



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

GEBELİK İZLEMLERİNİ NE KADAR İYİ BİLİYORUZ?

Dr. YILDIZ ATİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2025



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

GEBELİK İZLEMLERİNİ NE KADAR İYİ BİLİYORUZ?

**Dr. YILDIZ ATİK
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. ÖĞR. ÜYESİ VASFİYE DEMİR PERVANE
DİYARBAKIR-2025**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, tez çalışmamın her aşamasında yol gösterici katkılarıyla yanımda olan değerli tez danışmanım **Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye Demir Pervane’ye** en içten saygı ve şükranlarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca öğretileri, bilgi birikimleri ve destekleriyle gelişimime katkı sağlayan, başta Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. Tahsin Çelepkolu** olmak üzere, değerli hocalarım **Doç. Dr. Pakize Gamze Erten Bucaktepe’ye** ve **Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Yılmaz’a** teşekkür ederim.

Eğitim sürecinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum kıymetli araştırma görevlisi ve aile hekimi arkadaşlarıma, özverili çalışmalarıyla hemşirelerimize, aile sağlığı çalışanlarına, değerli bölüm sekreterimiz **Veli Adıyaman’a** içten teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca her daim yanımda olan, maddi ve manevi destekleriyle varlıklarıyla güç bulduğum sevgili annem ve kardeşlerime gönülden teşekkür ederim. Sabırları, sevgileri ve fedakârlıklarıyla her zaman en büyük destekçilerim olan eşim **Sezer’e** ve canım kızlarım **Ada ve Şevval’e** ise sonsuz minnettarım.

Dr. Yıldız ATİK

Diyarbakır 2025

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, Diyarbakır ilinde görev yapan birinci basamak sağlık çalışanlarının gebelik izlemlerine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Kesitsel tipteki çalışmamız çevrimiçi anket yöntemiyle yürütülmüştür. Anket formu Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Rehberi'ne göre oluşturulmuştur. Verilerin analizinde SPSS 27.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 468 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların %75'i hekim, %25'i aile sağlığı çalışanı (ASÇ) olup, gebelik takiplerinin %69,7'si ASÇ'ler tarafından yürütülmektedir. “Son adet tarihi” (%82,9) ve “gebelik izlem sayısı” (%85,3) yüksek oranda doğru bilinmiş; ancak “ilk izlem zamanı” bilgisi düşük kalmıştır (%29,3). Rh uygunsuzluğu %96,6, Rhogam uygulama zamanı %72,2 oranında doğru yanıtlanmıştır. Gestasyonel diyabet (%67,3), ikili test (%71,2) ve üçlü/dörtlü test zamanı (%63,0) sorularında bilgi düzeyi orta düzeyde bulunmuştur. Folik asit desteğiyle ilgili başlama zamanı (%71,2) ve kullanım süresi (%70,1) doğru bilinmiş, doz bilgisi ise yalnızca %43,2 oranında doğru yanıtlanmıştır. Demir desteği başlama zamanı %31,6, doz bilgisi %38,9; D vitamini başlama zamanı %51,7, doz bilgisi ise %40,4 olarak saptanmıştır. İlk trimester tetkiklerinden hemogram (%99,8), TSH (%90,4) ve glukoz (%90,2) testleri yaygın olarak doğru bilinmiştir. Katılımcıların toplam bilgi puanı ortalaması $22,33 \pm 5,72$; laboratuvar puanı ortalaması $10,53 \pm 2,82$ 'dir. En yüksek toplam bilgi puanı ortalamaları SAHU asistanlarında, en düşük aile hekimlerinde saptanmıştır. Cinsiyet, yaş, medeni durum ve deneyim süresi gibi değişkenlerle toplam bilgi puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: Birinci basamak sağlık çalışanlarının gebelik izlemlerine ilişkin bilgi düzeyinde bazı temel konularda eksikler olduğu saptanmıştır. Bu durum, rehber temelli eğitimlerin artırılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Öncesi Bakım, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Sağlığı Çalışanı, Bilgi, Aile Hekimi

ABSTRACT

Introduction and Aim: This study aims to evaluate the knowledge level of primary healthcare workers in Diyarbakır regarding pregnancy follow-up.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted using an online questionnaire developed in accordance with the Prenatal Care Guidelines of the Turkish Ministry of Health. Data were analyzed using the SPSS version 27.0 software.

Results: A total of 468 healthcare professionals participated in the study. Of the participants, 75% were physicians and 25% were family health workers (FHWs); 69.7% of pregnancy follow-ups were reported to be conducted by FHWs. High correct response rates were observed for “last menstrual period” (82.9%) and “number of pregnancy follow-ups” (85.3%), whereas the rate for “timing of the first visit” was low (29.3%). Awareness of Rh incompatibility (96.6%) and correct timing for Rhogam administration (72.2%) was relatively high. Knowledge levels regarding the timing of gestational diabetes screening (67.3%), first trimester screening (71.2%), and triple/quadruple screening tests (63.0%) were moderate. For folic acid supplementation, the correct response rates for initiation time (71.2%) and duration (70.1%) were high, while the dosage knowledge was notably lower (43.2%). For iron supplementation, initiation timing was correctly known by 31.6% and dosage by 38.9% of participants; for vitamin D, these rates were 51.7% and 40.4%, respectively. Among first-trimester laboratory tests, hemogram (99.8%), TSH (90.4%), and glucose (90.2%) were widely recognized. The mean total knowledge score was 22.33 ± 5.72 and the mean laboratory knowledge score was 10.53 ± 2.82 . The highest knowledge scores were observed among SAHU, while the lowest were among general practitioners. No significant associations were found between knowledge scores and variables such as gender, age, marital status, or years of professional experience.

Conclusion: The knowledge levels of primary healthcare workers regarding pregnancy follow-up were found to be inadequate in several key areas. These findings highlight the need to enhance guideline-based training programs.

Keywords: Prenatal Care, Primary Health Care, Family Health Worker, Knowledge, Family Physician

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No.</u>
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
KISALTMA DİZİNİ.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	vii
ŞEKİL DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Doğum Öncesi Bakım Tanımı ve Önemi.....	3
2.2. Doğum Öncesi Bakım ve Gebelik İzlemleri.....	5
2.2.1. İlk izlem.....	6
2.2.2. İkinci, üçüncü, dördüncü izlem.....	7
2.2.3. Yüksek riskli gebelik izlemi.....	8
2.3. Gebelikte Kullanılan Profilaktik Destekler.....	10
2.3.1. Folik asit.....	10
2.3.2. Demir.....	10
2.3.3. D vitamini.....	11
2.4. Gebelikte Taramalar.....	12
2.4.1. Gestasyonel diyabet taraması.....	12
2.4.2. İkili, üçlü ve dörtlü tarama.....	15
2.4.3. Enfeksiyon taramaları.....	16
2.5. Gebelikte Rh Uygunsuzluğu.....	17
2.6. Gebelikte Hipertansif Durumlar.....	19
2.6.1. Kronik hipertansiyon.....	19
2.6.2. Gestasyonel hipertansiyon.....	20
2.6.3. Preeklampsi.....	20
2.8. Gebelik ve Aşılar.....	22

3. MATERİYAL VE METOD.....	26
3.1. Çalışmanın Tipi, Yeri, Evreni.....	26
3.2. Çalışmanın Anketi, Kullanılan Ölçekler ve Uygulama Şekli.....	26
3.3. İstatistiksel Analiz	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Tanımlayıcı Tablolar	28
4.2. Karşılaştırmalı Tablolar	31
4.3. Korelasyon Analizi.....	38
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER.....	58

KISALTMA DİZİNİ

AFP: Alfa-fetoprotein

ASÇ: Aile Sağlığı Çalışanı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

CVS: Koryon Villus Örneklemesi

DKB: Diyastolik Kan Basıncı

DNA: Deoksiribonükleik Asit

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

E3: Östriol

GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus

HBV: Hepatit B Virüsü

HCV: Hepatit C Virüsü

HCG: Human Koriyonik Gonadotropin

HIV: Human Immunodeficiency Virus

NT: Ense Kalınlığı

NTD: Nöral Tüp Defekti

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

PAPP-A: Gebelikle İlişkili Plazma Protein A

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

SKB: Sistolik Kan Basıncı

Td: Tetanoz - Erişkin Tip Difteri Aşısı

Tdap: Tetanoz, Difteri ve Asellüler Boğmaca Aşısı

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VTE: Venöz Tromboemboli

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Gebelikte önerilen izlemlerin yapılma haftası ve süresi.....	6
Tablo 2. Gebelikte TSH değerlendirilmesi.....	7
Tablo 3. GMD'ye bağlı maternal, fetal ve neonatal komplikasyonlar.....	14
Tablo 4. Preeklampsia tanı kriterleri (ACOG 2020).....	21
Tablo 5. Gebelerde tetanoz aşısı takvimi.....	23
Tablo 6. Gebelikte aşılar ve uygulama önerileri.....	24
Tablo 7. Katılımcıların tanımlayıcı verileri.....	28
Tablo 8. Katılımcıların gebelik izlem ve tarama testlerine dair sorulara yanıt durumları.....	29
Tablo 9. Katılımcıların gebelikte önerilen profilaktik vitamin desteklerine ilişkin sorulara yanıt durumları.....	30
Tablo 10. Katılımcıların ilk trimesterde çalışılması önerilen tetkiklere verilen yanıt durumları.....	30
Tablo 11. Katılımcıların cinsiyetlerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması.....	32
Tablo 12. Katılımcıların medeni hallerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması.....	34
Tablo 13. Katılımcıların ASM'deki görevlerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması.....	36
Tablo 14. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, ASM'deki görevleri ve hekimlerin ünvanı ile laboratuvar tahlil ve toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 15. Katılımcıların yaş, görev süreleri ve aldıkları puanların korelasyon analizi.....	38

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. 1993 ile 2018 yılları arasında yapılan gebelik izlemlerinin sayısal değişimi. 5	
Şekil 2. Gebelerde demir desteği akış şeması. 11	
Şekil 3. Gebelikte Tdab ve Td aşısı şeması.....25	



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporlarına göre, her gün dünya genelinde yaklaşık 800 kadın, gebelik ve doğum sürecine bağlı komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu veri, her iki dakikada bir, önlenabilir nedenlerden ötürü bir annenin yaşamını yitirdiğini göstermektedir. DSÖ, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda, anne ve bebek ölümlerini azaltmayı öncelikli hedefler arasına almış olup 2030 yılı itibarıyla anne ölümlerini her 100.000 canlı doğumda 70'in altına indirmeyi amaçlamaktadır (1).

Ülkemizdeki verilere bakıldığında, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2022 yılı raporuna göre, anne ölüm oranı her 100.000 canlı doğumda 12,6; bebek ölüm hızı ise her 1.000 canlı doğumda 9,1 olarak tespit edilmiştir (2).

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, anne sağlığı ile anne ve bebek ölümlerini öncelikli konular arasında ele almış ve yürütülen çalışmalarla bu oranlarda düşüş sağlanmıştır (3). Anne ölüm oranındaki bu iyileşme pek çok unsura bağlıdır (4). Anne ölüm oranlarındaki iyileşmede, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, gebe eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve acil obstetrik bakımın geliştirilmesi önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, bu alandaki en kritik unsurlardan biri de doğum öncesi bakımın (DÖB) sağlanmasıdır (3,4). DÖB, gebelik süresince düzenli aralıklarla gerçekleştirilen ve tarama ile takipleri içeren kanıta dayalı sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır (5). Gebelik döneminde sağlanan DÖB, anne ve bebek sağlığını koruma ve geliştirme açısından kritik bir öneme sahiptir (6,7). Ayrıca, nitelikli bir DÖB ve gebelik takipleri, mevcut sağlık sorunlarını veya gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek problemleri erken tespit etme olanağı sunar (8). Sağlık Bakanlığı, gebelik izlemleri ve DÖB için yayımladığı kılavuzda, her gebenin gebelik süresince en az dört kez izlenmesini önermektedir. Bu izlemlerden ilki, gebeliğin 14. haftasından önce yapılmalıdır. Ancak gebelik tespiti 14. haftadan sonra gerçekleşmişse, ilk izlem sırasında standart uygulamalara ek olarak, gebelik haftasına uygun prosedürler tamamlanmalı ve gerekli tetkik ve taramalar gerçekleştirilmelidir. İkinci izlem, gebeliğin 18-24. haftaları arasında; üçüncü izlem, 28-32. haftaları arasında; dördüncü ve son izlem ise 36-38. haftaları arasında gerçekleştirilmelidir. Ayrıca gebenin risk

faktörleri ve özel durumu göz önünde bulundurularak ara izlemler yapılmalı ve gerektiğinde ileri düzey sağlık hizmetlerine yönlendirme sağlanmalıdır (3).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin gebelik takibine ilişkin bilgi düzeyi, antenatal bakımın niteliği ve uygulanabilirliği üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Literatürde, aile hekimliği uzmanlarının gebelik izlemleri konusunda daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları belirtilmekle birlikte, farklı hekim gruplarında çeşitli düzeylerde bilgi eksikliklerinin mevcut olduğu vurgulanmaktadır. Öte yandan, gebelerin tarama testleriyle ilgili bilgi ve tutumlarının da yetersiz olduğu bildirilmektedir. Bu durum, sağlık profesyonellerinin eğitici ve rehberlik edici rollerini daha da ön plana çıkarmaktadır (9-12). Tüm bu veriler doğrultusunda, gebelik izlemlerinin daha etkin ve standartlara uygun şekilde yürütülebilmesi adına, birinci basamak hekimlerine yönelik kapsamlı çalışmaların artırılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, ilimizde birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının (aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları (ASÇ)) gebelik izlemleri konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirmektir. Çevrimiçi anket yöntemiyle yürütülecek olan bu çalışma, anne ve bebek sağlığını desteklemek, DÖB ve gebelik izlemleri konusunda farkındalık oluşturmak amacı taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Öncesi Bakım Tanımı ve Önemi

Tüm gebelikler, anne ve bebek için hayati riskler barındırabilir. Sağlık personelinin temel sorumluluğu, bu riskleri önceden tespit ederek risk yönetimi yapmak ve erken dönemde koruyucu önlemleri hayata geçirmektir (13). Anne ve bebek sağlığını koruma açısından en önemli girişimlerden biri, gebelik süresince anneye DÖB hizmetlerinin sunulmasıdır. DÖB, anne ve fetüsün düzenli aralıklarla eğitilmiş sağlık personeli tarafından muayene edilmesi, gerekli önerilerin yapılması ve sağlık durumlarının takip edilmesi sürecini ifade eder (14).

Doğum öncesi bakım için en kapsamlı tanım DSÖ tarafından 2002 yılında yapılmıştır. DSÖ, DÖB'ü eğitilmiş sağlık personeli tarafından gebenin en az bir kez görülmesi veya düşük riskli gebeliklerde bir sağlık kuruluşunda belirli prosedürler çerçevesinde en az dört kez izlenmesi olarak açıklamıştır. Bu tanım, ülkemiz de dahil olmak üzere birçok ülkede yaygın olarak uygulanan DÖB hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır (13).

Gebelik dönemi, anne ve bebeğin sağlığını korumak açısından hayati bir süreçtir. Gebelik izlemi, bu süreçte annenin ve bebeğin düzenli olarak izlenmesi, sağlık durumlarının değerlendirilmesi ve ihtiyaç duyulduğunda gerekli müdahalelerin yapılmasını ifade eder (3).

Gebelik dönemi, anne adayının sağlık durumunda önemli değişikliklerin yaşandığı bir süreçtir. Gebelik izlemi, annenin genel sağlık durumunu izlemeyi mümkün kılar. Kan basıncı, kilo ve idrar testleri gibi kontroller sayesinde preeklampsi ve gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) gibi gebelikle ilişkili komplikasyonlar erken tespit edilerek gerekli müdahaleler zamanında yapılabilir. Gebelik izlemi, bebeğin sağlıklı gelişimini ve büyümesini izlemek için de kritik bir süreçtir. Ultrason ve Doppler incelemeleri gibi yöntemlerle bebeğin büyüklüğü, kalp atışları, organ gelişimi ve diğer önemli parametreler değerlendirilir. Bu sayede, potansiyel sorunlar veya gelişim gerilikleri erken teşhis edilerek gerekli tedavi veya müdahaleler planlanabilir (3). Yenidoğan sağ kalımına yönelik yapılan bir çalışmada, gebelik izlem hizmetlerinin %90 oranında yaygınlaştırılmasıyla neonatal ölümlerin %12 oranında azalabileceği tespit edilmiştir (15). DÖB, annelerin doğum sonrası davranışları

üzerinde de etkili bir rol oynar. Araştırmalara göre, DÖB hizmeti alan anneler, bebeklerini emzirme ve aşılarını tamamlama konusunda daha yüksek bir eğilim göstermektedir (16,17). DÖB'ün bebek sağ kalım oranını artırmada önemli bir rol oynadığı bilinmesine rağmen, günümüzde gebelerin bu hizmetlerden faydalanma düzeyinin halen yeterli seviyede olmadığı gözlemlenmektedir (8,18).

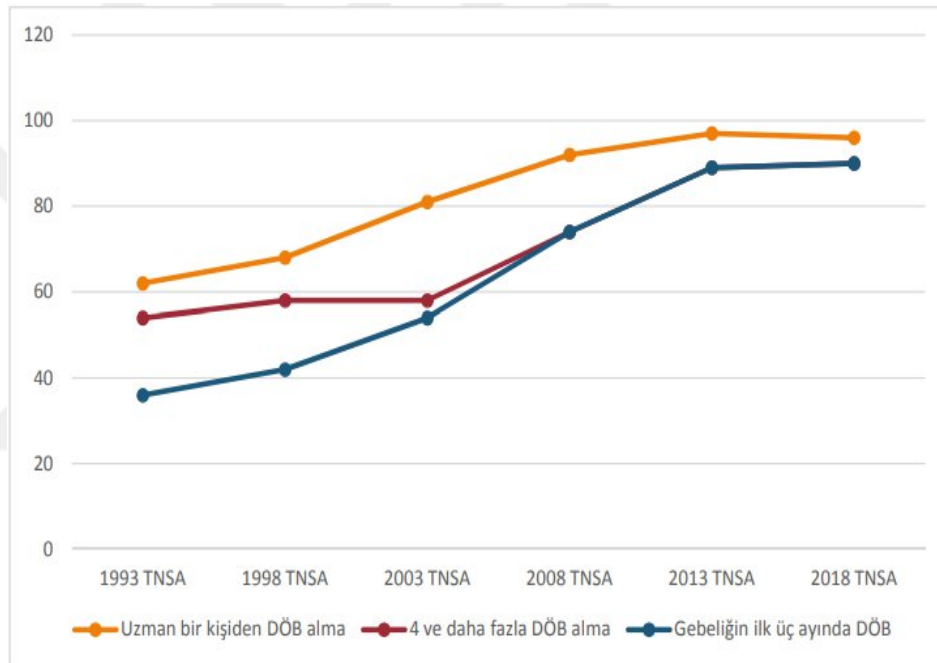
Türkiye'de DÖB hizmetleri, ilk olarak 1926 yılında Ankara ve Konya'da açılan doğum ve çocuk bakım evleri ile başlamıştır. 1952 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı, DSÖ ve Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Acil Durum Fonu (UNICEF) iş birliğiyle Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri kurulmuş ve bu merkezler, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne adaylarına sağlık hizmeti sunmayı hedeflemiştir. Ancak bu dönemde izlem hizmetlerinin kalitesinde istenilen düzeyde bir artış sağlanamamıştır. 1961 yılında yürürlüğe giren 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile DÖB hizmetlerinin sağlık ocakları aracılığıyla tüm topluma yaygınlaştırılması amaçlanmış ve bu kapsamda Alma Ata Bildirgesi'ne uygun düzenlemeler gerçekleştirilmiştir (19-22). DÖB hizmetleri, eğitimli ve gerekli ekipmanlara sahip ebe, hemşire ve hekimler tarafından sunulmaktadır. Ülkemizde gebelik, bebek ve çocuk izlemleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında önce sağlık ocağı hekimleri, sağlıkta dönüşüm politikası sonrasında ise aile hekimlerinin sorumluluğunda yürütülmüştür. Bu süreçte, DÖB alma oranında belirgin bir artış gözlenmiştir (19).

Doğum öncesi bakım, birincil koruyucu sağlık hizmetleri arasında yer almakta olup, anne ve bebek ölümlerinin önlenmesinde kritik bir öneme sahiptir ve tüm kadınların temel haklarından biridir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, en az bir kez DÖB alan kadınların oranı 2003 yılında %81, 2008'de %92, 2013'te %97 ve 2018'de %96 olarak saptanmıştır. Ayrıca, DÖB hizmetlerinin büyük oranda doktorlar tarafından sunulduğu, ancak kırsal bölgelerde bu hizmetten yararlanan kadın oranının kentsel alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Dört veya daha fazla DÖB alan kadınların oranı, 2003 yılında %59,3 iken 2008'de %79,7, 2013'te %89 ve 2018'de %98'e yükselmiştir. Gebeliğin erken döneminde DÖB'e başlama oranı ise 2003'te %57,5 olarak tespit edilirken, 2008'de %74, 2013'te %90 ve 2018'de %89,5 olarak kaydedilmiştir. Dördüncü aydan

önce DÖB alan kadınların oranı kentlerde %93 iken, kırsal bölgelerde bu oran %78'de kalmıştır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2008 verilerine göre, DÖB ortalama başlama zamanı 2,2 ay olarak belirlenmişken, TNSA-2013'te bu sürenin 1,7 aya düştüğü görülmüştür. TNSA-2013 sonuçları, yalnızca DÖB alan kadınların sayısında bir artış olmadığını, aynı zamanda bu hizmetin erken dönemde alınmasının öneminin daha fazla fark edildiğini ortaya koymaktadır. 2013 itibarıyla, DÖB'ün gebeliğin 28. haftasına kadar ayda bir, 36. haftaya kadar ayda iki ve doğuma kadar haftalık izlem şeklinde uygulanması önerilmiştir (23-26) (Şekil 1).



Şekil 1. 1993 ile 2018 yılları arasında yapılan gebelik izlemlerinin sayısal değişimi.

2.2. Doğum Öncesi Bakım ve Gebelik İzlemleri

Ülke genelinde sağlık personelinin standart, güvenli ve kaliteli hizmet sunmasını sağlamak ve uygulamada birliği desteklemek amacıyla, Bakanlık tarafından bilim komisyonları ile ilgili meslek kuruluşlarının katkılarıyla hazırlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018 yılında revize edilmiştir. Bu rehberde göre, tüm gebeliklerde ilk 14 hafta içinde gebelik tespiti yapılmalı ve bu süre içinde ilk izlem gerçekleştirilmelidir. İkinci izlem 18-24. haftalar arasında, üçüncü izlem 28-32. haftalar arasında, dördüncü izlem ise 36-38. haftalar arasında yapılmalıdır (Tablo 1).

Ayrıca, rehberde her izlemde fizik muayene, gerekli ölçümler, tetkikler ve danışmanlık hizmetlerinin ayrıntılı olarak açıklandığı vurgulanmıştır (3).

Tablo 1. Gebelikte önerilen izlemlerin yapılma haftası ve süresi.

	Yapılan hafta	İzlem süresi
İlk izlem	İlk 14 hafta içerisinde	30 dakika
İkinci izlem	18-24. hafta	20 dakika
Üçüncü izlem	28-32. hafta	20 dakika
Dördüncü izlem	36-38. hafta	20 dakika

Doğum öncesi bakım hizmetleri, aşağıdaki ana unsurlardan oluşmaktadır (3):

- İyi bir iletişim ortamının sağlanması,
- Gebenin detaylı bir şekilde tıbbi geçmişinin alınması,
- Fiziksel muayenenin yapılması,
- Gerekli laboratuvar tetkiklerinin gerçekleştirilmesi,
- Aşılama işlemleri ve profilaktik ilaç desteğinin sağlanması,
- Gebeliğe ilişkin konularda bilgilendirme yapılması,
- Danışmanlık hizmetlerinin sunulması,
- Gebelik ile ilişkili olası risk faktörlerinin tespit edilmesi
- Yapılan izlemlerin kaydının yapılması.

2.2.1. İlk izlem

Gebelik sürecinde, ilk 14 hafta içinde gebeliğin tespit edilmesi ve izlemlere başlanması büyük önem taşır. Gebeliğin 14. haftadan sonra fark edilmesi durumunda, tespit edilen hafta ilk izlem olarak kabul edilmeli ve DÖB rehberindeki prosedürler uygulanmalıdır (3).

Gebenin öyküsünü değerlendirirken; gebe ve varsa aile yakınlarıyla etkili bir iletişim kurmak için kendinizi tanıtarak, gebenin adını öğrenip kullanmak, olumlu beden dili ve göz temasıyla yüz yüze bir iletişim sağlamak, uygun mesafeyi koruyarak mahremiyet ve soru sorma imkanı sunmak önemlidir. Gebenin kişisel bilgileri (kimlik numarası, yaş, adres, medeni hali, eğitim ve ekonomik durumu), soy geçmişi (kalıtsal ve ailevi hastalıklar), alışkanlıkları (sigara, alkol, madde kullanımı), tıbbi öyküsü (kronik hastalıklar, geçirilmiş enfeksiyonlar, operasyonlar, alerjiler, düzenli kullanılan ilaçlar, aşı geçmişi) ve obstetrik-üreme sağlığı öyküsü (gebelik sayısı, doğumlar,

düşükler, infertilite öyküsü, kullanılan kontraseptif yöntemler) kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli ve risk faktörleri analiz edilmelidir. Gebenin son adet tarihi (SAT-son adet ilk günü), adet düzeni, tahmini doğum tarihi (SAT'a 7 gün eklenip 3 ay geri gidilerek ve yıla 1 yıl eklenerek tahmini doğum tarihi hesaplanır.), mevcut ultrason bulguları ile gebelik yaşı, gebelikte görülen belirtiler (bulantı, kusma, sık idrara çıkma vb.) ve tehlike işaretleri (vajinal kanama, yüksek ateş, solunum güçlüğü vb.) değerlendirilerek, gebelik öncesi ve gebelik süresince ilaç kullanımı ile seyahat öyküsü dikkate alınmalıdır (3).

Fizik muayene sırasında gebenin boy, kilo (beden kitle indeksi hesaplanarak), kan basıncı, nabız, anemi belirtileri, göğüs ve kalp oskültasyonu, ödem, varis, uterus büyüklüğü, semptomatik cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili bulguları, fetal kalp atımı ve diğer tehlike işaretleri değerlendirilir. Preeklampsi, venöz tromboemboli (VTE) ve sistemik hastalıklar gibi risk faktörleri tespit edilirse, uygun tedavi veya profilaksi başlanarak gerekli uzman konsültasyonları sağlanır. Gebenin risk durumuna göre izlem planlanır (3). Fetal kalp atış hızı, dakikada 120-160 arasında değişir ve el doppleri ile genellikle gebeliğin 12. haftasından itibaren duyulabilir (3).

Gebelikte tam idrar tahlili ve idrar kültürü yapılarak asemptomatik bakteriüri tespit edilirse tedavi edilmelidir. Tam kan sayımında mikrositer anemi belirlenirse demir tedavisine başlanmalı ve ihtiyaç halinde sevk edilmelidir. Açlık kan glukozu, HBsAg, kan grubu, sifiliz, HIV ve TSH testleri yapılmalıdır ve TSH değerleri trimester aralıklarına (Tablo 2) göre değerlendirilmelidir. Rh uygunsuzluğu durumunda indirekt Coombs testi uygulanarak düzenli takip yapılmalıdır. (3).

Tablo 2. Gebelikte TSH değerlendirilmesi.

	Alt sınır (mIU/L)	Üst sınır (mIU/L)
I.Trimestr	0.1	2.5
II.Trimestr	0.2	3
III.Trimestr	0.3	3 mIU/L

2.2.2. İkinci, üçüncü, dördüncü izlem

İkinci, üçüncü ve dördüncü izlemde, birinci izlemde alınan öykü ve kayıtlar yeniden değerlendirilir, gebelikte ortaya çıkan yeni belirtiler, risk faktörleri ve alışkanlıklar sorgulanır. Demir ve diğer ilaç kullanımları incelenir. Fizik muayene

tekrar edilerek kilo alımı, VTE riskleri ve uterus büyüklüğünün gebelik haftasıyla uyumu kontrol edilir; uyumsuzluk halinde sevk edilir. Tam idrar tahlili tekrarlanmalı, eğer birinci izlemde yapılmadıysa idrar kültürü yapılmalıdır. Kan testleri ve diğer incelemelerin sonuçları incelenir ve tam kan sayımı yeniden gerçekleştirilir (3).

Gebeliğin son aylarında yaygın ödem kontrolü yapılmalı, özellikle üst ekstremitedeki ödem preeklampsii belirtisi açısından değerlendirilmelidir. Bunun yanı sıra, emzirmeye hazırlık amacıyla meme muayenesi ve prezente kısmı belirlemek için obstetrik değerlendirme gerçekleştirilmelidir (3).

2.2.3. Yüksek riskli gebelik izlemi

Gebelik süreci, anne ve bebeğin sağlık durumunu etkileyebilecek çeşitli risk faktörlerini barındırabilir. Bu risk faktörleri, tıbbi öykü, obstetrik öykü ve mevcut gebeliğin özelliklerine bağlı olarak değerlendirilir. Riskli durumlar, erken teşhis ve müdahale ile anne ve bebek sağlığını koruma açısından kritik öneme sahiptir (3).

Değerlendirmede, annenin tıbbi öyküsü detaylı şekilde incelenir. Kardiyovasküler hastalıklar (akut romatizmal ateş, aritmi, konjenital kalp hastalıkları, kardiyomiyopati gibi) ve jinekolojik sorunlar (pelvik kitle, myom, uterin malformasyon) gebelik risklerini artıran önemli unsurlar arasında yer alır. Endokrin hastalıklar (diabetes mellitus, hipotroidi, hipertroidi) ve nörolojik hastalıklar (epilepsi, multipl skleroz) da gebelik sürecinde özel bir takip gerektirir (3).

Psikiyatrik hastalıklar, kronik hipertansiyon, solunum sistemi rahatsızlıkları, renal hastalıklar ve hematolojik problemler gebelikte dikkatle izlenmesi gereken diğer önemli tıbbi durumlar arasında yer alır. Ayrıca, enfeksiyon hastalıkları (tüberküloz, sıtma, Hepatit B Virüsü (HBV), Hepatit C Virüsü (HCV), Human Immunodeficiency Virus (HIV)), romatolojik hastalıklar (sistemik lupus eritematozus), VTE, neoplazmlar, kalıtsal hastalıklar, ortopedik bozukluklar (doğuştan kalça çıkıklığı, skolyoz) ve akraba evliliği gibi faktörler de gebelik sürecindeki riskleri artırabilir. İlaç kullanımı, sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklar ise annenin ve bebeğin sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (3).

Obstetrik öyküde ise annenin daha önceki gebeliklerinde yaşadığı sorunlar, mevcut gebelik için kritik bir gösterge olabilir. Geçirilmiş uterin cerrahiler (sezaryen, myomektomi), habitüel aburtus, düşük doğum ağırlıklı bebek (<2500 gram) veya makrozomik bebek (>4000 gram) öyküsü, ölü doğum, eklampsii-preeklampsii, erken

doğum, anomalili bebek ve GDM gibi durumlar, gebelik sürecinde dikkatle izlenmesi gereken durumlardır. Bunun yanında, VTE, ektopik gebelik, Rh/rh uygunsuzluğu, antepartum kanama, zor veya müdahaleli doğum, plasenta previa ve plasenta dekolmanı gibi komplikasyonların varlığına dikkat edilmelidir. Postpartum kanama ve yenidoğan ölümü öyküsü de obstetrik değerlendirmede göz önünde bulundurulmalıdır (3).

Mevcut gebelik sürecinde göz önünde bulundurulması gereken risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir (3)

- Anne yaşının 18 yaş altı veya 35 yaş üstü olması,
- Çoğul gebelik, iki yıldan daha kısa aralıklarla gebelik, Rh/rh uygunsuzluğu,
- Sigara, alkol ve madde kullanımı,
- Grandmultiparite, GDM, plasenta previa, VTE,
- Polihidramnios, oligohidramnios, fetal anomali, servikal yetmezlik, vajinal kanama, preeklampsi, eklampsi, preterm eylem, intrauterin gelişme geriliği,
- Gebelikte geçirilen cerrahi işlemler (ör. appendektomi),
- Hiperemesis gravidarum nedeniyle hastaneye yatış,
- Preterm erken membran rüptürü,
- Beden kitle indeksinin 30 kg/m²'nin üzerinde olması veya 18 kg/m²'nin altında olması,
- İnfertilite tedavisi sonrası oluşan gebelikler, anormal HPV veya PAP smear tarama sonuçları,
- Gebelik haftası ile uterus büyüklüğü arasında uyumsuzluk, 10-12. haftalardan itibaren Doppler ile fetal kalp atımlarının duyulmaması, 16-20. haftalardan itibaren fetal stetoskop ile fetal kalp atımlarının duyulmaması, 20. haftadan sonra fetus hareketlerinin hissedilmemesi,
- Pelvik kitle, myom, uterin malformasyon.

Risk değerlendirme herhangi bir kriterin karşılanması durumunda, anne adayı mutlaka kadın doğum uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Uzman hekimin değerlendirmesi doğrultusunda izlem birinci veya ikinci basamakta koordineli şekilde sürdürülür. Gerekirse izlem sayısı artırılarak gebelik boyunca düzenli takip sağlanır(3).

2.3. Gebelikte Kullanılan Profilaktik Destekler

Gebelikte mikrobesein ögelerinin eksikliği, dünya genelinde yaygın bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. DSÖ'ye göre, 32 milyon gebe kadın anemiyle mücadele ederken, 19 milyon gebe A vitamini eksikliği yaşamaktadır. Bunun yanı sıra, folat, çinko ve iyot yetersizlikleri de gebelerde sıkça görülmektedir. Bu durumun anne ve fetüs sağlığına olumsuz etkileri olduğu gibi, çocukluk döneminde artan morbidite ve mortalite riskleriyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (27).

2.3.1. Folik asit

Gebelikte folat ihtiya ının artışının, hem fetüs hem de anne adayında doku sentezi ve fizyolojik değişimlerden kaynaklandığı bilinmektedir (28). Gebelikte artan folat ihtiya ının diyetle tam olarak karşılanamaması nedeniyle, tüm dünyada gebelere folik asit takviyesi yapılması önerilmektedir (29,30). DSÖ, gebelik sırasında ve tercihen öncesinde, nöral tüp defekti (NTD), anemi ve diğer sağlık sorunlarını önlemek için günlük 400 mcg veya haftalık 2800 mcg folik asit takviyesini ve folik asit yönünden zengin besinlerin tüketimini önermektedir (31). Planlı gebeliklerde, gebelikten 2,5-3,5 ay önce günlük 400 mcg folik asit takviyesine başlanmalı ve birinci trimester süresince düzenli olarak kullanılmaya devam edilmelidir (32).  nceki gebeliklerinde NTD sorunu yaşamış kadınlar için, sonraki gebeliklerde bu riski azaltmak amacıyla günlük 4-5 mg folik asit takviyesi önerilmektedir (33).

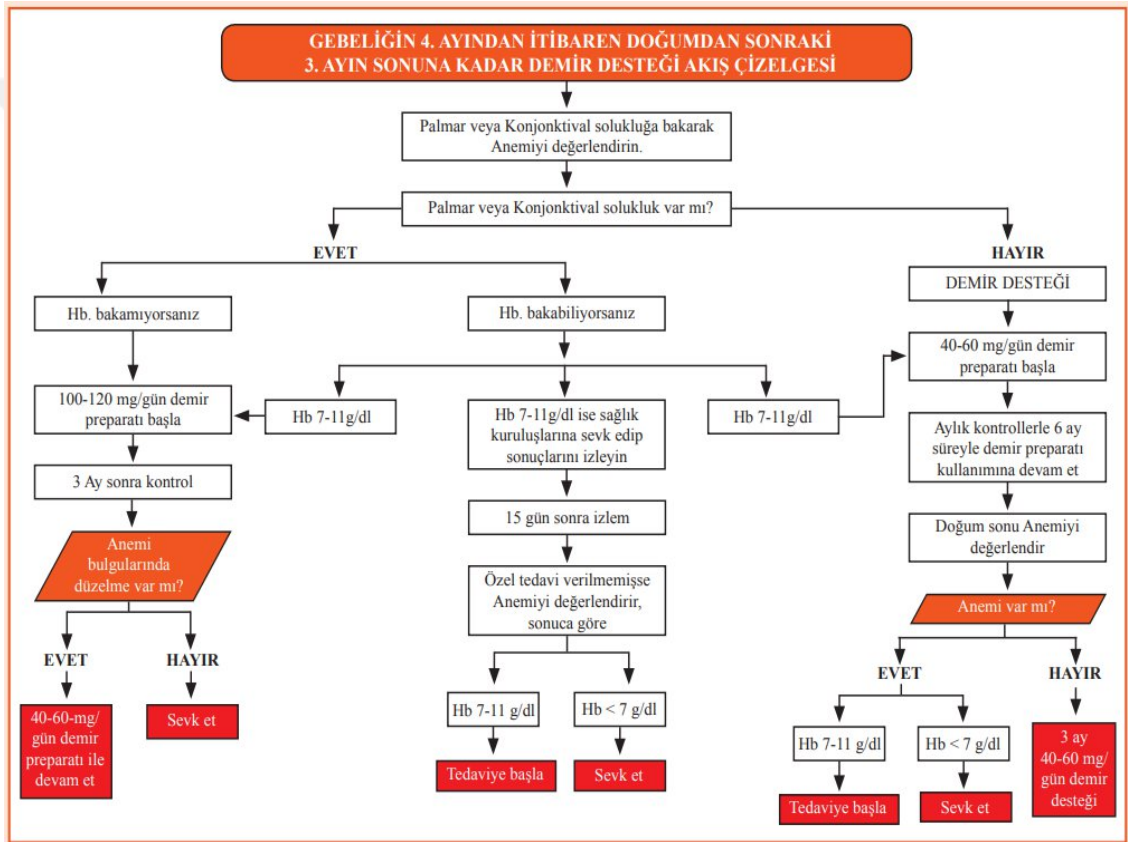
Sağlık Bakanlığı D B rehberine göre, gebelik planlayan kadınların, gebelikten en az 1 ay önce başlayarak günlük 400-800 mcg folik asit kullanmaları önerilir. NTD açısından yüksek risk taşıyan kişilerde (antiepileptik ilaç kullanımı, nöral tüp defektli gebelik öyküsü, diyabet, obezite gibi durumlar), gebelikten 3 ay önce başlanıp 12. haftaya kadar devam eden yüksek doz (4 mg/gün) folik asit takviyesi önerilmektedir (3).

2.3.2. Demir

Ülkemizde, gebelikte artan fizyolojik gereksinimler, beslenme alışkanlıkları ve ülkemizdeki sağlık araştırmaları değerlendirildiğinde, aneminin anne ve bebek sağlığı üzerindeki ciddi etkilerini önlemek amacıyla 1 Kasım 2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından gebelere yönelik demir destek programı başlatılmıştır (34).

Gebelere Demir Destek Programı kapsamında, anemi olmayan durumlar haricinde rutin olarak günlük 40-60 mg elementer demir takviyesi önerilmektedir. Bu

amaçla, demir emilimini engelleyen kalsiyum veya magnezyum gibi maddeler içermeyen tablet, draje, solüsyon ya da şurup formundaki preparatlar tercih edilmelidir. Takviye, gebeliğin 16. haftasından (4. ayın başında) itibaren başlanarak, gebelik süresince 6 ay ve doğum sonrası 3 ay boyunca devam edecek şekilde toplam 9 ay uygulanmalıdır. Ciddi anemi (hemoglobinin <7 g/dl) durumunda, avuç içi veya konjunktivalarda belirgin solukluk ile birlikte hızlı solunum (>30/dk), çabuk yorulma ya da istirahat halinde nefes darlığı gibi belirtiler varsa, tedavi için gebe derhal bir üst basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilmelidir. Gebelerde demir desteği akış şeması Şekil 2’de gösterilmiştir (34).



Şekil 2. Gebelerde demir desteği akış şeması.

2.3.3. D vitamini

Son yıllarda yapılan araştırmalar, anne adaylarında D vitamini eksikliğinin neonatal hipokalsemi ve infantil raşitizm gibi sorunların yanı sıra, erken doğum, konjenital katarakt, diş minesinde hipoplazi, zihinsel gerilik, bipolar bozukluk, depresyon, astım, çocukluk çağında Tip 1 diyabet, multipl skleroz, düşük doğum

ağırlığı ve eklampsi/preeklampsi gibi çeşitli problemlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir (35).

Ülkemizde bu olumsuz durumların önüne geçmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından Gebelere D Vitamini Destek Programı 09 Mayıs 2011 tarihinde başlatılmıştır. Gebelere D vitamini takviyesi başlanırken, ülkemizdeki sınırlı çalışmalarda D vitamini eksikliğinin yaygınlığı ve şiddeti göz önünde bulundurularak kan düzeyine bakılmaksızın başlanması önerilmektedir. Bu doğrultuda, gebeliğin 12. haftasından itibaren başlanarak altı ay boyunca ve doğum sonrası altı ay daha devam edilerek toplamda 12 ay süreyle D vitamini desteği verilmelidir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde önerilen D vitamini dozu, günlük 1200 IU olarak belirlenmiş olup tek doz halinde uygulanmalıdır (35).

2.4. Gebelikte Taramalar

2.4.1. Gestasyonel diyabet taraması

Diabetes Mellitus, gebelikte sık karşılaşılan komplikasyonlardan biridir. Gebelikte salgılanan hormonların etkisiyle insülin direnci artar, postprandiyal hiperglisemi ve hiperinsülinemi gelişir. Bu durum, fetusun ikinci trimesterde artan enerji ihtiyacına bir adaptasyon sürecidir. Ancak, gebelikte GDM gelişen kadınlarda subklinik metabolik disfonksiyonun rol oynadığı düşünülmekte, insülin duyarlılığındaki belirgin azalma GDM oluşumunu tetiklemektedir (36). Gebeliklerin yaklaşık %4'ünde GDM görülmektedir. GDM tanısı alan kadınların, ilerleyen 10 yıl içinde %50 oranında tip 2 diyabet geliştirme riski taşıdığı bilinmektedir (36).

Gestasyonel diyabetin görülme sıklığı, farklı ırk ve etnik gruplar arasında tip 2 diyabet prevalansıya benzer bir eğilim sergilemektedir. Dünya genelinde obezite oranlarının yükselmesiyle birlikte diyabet tanısı alan gebe sayısında da artış gözlenmektedir. Buna ek olarak, anne yaşının ilerlemesi ve tip 2 diyabet başlangıç yaşının doğurganlık dönemine kadar düşmesi, GDM sıklığının artmasına katkıda bulunmaktadır (37,38). Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun 2021 Diyabet Atlası'na göre, doğum yapan 20-49 yaş arası kadınların %16,7'sinde diyabet görülmüştür. Bu vakaların %80,3'ünün GDM olduğu belirtilmiş ve dünya genelinde her 6 doğumdan 1'inde GDM tespit edildiği rapor edilmiştir (38). Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalara göre, GDM görülme sıklığı %8-9 arasında değişmektedir (39,40).

Gestasyonel diyabet taraması için ideal yaklaşım konusunda net bir uzlaşısı bulunmamaktadır. Evrensel tarama ile seçici tarama yöntemlerinin hangisinin tercih edilmesi gerektiği ve 50 g'lık glukoz yükleme testinde kullanılacak eşik değeri konusu halen tartışılmaktadır. 50 g'lık glukoz yükleme testinden 1 saat sonra plazma glukoz düzeyi ≥ 140 mg/dl olduğunda, GDM'li gebelerin %80'i tespit edilebilmektedir. Eşik değerin 130 mg/dl olarak alınması, testin duyarlılığını %90'ın üzerine çıkarır. Erken dönemde glukoz intoleransı bilinmeyen gebelerde tarama, 24-28. gebelik haftalarında gerçekleştirilmelidir. İki basamaklı yöntemde, 50 g'lık glukoz yükleme testinde belirlenen eşik değerlerin aşılması durumunda, 100 g'lık oral glukoz tolerans testi (OGTT) ile tanı doğrulanır. İlk prenatal izlemde GDM riski değerlendirilerek uygun tarama ve yönetim stratejileri planlanmalıdır (36):

Düşük Risk: Aşağıdaki tüm kriterleri karşılayan gebelerde rutin kan glukoz testleri gerekli değildir:

- Gebelik öncesinde normal beden kitle indeksine sahip olmak
- 25 yaşın altında olmak
- Birinci derece akrabalarında diyabet öyküsü bulunmamak
- Anormal glukoz metabolizması öyküsünün bulunmaması
- Daha önce normal doğum ağırlığında bebek doğurmuş olmak
- Kötü obstetrik sonuç öyküsü olmaması
- Düşük GDM prevalansına sahip bir etnik gruba mensup olmak.

Orta Risk: Gebeliğin 24-28. haftalarında kan glukoz testi şu yöntemlerden biriyle gerçekleştirilir:

- İki Basamaklı Yöntem: İlk aşamada 50 g glukoz yükleme testi uygulanır. Test sonucu eşik değerin üzerinde ise tanıyı doğrulamak için 100 g OGTT yapılır.
- Tek Basamaklı Yöntem: Tüm gebelere doğrudan 100 g OGTT uygulanır.

Yüksek Risk: Aşağıdaki durumların bir veya daha fazlası mevcut olduğunda, tanımlanan testlerden biriyle kan glukoz testleri mümkün olan en kısa sürede yapılmalıdır. Eğer GDM tanısı konulmazsa, kan glukoz testleri 24-28. gebelik haftalarında veya hiperglisemi semptomları görüldüğünde tekrar edilmelidir:

- Tip 2 diyabet açısından güçlü bir aile öyküsü
- Şiddetli obezite

- Önceki gebelikte GDM, bozulmuş glukoz metabolizması veya glukozüri öyküsü (36).

Oral glukoz tolerans testi, en az 8 saat ve en fazla 14 saatlik bir açlık süresi sonrasında gerçekleştirilmelidir. Testten önceki 3 gün boyunca, en az 150 g karbonhidrat içeren bir diyet ve normal fiziksel aktivite önerilir. Test sırasında gebenin oturur pozisyonda olması ve sigara içmemesi gerekmektedir. OGTT, 100 g veya 75 g glukoz ile yapılabilir ve tanı için şu eşik değerler dikkate alınır:

- 100 g glukoz için: Açlık: ≤ 95 mg/dl, 1. saat: ≤ 180 mg/dl, 2. saat: ≤ 155 mg/dl, 3. saat: ≤ 140 mg/dl
- 75 g glukoz için: Açlık: ≤ 95 mg/dl, 1. saat: ≤ 180 mg/dl, 2. saat: ≤ 155 mg/dl

Gestasyonel diyabet tanısı, ölçülen değerlerden ikisinin veya daha fazlasının belirtilen eşiklerin üzerinde olması durumunda konulmaktadır (41).

Prekonsepsiyonel dönemden doğuma kadar uzanan süreçte, glisemik kontrolün etkin bir şekilde sağlanması, konjenital malformasyonların yanı sıra fetal ve neonatal riskleri, diyabeti olmayan gebelerde görülen seviyelere yaklaştırabilir. Konjenital malformasyonlar, pregestasyonel diyabetli gebelerde 2 ila 4 kat daha fazla görülmekte olup, bu durum büyük ölçüde perikonsepsiyonel dönemdeki hiperglisemi düzeyiyle ilişkilidir. Tip 1 diyabeti olan gebelerde malformasyon oranı %2.9-7.5, tip 2 diyabeti olan gebelerde ise %2.1-12.3 arasında değişmektedir (42,43). GDM'nin maternal ve fetal komplikasyonları Tablo 3'te gösterilmiştir (38).

Tablo 3. GMD'ye bağlı maternal, fetal ve neonatal komplikasyonlar.

Fetal	Neonatal	Maternal
Makrozomi	Hipokalsemi/ Hipomagnezemi	Tekrarlayan hipoglisemi
Doğum travması	Polisitemi	Spontan abortus
Konjenital anomali	Erken doğum riski	Postpartum kanama
Gelişme geriliği	Respiratuvar distress sendrom	Uç organ hasarı
İntrauterin ölüm	Hipoglisemi	Preeklamps
	Neonatal ölüm	Polihidramnion
	Hiperbilirubinemi	İdrar yolu enfeksiyonu

Diyabetli gebelerde tedavinin öncelikli amacı, metabolik kontrolü mümkün olduğunca normale yakın seviyelerde sağlayarak anne ve bebekte görülebilecek

morbidite ve mortalite risklerini en aza indirmektir. Bu süreçte, gebelere evde kan şekeri ölçümünü kendi kendilerine yapmaları öğretilmelidir. Glisemik hedefler şu şekilde tanımlanmıştır: açlık plazma glukozu <95 mg/dl, gece yatmadan önceki kan şekeri 80-100 mg/dl, öğün sonrası 1. saat kan şekeri <140 mg/dl, 2. saat kan şekeri <120 mg/dl ve HbA1c düzeyi %6-6.5 (42-48 mmol/mol) arasında olmalıdır. Gestasyonel diyabet yönetiminde, özellikle açlık glukozu ve 1. saat postprandiyal glukoz ölçümlerinin izlenmesi önerilmektedir (38).

2.4.2. İkili, üçlü ve dördü tarama

Prenatal tarama yöntemleri ultrasonografi ve biyokimyasal testleri (ikili, üçlü, dördü testler) kapsarken, prenatal tanı yöntemleri ise amniyosentez, koryon villus örnekleme (CVS), çölo mik sıvı örnekleme ve kordosentez gibi invaziv işlemleri içermektedir (44,45). Anne kanında fetal Deoksiribonükleik Asit (DNA) analizine dayanan cfDNA testi, son yıllarda klinik etkinliğiyle dikkat çekmiştir. Ancak, uluslararası rehberlerde yüksek maliyet nedeniyle genel tarama yöntemi olarak önerilmemektedir. Bu testler, yaşamla uyumlu en yaygın fetal kromozomal anomaliler olan Down Sendromu (Trizomi 21), Edwards Sendromu (Trizomi 18) ve Patau Sendromu (Trizomi 13) için risk hesaplamaktadır (46).

Birinci trimesterde ultrasonografi ve biyokimyasal tarama, artık tüm gebelere uygulanabilmektedir. Bu tarama (ikili test), gebeliğin 10 hafta 2. günü ile 13 hafta 6. günü arasında yapılır. Test kapsamında, ultrasonografi ile fetüsün ense kalınlığı (NT) ölçülür ve laboratuvar analizleriyle gebelikle ilişkili plazma protein A (PAPP-A) ile serbest Beta-Human Koriyonik Gonadotropin (HCG) düzeyleri değerlendirilir (46). En sık görülen kromozomal anomali olan Trizomi 21, yaklaşık 1/700 gebelikte ortaya çıkar ve Down sendromu olarak bilinir. Bu durum, zihinsel gerilik, gastrointestinal sistem anormallikleri, kardiyak malformasyonlar ve diğer yapısal bozukluklarla ilişkilidir. Trizomi 13 ve Trizomi 18 ise daha nadir görülür ve Down sendromuna göre 3 ila 7 kat daha az sıklıkla rastlanır. Tarama testleriyle belirlenen bu anomalilerin kesin tanısı için amniyosentez (gebeliğin 15- 20. haftası) veya CVS (gebeliğin 10- 13. haftası) ile genetik analiz önerilebilir (47). PAPP-A seviyelerinin, fetal anöploidiye sahip gebelerde daha düşük olduğu belirlenmiştir. PAPP-A sadece ilk trimester tarama testinde değerlendirilmekte olup, ikinci trimesterde normal değerler gösterdiği için tarama kapsamında yer almamaktadır (48,49). Beta-hCG seviyeleri, Down sendromu

vakalarında yaklaşık iki katına çıkarken, Trizomi 13 ve Trizomi 18 durumlarında normalin altında seyretmektedir (49).

Üçlü ve dördü testler, gebeliğin 16-20. haftaları arasında uygulanır. Bu testlerde ultrasonografi doğrudan risk hesaplamasında kullanılmaz ancak gebelik haftasının doğru belirlenmesi için önemlidir. Testler, anne kanındaki hormon seviyelerine dayanır. Üçlü test, maternal alfa-fetoprotein (AFP), beta-hCG ve östriol (E3) seviyelerinin değerlendirilmesiyle yapılırken, dördü test bu parametrelere ek olarak İnhibin-A düzeyini de içerir. Her iki testte de yanlış pozitiflik oranı %5'tir. Down sendromu saptama oranı ise üçlü testte %69, dördü testte %71 olarak bildirilmiştir (50,51). Risk değerlendirmesinde, annenin kilosu, yaşı, diyabet varlığı ve ırkı gibi faktörler bu analizlere ek olarak değerlendirilir (46). Ayrıca, AFP düzeyi değerlendirildiği için bu testler, anöploidi riskinin yanı sıra açık NTD riskine dair de bilgi sağlamaktadır (50). Bu tarama testinin dezavantajı, ikinci trimesterde uygulanması nedeniyle CVS yapılabilme imkanını ve erken tanı sağlama avantajını sınırlamasıdır (52).

İkili, üçlü ve dördü prenatal testleri dışında maternal kanda fetal DNA'nın analizinin yapıldığı non invaziv prenatal testlerde kullanılabilir. Hücre dışı fetal DNA (cf-DNA) taraması, annenin kanında dolaşan serbest fetal DNA parçalarının analizine dayanan non-invaziv bir yöntemdir. Bu test, özellikle Trizomi 13, 18 ve 21 gibi yaygın kromozomal anomalilerin tespiti için yüksek duyarlılık ve özgüllük sunar. Genellikle gebeliğin 10. haftasından itibaren maternal kan örneği ile uygulanabilir. cf-DNA taraması, invaziv tanı yöntemlerine duyulan ihtiyacı azaltmakta ve erken dönemde güvenilir sonuçlar sağlayarak öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, yüksek maliyetinden dolayı tüm gebelere rutin tarama olarak önerilmemekte, daha çok risk altındaki gebeliklerde kullanılmaktadır (46).

2.4.3. Enfeksiyon taramaları

Gebelik öncesi ve esnasında görülen enfeksiyonlar, anne ölümlerinin ve çocukluk çağı hastalıkları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Gebelik öncesinde anne ve baba adayları, HIV serolojisi ve güvenli cinsel uygulamalar hakkında bilgilendirilmelidir. HIV testi pozitif çıkan kadınlara, dikey geçiş riski ve olası morbidite ile mortalite hakkında bilgi verilerek doğum kontrolü önerilmelidir. Gebelik

isteyen kadınlar için dikey geçişin önlenmesi amacıyla tedavi planlanmalı ve gebelik öncesinde başlatılmalıdır (53).

Doğum öncesi bakım kapsamında, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar düzenli olarak değerlendirilmelidir. Yüksek risk grubundaki kadınlar, gebelik öncesinde ve erken gebelik döneminde klamidya gonore taramasına tabi tutulmalı ve enfekte olanlar tedavi edilmelidir. Bu taramalar, ihtiyaç halinde gebelik süresince tekrarlanmalıdır. Yüksek risk grubundaki kadınlar, gebelik öncesi ziyaretlerde sifiliz açısından değerlendirilmeli ve enfekte olanlar tedavi edilmelidir. DÖB rehberi önerisi doğrultusunda gebelik öncesinde ve hamilelik sırasında sifiliz taraması yapılmalıdır. Ayrıca, gebelik öncesi danışmanlık sırasında genital herpes öyküsü olan kadınlara, enfeksiyonun vertikal bulaşma riski konusunda bilgi verilmelidir (3,53).

Aseptomatik bakteriüri, gebeliklerin %2-7'sinde görülerek komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle, tüm gebelere gebeliğin 11-16. haftaları arasında tarama yapılmalı ve pozitif saptanması durumunda tedavi uygulanmalıdır. Tedavi, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, piyelonefrit ve erken doğum riskini azaltmak için kritik öneme sahiptir (54). DÖB rehberine göre, gebelik süresince yapılan tüm takiplerde idrar tahlili yapılması ve en az bir kez idrar kültürü incelenmesi önerilmektedir (3). Aseptomatik bakteriürisi olan gebeler, bakteriürisi olmayanlara kıyasla prematüre veya düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma açısından daha yüksek risk altındadır. Ayrıca, bu kadınlarda hamilelik sırasında piyelonefrit gelişme riski 20-30 kat daha fazladır. Erken tarama ve müdahale, bu olumsuz sonuçların önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (55). Aseptomatik bakteriürisi tespit edilen gebelere, 3-7 gün süreyle antibiyotik tedavisi (beta-laktamlar, fosfomisin veya nitrofurantoin) önerilmektedir. Fetüsün antimikrobiyal ilaçlara maruziyetini en aza indirmek amacıyla kısa süreli antibiyotik tedavileri tercih edilmektedir (56,57).

2.5. Gebelikte Rh Uygunsuzluğu

Rh uyuşmazlığı (Rh D alloimmünizasyon veya Rhesus izoimmünizasyon), fetal kanın anne dolaşımına karışmasıyla annenin bağışıklık sisteminin aktive olması sonucu gelişir. Fetal ve neonatal morbidite ile mortaliteye neden olabilen bu durum, annenin Rh negatif, babanın ise Rh pozitif olduğu gebeliklerde görülebilir (58).

D antijenine sahip fetal eritrositlerin anne dolaşımına geçerek annenin duyarlanması ve antikör üretmesi belirli koşullara bağlıdır. Bunun için fetomaternal

kanama gereklidir. Annenin bağıışıklık sistemini tetiklemek için 0,1 ml'lik fetomaternal kanama Rh (+) fetal eritrosit yeterlidir (59). Gebelik ilerledikçe kanama insidansı ve miktarı artar. Genişleyen utero-plasental damarlar ve artan kan akımı bu süreci destekler. Maksimum kan akışı 28-32. haftalarda görülür ve damar genişlemesi artar. Fetal kan basıncındaki değişiklikler, anne dolaşıımındaki farklılıklarla ilişkilidir ve bu durum, fetal eritrositlerin intervillöz alana geçişini kolaylaştırır. D izoimmünizasyonu açısından en kritik dönem 28. hafta olup, anne dolaşıımına en fazla fetal eritrosit geçişı doğum sırasında gerçekleşir. Antikorlar plasenta yoluyla fetüse geçerek fetal kan hücrelerini tahrip edebilir ve hemolitik anemiye yol açabilir. Bu durumun fetüs veya yenidoğanda oluşturduğu tabloya "eritroblastozis fetalis" denir. (60).

Fetüsün hemolitik hastalığının gelişmesi için şu koşulların bir arada bulunması gereklidir:

- Anne Rh (-), baba Rh (+) ve fetüs/embriyo Rh (+) olmalıdır.
- Anne, fetomaternal kanama sonucu Rh (+) antijenlerle temas etmelidir.
- Bu antijenler, bağıışıklık sistemini uyaracak kadar antijenik özellikte olmalıdır.
- Antijenler, annenin dolaşıımında yeterince uzun süre kalmalıdır.
- Annenin bağıışıklık sistemi bu uyarıya yanıt verebilmelidir (59).

Hemoliz sonucu gelişen anemi, doku hipoksisi ve asidoza yol açarak medüller ve ekstrapmedüller hematopoezi artırır, bu da hepatosplenomegali ve portal hipertansiyona neden olur. Kalp aşırı yüklenir ve kardiyomegali gelişir. Azalmış protein sentezi ve koloidal basınç, hidrops fetalis, plasentomegali ve polihidramnios gibi komplikasyonlara yol açar. İndirek bilirubin plasenta yoluyla atıldığından intrauterin dönemde hiperbilirubinemi riski bulunmaz. Plasentomegali ise uteroplazental kan akımını azaltır (58).

İlk prenatal izlemde (<20 hafta), annenin kan grubu ve antikor testi (İndirekt Coombs) mutlaka değerlendirilmelidir. İlk İndirekt Coombs testi negatifse, 20. gebelik haftasından itibaren test dört haftada bir tekrarlanmalıdır (58). DÖB rehberine göre, ilk izlemde anne Rh (-) ve baba Rh (+) ise indirekt Coombs testi yapılması önerilir. Test sonucu negatif olanlar için 28. haftada tekrar test yapılmalı, pozitif sonuçlananlar ise bir üst basamağa yönlendirilmelidir (3).

Rh uyuşmazlığında hastalığın önlenmesi kolay ve ekonomiktir. Eğer anne dolaşımına geçen Rh (+) eritrositler bağışıklık sistemi tarafından tanınmadan etkisiz hale getirilirse, maternal immunizasyon önlenabilir (58). Rh (-) annelerde fetomaternal kanama riski taşıyan durumlarda kullanılan RhoGAM, anti-D antikorları içeren bir gamma globulin preparatıdır. Profilaksi, doğum veya invaziv işlemlerden sonra, tercihen ilk 72 saat içinde uygulanmalıdır. Gecikme olması durumunda, zaman sınırlaması olmaksızın profilaksi yapılması önerilir. Ayrıca, 28. gebelik haftasında 300 mikrogramlık bir doz profilaksi amacıyla uygulanmalıdır (58).

2.6. Gebelikte Hipertansif Durumlar

Gebelikte ortaya çıkan hipertansif hastalıklar, perinatal ve maternal mortalite ile morbiditenin başlıca nedenlerinden biridir. Maternal ölümlerin yaklaşık %16'sı bu hipertansif bozukluklarla ilişkilidir (61). Türkiye'de hipertansif rahatsızlıklar, maternal ölümlerin yaklaşık %15,5'ini oluşturmaktadır (62). Reprodüktif yaş grubundaki kadınlarda hipertansiyon prevalansı yaklaşık %7 iken, gebelikte hipertansif bozuklukların görülme oranı %10 civarındadır. Bu oran içerisinde %4,7 preeklampsi, %3,8 gestasyonel hipertansiyon ve %1,7 kronik hipertansiyon olarak dağılım göstermektedir (63).

2.6.1. Kronik hipertansiyon

Gebelikten önce var olan, gebeliğin 20. haftasından önce ortaya çıkan veya doğumdan sonra 6. haftadan sonra devam eden, kan basıncının 140/90 mmHg veya üzerinde ölçüldüğü bir durumdur. Gebeliğin ilk yarısında kan basıncı genellikle düşüş gösterir. Hafif hipertansiyon varlığında, kan basıncı sabit kalabilir veya gebelik sürecinde normale dönebilir. Ancak, kan basıncının 140/90 mmHg veya daha yüksek olması durumunda medikal tedaviye başlanması önerilir. Gebelikte fetüsün büyümesini desteklemek için kardiyak debi artar, ancak kan basıncının yükselmesi kalp ve böbreklere aşırı yük bindirerek kardiyak ve renal hastalıklara, ayrıca serebrovasküler olay riskine yol açabilir. Hipertansiyon; preeklampsi, erken doğum, plasenta dekolmanı ve sezaryen doğum riskini artırırken, plasentaya giden kan akışını azaltarak fetüste gelişme geriliğine neden olabilir (64).

2.6.2. Gestasyonel hipertansiyon

Daha önce normotansif olan bir kadında, 20. gebelik haftasından sonra 4 saat arayla yapılan iki ölçümde sistolik kan basıncının (SKB) ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) ≥ 90 mmHg olması, proteinüri veya yeni gelişen uç organ disfonksiyonu olmaksızın hipertansiyon olarak tanımlanır. Tansiyonun doğum sonrası 12. haftaya kadar normale dönmesi beklenir. Eğer hipertansiyon bu süreden sonra da devam ederse "kronik hipertansiyon" olarak kabul edilir. Gestasyonel hipertansiyon ile kronik hipertansiyon ayrımını yapmak için postpartum 12. haftaya kadar düzenli takip gereklidir (61).

Gestasyonel hipertansiyon veya kronik hipertansiyonu olan kadınların yaklaşık %25'inde preeklampsi gelişir. Bu nedenle, bu hastalar gebelik süresince yakından izlenmelidir (61). DÖB rehberine göre, her izlemde tansiyon takibi yapılması önerilmektedir. Gebede gestasyonel veya kronik hipertansiyon tespit edilmesi durumunda, gebelik riskli kabul edilerek yakından takip için bir üst basamağa sevk edilmelidir (3).

2.6.3. Preeklampsi

Gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan, vazospazm ve endotelyal disfonksiyon sonucu organ perfüzyonunda azalma ile karakterize olan, gebeliğe özgü multisistemik bir hipertansif durumdur (65). Preeklampsi, plasental kaynaklı (34 hafta ve öncesi, genellikle erken başlangıçlı), maternal kaynaklı (34 hafta sonrası, genellikle geç başlangıçlı) ortaya çıkabilir. Preeklampsi, hipertansiyona yeni gelişen proteinürinin eşlik edebildiği veya proteinüri olmaksızın çeşitli uç organ disfonksiyonlarının görülebildiği bir durumdur. Hipertansiyon, preeklampsinin erken ve belirgin bir bulgusudur (61).

Preeklampsi tanı kriterleri kılavuzu, 2020 yılında Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) tarafından güncellenmiştir (Tablo 4) (61).

Tablo 4. Preeklampsi tanı kriterleri (ACOG 2020).

Kriter	Değerler ve Bulgular
Hipertansiyon	SKB ≥ 160 mmHg ve/veya DKB ≥ 110 mmHg

	SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg (4 saat ara ile yapılan iki ölçümde)
Proteinüri	Dipstick +2 (sadece diğer yöntemler mevcut değilse) Spot idrarda Protein/Kreatinin oranı ≥ 0.3 - 24 saatlik idrarda ≥ 300 mg/dL
Proteinüri olmadan yeni başlayan bulgular	Baş ağrısı: Alternatif bir neden bulunamayan ve asetaminofene yanıt vermeyen Vizüel bozukluklar: Skotom, fotopsi, diplopi, kortikal körlük, retinal vazospazm, amarozis fugaks Persistan ve şiddetli ağrı: Sağ üst kadranda veya epigastrik bölgede Pulmoner ödem
Hematolojik ve biyokimyasal bulgular	Trombositopeni: Trombosit sayısı $< 100 \times 10^9/L$ Karaciğer fonksiyon bozukluğu: Enzimlerin normalin en az 2 katı artışı Böbrek yetmezliği: Serum kreatinin ≥ 1.1 mg/dL veya mevcut seviyenin 2 katına çıkması

Doğum Öncesi Bakım Rehberi'ne göre, her gebelik izlemi sırasında preeklampsi açısından tarama yapılmalı ve hastanın risk faktörleri dikkatlice değerlendirilmelidir:

- Majör risk faktörleri; kronik hipertansiyon, Tip 1 veya Tip 2 diyabet, otoimmün hastalıklar, kronik böbrek hastalığı ve önceki gebeliklerde hipertansif hastalık öyküsü olarak sıralanabilir.
- Minör risk faktörleri ise 40 yaş ve üzeri anne yaşı, ilk gebelik, beden kitle indeksi ≥ 35 kg/m² olması, ailede preeklampsi öyküsü, 10 yıldan uzun gebelik aralığı ve çoğul gebelik olarak belirtilmiştir.

Majör risk faktörlerinden en az biri veya minör risk faktörlerinden en az ikisi bulunan gebelerde, kontrendikasyon yoksa, 12-35. gebelik haftaları arasında günlük 80 mg düşük doz Aspirin kullanımı önerilmektedir (3).

Preeklampsi, ilerleyici bir hastalık niteliği taşıyabilir. Çoğu kadında belirtiler geç gebelik döneminde ortaya çıkar ve kademeli olarak kötüleşir. Ancak, özellikle erken başlangıçlı preeklampsi vakalarında, yaklaşık %25 oranında hipertansiyon ve

uç organ fonksiyon kaybıyla ilişkili belirtiler günler veya haftalar içinde hızla belirginleşebilir (66). Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi'ne göre preeklampsi hastalarının yönetimi şu şekilde yapılmaktadır:

- Gebelikte hipertansiyon tespit edilen bir hastada, 4-6 saat arayla yapılan ölçümlerde kan basıncı yüksekliği devam ediyorsa, hipertansif hastalığın tipinin belirlenmesi için hasta hastaneye yatırılır.
- Anne ve fetüs üzerindeki etkilenmenin derecesi değerlendirilir.
- Doğumun zamanlaması, anne ve fetüs için belirlenen risk durumuna göre kararlaştırılır.
- Preeklampsi tanısı almış, ancak fetal iyilik hali testleri normal sınırlar içinde olan gebeler, yakın takip altında 37. gebelik haftasına kadar izlenebilir.
- Şiddetli kriterleri taşımayan ve iş birliğine açık preeklampsi hastaları, ayaktan takip edilebilir (67).

2.8. Gebelik ve Aşılar

İmmünize edilmemiş gebe kadınlar veya yenidoğan için risk durumunda, toksinler, inaktive virüs aşıları ve immünglobulinler gebeliğin herhangi bir haftasında, hatta ilk trimesterde güvenle yapılabilir. İnaktive aşıların gebelikte anne veya fetüse zarar verdiğine dair herhangi bir kanıt bulunmamaktadır. Ancak, canlı aşıların fetüsü enfekte etme ve subklinik enfeksiyona yol açma potansiyeli olduğundan, gebelikte uygulanması önerilmez. Canlı aşı yapılmış kadınlarda 4 hafta boyunca gebelikten kaçınılmalıdır; bazı üreticiler bu süreyi 3 ay olarak belirtmektedir. Canlı aşı yanlışlıkla gebelik sırasında uygulanırsa veya aşı sonrası 4 hafta içinde gebelik gerçekleşirse, hastaya fetüs üzerindeki olası etkiler hakkında danışmanlık verilmelidir. Ancak, bu durum tek başına gebelik sonlandırma endikasyonu oluşturmaz (68).

Tetanoz/ Difteri: Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), anne bağışıklık yanıtını güçlendirmek ve bebeğe pasif antikor transferini sağlamak amacıyla, Tetanoz- Erişikn tip difteri (Td) aşısının gebeliğin 27-36. haftaları arasında uygulanmasını önermektedir. Ancak, ihtiyaç duyulduğunda Td, gebeliğin herhangi bir döneminde de yapılabilir (69). Sağlık Bakanlığı DÖB rehberine göre, tetanoz aşılmasına gebeliğin 12. haftasından itibaren başlanması önerilmektedir. Daha önce hiç tetanoz aşısı yaptırmamış gebelere, en az iki doz Td aşısı uygulanmalı ve ikinci dozun doğumdan en az iki hafta önce

tamamlanması sağlanmalıdır. Eğer yeterli süre yoksa ve gebe yalnızca bir doz Td almışsa, anne ve bebeğin tetanoz açısından risk altında olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu gibi durumlarda, temiz doğum koşullarının sağlanması ve bebeğin göbek bakımının dikkatli bir şekilde yapılması hayati önem taşır (Tablo 5) (3).

Tablo 5. Gebelerde tetanoz aşı takvimi.

Doz	Uygulama Zamanı	Koruma Süresi
Td 1	Gebeliğin 4. ayında veya ilk karşılaşmada	Koruma sağlamaz
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'ten 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

İnfluenza aşısı (İnaktif): Hamilelik sırasında bağışıklık sistemi, kalp ve akciğerlerde meydana gelen değişiklikler nedeniyle hamile ve doğum sonrası kadınlar, gripten kaynaklanan ciddi hastalık ve komplikasyonlar açısından hamile olmayan kadınlara kıyasla daha yüksek risk altındadır. Grip aşısı, hamilelik sürecinin herhangi bir döneminde, grip mevsimi öncesinde veya sırasında güvenle uygulanabilir. Grip mevsiminde hamile olan veya hamile kalacak kadınlara, inaktive grip aşısı ya da rekombinant grip aşısı yaptırmaları önerilir (69).

Hepatit B aşısı (Rekombinant): Daha önce aşılanmamış gebeler için, tercihen 2. trimesterde, standart aşı takvimine (0, 1, 6. ay) göre aşılama önerilmektedir. Gebelik öncesinde aşılamaya başlamış kadınların ise, aşı programına kaldığı yerden devam edilmelidir (68).

Human Papilloma Virüsü (HPV): Gebelikte HPV aşısı yapılması, güvenlik verilerinin sınırlı olması nedeniyle tavsiye edilmemektedir. Eğer bir kadın aşılama programına başladıktan sonra gebe kalırsa, aşılamaya doğumdan sonra devam

edilmelidir. Ayrıca, hastaya gebelikte HPV aşılarının artmış perinatal riskle ilişkisini gösteren bir kanıt olmadığı bilgisi verilmelidir (68,69).

Gebelikte aşı uygulamaları Tablo 6’da gösterilmiştir (68).

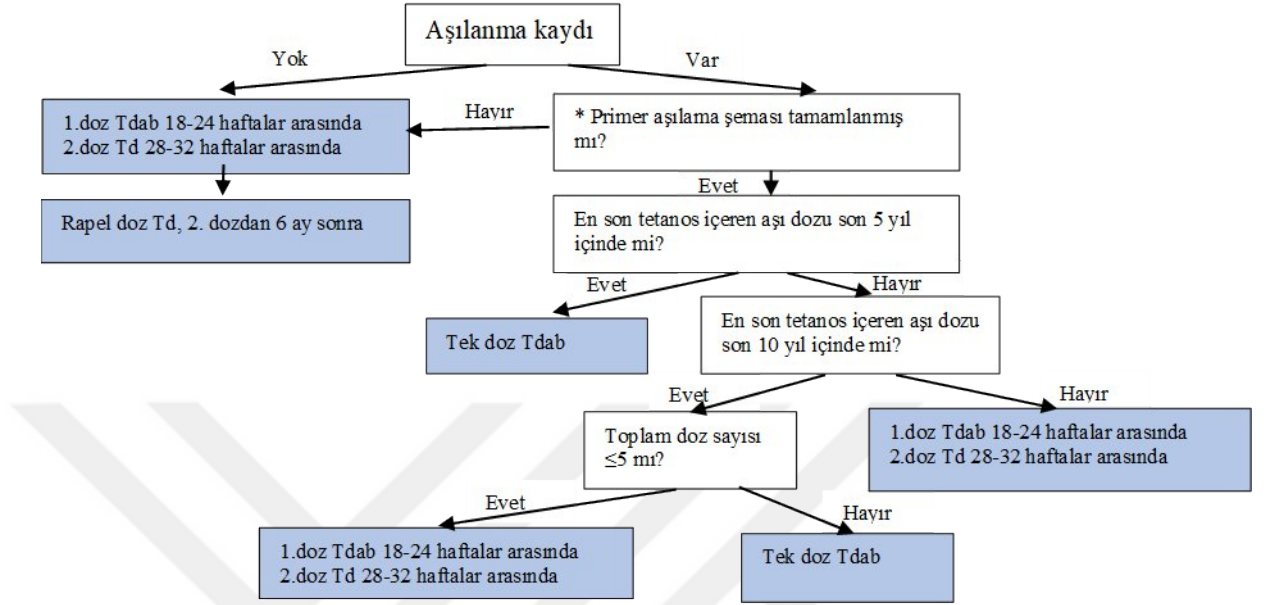
Tablo 6. Gebelikte aşılar ve uygulama önerileri.

Kategori	Aşılar
Gebelikte önerilen aşılar	Mevsimsel influenza, Hepatit B, Tetanoz
Gerektiğinde gebelikte yapılabilecek aşılar	Hepatit A, Pnömonokok, Meningokok (Men ACWY), Haemophilus influenzae Tip B (Hib), Sarı humma, İnaktif polio (IPV), Tifo inaktif polisakkarit (Typhim Vi), Kuduz aşısı ve immünglobulin
Gebelikte kaçınılması gereken aşılar	HPV
Gebelikte kontrendike olan aşılar	MMR (Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık), Suçiçeği

Tdap (tetanos, difteri ve aselüler pertussis/ boğmaca): 2 Nisan 2025 tarihi itibarıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından gebelere Tdap aşısı uygulaması başlanmıştır (70). Gebelik döneminde uygulanan Tdap aşısı, özellikle yenidoğan bebeklerde yaşamın ilk aylarında ortaya çıkabilecek ciddi boğmaca enfeksiyonlarına karşı koruyucu etki sağlar. Boğmaca enfeksiyonu, yenidoğan ve erken infant döneminde ağır klinik tablolara yol açabilmekte ve mortalite riskini artırmaktadır. Bebeklere yönelik boğmaca aşılması genellikle 2. ayda başlamakta olup, etkin bağışıklığın gelişimi için ikinci dozun uygulandığı 4. ay sonrasına kadar zaman gerekmektedir. Bu nedenle, gebelikte yapılan Tdap aşısı, annenin bağışıklık sistemini uyararak antikor üretimini sağlar; oluşan bu antikorlar plasenta yoluyla fetüse geçerek doğum sonrası ilk aylarda pasif bağışıklık yoluyla bebeği korur. Ayrıca Tdap aşısı, tetanoz ve difteriye karşı da hem anne adayında hem de yenidoğanda bağışıklık gelişimine katkı sunmaktadır. Neonatal tetanozun önlenmesi amacıyla uygulanan Td dozlarından biri, annenin aşı öyküsü doğrultusunda Tdap aşısı olarak tercih edilmelidir (69,71).

Türkiye’de Tdap aşısı, Bağışıklama Danışma Kurulu’nun önerileri doğrultusunda gebeliğin 18 ila 24. haftaları arasında uygulanması önerilmektedir. Özetle, gebelik döneminde rutin olarak uygulanan Td aşısının bir dozu yerine Tdap

aşısı uygulanması önerilmekte ve bu uygulama her gebelikte, 18-24. gebelik haftaları arasında tek doz olacak şekilde tekrarlanması önerilmektedir (70,72). Gebelikte Tdab ve Td aşı şeması Şekil 3'te gösterilmiştir (72).



Şekil 3. Gebelikte Tdab ve Td aşı şeması.

3. MATERİYAL VE METOD

3.1. Çalışmanın Tipi, Yeri, Evreni

Çalışmamız, Diyarbakır ilinde görev yapan birinci basamak sağlık çalışanlarının gebelik izlemleri konusundaki bilgi düzeylerini belirlemeyi amaçlayan kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Bu tez çalışması, 17.05.2023 tarihli ve 150 numaralı kararla Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Anket çalışmamız online platformlar üzerinden yürütülmüştür.

Çalışmamızın evrenini, Diyarbakır ilinde görev yapan aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları oluşturmuştur. İlimizde ASM’lerde çalışan 575 hekim ve 537 ASÇ olduğu belirlenmiş olup, bu doğrultuda %95 güven aralığında, 1.112 kişilik evren için gerekli örneklem büyüklüğü 286 kişi olarak hesaplanmıştır (<https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html>). Çalışmanın süresi, etik kurul onayının alınmasının ardından 12 ay olarak belirlenmiştir. Verilerin 01.07.2023 ile 01.07.2024 tarihleri arasında toplanması planlanmıştır. Çalışmamıza 468 katılımcı dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri, birinci basamak sağlık çalışanı olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. Hariç bırakılma kriterleri ise birinci basamak sağlık çalışanı olmamak ve çalışmaya katılmayı kabul etmemek şeklinde tanımlanmıştır.

3.2. Çalışmanın Anketi, Kullanılan Ölçekler ve Uygulama Şekli

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara, yaş, cinsiyet, medeni durum ve meslek süresi gibi sosyodemografik özellikler ile gebelik izlemlerine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendiren bir çevrimiçi veri formu uygulanmıştır (Ek 1). Katılımcılar, çalışmaya çevrimiçi olarak katılmış ve Google Forms üzerinden hazırlanan anket aracılığıyla online onam alınmıştır (Ek 2). Anket, WhatsApp, Facebook, Twitter, Instagram ve Telegram gibi sosyal medya platformları üzerinden katılımcılara ulaştırılmıştır. Gebelik izlemi ile ilgili bilgi soruları, gebelerin izlemleri, folik asit, demir ve D vitamini desteği, prenatal taramalar, hipertansiyon tanımı ve laboratuvar tahlillerine yönelik olarak hazırlanmıştır. Anket soruları, Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Rehberi’ne dikkate alınarak hazırlanmıştır (3). Katılımcılara yöneltilen

20 bilgi sorusu ve laboratuvar tahlillerine ilişkin 20 soru ayrı ayrı puanlanmıştır. Doğru yanıtlar 1 puan, yanlış veya "Bilmiyorum" yanıtları ise 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Bu puanlama sonucunda anketten en az 0, en fazla 40 puan alınabilmektedir.

3.3. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 27.0 yazılımı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Sayısal değişkenler; ortalama $\pm$ standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerlerle özetlenmiş; kategorik değişkenler ise frekans (n) ve yüzde (%) biçiminde sunulmuştur. Verilerin dağılım özellikleri Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş ve normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir. Bu doğrultuda, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, sayısal değişkenlerin ikili gruplar için analizinde Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup içeren karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri Spearman rho testi ile analiz edilmiştir. Tüm hipotez testleri çift yönlü yapılmış olup, istatistiksel anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Tablolar

Katılımcıların %58,8'i erkek, %83,3'ü evlidir. ASM'de çalışanların %75'i hekim, %25'i ASÇ'tir. Hekimlerin %53,6'sı pratisyen aile hekimi, ASÇ'lerin %11,5'i ebe, %11,3'ü hemşiredir. ASÇ'lerin %16,5'i lisans mezunudur. Gebelik takiplerinin %69,7 oranında ASÇ tarafından yürütüldüğü belirlenmiştir. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 38,86±6,94 (24-68), meslekteki görev süresi 14,15±6,38 (1-40), ASM'deki görev süresi ise 8,66±4,42 (1-45) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların tanımlayıcı verileri

Kategori		n	%
Cinsiyet (n:468)	Kadın	193	41,2
	Erkek	275	58,8
Medeni hal (n:468)	Evli	390	83,3
	Bekar	78	16,7
ASM'deki görev (n:468)	Hekim	351	75,0
	ASÇ	117	25,0
Hekimin ünvanı (n:351)	Aile hekimi	251	71,5
	Aile hekimliği uzmanı	34	9,6
	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık (SAHU) asistanı	66	18,9
ASÇ'nin ünvanı (n:117)	Hemşire	53	45,3
	Ebe	54	46,2
	Sağlık memuru-teknisyen	10	8,5
ASÇ'nin eğitim durumu (n:117)	Önlisans	40	34,1
	Lisans	77	65,9
Gebelik takiplerini ASM'de daha çok kim yapıyor? (n:468)	Aile hekimi	3	0,6
	ASÇ	326	69,7
	Hekim ve ASÇ	139	29,7

Katılımcıların gebelik izlemi ve tarama testleri konusundaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; %82,9'u "Son adet tarihi" sorusuna doğru yanıt vermiştir.

“Gebelik ilk izlem zamanı” sorusuna doğru yanıt verenlerin oranı %29,3’tür. “Gebelik izlem sayısı” ile ilgili doğru yanıt oranı %85,3’tür. “Gestasyonel diyabet tarama zamanı” sorusuna %67,3, “ikili test tarama zamanı” sorusuna %71,2, “üçlü ve dördü test tarama zamanı” sorusuna ise %63,0 oranında doğru yanıt verilmiştir. “Rh uygunsuzluğu mevcudiyeti” sorusuna doğru yanıt verenlerin oranı %96,6, “profilaktik Rhogam uygulanma zamanı” sorusuna doğru yanıt oranı %72,2’dir. “Kronik hipertansiyon tanısı” sorusunda doğru yanıt oranı %67,3, “gestasyonel hipertansiyon tanısı” sorusunda %71,2, “preeklamps tanısı” sorusunda ise %63,0’dur (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların gebelik izlem ve tarama testlerine dair sorulara yanıt durumları.

n: 468	Doğru yanıt		Yanlış yanıt	
	n	%	n	%
Son adet tarihi	388	82,9	80	17,1
Gebelik ilk izlem zamanı	137	29,3	331	70,7
Gebelik izlem sayısı	399	85,3	69	14,7
Gestasyonel diyabet tarama zamanı	315	67,3	153	32,7
İkili test tarama zamanı	333	71,2	135	28,8
Üçlü ve dördü test tarama zamanı	295	63,0	173	37,0
Rh uygunsuzluğu mevcudiyeti	452	96,6	16	3,4
Profilaktik Rhogam uygulanma zamanı	338	72,2	130	27,8
Kronik hipertansiyon tanısı	315	67,3	153	32,7
Gestasyonel hipertansiyon tanısı	333	71,2	135	28,8
Preeklamps tanısı	295	63,0	173	37,0

Katılımcıların gebelikte önerilen profilaktik vitamin desteklerine ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; %71,2’si folik asit desteğinin gebelik öncesi başlama zamanını, %70,1’i ise kullanım süresini doğru yanıtlamıştır. Ancak profilaktik folik asit dozu ile ilgili doğru yanıt oranı %43,2’de kalmıştır. Katılımcıların yalnızca %31,6’sı başlanması gereken haftayı, %48,7’si kullanım süresini ve %38,9’u profilaktik dozu doğru olarak yanıtlamıştır. D vitamini desteğine yönelik sorularda ise; başlama zamanı %51,7 oranında doğru bilinmiş, kullanım süresi %37,6 ve doz bilgisi %40,4 doğruluk oranına sahiptir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların gebelikte önerilen profilaktik vitamin desteklerine ilişkin sorulara yanıt durumları.

	Doğru yanıt		Yanlış yanıt	
	n	%	n	%
Folik asit başlama zamanı	333	71,2	135	28,8
Folik asit kullanım süresi	328	70,1	140	29,9
Folik asit dozu	202	43,2	266	56,8
Demir başlama zamanı	148	31,6	320	68,4
Demir kullanma süresi	228	48,7	240	51,3
Demir destek dozu	182	38,9	286	61,1
D vitamini başlama zamanı	242	51,7	226	48,3
D vitamini kullanma süresi	176	37,6	292	62,4
D vitamini dozu	189	40,4	279	59,6

Katılımcıların hemogram (%99,8), kan grubu (%95,5), TSH (%90,4), glukoz (%90,2), HBsAg (%90,0) ve Anti-HBs (%88,9) tetkiklerini doğru bildikleri görülmüştür. İdrar kültürü (%46,8), VDRL (%59,0), TORCH paneli (%62,0) ve Hb elektroforez (%26,5) tetkiklerinde bilgi düzeyi daha düşüktür. Katılımcıların ilk trimesterde çalışması önerilen tetkiklere verilen yanıt durumları Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların ilk trimesterde çalışması önerilen tetkiklere verilen yanıt durumları.

	Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Hemogram*	467	99,8	0	0,0	1	0,2
Kan grubu*	447	95,5	19	4,1	2	0,4
Hb elektroforez	124	26,5	247	52,8	97	20,7
Glukoz*	422	90,2	39	8,3	7	1,5
Üre/ kreatinin	387	82,7	65	13,9	16	3,4
ALT ve AST	375	80,1	67	14,3	26	5,6
Demir	401	85,7	62	13,2	5	1,1
Folat	350	74,8	101	21,6	17	3,6
B12 vitamini	330	70,5	123	26,3	15	3,2

Tablo 10 devamı. Katılımcıların ilk trimesterde çalışılması önerilen tetkiklere verilen yanıt durumları.

	Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
D vitamini	331	70,7	121	25,9	16	3,4
TSH*	423	90,4	36	7,7	9	1,9
fT3 ve fT4	359	76,7	91	19,4	18	3,8
HbsAg*	421	90,0	32	6,8	15	3,2
Anti-Hbs*	416	88,9	37	7,9	15	3,2
Anti-HCV	390	83,3	54	11,5	24	5,1
Anti-HIV*	385	82,3	60	12,8	23	4,9
VDRL*	276	59,0	125	26,7	67	14,3
Torch paneli	290	62,0	116	24,8	62	13,2
TİT*	408	87,2	47	10,0	13	2,8
İdrar kültürü*	219	46,8	212	45,3	37	7,9

*İşaretli seçenekler "Evet" yanıtıyla doğru kabul edilirken, işaretlenmemiş seçenekler "Hayır" yanıtıyla doğru olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcılara yöneltilen 40 bilgi sorusu ve laboratuvar tahlilleriyle ilgili 20 soru için ayrı ayrı puanlama yapılmıştır. Doğru yanıtlar 1 puan, yanlış ve "Bilmiyorum" yanıtları ise 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların toplam bilgi puanı ortalaması 22,33±5,72 (8-39), laboratuvar tahlilleriyle ilgili sorudan aldıkları puan ortalaması ise 10,53±2,82 (2-20) bulunmuştur.

4.2. Karşılaştırmalı Tablolar

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve ASM'deki görevleri gibi demografik verileri, bilgi sorularına verdikleri yanıtlar, laboratuvar tahlilleriyle ilgili sorulardan aldıkları puanlar ve toplam bilgi puanları ile karşılaştırılmıştır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması Tablo 11'de gösterilmiştir. SAT ile ilgili soruda, kadınların %97,9'u doğru yanıt verirken, erkeklerin yalnızca %72,4'ü doğru yanıt vermiştir ($p<0.001$). Gebelik izlem sayısı ile ilgili soru, Kadınların %92,7'si doğru yanıt verirken, erkeklerde bu oran %80,0'dir ($p<0.001$). Folik asit desteğiyle ilgili sorularda; gebelik öncesi başlama zamanı ve kullanım süresi hakkında kadınlar erkeklere göre anlamlı

olarak daha yüksek doğru yanıt oranlarına sahiptir (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,046$). Buna karşın olarak folik asit profilaktik dozu ile ilgili soruda erkeklerin doğru yanıt oranı, kadınların doğru yanıt oranına göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$). Gebelerde demir desteğinin başlama zamanı ile ilgili soruda kadınların doğru yanıt oranı (%37,8), erkeklerin doğru yanıt oranına (%27,3) göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,016$). Buna karşın profilaktik demir dozu sorusunda, erkeklerin doğru yanıt oranı (%43,3), kadınların doğru yanıt oranına (%32,6) göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,020$). Gebelikte D vitamini profilaktik dozu ile ilgili soruda erkeklerin doğru yanıt oranı (%45,8), kadınların doğru yanıt oranına (%32,6) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,004$). Gebelerde profilaktik Rhogam uygulama zamanı ile ilgili soruda kadınların doğru yanıt oranı (%79,8), erkeklerin doğru yanıt oranına (%66,9) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Gebelik ve hipertansiyon ile ilgili sorularda; kronik hipertansiyon, gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi önermeleri hakkında erkeklerin doğru yanıt oranı anlamlı olarak kadınların doğru yanıt oranlarından daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,004$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Tablo 11. Katılımcıların cinsiyetlerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması.

Kadın: 193/ Erkek: 275		Cinsiyet				p*
		Kadın		Erkek		
		n	%	n	%	
Son adet tarihi hesaplama	Yanlış yanıt	4	2,1	76	27,6	<0,001
	Doğru yanıt	189	97,9	199	72,4	
Aile hekimliğinde gebelik ilk izlem zamanı	Yanlış yanıt	143	74,1	188	68,4	0,180
	Doğru yanıt	50	25,9	87	31,6	
Aile hekimliğinde yapılması gereken gebelik izlem sayısı	Yanlış yanıt	14	7,3	55	20,0	<0,001
	Doğru yanıt	179	92,7	220	80,0	
Folik asit desteğinin gebelik öncesi başlama zamanı	Yanlış yanıt	40	20,7	95	34,5	0,001
	Doğru yanıt	153	79,3	180	65,5	
Folik asit desteğinin gebelik boyunca kullanma süresi	Yanlış yanıt	48	24,9	92	33,5	0,046
	Doğru yanıt	145	75,1	183	66,5	
Gebelikte profilaktik folik asit dozu	Yanlış yanıt	127	65,8	139	50,5	0,001
	Doğru yanıt	66	34,2	136	49,5	
Demir desteğinin gebelikte başlama zamanı	Yanlış yanıt	120	62,2	200	72,7	0,016
	Doğru yanıt	73	37,8	75	27,3	

Tablo 11 devam. Katılımcıların cinsiyetlerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması.

Kadın: 193/ Erkek: 275		Cinsiyet				p*
		Kadın		Erkek		
		n	%	n	%	
Demir desteğinin doğum sonrası kullanma süresi	Yanlış yanıt	97	50,3	143	52,0	0,711
	Doğru yanıt	96	49,7	132	48,0	
Gebelikte profilaktik demir desteği dozu	Yanlış yanıt	130	67,4	156	56,7	0,020
	Doğru yanıt	63	32,6	119	43,3	
D vitamini desteğinin gebelikte başlama zamanı	Yanlış yanıt	95	49,2	131	47,6	0,735
	Doğru yanıt	98	50,8	144	52,4	
D vitamini desteğinin doğum sonrası kullanma süresi	Yanlış yanıt	123	63,7	169	61,5	0,617
	Doğru yanıt	70	36,3	106	38,5	
Gebelikte profilaktik D vitamini desteği dozu	Yanlış yanıt	130	67,4	149	54,2	0,004
	Doğru yanıt	63	32,6	126	45,8	
Gestasyonel diyabet tarama zamanı	Yanlış yanıt	62	32,1	91	33,1	0,826
	Doğru yanıt	131	67,9	184	66,9	
İkili tarama zamanı	Yanlış yanıt	50	25,9	85	30,9	0,240
	Doğru yanıt	143	74,1	190	69,1	
Üçlü ve dördümlü tarama zamanı	Yanlış yanıt	64	33,2	109	39,6	0,153
	Doğru yanıt	129	66,8	166	60,4	
Rh uyumsuzluğu durumu	Yanlış yanıt	3	1,6	13	4,7	0,063
	Doğru yanıt	190	98,4	262	95,3	
Profilaktik Rhogam uygulanma zamanı	Yanlış yanıt	39	20,2	91	33,1	0,002
	Doğru yanıt	154	79,8	184	66,9	
Kronik hipertansiyon	Yanlış yanıt	117	60,6	130	47,3	0,004
	Doğru yanıt	76	39,4	145	52,7	
Gestasyonel hipertansiyon	Yanlış yanıt	100	51,8	93	33,8	<0,001
	Doğru yanıt	93	48,2	182	66,2	
Preeklampsi	Yanlış yanıt	70	36,3	55	20,0	<0,001
	Doğru yanıt	123	63,7	220	80,0	

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların medeni hallerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir. Gebelikte gestasyonel tarama zamanı ve ikili tarama zamanı ile ilgili sorularında evli katılımcıların doğru yanıt oranı (%70,0, %74,4), bekarların doğru yanıt oranına (%53,8, %55,1) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,005, p<0,001). Preeklampsi ile ilgili

önermesinde evli katılımcıların doğru yanıt oranı (%75,1), bekarların doğru yanıt oranına (%53,8, %64,1) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,045).

Tablo 12. Katılımcıların medeni hallerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması.

Evli: 390/ Bekar: 78		Medeni hal				p*
		Evli		Bekar		
		n	%	n	%	
Son adet tarihi hesaplama	Yanlış yanıt	71	18,2	9	11,5	0,153
	Doğru yanıt	319	81,8	69	88,5	
Aile hekimliğinde gebelik ilk izlem zamanı	Yanlış yanıt	277	71,0	54	69,2	0,750
	Doğru yanıt	113	29,0	24	30,8	
Aile hekimliğinde yapılması gereken gebelik izlem sayısı	Yanlış yanıt	59	15,1	10	12,8	0,600
	Doğru yanıt	331	84,9	68	87,2	
Folik asit desteğinin gebelik öncesi başlama zamanı	Yanlış yanıt	113	29,0	22	28,2	0,891
	Doğru yanıt	277	71,0	56	71,8	
Folik asit desteğinin gebelik boyunca kullanma süresi	Yanlış yanıt	114	29,2	26	33,3	0,470
	Doğru yanıt	276	70,8	52	66,7	
Gebelikte profilaktik folik asit dozu	Yanlış yanıt	218	55,9	48	61,5	0,359
	Doğru yanıt	172	44,1	30	38,5	
Demir desteğinin gebelikte başlama zamanı	Yanlış yanıt	265	67,9	55	70,5	0,657
	Doğru yanıt	125	32,1	23	29,5	
Demir desteğinin doğum sonrası kullanma süresi	Yanlış yanıt	197	50,5	43	55,1	0,457
	Doğru yanıt	193	49,5	35	44,9	
Gebelikte profilaktik demir desteği dozu	Yanlış yanıt	241	61,8	45	57,7	0,497
	Doğru yanıt	149	38,2	33	42,3	
D vitamini desteğinin gebelikte başlama zamanı	Yanlış yanıt	186	47,7	40	51,3	0,562
	Doğru yanıt	204	52,3	38	48,7	
D vitamini desteğinin doğum sonrası kullanma süresi	Yanlış yanıt	236	60,5	56	71,8	0,060
	Doğru yanıt	154	39,5	22	28,2	
Gebelikte profilaktik D vitamini desteği dozu	Yanlış yanıt	230	59,0	49	62,8	0,527
	Doğru yanıt	160	41,0	29	37,2	
Gestasyonel diyabet tarama zamanı	Yanlış yanıt	117	30,0	36	46,2	0,005
	Doğru yanıt	273	70,0	42	53,8	
İkili tarama zamanı	Yanlış yanıt	100	25,6	35	44,9	<0,001
	Doğru yanıt	290	74,4	43	55,1	
Üçlü ve dördü tarama zamanı	Yanlış yanıt	137	35,1	36	46,2	0,066
	Doğru yanıt	253	64,9	42	53,8	

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 12 devamı. Katılımcıların medeni hallerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması.

Evli: 390/ Bekar: 78		Medeni hal				p*
		Evli		Bekar		
		n	%	n	%	
Rh uyuşmazlığı durumu	Yanlış yanıt	13	3,3	3	3,8	0,820
	Doğru yanıt	377	96,7	75	96,2	
Profilaktik Rhogam uygulanma zamanı	Yanlış yanıt	108	27,7	22	28,2	0,926
	Doğru yanıt	282	72,3	56	71,8	
Kronik hipertansiyon	Yanlış yanıt	202	51,8	45	57,7	0,341
	Doğru yanıt	188	48,2	33	42,3	
Gestasyonel hipertansiyon	Yanlış yanıt	156	40,0	37	47,4	0,223
	Doğru yanıt	234	60,0	41	52,6	
Preeklampsi	Yanlış yanıt	97	24,9	28	35,9	0,045
	Doğru yanıt	293	75,1	50	64,1	

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların ASM'deki görevlerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmiştir. SAT ve gebelik izlem sayısı ile ilgili sorularda ASÇ'lerin doğru yanıt oranı (%94, %95,7), hekimlerin doğru yanıt oranına (%79,2, %81,8) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$). Buna karşın gebelik ilk izlem zamanı ile ilgili soruda hekimlerin doğru yanıt oranı (%32,2), ASÇ'lerin doğru yanıt oranına (%20,5) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,016$). Folik asit desteğinin gebelik öncesi başlama zamanı, demir desteğinin gebelikte başlama zamanı ve profilaktik Rhogam uygulanma zamanı ile ilgili sorularda ASÇ'lerin doğru yanıt oranı, hekimlerin doğru yanıt oranına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,022$, $p=0,001$, $p=0,006$). Gebelikte folik asit, demir ve D desteği dozları ile ilgili sorularda hekimlerin doğru yanıt oranı, ASÇ'lerin doğru yanıt oranına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Gestasyonel tarama, gebelikte D vitamini desteğinin gebelikte başlama zamanı ve doğum sonrası kullanma süresi ile ilgili sorularda hekimlerin doğru yanıt oranı, ASÇ'lerin doğru yanıt oranına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,014$, $p=0,014$, $p<0,001$). Kronik hipertansiyon, gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi ile ilgili önermelerde

hekimlerin doğru yanıt oranı, ASÇ'lerin doğru yanıt oranına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Tablo 13. Katılımcıların ASM'deki görevlerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması.

Hekim: 351/ ASÇ: 117		ASM'deki görev				p*
		Hekim		ASÇ		
		n	%	n	%	
Son adet tarihi hesaplama	Yanlış yanıt	73	20,8	7	6,0	<0,001
	Doğru yanıt	278	79,2	110	94,0	
Aile hekimliğinde gebelik ilk izlem zamanı	Yanlış yanıt	238	67,8	93	79,5	0,016
	Doğru yanıt	113	32,2	24	20,5	
Aile hekimliğinde yapılması gereken gebelik izlem sayısı	Yanlış yanıt	64	18,2	5	4,3	<0,001
	Doğru yanıt	287	81,8	112	95,7	
Folik asit desteğinin gebelik öncesi başlama zamanı	Yanlış yanıt	111	31,6	24	20,5	0,022
	Doğru yanıt	240	68,4	93	79,5	
Folik asit desteğinin gebelik boyunca kullanma süresi	Yanlış yanıt	108	30,8	32	27,4	0,484
	Doğru yanıt	243	69,2	85	72,6	
Gebelikte profilaktik folik asit dozu	Yanlış yanıt	175	49,9	91	77,8	<0,001
	Doğru yanıt	176	50,1	26	22,2	
Demir desteğinin gebelikte başlama zamanı	Yanlış yanıt	254	72,4	66	56,4	0,001
	Doğru yanıt	97	27,6	51	43,6	
Demir desteğinin doğum sonrası kullanma süresi	Yanlış yanıt	174	49,6	66	56,4	0,200
	Doğru yanıt	177	50,4	51	43,6	
Gebelikte profilaktik demir desteği dozu	Yanlış yanıt	198	56,4	88	75,2	<0,001
	Doğru yanıt	153	43,6	29	24,8	
D vitamini desteğinin gebelikte başlama zamanı	Yanlış yanıt	158	45,0	68	58,1	0,014
	Doğru yanıt	193	55,0	49	41,9	
D vitamini desteğinin doğum sonrası kullanma süresi	Yanlış yanıt	199	56,7	93	79,5	<0,001
	Doğru yanıt	152	43,3	24	20,5	
Gebelikte profilaktik D vitamini desteği dozu	Yanlış yanıt	184	52,4	95	81,2	<0,001
	Doğru yanıt	167	47,6	22	18,8	
Gestasyonel diyabet tarama zamanı	Yanlış yanıt	104	29,6	49	41,9	0,014
	Doğru yanıt	247	70,4	68	58,1	
İkili tarama zamanı	Yanlış yanıt	106	30,2	29	24,8	0,263
	Doğru yanıt	245	69,8	88	75,2	
Üçlü ve dördü tarama zamanı	Yanlış yanıt	124	35,3	49	41,9	0,204
	Doğru yanıt	227	64,7	68	58,1	

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 13 devamı. Katılımcıların ASM'deki görevlerine göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması.

Hekim: 351/ ASÇ: 117		ASM'deki görevi				p*
		Hekim		ASÇ		
		n	%	n	%	
Rh uyuşmazlığı durumu	Yanlış yanıt	11	3,1	5	4,3	0,557
	Doğru yanıt	340	96,9	112	95,7	
Profilaktik Rhogam uygulanma zamanı	Yanlış yanıt	109	31,1	21	17,9	0,006
	Doğru yanıt	242	68,9	96	82,1	
Kronik hipertansiyon	Yanlış yanıt	161	45,9	86	73,5	<0,001
	Doğru yanıt	190	54,1	31	26,5	
Gestasyonel hipertansiyon	Yanlış yanıt	119	33,9	74	63,2	<0,001
	Doğru yanıt	232	66,1	43	36,8	
Preeklampsi	Yanlış yanıt	75	21,4	50	42,7	<0,001
	Doğru yanıt	276	78,6	67	57,3	

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, ASM'deki görevleri ve hekimlerin ünvanı ile laboratuvar tahlilleriyle ilgili sorulardan aldıkları puanlar ve toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması Tablo 14'de gösterilmiştir. Erkeklerin laboratuvar tahlilleri ile ilgili sorulardan aldıkları puanlar, kadınların aldıkları puanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Hekimlerin hem laboratuvar tahlilleriyle ilgili sorulardan aldıkları puanlar hem de toplam bilgi puanları, ASÇ'lerin aldığı puanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$). Laboratuvar ve toplam bilgi puanları açısından istatistiksel anlamlı olarak en düşük puanlar aile hekimlerinde, en yüksek puanlar ise SAHU asistanlarında görülmüştür (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$).

Tablo 14. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, ASM'deki görevleri ve hekimlerin ünvanı ile laboratuvar tahlil ve toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması.

		Laboratuvar puan		Toplam bilgi puanı	
		Ort.±Std.	p	Ort.±Std.	p
Cinsiyet*	Kadın	9,97±2,7	<0,001	21,81±5,21	0,151
	Erkek	10,93±2,85		22,71±6,05	
Medeni hal*	Evli	10,64±2,9	0,250	22,59±5,74	0,053
	Bekar	10,04±2,36		21,08±5,52	
ASM'deki görevi*	Hekim	11,1±2,84	<0,001	23,28±5,85	<0,001
	ASÇ	8,84±1,97		19,51±4,25	
Hekim ünvanı**	Aile hekimi	10,40±2,22	<0,001	21,56±4,84	<0,001
	Aile hekimliği uzmanı	12,88±2,80		27,05±5,72	
	SAHU asistanı	12,90±3,67		27,87±6,08	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. **Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

4.3. Korelasyon Analizi

Yaş, mesleki süre ve ASM'deki görev süresi ile laboratuvar puanı ve toplam bilgi puanı arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların yaş, görev süreleri ve aldıkları puanların korelasyon analizi.

r***	A	B	C	D	E
Yaş (A)	1				
Meslekteki süre (B)	0,909**	1			
ASM'deki görev süresi (C)	0,728**	0,737**	1		
Laboratuvar puanı (D)	0,204	-0,051	-0,021	1	
Toplam bilgi puanı (E)	-0,001	-0,039	-0,004	0,606**	1

* $p<0,05$ düzeyinde anlamlı ** $p<0,001$ düzeyinde anlamlı ***r, korelasyon katsayısı



5. TARTIŞMA

Gebelik izlemleri, anne ve bebek sağığını koruma açısından birinci basamak sağıık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biridir (3). DSÖ, gebelik süresince en az dört izlem yapılmasını önermekte ve bu izlemlerin düzenli, rehber temelli ve yeterli içerikte olmasının maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmada belirleyici olduğunu bildirmektedir (5). Ülkemizde ise gebelik izlemlerinin aile sağıığı merkezlerinde yürütölmesiyle birlikte, bu hizmetlerin niteliğı büyük ölçüde sağıık çalışanlarının bilgi düzeyine bağılıdır (3). Çalışmamızda, Diyarbakır ilinde birinci basamakta görev yapan sağıık çalışanlarının gebelik izlemlerine ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular, bazı temel konularda (ilk izlem zamanı, vitamin desteklerinin dozu, belirli laboratuvar tetkikleri gibi) bilgi eksikliklerinin halen yaygın olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza toplam 468 sağıık çalışanı dâhil edilmiş olup, katılımcıların %75'ini hekimler, %25'ini ise ASC'ler oluşturmaktadır. ASC'ler ve aile hekimleri, aile planlaması hizmetleri ile kronik hastalık yönetiminin büyük bir bölümünü üstlenmekte; aynı zamanda bakımın sürekliliğini sağılamak ve hastalarıyla güçlü bir iletişim kurmak için aktif çaba harcamaktadır (73). Yapılan bir araştırmada, kadınların DÖB hizmetlerini ağırlıklı olarak birinci basamak sağıık hizmeti sunucularından almayı tercih ettiğini ortaya koymuştur (74). ASC ve hekimlerin bilgi eksikliği, DÖB'ün etkin bir şekilde sunulmasının önündeki başlıca engellerden biridir (75).

Çalışmamızda gebelik izlemiyle ilgili temel bilgiler değerlendirildiğinde; “son adet tarihi” sorusunda doğru yanıt oranı %82,9, “gebelik izlem sayısı” sorusunda %85,3, “ilk izlem zamanı” sorusunda ise %29,3 olarak bulunmuştur. Rh uygunsuzluğu bilgisi %96,6, profilaktik Rhogam uygulama zamanı bilgisi ise %72,2 oranında doğru yanıtlanmıştır. Ay tarafından 2015 yılında İzmir il merkezindeki Aile Sağıığı Merkezlerinde görev yapan hekimlerle gerçekleştirilen çalışmada, gebelikte izlem sayısını doğru bilenlerin oranı %80, ilk izlemin zamanını doğru yanıtlayanların oranı %33 ve SAT'a göre tahmini doğum tarihini doğru hesaplayanların oranı ise %94,2 olarak bildirilmiştir (76). Er tarafından 2023 yılında İstanbul ilinde birinci basamak hekimleri ile gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların %95'inin Rh uygunsuzluğu hakkında bilgi sahibi olduğu, %75'inin ise Rhogam uygulama zamanını

doğru bildiği rapor edilmiştir (9). Elde edilen bulgular, birinci basamak sağlık çalışanlarının gebeliğin başlangıcındaki izlem zamanına ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu, ancak izlem sayısı, son adet tarihi ve Rh uygunsuzluğu gibi konularda daha yetkin olduklarını göstermektedir. Verilerimiz, benzer çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Bu durum, özellikle gebeliğin erken döneminde yapılması gereken müdahalelerin aksama riskini artırabilir. İzlem kalitesinin artırılması için bilgi eksikliği olan alanlara odaklanmak önem arz etmektedir.

Çalışmamızda gebelikte uygulanan tarama testlerinin zamanlamasına ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde; gestasyonel diyabet tarama zamanı %67,3, ikili test zamanı %71,2, üçlü ve dördü test zamanı %63,0 oranında doğru olarak bilinmiştir. Kekeç'in Trabzon ilinde aile hekimleri ve ASÇ'ler ile gerçekleştirdiği çalışmada, GDM taramasının doğru haftasını bilenlerin oranı %59,1 olarak belirlenmiştir. Yüksek riskli gebelere ilk vizitte tarama yapılması gerektiğini bilenlerin oranı ise yalnızca %26,8'dir. İkili testin uygulanma zamanını doğru bilenlerin oranı %83 iken, üçlü testin zamanlamasını doğru yanıtlayanların oranı %77,4 olarak rapor edilmiştir (77). Ay'ın çalışmasında ikili test zamanı %90,2 ve üçlü test zamanı %79,6 oranında doğru yanıtlanmış; GDM tarama haftası bilgisi ise %79,1 olarak saptanmıştır (76). Ayrıca, Utz ve çalışma arkadaşlarının yurt dışında yürüttükleri araştırmada, katılımcıların yalnızca %17,4'ü GDM taramasının doğru uygulanma haftasını doğru yanıtlamıştır (78). Doğum Öncesi Bakım Rehberi'ne göre; ikili testin 11-14. gebelik haftaları arasında, üçlü veya dördü testin 16-20. haftalar arasında uygulanması önerilmektedir. Gestasyonel diyabet taraması ise, ortalama risk taşıyan gebelerde 24-28. haftalar arasında yapılmalı; yüksek riskli gebelerde ise bu tarama ilk prenatal vizitte gerçekleştirilmesi önerilmektedir (3). Çalışmamızda elde edilen tarama verileri, literatürdeki bulgularla hem örtüşen hem de farklılık gösteren yönler içermektedir. Bu durum, örneklem grubundaki demografik farklılıklardan ya da ilgili alandaki eğitim eksikliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Ancak yalnızca temel düzeyde bilgiyle yetinilmemeli; detaylı, güncel ve rehber temelli bilginin kalıcı hale gelmesi adına hizmet içi eğitimlerin artırılması, kadın doğum rotasyonlarının içerik açısından güçlendirilmesi ve rehber okuma alışkanlığının teşvik edilmesi önem arz etmektedir.

Gebelikte hipertansif bozukluklara ilişkin bilgi düzeyi değerlendirildiğinde, çalışmamızda katılımcıların kronik hipertansiyon tanısını doğru bilme oranı %67,3,

gestasyonel hipertansiyon tanısı %71,2, preeklampsi tanısı ise %63,0 olarak saptanmıştır. Er'in çalışmasında katılımcıların %94'ü gebelikte hipertansiyona yönelik doğru yaklaşımı bildikleri ve %83'ü preeklampsi belirtilerini doğru bildikleri belirlenmiştir (9). Koçak Gülşen'in 2024 yılında Ankara'da aile hekimliği asistanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların %99,1'i HT veya preeklampsi öyküsünü yüksek riskli gebelik olarak doğru şekilde tanımlamıştır. Ancak aynı araştırmada, gebelikte antihipertansif ilaçların kesilmesine ilişkin doğru yanıt verenlerin oranı yalnızca %54,2 olarak saptanmıştır (79). T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Rehberi'ne göre; kronik hipertansiyon gebelik öncesi ya da ilk 20 hafta içinde tanı almış ve doğumdan sonra da devam eden hipertansiyon iken, gestasyonel hipertansiyon ilk kez 20. haftadan sonra ortaya çıkar ve preeklampsi ise bu tabloya proteinüri veya organ disfonksiyonunun eşlik etmesi ile tanımlanır. Bu tanımlar, izlem ve tedavi sürecinde farklı klinik yaklaşımlar gerektirdiğinden, birinci basamak hekimlerinin bu ayrımları net olarak bilmesi gereklidir (3). Çalışmamızda gebelikte hipertansif bozukluklara ilişkin bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatürdeki benzer çalışmalarla bazı farklılıklar olması saha deneyimi ve eğitim farklılıklarından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda gebelikte önerilen vitamin destekleri konusunda katılımcıların %71,2'si folik asit desteğinin gebelik öncesi başlama zamanını, %70,1'i kullanım süresini doğru yanıtlamıştır. Ancak profilaktik folik asit dozu %43,2 oranında doğru yanıtlanmıştır. Demir desteğiyle ilgili doğru bilgi oranı başlama zamanı için %31,6, kullanım süresi için %48,7, doz bilgisi için %38,9; D vitamini desteği için ise sırasıyla %51,7, %37,6 ve %40,4 olarak bulunmuştur. Ay'ın yürüttüğü çalışmada, hekimlerin %92,9'u folik asit desteğine başlanması gereken zamanı doğru yanıtlamış; %72,9'u kullanım süresini, %79,6'sı ise günlük 400 mcg doz bilgisini doğru olarak belirtmiştir. Aynı çalışmada, aile hekimlerine gebelikte demir desteğine ne zaman başlanması gerektiği sorulduğunda katılımcıların %75,1'i doğru yanıt vermiştir. Demir desteğine ilişkin günlük doz bilgisine ise katılımcıların %56,4'ü doğru şekilde cevaplamıştır (76). Erüngen Şahin'in 2022 yılında Samsun'da aile hekimliği asistanları üzerinde yaptığı çalışmasında, hekimlerin %96,3'ü folik asit desteğine gebelikten bir ay önce başlanması gerektiğini doğru belirtmiştir. Günlük folik asit dozunu doğru bilenlerin oranı %89,6 olarak belirlenmiştir. D vitamini

desteğine başlanacak haftayı doğru bilenlerin oranı %47,4, günlük doz bilgisini doğru yanıtlayanların oranı ise %52 olarak saptanmıştır. Demir desteği için uygun başlangıç haftasını doğru belirtenlerin oranı %67,6; klinik anemisi olmayan gebelerde önerilen günlük demir dozunu doğru yanıtlayanların oranı ise %42,2 olarak bildirilmiştir (80). İsrail’de yapılan bir çalışmada hekimlerin yalnızca %12’si doğru zamanlamayı ve %47’si doğru dozu bilmiştir (81). Kanada’da hekimlerin %29,9’u 400 mcg, %54,6’sı 1000 mcg ve %5,2’si 1000 mcg üzeri doz önermektedir (82). Çin’de yapılan bir çalışmada ise folik asit dozu doğru bilme oranı %79,7 iken, başlama zamanını doğru bilenlerin oranı yalnızca %34,3’tür (83). Hindistan’da yapılan bir başka çalışmada ise hekimlerin yalnızca %35,1’i folik asidin hem doğru dozunu hem de gebelik öncesi başlanması gerektiğini bilmektedir (84). Mohamed ve çalışma arkadaşlarının yürüttüğü araştırmada, hekimlerin %41,6’sı gebelikte günlük 1000 IU dozunda D vitamini önermekteyken, %43,6’sı bu dozun altında bir miktar önermiştir (85). Elitok ve arkadaşlarının Türkiye’de gerçekleştirdiği çalışmada ise hekimlerin %49,3’ü gebelikte önerilen D vitamini dozu hakkında görüş bildirmezken, yalnızca %6’sı kılavuzlara uygun olarak 1200 IU doz önerisinde bulunmuştur (86). Ay ve Erüen Şahin’in çalışmalarında folik asit dozuna ilişkin daha yüksek doğru yanıt oranları bildirilmişken, bizim çalışmamızda bu oran daha düşüktür; bu durum, bilgi düzeyinin eğitim düzeyi ve saha pratiğine göre değişebileceğini göstermektedir. Özellikle demir ve D vitamini desteği konularında zamanlama ve doz bilgisi açısından hem ulusal hem de uluslararası çalışmalarda da benzer bilgi yetersizlikleri dikkat çekmektedir. Vitamin desteği uygulamaları, gebelikte maternal ve fetal morbiditeyi doğrudan etkileyebileceğinden, birinci basamak hekimlerinin bu konudaki bilgi eksikliklerinin giderilmesi büyük önem taşımaktadır. Güncel rehberlere dayalı olarak vitamin-mineral destekleri konusunda modüler eğitim programları geliştirilerek birinci basamak çalışanlarının bilgi düzeyleri artırılmalıdır.

Bizim çalışmamızda ilk trimesterda önerilen laboratuvar tetkiklerine ilişkin doğru bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; hemogram (%99,8), TSH (%90,4), glukoz (%90,2), HBsAg (%90,0) ve Anti-HBs (%88,9) testleri yüksek oranda doğru yanıtlanmıştır. Buna karşın Hb elektroforez (%26,5), idrar kültürü (%46,8), VDRL (%59,0) ve TORCH paneli (%62,0) gibi testlerde bilgi düzeyi daha düşüktür. Ay’ın çalışmasında, birinci basamakta uygulanması gereken laboratuvar testleri

sorgulandığında, aile hekimlerinin büyük çoğunluğu; idrar tahlili, tam kan sayımı, hemoglobin/hematokrit düzeyleri, kan grubu tayini, HBsAg ve TSH testlerinin gebelik takibinde gerekli olduğunu belirtmiştir (76). Benzer şekilde, başka bir çalışmada da sağlık çalışanlarının neredeyse tamamı bu testlerin uygulanmasının gerekli olduğunu ifade etmiştir (80). Temel laboratuvar testlerine yönelik bilgi düzeyi yüksek olsa da, genetik taramalar ve enfeksiyon belirteçleri gibi daha spesifik testlere ilişkin bilgi eksiklikleri dikkat çekicidir. Çalışmamızda ilk trimesterde sık kullanılan temel tetkiklere ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olması olumlu bir bulgu iken, daha spesifik ve seçici uygulanması gereken testler konusunda bilgi eksikliği dikkat çekmektedir. Bu durum, hem bazı önemli taramaların atlanmasına hem de gereksiz laboratuvar istemlerinin artmasına yol açabilir.

Çalışmamızda, katılımcılara yöneltilen laboratuvar tetkiklerine ve genel bilgi düzeyine ilişkin sorular puanlandırılarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların toplam bilgi puanı ortalaması 22,33; laboratuvar tetkiklerine yönelik bilgi puanı ortalaması ise 10,53 olarak bulunmuş olup, bu durum bilgi sorularının yarısından fazlasının doğru yanıtlandığını göstermektedir. Çalışmamızda elde edilen veriler doğrultusunda, katılımcıların gebelik izlemleri konusunda genel olarak orta düzeyde bilgiye sahip olduğu görülmektedir. Gebelik döneminde anne ve bebek sağlığına katkı sağlayacak nitelikli hizmet sunumunun sürdürülebilmesi için, sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin düzenli ve rehber temelli eğitimlerle desteklenmesi önemlidir. Ayrıca, elde edilen bulguların geçerliliğini ve genellenebilirliğini artırmak amacıyla farklı bölgelerde, daha geniş örneklem gruplarıyla yürütülecek ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda cinsiyete göre yapılan değerlendirmelerde, erkek katılımcıların laboratuvar bilgi puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiş, ancak toplam bilgi puanı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, yaş, medeni durum ve mesleki süre gibi demografik değişkenlerle laboratuvar ve toplam bilgi puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Er'in çalışmasında, birinci basamak hekimlerine yöneltilen bilgi soruları puanlanarak analiz edilmiş; cinsiyet ve medeni durum ile elde edilen toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak yaş değişkeni ile bilgi puanları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon

belirlenmiş, buna göre yaş arttıkça bilgi düzeyinin azaldığı rapor edilmiştir (9). Koçak Gülşen'in çalışmasında da bilgi düzeyini ölçen sorular puanlandırılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, erkek katılımcıların kadın katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bilgi puanına sahip olduğu, evli bireylerin ise bekar katılımcılardan daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Ayrıca yaş ve mesleki deneyim süresi ile toplam bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir korelasyon bulunmuş; bu doğrultuda yaş ve deneyim süresi arttıkça bilgi düzeyinin de yükseldiği rapor edilmiştir (79). Üregen Şahin'in çalışmasında, cinsiyet, medeni durum ve mesleki deneyim süresi ile toplam bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak ileri yaştaki katılımcıların bilgi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (80). Yaş, cinsiyet, medeni durum ve mesleki deneyim süresi gibi demografik değişkenlerle bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması, bilgi düzeyinin yalnızca bu faktörlerle açıklanamayacağını düşündürülebilir. Literatürde bu değişkenlerle ilgili olarak birbirinden farklı sonuçlara ulaşılmış; bazı çalışmalarda yaş ve mesleki deneyimle bilgi düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanırken, bazı çalışmalarda ise ters yönde bulgulara ulaşılmıştır. Bu durum, bilgi düzeyini etkileyen etkenlerin çok yönlü olduğunu ve bireysel farklılıklar ile örneklem özelliklerinin de belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, DÖB yönelik bilgi düzeyini daha doğru ölçebilmek için standartlara uygun, geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmış ölçeklerin geliştirilmesi ve farklı örneklem gruplarında yapılacak çalışmalarla kanıt düzeyinin artırılması önemlidir.

Çalışmamızda personelin, ASM'deki görevine göre yapılan değendirmelerde, ASC'lerin özellikle son adet tarihi, gebelik izlem sayısı ve izlem sıklığı gibi uygulamaya dayalı temel konularda hekimlere göre doğru bilgi oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Öte yandan, hekimler; tarama testlerinin uygun zamanlaması, vitamin ve mineral desteklerinin profilaktik dozları ile gebelikte görülen hipertansif hastalıkların tanı kriterleri gibi daha klinik ve teorik bilgi gerektiren alanlarda daha başarılı bulunmuştur. Her ne kadar izlemler ağırlıklı olarak ASC'ler tarafından yürütülüyor olsa da, genel bilgi düzeyinin hekimlerde daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca laboratuvar ve toplam bilgi puanı açısından karşılaştırıldığında, hekimlerin ASC'lere göre daha yüksek puanlara sahip olduğu

belirlenmiştir. Kekeç'in çalışmasında, aile hekimleri ve ASÇ'lerin gebelik ve GDM taramasına ilişkin bilgi düzeyleri puanlandırılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, aile hekimlerinin her iki tarama konusundaki bilgi puanları, ASÇ'lere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (77). Çalışmamızda ASÇ'lerin günlük uygulamalara dayalı temel bilgileri hekimlere kıyasla daha doğru yanıtlaması, sahadaki aktif rollerinin bilgi düzeyine yansıdığını göstermektedir. Buna karşın, hekimlerin teorik bilgi gerektiren konularda daha başarılı olması, eğitim düzeyinin ve klinik sorumlulukların bilgi düzeyini şekillendirdiğini düşündürmektedir. Toplam bilgi puanlarında hekimlerin ASÇ'lere göre daha yüksek puan alması, teorik altyapının genel bilgi düzeyi üzerindeki etkisini desteklemektedir. Bu bulgular, meslek gruplarına özgü bilgi açıklarını hedef alan eğitim stratejilerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hekimlerin, laboratuvar ve toplam bilgi puanları değerlendirildiğinde en düşük ortalama aile hekimlerinde, en yüksek ortalama SAHU asistanlarında saptanmış; aile hekimliği uzmanları ise orta düzeyde puan almıştır. Er'in çalışmasında, DÖB bilgi puanları mesleki gruplara göre değerlendirildiğinde; en yüksek ortalama puanın aile hekimliği uzmanlarında, ikinci sırada SAHU asistanlarında ve en düşük puanın pratisyen aile hekimlerinde olduğu belirlenmiş; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (9). Başka bir çalışmada, SAHU asistanlarının doğum öncesi bakıma yönelik bilgi puanlarının, aile hekimliği asistanlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (79). SAHU asistanlarının hem teorik eğitimlerini aktif olarak sürdürmeleri hem de sahada doğrudan gebe izlemelerine katılmaları, bilgi düzeylerinin yüksek olmasında belirleyici bir etken olduğu düşünülebilir. Buna karşılık, aile hekimlerinin en düşük puanlara sahip olması, mezuniyet sonrası bilgi güncelleme imkanlarının yetersizliği ve hizmet içi eğitimin sınırlılığı ile ilişkili olabilir. Bu durum, sahada aktif görev yapan aile hekimlerine yönelik sürekli mesleki gelişim programlarının daha planlı ve erişilebilir şekilde uygulanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kısıtlılıklar

Çalışmamız, kesitsel bir araştırma olup yalnızca Diyarbakır ilinde görev yapan birinci basamak sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Bu nedenle elde edilen bulguların

farklı coğrafi bölgelerdeki sağlık personeline genellenebilirliği sınırlı olabilir. Veriler çevrim içi anket aracılığıyla toplanmış ve katılımcılara sosyal medya platformları üzerinden ulaşılmıştır. Bu yöntem, teknolojiye erişimi kısıtlı olan ya da çevrim içi anketlere katılım konusunda isteksiz sağlık çalışanlarının dışlanmasına yol açarak olası bir seçim yanlılığı oluşturmuş olabilir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Sonuç olarak çalışmamızda, Diyarbakır ilinde görev yapan 468 birinci basamak sağlık çalışanının gebelik izlemlerine ilişkin bilgi düzeyi değerlendirilmiştir. Katılımcıların %75'i hekim, %25'i ASÇ olup, gebelik takiplerinin %69,7'sinin ASÇ tarafından yürütüldüğü belirlenmiştir.

- “Son adet tarihi” ve “gebelik izlem sayısı” gibi temel bilgilerde doğru yanıt oranı sırasıyla %82,9 ve %85,3 iken, “ilk izlem zamanı” yalnızca %29,3 oranında doğru yanıtlanmıştır.
- Rh uygunsuzluğu %96,6 oranında doğru bilinmiş, Rhogam uygulama zamanı ise %72,2 oranında doğru yanıtlanmıştır.
- GDM tarama zamanı %67,3, ikili test %71,2, üçlü/dörtlü test zamanı %63,0 oranında doğru yanıtlanmıştır.
- Folik asit başlama zamanı %71,2, kullanım süresi %70,1 oranında doğru yanıtlanırken, doz bilgisi yalnızca %43,2 oranında doğru bilinmiştir.
- Demir desteği başlama zamanı %31,6, doz bilgisi %38,9; D vitamini desteği başlama zamanı %51,7, doz bilgisi %40,4 oranında doğru bilinmiştir.
- İlk trimester tetkiklerinden hemogram (%99,8), TSH (%90,4) ve glukoz (%90,2) testleri yüksek oranda doğru bilinmiş; buna karşın Hb elektroforez (%26,5) ve idrar kültürü (%46,8) gibi testlerde doğru yanıt oranının daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklara ilişkin bilgi düzeyi sorularına ise kronik hipertansiyon için %67,3, gestasyonel hipertansiyon için %71,2 ve preeklampsi için %63,0 oranında doğru yanıt verilmiştir.
- Toplam bilgi puanı ortalaması $22,33 \pm 5,72$; laboratuvar bilgi puanı ortalaması ise $10,53 \pm 2,82$ olarak bulunmuştur.
- Hekimlerin bilgi puanları ASÇ'lere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş; en yüksek ortalama SAHU asistanlarında, en düşük ise aile hekimlerinde saptanmıştır.
- Cinsiyet, yaş, medeni durum ve deneyim süresi gibi değişkenlerle toplam bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Öneriler

1. Hizmet içi eğitim programlarının, güncel Doğum Öncesi Bakım Rehberi esas alınarak yapılandırılması ve tüm birinci basamak sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde düzenli aralıklarla uygulanması önem arz etmektedir.
2. Bilgi düzeyinin görece düşük olduğu tarama testleri, gebeliğe bağlı hipertansif bozukluklar ve vitamin-mineral destekleri gibi konulara yönelik modüler eğitim içerikleri hazırlanmalı; rehber temelli eğitim materyallerinin kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.
3. Mezuniyet sonrası bilgi güncellemelerine yönelik programlar, özellikle pratisyen aile hekimlerine erişilebilir ve sürdürülebilir biçimde sunulmalıdır.
4. ASÇ'ler ve hekimlerin bilgi eksiklikleri meslek grubu özelinde analiz edilerek, görev tanımlarına uygun eğitim öncelikleri belirlenmelidir.
5. Gelecekte gerçekleştirilecek araştırmalar için; farklı illerde, çeşitli örneklem gruplarıyla yürütülecek çok merkezli ve geçerliliği sağlanmış ölçeklere dayanan çalışmalar, bilgi düzeyinin daha güçlü kanıtlarla değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.
6. Ayrıca, sadece bilgi düzeyini ölçmekle sınırlı kalmayan; aynı zamanda uygulamaları da gözlemleyen nitel ya da karma yöntemli araştırmalar, teorik bilgi ile klinik uygulama arasındaki olası tutarsızlıkların daha iyi anlaşılmasına katkı sunacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. WHO. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division, 2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1> (Erişim tarihi: 01.11.2024).
2. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf> (Erişim tarihi: 02.11.2024).
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Sistem Ofset Bas. Yay. San. ve Tic. Ltd. Şti, Ankara, 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/dogum_onesi_bakim_08-01-2019_1.pdf (Erişim tarihi: 02.11.2024).
4. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet. 2006;368(9543):1284-99.
5. WHO. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912> (Erişim tarihi: 03.11.2024).
6. Yurtsal Z, Eroğlu V. Gebelerin Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif gebelik deneyimi için tavsiye ettiği rutin doğum öncesi bakımı alma durumlarının değerlendirilmesi. STED. 2020;29(3):197-206.
7. Durmaz N. Gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerine ilişkin beklenti ve memnuniyetleri. T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı. Aydın, 2023.
8. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;3(9):157-72.
9. Er T. Birinci basamak hekimlerinin gebe takibi konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2023.
10. Burç A. Trakya Üniversitesi hastanesine doğum için başvuran kadınların aile sağlığı merkezlerindeki gebe izlemlerini kullanma durumu. T.C. Trakya

Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Edirne 2020.

11. Erkek ZY, Koçoğlu MF. Tokat il merkezinde çalışan ebelerin üçlü trama testine ilişkin bilgi ve uygulama düzeylerinin saptanması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(3):16-22.
12. Seven M, Eroglu K, Akyüz A, Ingvaldstad C. Educational needs of nurses to provide genetic services in prenatal care: A cross-sectional study from Turkey. Nurs Health Sci. 2017;19(3):294-300.
13. WHO. The WHO antenatal care randomized controlled trial manual for the implementation of the new model. In WHO programme to map best reproductive health practice. Geneva, 2002. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42513/WHO_RHR_01.30.pdf (Erişim tarihi: 03.11.2024).
14. Çatak B, İkısık H, Kartal SB, Oner C, Uluc HH, Segmen O. Evaluation of prenatal care in Istanbul: a population based study. Perinatal Journal. 2012;20(3):126-134.
15. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L, et al. Evidencebased, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? The Lancet. 2005;365(9463):977-88.
16. Hemat S, Takano T, Kizuki M, Mashal T. Health-care provision factors associated with child immunization coverage in a city centre and a rural area in Kabul, Afghanistan. Vaccine. 2009;27(21):2823-9.
17. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. Pediatrics. 2006;117(4):646-55.
18. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(2):137-41.
19. Öztekin Z. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği. Hacettepe Tıp Dergisi. 2009;40(1):6-12.
20. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. STED. 2007;16(1):9-12.
21. Kıvanç MM. Evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye’de sağlık reformları. SHYD. 2015;2(3):162-6.
22. Tözün M, Sözen MK. Halk sağlığının tarihsel gelişimi ve temel kavramları. Smyrna Tıp Dergisi. 2014:58- 62.

23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2003%20tnsa/TNSA_2003_ana_rapor.pdf (Erişim tarihi: 05.11.2024).
24. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2008%20tnsa/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf (Erişim tarihi: 05.11.2024).
25. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2013%20tnsa/TNSA_2013_ana_rapor (Erişim tarihi: 05.11.2024).
26. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf (Erişim tarihi: 05.11.2024).
27. World Health Organization, United Nations International Children's Emergency Fund and Micronutrient Initiative 2015. Multiple micronutrient supplements in pregnancy: implementation considerations for successful integration into existing

- programmes 2015, Geneva, Switzerland. <https://www.who.int/news-room/articles-detail/callforauthors-multiple-micronutrient-supplements-in-pregnancy> (Erişim tarihi: 08.11.2024).
28. Greenberg JA, Bell SJ, Guan Y, Yu YH. Folic Acid supplementation and pregnancy: more than just neural tube defect prevention. *Rev Obstet Gynecol.* 2011;4(2):52-9.
29. Yan J, Zheng YZ, Cao LJ, Liu YY, Li W, Huang GW. Periconceptional folic acid supplementation in chinese women: a cross-sectional study. *Biomed Environ Sci.* 2017;30(10):737-748.
30. Wang S, Ge X, Zhu B, Xuan Y, Huang K, Rutayisire E, et al. Maternal continuing folic acid supplementation after the first trimester of pregnancy increased the risk of large-for-gestational-age birth: A population-based birth cohort study. *Nutrients.* 2016;8(8):493. doi: 10.3390/nu8080493.
31. World Health Organization. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. World Health Organisation. 2012:1-27. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77770/9789241501996_eng.pdf (Erişim tarihi: 08.11.2024).
32. EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies). Scientific opinion on dietary reference values for folate. *EFSA Journal.* 2014;12(11):1-59.
33. Czeizel AE, Dudás I, Vereczkey A, Bánhidı F. Folate deficiency and folic acid supplementation: the prevention of neural-tube defects and congenital heart defects. *Nutrients.* 2013;5(11):4760-75.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel M¼d¼rl¼ę¼. Gebelerde Demir Destek Programı Uygulaması Genelgesi 2007. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11100/gebelerde-demir-destek-programi-uygulumasi-genelgesi-2007--6.html> (Erişim tarihi: 09.11.2024).
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel M¼d¼rl¼ę¼. Gebelere D vitamini destek programı. 2011. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11158/gebelere-d-vitamini-destek-programi.html> (Erişim tarihi: 09.11.2024).

36. Mihmanlı V, Mihmanlı M. Diabetes mellitus ve gebelik. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2015;31(Ek sayı):17-22.
37. Öztürk FY, Altuntaş Y. Gestasyonel diabetes mellitus. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2015;49(1):1-10.
38. TEMD Diabetes Mellitus çalışma ve eğitim grubu. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2022 15. Baskı. Diyabet ve Gebelik. Pp. 219-32. Ankara, 2020.
39. Ozyurt R, Asicioglu O, Gultekin T, Gungorduk K, Boran B. The Prevalence of gestational diabetes mellitus in pregnant women who were admitted to Istanbul teaching and research hospital obstetric and gynecology department. JOPP Derg. 2013;5(1):7-12.
40. Akgöl E, Abuşoğlu S, Gün FD, Ünlü A. Prevalence of gestational diabetes mellitus according to the different criterias. Turk J Obstet Gynecol. 2017;14(1):18-22.
41. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR. Summary and recommendations of the fifth international workshop-conference on gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2007;30 suppl 2:251-260.
42. Cundy T, Gamble G, Neale L. Differing causes of pregnancy loss in type 1 and type 2 diabetes. Diabetes Care. 2007;10:2603-2607.
43. Kitzmiller JL, Wallerstein R, Correa A, Kwan S. Preconception care for women with diabetes and prevention of major congenital malformations. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2010;88:791-803.
44. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics; Committee on Genetics; Society for Maternal-Fetal Medicine. Screening for fetal chromosomal abnormalities: ACOG practice bulletin, number 226. Obstet Gynecol. 2020;136(4):e48-e69. doi: 10.1097/AOG.0000000000004084.
45. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 88, December 2007. Invasive prenatal testing for aneuploidy. Obstet Gynecol. 2007 Dec;110(6):1459-67.
46. T.C. Sağlık Bakanlığı. Gebelikte fetal kromozomal anomali taraması amacıyla uygulanan testlerin etkililik analizi. 2020.

<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/36631/0/gebeliktarama20200225pdf.pdf>
(Erişim tarihi: 18.11.2024).

47. Karim JN, Roberts NW, Salomon LJ, Papageorgiou AT. Systematic review of first-trimester ultrasound screening for detection of fetal structural anomalies and factors that affect screening performance. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2017;50(4):429-441.
48. Russo ML, Blakemore KJ. A historical and practical review of first trimester aneuploidy screening. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2014;19(3):183-187.
49. Kafkaslı K. Gebelikte Down sendromu tanısı için tarama testleri ve güvenilirlikleri. *TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*. 2004;1(1):30-35.
50. Nicolaides KH. Turning the pyramid of prenatal care. *Fetal Diagnosis and Therapy*. 2011;29(3):183-196.
51. Spencer K, Crossley JA, Aitken DA, Nix AB, Dunstan FD, Williams K. The effect of temporal variation in biochemical markers of trisomy 21 across the first and second trimesters of pregnancy on the estimation of individual patient-specific risks and detection rates for Down's syndrome. *Ann Clin Biochem*. 2003;40(Pt 3):219-31.
52. Çınar Kuşkuçcu A. Fetal kromozom anomalisi tarama testleri. *JOPP Dergisi*. 2010;2(2):55-60.
53. Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos MK, O'Donnell J, Johnson K. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(6 Suppl 2):S266-79. doi: 10.1016/j.ajog.2008.07.067.
54. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: RCOG Press, 2008.
55. Kincaid-Smith P, Bullen M. Bacteriuria in pregnancy. *The Lancet*. 1965;285(7382):395-9.
56. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*. 2005;40(5):643-54.

57. Widmer M, Lopez I, Gülmezoglu AM, Mignini L, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 ;2015(11):CD000491. doi: 10.1002/14651858.CD000491. pub3.
58. Egelioglu Cetisli N, Şirin A. Gebelikte Rh uyumsuzlukları. *Fırat Salık Hizmetleri Dergisi*. 2010;5(14):27-38.
59. Moise KJ Jr. Management of rhesus alloimmunization in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2002;100(3):600-11.
60. Sağol S, Akercan F, Yıldız PS, Kazandı M, Çırpan T. Rhesus alloimmunizasyonu olan gebeliklere yaklaşım: olgu sunumu. *Ege Tıp Dergisi*. 2005;44(2):119-22.
61. ACOG. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin, number 222. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237-e260. doi: 10.1097/AOG.0000000000003891.
62. Keskinçilic B, Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, Şahin Uygur D, Keskin HL, Karaahmetoğlu S, et al. Maternal mortality due to hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium between 2012 and 2015 in Turkey: A nation-based study. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2017;18(1):20-25.
63. Bateman BT, Shaw KM, Kuklina EV, Callaghan WM, Seely EW, Hernández-Díaz S. Hypertension in women of reproductive age in the United States: NHANES 1999-2008. *PLoS One*. 2012;7(4):e36171. doi: 10.1371/journal.pone.0036171.
64. Betcher K. Gestational hypertension and induction of labor at 37 weeks: how changing guidelines have affected outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015;214(1):188-9.
65. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;170(1):1-7.
66. von Dadelszen P, Payne B, Li J, Ansermino JM, Broughton Pipkin F, Côté AM, et al. Prediction of adverse maternal outcomes in pre-eclampsia: development and validation of the fullPIERS model. *Lancet*. 2011;377(9761):219-27.
67. T T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın Ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Acil obstetrik bakım yönetim rehberi. 2022.

- https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kadin-ve-ureme-sagligi-db/Rehberler/Acil_Obstetrik_Bakim_Yonetim_Rehberi_2022.pdf (Erişim tarihi: 23.11.2024).
68. Demir C, Sucu M. Gebelikte aşılanma 2020. <https://www.tjod.org/gebelikte-asilanma/> (Erişim tarihi: 24.11.2024).
69. CDC. Guidelines for vaccinating pregnant persons. 2024. <https://www.cdc.gov/vaccines-pregnancy/hcp/vaccination-guidelines/index.html> (Erişim tarihi: 25.11.2024).
70. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Tetanos, Difteri, Asell¼ler Boğmaca (Tdab) aşı uygulaması. 2025. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/242330/0/ektetanos-difteri-aselluler-bogmaca-tdab-asi-uygulamasipdf.pdf> (Erişim tarihi: 15.05.2025).
71. WHO. Diphtheria. 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diphtheria> (Erişim tarihi: 15.05.2025).
72. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Gebelik d¼nemi Tetanos-Difteri aşılama şeması. 2025. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/242328/0/ekgebelik-donemi--tetanos-difteri-asilama-semasidocx.docx> (Erişim tarihi: 15.05.2025).
73. Dunlop AL, Jack B, Frey K. National recommendations for preconception care: the essential role of the family physician. J Am Board Fam Med. 2007;20(1):81-4.
74. Frey KA, Files JA. Preconception healthcare: what women know and believe. Matern Child Health J. 2006;10(5 Suppl):S73-7.
75. Wilkes J. AAFP releases position paper on preconception care. Am Fam Physician. 2016;94(6):508-510.
76. Ay Z. İzmir merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde şalışan aile hekimlerinin birinci basamakta gebe takibi hakkındaki bilgi d¼zeyinin değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Atat¼rk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi. İzmir 2015.
77. Kekeç Ü. Trabzon ilindeki aile hekimleri ve aile sağlığı şalışanlarının prenatal tarama testleri hakkında bilgi d¼zeyinin araştırılması. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Tıp Fak¼ltesi Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Tezi. Trabzon 2022.

78. Utz B, Assarag B, Essolbi A, Barkat A, Delamou A, De Brouwere V. Knowledge and practice related to gestational diabetes among primary health care providers in Morocco: Potential for a defragmentation of care? *Prim Care Diabetes*. 2017;11(4):389-396.
79. Koçak Gülşen Y. Ankara ilindeki aile hekimliği asistanlarının yüksek riskli gebelik konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara 2024.
80. Üregen Şahin E. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin doğum öncesi bakım hakkındaki görüşleri. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Samsun 2022.
81. Abu-Hammad T, Dreier J, Vardy DA, Cohen AD. Physicians' knowledge and attitudes regarding periconceptional folic acid supplementation: a survey in Southern Israel. *Med Sci Monit*. 2008;14(5):262-267.
82. Mida LA, Della Zazzera V, Fontaine-Bisson B. Knowledge, attitude and practice of physicians regarding periconceptional folic acid for women at low risk of a neural tube defect affected pregnancy. *Prev Med Rep*. 2021 Feb 6;22:101327. doi: 10.1016/j.pmedr.2021.101327.
83. Li T, Zhu J, Zeng Z, Wang Y, Liang J, Yuan P. Study of KAP with regard to taking folic acid supplements and factors affecting the recommendation and prescription of those supplements among obstetricians and specialists in women's health in six provinces of Northern China, 2009. *Bioscience trends*. 2011;5(3):104-10.
84. Aggarwal A, Kumhar GD, Harit D, Faridi M. Role of folic acid supplementation in prevention of neural tube defects: physicians yet unaware. *J prev med hyg*. 2010;51(3):131-2.
85. Mohamed SA, Al-Hendy A, Schulkin J, Power ML. Opinions and practice of US-based obstetrician-gynecologists regarding vitamin D screening and supplementation of pregnant women. *J Pregnancy*. 2016;2016:1454707. doi: 10.1155/2016/1454707.
86. Elitok GK, Bülbül L, Evci M, Zübarioglu U, Toraman T, Acar DB, et al. Sağlık çalışanlarının annelere D vitamini desteği ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2017;51(1):48-55.



8. EKLER

Ek- 1. Anket Formu

V.1. Kaç yaşındasınız?

V.2. Cinsiyetiniz nedir?

1) Kadın 2) Erkek

V.3. Medeni Haliniz nedir?

1) Evli 2) Bekar

V.4. Meslekte kaçınıcı yılınız?

V.5. Aile Hekimliğinde kaçınıcı yılınız?

V.6. Aile Hekimliği biriminde hangi görevde çalışıyorsunuz?

1) Hekim 2) Aile Sağlığı Çalışanı

V.7. Hekim iseniz ünvanınız nedir?

0) Hekim Değilim 1) Aile Hekimi 2) Aile Hekimliği Uzmanı 3) SAHU Asistanı

V.8. Aile Sağlığı Çalışanı iseniz ünvanınız nedir?

0) Aile Sağlığı Çalışanı Değilim 1) Hemşire 2) Ebe 3) Sağlık Memuru

4) Acil Tıp Teknisyeni

V.9. Aile Sağlığı Çalışanı iseniz eğitim durumunuz nedir?

0) Aile Sağlığı Çalışanı Değilim

1) Sağlık Meslek Lisesi Mezunu

2) Ön lisans Mezunu

3) Üniversite-Lisans Mezunu

V.10. Biriminizde gebelik takiplerini daha çok kim yapıyor?

1) Hekim 2) Aile Sağlığı Çalışanı 3) Hekim ve Aile Sağlığı Çalışanı yaklaşık olarak eşit

BİLGİ SORULARI

S.1. Son adet tarihi (SAT) sorguladığınız kadın hastanız size 1 Temmuz ‘da kanamasının başladığını 4 Temmuz’da kanamasının kesildiğini söylüyor. Bu kadın hasta için SAT nedir?

1) Bilmiyorum

2) 1 Temmuz

3) 2 Temmuz

4) 4 Temmuz

5) 14 Temmuz

S.2. Bir gebenin, gebelik bildiriminin kaçınıcı gebelik haftasına kadar yapılmış olması gerekir?

S.3. Bir gebeye, gebelik süresince toplam kaç izlem yapılmış olması gerekir?

S.4. Gebelik planlayan bir kadında Folik asitin gebelikten kaç ay önce başlanması önerilir?

S.5. Gebe bir kadında folik asit kaç ay kullanımı önerilir?

S.6. Gebe bir kadında profilaktik Folik asit desteğinin günlük dozu nedir?

1) Bilmiyorum

2) 100-400 mcg.

3) 400-800 mcg

4) 1-4 mg

5) 5 mg

S.7. Demir desteğinin, gebe bir kadında gebeliğın kaçınıcı haftasında başlanmış olması önerilir?

S.8. Demir desteğinin doğum sonrası kaçınıcı aya kadar devamı önerilir?

S.9. Gebelerde profilaktik demir desteğinin günlük dozu nedir?

1) Bilmiyorum

2) 40-60 mg

3) 80-100 mg

4) 90-120 mg

5) 120-150 mg

S.10. D vitamini desteğinin gebe bir kadında gebeliğın kaçınıcı haftasında başlanmış olması önerilir?

S.11. D vitamini desteğinin doğum sonrası kaçınıcı aya kadar devamı önerilir?

S.12. Profilaktik D vitamini desteğinin günlük dozu nedir?

1) Bilmiyorum 2) 400 IU 3) 800 IU 4) 900 IU 5) 1200 IU

S.13. Rutin bir gebede gestasyonel diyabet taraması kaçınıcı gebelik haftalarında yapılmalıdır?

1) Bilmiyorum

2) 20. hafta

3) 20-22. hafta

4) 24-28. hafta

5) 28-32. hafta

S.14. Rutin bir gebede ikili tarama testinin kaçınıcı gebelik haftalarında yapılması önerilir?

1) Bilmiyorum

2) 8-12. Hafta

3) 11-14. Hafta

4) 16-20. Hafta

5) 18-22. Hafta

S.15. Rutin bir gebede üçlü ve dörtlü tarama testinin kaçınıcı gebelik haftalarında yapılması önerilir?

1) Bilmiyorum

2) 8-12. Hafta

3) 11-14. Hafta

4) 16-20. Hafta

5) 18-22. Hafta

S.16. Aşağıdaki hangi durumda Rh uygunsuzluğu vardır?

1) Anne 0 Rh (+) Baba AB Rh (-)

2) Anne 0 Rh (+) Baba A Rh (+)

3) Anne AB Rh (-) Baba AB Rh (+)

4) Anne B Rh (-) Baba AB Rh (-)

5) Anne 0 Rh (+) Baba 0 Rh (-)

S.17. Rh uygunsuzluğu tespit edilen ve indirekt coombs testi negatif olan gebeye profilaktik Anti-D (Rhogam)'ın kaçınıcı gebelik haftasında yapılması önerilir?

1) Bilmiyorum 2) 16. hafta 3) 20. hafta 4) 28. hafta 5) 32. hafta

*Aşağıda gebelik haftası, kan basıncı değeri ve proteinüri durumu verilen olguları gebelikteki hipertansif durumlar açısından değerlendiriniz.

		Bilmiyoru m	Norma l	Kroni k HT	Gestasyone l HT	Preeklamps i
S.18 •	14 haftalık gebe, KB 145/95 mmHg, proteinür i (-)					
S.19 •	23 haftalık gebe, KB 155/95 mmHg proteinür i (-)					
S.20 •	32 haftalık gebe, KB 150/100 mmHg proteinür i (+)					

*İlk prenatal vizitte komplike olmayan rutin bir gebede çalışılması önerilen tetkikleri işaretleyiniz.

TETKİK ADI	Evet	Hayır	Bilmiyorum
S.21) Hemogram			
S.22) Kan grubu			
S.23) Hb Elektroforez			
S.24) Glukoz			
S.25) Üre, Kreatinin			

S.26) ALT, AST			
S.27) Demir			
S.28) Folat			
S.29) B12 Vitamini			
S.30) D Vitamini			
S.31) TSH			
S.32) fT3, fT4			
S.33) HbsAg			
S.34) Anti Hbs			
S.35) Anti HCV			
S.36) Anti HIV			
S.37) VDRL			
S.38) Torch Paneli			
S.39) TİT			
S.40) İdrar Kültürü			

Ek- 2. Anket Formu Linki

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf1yHy9iqpYT0L1ecW0ZMPRfgk54QkDEzv_BgkZBX4-nTWGhw/viewform?usp=sf_link (Erişim Tarihi: 01.08.2024)

Ek- 3. Benzerlik Oranı

YILDIZ ATİK

YILDIZ ATİK TEZ GEBELİK İZLEMLERİNİ NE KADAR İYİ BİLİYORUZ?

- YILDIZ ATİK TEZ
- SAHU AİLE HEKİMLİĞİ
- Dicle Üniversitesi

13% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çıkarılan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.

Rapordan Filtrelenen

- Bibliyografya
- Alıntılanan Metin

Ön Sıradaki Kaynaklar

- 11% İnternet kaynakları
- 8% Yayınlar
- 5% Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)