahibi olma ve ikamet yeri gibi faktörlerin etkilediğini belirtmiştir (Yılmaz ve ark., 2018).

2.5. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği

İki ana boyut, DÖB yeterliliğini oluşturur bunlar; bakımın kalitesi (sağlık hizmetlerinin niteliği) ve niceliği (izlem sıklığı ve zamanlaması) dir. Gebelik

sürecinde sağlanan hizmetlerin kalitesini değerlendiren standart bir rehber bulunmamaktadır. Ancak, DÖB'ün niteliği, anne ve bebek sağlığı açısından kritik önemdedir. Pek çok araştırmada, DÖB'ün niceliksel boyutu ele alınarak hizmetin yeterliliği değerlendirilmiştir. Bazı çalışmalarda ise hizmetin içeriğine odaklanılarak bakımın kalitesi ölçülmüştür. Genel olarak, çalışmalarda hizmetin nicelik yönü öne çıkmaktadır. Anne ve çocuk sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde sunulan bakım hizmetlerinin hem nicelik hem de nitelik açısından yeterli olması gerekmektedir (Kıssal ve ark., 2019; Sönmez, 2007).

Yeterli DÖB almayan annelerin, bu hizmeti yeterli alan annelere göre daha fazla sağlık sorunu yaşadığı, anne ve bebek ölüm riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu hizmetin yetersizliği, bebeklerin yaşam sürecinde de risk teşkil edebilir (Drazancic, 2001). Türkiye'de yapılan bir araştırmada, anne ölümlerinin %23,6'sının, hemşireler ve ebeler tarafından sunulan düşük kaliteli DÖB ile ilişkili olduğu saptanmıştır (HÜNEE, 2006).

Filipinler'de yapılan bir çalışmada, nitelikli DÖB, gebeye ve bebeğe uygun testlerin, muayenelerin ve kontrollerin yapılması; gebelik sürecinde gelişebilecek sağlık sorunlarının erken teşhisi ve önlenmesi; anne ve bebeğin doğum ve doğum sonrasına hazırlanması olarak tanımlanmıştır (Lavado ve ark., 2020).

Ülkemizde DÖB'ün değerlendirilmesi genellikle gebenin kaç kez kontrole gittiğine dayanmakla birlikte, kontrollerde sunulan hizmetin içeriği, gebenin ihtiyaçlarının ne ölçüde karşılandığı gibi konularda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Çatak, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma eğitim aile sağlığı merkezlerine gebelik izlemleri için başvuran gebelerin DÖB hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız, 1 Temmuz 2024 ile 1 Kasım 2024 tarihleri arasında Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Sakarya Karaman 2 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne, 4 Kasım 2022 ile 7 Haziran 2024 tarihleri arasında başvuran gebeler ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evreni Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Sakarya Karaman 2 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne gebelik izlemi için başvuran gebelerden oluşmaktadır. Bu çalışma, belirli bir örnekleme yöntemi kullanılmaksızın, Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Sakarya Karaman 2 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne gebelik izlemleri için 4 Kasım 2022 ile 7 Haziran 2024 tarihleri arasında başvurmuş olan 173 gebenin gebelik izlem verileri ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Sakarya Karaman 2 no'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne gebelik izlemleri için başvurmuş olan 173 gebenin gebelik izlem verileri otomasyon sistemi üzerinden taranmıştır ve gebeler telefonla aranarak araştırmacı tarafından hazırlanan 12 soruluk anket uygulanmıştır. Ankette otomasyon sisteminde gebelere dair eksik olan bazı sosyodemografik özellikler ve gebelik durumuyla ilgili özelliklere dair sorular sorularak verilerin nihai şekline ulaşılmıştır. DÖB esnasında; tetanoz aşısının yapılması, izlemlerin herhangi birinde ağırlık ve kan basıncı ölçümünün yapılması, kan istemi yapılması, fetüs kalp seslerinin dinlenmesi ve gebelik süresince demir preparatı kullanımı durumlarına göre DÖB hizmeti için her biri 1 puan olacak şekilde toplam 6 puan üzerinden bir "DÖB hizmet puanı" hesaplanmıştır (Akın ve Özvarış, 2002).

3.5.Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri, SPSS v.27 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı özellikleri incelemek amacıyla yüzde dağılımları alınmıştır, sürekli değişkenlerin merkezi eğilim ve yaygınlık ölçütleri (ortalama, standart sapma, ortanca, 1. ve 3. çeyreklikler) hesaplanmıştır. İleri analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri %95 güven aralığında $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi (Pearson testi ve Fisher'in Kesin testi) kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan iki gruplu sayısal verilerin karşılaştırılması için Student t Testi yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

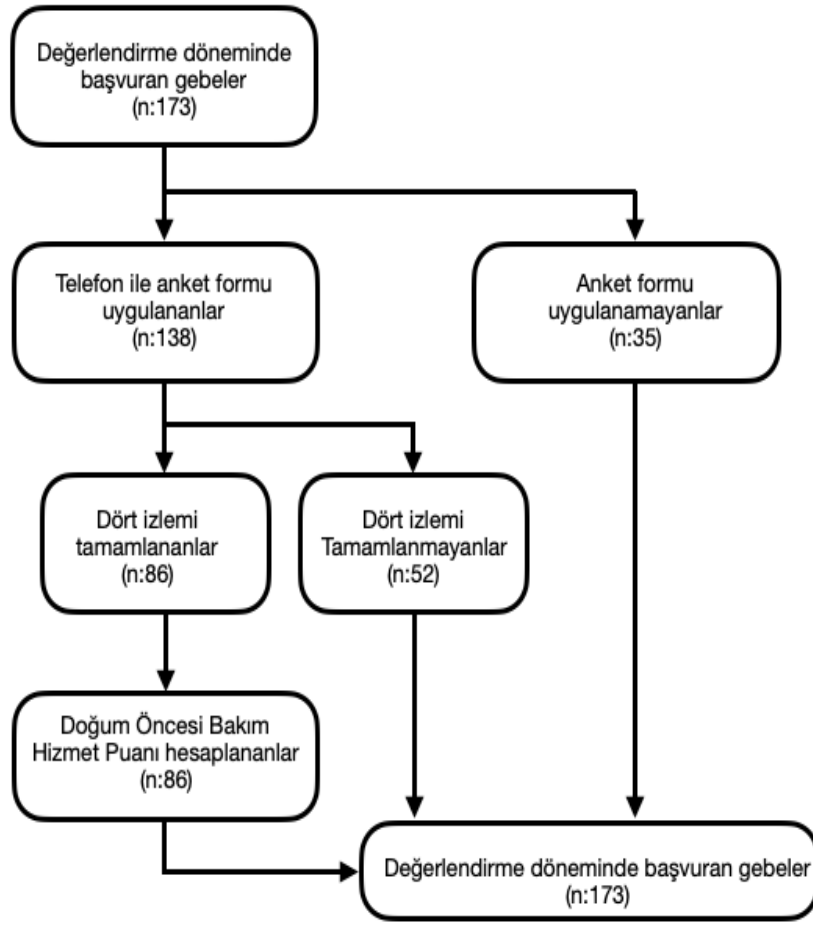
Araştırmada eksik kalan bilgilerin toplanması için telefonla yapılan anketler yüz yüze görüşmelere göre daha sınırlı bilgi toplamaktadır.

3.7.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.06.2024 tarihinde vermiş olduğu E-71522473-050.04-372965-175 sayılı onayı ile gerçekleştirilmiştir (EK-1: Etik kurul formu).

4. BULGULAR

Araştırmaya 4 Kasım 2022 ile 7 Haziran 2024 tarihleri arasında Sakarya ili Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran gebeler dahil edilmiştir. Sistemde kayıtlı 173 gebe bulunmaktadır. 138 gebeye telefon ile ulaşılarak sosyodemografik özellikleri içeren anket uygulaması yapılmıştır. Sistemde kayıtlı, anket ile ulaşılan ve dört gebelik izlemi de tamamlayan 86 gebenin DÖB hizmeti niceliksel olarak değerlendirilmiştir (Şekil 4.1.).



Şekil 4.1. Araştırmanın akış şeması

Katılımcıların %98,6'sı (n=136) evli, %1,4'ü (n=2) bekdir. Yaş ortalaması 29,66±4,62 yıl olup medeni durum, yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan gebelerin bazı sosyodemografik özellikleri

Özellik	n	%
Medeni durum (n=138)		
Evli	136	98,6
Boşanmış	2	1,4
Yaş (n=173)		
Ortalama $\pm$ ss=29,66 $\pm$ 4,62 Ortanca=30,00 En küçük=19 En büyük =42		
Eğitim durumu (n=138)		
Okur-yazar	1	0,7
İlkokul mezunu	6	4,3
Ortaokul mezunu	14	10,1
Lise mezunu	54	39,1
Üniversite mezunu	55	39,9
Yüksek lisans/doktora	8	5,8
Gebelik sırasında çalışma durumu (n=138)		
Çalışıyor	40	29,0
Çalışmıyor	98	71,0
Kendisinin veya eşinin sağlık çalışanı olma durumu (n=138)		
Sağlık çalışanı	16	11,6
Sağlık çalışanı değil	122	88,4
Eşi ile akraba olma durumu (n=138)		
Akrabalık var	4	2,9
Akrabalık yok	134	97,1
Gelir düzeyi algısı (n=138)		
Düşük	7	5,1
Orta	123	89,1
Yüksek	8	5,8
Hane yapısı (n=138)		
Çekirdek	131	94,9
Geniş	7	5,1
Gebelikte sigara kullanma durumu (n=138)		
Kullanan	15	10,9
Kullanmayan	123	89,1
Pasif içicilik var	7	5,7
Pasif içicilik yok	116	94,3

Yuvarlamalardan dolayı yüzdeliklerin toplamı %100 olmayabilir.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik dönemine ilişkin bazı sağlık bilgileri Tablo 4.2’de verilmiştir.

Katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%23,9, n=33) gebeliğin plansız gebelik olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %83,3’ü (n=115) gebelik sırasında tetanoz aşısı olurken; %16,72’si (n=23) aşı olmamıştır. Aşı olmayanların yarısı (%52,3, n=12) aşı olmayı tercih etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %97,3’ü (n=144) demir desteği; %92,9’u (n=130) D vitamini desteği almıştır.

Tablo 4.2. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik dönemine ilişkin bazı sağlık bilgileri

Özellik	n	%
Gebeliğin istenme durumu (n=138)		
Planlı	105	76,1
Plansız	33	23,9
Tetanoz aşısı olma durumu (n=138)		
Evet	115	83,3
Hayır	23	16,7
İlk gebelikte yapıldığı için	3	13,0
Yakın zamanda yapıldığı için	3	13,0
Zamanı gelmediği için	2	8,7
Zamanı geçtiği için	3	13,0
Tercih etmediği için	12	52,3
Demir desteği alma durumu (n=148)*		
Alan	144	97,3
Almayan	4	2,7
D vitamini desteği alma durumu (n=140)**		
Alan	130	92,9
Almayan	10	7,1

*İlk trimesterde olan 23 gebe dâhil edilmemiştir. İki gebenin sistemde kayıtlı demir desteği bilgisi bulunmamaktadır.

**İlk trimesterde olan 23 gebe dâhil edilmemiştir. 10 gebenin sistemde kayıtlı d vitamini desteği bilgisi bulunmamaktadır.

Katılımcıların gebelik sayıları incelendiğinde %50,9’u (n=88) bir, %32,9’u (n=57) iki, %10,4’ü (n=18) üç, %4’ü (n=7) dört ve %1,8’i (n=3) beş gebelik geçirmiştir. Katılımcıların %57,3’ünün (n=98) canlı doğum sayısı sıfırken; %34,5’i (n=59) bir, %5,8’i (n=10) iki, %1,8’i (n=3) ve %0,6’sı (n=1) dört canlı doğum öyküsüne

sahiptir. Gebelerin tamamı ölü doğum öyküsü olmadığını belirtirken; %89,4'ü (n=152) düşük doğum öyküsü olmadığını belirtmiştir. Gebelerin izlem esnasındaki son gebelik haftaları incelendiğine %13,3'ünün (n=23) ≤ 14 hafta, %13,9'unun (n=24) 15-24 hafta, %16,2'sinin (n=28) 25-32 hafta ve %56,6'sının (n=98) ≥ 33 hafta gebe olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3)

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özellikleri

Özellik	n	%
Gebelik sayısı (n=173)		
Bir	88	50,9
İki	57	32,9
Üç	18	10,4
Dört	7	4,0
Beş	3	1,8
Canlı doğum sayısı (n=171)¹		
Sıfır	98	57,3
Bir	59	34,5
İki	10	5,8
Üç	3	1,8
Dört	1	0,6
Ölü doğum sayısı (n=171)²		
Sıfır	171	100,0
Düşük sayısı (n=170)³		
Sıfır	152	89,4
Bir	16	9,4
İki	1	0,6
Üç	1	0,6
Son gebelik haftası (n=173)		
≤ 14 hafta	23	13,3
15-24 hafta	24	13,9
25-32 hafta	28	16,2
≥ 33 hafta	98	56,6

¹ İki katılımcı canlı doğum sayısını belirtmemiştir.

² İki katılımcı ölü doğum sayısını belirtmemiştir.

³ Üç katılımcı düşük sayısını belirtmemiştir.

Araştırmaya katılan gebelerde tehlike işaretlerinin varlığı ve mevcut gebeliğin riskli gebelik olma durumu Tablo 4.4'te sunulmuştur. Katılımcıların %98,8'inde (n=168)

gebelik dönemi tehlike işaretleri bulunmazken; %22,8'inin (n=39) riskli gebelik durumu mevcuttur. Riskli gebelik durumu olanların yaklaşık yarısının en sık nedenin gebenin tıbbi öyküsü olduğu görülmektedir. Diğer en sık nedenler incelendiğinde gebelerin üçte birinin (%33,3, n=13) 35 yaş üstü gebelik olduğu, yaklaşık altıda birinde (%15,4, n=6) jinekolojik hastalık olduğu ve yaklaşık onda birinin (%10,3, n=4) iki yıldan sık gebelik olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Araştırmaya katılan gebelerde tehlike işaretlerinin varlığı ve mevcut gebeliğin riskli gebelik olma durumu

Özellik	n	%
Gebelikte tehlike işaretlerinin varlığı (n=170)¹		
Yok	168	98,8
Var ²	2	1,2
Riskli gebelik durumu (n=171)³		
Yok	132	77,2
Var ⁴	39	22,8
35 yaş üstü gebelik	13	33,3
Tıbbi öykü ³	19	48,7
Akraba evliliği	2	5,1
Jinekolojik hastalık	6	15,4
Rh-rh uyumsuzluğu	2	5,1
Sigara kullanımı	3	7,7
İki yıldan sık gebelik	4	10,3
Obstetrik öykü	2	5,1

¹ Üç gebede tehlike işaretlerinin varlığı belirtilmemiştir

² Bir gebede erken doğum riski, bir gebede vajinal kanama vardır.

³ Bir gebede birden fazla risk belirtilebilmektedir. Gebelik döneminde risk oluşturan toplam 51 riskli durum belirtilmiştir. İki gebede riskli gebelik olma durumu belirtilmemiştir.

⁴ Gebelere ait sistemde kayıtlı; epilepsi (n=2), endokrin hastalık (n=6), romatolojik hastalık (n=2), kalıtsal hastalık (n=1), solunum sistemi hastalığı (n=1), kardiyovasküler hastalık (n=1), kronik hipertansiyon (n=2), psikiyatrik hastalık (n=1), obezite (n=2), hepatit b taşıyıcılığı (n=1) ve diabetes mellitus (n=2) tıbbi öykü başlığı altında gruplandırılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin DÖB hizmeti alma durumu Tablo 4.5'te verilmiştir. DÖB sırasında her beş gebeden dördü (%79,2, n=68) yeterli tetanoz bağışıklaması olduğunu beyan etmiştir. Gebelerin hemen tamamına kontrollerin herhangi birinde vücut ağırlığı ölçümü (%99,0, n=97), kan basıncı ölçümü (%96,9, n=95), kan tetkiki istemi (%99,0, n=97) yapıldığı ve gebelik sırasında demir hapi kullandığı (%96,9,

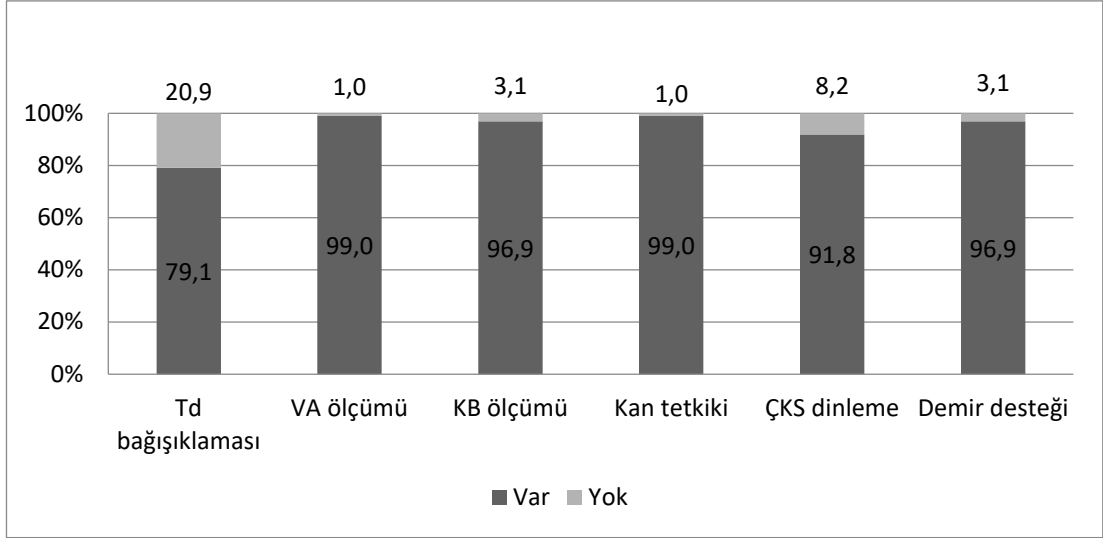
n=95) saptanmıştır. Gebelerin yaklaşık onda dokuzunda (%91,8, n=90) DÖB kontrollerinin herhangi birinde çocuk kalp sesi dinlenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin DÖB hizmeti değerlendirme parametrelerinin dağılımı Şekil 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Araştırmaya katılan gebelerin DÖB hizmeti alma durumu

Özellik	n	%
DÖB sırasında yeterli tetanoz bağışıklaması (n=86)*		
Var	68	79,1
Yok	18	20,9
DÖB kontrollerinin herhangi birinde vücut ağırlığı ölçümü (n=98)**		
Var	97	99,0
Yok	1	1,0
DÖB kontrollerinin herhangi birinde kan basıncı ölçümü (n=98)**		
Var	95	96,9
Yok	3	3,1
DÖB kontrollerinin herhangi birinde kan tetkiki istemi (n=98)**		
Var	97	99,0
Yok	1	1,0
DÖB kontrollerinin herhangi birinde çocuk kalp sesi dinleme (n=98)**		
Var	90	91,8
Yok	8	8,2
Gebelik sırasında demir preparatı kullanımı (n=98)**		
Var	95	96,9
Yok	3	3,1

*Dört gebelik izlemini de tamamlayan ve telefon ile görüşülerek anketi tamamlayan kişiler dahil edilmiştir.

** Dört gebelik izlemini de tamamlayan sistemde kayıtlı kişiler dahil edilmiştir. DÖB: Doğum öncesi bakım



Td: Tetanoz VA: Vücut Ağırlığı KB: Kan Basıncı ÇKS: Çocuk Kalp Sesi

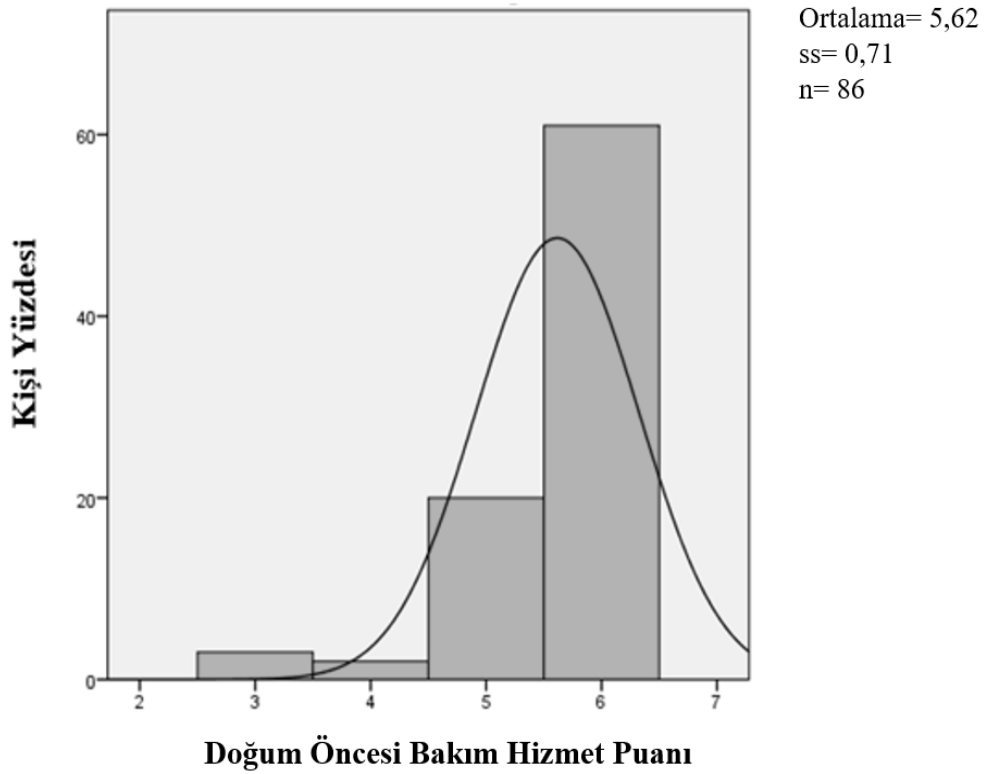
Şekil 4.2. Araştırmaya katılan gebelerin DÖB hizmeti değerlendirme parametrelerinin dağılımı

Araştırmaya katılan gebelerin DÖB hizmetine ilişkin puan dağılımı Tablo 4.6’da ve Şekil 4.3’te verilmiştir.

Gebelerin Tablo 5’te yer alan parametrelerin her birinden aldıkları hizmet 1 (bir) puan, alamadıkları hizmet 0 (sıfır) puan olarak değerlendirilmiş ve DÖB hizmet puanı hesaplanmıştır. Puan hesaplamasına göre gebeler DÖB hizmetinden en düşük sıfır ve en yüksek altı puan almaktadırlar. Bu araştırmada gebelerin %70,9’u (n=61) altı tam puan alırken, %23,3’ü (n=20) beş puan, %2,3’ü (n=2) dört puan ve %3,5’i (n=3) puan almıştır. DÖB hizmet puanı hesaplanan gebelerin DÖB hizmet puanı ortalaması ise $5,62 \pm 0,71$ puandır. DÖB hizmet puanı minimum 3 iken maksimum 6 puandır.

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan gebelerin DÖB hizmetine ilişkin puan dağılımı

Puan Dağılımları (n=86)	n	%
Üç Puan	3	3,5
Dört Puan	2	2,3
Beş Puan	20	23,3
Altı Puan	61	70,9



Şekil 4.3. Araştırmaya katılan gebelerin DÖB hizmetine ilişkin puan dağılımı

Araştırmaya katılan gebelerin danışmanlık hizmeti alma durumu ve danışmanlık verilen konuların dağılımı Tablo 4.7’de yer almaktadır.

Gebelerin %79,5’i (n= 136) gebeliği sırasında çeşitli konularda danışmanlık hizmeti almıştır. Gebelik sırasında en çok beslenme ve diyet (%68,4, n=117) konusunda danışmanlık verilmiştir. İkinci sırada gebeliğe bağlı yakınmalar (%50,3, n=86) gelmektedir.

Danışmanlık verilen diğer konular sırasıyla fiziksel aktivite ve çalışma koşulları (%26,9, n=46), gebelikte cinsel yaşam (%26,9, n=46), hijyen ve genel vücut bakımı (%25,1, n=43), gebelikte ilaç kullanımı (%16,4, n=28), gebelikte tehlike işaretleri (%15,8, n=27), doğum eylemi ve doğumun planlanması (%12,9, n=22), emzirme (%11,7, n=20), ağız ve diş sağlığı (%8,2, n=14), acil durumlarda izlenecek yöntemler (%7,0, n=12), tetanoz toksoidi immunizasyonu (%6,4, n=11), sigara alışkanlığı (%2,9, n=5), postpartum aile planlaması (%1,8, n=3), tarama testleri (%0,6, n=1), fetal anomaliler (%0,6, n=1) ve USG incelemeleridir.

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan gebelerin danışmanlık hizmeti alma durumu ve danışmanlık verilen konuların dağılımı

Özellik	Alan		Almayan	
	n	%	n	%
Danışmanlık hizmeti alma durumu	136	79,5	35	20,5
<u>Danışmanlık verilen konular¹</u>				
Beslenme ve Diyet (n=171)	117	68,4	54	31,2
Gebeliğe bağlı yakınmalar (n=171)	86	50,3	85	49,7
Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları (n=171)	46	26,9	125	73,1
Gebelikte cinsel yaşam (n=171)	46	26,9	125	73,1
Hijyen ve genel vücut bakımı (n=171)	43	25,1	128	74,9
Gebelikte ilaç kullanımı (n=171)	28	16,4	143	83,6
Gebelikte tehlike işaretleri (n=171)	27	15,8	144	84,2
Doğum eylemi ve doğumun planlanması (n=126) ²	22	17,7	102	82,3
Emzirme (n=126) ²	20	16,1	104	83,9
Ağız ve diş sağlığı (n=171)	14	8,2	157	91,8
Acil durumlarda izlenecek yöntemler (n=171)	12	7,0	159	93,0
Tetanoz toksoidi immunizasyonu (n=171)	11	6,4	160	93,6
Sigara alışkanlığı (n=171)	5	2,9	166	97,1
Postpartum aile planlaması (n=171)	3	1,8	168	98,2
Tarama testleri (n=171)	1	0,6	170	99,4
Fetal anomaliler (n=171)	1	0,6	170	99,4
USG incelemeleri (n=171)	1	0,6	170	99,4

¹ Gebelere ilişkin birden fazla danışmanlık alınan konu belirtilebilmiştir. Danışmanlık hizmeti alan 136 kişi danışmanlık verilen toplam 436 konu olduğu saptanmıştır.

² Doğum eylemi ve doğumun planlanması ile emzirme başlıklı konular 3. ve 4. gebelik izleminde verildiğinden yalnızca 3. ve 4. gebelik izlemindeki gebeler dahil edilmiştir.

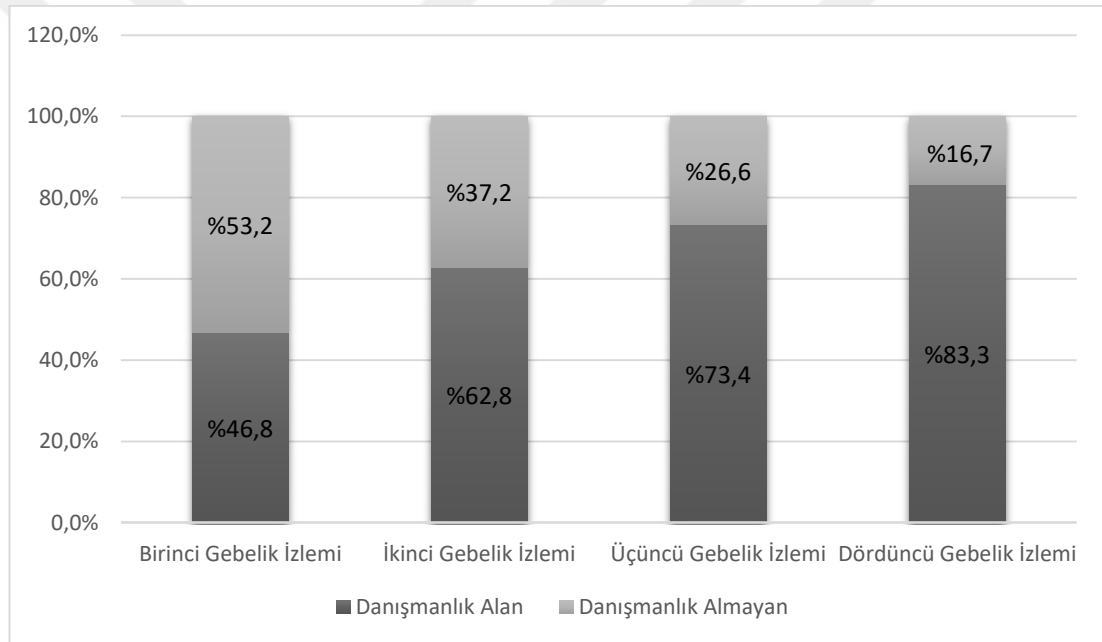
Araştırmaya katılan gebelerin gebelik izlemleri süresince danışmanlık hizmeti alma durumu Tablo 4.8’de yer almaktadır.

Katılımcıların %46,8’i (n=80) birinci gebelik izleminde, %62,8’i (n=93) ikinci gebelik izleminde, %73,4’ü (n=91) üçüncü gebelik izleminde ve %83,3’ü (n=80) dördüncü gebelik izleminde danışmanlık hizmeti almıştır (Şekil 4.4.).

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik izlemleri süresince danışmanlık hizmeti alma durumu

Gebelik izlemi	Danışmanlık Hizmeti			
	Alan		Almayan	
	n	%	n	%
Birinci Gebelik izlemi (n=171) ¹	80	46,8	91	53,2
İkinci Gebelik izlemi (n=148)	93	62,8	55	37,2
Üçüncü Gebelik izlemi (n=124)	91	73,4	33	26,6
Dördüncü Gebelik izlemi (n=96) ¹	80	83,3	16	16,7

¹ Birinci ve dördüncü gebelik izleminde olan iki gebenin danışmanlık hizmeti alıp almama durumuna ilişkin sistemde kayıtlı bilgi yoktur.



Şekil 4.4. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik izlemleri süresince danışmanlık hizmeti alma durumunun dağılımı

Araştırmaya katılan ve dört gebelik izlemini de tamamlayan gebelerin DÖB hizmet puanının gebelerin bazı sosyodemografik ve gebelik dönemi özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.9'da verilmiş olup hiçbir değişken ile anlamlı bir fark saptanmamıştır. Altı tam puan alanlar tam puan; altının altında alanlar eksik puan olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan ve dört gebelik izlemini de tamamlayan gebelerin DÖB hizmet puanının gebelerin bazı sosyodemografik ve gebelik dönemi özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellik	DÖB Hizmet Puanı						p
	Tam Puan		Eksik Puan		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%) ¹	Sayı (n)	Yüzde (%) ¹	Sayı (n)	Yüzde (%) ²	
Eğitim durumu (n=86)							
Lise ve altı	30	69,8	13	30,2	43	50,0	0,812
Üniversite ve üzeri	31	72,1	12	27,9	43	50,0	
Gebelikte çalışma durumu (n=86)							
Çalışan	19	73,1	7	26,9	26	30,2	0,773
Çalışmayan	42	70,0	18	30,0	60	69,8	
Kendinin veya eşinin sağlık çalışanı olma durumu (n=86)							0,146 ³
Sağlık çalışanı	5	50,0	5	50,0	10	11,6	0,319 ³
Sağlık çalışanı değil	56	73,7	20	26,3	76	88,4	
Sigara maruz kalımı⁴ (n=86)							
Maruz kalan	7	58,3	5	41,7	12	14,0	0,319 ³
Maruz kalmayan	54	73,0	20	27,0	74	86,0	
Gebeliğin istenme durumu (n=86)							
İstenen	50	7,6	17	25,4	67	77,9	0,156
İstenmeyen	11	57,9	8	42,1	19	22,1	
Gebelik sayısı (n=86)							0,765
İlk gebelik	32	69,6	14	30,4	46	53,5	0,765
Birden fazla gebelik	29	72,5	11	27,5	40	46,5	
Riskli gebelik durumu (n=84)⁵							0,280
Var	9	60,0	6	40,0	15	17,9	0,280
Yok	51	73,9	18	26,1	69	82,1	

¹ Yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir

² Yüzde sütun yüzdesi olarak verilmiştir.

³ Gözlere düşen sayı yetersiz olduğundan Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır.

⁴ Sigara içen on beş ve sigara içmeyen ancak pasif içici olan yedi gebeden dört gebelik izlemini de tamamlayan gebeler dâhil edilmiştir.

⁵ Riskli gebelik durumu belirtilmeyen iki gebe vardır.

Araştırmaya katılan gebelerin yaşına göre hizmet puanının karşılaştırılması Tablo 4.10'da verilmiştir. Hizmet puanı değerlendirmesinde tam puan alan gebeler ile eksik puan alan gebelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,451$).

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan gebelerin yaşına göre DÖB hizmet puanının karşılaştırılması

Özellik	Yaş		Test ¹
	Ortalama $\pm$ SS	En küçük - En büyük	
DÖB Hizmet Puanı (n=86)			t=0,757
Tam puan	29,52 $\pm$ 4,35	20-39	p=0,451
Eksik puan	30,32 $\pm$ 4,60	23-38	

DÖB: Doğum öncesi bakım, SS: Standart Sapma

¹ Katılımcıların yaş değişkeni normal dağılım gösterdiğinden Student t Testi yapılmıştır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Gebelik, kadının üreme sisteminde döllenmiş bir yumurtanın gelişimi ile başlayan ve fetüsün doğumu ile sonlanan fizyolojik bir süreçtir. Ortalama 40 hafta süren bu süreçte embriyo hızla gelişir ve fetüs formuna geçer. Gebelik süresi üç trimester olarak adlandırılan üç aşamada incelenir: İlk trimesterde organ gelişimi başlar, ikinci trimesterde fetüs büyür ve üçüncü trimesterde doğum için hazırlanır. Bu sürecin sağlıklı bir şekilde ilerlemesi hem anne hem de bebeğin sağlığı açısından önemlidir ve düzenli tıbbi bakım gerektirir (Cunningham ve ark., 2018). Doğum öncesi bakım (DÖB), gebelik sürecinde annenin ve fetüsün sağlığını koruma ve geliştirme amacıyla yapılan düzenli sağlık hizmetlerini içerir. Bu bakım, anne adayının fiziksel ve psikolojik sağlığının değerlendirilmesi, beslenme ve yaşam tarzı önerileri, gerekli tetkik ve taramaların yapılması gibi hizmetleri kapsar. Özellikle risk faktörlerinin erken tespit edilmesi ve yönetimi, DÖB'ün başlıca hedeflerinden biridir. Bu bakım sayesinde preeklampsi, erken doğum ve düşük gibi komplikasyonların önüne geçilmesi mümkün olabilir. Ayrıca, DÖB sürecinde anne adayına sağlanan eğitim ve danışmanlık, annenin doğum ve doğum sonrası döneme hazırlanmasını destekler. Dünya Sağlık Örgütü, DÖB'ün gebeliğin erken döneminde başlamasını ve en az dört prenatal ziyaret yapılmasını önermektedir. Bu ziyaretlerde kan ve idrar testleri, ultrason değerlendirmesi, beslenme rehberliği ve enfeksiyon taraması gibi hizmetler sağlanarak sağlıklı bir gebelik süreci desteklenir. DÖB'ün düzenli yapılması hem anne hem de fetüsün sağlığını olumlu etkiler ve sağlıklı bir doğum sürecine zemin hazırlar (WHO, 2016). Ülkemizde DÖB hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın rehberi doğrultusunda yapılmakta ve gebenin en az dört kez nitelikli izlenmesini hedeflemektedir. Çalışmamızın amacı, Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Karaman 2 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran gebelere sunulan DÖB hizmetlerinin niteliğini değerlendirmek ve bu hizmetleri almalarını etkileyen faktörleri belirlemektir.

Çalışmamızın bulguları incelendiğinde, araştırmaya katılan gebelerin büyük çoğunluğu evli ve yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerden oluşmaktadır. Eğitim seviyesi genellikle lise ve üniversite düzeyinde olup, katılımcıların az bir kısmı yüksek lisans ve doktora yapmış bireylerden oluşmaktadır. Gelir durumu algısı

incelendiğinde, çoğunluğun orta gelir düzeyinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük bir kısmı çekirdek aile yapısına sahiptir. Katılımcıların sigara kullanım oranı genel toplum oranlarına göre düşük gibi görünse de katılımcılarımızın gebelerden oluştuğu göz önüne alındığında bu oran yüksek olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte, pasif içicilik de önemli bir oranı etkilemektedir. DÖB hizmetleri kapsamında gebelere sunulan tetanoz bağışıklaması, kan basıncı ölçümü, kan tetkiki ve fetüs kalp seslerinin dinlenmesi gibi temel sağlık hizmetleri yaygın bir şekilde uygulanmıştır. Ayrıca gebelerin büyük çoğunluğu demir ve D vitamini desteği almıştır, bu da gebelik sağlığı açısından olumlu bir gösterge olarak değerlendirilmektedir. DÖB hizmetleri, özellikle tetanoz aşısı ve demir desteği açısından gebelerin çoğuna sunulmuştur. Danışmanlık hizmetleri de DÖB hizmetleri içinde önemli bir yer tutmaktadır. Gebeler arasında en sık verilen danışmanlık konuları beslenme ve diyet ile ilgili olurken, diğer danışmanlık konuları gebeliğe bağlı yakınmalar, fiziksel aktivite, cinsel yaşam ve hijyen gibi konuları kapsamaktadır. Ancak bazı önemli sağlık konuları, örneğin gebelikte tehlike işaretleri ve gebelik sırasında ilaç kullanımı, daha az sayıda gebeye danışmanlık olarak sunulmuştur. Danışmanlık verilme oranı gebeliğin son trimesterine yaklaştıkça artmıştır. Türkiye’de riskli gebeliklerin oranı zaman içerisinde azalmış olmasına rağmen, halen her üç gebelikten birisi riskli gebelik kapsamındadır (TNSA, 2018). Bu araştırmaya katılan gebeler arasında ise riskli gebelik oranı gebelerin üçte birinden daha düşük oranda bulunmuştur. Riskli gebelik durumlarının en yaygın nedeni, katılımcıların tıbbi öyküleri olarak ortaya çıkmıştır. 35 yaş üstü gebelik, jinekolojik hastalıklar ve sık aralıklarla gebelik yaşayanlar da risk grubunda yer almaktadır. Katılımcıların çoğunda gebelik süresince herhangi bir tehlike işareti bulunmamış, ancak riskli gebelik geçiren küçük bir grup izlenmiştir.

Çalışmamıza katılan gebelerin demografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalaması $29,66 \pm 4,62$ belirlenmiş olup en küçük gebe 19 yaşında iken en büyüğü 42 yaşında olup katılımcıların aldıkları DÖB puanları yaşlarına göre karşılaştırıldığında yaşa göre DÖB puanlarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde benzer yaş dağılımına sahip gebelerin incelendiği çalışmalarda çoğunlukla çalışmamız bulguları ile benzer şekilde yaş ve DÖB puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Gürsoy Demir’in 2021 yılında kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran yaş

ortalaması $29,4 \pm 5,9$ olan gebelerde yaptığı çalışmasında katılımcıların yaşları ile DÖB hizmet puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Gürsoy Demir, 2021). Çakır'ın yine İstanbul ilinde bir ilçedeki tüm gebeleri değerlendirdiği 2018'deki çalışmasında da yaş ortalaması $29,6 \pm 5,6$ yıl olarak saptanmış olup yaş ile DÖB hizmet puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı belirtilmiştir. (Çakır, 2018). Bunun yanında Beşer ve ark. (2007)'nin yaptıkları araştırmada 35 yaş ve üzerindeki gebelerin DÖB hizmet puanlarının 18-35 yaş grubu gebelere oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın ülkemizde aile hekimliği uygulamasının başlamasından önce yapıldığı göz önüne alındığında ve çalışmamız bulguları ile literatür verileri birlikte değerlendirildiğinde yaş ve DÖB hizmet puanı arasında bir ilişkinin olmadığını ve aile hekimliği uygulamasının başlamasıyla birlikte gebe izlemlerin daha sağlıklı yapılabildiği kanaatini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %39,1'i lise mezunu, %39,9'u üniversite mezunu ve %5,8'i yüksek lisans/doktora mezunu olup gebelerin eğitim durumlarına göre DÖB hizmet puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde DÖB puanı ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışmamızla uyumlu sonuçları olan benzer çalışmalar olduğu gibi farklı çalışmalarda vardır. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerde DÖB hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada katılımcıların %43,9'u ilkokul-ortaokul %25,6'sı lise %23,1'i ise üniversite ve üstü belirlenmiş olup katılımcıların DÖB hizmet puanları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Gürsoy Demir, 2021). Taştekin'in gebe polikliniğine takibe gelen gebeler ile yaptığı çalışmada da gebelerin %8,2'sinin okur yazar olmadığı %47,9'unun ilkokul mezunu olduğu görülmüştür ve eğitim durumu ile DÖB hizmet puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Taştekin, 2017). İstanbul'un Gaziosmanpaşa ilçesinde aile hekimliklerinde yapılan çalışmada %49,6'sı ilkokul-ortaokul, %28,9'u lise, %18,8'i üniversite veya yüksekokul mezunudur ve gebelerin lise ve üzerinde eğitim görmüş olanlarının DÖB anket puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Erbaş, 2016) Aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilen gebe izlemlerinin nitelik ve nicelik açısından değerlendirildiği başka bir çalışmada katılımcıların aldıkları DÖB hizmeti puanı ile aldıkları eğitim yılı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki

saptanmıştır (Çakır, 2018). Bu sonuçlar, eğitim düzeyinin DÖB kalitesini ve yeterliliğini olumlu yönde etkileyebileceğini ancak her çalışmada bu ilişkinin net olarak ortaya konmadığını göstermektedir. Bu durum, DÖB'ün standart hale getirilerek tüm gebelere uygun şekilde sunulmasının önemini desteklemektedir. Çalışmamıza göre eğitim durumu farketmeksizin tüm gebelere standart bir hizmet verdiğimiz ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %10,9'unun gebelik döneminde sigara kullandığı görülürken kullanmayanların %5,7'sinin pasif içici olduğu saptanmıştır. TNSA-2018 verilerine göre gebe olan kadınların %11,4'ü sigara kullanmaktadır (TNSA, 2018). Burç'un 2020 yılında yaptığı benzer bir çalışmada sigara içme oranı %22,7 saptanmıştır (Burç, 2020). İzmir'de aile hekimlerinin gebeleri izleme sıklığı ve niteliğini değerlendiren bir çalışmada gebelerin sigara içme oranı %20,3 bulunmuştur (Kurnaz, 2015). Çalışmamızda sigara kullanım oranının diğer çalışmalara ve TNSA verilerine göre daha düşük bulunması, gebelik döneminde sigara bırakma konusunda artan toplumsal farkındalık ve sağlık çalışanlarının daha etkili müdahalelerde bulunmasının bir sonucu olabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda katılımcıların sigaraya maruz kalma durumu ile DÖB hizmet puanları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Adalar ilçesinde yapılan bir çalışmada da katılımcıların %8,2'sinin sigara kullandığı belirlenmiş ve DÖB hizmet puanı ile sigara içme durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Gürsoy Demir, 2021). Türkmen'in kadın doğum servisinde yaptığı çalışmada gebelerin sigara içme oranı %43,6 olarak yüksek saptanmış olup DÖB puanları ile sigara içme durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlılık saptanmıştır. Sigara kullananların DÖB puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Türkmen,2023). Bu sonuçlar, gebelik sırasında sigara kullanımının DÖB hizmetlerinden yararlanma düzeyi üzerinde net bir etki göstermediğini, ancak bazı çalışmalarda bu iki faktör arasında istatistiksel bir ilişki olabileceğini ortaya koymaktadır. Gebelik döneminde sigara kullanımının riskleri göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızın bulguları sigara kullanımı gibi bireysel risk faktörlerinin DÖB hizmetlerine erişim ve kalite açısından ayırım yaratmadığını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda telefonla ulaşabildiğimiz gebelerin gebelik sırasında tetanoz aşısı olma durumları sorulduğunda %83,3'ü gebelik sırasında tetanoz aşısı olduğunu

söylemiştir. Aşı olmayanların yarısı aşı olmayı tercih etmediğini belirtmiştir. Tetanoz aşısını Türkiye’de son gebeliğinde yaptıran kadınların oranı %81’dir (TNSA, 2018). İstanbul’un adalar ilçesinde yapılan çalışmada gebelerin %75,4’üne tetanoz bağışıklama durumları sorulmuş ve tetanoz aşısı olmayan 45 gebenin %82,2’sine tetanoz aşılması yapılmıştır (Çakır, 2018). İzmir’ de yapılan aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor isimli çalışmada ise katılımcıların %73,6’sı gebelikleri sırasında tetanoz aşısı yaptırmış olup aşı olmayan katılımcılar son gebeliklerinde aşıları olduğu için yaptırmadıklarını belirtmişlerdir (Kurnaz ve ark., 2015). Yılmaz’ın çalışmasında ise DÖB sırasında kadınların %66,7’sine tetanoz aşısı yapılmıştır (Yılmaz, 2017). Çalışmamızda literatüre göre tetanoz aşısı olma oranı yüksek bulunmuş olup gebelere yönelik bağışıklama programlarının etkinliğini göstermektedir. Ancak yinede aşı reddi oranı yaklaşık %9 olarak tespit edilmiş olup aşıların güvenliğine yönelik farkındalık artırma gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %97,3’ü demir desteği; %92,9’u D vitamini desteği almıştır. Literatürde yapılan benzer konulu çalışmalarda Türkmen’in çalışmasında gebelerin %90’ı demir takviyesi, %68,1’i D vitamini takviyesi almıştır (Türkmen, 2023). Akdemir’in çalışmasında katılımcıların demir desteği ve D vitamini kullanım oranının %89’ un üzerinde olduğu belirlenmiştir (Akdemir ve Karabulutlu, 2018). Kıssal ve Kartal’ın 2017’ deki çalışmasında gebelerin %92’sine demir desteği sağlandığı görülmüştür (Kıssal ve ark.,2019). İstanbul’da yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %86’sının demir desteği aldığı saptanmıştır (Gürsoy Demir, 2021). Şanlıurfa’da yapılan çalışmada ise bu oran %96,2 saptanmıştır (Yılmaz, 2017). Türkiye’de TNSA 2018 verilerine göre canlı doğumu olan 15-49 yaş grubu kadınların %81’i son gebelikleri sırasında demir desteği almışlardır. Çalışmamızda bu oran daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olması, prenatal bakım uygulamalarında demir ve D vitamini takviyelerinin yüksek kabul oranlarını doğrulamaktadır. Bu sonuçlar, gebelik sürecinde optimal takviye sağlanmasının önemini vurgulamakta ve takviye alımını etkileyen faktörlerin incelenmesi gerektiğini işaret etmektedir. Bu doğrultuda, demir ve D vitamini takviyelerinin her gebeye ulaşması için farkındalık çalışmalarının artırılması, prenatal bakımın kalitesini destekleyebilir.

Çalışmamızda katılımcıların obstetrik özellikleri incelendiğinde katılımcıların yarısının ilk gebeliğidir. Katılımcıların DÖB hizmet puanı ile gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer çalışmalara bakıldığında Gaziosmanpaşa’da 126 tane aile hekimliğinden herhangi birine kayıtlı gebeler üzerinde yapılan çalışmada DÖB anket puanı ile gebenin kaçınıcı gebeliğini yaşamakta olduğu karşılaştırılmış olup DÖB anket puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Erbaş, 2016). Çakır (2018)’ın Adalar ilçesinde ki aile sağlığı merkezlerinde yaptığı çalışmada gebelerin %15,4’ünün ilk gebeliği olduğu ve DÖB puanları ile gravida sayıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Gürsoy Demir (2021) ve Taştekin (2017)’nin çalışmalarında da gebelik sayıları ile DÖB puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızın bulguları literatürler uyumlu olup DÖB hizmetlerinin gebelik sayısına göre ayırım yapılmaksızın, tüm gebelere eşit şekilde sunulduğunu göstermektedir.

Özvarış ve Akın’ın Türkiye’de DÖB hizmetlerinden yararlanma üzerine yaptıkları çalışmada, DÖB’ün kalitesi belirli kriterlere göre puanlanmıştır. 2002 yılında gerçekleştirilen bu araştırmada, katılımcıların tetanoz aşısı ile bağışıklık kazanmaları, düzenli kilo takibi, tansiyon ölçümü, kan değerlerinin kontrolü, fetal kalp seslerinin dinlenmesi ve gebelik boyunca demir takviyesi alınması gibi unsurlar her biri bir puan olarak değerlendirilmiş ve bu sayede DÖB hizmetlerinin niteliği 6 puan üzerinden hesaplanmıştır. Bu sisteme göre, 1-2 puan yetersiz, 3-4 puan orta, 5-6 puan ise iyi bakım olarak sınıflandırılmıştır (Akın ve Özvarış, 2002). Bizim çalışmamızda da dört gebelik izlemini de tamamlayan ve telefon ile görüşülerek anketi tamamlayan kişilerin (n=98) DÖB hizmeti alma durumu incelenmiş ve DÖB puanı hesaplanmıştır. Değerlendirmeye alınan kişilerin %70,9’u 6 tam puan almıştır. DÖB puanı ile katılımcıların bazı demografik ve gebelik dönemi özellikleri karşılaştırmış olup herhangi bir parametre ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Omaç ve arkadaşlarının çalışmasında DÖB hizmetleri nitelik puanı incelendiğinde araştırmaya katılan gebelerin %75’i 5-6 puan almıştır (Omaç ve ark., 2005). Türkmen’in çalışmasında da katılımcıların %69,16’sının nitelik puanı 5-6 puan olarak bulunmuştur (Türkmen, 2023). Şanlıurfa’da bir devlet hastanesinde DÖB alan kadınların %80,6’sı 5 ve üzeri puan almış olup yüksek nitelikte DÖB almış oldukları

belirlenmiştir (Yılmaz, 2017). Çakır'ın çalışmasında da DÖB hizmeti puanı hesaplanmış ve DÖB puanına göre nitelik bakımından orta düzeyde yeterli bir hizmet olduğu sonucuna varılmıştır (Çakır, 2018). Çalışmamızın bulguları, literatürle uyumlu olarak, DÖB hizmetlerinde genellikle yüksek kalite düzeyine ulaşıldığını göstermektedir. Gebelere yönelik bakım hizmetlerinin nitelik puanlarına göre değerlendirilmesi, hizmetlerin iyileştirilmesi ve bireylerin bakım ihtiyaçlarının daha kapsamlı karşılanması açısından yol gösterici olabilir. Bu durum, DÖB hizmetlerinin, kişisel veya demografik farklılıklardan bağımsız olarak yüksek standartlarda sürdürülmesi gerekliliğini desteklemektedir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan gebelerin danışmanlık hizmeti alma durumlarına bakıldığında gebelerin %79,5'i gebeliği sırasında çeşitli konularda danışmanlık hizmeti almıştır. Gebelere verilen danışmanlık konularının dağılımına baktığımızda en çok beslenme ve diyet konusunda danışmanlık verilmiştir. Postpartum aile planlaması danışmanlığı düşük oranda olup %1,8 dir. Gebelerin danışmanlık alma oranı son trimestere doğru gidildikçe artış göstermiştir. Bu durum doğum öncesi hazırlıkların yoğunlaşması, komplikasyon risklerinin daha yakından izlenmesi ve annenin sağlıklı bir doğuma hazırlanması için verilen destek hizmetlerinin artırılma ihtiyacından kaynaklandığını düşündürmektedir. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre, 28. haftadan itibaren anne sütü ve emzirme konusunda danışmanlık sunulması önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Özellikle 36. hafta sonrasında emzirme tekniğiyle ilgili rehberlik sağlanması, hem çocuk sağlığının desteklenmesi hem de anne ve bebek arasındaki duygusal bağın güçlenmesi için önem taşır (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health UK., 2008). Çalışmamızda da son iki trimesterinde olan gebelere bu konularda danışmanlık verilmiş olup bu konularda danışmanlık verilme oranı düşük bulunmuştur (Tablo 4.7.). Bir çalışmada, 28 hafta ve üzerindeki gebelere verilen emzirme eğitimi oranı %4,7 ve gebelerin aile planlaması danışmanlığı alma oranı %1 olarak saptanmış bu oranlar oldukça düşük seviyede olup en az bilgilendirme yapılan konular olarak dikkat çekmiştir. (Gürsoy Demir, 2021). Yine diğer bir çalışmada, 36 hafta ve üzerindeki gebelere emzirme danışmanlığı verilme oranının %40 olduğu ayrıca gebelik haftası ilerledikçe gebelerin aile planlaması danışmanlığı alma oranında bir artış olduğu görülmüştür. Ancak, 36. haftayı geçen gebelerde bile bu danışmanlık

hizmetinden yararlananların oranının en fazla %36 seviyesine çıktığı belirtilmiştir. (Erbaş, 2016). Çalışmamızda, gebelere verilen danışmanlık hizmetlerinin kapsamı ve sıklığının literatürle kıyaslandığında özellikle beslenme konusunda yeterli seviyede olduğu, ancak aile planlaması ve emzirme rehberliği gibi kritik alanlarda yetersiz kaldığı belirlenmiştir. Literatürde de görülen bu düşük oranlar, Türkiye genelinde doğum öncesi danışmanlık hizmetlerinin bazı konularda eksiklikler barındırdığını göstermektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmada Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Karaman 2 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran gebelere sunulan DÖB hizmetlerinin kalitesinin genellikle yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda elde edilen veriler, DÖB hizmet puanlarının kişinin yaşı, eğitim seviyesi, çalışma durumu, mesleği, sigara kullanımı ve gebeliğin istenme durumu gibi faktörlerden bağımsız olduğunu ve hizmetlerin demografik değişkenler gözetilmeksizin eşit kalitede sağlandığını göstermektedir. Bu durum, DÖB hizmetlerinin tüm gebelere erişilebilir ve standardize bir şekilde sunulmasının önemini vurgulamaktadır. Gebelere yönelik sunulan temel sağlık hizmetleri, özellikle tetanoz aşısı, demir ve D vitamini takviyesi gibi uygulamalar yüksek oranda gerçekleştirilmiş ve bu da gebelik döneminin sağlıklı ilerlemesi için gerekli adımların atıldığını ortaya koymuştur. Ancak, çalışmamız, DÖB kapsamında verilen danışmanlık hizmetlerinde özellikle emzirme rehberliği ve aile planlaması gibi konuların yetersiz kaldığını göstermiştir. Bu bulgu, doğum öncesi bakımın kalitesini artırmak için rehber önerileri doğrultusunda danışmanlık hizmetlerinin genişletilmesi ve standart hale getirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bu çalışma DÖB hizmetlerinin genel olarak olumlu bir düzeyde sunulduğunu, ancak belirli alanlarda iyileştirme ve farkındalığı artırma ihtiyacının olduğunu vurgulamaktadır. Gelecekte daha geniş örneklem grupları ve farklı sosyoekonomik kesimlerde yapılacak araştırmalar, DÖB hizmetlerinin daha etkili hale getirilmesine ve anne-bebek sağlığına yönelik olumlu sonuçların artırılmasına katkı sağlayacağı görüşündeyiz.

6. KAYNAKLAR

AbouZahr, C., & Wardlaw, T. (2003). Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities—An analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001. *World Health Organization*.

Akın, A., & Bahar Özvarış, Ş. (2012). Dünyada ve Türkiye'de kadın sağlığının durumu. In A. Akın & G. Çağatay Güler (Eds.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı* (pp. 210–220). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Aksu, S. (2020). Balıkesir il merkezindeki gebe kadınların prenatal bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 179–188.

Alexander, G. R., & Kotelchuck, M. (2001). Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. *Public health reports*, 116(4), 306–316.

Alshenawy, R., Feroze, N., Almuhayfith, F. E., Al-Alwan, A. A., Nazakat, A., & Hossain, M. M. (2022). Comparison of Bayesian and classical methods for exploring the important factors regarding maternal and child health care. *Mathematical Problems in Engineering*, 2022(1), 7725632.

Arslan, S., Okçu, G., Coşkun, A. M., & Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179–192.

Aydemir, H., & Hazar, H. U. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 815–833.

Balkaya, N. A., Vural, G., & Eroğlu, K. (2014). Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 6–16.

Başar, F., & Çiçek, S. (2018). Annelerin yeterli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 27–30.

Başgöl, Ş., & Oskay, Ü. (2012). Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kanıt temelli yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences*, 9(2), 1524–1534.

Baysoy, N. G., & Özkan, S. (2012). Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: Halk sağlığı perspektifi. *Gazi Medical Journal*, 23(3), 77-90.

Beşer, E., Ergin, F., & Sönmez, A. (2007). Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 137–141.

Bulut, A., Gökçay, G., Neyzi, O., & Uzal, N. (1994). *Anne ve çocuk sağlığında öncelikler* (s. 245). İstanbul: Tayf Ofset.

Burç, A. (2020). Trakya Üniversitesi Hastanesine Doğum için Başvuran Kadınların Aile Sağlığı Merkezlerindeki Gebe İzlemlerini Kullanma Durumu. Trakya

Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Edirne (Danışman: Prof. Dr. Hamdi NeziH DAĞDEVİREN)

Comfort, A. B., El Ayadi, A. M., Camlin, C. S., Tsai, A. C., Nalubwama, H., Byamugisha, J., ... & Harper, C. C. (2022). The role of informational support from women's social networks on antenatal care initiation: Qualitative evidence from pregnant women in Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 708.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). McGraw-Hill Education.

Çakır, E. Ö. (2018). İstanbul İli Adalar İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerinde Gerçekleştirilen Gebe İzlemlerinin Nitelik ve Nicelik Açısından Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Engin Ersin Şimşek; Yrd. Doç. Dr. Can Öner).

Çatak, B., Öner, C., Gülay, M., Baştürk, S., Oğuz, I., & Özbek, R. (2014). Prenatal care services in Bursa. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 63–69.

Dulla, D., Daka, D., & Wakgari, N. (2017). Antenatal care utilization and its associated factors among pregnant women in Boricha District, southern Ethiopia. *Diversity and Equality in Health and Care*, 14(2), 76–84.

Dražančić, A. (2001). Antenatal care in developing countries: What should be done? *Journal of Perinatal Medicine*, 29(3), 188–198.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH, & BNB Danışmanlık. (2006). *Ulusal anne ölümleri çalışması, 2005*. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu. Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). *2013 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması*. T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara, Türkiye.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). *2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması*. T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara, Türkiye.

Erbaş, G. (2016). İstanbul İli Gaziosmanpaşa İlçesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM).

Erdoğan, A., & Çetinkaya, F. (2019). Kayseri il merkezinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *KSU Medical Journal*, 14(3), 135–141

Ergin, F., Aksu, H., & Demiröz, H. (2010). Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 1–9.

Gözükara, A. G. D. F., & Eroğlu, K. (2011). Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “Bir kez sezaryen hep sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 89–100.

İlçioğlu, K., Keser, N., & Çınar, N. (2017). Ülkemizde kadın sağlığı ve etkileyen faktörler: Women's health and affecting factors in Turkey. *Journal of Human Rhythm*, 3(3), 112–119.

Karabulutlu, Ö. ve Akdemir, G. (2018). 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörleri Belirleme, Verilen Hizmetin Uygunluğunu Değerlendirmesi

Karabulutlu, Ö., & Akdemir, G. (2018). 15-49 yaş grubundaki kadınların doğum öncesi bakım alma sıklığı ve etkileyen faktörleri belirleme, verilen hizmetin uygunluğunu değerlendirme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(4), 520–530.

Kılınç, A. S., Çatak, B., Sütü, S., & Akın, A. (2012). Dünya'da ve Türkiye'de kadın sağlığının durumu. *Sağlık ve Toplum*, 22(2), 3–10.

Kılınç, A. S., Çatak, B., Sütü, S., & Akın, A. (2012). Dünya'da ve Türkiye'de kadın sağlığının durumu. *Sağlık ve Toplum*, 22(2), 3-10.

Kıssal, A., & Kartal, B. (2019). Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım içeriğinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 35–41.

Kurnaz, M. A., Can, H., Sezik, H. A., Çakır, Y. T., Tuna, M., & Ay, Z. (2015). Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(4), 176–185.

Lavado, R. F., Lagrada, L. P., Ulep, V. G. T., & Tan, L. M. (2010). Who provides good quality prenatal care in the Philippines? (No. 2010-18). *PIDS Discussion Paper Series*.

Gürsoy Demir, M. (2021). Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Doğum Öncesi Bakımı Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Can Öner).

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). (2008). Antenatal assessment tool. In *Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman*. RCOG Press.

Omaç, M., Güneş, G., Karaoğlu, L., & Pehlivan, E. (2009). Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Haziran 2004–2005). *Fırat Tıp Dergisi*, 14(2), 115–119.

Öztek, Z. (2009). Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40(1), 6–12.

Özvarış, Ş. B., & Akın, A. (2002). Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma. In *Türkiye’de ana sağlığı, aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 ileri analiz sonuçları* (ss. 151–182). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Pirinçci, E., Polat, A., Kumru, S., & Köroğlu, A. (2010). Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2), 1–7.

Prasad, R. D., Arora, S., Salve, P. S., Goli, S., James, K. S., Pallikadavath, S., ... & Rajan, I. S. (2022). Why there is underutilization of four and more antenatal care services despite the colossal rise in institutional deliveries in Bihar, India. *Journal of Social and Economic Development*, 24(2), 355–378.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). *Doğum öncesi bakım rehberi 2018* (Yayın No: 925). Ankara.

Şencan, İ., Üstün, Y. E., Sanisoğlu, S., Özcan, A., Karaahmetoğlu, S., Keskin, H. L., ... & Keskinçilic, B. (2016). 2014 yılı Türkiye ulusal anne ölümlerinin demografik verilere göre değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(2), 45–47.

Sönmez, Y. (2007). Doğum öncesi bakım hizmetleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 16(1), 9–12.

Tandoğan, Ö., Çetinçay, D. D., Yuvarlan, E., & Kaydırak, M. M. (2023). Gebelerin sağlık hizmeti alma durumları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 92–100.

Taştekin, Ö. (2017). Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi Gebe ve Doğum Servisine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanmasına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Kırklareli (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Yasemin Karageyim Karşıdağ).

Türkmen, M. (2023). Primipar Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nuriye Pekcan).

Tözün, M., & MK, S. (2014). Halk sağlığının tarihsel gelişimi ve temel kavramları: The historical development and the fundamental concepts of public health. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2(2), 58–62.

Urmale Mare, K., Gebre Wuneh, A., Shemsu Awol, M., Ahmed Ibrahim, M., Kahsay Hiluf, M., Birara Aychiluhm, S., ... & Gameda Sabo, K. (2022). Factors affecting nonadherence to WHO’s recommended antenatal care visits among women in

pastoral community, Northeastern Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Nursing Research and Practice*, 2022(1), 6120107.

World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, & United Nations Population Division. (2015). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: Executive summary* (No. WHO/RHR/19.23). World Health Organization.

Yılmaz, L. (2017). Şanlıurfa'da Bir Devlet Hastanesinde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerini Alma Durumu, Bu Hizmetlerin Niteliği ve Etkileyen Faktörler, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatma Koruk).

Yılmaz, L., Koruk, F., & Koruk, İ. (2018). Şanlıurfa'da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 209–218.

7. EKLER

EK-1: Etik kurul kararı



EK-2: Anket formu

**EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE KAYITLI HEDEF NÜFUSTA
YAPILAN GEBE İZLEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ANKET FORMU

Anket numarası:

Ad soyadı:

1.Eğitim durumu:

☐ Okuryazar değil

☐ Okuryazar

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Yüksek lisans/Doktora

2.Gebeliğiniz sırasında çalışıyor muydunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

3.Meslek:

4.Medeni durumunuz:

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Boşanmış

☐ Dul

5.Eşinizle aranızda akrabalık var mı?

☐ Var

☐ Yok

6.Eşiniz ne iş yapıyor?.....

7.Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Düşük

☐ Orta

☐ Yüksek

8. Hane yapınız nedir?

☐ Çekirdek aile

☐ Geniş aile

9.Gebeliğiniz süresince sigara/alkol kullandınız mı?

☐ Evetkullandım

☐ Hayır ikisinide kullanmadım.

10.Evde yaşayanlar evin kapalı alanlarında sigara içiyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

11.Gebeliğin istenme durumu nedir?

☐ Planlı gebelik

☐ İstenmeyen gebelik

12.Gebelikte tetanoz aşısı oldunuz mu?

☐ Evet

☐ Hayır olmadım çünkü.....

