



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN DOĞUM
ÖNCESİ BAKIM HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ**

**Dr. EBRU ÜREGEN ŞAHİN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

SAMSUN-2022



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN DOĞUM
ÖNCESİ BAKIM HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ**

**Dr. Ebru ÜREGEN ŞAHİN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Mustafa Yasin SELÇUK**

SAMSUN-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürem boyunca eğitimime katkıda bulunan bütün saygıdeğer hocalarıma, tez çalışmamda bana destek olan kıymetli hocam Dr. Öğretim Üyesi Mustafa Yasin SELÇUK’a,

Asistanlığım boyunca bilgilerinden ve tecrübelerinden faydalandığım sayın anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ’ye

Her zaman yanımda olan, daima sevgi ve şefkatini hissettiren değerli hocam Prof. Dr. Füsün Ayşin ARTIRAN İĞDE’ye,

Asistanlığım süresince bizlere rehberlik eden, elinden gelen her türlü yardımı esirgemeyen, örnek aldığım değerli hocam Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN’e,

Bu süreci anlamlı ve özel kılan, her zaman yanımda olan güzel anılar biriktirdiğim çalışma arkadaşlarım ve birlikte çalışmaktan gurur duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Yine tez yazım sürecinde bana her zaman destek olan Dr. Özkan BAHADIR’a, Her zaman yanımda olan en büyük desteğim canım annem Nilgün MANAP’a, Ve canım eşim Dr. Hüseyin ŞAHİN’e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ebru ÜREGEN ŞAHİN

SAMSUN-2022

BEYAN

“Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Doğum Öncesi Bakım Hakkındaki Görüşleri” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasındanyazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ÖZET

AMAÇ: Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin doğum öncesi bakım hakkındaki görüşlerini belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kesitsel tipte tanımlayıcı araştırma tipindeki çalışma 01.09.2021–01.01.2022 tarihleri arasında Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olarak çalışmakta olan yaklaşık 1800 uzmanlık öğrencisinden çalışmaya katılmayı kabul eden 327 uzmanlık öğrencisi ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde “IBM SPSS 22.0” kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş ortalaması $29,7 \pm 4,28$ yıldır. Hekimlerin %67,9’u kadın, %65,4’ü evlidir. Meslekte çalışma yılı 1 ile 30 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $4,68 \pm 3,93$ yıldır. Hekimlerin %31,5’inin asistanlıkta çalıştığı süre 25-36 ay arasındadır. Hekimlerin %32,4’ü daha öncesinde bir aile sağlığı merkezinde çalışmıştır. Hekimlerin %34,9’u çocuk sahibi olup, %72,8’i kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu almıştır. Hekimlerin %30,6’sı doğum öncesi bakım rehberini okuduklarını belirtmiştir. Kendi bilgi düzeylerini hekimlerin %64,2’si orta seviyede görmektedir. Doğum öncesi bakım sürecinde hekimlerin %53,2’si iyot desteğini, %99,1’i gestasyonel diyabet taramasını, %66,4’ü influenza aşısını önermekte olup, %97,6’sı canlı virus aşılarını önermemektedir. Gebelik süresince yapılması gereken en az izlem sayısını hekimlerin %54,4’ü 4 kez şeklinde doğru bilmiştir. Hekimlerin %96,3’ü folik asit başlama zamanını, %89,6’sı folik asit günlük dozunu doğru bilmiştir. Hekimlerin %47,4’ü D vitamini başlama zamanını, %52’si D vitamini günlük dozunu doğru bilmiştir. Hekimlerin %67,6’sı demir başlama zamanını, %42,2’si demir günlük dozunu doğru bilmiştir. Hekimlerin %85’i ilk trimesterde optimal TSH düzeyini, %80,4’ü 24-28. haftalar arasında OGTT yapılmasını doğru bilmiştir. Hekimlerin %56,3’ü gebenin alması gereken ideal kiloyu, %62,7’si antihipertansif tedavi başlamak için diyastolik kan basıncı değerini, %30’u tetanoz aşısı ilk dozu uygulama zamanını doğru cevaplamıştır. Hekimlerin tamamına yakını gebelikte sevk gerektiren durumları doğru cevaplandırmıştır. Hekimlerin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların ortalaması yaklaşık %75 saptanmıştır.

Hekimlerin yaşları ve asistanlıkta çalışma süreleri arttıa bilgi düzeylerinde de artış gözlenmiştir. Daha öncesinde aile sağlığı merkezinde çalışan ve kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu alan hekimlerin bilgi düzeyleri daha yüksektir. Doğum ncesi bakım rehberini okuyan hekimlerin bilgi düzeyi daha yüksektir. Kendi bilgi seviyesini yüksek gören hekimlerin bilgi düzeyi daha fazladır.

SONUÇ: Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgularla hekimlerin doğum öncesi bakım konusunda eksik yönlerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu eksik ynlerin giderilmesi doğum öncesi bakımın kalitesini artıracak olup, hekimlerin bilinçlenmesine katkı sağlayacaktır. Bilinçli hekimler tarafından verilen doğum öncesi bakım; gebeliklerin izlenmesi, olası problemlerin erken belirlenmesi ve daha ciddi komplikasyonlara yol açmadan müdahale edilmesi açısından önemlidir. Bu amaçla hekimlerin doğum öncesi bakım konusunda bilgilerini güncellemeye yönelik eğitim toplantıları düzenlenmelidir. Ayrıca bu eğitimlerim hem hatırlatma hem güncelleme amacıyla düzenli aralıklarla tekrarlanması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Doğum ncesi Bakım, Hekim, Görüş, Bilgi, Tutum, neri, Gebelik

ABSTRACT

AIM: It is aimed to determine the opinions of students of family medicine specialties about prenatal care.

MATERIALS AND METHOD: The cross-sectional, descriptive study was conducted with 327 specialization students, who agreed to participate in the study, among approximately 1800 residents working as family medicine residency students in Turkey between 01.09.2021 and 01.01.2022. Questionnaire form was used as data collection tool. “IBM SPSS 22.0” was used in the analysis of the data. A p value of <0.05 was considered statistically significant.

RESULTS: The mean age of the physicians participating in our study was 29.7 ± 4.28 years. 67.9% of physicians are women and 65.4% are married. The years of working in the profession vary between 1 and 30 years, with an average of 4.68 ± 3.93 years. 31.5% of the physicians worked as assistants between 25-36 months. 32.4% of the physicians had previously worked in a family health center. 34.9% of the physicians had children and 72.8% of them received rotation in obstetrics and gynecology. 30.6% of the physicians stated that they read the antenatal care guide. 64.2% of physicians consider their level of knowledge at medium level. During the prenatal care period, 53.2% of the physicians recommend iodine supplementation, 99.1% gestational diabetes screening, 66.4% recommend influenza vaccine, and 97.6% do not recommend live virus vaccines. 54.4% of the physicians correctly identified the minimum number of follow-ups required during pregnancy as 4 times. 96.3% of the physicians knew the starting time of folic acid correctly, and 89.6% of them the daily dose of folic acid. 47.4% of the physicians knew the starting time of vitamin D correctly, and 52% of them got the daily dose of vitamin D correctly. 67.6% of the physicians got the iron onset time and 42.2% the daily dose of iron correctly. 85% of the physicians knew the optimal TSH level in the first trimester and 80.4% of them knew correctly that OGTT should be performed between 24-28 weeks. 56.3% of the physicians answered the ideal weight that the pregnant woman should gain, 62.7% answered the diastolic blood pressure value to start antihypertensive treatment, and 30% answered the time to administer the first dose of tetanus vaccine correctly.

Almost all of the physicians correctly answered the conditions that require referral during pregnancy. The average of the correct answers given by the physicians to the knowledge questions was approximately 75%. It was observed that the level of knowledge of the physicians increased as the age of the physicians and the duration of their residency increased. The level of knowledge of physicians who previously worked in a family health center and received rotation in obstetrics and gynecology is higher. The level of knowledge of physicians who read the prenatal care guide is higher. Physicians who see their own level of knowledge as high have a higher level of knowledge.

CONCLUSIONS: With the findings of our study, it has been determined that physicians have deficiencies in prenatal care. Elimination of these deficiencies will increase the quality of prenatal care and contribute to the awareness of physicians. Prenatal care given by conscientious physicians; It is important to monitor pregnancies, identify potential problems early and intervene before they cause more serious complications. For this purpose, training meetings should be organized to update the knowledge of physicians on prenatal care. In addition, it is important that these trainings are repeated at regular intervals for both reminder and update purposes.

Keywords: Family medicine, Prenatal care, Physician, Opinion, Knowledge, Attitude, Recommendation, Pregnancy

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLO LİSTESİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.2. Doğum Öncesi Bakımın Tanımı ve Amacı	3
2.1. Gebelik	4
2.3. Doğum Öncesi Bakımın Önemi	5
2.4. Dünyada Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri.....	7
2.5. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri	7
2.6. Doğum Öncesi Bakımın Kapsamı.....	8
2.6.1. İdeal kilo, sağlıklı beslenme ve egzersiz	9
2.6.2. Vitamin ve mineral desteği	11
2.6.3. Bağışıklama.....	13
2.6.4. Enfeksiyonlar	14
2.6.5. İlaç kullanımı	17
2.6.6. Sigara, alkol ve madde kullanımı	17
2.6.7. Gebelikte tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi	18
2.6.8. Gebelikte diyabet taraması ve yönetimi	19
2.6.9. Gebelikte hipertansiyon yönetimi	21
2.7. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Yönetim Rehberi	22
2.7.1. Birinci izlem.....	22
2.7.2. İkinci izlem.....	26
2.7.3. Üçüncü izlem	27
2.7.4. Dördüncü izlem.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28

3.2. Araştırmanın Tipi	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	28
3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması.....	28
3.5. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar	29
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	30
3.7. Araştırmada Etik	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ	59
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER.....	78
8.1. Ek-1 OpenEpi Ekran Görüntüsü	78
8.2. Ek-2 Tez Anketi	79
8.3. Ek-3 Tez Etik Kurul Onayı	83
8.4.Ek-4 Turnitin Orijinallik Raporu.....	84

SİMGELER VE KISALTMALAR

- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
DÖB: Doğum Öncesi Bakım
TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
AAP: Amerikan Pediatri Akademisi
ACOG: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
CDC: ABD Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi
IOM: Tıp Enstitüsü
NRC: Ulusal Araştırma Konseyi
IDSA: Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği
ATA: Amerikan Tiroid Derneği
TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
USPSTF: ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü
ADA: Amerikan Diyabet Derneği
NTD: Nöral Tüp Defekti
VKİ: Vücut Kitle İndeksi
Tdap: Tetanoz, difteri, aselüler boğmaca
MMR: Kızamık, kabakulak, kızamıkçık
TSH: Tiroid stimüle edici hormon
GDM: Gestasyonel diyabetes mellitus
OGTT: Oral glikoz tolerans testi
SAT: Son adet tarihi
ASM: Aile sağlığı merkezi
KHD: Kadın hastalıkları ve doğum

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Gebelik İçin Şüpheli Semptom ve Bulgular.....	5
Tablo 2. VKİ'ye Göre Gebelikte İdeal Kilo Alımı.....	23
Tablo 3. Preeklampsisi İçin Risk Faktörleri.....	24
Tablo 4. Gebelikte TSH Değerlendirmesi.....	25
Tablo 5. Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri	31
Tablo 6. Hekimlerin DÖB Rehberini Okuma ve DÖB Hakkında Kendi Bilgi Düzeylerini Algılama Durumu	32
Tablo 7. Hekimlerin DÖB ile İlgili Tutumları	33
Tablo 8. Hekimlerin Gebe İzlemde Yaptığı En Az İzlem Sayısının ve İzlem Zamanlarının Dağılımı	34
Tablo 9. Hekimlerin Gebe İzlemde Gerekli Gördüğü Laboratuvar Tetkiklerinin Dağılımı	35
Tablo 10. Hekimlerin Folik Asit, D Vitamini ve Demir Desteğine Başlama Zamanlarının ve Verdiği Günlük Dozlarının Dağılımı	36
Tablo 11. Hekimlerin Diğer Bilgi Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı	37
Tablo 12. Hekimlerin Vaka Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı	38
Tablo 13. Hekimlerin Doğum Öncesi Dönemdeki Sevk Endikasyonları	39
Tablo 14. Hekimlerin DÖB Hakkında Bilgi Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi	40
Tablo 15. DÖB Rehberini Okuma Durumu ile Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması	42
Tablo 16. Hekimlerin DÖB Hakkında Kendi Bilgi Düzeylerini Algılama Durumu ile Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması	44
Tablo 17. Hekimlerin Hamilelere İnfluenza Aşısı Önerme Durumu ile Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması	46
Tablo 18. İlk Trimesterde Önerilen TSH Düzeyini Doğru ve Yanlış Cevaplayan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 19. Folik Asit Desteğine Başlamak İçin En Uygun Zamanı Doğru ve Yanlış Cevaplayan Hekimlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	48

Tablo 20. VKİ'si Normal Olan Gebenin Alması Gereken İdeal Kiloyu Doğru ve Yanlış Cevaplayan Hekimlerin Cinsiyete ve DÖB Rehberini Okuma Durumuna Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 21. Hekimlerin Bilgi Düzeylerinin DÖB Rehberini Okuma ve DÖB Hakkında Kendi Bilgi Düzeylerini Algılama Durumu ile İlişkisi	50

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya sağlık örgütüne (DSÖ) göre gebelik izlemi, gebeliğin planlanması aşaması ile başlayan, gebeye gerekli tıbbi, psikolojik ve sosyal desteği doğru, dikkatli ve akılcı uygulamalarla gerçekleştiren kapsamlı bakım sürecidir (1). Doğum öncesi bakım (DÖB) annenin ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde temel koruyucu sağlık hizmetlerinden olup, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak takip edilmesidir (2).

DSÖ verilerine göre 2017 yılında her gün yaklaşık 810 kadın gebelik ve doğumla ilgili önlenebilir sebeplerden hayatını kaybetmiştir. Tüm anne ölümlerinin %94'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Kadınlar gebelik döneminde, doğum sırasında ve sonrasında oluşabilecek çeşitli komplikasyonlar sonucu hayatını kaybetmektedir. Doğum öncesi, sırası ve sonrasında nitelikli bakım, kadınların ve yenidoğanların hayatlarını kurtarabilir (3). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü Ulusal Anne Ölümleri Çalışması sonuçlarına göre gebelik, doğum, lohusalık sürecinde gerçekleşen anne ölümlerinin %25,5'i DÖB'ün hiç alınmamasına, %23,6'sı da DÖB hizmetinin düşük kalitede alınmasına bağlı olduğu saptanmıştır (4). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) İleri Analiz Çalışmasına göre anne çocuk sağlığı hizmetleri açısından büyük önem taşıyan DÖB alanında çarpıcı bir iyileşme söz konusudur. 1993 yılında üreme çağındaki kadınların %62'si DÖB alırken, 2018 yılında bu rakam %96'ya çıkmıştır (5, 6).

1998 TNSA'nın Türkiye'de DÖB Hizmetlerinden Yararlanma isimli İleri Analiz Çalışması incelendiğinde görülmektedir ki, 1993-1998 yılları arasında DÖB alan annelerden dörtte biri bu hizmeti ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, sağlık ocağı gibi birinci basamak kamu kuruluşlarından almıştır (7). Günümüzde gebelik döneminde hekimler tarafından verilen bakım hizmetlerinin anne bebek ölümlerini azalttığı kanıtlanmıştır (8). DÖB, üreme çağındaki kadınlar için birinci basamak sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçasıdır (9).

Aile hekimleri; kanıta dayalı tarama, danışmanlık, tıbbi bakım ve psikososyal destek dahil olmak üzere doğum öncesi bakım hizmeti sağlar (10). DÖB kapsamında; vitamin desteği, kilo kontrolü, bulaşıcı hastalıklar için tarama ve tedavi, uygun aşılamaların güncellenmesi ve teratojenik etkiler için ilaçların gözden geçirilmesi yer alır. Kronik hastalıkların kontrolü, gebelik sonuçlarını optimize etmek için çok önemlidir. Aile hekimleri; diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalıkları vb. durumları kontrol etmek için hastalarla birlikte çalışmalıdır (11).

Yapmış olduğumuz bu çalışmada Türkiye'deki aile hekimliği asistanlarının DÖB hakkındaki yaklaşımlarını, temel bilgilerini değerlendirmek, potansiyel eğitim ihtiyaçlarını belirlemek amaçlanmıştır. Diğer bir amacımız ise; aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatında iyileştirilecek alanları hedeflemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.2. Doğum Öncesi Bakımın Tanımı ve Amacı

DÖB, kadının sağlığına veya gebelik sonuçlarına yönelik biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri belirlemeyi ve değiştirmeyi amaçlayan bir dizi müdahaledir. Amaç, kadının ve gelecekteki çocuklarının sağlığını iyileştirmektir. DÖB, üreme çağındaki kadınlar için birinci basamak bakımın ayrılmaz bir parçasıdır (12). DÖB, annenin ve fetüsün her yönden sağlıklı bir süreç geçirmeleri için eğitim, danışmanlık, tarama ve tedaviyi içeren sistematik bir değerlendirmedir (13). DÖB'ün amacı; gebelik yaşının ve anneye ait risk faktörlerinin belirlenmesi, anne ve fetüs sağlığının değerlendirilmesi, sorunların öngörülmesi ve gerekli müdahaleler yoluyla anne için minimum riskle sağlıklı bir bebeğin dünyaya gelmesini sağlamaktır (14). DÖB, daha sağlıklı kadınlar, bebekler ve ailelerle sonuçlanan daha büyük bir sağlık bakım modelinin parçasıdır (15).

2017'den bu yana DSÖ; perinatal ölüm riskini azaltmak, olumlu bir gebelik süreci sağlamak ve DÖB memnuniyetini artırmak için gebelikte en az 8 ziyaret önermektedir. Son verilere göre, doğum öncesi ziyaret sıklığının artışı ile ölü doğum oranının azalmasının ilişkili olduğu gösterilmiştir. DÖB için 8 veya daha fazla ziyaret, 4 ziyaretle karşılaştırıldığında, perinatal ölümleri 1000 doğumda 8'e kadar azalttığı gösterilmiştir (3). DÖB ziyaretlerinin her biri, eşit derecede üç önemli husustan oluşur. Bunlar; olumsuz sonuç doğurabilecek durumların taranması, faydalı olduğu bilinen terapötik müdahalelerin yapılması ve hamilelik sırasında yaşanabilecek acil durumlarla başa çıkabilmek için gebelere eğitim verilmesidir (16). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG), gebelik öncesi bakımın ana bileşenlerini dört kategoride sınıflandırmıştır. Bunlar; fiziksel değerlendirme, risk taraması, aşılar ve danışmanlıktır. Risk taramasını ise 8 kategoride sınıflandırmıştır. Bunlar ise; üreme bilinci, çevresel toksinler-teratojenler, beslenme-folik asit, genetik, tütün-alkol dahil madde kullanımı, tıbbi durumlar-ilaçlar, bulaşıcı hastalıklar-aşılama ve psikososyal kaygılardır (12).

2.1. Gebelik

Gebelik, anne vücudu içinde gelişen fetüsün fizyolojik sürecidir. Gestasyonel yaş oosit dölleme zamanından önce gelen son adet döneminin ilk gününden itibaren geçen süredir. Gebeliğin başlangıcı 28 günlük düzenli bir adet döngüsü varsayıldığında, genellikle yumurtlamadan 2 hafta öncedir. Gebeliğin gestasyonel yaşı 280 gün veya tamamlanmış 40 hafta olarak hesaplanır. Gebelik dönemi, her biri 3 takvim ayı veya 3 trimesterden oluşan birimlere ayrılabilir. İlk üç aylık dönem, embriyonik ve fetal dönemlere ayrılabilir. Embriyonik dönem, dölleme zamanında veya 2-10 haftalık gebelik döneminde başlar. Embriyonik dönem, organogenezin meydana geldiği ve embriyonun teratojenlere en duyarlı olduğu dönemdir (17).

Gebeliğin tanısı; kan veya idrarda insan koryonik gonadotropin (hcg) tespiti, fetüsün ultrasonografi ile görüntülenmesi, fetal kalp atımının duyulması ve fetal palpasyon ile konulabilir. Fetal kardiyak aktivite genellikle el doppler cihazı ile gebeliğin 10-12. haftalarında veya bazen hasta zayıfsa daha erken saptanabilir (18). 22. gebelik haftasından sonra fetüs annenin karın duvarından palpe edilebilir ve pozisyonu leopold manevralarıyla belirlenebilir. Transvajinal sonografi ile kardiyak aktivite 5-6 haftada, ekstremiteler tomurcukları 7-8 haftada, parmak ve ekstremiteler hareketleri 9-10 haftada fark edilebilir. 6-13. gebelik haftaları arasında gestasyonel yaş baş-popo uzunluğu ile yaklaşık 3-5 gün veya % 8 hata payı ile belirlenebilir (17).

Gebeliğin erken dönem tanısında hcg β subüniti kullanılır. Fertilizasyondan 8 gün sonra sinsityoblastlar tarafından üretilir. β -hcg'nin yarı ömrü 1,5 gündür (19). Serum gebelik testleri daha spesifik ve hassastır, implantasyondan 8-11 gün sonra son menstürasyondan 21 gün sonra maternal serumda tespit edilir. Canlı intrauterin gebeliği olanlarda β -hcg'nin yaklaşık 2 katına çıkma süresi 1,5-2 gündür (20). İdrarda gebelik testi güvenilir, hızlı (1-5 dk) ve ucuzdur. 5-50 mIU/mL arasındaki β -hCG düzeylerini tespit eder, bu durum kullanılan kitlere göre değişebilir. Evde yapılan gebelik testi sabah ilk idrarla bakılan kalitatif bir testtir. Pozitif test genellikle renk değişikliği ile olur (17). Birkaç çalışma gebeliğin erken tespiti için klinik bulguları ve fizik muaynenin değerini incelemiştir. Bu belirtiler varsa gebelik ihtimali artar, ancak bu belirtilerin olmaması gebeliği dışlamamaktadır (21, 22).

Tablo 1. Gebelik İçin Şüpheli Semptom ve Bulgular

Amenore

Bulantı ve kusma

Göğüslerde büyüme ve hassasiyet

Sık idrara çıkma

Cilt bulguları (kloazma-linea nigra-spider telenjektazi-palmar eritem)

Fetal hareketlerin hissedilmesi

Bazal vücut ısı artışı

Uterin kontraksiyonlar

Gebelikte tahmini doğum tarihini erken belirlemek tarama testlerinin programlanması ve doğumun planlanması için oldukça önemlidir (23). Tahmini doğum tarihi ve gestasyonel yaş son adet tarihine ve Neagale kuralına göre belirlenmelidir. Bu yöntem son adet tarihinin ayından 3 ay geriye gidip son adet ilk gününe 7 gün eklenmesiyle bulunur. Örneğin; son adet tarihinin günü 14 temmuz ise bebeğin tahmini doğum tarihi 21 nisandır (17). Ancak bu yöntemin bazı kısıtlılıkları vardır. Kadınların çoğu son adet tarihinden emin değildir. Bir çalışmada kadınların yaklaşık yarısının son adet tarihini doğru bir şekilde hatırladıkları bildirilmiştir (24). Menstüral dönemlerin düzensiz olması, döngü uzunluğunu değiştiren ilaçların kullanımı son adet tarihini belirlemede karışıklık yaratabilir (20).

2.3. Doğum Öncesi Bakımın Önemi

DSÖ verilerine göre her gün yaklaşık 800 kadın ve 6700 bebek doğum sırasında hayatını kaybetmektedir. Ayrıca her gün yaklaşık 5400 bebek ölü doğmaktadır, bu ölümlerin %40'ı doğum eylemi ve doğumla bağlantılıdır. Çoğu anne ve bebek ölümleri gebelik, doğum ve yaşamın ilk günlerinde güvenli ve kaliteli bakım sağlanması yoluyla önlenabilir (25).

DSÖ, ölü doğum ve gebelik komplikasyonları riskini azaltmak ve kadınlara sağlıklı bir gebelik süreci sağlamak amacıyla DÖB kalitesini artırmak için tavsiyeler yayınlamaktadır. DSÖ verilerine göre 2015 yılında tahminen 303 bin kadın maternal ve perinatal komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. 2,7 milyon neonatal ölüm ve 2,6 milyon ölü doğum gerçekleşmiştir. Son 20 yılda önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, gebelik ve doğum sırasında daha yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişim bu ölümlerin ve hastalıkların çoğunu önleyebilmektedir (3).

Dünya genelinde anne ölümlerinin %70'den fazlası kanama, hipertansif bozukluklar, sepsis ve kürtaj gibi maternal ve perinatal komplikasyonlar sonucu meydana gelmektedir (26). Anne sağlığının iyileştirilmesi için önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da maternal ve perinatal komplikasyonlar üreme çağındaki kadınlarda halen önde gelen morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır (27). Doğum öncesi dönemdeki fetal kayıplar ise daha çok maternal enfeksiyon, gestasyonel hipertansiyon ve fetal büyüme geriliği ile ilişkilidir (28). Amerika'da Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinden (CDC) alınan verilere göre; bebeklerin %12'si erken doğmakta, gebeliklerin ise %31'i anne sağlığı sorunları nedeniyle komplike hale gelmektedir. Gebelik sürecinde kadınların %11'i sigara içmekte ve %10'u alkol tüketmektedir. Ayrıca gebelerin %69'u folik asit takviyesi almamakta ve %3'ü teratojen olduğu bilinen ilaçlar ve takviyeler kullanmaktadır (29). Çoğu kadın, ilk DÖB ziyaretini hamileliğinin 8. haftasında veya daha sonra yapar, ancak ilk doğum öncesi ziyaretten önceki süre fetal gelişim için en fazla riski taşır. Bir aile hekimliği asistanlığı kliniğinde yapılan ankette, gebelik testi negatif olan 136 kadının %52'sinin gelecekteki gebeliğini olumsuz etkileyebilecek tıbbi bir risk taşıdığı gösterilmiştir (30). Gebeliğin ilk haftalarının anne adayları tarafından bilinçsiz şekilde geçirilmesinin bahsedilen kötü gebelik sonuçları ile doğrudan ilişkili olması DÖB'ün önemini ortaya koymaktadır (31).

2.4. Dünyada Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

DSÖ perinatal ölüm riskini azaltmak, olumlu bir gebelik süreci sağlamak ve DÖB memnuniyetini artırmak için gebelikte en az 8 ziyaret önermektedir, ancak; küresel, bölgesel ve ülke düzeyindeki veri raporlaması, önceki tavsiyeyle uyumlu olarak şu anda yalnızca en az 4 ziyaret için mevcuttur. Bu verilere göre en az 4 kez DÖB alan kadınların oranı Sahra Altı Afrika ülkelerinde %13, Avrupa'da, Latin Amerika'da ve Karayipler'de ise %90'nın üzerindedir. Ülkeler arasında büyük farklılıklar gözlenmektedir. Herhangi bir sağlayıcı tarafından 15-49 yaş arası kadınlarda 2015-2020 yılları arasında 4 kez DÖB alma oranı anne ölümlerinin yüksek olduğu Batı ve Orta Afrika'da %53, Güney Asya'da %49, Doğu ve Güney Afrika'da %54, Latin Amerika'da ve Karayipler'de %91 olup dünya genelinde ise %59'dur. Tarihsel veriler, en az 4 kez DÖB alan kadınların oranının son on yılda küresel olarak arttığını göstermektedir. Dünya genelinde 4 kez DÖB alan kadınların oranı 2007-2013 yılları arasında %58 iken, 2014-2020 yılları arasında ise %63'tür. En az 4 kez DÖB alan kadınlarda büyük bölgesel ve küresel eşitsizlikler gözlemlenmektedir. Kentsel alanlarda yaşayan kadınların, kırsal alanlarda yaşayanlara göre en az 4 kez DÖB alma olasılığı daha yüksektir. Dünya genelinde en az 4 kez DÖB alan kadınların oranı kırsal bölgelerde yaşayanlarda %49 iken, kentsel bölgelerde yaşayanlarda %73'tür (32).

2.5. Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

Türkiye'de kadınların neredeyse tamamı (%96) 2018 TNSA verilerine göre araştırma tarihinden önceki son 5 yıl içinde gerçekleşen son gebeliklerinde uzman sağlık personelinin DÖB almıştır. Bu bakım genellikle bir doktor tarafından verilmiştir (%94). DÖB'ün sadece %3'ü bir hemşire veya bir ebe tarafından verilmiştir. 1993'ten beri en az 4 kez DÖB alan kadınların yüzdesi giderek artmaktadır. Ancak bu değişimin hızı 2013'ten bu yana belirgin olarak yavaşlamıştır. Türkiye'de kırsal bölgelerde yaşayan kadınlarda en az 4 kez DÖB alma oranı %84 iken, kentsel bölgelerde bu oran %91'dir (33). UNICEF verilerine göre ise Türkiye'de 15-49 yaş arasında herhangi bir sağlayıcı tarafından en az 4 kez DÖB alan kadınların oranı 2003 yılında %53,9, 2008 yılında %73,7, 2013 yılında %88,9, 2018 yılında ise %89,7'dir (34).

2.6. Doğum Öncesi Bakımın Kapsamı

DÖB’de yaygın konular arasında aile planlaması, sağlıklı bir vücut ağırlığına ulaşmak, bulaşıcı hastalıkların taranması ve tedavisi, uygun bağışıklamaların sağlanması ve teratojenik etkiler için ilaçların gözden geçirilmesi yer alır. Hamile kalmak isteyen kadınlara, nöral tüp defekti (NTD) riskini azaltmak için folik asit takviyesi verilmelidir. Kronik hastalıkların kontrolü, gebelik sonuçlarını optimize etmek için esastır. Aile hekimleri diyabet, hipertansiyon ve nöbet bozuklukları gibi durumları kontrol etmek için hastalarla birlikte çalışmalıdır (9).

DÖB kapsamında fizik muayene önemli bir yere sahiptir. Leopold manevraları 36. gebelik haftasından itibaren fetal prezentasyonun değerlendirilmesi için yapılmalıdır. Çoğu kılavuz her doğum öncesi ziyarette kan basıncı ölçümünü önermekle birlikte, optimal sıklığı belirlemek için daha fazla araştırma gereklidir. Ödem, gebelerin %80’inde görülmekte olup klinik olarak değerlendirilmelidir. Fetüsün canlılığını doğrulamak için her doğum öncesi ziyarette fetal kalp oskültasyonu önerilir. Fundus yüksekliğinin ölçümü, 12. haftadan itibaren her doğum öncesi ziyarette önerilir ve izlem amacıyla not edilmelidir.

Vücut kitle indeksini (VKİ) belirlemek için ilk doğum öncesi ziyarette annenin boyu ve kilosu ölçülmeli ve sonraki tüm ziyaretlerde kilo ölçümü yapılmalıdır (23). Doktorlar, erken doğum ve doğum sonrası gebeliğin yönetimine yardımcı olmak için tahmini doğum tarihini en doğru şekilde belirlemelidir. RhD (+) fetüs, RhD (-) annelere alloimmünizasyon riskini azaltmak için Rh_o(D) IG (rhogam) verilmelidir.

Gebelerde anemi taraması yapılmalı, demir eksikliği anemisi olan kadınlara tedavi önerilmelidir. Folik asit takviyesi, 0,4-0,8 mg şeklinde gebe kalmadan en az bir ay önce başlanmalıdır. Kadınlar ilk doğum öncesi ziyaret sırasında kızamık, kızamıkçık ve kabakulak bağışıklığı açısından taranmalıdır. Gebelere influenza mevsiminde inaktive influenza aşısı ve B grubu streptokok taraması önerilmelidir. Gebeler 11. ve 16. gebelik haftaları arasında asemptomatik bakteriüri açısından taranmalıdır. Gebelere 24 ve 28. gebelik haftaları arasında gestasyonel diyabet taraması için bir glikoz yükleme testi önerilmelidir. Fetal hareketlerin sayımı önerilmemelidir (23).

DÖB kapsamında bazı konularda danışmanlık verilmelidir. Uçak yolculuğu genellikle tahmini doğum tarihinden 4 hafta öncesine kadar güvenlidir (35). Ancak uzun yolculuklar tromboz riskinde artış ile ilişkilidir. Hamilelik sırasında cinsel ilişki, olumsuz sonuçlarla ilişkili değildir. Alkol tüketimi sorgulanmalıdır. Alkol tüketimi için güvenilir bir miktar bulunmamakla beraber alkolün tüketilmemesi önerilmelidir. Tüm hamile kadınlar tütün kullanımı açısından taranmalı ve sigara içenlere hamileliğe özel danışmanlık verilmelidir (36). Davranış danışmanlığı ve emzirme eğitimi emzirme başarısını artırabilmekte olup, emzirme hakkında danışmanlık verilmelidir (37). Egzersiz haftada en az 5 gün 30 dakika orta düzeyde önerilmektedir (38). Saç boyaları fetal malformasyonla net bir şekilde ilişkilendirilmemiş olsa da, hamileliğin erken döneminde maruz kalmaktan kaçınılmalıdır (39). Gebeliğin ilk trimesterinde spa ve saunalardan kaçınılmalıdır, gebeliğin erken döneminde ısıya maruziyet NTD’de artış ile ilişkilendirilmiştir (40).

Gebelikte diyet konusunda da öneriler mevcuttur. Kafein tüketiminin günde 150-300 mg ile sınırlandırılması önerilmektedir (41). Hamile kadınlar pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinden uzak durmalı, çiğ yumurtadan kaçınılmalı, meyve ve sebzeleri yemeden önce yıkamalı, çiğ veya az pişmiş etlerden kaçınılmalı, çiğ balık ve kabuklu deniz ürünlerinden kaçınılmalı, dip balığı (köpekbalığı, kılıç balığı, kral uskumru, çini balığı) tüketiminden kaçınılmalıdır (36).

2.6.1. İdeal kilo, sağlıklı beslenme ve egzersiz

Üreme çağındaki tüm kadınlar beslenme yeterliliği açısından değerlendirilmeli, yetersiz beslenme durumunda multivitamin takviyesi verilmelidir. Tavsiye edilen günlük miktarı aşan takviyelerin alınmasına karşı dikkatli olunmalıdır (42). Kadınlar gebelik döneminde sağlıklı bir bebek yetiştirmek için karbonhidratların sağladığı enerjiye ihtiyaç duymaktadır. Karbonhidrattan elde edilen glikoz, intrauterin büyüme için kullanılan ana yakıttır. Gebelik döneminde karbonhidrat tüketimi için önerilen günlük alım miktarı 175 gramdır. Gebelerin sebze, meyve, fasulye, bezelye, mercimek ve az yağlı süt ürünleri gibi gıdalarda doğal olarak bulunan düşük glisemik indeksli yüksek kaliteli karbonhidratları seçmeleri önemlidir (43).

Gebelik döneminde yağ tüketimi için günlük önerilen bir miktar olmamasına rağmen gebelerin, toplam diyet yağ tüketimi toplam kalorisinin %25-35'i arasında tutmayı öneren yönergeler mevcuttur (44). Gebelik döneminde protein tüketimi için günlük önerilen alım miktarı 71 gramdır. Kırmızı ve beyaz et, deniz ürünleri, yumurta, süt ve süt ürünleri, fasulye, mercimek ve kuruyemiş zengin protein kaynaklarıdır. Ayrıca gebelerin makul miktarda balık tüketimi faydalıdır, ancak dokosaheksaenoik asit/cıva oranı düşük balıkların az miktarlarda tüketilmesi önerilir. Yüksek cıva konsantrasyonu içeren balıklardan (kılıç balığı, kral uskumru ve kiremit balığı) kaçınılmalıdır (45).

Üreme çağındaki kadınların VKİ'si en az yılda bir kez hesaplanmalıdır. VKİ'si normal aralığın dışında olan kadınlar için gebelik öncesi danışmanlık son derece önemlidir. VKİ'si $\geq 26 \text{ kg/m}^2$ olan tüm kadınlara gelecekteki gebeliklerine yönelik riskler hakkında bilgi verilmelidir. Bu kadınlara kalori alımını azaltmak ve fiziksel aktiviteyi artırmak için özel davranış stratejileri sunulmalıdır. Ayrıca VKİ'si $\leq 19,8 \text{ kg/m}^2$ olan tüm kadınlara da gelecekteki gebeliklerine yönelik riskler hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır. Düşük VKİ'ye sahip tüm kadınlar yeme bozuklukları açısından değerlendirilmelidir (42).

Tıp Enstitüsü'nün (IOM) hamilelik sırasında kilo alımına ilişkin yönergeleri; ACOG ve dünya çapındaki diğer profesyonel kuruluşlar tarafından geniş çapta kabul edilmekte ve onaylanmaktadır (46). IOM'nin Haziran 2009'da güncellenen ancak 1990'da yayınlananlara çok benzeyen kilo alma yönergeleri, gebelik öncesi VKİ'si yüksek olan kadınlar için daha düşük kilo alınmasını önermektedir (47). IOM ve Ulusal Araştırma Konseyi'nin (NRC) "Gebelikte Kilo Alımı" başlıklı 2009 raporu, hamilelik sırasında önerilen kilo alımı için mevcut standardı belirlemiştir. Mevcut IOM/NRC kılavuzları hamilelik öncesi VKİ'ye göre; zayıf olan kadınların 12,5-18 kilo, normal kiloya sahip olan kadınların 11,5-16 kilo, aşırı kilolu kadınların 7-11,5 kilo ve obez kadınların ise 5-9 kilo almalarını tavsiye etmektedir (48).

Birçok epidemiyolojik veri bu kılavuzlara uygunluk gösteren gebelerin, göstermeyenlere kıyasla daha iyi perinatal sonuçlar aldığını göstermektedir. Kılavuzların dışında kilo alımıyla ilişkili sonuçlar arasında; erken doğum, gestasyonel diyabet, sezaryen, düşük doğum ağırlığı, makrozomi ve yenidoğan morbiditesi yer alır (49). Uygun diyet ve egzersiz gebeliğin çeşitli komplikasyonlarını önleyebilir (50).

ACOG gebelerin haftada en az 5 gün 30 dakikalık fiziksel aktivitede bulunmalarını önermektedir (38). Gebelik döneminde fiziksel aktivite, aşırı gestasyonel kilo alımını sınırlayabilir ve doğum sonrası kilo alımını önleyebilir (51). Herhangi bir kontrendikasyonu olmayan gebelere fiziksel aktivite önerilmeli, fiziksel aktivite sağlıklı bir gebeliğin güvenli ve faydalı bir bileşeni olarak görülmelidir (52). Düzenli ve orta şiddetli egzersizin maternal ve perinatal riskleri artırmadığı tespit edilmiştir (53). Egzersiz esnasında gebelerin vücut ısısının 38°C'nin üzerine çıkması önlenmeli, şiddetli egzersiz sınırlandırılmalı, bol giysiler giyilmesi önerilmelidir (54).

2.6.2. Vitamin ve mineral desteği

DÖB kapsamında önerilen folik asit takviyesinin etkinliğini destekleyen kanıta dayalı birçok veri bulunmaktadır. Bu takviyeyle üreme çağındaki tüm kadınlar için önerilen 400 mcg/gün ile NTD'de %93 azalma ve daha önce NTD'li çocukları olan kadınlar için önerilen 4 mg/gün ile tekrarlayan NTD'lerde %69 azalma kaydedilmiştir (55). Folik asit takviyesine, gebe kalmadan en az bir ay önce başlamalı ve gebe kaldıktan en az 28 gün sonrasına kadar (nöral tüp kapanma zamanı) devam edilmelidir. Planlı gebe kalmanın öngörülemezliği göz önüne alındığında, üreme çağındaki tüm kadınlar menarştan menopoza kadar folik asit takviyesi almalıdır.

Antiepileptik (karbamazepin, valproik asit vb.) ve folik asit metabolizmasına etki edebilecek ilaçlar kullananlar, homozigot metilentetrahidrofolat redüktaz enzim mutasyonları olanlar veya obez kadınlar daha yüksek dozlarda folik asit takviyesine ihtiyaç duyabilir (56). Folik asit takviyesinin yanı sıra tüm kadınlara folat içeriği zengin dengeli ve sağlıklı bir beslenme tavsiye edilmelidir (42).

Kalsiyum takviyesi ise bazı araştırmalara göre preeklampsinin önlenmesinde önemli bir yarar sağlamaktadır. Ancak bazı araştırmalar, kalsiyum takviyesinin kas tonusunu etkileyeceğini ve bu nedenle erken doğum riskine katkıda bulunabileceğini ne sürmüştür (57). Bununla birlikte, kalsiyum takviyesinin gebelik ve bebek sonuçları üzerindeki etkisi belirsizliğini korumaktadır. Ancak bazı çalışmalara göre kalsiyum takviyesinin fetal büyüme ve kemik mineralizasyonu üzerinde faydalı olduğu gözlemlenmiştir (58).

İyot eksikliği olan üreme çağındaki kadınlar, gebelik öncesi dönemde 150 µg/gün ve hamile veya emzirirken en az 200 µg/gün iyot alınması hakkında bilgilendirilmelidir (42). Başlıca iyot kaynakları arasında iyotlu tuz, deniz ürünleri, yosun ve süt ürünleri bulunur. ABD'nin iyot tüketimi için önerilen günlük alım miktarı 220 µg/d'dir. DSÖ /Uluslararası İyot Eksikliği Bozukluklarının Kontrolü Konseyi, 250 µg/gün iyot önermektedir (45). İleri derecede iyot eksikliği olan popülasyonlarda iyot profilaksisinin gebelikte doğum ağırlığını arttırdığı, maternal ve fetal hipotiroidizmi azalttığı ve entelektüel gelişimi iyileştirdiği gösterilmiştir (59).

ABD Endokrin Topluluğu önerilerinde gebelikte D vitamini düzeyinin >30 ng/mL (>75 mmol/L) olması gerektiğini ve bu düzeye erişmek için günde 1500-2000 IU D vitamini alınmasını vurgulamaktadır (60). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 9 Mayıs 2011 tarihinde yayınladığı genelge ile D vitamini eksikliğini önlemek için gebelere D vitamini destek programı başlatılmıştır. Her gebeye günlük tek doz 1200 IU D vitamini, gebeliğin 12. haftasından itibaren doğum sonrası 6. aya kadar önerilmektedir (61).

Gebelikte plazma hacmi %40-50, eritrosit hacmi ise %15-25 oranında artış gösterdiği için gebelikte demir gereksinimi artar. Gebelik döneminde önerilen günlük demir miktarı 27 mg ve emzirme döneminde ise 9 mg'dır (62). CDC, gebelerde demir eksikliği anemisi taraması yapılmasını ve demir gereksinimlerini karşılamak için evrensel demir takviyesi uygulanmasını önermektedir (62, 63). Demir eksikliği anemisi, erken doğum, intrauterin büyüme geriliği ve perinatal depresyon riskinde artış ile ilişkilidir. Tüm gebeler, gebeliğin erken döneminde anemi açısından taranmalı ve gerekirse tedavi edilmelidir (64).

CDC'ye göre anemik kabul edilen hemoglobin (hgb) ve hematokrit (htc) değerleri; ilk trimesterde hgb <11 g/dL ve htc <%33; ikinci trimesterde hgb <10.5 g/dL ve htc <%32; üçüncü trimesterde hgb <11 g/dL ve htc <%33 şeklindedir (63). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 31 Ocak 2007 tarihinde yayınladığı genelge ile demir eksikliğini önlemek için gebelere demir destek programı başlatılmıştır. Bu program kapsamında gebelere günlük 40-60 mg elementer demir önerilmiştir. Gebelere 4. aydan (ikinci trimester) itibaren gebelik süresince 6 ay ve doğum sonrası 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süreyle, elementer demir kullanılması önerilmiştir (65). Gebelikte düşük doz demir takviyesi, maternal hematolojik parametreleri iyileştirir, term bebekte demir eksikliği anemi riskini azaltır (66). Demir takviyesi term bebekte anemi sıklığını %73 ve demir eksikliği anemi sıklığını %67 oranında azaltmıştır (67).

2.6.3. Bağışıklama

DÖB kapsamında aşılama, anne ve bebeği koruyan tek müdahaledir. Annenin aşı yaptırmasını etkileyen temel faktör hekimlerin güçlü tavsiyeleridir (68). Çoğu hekim ilk trimester döneminde anneyi aşılamada çekimser davranmaktadır. Bunun nedeni, ilk trimesterde rutin aşı uygulamasının spontan düşük veya doğum kusurları ile kanıtlanmamış bir ilişki olduğunun sanılmasıdır (69). Gebelikte annenin bağışıklığının baskılanması ve yenidoğan dönemi; anneyi ve bebekleri enfeksiyonlara karşı savunmasız hale getirir. Gebelik döneminde influenza ile ilişkili morbidite ve mortalitenin arttığı tespit edilmiştir (70). ACOG, grip mevsiminde gebelik planı olan veya hamile olan tüm kadınların hamileliğin herhangi bir döneminde aşılanmalarını tavsiye etmektedir (71).

Hepatit B aşısı, orta ve yüksek endemisite görülen bölgelerde (nüfusun $\geq$ 2'sinin HBsAg pozitif olduğu) üreme çağındaki tüm kadınlara önerilmelidir. Hepatit B'nin perinatal bulaşı, %90 oranında kronik enfeksiyona neden olarak, gelecekte siroz ve hepatoselüler karsinom riskini arttırır (56). Annelere Hepatit B taraması yapılmalı, tüm riskli kadınlar hamilelikten önce aşılanmalıdır. Ayrıca dikey bulaş açısından danışmanlık verilmelidir (72). Human papilloma virus (HPV) aşısı gebelik döneminde önerilmez. Bir kadının aşı serisine başladıktan sonra hamile olduğu tespit edilirse, 3 dozluk serinin geri kalanı hamileliğin tamamlanmasına kadar ertelenmelidir (73).

Özellikle anne ve yenidoğan tetanozunun yaygın olduğu bölgelerde üreme çağındaki kadınlarda tetanoz aşısı güncel kalmalıdır (74). Kadınlar her hamilelikte difteri, tetanoz ve aselüler boğmaca (Tdap) aşısı olmalıdır. Aşılama için en uygun zaman, antikor yanıtı ve fetüse karşı pasif bağışıklık için 27 ile 36. haftalar arasıdır (75).

Üreme çağındaki tüm kadınlar kızamık, kızamıkçık ve kabakulak bağışıklığı açısından taranmalıdır. Aşılanmamış veya bağışıklığı olmayan kadınlara kızamık, kızamıkçık, kabakulak (MMR) aşısı önerilmelidir. Canlı bir aşı olan MMR aşısı ve suçiçeği aşısı yapıldıktan sonra 3 ay gebe kalmamaları tavsiye edilmelidir. Suçiçeği aşısı hamilelik sırasında kontrendike olduğundan, suçiçeği taraması gebelik öncesi ziyaretin bir parçası olmalıdır. Suçiçeği bağışıklığı olmayan doğurganlık çağındaki tüm gebe olmayan kadınlar suçiçeğine karşı aşılanmalıdır (42).

2.6.4. Enfeksiyonlar

Antepartum ve peripartum enfeksiyonlar perinatal mortalite ve çocukluk çağı morbiditesi açısından önemli bir yere sahiptir. Orjinal TORCH kompleksi, toksoplasma gondii, rubella virüsü, sitomegalovirüs (CMV) ve herpes simpleks virüsünün neden olduğu klinik olarak benzer konjenital enfeksiyonların bir grubunu tanımlayan bir kavramdır (76). Kısaltmanın sifiliz, listeriozis, varicella zoster virüsü, parvovirüs B19, zika virus, hepatit B ve HIV gibi “Diğer” enfeksiyonları içerecek şekilde genişletilmesinin ardından, TORCH grubu enfeksiyonlar DÖB kapsamında önemli bir yer oluşturmuştur. Bu enfeksiyonlara karşı korunma yolları anlatılmalı ve gerekli tetkikler yapılmalıdır (77).

Gebelik döneminde toksoplazma gondi, listeria monositogenez ve CMV gibi anneden bulaşan enfeksiyonlar bebekte ciddi sorunlar oluşturabilir, ancak yaşam tarzı ve davranış değişiklikleriyle bu durum önlenabilir (78). Konjenital toksoplazmozisde zeka geriliği, körlük ve epilepsi gözlenebilir (79). Toksoplazmozisi önlemek amacıyla gebelere çiğ veya az pişmiş et tüketmemeleri, meyve ve sebzeleri iyice yıkamaları, kedi dışkısı ve toprak ile temastan kaçınmaları önerilmelidir (80).

Listeriozis nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen, gebelikte genel popülasyona göre 17 kat daha fazla görülür. Erken doğum, spontan düşük veya ölü doğum gibi ciddi sonuçlar doğurabilir. Listeriyozisi önlemek amacıyla gebelere pastörize edilmemiş süt ürünleri tüketmemeleri, meyve ve sebzeleri iyice yıkamaları ve tüm dondurulmuş gıdaları ısıtmaları önerilmelidir (81).

CMV enfeksiyonunda zeka geriliği, görme kaybı, motor büyüme geriliği, mikrosefali ve işitme kaybı gözlenebilir. CMV enfeksiyonlarını önlemek amacıyla bebek bezi değişiminden sonra ellerin yıkanması ve küçük çocuklarla mutfak eşyalarının paylaşılmaması önerilmelidir (82). Parvovirus B19, küçük çocuklarla uzun süreli yakın temas yoluyla bulaşır. Serolojik test, önceki bağışıklığı belgelemek için mümkündür ancak bu organizmalar için rutin olarak önerilmemektedir (83).

Gebelik döneminden önce anne ve baba adayları HIV serolojisi hakkında bilgi sahibi olmalı ve güvenli cinsel uygulamalar hakkında bilgilendirilmelidir. Testi pozitif çıkan kadınlar bebeğe dikey geçiş riskleri ve ilişkili morbidite ve mortalite olasılıkları konusunda bilgilendirilmelidir. Bu kadınlara doğum kontrolü önerilmelidir. Gebeliği tercih eden kadınlara, dikey geçişi önlemek için tedavinin uygulanabilirliği konusunda danışmanlık yapılmalı ve tedaviye hamilelikten önce başlanmalıdır. DÖB kapsamında, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskleri düzenli ve rutin olarak değerlendirmeli, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaşmasını önlemek için danışmanlık verilmelidir. Yüksek riskli kadınlar gebelik öncesi ziyarette gonore için taranmalı ve enfekte olmuş kadınlar tedavi edilmelidir. Tarama ayrıca hamileliğin erken döneminde yapılmalı ve yüksek riskli kadınlarda tekrarlanmalıdır.

25 yaşından küçük tüm cinsel açıdan aktif kadınlar ve klamidya enfeksiyonu riski yüksek olan tüm kadınlar rutin karşılaşmalarda taranmalıdır. Yüksek riskli kadınlar gebelik öncesi ziyarette sifiliz açısından taranmalı ve enfekte olmuş kadınlar tedavi edilmelidir. CDC, hamilelik sırasında tüm kadınların sifiliz için taranmasını önerdiğinden, sifiliz için gebe kalmadan hemen önce tarama yapılmasını önermektedir. DÖB ziyareti sırasında, genital herpes öyküsü olan kadınlara vertikal bulaşma riski hakkında bilgi verilmelidir. (42).

Aseptomatik bakteriüri, gebeliklerin %2-7'sini komplike hale getirir. Tüm gebeler gebeliğin 11-16. haftaları arasında taranmalı ve pozitifse tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, piyelonefrit ve erken doğum riskini azaltmak için tedavi edilmelidir (23). Hamilelik sırasında aseptomatik bakteriürisi olan kadınların prematüre veya düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma olasılığı daha yüksektir. Bakteriürisi olmayan kadınlara kıyasla hamilelik sırasında piyelonefrit gelişme riski 20-30 kat daha fazladır (84). Bir Cochrane sistematik incelemesinde, gebelikte aseptomatik bakteriüri tedavisinin piyelonefrit riskini %20-35 aralığından, %1-4 aralığına indirdiği raporlanmıştır (85).

Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (IDSA), aseptomatik bakteriürisi olan hamile kadınlar için 3-7 günlük bir antimikrobiyal tedavi önermektedir (86). ACOG, ilk doğum öncesi ziyarette idrar kültürü alınmasını önermektedir. Üçüncü trimesterde idrar kültürü tekrarlanmalıdır, çünkü tedavi edilen hastaların idrarı tüm gebelik boyunca steril kalmayabilir (87). Hamilelik sırasında aseptomatik bakteriüri taraması, gebeliğin 12-16. haftalarında veya ilk doğum öncesi ziyarette idrar kültürü ile yapılır. Şu anda gebelikte tarama için idrar kültürü önerilmektedir (88).

İdrar kültüründe 100.000'den fazla koloni tespit edilmişse piyelonefriti önlemek için antibiyotiklerle tedavi edilmelidir. Potansiyel seçenekler arasında beta-laktamlar, nitrofurantoin ve fosfomisin bulunur. Aseptomatik bakteriüri için optimal antibiyotik süresi belirsizdir. Fetusun antimikrobiyal maruziyetini en aza indirmek için kısa süreli antibiyotik tedavileri tercih edilir. Kısa süreli antibiyotik tedavisi genellikle gebeliğin aseptomatik bakteriürisini ortadan kaldırmada etkilidir, ancak tek doz tedaviler, uzun tedaviler kadar etkili olmayabilir. Örnek olarak, tek doz tedaviyi, 4-7 günlük tedavilerle karşılaştıran 13 çalışmanın meta-analizinde; tek dozluk bir antibiyotik rejiminin, kısa süreli (4- 7 günlük) bir rejimden daha az etkili olabileceği sonucuna varılmıştır (89). Bir istisna olarak, bakteriüriyi başarılı bir şekilde tedavi eden tek doz fosfomisindir. Bu ilaç ile daha uzun süreli tedavileri karşılaştıran üç çalışmada; tek doz fosfomisinin bakteriüriyi ortadan kaldırmada uzun süreli tedaviler kadar etkili olduğu saptanmıştır (90).

2.6.5. İlaç kullanımı

Annenin kullandığı ilaçlar plasentadan geçerek fetüsa zarar verebilmektedir. Tüm doğum kusurlarının yaklaşık %2-3'ü ilaç kullanımından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle gebelik döneminde gerekli endikasyon olmadıkça ilaç kullanımı kısıtlanmalıdır (91). Gebelerin yaklaşık %8'i çeşitli kronik hastalıklar ve gebeliğe bağlı komplikasyonlar nedeniyle ilaç tedavisine ihtiyaç duymaktadır (92).

8 farklı sağlık kuruluşunda yapılan retrospektif bir çalışmada, gebelerin %59'una vitamin veya mineral takviyesi dışında ilaç reçete edildiği gösterilmiştir. Yine bu çalışmada gebelerin %13'ü bitkisel ilaç takviyesi almaktadır. Bu araştırmaya göre 1980 ve 2000 yılları arasında FDA tarafından onaylanan ve gebelik döneminde kullanılan ilaçların %90'ından fazlasının risk veya güvenliği hakkında yeterli bilgi bulunmadığı ortaya koyulmuştur (93). İlaçların güvenliğine ilişkin bilgi eksikliğine rağmen, gebelikte reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımının yaygın olduğu gösterilmiştir (94). Hamileliklerin %40-50'si plansız gerçekleştiğinden, aile hekimi her ilacı reçete ederken gebelik durumunu göz önünde bulundurmalıdır (95).

Gebelik öncesi bakımın bir parçası olarak, tüm kadınlar teratojenik ilaçların kullanımı açısından sorgulanmalı, reçetesiz satılan ilaçların kullanımı ve riskleri konusunda bilgilendirilmelidir. Gebelik döneminden önce kullanılan potansiyel teratojenik ilaçlardan, daha güvenli ilaçlara geçilmelidir. Kronik hastalık tanısı olan gebelere, hastalığını kontrol altında tutabilecek en az sayıda ve en düşük dozda ilaç kullanımı önerilmelidir (42).

2.6.6. Sigara, alkol ve madde kullanımı

Gebelikte sigara kullanımı, sigara içmeyen gebelere kıyasla daha yüksek gebelik komplikasyonları ve olumsuz doğum sonuçları ile ilişkilidir (96). Gebelikte sigara kullanımı; ektopik gebelik, plasenta previa, dekolman plasenta, ölü doğum ve erken membran rüptürü riskinde artış ile ilişkilidir (97). Sigara bırakmanın perinatal ölümlerin %10'unu, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %35'ini ve erken doğumların %15'ini önlediği gösterilmiştir (98).

Sigarayı bırakmak isteyen hastalar için “5A” davranışsal danışmanlık çerçevesi ACOG tarafından onaylanmıştır. Ayrıca ACOG nonfarmakolojik tedaviler başarısız olduğunda, nikotin sakızı veya nikotin bandı önermektedir (99). Gebelikte sigara içmeyi önlemeye yönelik tarama ve müdahaleler için “5 A” Sor, Değerlendir, Tavsiye Et, Yardım Et ve İzle’dir (100).

Gebelik döneminde alkol kullanımı, doğum kusurlarının ve gelişimsel bozuklukların önde gelen önlenabilir nedenlerinden biridir (101). Alkol kullanımı mental retardasyona, malformasyona, büyüme geriliğine ve davranış bozukluklarına neden olabilir (102). Kokain, esrar veya eroin gibi yasa dışı uyuşturucu kullanan kadınların hamilelikten önce bırakma konusunda danışmanlık verilmelidir. Kokain kullanımı; abortus, erken doğum ve büyüme geriliği ile ilişkilidir. Esrar yenidoğanda erken doğum ve kasılmalara neden olabilir. Eroin kullanımı intrauterin büyüme geriliğine, hiperaktiviteye ve ciddi neonatal yoksunluk sendromuna yol açabilir (103). Tüm kadınlar, tütün kullanımı açısından değerlendirilmelidir. Sigara içen kadınlara maruziyeti sınırlamaları tavsiye edilmelidir. Tüm kadınlar alkol kullanım alışkanlıkları ve riskli içme davranışları açısından en az yılda bir kez değerlendirilmeli ve uygun danışmanlık sağlanmalıdır. Gebelikte alkole maruz kalmanın embriyo/fetüs üzerindeki riskleri ve güvenli bir tüketim düzeyi belirlenmediği konusunda bilgi verilmelidir (42).

2.6.7. Gebelikte tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi

Tiroid bezi hastalıkları üreme çağındaki kadınlarda, endokrinopatiler arasında diyabetten sonra en sık görülen ikinci hastalıktır. Tiroid bezi hastalıklarının semptomları genellikle gebelik semptomlarını taklit etmekte olup, bu durum tanı koyulmasını zorlaştırmaktadır. Kontrol altında olmayan tiroid bezi hastalıkları, gebelik döneminde olumsuz sonuçlarla ilişkilidir. Gebelik döneminde bu hastalıkların yönetimi DÖB’ün önemli bir parçasıdır. Hipotiroidik hastalara, gebe kalmadan önce ötiroid hale gelmeleri konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır. Gebelik döneminde tiroid stimüle edici hormon (TSH) <2.5 mIU olacak şekilde levotiroksin tedavisi verilmelidir.

Hipertiroidik hastalara ise, mevcut tedavilerin düzenlenmesi ve olası yan etkilerin bilgilendirilmesi konusunda doğum öncesi danışmanlık verilmelidir. Propiltiourasil, gebeliğin ilk trimesterinde hipertiroidinin tedavisinde tercih edilen ajandır. İlk trimesterden sonra metimazole geçiş düşünülmelidir. Amerikan Tiroid Derneği (ATA) 2011 yönergesine göre; tüm hamile ve emziren kadınlara günde en az 250 mcg iyot alımı önermektedir. ATA gebeliğin ilk trimesterinde TSH üst sınırını 2,5 mIU/L olarak belirlemiştir. Ayrıca hipotiroidi tanılı hastalarda gebelik döneminde levotiroksin tedavisiyle TSH'ı 2,5 mIU/L'nin altına düşürmeyi hedeflemektedir (104).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) ise, gebelik planlayan kadınların veya gebelerin en az bir kez TSH düzeyinin ölçülmesini önermektedir. Hedef TSH değeri ilk trimester için <2.5 mIU/L, sonraki dönemler için <3 mIU/L olmalıdır (105). Gebelikte hipotiroidi kontrol altına alınmazsa; abortus, preeklampsi, düşük doğum ağırlığı, fetal ölüm ve ölü doğum riski artmaktadır. Hipertiroidi kontrol altına alınmaz ise; abortus, preeklampsi, düşük doğum ağırlığı, tiroid fırtınası, erken doğum ve konjestif kalp yetmezliği riski artmaktadır (106). Yetersiz iyot alımı ve tiroid bezi hastalıkları küresel sağlık sorunları arasındadır. Özellikle hipotiroidizm ve iyot eksikliği tedavi edilmediğinde ciddi maternal ve fetal sonuçlarla ilişkilidir (107). Artan tiroid hormon üretimi, artan renal iyot atılımı ve fetal iyot ihtiyacı nedeniyle gebelikte iyot ihtiyacı, gebe olmayan yetişkinlere göre daha yüksektir (108).

2.6.8. Gebelikte diyabet taraması ve yönetimi

Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), gebelik sırasında başlayan veya ilk kez gebelik sırasında fark edilen glukoz intoleransı olarak tanımlanır (109). GDM preeklampsi ve sezaryen doğum gibi maternal komplikasyonlarla ilişkilidir. Tip 2 diyabet gelişimi, genel popülasyondan ziyade GDM yaşayan kadınlarda daha yaygındır. GDM makrozomi, doğum travması, hiperbilirubinemi ve neonatal hipoglisemi gibi fetal komplikasyonlarla da ilişkilidir (110). GDM'nin tanı ve tedavisi, maternal ve fetal komplikasyonları önlemek için kritik öneme sahiptir (111).

ACOG ve ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF), HbA1c veya açlık kan şekeri seviyeleri ölçülerek riskli bireylerde (GDM öyküsü, obezite veya glikoz intoleransı öyküsü) hamileliğin erken döneminde aşkar diyabet taraması yapılmasını ve tüm gebelere 24-28. haftalarda tarama yapılmasını önermektedir (112). ABD’de en yaygın kullanılan tarama, ACOG tarafından desteklenen 50 g glukozlu ön tarama testidir. Obez veya fazla kilolu olanlar ya da ek risk faktörü bulunanlar GDM açısından risk altındadır. Bu ek risk faktörleri; önceden GDM öyküsü, fiziksel hareketsizlik, kardiyovasküler hastalık, aile öyküsü, makrozomi, hipertansiyon, yüksek riskli etnik köken, polikistik over sendromu, önceki tetkiklerinde HbA1c >%5,7’den fazla olması veya bozulmuş glukoz toleransı, HDL <35 mg/dL veya trigliserid >250 olması bu faktörler arasındadır.

Alternatif olarak HbA1c ölçümü veya 75 g glukozlu oral glukoz tolerans testi (OGTT) önerilmektedir. Yüksek riskli bireylerin erken gebelik dönemimdeki taramanın normal olması durumunda, gebeliğin 24-28. haftasında yeniden taranması gerekmektedir. Çünkü GDM riski devam etmektedir (113). ACOG tüm gebelere tarama yapılmasını savunurken, Amerikan Diyabet Derneği (ADA) yüksek GDM riski taşıyan gebelerde tarama yapılması önermektedir. ADA’ya göre yüksek riskli olanları 24-28. gebelik haftaları arasında taramayı önermekte olup, düşük riskli olanları taramayı önermemektedir. Bir kadının 'düşük risk' olarak kabul edilebilmesi için şu özelliklerin tümünü karşılaması gerekmektedir. Yaş <25 olmalı, gebelikten önce normal kilo aralığında olunmalı, aile öyküsü olmamalı ve kötü obstetrik öyküsü olmamalıdır.

GDM, tip 2 DM’ye benzer şekilde, 126 mg ve üzeri açlık kan şekeri veya 200 mg ve üzeri rastgele kan şekeri ile de teşhis edilebilir (114). Günümüzde gebelik diyabeti tanısında iki aşamalı test (50 g OGTT ve ardından gerekiyorsa 100 g OGTT) yerine, tek aşamalı (75 g OGTT) tanı yaklaşımının kullanılması konusunda tam bir görüş birliğine varılamamıştır.

Ülkemizde ise konu ile ilgili otoriteler, Uluslararası Diyabetik Gebelik Çalışma Grupları Birliği kriterleri ile GDM tanısı alan gebe sayısının çok artacağına, bu durumun ekonomik ve emosyonel sorunları beraberinde getireceğine işaret ederek iki aşamalı tanı yaklaşımına devam edilmesini benimsemektedir. Bu sebeple, TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu olarak, jinekoloji camiası tarafından da benimsenen iki aşamalı tanı yaklaşımının sürdürülmesini önermekle birlikte, kolay uygulanması gibi nedenlerle alternatif olarak, tek aşamalı testinde GDM tanısında kullanılabileceğini önermektedir (115). DM'li tüm kadınlara, gebelik düşünmeden önce DM kontrolünün önemi hakkında bilgi verilmelidir. Önemli danışmanlık konuları arasında optimal kilo kontrolünün sağlanması, diyabet kontrolünün en üst düzeye çıkarılması, kendi kendine glikoz takibi, düzenli bir egzersiz programı ve sigara, alkol ve uyuşturucunun bırakılması ile hamilelik sırasında yardımcı olabilecek sosyal destek yer alır (42). Gebelik döneminde diyet ve egzersiz müdahaleleri ile GDM ve sezaryen riski azalmakta ve gestasyonel kilo alımında azalma olmaktadır (116). Maternal glukoz kontrolünün ve antepartum fetal izlemin iyileştirilmesi, diyabetle komplike olan gebeliklerde perinatal mortalite oranında önemli bir azalmaya yol açmıştır (117).

2.6.9. Gebelikte hipertansiyon yönetimi

Hipertansif bozukluklar, gebeliklerin %6-8'ini komplike hale getirmekle beraber maternal-fetal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri arasındadır (118). Düşük ve orta gelirli ülkelerde anne ölümlerinin %10-15'i gebeliğin hipertansif bozuklukları ile ilişkilidir (119). Gebelikte hipertansif bozukluklar; dekolman plasenta, preterm doğum, intrauterin fetal ölüm, akut böbrek yetmezliği, yaygın damar içi pıhtılaşma ve anne ölümü ile ilişkilidir. Hipertansiyon komplikasyonları maternal ölüm sebepleri arasında üçüncü sıradadır (120).

Kronik hipertansiyon üreme çağındaki kadınların %3'ünü etkiler. Hipertansiyon tanısı olan kadınların %25'inde gebelik döneminde preeklampsi gelişmektedir. Preeklampsi, 20. haftalık gebelikten sonra proteinüri ile birlikte hipertansiyon ile karakterizedir (121). Gebeliklerin yaklaşık %6'sında meydana gelen ve kan akışını azaltan, fetal büyümede azalma ve hipoksiye neden olan preeklampsi/eklampsi, sıklıkla ölü doğumlarla sonuçlanır (122).

Preeklampsia riskini azaltmak amacıyla kalsiyum ve aspirin kullanımı, preeklampsia/eklampsinin tedavisinde ise antihipertansif ilaçlar ve magnezyum sülfat kullanımı uygulanan müdahaleler arasındadır (123). Üreme çağındaki kronik hipertansiyonu olan kadınlara, hipertansiyonla ilişkili riskler ve antihipertansif ilaç kullanımının düzenlenmesi hakkında danışmanlık verilmelidir (42). Gebelik döneminde metildopa ve kalsiyum kanal blokerleri önerilmektedir. Gebeliğin birinci ve ikinci trimesterlerinde kaçınılması gereken ilaçlar, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiyotensin II reseptör antagonistleri ve tiazid diüretiklerdir (94). Gebelerde hipertansiyon tedavisine başlamak için kan basıncının ne olması gerektiği hususu halen tartışmalıdır. ABD’de tedavi 160/105 mm Hg ve üzerine önerilirken, Kanada’da 140-150/90 mmHg’nın üzerine tedavi önerilmektedir. Gestasyonel hipertansiyon ya da kronik hipertansiyonu olan gebelerde ilk seçilecek ilaç metildopadır. 0.5-3 gr/gün, 2-4 bölünmüş dozlarda verilmelidir. İkinci olarak labetalol, nifedipine, hidralazine seçilebilir (124).

2.7. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Yönetim Rehberi

2.7.1. Birinci izlem

Birinci izlemin (ilk izlem) gebeliğin ilk 14 haftası içinde yapılması ve izleme en az 30 dk zaman ayrılması önerilmektedir. 14. gebelik haftasından sonra yapılan izlemler gebelik haftasına bakılmaksızın “İlk İzlem” olarak değerlendirilmelidir.

Hastanın öyküsünde akraba evliliği/derecesi, yaşanılan yerin fiziksel koşulları, en yakın sağlık kuruluşuna olan uzaklığı, ailenin eğitim ve ekonomik düzeyi sorgulanmalıdır. Hastanın kronik sistemik hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, emboli öyküsü, talasemi taşıyıcılığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, geçirilmiş operasyonları, bağışıklık durumu, ilaç alerjisi, sürekli kullanılan ilaçları, alışkanlıkları ve soygeçmişi sorgulanmalıdır.

Obstetrik öyküde; toplam gebelik sayısı (gravida), doğum sayısı (parite), yaşayan çocuk sayısı, son gebeliğin sonlanma şekli ve tarihi, infertilite hikayesi mevcut ise gördüğü tedaviler, aile planlaması yöntemi öğrenilerek kayıt edilmelidir.

Geçmiş gebelik durumu; tekrarlayan düşük öyküsü, ölü doğum, bebek ve çocuk ölümü nedenleri, doğum kilosu, cinsiyeti, gebeliğin sonlanma şekli, doğum kimin tarafından ve nerede yapıldığı, pre-postmatür doğum, çoğul gebelik, maternal komplikasyonlar, doğum sırasında ve sonrasında yaşanan komplikasyonlar, fetal komplikasyonlar, emzirme öyküsü ve süresi sorgulanmalıdır.

Mevcut gebelik öyküsünde; son adet tarihinin (SAT) ilk günü, adet düzeni, SAT bilinmiyorsa mevcut ultrason raporları, gebelik yakınmaları (bulantı, kusma, toprak vb. yeme, sık idrara çıkma, meme hassasiyeti, kabızlık, mide yanması, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb.), gebelikte tehlike işaretleri (vajinal kanama, yüksek ateş, karın ağrısı, baş ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi vb.) ve seyahat (sıtma, zika vb. açısından) etme durumu sorgulanmalıdır.

Fizik muayenede; gebenin boy ve kilosu ölçülmeli, VKİ hesaplanmalıdır. VKİ <18 kg/m² veya VKİ >30 kg/m² ise diyetisyene yönlendirilmelidir. Zayıf ve normal ağırlıktaki gebelerde ayda en fazla 2 kilo alımı, obez ve kilolu olan gebelerde ayda en fazla 1 kilo alımı önerilir.

Tablo 2. VKİ'ye Göre Gebelikte İdeal Kilo Alımı

Gebelik Öncesi VKİ kg/m ²		Gebelik Boyunca Alınabilecek Toplam Kilo	2.ve 3. Trimesterde Haftada Alınabilecek Kilo
Zayıf	<18,5 kg/m ²	12,5-18	0,44-0,58
Normal	18,5-24,9 kg/m ²	11,5-16	0,35-0,5
Kilolu	25-29,9 kg/m ²	7-11,5	0,23-0,33
Obez	>30 kg/m ²	5-9	0,17-0,27

Kan basıncı ve nabız ölçülmelidir. Sistolik kan basıncı 140 mmHg ve/veya diastolik kan basıncı 90 mmHg ve üzeri değerler gebelikte yüksek tansiyon olarak kabul edilir ve kadın doğum uzmanına sevk gerektirir. Göğüs ve kalp oskültasyonu yapılmalı, pretibial ödem ve varis bakılmalı, gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uyumu değerlendirilmelidir. Venöz tromboemboli risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Preeklamps risk faktörleri sorgulanmalıdır.

Tablo 3. Preeklampsia İçin Risk Faktörleri

Majör Risk Faktörleri	Minör Risk Faktörleri
Önceki gebeliklerde hipertansif hastalık	İlk gebelik
Kronik böbrek hastalığı	Yaş ≥40
Otoimmün hastalıklar (SLE ya da AFS)	10 yıldan fazla gebelik aralığı
Tip 1 ya da Tip 2 Diyabetes Mellitus	VKİ ≥35 kg/m ²
Kronik hipertansiyon	Ailede preeklampsia öyküsü
	Çoğul gebelik

Majör risk faktörlerinden en az bir, minor risk faktörlerinden en az 2 tanesinin varlığında bir kontrendikasyon yoksa 12-35. gebelik haftalarında 80 mg/gün aspirin verilmelidir.

Birinci izlemde laboratuvar tetkiklerinde; tam idrar tetkiki ve idrar kültürü istenmelidir, asemptomatik bakteriüri tespit edilirse tedavi başlanmalıdır. Tam kan sayımında Hb <11 gr/dL ve MCV (ortalama eritrosit hacmi) <80 fL) demir tedavisi başlanmalıdır. Aşılanmış olsa da HBsAg bakılmalıdır. Kan grubu tayininde anne RH (-) ise babanın kan grubuna bakılmalıdır, baba RH (+) ise indirekt coombs testi yapılmalıdır. İndirekt coombs testi (-) olanlar 28. gebelik haftasında tekrar değerlendirilmelidir, (+) olanlar ise sevk edilmelidir. Anne RH (+) ise babanın değerlendirilmesine ihtiyaç yoktur. Sifiliz ve HIV taraması yapılmalıdır. Kan şekeri ve HgA1c bakılmalıdır. AKŞ ≥126/dl veya rastgele bakılan kan şekeri ≥200 mg/dl ise aşikar diyabet tanısı konulur. AKŞ 100-126/dl olanlara ise 75 gr OGTT yapılmalıdır. Tüm gebelerde 24-28. haftalar arasında OGTT yapılmalıdır. 11-14. haftalar arasında ultrasonografi ile ense saydamlığı ve kombine test için hasta yönlendirilmelidir. TSH ölçümü yapılmalıdır, trimestere göre değerlendirilmelidir.

Tablo 4. Gebelikte TSH Değerlendirmesi

		TSH (alt sınır)	TSH (üst sınır)
1.	Trimester	0,1 mIU/L	2,5 mIU/L
2.	Trimester	0,2 mIU/L	3 mIU/L
3.	Trimester	0,3 mIU/L	3 mIU/L

İlk izlemde ilaç desteği ve bağışıklama hakkında bilgilendirilmeler yapılmalı, gerekli tedavilere başlanmalıdır. Anemi saptanmayan gebelerde 16. gebelik haftasından itibaren 40-60 mg/gün elementer demir başlanmalıdır. Gebelik planlayan her hastaya gebelikten en az 1 ay önce 400-800 mikrogram/gün folik asit başlanmalıdır. NTD açısından yüksek riskli gruplarda (antiepileptik ilaç kullananlar, NTD'li gebelik öyküsü olanlar, diyabet, obezite vb.) NTD'nin önlenmesi amacıyla gebelikten 3 ay önce yüksek doz (4mg/gün) folik asit başlanmalıdır. Folik asit takviyesine 12. gebelik haftasına kadar devam edilmelidir. 12. Haftadan itibaren 1200 IU günlük tek doz D Vitamini başlanmalıdır. Tetanoz bağışıklaması 12. haftadan itibaren yapılabilir.

Gebenin geç tespit edilmesi halinde aşının ilk dozunu yapılmalı ve aşı takvimine göre diğer dozları uygulanmalıdır. Hepatit B enfeksiyonuna karşı bağışık değilse bağışıklanması önerilmelidir. Gebeye grip sezonunda (eylül-nisan aylarında) grip aşısı yaptırmasını önerilmelidir. Gebelik yakınmaları (yorgunluk, bulantı ve kusma, sık idrara çıkma, baş dönmesi, varis ve hemoroid, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, ciltteki değişiklikler, memelerde hassasiyet, vajinal akıntı, meme başındaki glandlarda belirginleşme, kolostrum salınımı, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb. yeme) konusunda gebe bilgilendirilmelidir.

Beslenme ve kilo alımı, fiziksel aktivite, gebelikte cinsel yaşam, sigara ve alkol alışkanlıkları, çevresel koşullar, seyahat, ağız ve diş sağlığı, gebelikte tehlike işaretleri (şiddetli bulantı kusma, vajinal kanama, konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, ateş ve/veya ciddi güçsüzlük, ciddi karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, yüz, el ve bacaklarda şişme, bebek hareketlerinde azalma, su gelmesi, nedeni açıklanamayan cilt kaşıntısı) gibi konularda gebeye danışmanlık verilmelidir. Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyecekleri yöntem konusunda bilgilendirilmesi, doğum eylemi ve doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağına planlanması, emzirme ve postpartum aile planlaması danışmanlığı, fetal anomaliler, tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında da danışmanlık verilmelidir.

2.7.2. İkinci izlem

İkinci izlemin gebeliğin 18-24. haftaları arasında yapılması ve izleme en az 20 dk zaman ayrılması önerilmektedir. Birinci izlemden sonra gelişen gebelik yakınmaları (bacaklarda kramp vb.) ve gebelikte tehlike işaretleri sorgulanmalıdır. Demir, D vitamini ve folik asit kullanımı sorgulanmalıdır. Birinci izlemde yapılan fizik muayene tekrarlanmalıdır. Kilo alımı ve venöz tromboemboli risk faktörlerini değerlendirilmelidir. Gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uyumu kontrol edilmelidir. Uterus yüksekliğinin (fundus-pubis mesafesi) beklenen haftaya göre büyük veya küçük olması (± 4 cm fark) durumunda sevk edilmelidir. Laboratuvar testlerinden tam kan sayımı ve tam idrar tahlili tekrarlanmalıdır. Yüksek risk grubuna girmeyen tüm gebelere 24-28. haftaları arasında 50 gr OGTT yapılmalıdır.

NTD taraması amaçlı maternal serum alfa fetoprotein bakılması ve obstetrik ultrasonografi yapılması (fetus sayısı, fetal kalp atımı, fetal biometrik ölçümler, plasenta lokalizasyonu, amniyotik sıvı miktarı) için hasta yönlendirilmelidir. Demir desteğine devam edilmelidir. Tetanoz toksoidi ile aşılanmanın 20. ve 24. haftalarda birinci ve ikinci dozunun yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Birinci izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık konuları hizmetleri tekrar edilmelidir.

2.7.3. Üçüncü izlem

Üçüncü izlem gebeliğin 28-32. haftaları arasında yapılması ve izleme en az 20 dk zaman ayrılması önerilmektedir. İkinci izleme ek olarak fizik muayenede yaygın ödem kontrolü yapılmalıdır. Gebeliğin son aylarında ayaklarda hidrostatik basınca bağlı olarak ödem ortaya çıkabilir. Vücudun üst kısmında (eller, göz kapakları) ödem gözlenmesi preeklampsinin ilk belirtisi olabilir. Tam idrar tetkiki ve tam kan sayımı tekrarlanmalıdır. Rh uygunsuzluğu varsa indirek coombs testi yapılmalıdır. İndirekt coombs negatif ise anti-D immunglobulin yapılmalıdır. Tetanoz toksoidi ile aşılamanın iki dozunun da yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Birinci izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrarlanmalıdır. Erken doğum eylemi (rahim kasılmalarının düzenli ve kuvvetli gelmesi, kanamanın buna eşlik etmesi) konusunda bilgi verilmelidir. Doğum eylemi ve doğum konusunda, gebeye bilgi verilerek doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı planlanmalıdır. Gebeye doğum sonrası aile planlaması ve emzirme hakkında danışmanlık verilmelidir.

2.7.4. Dördüncü izlem

Dördüncü izlem gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapılması ve en az 20 dk zaman ayrılması önerilmektedir. Üçüncü izleme ek olarak fizik muayenede emzirmeye yönelik meme muayenesi yapılmalıdır. Özellikle prezente olan kısmın belirlenmesine yönelik obstetrik değerlendirme yapılmalıdır. Tam idrar tetkiki ve tam kan sayımı yapılmalıdır. Üçüncü izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrarlanmalıdır. 40. haftaya kadar doğum gerçekleşmezse gebenin doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna hemen başvurması konusunda bilgi verilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 01.09.2021-01.01.2022 tarihleri arasında Türkiye’deki aile hekimliği asistanları ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel, tanımlayıcı araştırma tipinde bir anket çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, 01.09.2021-01.01.2022 tarihleri arasında Türkiye’de aile hekimliği asistanı olarak aktif çalışan tıpta uzmanlık öğrencileri (araştırma görevlileri) oluşturmaktadır. Bu tarihler arasında Türkiye’deki aile hekimliği asistanları haricindeki hiçbir kişi araştırmaya dahil edilmemiştir. Örneklem büyüklüğü OpenEpi Version 3 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Türkiye’de aile hekimliği asistanı olan yaklaşık 1800 kişi bulunmaktadır. Hekimlerin doğum öncesi bakım hakkındaki görüşlerinin oranı %50 olarak varsayıldığında %95 güven aralığı, %5 hata payı ile örneklem büyüklüğü 317 birey olarak hesaplanmıştır (Ek-1). Türkiye’de aktif olarak çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden aile hekimliği asistanları çalışmaya dahil edilmiştir. Bir örneklem yöntemi kullanılmamıştır. Türkiye’de aktif olarak çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm aile hekimliği asistanlarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve anketi dolduran 327 aile hekimliği asistanı çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın amacı, konusu ve kapsamına ilişkin hekimlere bilgi verilip sözlü onamları alındıktan sonra hekimlerle hem birebir görüşme yapılarak hem de Google form ile oluşturulan online anket formu aracılığı ile hekimlere internet yoluyla (whatsapp grupları, facebook grupları, mail toplulukları aracılığıyla) ulaşılarak anket formu uygulanmıştır.

Online toplanan verilerde, anket internet aracılığı ile gönderilmeden önce ilgili hekim aranıp, araştırma ile ilgili bilgi verilip, sözel onam alındıktan sonra anket gönderilmiştir. Tüm yanıtlar isimsizdir. Araştırmada hiçbir teşvik kullanılmamıştır.

3.5. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır (Ek-2). Anket formu Türkiye’deki aile hekimliği asistanlarının sosyodemografik özelliklerini ve doğum öncesi bakım hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur. Anket formu toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların demografik özelliklerinin sorgulayan 9 soru ile doğum öncesi bakım hakkında bilgi ve tutumu değerlendiren 27 sorudan oluşmaktadır. Anket uygulanmadan önce çalışmaya dahil edilmeyen 10 araştırma görevlisine uygulanmış ve araştırma görevlilerinin geri bildirimlerine göre anket üzerinde düzenlemeler yapılarak ankete son hali verilmiştir.

Sosyodemografik veriler 9 sorudan oluşmaktadır (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ve 9. sorular). Yaş ve hekimlikte aktif çalışma süresi yıl olarak, aile hekimliğinde aktif çalışma süresi ay olarak sorulmuştur. Cinsiyet sorusu kadın ve erkek olarak, medeni durum sorusu evli, bekar ve boşanmış/dul olarak, görev yapılan kuruluş sorusu üniversite hastanesi ve eğitim-araştırma hastanesi olarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca sosyodemografik olarak geçmişte aile sağlığı merkezinde görev yapıp yapmadığı ve çocuk sahibi olup olmadığı sorulmuştur. Ankette 10-36 arasındaki sorular hekimlerin doğum öncesi bakım hakkındaki görüşlerini değerlendiren çoktan seçmeli şeklinde hazırlanan sorulardan oluşmaktadır. Anketteki 9. ve 10. soru da ise hekimlerin kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu alıp almadığı ve doğum öncesi bakım rehberini okuyup okuyamadığı sorulmuştur. Anketin 11. sorusunda hekimlerin doğum öncesi bakım hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirebilmek için 1=en düşük, 10=en yüksek olmak üzere kendilerine 1’den 10’a kadar bir puan vermeleri istenmiştir. 1-3 puan düşük bilgi seviyesini, 4-7 puan orta bilgi seviyesini ve 8-10 puan yüksek bilgi seviyesini gösterdiği kabul edilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde “IBM SPSS 22.0” kullanılmıştır. İlk olarak değişkenlerin özelliklerine göre yüzde, oran, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maximum değerler olarak tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Bağımsız gruplar arasındaki normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. 3 ve daha fazla grup arasındaki sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uymayan değişkenler için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İkişerli karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi kullanarak yapılmış ve post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bulgular bölümündeki istatistik analiz sonuçlarında p değerlerinin gerçek değerleri verilmiştir. Tüm analizlerde $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmada Etik

Araştırma için etik kurul onayı T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 26.08.2021 tarihli, B.30.2.ODM.0.20.08/516 sayılı yazı ile alınmıştır (Ek-3). OMÜ KAEK 2021/388 karar numaralıdır. Çalışmada katılımcılar araştırmanın konusu, kapsamı, amacı konusunda sözlü olarak bilgilendirilmiş ve veriler gönüllülük esası ile toplanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 327 asistan katılmıştır. Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş ortalaması $29,7 \pm 4,28$ yıldır. Hekimlerin %67,9'u (n=222) kadın, %65,4'ü (n=214) evlidir. Hekimlerin %74,6'sı (n=244) üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Hekimlerin meslekte çalışma yılı 1 ile 30 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $4,68 \pm 3,93$ yıldır. Hekimlerin %31,5'inin (n=103) asistanlıkta çalıştığı süre 25-36 ay arasındadır. Hekimlerin %32,4'ü (n=106) daha öncesinde ASM'de çalışmıştır. Hekimlerin %34,9'u (n=114) çocuk sahibi olup, %72,8'i (n=238) KHD rotasyonu almıştır.

Tablo 5. Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler (n=327)	n(%)
Cinsiyet	
Kadın	222(67,9)
Erkek	105(32,1)
Medeni durum	
Evli	214(65,4)
Bekar	107(32,7)
Dul/boşanmış	6(1,8)
Çalıştığı kurum	
Üniversite hastanesi	244(74,6)
Eğitim ve araştırma hastanesi	83(25,4)
Asistanlıkta çalışılan süre	
0-12 ay	50(15,3)
13-24 ay	89(27,2)
25-36 ay	103(31,5)
37 ve üzeri ay	85(26)
Daha öncesinde ASM'de çalışma durumu	
Evet	106(32,4)
Hayır	221(67,6)
Çocuk sahibi olma durumu	
Evet	114(34,9)
Hayır	213(65,1)
KHD rotasyonu alma durumu	
Evet	238(72,8)
Hayır	89(27,2)

n: sayı, %: sütun yüzdesi, ASM: Aile sağlığı merkezi, KHD: Kadın hastalıkları ve doğum

Hekimlerin sosyodemografik özellikleri **Tablo 5**'te verilmiştir.

Tablo 6. Hekimlerin DÖB Rehberini Okuma ve DÖB Hakkında Kendi Bilgi Düzeylerini Algılama Durumu

Tutum Soruları	n(%)
DÖB rehberini okuma	
Evet	100(30,6)
Hayır	227(69,4)
DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu	
Düşük seviye	68(20,8)
Orta seviye	210(64,2)
Yüksek seviye	49(15)

n: sayı, %: sütun yüzdesi, DÖB: Doğum öncesi bakım

Hekimlerin %30,6'sı (n=100) DÖB rehberini okumuştur. DÖB hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz sorusuna minimum 1 puan, maksimum 10 puan verilmiştir. DÖB hakkında hekimlerin kendi bilgi düzeylerinin algılama durumlarının ortalaması $5,33 \pm 2,13$ puan bulunmuştur. DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini hekimlerin %64,2'si (n=210) orta seviyede, %20,8'i (n=68) düşük seviyede ve %15'i (n=49) yüksek seviyede şeklinde belirtmiştir. Hekimlerin DÖB rehberini okuma ve DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu **Tablo 6**'da verilmiştir.

DÖB kapsamında hekimlerin %53,2'si (n=174) iyot desteği önermiştir. Hekimlerin %99,1'i (n=324) gestasyonel diyabet taramasını gerekli görmüştür. Hekimlerin %66,4'ü (n=217) gebelik döneminde influenza aşısını önermekte olup, %97,6'sı (n=319) canlı virus aşılarını önermemektedir. Hekimlerin %74,9'u (n=245) rutin fetal hareket sayımını önermektedir. Hekimlerin DÖB ile ilgili tutumları **Tablo 7**'de verilmiştir.

Tablo 7. Hekimlerin DÖB ile İlgili Tutumları

Tutum Soruları	n(%)
İyot desteği önerme durumu	
Evet	174(53,2)
Hayır	76(23,2)
Kararsızım	77(23,5)
Gestasyonel diyabet açısından tarama	
Evet	324(99,1)
Hayır	3(0,9)
İnfluenza aşısı önerme	
Evet	217(66,4)
Hayır	52(15,9)
Kararsızım	58(17,7)
Canlı virus aşısı önerme	
Evet	2(0,6)
Hayır	319(97,6)
Kararsızım	6(1,8)
Rutin fetal hareket sayımı önerme	
Evet	245(74,9)
Hayır	82(25,1)

n: sayı, %: sütun yüzdesi

Gebelik süresince yapılması gereken en az izlem sayısını hekimlerin %54,4'ü (n=178) 4 kez şeklinde doğru biliyordu. Hekimlerin %8'i (n=26) yapılması gereken izlem sayısından daha az sayıda izlem yapılmasını belirtirken, %37,6'sı (n=123) ise daha fazla sayıda izlem yapılması gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin %50,5'i (n=165) birinci izlemin ilk 8 hafta içinde, %22,6'sı (n=74) ilk 12 hafta içinde yapılması gerektiğini belirtmiş olup, %25,1'i (n=82) birinci izlemin ilk 14 hafta içinde yapılması gerektiğini doğru biliyordu. Hekimlerin %58,4'ü (n=191) ikinci izlemin 18-24 haftalar arasında, %49,8'i (n=163) üçüncü izlemin 28-32 haftalar arasında, %55,7'si (n=182) ise dördüncü izlemin 36-38 haftalar arasında yapılması gerektiğini doğru biliyordu. Hekimlerin gebe izlemde yaptığı en az izlem sayısının ve izlemlerin zamanlarının dağılımı **Tablo 8'**de verilmiştir.

Tablo 8. Hekimlerin Gebe İzlemlerinde Yaptığı En Az İzlem Sayısının ve İzlem Zamanlarının Dağılımı

Bilgi Soruları	n(%)
Yapılması gereken en az izlem sayısı	
4*	178(54,4)
Diğerleri	149(45,6)
Birinci izlem zamanı	
İlk 8 hafta içinde	165(50,5)
İlk 12 hafta içinde	74(22,6)
İlk 14 hafta içinde*	82(25,1)
İlk 18 hafta içinde	3(0,9)
Fikrim yok	3(0,9)
İkinci izlem zamanı	
12-16 haftalar arası	122(37,3)
18-24 haftalar arası*	191(58,4)
26-30 haftalar arası	3(0,9)
Fikrim yok	11(3,4)
Üçüncü izlem zamanı	
22-24 haftalar arası	94(28,7)
26-28 haftalar arası	52(15,9)
28-32 haftalar arası*	163(49,8)
34-36 haftalar arası	2(0,6)
Fikrim yok	16(4,9)
Dördüncü izlem zamanı	
22-24 haftalar arası	1(0,3)
26-28 haftalar arası	51(15,6)
30-32 haftalar arası	76(23,2)
36-38 haftalar arası*	182(55,7)
Fikrim yok	17(5,2)

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, * bilgi sorularının doğru cevapları*

Tablo 9. Hekimlerin Gebe İzlemde Gerekli Gördüğü Laboratuvar Tetkiklerinin Dağılımı

İstenen Laboratuvar Tetkikleri	n(%)
İdrar tahlili	323(98,8)
Tam kan sayımı	323(98,8)
Kan grubu	293(89,6)
HBsAg	272(83,2)
TSH	315(96,3)
Anti rubella IgG-IgM	208(63,6)
Toksoplazma-Sitomegalovirüs-Parvovirüs B19 IgG-IgM	196(59,9)
HbA1c	146(44,6)
Pap smear	75(22,9)

n: sayı, %: sütun yüzdesi, HBsAg: hepatit B yüzey antijeni, TSH: tiroid stimüle edici hormon, HbA1c: glikolize hemoglobin

DÖB kapsamında idrar tahlili, tam kan sayımı, kan grubu, HBsAg, TSH, anti rubella IgM-IgG, toksoplazma-sitomegalovirüs-parvovirüs B19 IgG-IgM, HbA1c ve pap smear tetkiklerinin yapılması gerektiğini belirten hekim sayısı 50 idi. Hekimlerin %98,8'i (n=323) idrar tahlili ve tam kan sayımı, %89,6'sı (n=293) kan grubu, %83,2'si (n=272) HBsAg, %96,3'ü (n=315) TSH, %63,6'sı (n=208) anti rubella IgG-IgM, %59,6'sı (n=196) Toksoplazma-Sitomegalovirüs-Parvovirüs B19 IgG-IgM, %44,6'sı (n=146) HbA1c ve %22,9'u (n=75) pap smear tetkiklerinin yapılması gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin gebe izlemde gerekli gördüğü laboratuvar tetkiklerinin dağılımı **Tablo 9**'da verilmiştir.

Hekimlerin %96,3'ü (n=315) gebelikten 1 ay önce folik asit desteğine başlanması gerektiğini, folik asit günlük dozunu hekimlerin %89,6'sı (n=293) 400 mcg olarak doğru biliyordu. Hekimlerin %47,4'ü (n=155) 12. gebelik haftasında D vitamini desteğine başlanması gerektiğini, D vitamini günlük dozunu hekimlerin %52'si (n=170) 1200 IU olarak doğru biliyordu. Hekimlerin %67,6'sı (n=221) 16. gebelik haftasında demir desteğine başlanması gerektiğini, klinik anemisi olmayan gebelerde gerekli demir günlük dozunu hekimlerin %42,2'si (n=138) 40-60 mg/gün olarak doğru biliyordu. Hekimlerin folik asit, D vitamini ve demir desteğine başlama zamanlarının ve verdiği günlük dozlarının dağılımı **Tablo 10**'da verilmiştir.

Tablo 10. Hekimlerin Folik Asit, D Vitamini ve Demir Desteğine Başlama Zamanlarının ve Verdiği Günlük Dozlarının Dağılımı

Bilgi Soruları	n(%)
Folik asit desteğine başlama zamanı	
Gebelikten 1 ay önce*	315(96,3)
Gebelik tespit edildiğinde	9(2,8)
16. gebelik haftasında	1(0,3)
Son trimesterde	2(0,6)
Folik asit günlük dozu	
400 mcg*	293(89,6)
1 mg	5(1,15)
4 mg	10(3,1)
Fikrim yok	19(5,8)
D vitamini desteğine başlama zamanı	
Gebelikten 3 ay önce	70(21,4)
Gebelik tespit edildiğinde	86(26,3)
12. gebelik haftasında*	155(47,4)
Doğumdan sonra	16(4,9)
D vitamini günlük dozu	
400 IU	87(26,6)
1200 IU*	170(52)
4000 IU	29(8,9)
Fikrim yok	41(12,5)
Demir desteğine başlama zamanı	
Gebelikten 3 ay önce	32(9,8)
Gebelik tespit edildiğinde	54(16,5)
16. gebelik haftasında*	221(67,6)
Son trimesterde	16(4,9)
Doğumdan sonra	4(1,2)
Demir günlük dozu	
20-40 mg/gün	62(19)
40-60 mg/gün*	138(42,2)
60-80 mg/gün	27(8,3)
80-100 mg/gün	27(8,3)
Fikrim yok	73(22,3)

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, * bilgi sorularının doğru cevapları*

Tablo 11. Hekimlerin Diğer Bilgi Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı

Bilgi Soruları	n(%)
Tahmini doğum tarihi hesaplama yöntemi	
Son adet tarihine 9 ay eklenir	5(1,5)
Son adet tarihine 40 hafta eklenir	37(11,3)
Son adet tarihine 7 gün eklenip 3 ay geri gidilir*	271(82,9)
Son adet tarihinden 7 gün çıkarılıp 3 ay eklenir	14(4,3)
İlk trimesterde TSH düzeyi	
0,1-2,5 mIU/L*	278(85)
Max referans sınırının altında	22(6,7)
Fikrim yok	27(8,3)
OGTT yapılma zamanı	
14-18 haftalar arası	28(8,6)
19-23 haftalar arası	31(9,5)
24-28 haftalar arası*	263(80,4)
Fikrim yok	5(1,5)
Gebelikte alınması gereken ideal kilo	
6-10 kg	136(41,6)
12-16 kg*	184(56,3)
18-22 kg	3(0,9)
Fikrim yok	4(1,2)
Antihipertansif tedavi endikasyonu için DKB değeri	
80-89	28(8,6)
90-99*	205(62,7)
100-109	63(19,3)
Fikrim yok	31(9,5)
Tetanoz aşısı ik dozu uygulama zamanı	
12. haftadan itibaren*	98(30)
20. haftadan itibaren	141(43,1)
28. haftadan itibaren	39(11,9)
32. haftadan itibaren	15(4,6)
Fikrim yok	34(10,4)

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, TSH: tiroid stimüle edici hormon, OGTT: oral glukoz tolerans testi, DKB: diyastolik kan basıncı, * bilgi sorularının doğru cevapları*

Hekimlerin %82,9'u (n=271) tahmini doğum tarihini hesaplama yöntemini doğru biliyordu. Hekimlerin %85'i (n=278) ilk trimesterde önerilen TSH düzeyini doğru biliyordu. Hekimlerin %80,4'ü (n=263) 24-28 haftalar arasında OGTT yapılmasını doğru biliyordu. Hekimlerin %56,3'ü (n=184) vücut kitle indeksi normal olan bir gebenin alması gereken ideal kiloyu 12-16 kg şeklinde doğru bilmiş olup, hekimlerin %41,6'sı (n=136) 6-10 kg cevabını verdi. Hekimlerin %62,7'si (n=205) antihipertansif tedavi başlamak için diyastolik kan basıncı değerini doğru biliyordu. Tetanoz aşısı ilk dozu uygulama zamanını hekimlerin %43,1'i (n=141) 20. haftadan itibaren olarak belirtirken, hekimlerin %30'u (n=98) 12. haftadan itibaren şeklinde doğru biliyordu. Hekimlerin diğer bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı **Tablo 11'**de verilmiştir.

Tablo 12. Hekimlerin Vaka Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Vaka Sorusu	n(%)
5 haftalık gebe aktif şikayeti yok, idrar kx >100000 koloni tespit ediliyor, hastaya ne önerirsiniz?	
Ampirik antibiyotik tedavisi başlarım*	229(70)
İdrar kültürü testini tekrarlarım	61(18,7)
Ek önerim olmaz	8(2,4)
Kadın doğum uzmanına sevk ederim	29(8,9)

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, kx: kültür, * bilgi sorularının doğru cevapları*

Vaka sorusunda; aktif şikayeti olmayan, idrar kültüründe 100.000'den fazla kolonisi olan 5 haftalık gebeye hekimlerin %70'i (n=229) ampirik antibiyotik tedavisi başlayacağını belirtmiştir. Hekimlerin vaka sorusuna verdikleri cevapların dağılımı **Tablo 12'**de verilmiştir.

Tablo 13. Hekimlerin Doğum Öncesi Dönemdeki Sevk Endikasyonları

Sevk Endikasyonları	n(%)
Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması	317(96,9)
Kanama ve lekelenme olması	287(87,8)
Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon (140/90 mmHg üzerinde olması, başlangıç tansiyonunun sistolik 30 veya diastolik 15 mmHg'dan daha fazla yükselmesi) ve/veya proteinüri	322(98,5)
Uterus yüksekliği değerlendirildiğinde beklenen haftayla uyumlu olmaması	276(84,4)
Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması	326(99,7)
Tedaviye rağmen gebede saptanan bakteriürinin devam ediyor olması	312(95,4)
Gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların varlığı (Kalp hastalığı, Böbrek hastalığı, Diyabet vb.)	301(92)

n: sayı, %: sütun yüzdesi

Hekimlerin doğum öncesi dönemde sevk endikasyonu olarak belirttiği durumlar **Tablo 13**'te verilmiştir. Hekimlerin %96,9'u (n=317) hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olmasını, %87,8'i (n=287) kanama ve lekelenme olmasını, %98,5'i (n=322) preeklampsi belirtileri, hipertansiyon ve/veya proteinüri olmasını, %84,4'ü (n=276) uterus yüksekliğinin beklenen haftayla uyumsuz olmasını, %99,7'si (n=326) gebenin fetal hareketleri hissetmemesini veya el doppleriyle fetal kalp seslerinin duyulmamasını, %95,4'ü (n=312) tedaviye rağmen bakteriürinin devam etmesini ve %92'si (n=301) gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların varlığını sevk endikasyonu olarak belirtmiştir.

Tablo 14. Hekimlerin DÖB Hakkında Bilgi Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi

Hekimlerin DÖB hakkında bilgi düzeyleri							
Değişkenler	n	Median	Mean	SS	Min	Max	P
Yaş							
24-28	155	23	23,2	4,28	13	32	0,001*
29-33	140	25	24,9	3,85	15	34	
34 ve üzeri	32	25,5	25,15	3,47	16	31	
Cinsiyet							
Kadın	222	24	24,2	4,17	13	34	0,605
Erkek	105	24	23,9	3,99	14	31	
Medeni durum							
Evli	214	25	24,3	4,17	14	34	0,055
Bekar	107	23	23,7	3,99	13	32	
Dul/boşanmış	6	28	27,3	2,33	24	30	
Hekimlik yılı							
0-5 yıl	257	23	23	4,22	23	23	0,627
6-10 yıl	54	25	24,6	3,9	16	32	
11-15 yıl	9	23,5	24,3	2,66	21	28	
16 ve üzeri yıl	7	26	25,7	2,87	21	30	
Asistanlıkta çalışılan süre^a							
0-12 ay	50	22	21,9	4,13	13	28	0,001**
13-24 ay	89	24	23,5	3,97	16	32	
25-36 ay	103	24	24,2	4,21	15	32	
37 ve üzeri ay	85	26	26	3,27	18	34	
Daha öncesinde ASM’de çalışma durumu							
Evet	106	25	24,9	3,89	15	32	0,023*
Hayır	221	24	23,8	4,17	13	34	
Çocuk sahibi olma durumu							
Evet	114	25	24,5	3,81	16	32	0,401
Hayır	213	24	24	4,26	13	34	
KHD rotasyonu alma durumu							
Evet	238	25	24,8	3,88	15	34	0,001*
Hayır	89	22	22,3	4,14	13	32	

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, ASM: Aile sağlığı merkezi, KHD: Kadın hastalıkları ve doğum * Man Whitney U testi,*

*** Kruskal Wallis H testi, ^a: Post-hoc test olarak Bonferroni düzeltilmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda p<0,008’den küçük olması istatistiksel olarak anlamlıdır.*

Hekimlerin DÖB hakkındaki bilgi düzeyleri; cinsiyet, medeni durum, hekimlik yılı ve çocuk sahibi olma durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,605$, $p=0,055$, $p=0,627$, $p=0,401$).

Hekimlerin DÖB hakkındaki bilgi düzeyleri yaş grupları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hekimlerin yaş gruplarına göre yapılan bilgi düzeyi karşılaştırmalarında saptanan istatistiksel anlamlılık 24-28 yaş ile 29-33 yaş ($p<0,001$) ve 24-28 yaş ile 34 ve üzeri yaş ($p=0,018$) arasında saptanan anlamlı farklılıktan kaynaklanmaktadır. Hekimlerin yaşları arttıkça DÖB konusundaki bilgi düzeylerinde artış görülmüştür.

Hekimlerin DÖB hakkındaki bilgi düzeyleri asistanlıkta çalışılan süre ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hekimlerin asistanlıkta çalışılan süreye göre yapılan bilgi düzeyi karşılaştırmalarında saptanan istatistiksel anlamlılık; 0-12 ay ile 25-36 ay ($p=0,007$), 0-12 ay ile 37 ve üzeri ay ($p<0,001$), 13-24 ay ile 37 ve üzeri ay ($p<0,001$), 25-36 ay ile 37 ve üzeri ay ($p=0,002$) arasında saptanan anlamlı farklılıktan kaynaklanmaktadır. Asistanlıkta çalışma süresi 25-36 ay olan hekimlerin bilgi düzeyinin, 0-12 ay olan hekimlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Asistanlıkta çalışma süresi 37 ay ve üzeri olan hekimlerin bilgi düzeyinin, 0-12 ay, 13-24 ay ve 25-36 ay olan hekimlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hekimlerin DÖB hakkındaki bilgi düzeyleri, daha öncesinde ASM'de çalışma durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,023$). Daha öncesinde ASM'de çalışmış hekimlerin bilgi düzeylerinin, çalışmamış hekimlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hekimlerin DÖB hakkındaki bilgi düzeyleri kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu alma durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu alan hekimlerin bilgi düzeylerinin, almayan hekimlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hekimlerin DÖB hakkında bilgi düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi **Tablo 14**'te verilmiştir.

Tablo 15. DÖB Rehberini Okuma Durumu ile Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

DÖB rehberini okudunuz mu?			
Değişkenler	Evet n(%)	Hayır n(%)	P
Yaş			
24-28	33(21,2)	122(78,8)	0,001*
29-33	47(33,5)	93(66,5)	
34 ve üzeri	20(62,5)	12(37,5)	
Cinsiyet			
Kadın	71(31,9)	151(68,1)	0,424
Erkek	29(27,6)	76(72,4)	
Medeni durum			
Evli	66(30,8)	148(69,2)	0,014*
Bekar	29(27,1)	78(72,9)	
Boşanmış/dul	5(83,3)	1(16,7)	
Hekimlik yılı			
0-5 yıl	62(24,1)	195(75,9)	0,001*
6-10 yıl	30(54,5)	25(45,5)	
11-15 yıl	4(50)	4(50)	
15 ve üzeri yıl	4(57,1)	3(42,9)	
Asistanlıkta çalışılan süre			
0-12 ay	2(4)	48(96)	0,001*
13-24 ay	14(15,7)	75(84,3)	
25-36 ay	32(31,1)	71(68,9)	
37 ve üzeri ay	52(61,1)	33(38,9)	
Daha öncesinde ASM’de çalışma durumu			
Evet	44(41,5)	62(58,5)	0,003*
Hayır	56(25,4)	165(74,6)	
Çocuk sahibi olma durumu			
Evet	48(42,2)	66(57,8)	0,001*
Hayır	52(24,4)	161(75,6)	
KHD rotasyonu alma durumu			
Evet	94(39,5)	144(60,5)	0,001*
Hayır	6(6,7)	83(93,3)	

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, ASM: Aile sağlığı merkezi, KHD: Kadın hastalıkları ve doğum *: Pearson ki-kare*

DÖB rehberini okuma durumu ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,424$).

DÖB rehberini okuma durumu ile hekimlerin yaş grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hekimlerin yaşları arttıkça DÖB rehberini okuma oranları da artmıştır.

DÖB rehberini okuma durumu ile hekimlerin medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,014$).

DÖB rehberini okuma durumu ile hekimlik yılı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hekimlik yılı 0-5 yıl arasında olan hekimlerin DÖB rehberini daha az okuduğu saptanmıştır.

DÖB rehberini okuma durumu ile hekimlerin asistanlıkta çalıştıkları süre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Asistanlıkta çalışılan süre arttıkça DÖB rehberini okuma oranı artmıştır.

DÖB rehberini okuma durumu ile daha öncesinde ASM'de çalışma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,003$). Daha öncesinde ASM'de çalışan hekimlerin DÖB rehberini okuma oranı daha fazladır.

DÖB rehberini okuma durumu ile çocuk sahibi olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Çocuk sahibi olan hekimlerin DÖB rehberini okuma oranı daha fazladır.

DÖB rehberini okuma durumu ile hekimlerin KHD rotasyonu alma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). KHD rotasyonu alan hekimlerin DÖB rehberini okuma oranı daha fazladır. DÖB rehberini okuma durumu ile sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması **Tablo 15**'te verilmiştir.

Tablo 16. Hekimlerin DÖB Hakkında Kendi Bilgi Düzeylerini Algılama Durumu ile Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

DÖB hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?				
Değişkenler	Düşük bilgi seviyesi	Orta bilgi seviyesi	Yüksek bilgi seviyesi	P
Yaş				
24-28	46(29,6)	96(61,9)	13(8,5)	0,001*
29-33	21(15)	89(63,5)	30(21,5)	
34 ve üzeri	1(3,1)	24(75)	7(21,9)	
Cinsiyet				
Kadın	47(21,1)	138(62,1)	37(16,8)	0,539
Erkek	21(20)	71(67,6)	13(12,4)	
Medeni durum				
Evli	41(19,1)	136(63,5)	37(17,4)	0,001*
Bekar	27(25,2)	72(67,2)	8(7,6)	
Boşanmış/dul	0(0)	1(16,6)	5(83,4)	
Hekimlik yılı				
0-5 yıl	61(23,7)	161(62,6)	35(13,7)	0,044*
6-10 yıl	6(10,9)	40(72,7)	9(16,4)	
11-15 yıl	1(12,5)	4(50)	3(37,5)	
15 ve üzeri yıl	0(0)	4(57,1)	3(42,9)	
Asistanlıkta çalışılan süre				
0-12 ay	24(48)	23(46)	3(6)	0,001*
13-24 ay	20(22,4)	62(69,6)	7(8)	
25-36 ay	18(17,5)	71(69)	14(13,5)	
37 ve üzeri ay	6(7)	53(62,4)	26(30,6)	
Daha öncesinde ASM’de çalışma durumu				
Evet	10(9,4)	75(70,8)	21(19,8)	0,002*
Hayır	58(26,2)	134(60,6)	29(13,2)	
Çocuk sahibi olma durumu				
Evet	11(9,7)	72(63,2)	31(27,1)	0,001*
Hayır	57(26,8)	137(64,3)	19(8,9)	
KHD rotasyonu alma durumu				
Evet	35(14,7)	157(66)	46(19,3)	0,001*
Hayır	33(37,1)	52(58,4)	4(4,5)	

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, ASM: Aile sağlığı merkezi, KHD: Kadın hastalıkları ve doğum *: Pearson ki-kare*

Hekimlerin DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,539$).

Hekimlerin DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu; yaş grupları ve hekimlik yılı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$, $p=0,044$). Hekimlerin DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu yaş gruplarına ve hekimlik yılına göre bakıldığında orta seviyedeydi.

Hekimlerin DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu; medeni durumları ve asistanlıkta çalışılan süre ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$, $p<0,001$).

Hekimlerin DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu; daha öncesinde ASM'de çalışma durumu, çocuk sahibi olma ve KHD rotasyonu alma durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,002$, $p<0,001$, $p<0,001$). Daha öncesinde ASM'de çalışmış, çocuk sahibi olan ve KHD rotasyonu alan hekimlerin DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu orta seviyedeydi.

Hekimlerin DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu ile sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması **Tablo 16**'da verilmiştir.

Tablo 17. Hekimlerin Hamilelere İnfluenza Aşısı Önerme Durumu ile Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Hamilelere influenza aşısı önerir misiniz?				
Değişkenler	Evet	Hayır	Kararsızım	P
Yaş				
24-28	85(54,8)	29(18,7)	41(26,5)	0,001*
29-33	110(78,6)	18(12,9)	12(8,5)	
34 ve üzeri	22(68,8)	5(15,7)	5(15,5)	
Cinsiyet				
Kadın	157(70,7)	27(12,2)	38(17,1)	0,016*
Erkek	60(57,1)	25(23,8)	20(19,1)	
Medeni durum				
Evli	145(67,8)	38(17,8)	31(14,4)	0,173
Bekar	67(62,6)	14(13,1)	26(24,3)	
Boşanmış/dul	5(83,3)	0(0)	1(16,7)	
Hekimlik yılı				
0-5 yıl	167(65)	41(16)	49(19)	0,25
6-10 yıl	39(71)	10(18,2)	6(10,8)	
11-15 yıl	7(87,5)	1(12,5)	0(0)	
15 ve üzeri yıl	4(57,1)	0(0)	3(42,9)	
Asistanlıkta çalışılan süre				
0-12 ay	22(44)	12(24)	16(32)	0,001*
13-24 ay	55(61,8)	18(20,2)	16(18)	
25-36 ay	70(68)	13(12,6)	20(19,4)	
37 ve üzeri ay	70(82,3)	9(10,6)	6(7,1)	
Daha öncesinde ASM’de çalışma durumu				
Evet	78(73,6)	13(12,3)	15(85,9)	0,159
Hayır	139(62,9)	39(17,6)	43(19,5)	
Çocuk sahibi olma durumu				
Evet	84(73,7)	19(16,7)	11(9,6)	0,019*
Hayır	133(62,4)	33(15,5)	47(22,1)	
KHD rotasyonu alma durumu				
Evet	169(71)	37(15,5)	32(13,5)	0,002*
Hayır	48(54)	15(16,9)	26(29,1)	

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, ASM: Aile sağlığı merkezi, KHD: Kadın hastalıkları ve doğum *: Pearson ki-kare*

Hekimlerin hamilelere influenza aşısı önerme durumu; medeni durumu, hekimlik yılı ve daha öncesinde ASM’de çalışma karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,173$, $p=0,25$, $p=0,159$).

Hekimlerin hamilelere influenza aşısı önerme durumu yaş grupları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Tüm yaş gruplarında influenza aşısını önerme oranı daha fazladır. Yaş gruplarına göre bakıldığında influenza aşısını en fazla öneren yaş grubu 29-33 yaş aralığındadır.

Hekimlerin hamilelere influenza aşısı önerme durumu cinsiyet ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,016$). Kadın hekimler influenza aşısını daha fazla önermiştir.

Hekimlerin hamilelere influenza aşısı önerme durumu asistanlıkta çalışılan süre ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Asistanlıkta çalışılan süre arttıkça hekimler influenza aşısını daha fazla önermiştir.

Hekimlerin hamilelere influenza aşısı önerme durumu çocuk sahibi olma ve KHD rotasyonu alma durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,019$, $p=0,002$). Çocuk sahibi olan ve KHD rotasyonu alan hekimler influenza aşısını daha fazla önermiştir. Hekimlerin hamilelere influenza aşısı önerme durumu ile sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması **Tablo 17**’de verilmiştir.

Tablo 18. İlk Trimesterde Önerilen TSH Düzeyini Doğru ve Yanlış Cevaplayan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

İlk trimesterde önerilen TSH düzeyi kaç olmalıdır?			
Değişkenler	Doğru	Yanlış	P
Yaş			
24-28	123(79,4)	32(20,6)	0,012*
29-33	124(88,6)	16(11,4)	
34 ve üzeri	31(96,9)	1(3,1)	

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, TSH: tiroid stimüle edici hormon *: Pearson ki-kare*

İlk trimesterde önerilen TSH düzeyini doğru ve yanlış cevaplayan hekimler, yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,012$). Hekimlerin yaşları arttıkça ilk trimesterde önerilen TSH düzeyini oranı da artmıştır. İlk trimesterde önerilen TSH düzeyini doğru ve yanlış cevaplayan hekimlerin yaş gruplarına göre karşılaştırılması **Tablo 18**'de verilmiştir.

Tablo 19. Folik Asit Desteğine Başlamak İçin En Uygun Zamanı Doğru ve Yanlış Cevaplayan Hekimlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Folik asit desteğine başlamak için en uygun zaman hangisidir?			
Değişkenler	Doğru	Yanlış	P
Cinsiyet			
Kadın	218(98,2)	4(1,8)	0,022*
Erkek	97(92,4)	8(7,6)	

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, *: Fisher's Exact Test*

Folik asit desteğine başlamak için en uygun zamanı doğru ve yanlış cevaplayan hekimler, cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,022$). Kadın hekimlerin folik asit başlama zamanını doğru bilme oranı daha fazladır. Folik asit desteğine başlamak için en uygun zamanı doğru ve yanlış cevaplayan hekimlerin cinsiyete göre karşılaştırılması **Tablo 19**'da verilmiştir.

Tablo 20. VKİ'si Normal Olan Gebenin Alması Gereken İdeal Kiloyu Doğru ve Yanlış Cevaplayan Hekimlerin Cinsiyete ve DÖB Rehberini Okuma Durumuna Göre Karşılaştırılması

VKİ'si normal olan gebenin alması gereken ideal kilo nedir?			
Değişkenler	Doğru	Yanlış	P
Cinsiyet			
Kadın	145(65,3)	77(34,7)	0,0001*
Erkek	39(37,1)	66(62,9)	
DÖB rehberini okuma durumu			
Evet	65(65)	35(35)	0,035*
Hayır	119(52,4)	108(47,6)	

*n: sayı, %: sütun yüzdesi, VKİ: Vücut kitle indeksi, DÖB: Doğum öncesi bakım, *: Pearson ki-kare*

VKİ'si normal olan gebenin alması gereken ideal kiloyu doğru ve yanlış cevaplayan hekimler, cinsiyete ve DÖB rehberini okuma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,0001$, $p=0,035$). DÖB rehberini okuyan ve kadın hekimlerin, VKİ'si normal olan bir gebenin alması gereken ideal kiloyu doğru bilme oranı daha fazladır. VKİ'si normal olan gebenin alması gereken ideal kiloyu doğru ve yanlış cevaplayan hekimlerin cinsiyete ve DÖB rehberini okuma durumuna göre karşılaştırılması **Tablo 20**'de verilmiştir.

Tablo 21. Hekimlerin Bilgi Düzeylerinin DÖB Rehberini Okuma ve DÖB Hakkında Kendi Bilgi Düzeylerini Algılama Durumu ile İlişkisi

Hekimlerin DÖB hakkında bilgi düzeyleri							
Değişkenler	n	Median	Mean	SS	Min	Max	P
DÖB rehberini okuma							
Evet	100	27	26,2	3,56	15	34	
Hayır	227	23	23,2	4,01	13	32	0,0001*
DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu ^a							
Düşük seviye	68	22	21,9	4,13	13	31	
Orta seviye	209	24	24,3	3,95	15	32	0,0001**
Yüksek seviye	50	26	26,6	3,1	19	34	

* Man Whitney U testi, ** Kruskal Wallis H testi, ^a Post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda $p < 0,017$ 'den küçük olması istatistiksel olarak anlamlıdır.

DÖB rehberini okuma durumu ile hekimlerin bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,0001$). DÖB rehberini okuyan hekimlerin bilgi düzeyi, okumayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini algılama durumu ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,0001$). Hekimlerin kendi bilgi düzeylerini algılama durumuna göre yapılan bilgi düzeyi karşılaştırmalarında saptanan istatistiksel anlamlılık düşük ile orta seviye ($p < 0,0001$), düşük ile yüksek seviye ($p < 0,0001$) ve orta ile yüksek seviye ($p < 0,0001$) arasında saptanan anlamlı farklılıktan kaynaklanmaktadır. DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini yüksek şeklinde belirten hekimlerin bilgi düzeyi, orta ve düşük şeklinde belirten hekimlere göre daha yüksek saptanmıştır. DÖB hakkında kendi bilgi düzeylerini orta şeklinde belirten hekimlerin bilgi düzeyi, düşük şeklinde belirten hekimlere göre daha yüksek saptanmıştır. Hekimlerin bilgi düzeylerinin DÖB rehberini okuma ve DÖB hakkında kendi bilgi düzeyini algılama ile ilişkisi **Tablo 21**'de verilmiştir.

5. TARTIŞMA

Aile hekimleri, 18-44 yaş arası kadınlara ayaktan birinci basamak sağlık hizmetlerinin en sık sağlayıcısıdır. Yapılan bir çalışmada DÖB ziyaretlerinde hastanın jinekoloji hekimine kıyasla, birinci basamak hekimini dikkate alma olasılığı önemli ölçüde daha yüksekti (%89.7'ye karşı %14.9) (125). Başka bir çalışma ise kadınların daha çok birinci basamak hekimlerinden DÖB almayı tercih ettiğini göstermiştir (126). Aile hekimleri; aile planlaması ve kronik hastalık bakımının çoğunu sağlar ve bakımın sürekliliğini ve hastalarıyla yakın ilişkileri sürdürmek için çaba gösterir (127). Hekimin yeterli bilgi sahibi olmaması, DÖB'ün önündeki en önemli engeldir (128). Aile hekimleri tarafından verilen DÖB, yalnızca olumsuz gebelik sonuçlarını azaltmakla kalmaz, aynı zamanda üreme çağındaki kadınlarda kaygıyı da azaltır (129).

Uluslararası literatüre bakıldığında, halkın örneklem popülasyonlarının bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan toplum temelli çalışmalar mevcuttur, ancak hekim hedefli çalışmalar yeterli değildir. DÖB kapsamında; öneri ve müdahaleyi değerlendiren az miktarda çalışma vardır, bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu çalışma Türkiye’de aile hekimliği asistanı olarak çalışan hekimlerin DÖB konusunda bilgi düzeylerini değerlendirmek ve görüşlerini öğrenmek amacıyla yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi’nde DÖB kapsamında riskli gebelik teşkil etmeyen gebelere en az 4 izlem yapılması önerilmektedir (130). Çalışmamıza katılan hekimlerin %54,4’ü az 4 kez DÖB izlemi yapılması gerektiğini, %37,6’sı 4’ten fazla sayıda DÖB izlemi yapılması gerektiğini ifade etmiştir. 4 ve üzeri DÖB izlem yapılması gerektiğini düşünen hekimlerin oranı %92’dir. Bu oran hekimlerin DÖB izlem sayısı konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu göstermektedir. 1993 yılından itibaren TNSA verileri değerlendirildiğinde en az 4 kez DÖB alan kadınların yüzdesi giderek artmaktadır. Türkiye’de en az 4 kez DÖB alan kadınların oranı 1993’te %36, 1998’de %42, 2003’te %54, 2008’de %74, 2013’te %89 ve 2018 yılında %90 idi (33). Bu veriler göz önüne alındığında bu artışın nedeni Türkiye’de 2003 yılında başlatılan ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmaya başlanmasından kaynaklanabilir.

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi'nde ilk izlemin gebeliğin ilk 14 hafta içerisinde yapılması gerektiği önerilmektedir (130). Çalışmamızda ilk 14 haftalık süreyi kapsayan yanıtları veren hekimlerin oranı %98,2 idi. DÖB'ün erken başlatılması, gebelikte ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları önlemede daha etkin yol izlememizi sağlamaktadır. Hekimlerin bu konudaki bilinçli tutumu DÖB kalitesini artırıcı bir faktördür. 1993 yılından itibaren TNSA verileri değerlendirildiğinde gebeliğin ilk 3 ayında DÖB alan kadınların yüzdesi giderek artmaktadır. Türkiye'de bu hizmeti alan kadınların oranı 1993'te %54, 1998'te %58, 2003'te %58, 2008'de %74, 2013'te %89 ve 2018 yılında %90 idi (33). Benzer şekilde bu artışın nedeni birinci basamak sağlık hizmetinin yaygınlaşmasından kaynaklanabilir. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi'nde ikinci izlemin 18-24. haftalar arasında, üçüncü izlemin 28-32. haftalar arasında ve dördüncü izlemin 36-38. haftalar arasında yapılması önerilmektedir (130). Hekimlerin %58,4'ü ikinci izlem zamanını, %49,8'i üçüncü izlem zamanını ve %55,7'si dördüncü izlem zamanını doğru bilmiş olup, bu düşüşün nedeni birinci izlemden sonraki izlemlerin sıklıkla Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından yapılmasından olabilir.

Çalışmamızda DÖB rehberini okuyan hekimlerin oranı %30 olup, DÖB yönetimi konusunda hekimlerin %64,2'si kendi bilgi seviyesini orta seviyede görmektedir. Aile hekimlerinin, hastalarına kapsamlı bir bakım sağlayabilmeleri için DÖB konusunda bilgi ve becerilere sahip olmaları gerekir. Bilinçli hekimler tarafından verilen DÖB; gebeliklerin izlenmesi, olası problemlerin erken belirlenmesi ve daha ciddi komplikasyonlara yol açmadan müdahale edilmesi açısından önemlidir.

DÖB kapsamında idrar tahlili, tam kan sayımı, kan grubu, HBsAg, TSH, anti rubella IgM-IgG, toksoplazma-sitomegalovirüs-parvovirüs B19 IgG-IgM, HbA1c ve pap smear tetkiklerinin yapılması gerektiğini belirten hekim sayısı 50 idi. DÖB kapsamında tüm gebelere bakılması gereken tetkikler sorgulandığında hekimlerin tamamına yakını tam idrar tetkiki, tam kan sayımı, kan grubu, HBsAg ve TSH bakılması gerektiğini belirtti. HbA1c, Anti Rubella IgG-IgM, Toksoplazma-Sitomegalovirüs-Parvovirüs B19 IgG-IgM işaretlenmesindeki kısmi düşüklüğün nedeni bu tetkiklerin birinci basamakta yapılamamasından kaynaklanıyor olabilir. Hekimlerin %22,9'u pap smear yapılması gerektiğini belirtmiş olup bu durumun nedeni gebelerin vajinal muayene yaptırmak istememesinden kaynaklanıyor olabilir.

Tahmini doğum tarihi ve gestasyonel yaş son adet tarihine ve Neagale kuralına göre belirlenmelidir. Bu yöntem son adet tarihinin ayından 3 ay geriye gidip son adet ilk gününe 7 gün eklenmesiyle bulunur (17). İzmir’de yapılan bir çalışmada hekimlerin %94,2’si bu formülü doğru olarak cevaplamıştır (131). Çalışmamızda benzer şekilde hekimlerin %82,9’u Neagale formülünü doğru olarak bilmıştır.

USPSTF hekimlere gebelik takibinde beslenme ve kilo yönetimi hakkında hastalarına önerilerde bulunmasını tavsiye eder (132). 2010 yılında kadın doğum ve aile hekimliği asistanları üzerinde yapılan bir araştırma, hekimlerin 2009 IOM tavsiyeleri hakkında çok az bilgiye sahip olduklarını ortaya koymuştur (133). Amerika’da 2005 yılında jinekologlar arasında yapılan bir çalışmada, hekimlerin %84’ü gebelikte kilo alımı konusunda danışmanlık yaptığını bildirmiş olup sadece %64’ü gebelik öncesi VKİ’yi baz alarak danışmanlık vermiştir (134). New York’ta yapılan bir çalışmada gebelerin %31,5’ine uygun kilo alım önerisi verilmiştir (135). Kanada’da yapılan bir çalışmada gebelerin %28,5’ine uygun kilo alım önerisi verilmiştir (136). İzmir’de yapılan bir çalışmada ise gebelerin %19,3’üne uygun kilo alım önerisinde bulunulmuştur (137).

IOM/NRC kılavuzları hamilelik öncesi VKİ’ye göre normal kiloya sahip olan kadınların 11,5-16 kilo almalarını tavsiye etmektedir (48). Çalışmamızda da benzer şekilde hekimlerin %56,3’ü VKİ’si normal aralıkta olan gebenin alması gereken uygun kiloyu 12-16 kg şeklinde doğru bilmıştır. Çalışmamızda hekimlerin yaklaşık yarısı alınması gereken uygun kiloyu doğru bilmelerine rağmen, %41,6’sı 6-10 kg cevabını vermiştir. Bu durumun nedeni fazla kilo alımının anne-bebek sağlığı için olumsuz sonuçlar doğurabileceği düşüncesi olabilir.

Frank ve ark’ları, eğitimli ve kadın hekimlerin, hastalarına beslenme ve kilo konusunda tavsiye verme olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (138). Çalışmamızda benzer şekilde DÖB rehberini okuyan ve kadın hekimler daha fazla oranda gebelikte alınması gereken uygun kiloyu doğru bilmıştır. Bu anlamlı farklılık DÖB ile ilgili rehber veya kılavuz okuyan hekimlerin bu konuda daha fazla bilgiye ve farkındalığa sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

ACOG, doğurganlık çağındaki kadınların günlük 400 mcg folik asit tüketmesini önermektedir (139). İsrail’de yapılan bir çalışmaya göre düşük riskli kadınlar için folik asit desteğinin doğru zamanlamasını hekimlerin %12’si ve dozunu hekimlerin %47’si doğru bildi (140). Kanada’da hekimlerin folik asit önerme konusunda bilgi ve tutumlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada; düşük riskli kadınlar için folik asit takviyesi önerileri konusunda doktorların uygulamalarına ilişkin yapılan değerlendirmede 400 mcg folik asit tavsiye verenlerin oranı %29,9 iken, 1000 mcg folik asit tavsiye verenlerin oranı %54,6 iken, 1000 mcg üzeri tavsiye verenlerin oranı %5,2 idi (141). Çin’de hekimler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre; hekimlerin %79,7’si doğurganlık çağındaki tipik kadınlar için önerilen folik asit dozunu ve hekimlerin %34,3’ü folik asit başlama zamanını doğru bilmiştir (142). Aggarwal ve ark’larının Hindistan’da yaptığı bir çalışmaya göre; hekimlerin %35,1’i folik asidin hem doğru dozundan hem de gebelik öncesi uygulamasından haberdardı (143).

Auriel ve ark’larının yaptığı çalışmaya göre aile hekimlerinin %62,5’i 400 mcg folik asit günlük dozunu doğru önermiştir (144). Kuzeybatı Etiyopya’da yapılan bir çalışmaya göre hekimlerin %21,9’u folik asit desteğinin alınması gereken doğru zamanı biliyordu (145). ABD’de yapılan bir çalışmaya göre aile hekimlerinin %88’i folik asit başlama zamanı hakkında ve yine aile hekimlerin %41,9’u günlük alınması gereken folik asit dozu (400 mcg) hakkında bilgi sahibiydi (146). Çalışmamızda ise neredeyse hekimlerin tamamı (%96,3) folik asit başlama zamanını doğru bilmiş olup, günlük folik asit dozunu bilenlerin oranı nispeten daha azdı (%89,6). Literatürde çalışmamızın sonuçları ile benzer çalışmalar olmasının yanı sıra, farklı birçok çalışma da mevcuttur. Bu durumun farklılığı çalışmaların farklı ülkelerde ve çeşitli branşlarda olan hekimlere yapılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı genelge ile D vitamini eksikliğini önlemek için gebelere D vitamini destek programı başlatılmıştır. Her gebeye günlük tek doz 1200 IU D vitamini, gebeliğin 12. haftasından itibaren doğum sonrası 6. aya kadar önerilmektedir (61). Mohamed ve ark’larının yaptığı çalışmaya göre hekimlerin %41,6’sı günlük 1000 IU D vitamini önerirken hekimlerin %43,6’sı günlük 1000 IU altında D vitamini önerisinde bulunmuştur (147).

Elitok ve ark'larının yaptığı bir çalışmaya göre gebelik döneminde önerilen D vitamini günlük dozları konusunda hekimlerin %49,3'ü fikir beyan etmemiş olup, hekimlerin sadece %6'sı günlük 1200 IU D vitamini önermiştir (148). Çalışmamızda gebelik döneminde verilmesi gereken D vitamini günlük dozunu hekimlerin %52'si 1200 IU şeklinde doğru cevaplamıştır. Gebelere günlük 1000 IU altındaki dozların destek için yetersiz olduğu kabul edilmektedir (149). Sonuç olarak henüz yaygın olarak uygulanmasa da gebelik döneminde günde en az 1000 IU/gün D vitamini verilmesi ve bu dozun güvenli olduğu konusunda görüş birliği bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ülkemizde demir eksikliğini önlemek için gebelere demir destek programı başlatmıştır. Bu program kapsamında gebelere günlük 40-60 mg elementer demir önerilmiştir. Gebelere 4. aydan (ikinci trimester) itibaren gebelik süresince 6 ay ve doğum sonrası 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süreyle, elementer demir kullanılması önerilmiştir (65). İzmir'de yapılan çalışmada hekimlerin %75'i gebelikte demir desteği için başlangıç süresini doğru cevaplarken, %50'si günlük dozu doğru cevaplandırmıştır. Çalışmamızda ise hekimlerin %67,6'sı başlangıç süresini doğru cevaplamış olup, %42,2'si günlük dozu doğru cevaplamıştır. Hekimler demir desteği başlangıç zamanı hakkındaki bilgi düzeyleri daha yüksekken, günlük dozları konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip değildiler.

ATA 2011 yönergesine göre; tüm hamile ve emziren kadınlara günde en az 250 mcg iyot alımı önermektedir. Ayrıca ATA gebeliğin ilk trimesterinde TSH üst sınırını 2,5 mIU/L olarak belirlemiştir (104). Kut ve ark'larının yaptığı bir çalışmaya göre; hekimlerin %41,3'ü ilk trimesterde TSH düzeyinin 2,5 mIU/L altında olması gerektiğini doğru olarak belirtirken, hekimlerin %57,1'i TSH düzeyinin laboratuvar üst sınırının altındaki herhangi bir düzey olduğunu belirtmiş, hekimlerin %1,6'sı böyle bir bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir (150). Çalışmamızda ise hekimlerin %85'i ilk trimesterde önerilen TSH düzeyinin 2,5 mIU/L altında olması gerektiğini doğru olarak belirtirken, hekimlerin %6,7'si TSH düzeyinin laboratuvar üst sınırının altındaki herhangi bir düzey olduğunu belirtmiş, hekimlerin %8,3'ü ise böyle bir bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir.

Ayrıca Kut ve ark'larının yaptığı aynı çalışmada; hekimlerinin %90,7'si ilk vizitte rutin olarak TSH ölçümü yapılması gerektiğini belirtmiş, hekimlerinin %21,4'ü gebelerin iyot içeren multivitamin formülleriyle desteklenmesi gerektiğine inanmaktadır (150). Çalışmamızda da benzer şekilde hekimlerin %96,3'ü ilk vizitte rutin olarak TSH ölçümü yapılması gerektiğini belirtmiş olup, hekimlerin %53,2'si gebelikte iyot desteği önerilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu çalışmada ve çalışmamızda yüksek oranda ilk vizitte TSH ölçümü yapılırken, gebelere iyot desteğinin düşük oranda önerilmesi bebeklerde gelişebilecek hastalıklar açısından endişe vericidir.

ACOG ve USPSTF gestasyonel diyabet açısından tüm gebelere 24-28. haftalarda tarama yapılmasını önermektedir (112). Akıncı ve ark'larının yaptığı bir çalışmada hekimlerin çoğunluğu (%95,2) gebeleri GDM açısından taradıklarını belirtmişlerdir (151). Gabbe ve ark'larının yaptığı çalışmada hekimlerin yaklaşık %96'sı hastalarını gestasyonel diyabet açısından taradıklarını belirtmiştir (152). Çalışmamızda da benzer şekilde hekimlerin %99,1'i gebelerin gestasyonel diyabet açısından taranması gerektiğini belirtmiştir. İzmir'de aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada hekimlerinin %82,2'si OGTT'nin 24-28. gebelik haftasında yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (131). Çalışmamızda benzer şekilde hekimlerin %80,4'ü OGTT'nin 24-28. gebelik haftasında yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Kanada Hipertansiyon Derneği'ne göre DKB 90 mmHg ve üzeri olduğu durumlarda antihipertansif tedavi başlanmalıdır (153). Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre proteinüri olmadan gebelik hipertansiyonun farmakolojik tedavisinde DKB'ına göre aile hekimlerinin %48,7'si 90-99 aralığını, %11,7'si 100-109 aralığını, %4,1'i 80-89 aralığını seçmiştir. Hekimlerin %35,5'i bilgisinin olmadığını belirtmişlerdir (154). Çalışmamızda ise gebelikte hipertansiyonun farmakolojik tedavisinde DKB'ına göre hekimlerin %62,7'si 90-99 aralığını, %19,3'ü 100-109 aralığını, %8,6'sı 80-89 aralığını seçmiştir. Hekimlerin %9,5'i ise bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin yaklaşık yarısının gebelik döneminde antihipertansif tedavi gerektirecek DKB değerini bilmemesi hipertansiyona bağlı gelişebilecek komplikasyonlar açısından endişe vericidir.

ACOG, CDC'nin grip mevsiminde (ekim-mayıs ortası) hamile kalacak kadınların aşılması gerektiği tavsiyesini desteklemektedir (155). İtalya'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %83,6'sı hamilelere grip aşısı önermiştir (156). Bridgeport Hastanesi'nde yapılan bir araştırmaya göre hekimlerin %85,7'si hastalarına influenza aşısını önermiştir (157). Aroa ve ark'larının yaptığı çalışmada aile hekimlerin %87,6'sı hastalarına grip aşısını önermektedir (158). Healy ve ark'larının yaptığı çalışmada hekimlerin %84'ü gebeliğin herhangi bir üç aylık döneminde influenza aşısını önerdiğini belirtmiştir (159). Power ve ark'larının yaptığı çalışmada aile hekimlerinin %61,4'i influenza aşısı önermektedir (160). Wallis ve ark'larının yaptığı çalışmada gebelik sırasında grip aşısını aile hekimlerinin %72'si hastalarına uygulamaktadır (161). Çalışmamızda da benzer şekilde hekimlerin %66,4'ü gebelik döneminde hastalara influenza aşısı önermektedir.

Hamile kadınlar üzerinde yapılan ankette, hekimler tarafından önerildiğinde kadınların aşı olma olasılığının üç kata kadar daha fazla olduğunu göstermiştir (162). Silverman ve Greif, mevcut kılavuzlardan haberdar olan hekimlerin influenza aşısını hamile hastalara önerme ve muayenelerinde aşılama durumunun daha yüksek olduğunu göstermiştir (163). Çalışmamız da benzer şekilde KHD rotasyonu alan hekimlerin influenza aşısını önerme oranı daha fazladır.

Power ve ark'larının yaptığı çalışmada kadın hekimlerin aşı uygulama olasılıkları daha yüksekti (%85,0'a karşı %74,4) (160). Çalışmamızda da benzer şekilde influenza aşısı öneren kadın hekimlerin oranı %70,7 iken, erkek hekimlerin oranı %57,1 idi. Çalışmamızın bulguları literatürle uyumludur.

Wilcox ve ark'larının aile hekimleri arasında yaptıkları çalışmada 2 yıldan fazla hekimlik yapan hekimler grip aşısını daha fazla oranda tavsiye ettiler (164). Paraphasiri ve ark'larının yaptığı bir çalışmada ise 3 yıldan fazla klinik deneyime sahip olan hekimler grip aşısını daha fazla tavsiye etti (165). Kanada'da yapılan bir çalışmada, aşı konusunda daha uzun süredir hizmet veren aile hekimleri hastalara aşı konusunda daha rahat danışmanlık vermişlerdir (166). Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde asistan olarak çalışma süresi fazla olan hekimler grip aşısını daha fazla tavsiye etmektedir. Bu durum hekimlerin meslekte çalışma yılı arttıkça tecrübe ve bilgi düzeylerinin artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Aroa ve ark'ları yaptığı çalışmada daha genç hekimlerin grip aşısı önermekle önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir (158). Çalışmamızda ise hekimlerin yaşları arttıkça grip aşısını tavsiye etme oranları da artmaktadır.

MMR, suçiçeği ve canlı zayıflatılmış grip aşısı dahil olmak üzere canlı zayıflatılmış aşılar hamile kadınlar için kontrendikedir (167). Celep ve ark'larının yaptığı çalışmada seroloji negatif gebeye su çiçeği aşısı önermeyen hekimlerin oranı %79,2 ve kızamıkçık aşısı önermeyen hekimlerin oranı %74,7 idi (168). Power ve ark'larının yaptığı çalışmada hekimlerin % 97,5'i MMR aşısını ve %92,9'u su çiçeği aşısını önermemektedir (160). Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde MMR ve suçiçeği vb. canlı virus aşısını önermeyen hekimlerin oranı %97,6'ydı.

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi'nde tüm gebelerin ilk izlemde tetanoz toksoidi ile aşılama açısından değerlendirilmesi önerilmektedir. Tetanoz aşılmasının gebeliğin 12. haftasından itibaren yapılabileceği, gebenin geç tespit edilebileceği düşünülürse 4. ayda veya ilk izleminde birinci dozun yapılması uygun olduğu belirtilmektedir (130). İzmir'de aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada hekimlerin %34,7'si tetanoz aşılmasını 12. haftadan itibaren, %56,9'u 20. haftadan itibaren yapılabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda da benzer şekilde hekimlerin %38'i tetanoz aşılmasını 12. haftadan itibaren, %43,1'i 20. haftadan itibaren yapılabileceğini belirtti. Bu da hekimlerin %81,1'inin tetanoz aşısı yapılma zamanını doğru bildiğini göstermiştir.

Çalışmamızda hekimlere gebelerin hangi durumlarda sevk edilmesi gerektiği sorulduğunda hekimlerin tamamına yakını sevk gerektiren durumları doğru bilmiştir.

6. SONUÇ

Çalışmamıza Türkiye’de aile hekimliği asistanı olarak görev yapan 327 asistan hekim katılmıştır. Katılımcıların %67,9’u kadın, %32,1’i erkekten oluşuyordu. Hekimlerin yaş ortalaması 29,7 yıl idi. Hekimlerin %74,6’sı üniversite hastanesinde çalışmaktaydı. Hekimlerin meslekte çalışma yılı 1 ile 30 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 4,68 yıl idi. Hekimlerin %31,5’inin asistanlıkta çalıştığı süre 25-36 ay arasındaydı. Hekimlerin %65,4’ü evli olup %34,9’u çocuk sahibiydi. Hekimlerin %32,4’ü daha öncesinde ASM’de çalışmış olup, %72,8’i KHD rotasyonu almıştı.

Hekimlerin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların ortalamasını yaklaşık %75 saptadık. Hekimlerin bilgi düzeyleri ile yaşları, asistanlıkta çalışma süreleri, ASM’de çalışma ve KHD rotasyonu alma durumları arasında anlamlı farklılık saptadık ($p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,023$, $p<0,001$). Hekimlerin yaşları ve asistanlıkta çalışma süreleri arttıkça bilgi düzeylerinde de artış gözlemlendi. Daha öncesinde ASM’de çalışan ve KHD rotasyonu alan hekimlerin bilgi düzeyleri daha yüksekti.

Hekimlerin bilgi düzeyleri ile DÖB rehberini okuma ve kendi bilgi düzeylerini algılamaları arasında anlamlı farklılık saptadık ($p<0,0001$, $p<0,0001$). DÖB rehberini okuyan hekimlerin bilgi düzeyi daha yüksekti. Kendi bilgi seviyesini yüksek gören hekimlerin bilgi düzeyi daha fazlaydı.

Hekimlerin %30’u DÖB rehberini okumuş olup, doğum öncesi bakım hakkında kendi bilgi düzeylerini algılamaları daha çok orta seviyedeydi.

Hekimlerin DÖB rehberini okuma durumu ile yaş, çocuk sahibi olma, hekimlik yılı, asistanlıkta çalışma süresi, ASM’de çalışma ve KHD rotasyonu alma durumları arasında anlamlı farklılık saptadık ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,003$, $p<0,001$). Yaşları, hekimlik ve asisitanlıkta çalışma süreleri fazla olan hekimlerin DÖB rehberi okuma oranları daha fazla idi. Çocuk sahihi olan, daha öncesinde ASM’de çalışmış ve KHD rotasyonu alan hekimlerin DÖB rehberini okuma oranı daha fazla idi.

Hekimlerin %92'si gebelik takibinde 4 ve üzeri sayıda izlem yapılması gerektiğini doğru biliyordu. Hekimlerin %98,2'si birinci izlemin ilk 14 haftalık sürede, %58,4'ü ikinci izlemin 18-24. haftalar arasında, %49,8'i üçüncü izlemin 28-32. haftalar arasında ve %55,7'si dördüncü izlemin 36-38. haftalar arasında yapılmasını doğru biliyordu.

Gebelikte bakılması gereken tetkikler sorgulandığında; hekimlerin tamamına yakını tam kan sayımı, kan grubu, tam idrar, HBsAg ve TSH, neredeyse yarısı HbA1c, Anti Rubella IgG-IgM, Toksoplazma-Sitomegalovirüs-Parvovirüs B19 IgG-IgM ve daha azı da pap smear bakılması gerektiğini doğru biliyordu.

Hekimlerin %82,9'u tahmini doğum tarihi hesaplama yöntemini doğru biliyordu.

Hekimlerin %85'i ilk trimesterde olması gereken maximum TSH düzeyini doğru biliyordu. TSH düzeyi sorusu ile hekimlerin yaşları arasında anlamlı farklılık saptadık ($p=0,012$). Hekimlerin yaşları arttıkça bu düzeyi doğru bilme oranı da artmıştır.

Hekimlerin %80,4'ü OGTT yapılma zamanını (24-28. haftalar arası) doğru biliyordu.

Hekimlerin %56,3'ü VKİ'si normal aralıkta olan bir gebenin tüm gebelik boyunca alması gereken kiloyu (12-16 kilo) doğru biliyordu. Uygun kilo alımı sorusu ile DÖB rehberini okuma ve cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptadık ($p=0,035$, $p<0,0001$). DÖB rehberini okuyan ve kadın hekimlerin uygun kilo alımını bilme oranları daha fazla idi.

Hekimlerin %62,7'si antihipertansif başlamak için olması gereken DKB aralığını (90-99 mmHg) doğru biliyordu.

Hekimlerin %81,1'i tetanoz aşısı yapılma zamanını doğru biliyordu.

Hekimlerin %96,3'ü folik asit başlama zamanını, %89,6'sı günlük verilmesi gereken folik asit dozunu doğru biliyordu. Folik asit başlama zamanı sorusu ile hekimlerin cinsiyetleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptadık ($p=0,022$). Kadın hekimlerin folik asit başlama zamanını doğru bilme oranı daha fazla idi.

Hekimlerin %47,4'ü D vitamini başlama zamanını, %52'si günlük verilmesi gereken D vitamini dozunu doğru biliyordu.

Hekimlerin %67,6'sı klinik anemisi olmayan gebeye verilmesi gereken demir desteği başlama zamanını, %42,2'si günlük verilmesi gereken demir dozunu doğru biliyordu.

Hekimlerin %53,2'si gebelikte iyot desteği verilmesi gerektiğini düşünmekteydi.

Hekimlerin %99,1'i gestasyonel diyabet taramasını gerekli görmüştü.

Hekimlerin %97,6'sı gebelik döneminde MMR-su çiçeği vb. canlı virus aşılarını önermemekteydi.

Hekimlerin %66,4'ü gebelikte influenza aşısının önerilmesi gerektiğini düşünüyordu. Hekimlerin influenza aşısını önerme durumu ile yaş, cinsiyet, asistanlıkta çalışma süresi, çocuk sahibi olma, ve KHD rotasyonu almaları arasında anlamlı farklılık saptadık ($p<0,001$, $p=0,016$, $p<0,001$, $p=0,019$, $p=0,002$). Hekimlerin yaşları arttıkça influenza aşısını önerme oranları da arttı. Kadın hekimlerin influenza aşısını önerme oranı daha fazla idi. Asistanlıkta çalışma süresi daha fazla olan hekimlerin influenza aşısını önerme oranları da daha fazla idi. Çocuk sahibi olan ve KHD rotasyonu alan hekimlerin influenza aşısını önerme oranları daha fazla idi.

Hekimlerin tamamına yakını gebelikte sevk gerektiren durumları doğru bilmişti.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Regional Office for E. Essential antenatal, perinatal and postpartum care : training modules. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; 2002.
2. Akın A. Türkiye’de ana sağlığı, aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler. Türkiye Nüfus Araştırması. 1998:180-8.
3. World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience 2016 [cited 2022 February 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
4. Pirdal H, Yalçın BM, Ünal M. Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2016;20(1):7-15.
5. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular 2019 [cited 2022 February 1]. Available from: http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/23356/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
6. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1994 [cited 2022 February 2]. Available from: https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/1993_TNSA.pdf.
7. Koç İ, Kurtuluş Yiğit E, Türkyılmaz S, Ergöçmen BA, Eryurt MA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. 2009.
8. Altıparmak S. Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2006;5(6):416-23.
9. Farahi N, Zolotor A. Recommendations for Preconception Counseling and Care. Am Fam Physician. 2013;88(8):499-506.
10. Zolotor A, Carlough MC. Update on prenatal care. Am Fam Physician. 2014;89(3):199-208.
11. Brundage SC. Preconception health care. Am Fam Physician. 2002;65(12):2507-14.

12. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and Health Care—United States: report of the CDC/ATSDR preconception care work group and the select panel on preconception care. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*. 2006;55(6):1-CE-4.
13. Di Mario S, Basevi V, Gori G, Spettoli D. What is the effectiveness of antenatal care?(supplement). WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report). 2005.
14. Hughes C, Dolan B. *Pediatric ICD-10-CM 2022: A Manual for Provider-Based Coding*; American Academy of Pediatrics; 30 Sep 2021.
15. Allaire AD, Cefalo RC. Preconceptional health care model. *Eur J Obstet Gyn R B*. 1998;78(2):163-8.
16. World Health O. WHO antenatal care randomized trial : manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization; 2002.
17. Bernstein HB, VanBuren G. *Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology*. 2013(Normal Pregnancy and Prenatal Care):141-53.
18. Leiva MC, Tolosa JE, Binotto CN, Weiner S, Huppert L, Denis AL, et al. Fetal cardiac development and hemodynamics in the first trimester. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1999;14(3):169-74.
19. Braunstein GD, Rasor J, Danzer H, Adler D, Wade ME. Serum human chorionic gonadotropin levels throughout normal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1976;126(6):678-81.
20. Casanova R, Chuang A, Goepfert AR, Hueppchen NA, Weiss PM. Beckmann and Ling's *Obstetrics and Gynecology*. (Preconception and antepartum care):147.
21. Bastian LA, Piscitelli JT. Is this patient pregnant? Can you reliably rule in or rule out early pregnancy by clinical examination? *Jama*. 1997;278(7):586-91.
22. Robinson E, Barber J. Early diagnosis of pregnancy in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1977;27(179):335-8.
23. Women's NCCf, Britain CsHG, Britain NIfCEG. *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman*: RCOG press; 2008.

24. Wegienka G, Baird DD. A comparison of recalled date of last menstrual period with prospectively recorded dates. *J Womens Health (Larchmt)*. 2005;14(3):248-52.
25. WHO's World Patient Safety Day Goals 2021 promote safe maternal and newborn practices 2021 [cited 2022 February 7]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-09-2021-who-s-world-patient-safety-day-goals-2021-promote-safe-maternal-and-newborn-practices>.
26. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet global health*. 2014;2(6):e323-e33.
27. Linden K. Expanding the concept of safety in antenatal care provision. *Lancet*. 2021;398(10294):4-5.
28. Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, Cousens S, Kumar R, Ibiebele I, et al. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *Lancet*. 2011;377(9775):1448-63.
29. Kent H, Johnson K, Curtis M, Hood J, Atrash H. Proceedings of the preconception health and health care clinical, public health, and consumer workgroup meetings. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities www.cdc.gov/preconception/documents/workgroupproceedingsjune06.pdf. 2006.
30. Jack BW, Campanile C, McQuade W, Kogan MD. The negative pregnancy test. An opportunity for preconception care. *Arch Fam Med*. 1995;4(4):340-5.
31. Shannon GD, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception Healthcare and Congenital Disorders: Systematic Review of the Effectiveness of Preconception Care Programs in the Prevention of Congenital Disorders. *Matern Child Hlth J*. 2014;18(6):1354-79.
32. UNICEF. Antenatal care 2021 [cited 2022 February 11]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>.
33. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2019 [cited 2022 February 1]. Available from: http://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf.

34. UNICEF Data Warehouse

Antenatal care 4+ visits - percentage of women (aged 15-49 years) attended at least four times during pregnancy by any provider in Turkey 2022 [cited 2022 February 2]. Available from:

https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBA L DATAFLOW&ver=1.0&dq=TUR.MNCH ANC4.&startPeriod=1970&endPeriod=2022.

35. Obstetricians ACo, Gynecologists, Practice CoO. ACOG committee opinion. Air travel during pregnancy. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2002;76(3):338-9.

36. Excellence NIHC. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman, ; Welsh, A., Ed. RCOG Press: London, UK; 2008.

37. Palda VA, Guise J-M, Wathen CN. Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. Cmaj. 2004;170(6):976-8.

38. Practice CoO. ACOG committee opinion. Exercise during pregnancy and the postpartum period. Number 267, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2002;77(1):79-81.

39. Koren G. Hair treatments: drugs, pregnancy, and lactation. Ob/Gyn News. 2003;38:8.

40. Milunsky A, Ulcickas M, Rothman KJ, Willett W, Jick SS, Jick H. Maternal heat exposure and neural tube defects. Jama. 1992;268(7):882-5.

41. Nawrot P, Jordan S, Eastwood J, Rotstein J, Hugenholtz A, Feeley M. Effects of caffeine on human health. Food Additives & Contaminants. 2003;20(1):1-30.

42. Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos M-K, 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, Supplement B):S266-S79.

43. Clapp III JF. Maternal carbohydrate intake and pregnancy outcome. Proceedings of the Nutrition Society. 2002;61(1):45-50.

44. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Houston Miller N, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American college of cardiology*. 2014;63(25 Part B):2960-84.
45. Lowensohn RI, Stadler DD, Naze C. Current Concepts of Maternal Nutrition. *Obstet Gynecol Surv*. 2016;71(7):413-26.
46. King JC, Butte NF, Chez RA, Haas JD, Kleinman JC, Kramer MS, et al. Nutrition During Pregnancy Executive Summary by THE SUBCOMMITTEE ON NUTRITIONAL STATUS AND WEIGHT GAIN DURING PREGNANCY and THE SUBCOMMITTEE ON DIETARY INTAKE AND NUTRIENT SUPPLEMENTS DURING PREGNANCY. *Nutrition Today*. 1990;25(4):13-22.
47. Rasmussen K, Yaktine A. Institute of medicine (Committee to reexamine IOM pregnancy weight guidelines, food and nutrition board and board on children, youth, and families). *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. Washington DC. 2009.
48. Council NR. *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. 2010.
49. Stotland NE, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational weight gain, macrosomia, and risk of cesarean birth in nondiabetic nulliparas. *Obstetrics & Gynecology*. 2004;104(4):671-7.
50. Tieu J, Crowther CA, Middleton P. Dietary advice in pregnancy for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(2):Cd006674.
51. Phelan S. Pregnancy: a “teachable moment” for weight control and obesity prevention. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(2):135. e1-. e8.
52. Ferraro ZM, Gaudet L, Adamo KB. The Potential Impact of Physical Activity During Pregnancy on Maternal and Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol Surv*. 2012;67(2):99-110.
53. Reilly K. Nutrition, exercise, work, and sex in pregnancy. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2000;27(1):105-15.

54. The ACoO, Gynecologists. Exercise during pregnancy and the postpartum period. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1994;45(1):65-70.
55. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. WITHDRAWN: Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(4):Cd001056.
56. Berghella V, Buchanan E, Pereira L, Baxter JK. Preconception Care. *Obstet Gynecol Surv*. 2010;65(2):119-31.
57. Hofmeyr GJ, Manyame S, Medley N, Williams MJ. Calcium supplementation commencing before or early in pregnancy, for preventing hypertensive disorders of pregnancy. *Cochrane Db Syst Rev*. 2019(9).
58. Chan GM, McElligott K, McNaught T, Gill G. Effects of Dietary Calcium Intervention on Adolescent Mothers and Newborns: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;108(3 Part 1):565-71.
59. Zimmermann MB. The effects of iodine deficiency in pregnancy and infancy. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2012;26:108-17.
60. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of clinical endocrinology & metabolism*. 2011;96(7):1911-30.
61. D Vitamini Destek Programı Uygulaması: T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI; [cited 2022 February, 12]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11158/gebelere-d-vitamini-destek-programi.html>.
62. Means RT. Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia: Implications and Impact in Pregnancy, Fetal Development, and Early Childhood Parameters. *Nutrients*. 2020;12(2):447.
63. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep*. 1998;47(Rr-3):1-29.
64. Obstetricians ACo, Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2008;112(1):201-7.

65. Gebelerde Demir Destek Programı Uygulaması Genelgesi: T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI 2007 [cited 2022 February, 13]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11100/gebelerde-demir-destek-programi-uygulumasi-genelgesi-2007--6.html>.
66. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Db Syst Rev*. 2015(7).
67. Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of routine iron supplementation with or without folic acid on anemia during pregnancy. *Bmc Public Health*. 2011;11(3):1-10.
68. Moniz MH, Beigi RH. Maternal immunization: Clinical experiences, challenges, and opportunities in vaccine acceptance. *Hum Vacc Immunother*. 2014;10(9):2562-70.
69. Sur DK, Wallis DH, O'Connell T. Vaccinations in pregnancy. *Am Fam Physician*. 2003;68(2):299-304.
70. Creanga AA, Johnson TF, Graitcer SB, Hartman LK, Al-Samarrai T, Schwarz AG, et al. Severity of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection in pregnant women. *Obstetrics & Gynecology*. 2010;115(4):717-26.
71. Practice ACoO. ACOG committee opinion number 305, November 2004. Influenza vaccination and treatment during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2004;104(5 Pt 1):1125-6.
72. Mast EE, Margolis HS, Fiore AE, Brink EW, Goldstein ST, Wang SA, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) part 1: immunization of infants, children, and adolescents. *MMWR Recomm Rep*. 2005;54(Rr-16):1-31.
73. Petrosky E, Bocchini Jr JA, Hariri S, Chesson H, Curtis CR, Saraiya M, et al. Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2015;64(11):300.
74. Tetanus vaccines: WHO position paper, February 2017 - Recommendations. *Vaccine*. 2018;36(25):3573-5.

75. Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women--Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2013;62(7):131-5.
76. Nahmias AJ, Walls KW, Stewart JA, Herrmann KL, Flynt WJ. The ToRCH complex-perinatal infections associated with toxoplasma and rubella, cytomegalol-and herpes simplex viruses. *Pediatric Research.* 1971;5(8):405-6.
77. Epps RE, Pittelkow MR, Su W, editors. TORCH syndrome. *Seminars in dermatology*; 1995.
78. Ross DS, Rasmussen SA, Cannon MJ, Anderson B, Kilker K, Tumpey A, et al. Obstetrician/Gynecologists' Knowledge, Attitudes, and Practices regarding Prevention of Infections in Pregnancy. *J Womens Health.* 2009;18(8):1187-93.
79. Lopez A, Dietz VJ, Wilson M, Navin TR, Jones JL. Preventing congenital toxoplasmosis. *MMWR Recomm Rep.* 2000;49(RR-2):59-68.
80. Pereboom MT, Manniën J, van Almkerk KD, Spelten ER, Gitsels JT, Martin L, et al. What information do Dutch midwives give clients about toxoplasmosis, listeriosis and cytomegalovirus prevention? An exploratory study of videotaped consultations. *Patient education and counseling.* 2014;96(1):29-35.
81. Kirkham C, Berkowitz J. Listeriosis in pregnancy: survey of British Columbia practitioners' knowledge of risk factors, counseling practices, and learning needs. *Can Fam Physician.* 2010;56(4):e158-e66.
82. Harvey J, Dennis CL. Hygiene interventions for prevention of cytomegalovirus infection among childbearing women: systematic review. *Journal of Advanced Nursing.* 2008;63(5):440-50.
83. ACOG practice bulletin. Perinatal viral and parasitic infections. Number 20, September 2000. (Replaces educational bulletin number 177, February 1993). American College of Obstetrics and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;76(1):95-107.
84. Kincaid-Smith P, Bullen M. Bacteriuria in pregnancy. *The Lancet.* 1965;285(7382):395-9.
85. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Db Syst Rev.* 2019(11).

86. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clinical infectious diseases*. 2005;643-54.
87. Obstetricians ACo, Gynecologists. Antimicrobial therapy for obstetric patients. ACOG educational bulletin. 1998;245:1-10.
88. Henderson JT, Webber EM, Bean SI. Screening for Asymptomatic Bacteriuria in Adults: An Updated Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. 2019.
89. Widmer M, Lopez I, Gülmezoglu AM, Mignini L, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *Cochrane Db Syst Rev*. 2015(11).
90. Reeves D. Treatment of bacteriuria in pregnancy with single dose fosfomycin trometamol: a review. *Infection*. 1992;20(4):S313-S6.
91. Beers MH, Porter RS, Kaplan J. The Merck Manuals: Online Medical Library: for Healthcare Professionals: Merck Research Laboratories; 2006.
92. Rashmi S, Bhuvneshvar K, Ujala V. Drug utilization pattern during pregnancy in North India. *Indian journal of medical sciences*. 2006;60(7):277-87.
93. Andrade SE, Gurwitz JH, Davis RL, Chan KA, Finkelstein JA, Fortman K, et al. Prescription drug use in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(2):398-407.
94. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
95. Mayer JP. Unintended childbearing, maternal beliefs, and delay of prenatal care. *Birth*. 1997;24(4):247-52.
96. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Db Syst Rev*. 2009(3).
97. Ananth CV, Savitz DA, Luther ER. Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. *American journal of epidemiology*. 1996;144(9):881-9.
98. Health UDo, Services H. The Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. A report of Surgeon General US Department of Health and Human Services. 1990.

99. ACOG committee opinion. Number 316, October 2005. Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005;106(4):883-8.
100. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. 2008.
101. Weber MK, Floyd R, Riley E, Snider Jr D. National Task Force on fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effect. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-14):9-12.
102. Substance abuse. ACOG Technical Bulletin Number 194--July 1994. *Int J Gynaecol Obstet.* 1994;47(1):65-72.
103. Cefalo RC, Bowes WA, Jr., Moos MK. Preconception care: a means of prevention. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1995;9(3):403-16.
104. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid.* 2011;21(10):1081-125.
105. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2020 [cited 2022 February, 14]. Available from: https://temd.org.tr/Assets/uploads/publications/guides/documents/20200929134733-2020tbl_kilavuzf527c34496.pdf.
106. Carney LA, Quinlan JD, West JM. Thyroid Disease in Pregnancy. *Am Fam Physician.* 2014;89(4):273-8.
107. Zimmermann MB, Andersson M. Update on iodine status worldwide. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity.* 2012;19(5):382-7.
108. Glinioer D. The importance of iodine nutrition during pregnancy. *Public health nutrition.* 2007;10(12A):1542-6.
109. Association AD. Executive summary: standards of medical care in diabetes—2008. *Diabetes Care.* 2008;31(Supplement 1):S5-S11.
110. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, De Leiva A, Dunger DB, Hadden DR, et al. Summary and recommendations of the fifth international workshop-conference on gestational diabetes mellitus. *Diabetes care.* 2007;30(Supplement_2):S251-S60.

111. Hartling L, Dryden DM, Guthrie A. Screening and Diagnosing Gestational Diabetes Mellitus 2012 [cited 2022 February 21]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114844/pdf/Bookshelf_NBK114844.pdf.
112. Bulletins--Obstetrics C. Gestational diabetes mellitus. ACOG practice bulletin no. 137. Obstet Gynecol. 2013;122:406-16.
113. Mellitus GD. ACOG Practice Bulletin No. 190. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2018;131(2):e49-e64.
114. Association AD. Gestational diabetes mellitus. Diabetes care. 2004;27(suppl 1):s88-s90.
115. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2020 [cited 2022 February, 22]. Available from: https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20200625154506-2020tbl_kilavuz86bf012d90.pdf.
116. Shepherd E, Gomersall JC, Tieu J, Han S, Crowther CA, Middleton P. Combined diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2017;11(11):Cd010443.
117. Obstetricians ACo, Gynecologists. Pregestational diabetes mellitus. ACOG Practice Bulletin. 2005;60.
118. Bulletin AT. Hypertension in pregnancy. Number 219–January 1996 (replaces no. 91, February 1986). Committee on Technical Bulletins of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Int J Gynaecol Obstet. 1996;53(2):175-83.
119. Duley L. Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1992;99(7):547-53.
120. MacKay AP, Berg CJ, Atrash HK. Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia. Obstetrics & Gynecology. 2001;97(4):533-8.
121. Program NHBPE. Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000;183(1):s1-s22.

122. McClure EM, Saleem S, Pasha O, Goldenberg RL. Stillbirth in developing countries: a review of causes, risk factors and prevention strategies. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*. 2009;22(3):183-90.
123. Jabeen M, Yakoob MY, Imdad A, Bhutta ZA. Impact of interventions to prevent and manage preeclampsia and eclampsia on stillbirths. *Bmc Public Health*. 2011;11(3):1-11.
124. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2019 [cited 2022 February 23]. Available from: https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190527160350-2019tbl_kilavuz64f1da66bf.pdf?a=1.
125. Cohen D, Coco A. Do Physicians Address Other Medical Problems During Preventive Gynecologic Visits? *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2014;27(1):13-8.
126. Frey KA, Files JA. Preconception healthcare: what women know and believe. *Matern Child Hlth J*. 2006;10(5 Suppl):S73-S7.
127. Dunlop AL, Jack B, Frey K. National Recommendations for Preconception Care: The Essential Role of the Family Physician. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20(1):81-4.
128. Physicians AAoF. Preconception care position paper. December 2015. 2016.
129. de Jong-Potjer LC, Elsinga J, le Cessie S, van der Pal-de Bruin KM, Neven AK, Buitendijk SE, et al. GP-initiated preconception counselling in a randomised controlled trial does not induce anxiety. *BMC Family Practice*. 2006;7(1):66.
130. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı; 2018 [cited 2022 April, 5]. Available from: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/28085/0/dogumoncesibakimyonetimrehberipdf.pdf>.
131. Ay Z. İzmir merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin birinci basamakta gebe takibi hakkındaki bilgi düzeyinin belirlenmesi. 2015.
132. Force UPST, Prevention USOoD, Promotion H. Guide to clinical preventive services: report of the US Preventive Services Task Force: US Department of Health and Human Services, Office of Public Health and ...; 1996.

133. Moore Simas TA, Waring ME, Sullivan GM, Liao X, Rosal MC, Hardy JR, et al. Institute of medicine 2009 gestational weight gain guideline knowledge: survey of obstetrics/gynecology and family medicine residents of the United States. *Birth*. 2013;40(4):237-46.
134. Power ML, Cogswell ME, Schulkin J. Obesity prevention and treatment practices of US obstetrician–gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;108(4):961-8.
135. Olson CM, Strawderman MS. Modifiable behavioral factors in a biopsychosocial model predict inadequate and excessive gestational weight gain. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003;103(1):48-54.
136. McDonald SD, Pullenayegum E, Taylor VH, Lutsiv O, Bracken K, Good C, et al. Despite 2009 guidelines, few women report being counseled correctly about weight gain during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(4):333. e1-. e6.
137. DAŞIKAN Z. Gebelikte kilo alımı: gebe kadınlar prenatal bakımda doğru kilo alım önerisi alıyor mu?(Ödemiş/İzmir). *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2015;25(1):32-8.
138. Frank E, Wright EH, Serdula MK, Elon LK, Baldwin G. Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2002;75(2):326-32.
139. Oh W, Merenstein G. of the Guidelines for Perinatal Care: summary of changes. *Pediatrics*. 1997;100(6):1021-2.
140. Talab A-H, Jacob D, Vardy DA, Cohen AD. Physicians' knowledge and attitudes regarding periconceptional folic acid supplementation: a survey in Southern Israel. 2008;14(5):267.
141. Mida LA, della Zazzera V, Fontaine-Bisson B. Y 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;22.
142. 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.

143. 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.
144. Auriel E, Biderman A, Belmaker I, Freud T, Peleg R. Knowledge, Attitudes, and Practice among Women and Doctors Concerning the Use of Folic Acid. *ISRN Obstetrics and Gynecology.* 2011;2011:946041.
145. Demilew YM, Asres Nigussie A. Knowledge of health professionals on folic acid use and their prescribing practice in Bahir Dar city administration, Northwest Ethiopia: Cross-sectional study. *Plos One.* 2017;12(1):e0170116.
146. Williams JL, Abelman SM, Fassett EM, Stone CE, Petrini JR, Damus K, et al. Health Care Provider Knowledge and Practices Regarding Folic Acid, United States, 2002–2003. *Matern Child Hlth J.* 2006;10(1):67-72.
147. 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. *Journal of Pregnancy.* 2016;2016:1454707.
148. Elitok GK, Bülbül L, Evci M, Zübarioglu U, Toraman T, Acar DB, et al. Sağlık Çalışanlarının Annelere D Vitamini Destegi ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tip Bülteni.* 2017;51(1):48.
149. Mulligan ML, Felton SK, Riek AE, Bernal-Mizrachi C. Implications of vitamin D deficiency in pregnancy and lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2010;202(5):429.e1-.e9.
150. Kut A, Kalli H, Anil C, Mousa U, Gursoy A. Knowledge, attitudes and behaviors of physicians towards thyroid disorders and iodine requirements in pregnancy. *J Endocrinol Invest.* 2015;38(10):1057-64.
151. Akinci B, Tosun P, Bekci E, Yener S, Demir T, Yesil S. Management of gestational diabetes by physicians in Turkey. *Prim Care Diabetes.* 2010;4(3):173-80.
152. Gabbe SG, Gregory RP, Power ML, Williams SB, Schulkin J. Management of diabetes mellitus by obstetrician–gynecologists. *Obstetrics & Gynecology.* 2004;103(6):1229-34.
153. Butalia S, Audibert F, Côté A-M, Firoz T, Logan AG, Magee LA, et al. Hypertension Canada’s 2018 guidelines for the management of hypertension in pregnancy. *Canadian Journal of Cardiology.* 2018;34(5):526-31.

154. Caetano M, Ornstein MP, von Dadelszen P, Hannah ME, Logan AG, Gruslin A, et al. A Survey of Canadian Practitioners Regarding the Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Hypertension in Pregnancy*. 2004;23(1):61-74.
155. ACOG committee opinion number 305, November 2004. Influenza vaccination and treatment during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2004;104(5 Pt 1):1125-6.
156. Esposito S, Tremolati E, Bellasio M, Chiarelli G, Marchisio P, Tiso B, et al. Attitudes and knowledge regarding influenza vaccination among hospital health workers caring for women and children. *Vaccine*. 2007;25(29):5283-9.
157. Panda B, Stiller R, Panda A. Influenza vaccination during pregnancy and factors for lacking compliance with current CDC guidelines. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*. 2011;24(3):402-6.
158. Arao RF, Rosenberg KD, McWeeney S, Hedberg K. Influenza Vaccination of Pregnant Women: Attitudes and Behaviors of Oregon Physician Prenatal Care Providers. *Matern Child Hlth J*. 2015;19(4):783-9.
159. Healy CM, Rench MA, Montesinos DP, Ng N, Swaim LS. Knowledge and attitudes of pregnant women and their providers towards recommendations for immunization during pregnancy. *Vaccine*. 2015;33(41):5445-51.
160. Power ML, Leddy MA, Anderson BL, Gall SA, Gonik B, Schulkin J. Obstetrician–Gynecologists' Practices and Perceived Knowledge Regarding Immunization. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(3):231-4.
161. Wallis DH, Chin JL, Sur DKC. Influenza vaccination in pregnancy: Current practices in a suburban community. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17(4):287-91.
162. Taksdal SE, Mak DB, Joyce S, Tomlin S, Carcione D, Armstrong PK, et al. Predictors of uptake of influenza vaccination: a survey of pregnant women in Western Australia. *Australian family physician*. 2013;42(8):582-6.
163. Silverman NS, Greif A. Influenza vaccination during pregnancy. Patients' and physicians' attitudes. *The Journal of reproductive medicine*. 2001;46(11):989-94.
164. Wilcox CR, Little P, Jones CE. Current practice and attitudes towards vaccination during pregnancy: a survey of GPs across England. *British Journal of General Practice*. 2020;70(692):e179-e85.

165. Praphasiri P, Ditsungneon D, Greenbaum A, Dawood FS, Yoocharoen P, Stone DM, et al. Do Thai Physicians Recommend Seasonal Influenza Vaccines to Pregnant Women? A Cross-Sectional Survey of Physicians' Perspectives and Practices in Thailand. *Plos One*. 2017;12(1).
166. Dube E, Gagnon D, Kaminsky K, Green CR, Ouakki M, Bettinger JA, et al. Vaccination during pregnancy: Canadian maternity care providers' opinions and practices. *Hum Vacc Immunother*. 2020;16(11):2789-99.
167. Practice ACoF, Newborn, Obstetric ACo. Guidelines for Perinatal Care. Kilpatrick SJ, Papile L-A, Macones GA, editors: American Academy of Pediatrics; 2017.
168. Celep G, Camurdan AD, Baran Aksakal FN, Kara OF. Different perspectives of immunizations during pregnancy. *Turk J Med Sci*. 2020;50(2):316-23.

8. EKLER

8.1. Ek-1 OpenEpi Ekran Görüntüsü

Start	Enter	Results	Examples	Help
-------	-------	---------	----------	------

Sample Size for Frequency in a Population	
Population size(for finite population correction factor or fpc)(<i>N</i>):	1800
Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (<i>p</i>):	50%+/-5
Confidence limits as % of 100(absolute +/- %)(<i>d</i>):	5%
Design effect (for cluster surveys- <i>DEFF</i>):	1
Sample Size(<i>n</i>) for Various Confidence Levels	
ConfidenceLevel(%)	Sample Size
95%	317
80%	151
90%	236
97%	374
99%	485
99.9%	677
99.99%	823

Equation
Sample size $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$

Results from OpenEpi, Version 3, open source calculator--SSPropor
Print from the browser with ctrl-P
or select text to copy and paste to other programs.

8.2. Ek-2 Tez Anketi

1-Yaşınız?

2-Cinsiyetiniz? 1) Kadın 2) Erkek

3-Medeni durumunuz? 1) Evli 2) Bekar 3) Dul/boşanmış

4-Asistanlık yaptığınız kuruluş? 1) Üniversite 2) Eğitim ve araştırma hastanesi

5-Hekimlikte aktif çalışma yılınız?

6-Aile hekimliği asistanlığınızda aktif çalışma ayınız?

1) 0-12 ay 2) 13-24 ay 3) 25-36 ay 4) 37 ve üzeri

7-Daha önce hiç aile sağlığı merkezinde çalıştınız mı? 1) Evet 2) Hayır

8-Çocuğunuz var mı? 1) Evet 2) Hayır

9-Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu aldınız mı? 1) Evet 2) Hayır

10-Doğum öncesi bakım rehberini okudunuz mu? 1) Evet 2) Hayır

11-Doğum öncesi bakım hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

(1=en düşük 10=en yüksek) 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

12-Gebelik süresince en az kaç izlem yapılmalıdır?

13-Tüm gebelere birinci basamakta bakılması gereken laboratuvar tahlilleri hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() İdrar tahlili

() Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü

() Kan grubu tayini

() HBsAg

() TSH

() Anti RubellaIgG ve Anti RubellaIgM

() Toxoplazma, Sitomegalovirus ve Parvovirus için tarama

() HbA1c

() Papsmear Testi () Diğer.....

14-Tahmini doğum tarihi nasıl hesaplanır?

- 1) Son adet tarihine 9 ay eklenir
- 2) Son adet tarihine 40 hafta eklenir
- 3) Son adet tarihine 7 gün eklenip 3 ay geri gidilir
- 4) Son adet tarihinden 7gün çıkarılıp 3 ay eklenir

15- İlk trimesterde önerilen TSH düzeyi kaç olmalıdır?

- 1) 0,1 - 2,5 mIU/L
- 2) Max referans sınırının altında
- 3) Fikrim yok

16-Gebelere iyot desteği önerir misiniz?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kararsızım

17-Gebe izlem esnasında hastaları Gestasyonel Diyabet açısından taramalı mıdır?

- 1) Evet
- 2) Hayır

18- Oral glukoz tolerans testi (OGTT) hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?

- 1) 14-18 haftalar arası
- 2) 19-23 haftalar arası
- 3) 24-28 haftalar arası
- 4) 29-33 haftalar arası
- 5) Fikrim yok

19-Folik asit desteğine başlamak için en uygun zaman hangisidir?

- 1) Gebelikten 1 ay önce
- 2) Gebelik tespit edildiğinde
- 3) 16. Gebelik haftasında
- 4) Son trimesterde
- 5) Doğumdan sonra

20- D vitamini desteğine başlamak için en uygun zaman hangisidir?

- 1) Gebelikten 3 ay önce
- 2) Gebelik tespit edildiğinde
- 3) 12. Gebelik haftasında
- 4) Son trimesterde
- 5) Doğumdan sonra

21-Folik asit desteği için verilmesi gereken günlük doz ne kadar olmalıdır?

- 1) 400 mcg
- 2) 1mg
- 3) 4mg
- 4) Fikrim yok

22-D vitamini desteği için verilmesi gereken günlük doz ne kadar olmalıdır?

- 1) 400 IU
- 2) 1200 IU
- 3) 4000 IU
- 4) Fikrim yok

23-Gebelikte demir desteği ne zaman başlanmalıdır?

- 1) Gebelikten 3 ay önce
- 2) Gebelik tespit edildiğinde
- 3) 16. Gebelik haftasında
- 4) Son trimesterde
- 5) Doğumdan sonra

24-Klinik anemisi olmayan gebelere demir desteği için verilmesi gereken demir kaç mg/gün olmalıdır?

- 1) 20-40mg/gün
- 2) 40-60mg/gün
- 3) 60-80mg/gün
- 4) 80-100mg/gün
- 5) Fikrim yok

25-Vücut Kitle İndeksi normal olan sağlıklı bir gebelikte alınması gereken normal kilo nedir?

- 1) 6-10 kg 2) 12-16 kg 3) 18-22 kg 4) Fikrim yok

26-Antihipertansif tedavi başlamak için diyastolik kan basıncı değeri kaçtır?

- 1) 80-89 2) 90-99 3) 100-109 4) Fikrim yok

27-Tetanoz aşısı ilk dozu hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?

- 1) 12. Haftadan itibaren 2) 20. Haftadan itibaren
3) 28. Haftadan itibaren 4) 32. Haftadan itibaren 5) Fikrim yok

28-Hamilelere influenza aşısı önerir misiniz? 1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

29-Canlı virüs aşıları (MMR-suçiçeği vb.) gebelikte önerir misiniz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

30-Hastalarınıza rutin fetal hareket sayımı önerir misiniz? 1) Evet 2) Hayır

31-İlk gebelik izlemi ne zaman yapılmalıdır?

- 1) İlk 8 hafta içinde 2) İlk 12 hafta içinde
3) İlk 14 hafta içinde 4) İlk 18 hafta içinde 5) Fikrim yok

32-İkinci izlem hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?

- 1) 12-16 haftalar arası 2) 18-24 haftalar arası
3) 26-30 haftalar arası 4) 32-36 haftalar arası 5) Fikrim yok

33-Üçüncü izlem hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?

- 1) 22-24 haftalar arası 2) 26-28 haftalar arası
3) 28-32 haftalar arası 4) 34-36 haftalar arası 5) Fikrim yok

34-Dördüncü izlem hangi gebelik haftalarında yapılmalıdır?

- 1) 22-24 haftalar arası 2) 26-28 haftalar arası
3) 30-32 haftalar arası 4) 36-38 haftalar arası 5) Fikrim yok

35-VAKA:15 haftalık gebe herhangi bir şikayeti yok, İdrar kültüründe >100.000'den fazla koloni tespit ediliyor, hastaya ne önerirsiniz?

- 1) Ampirik antibiyotik tedavisi başlarım 2) İdrar kültürü testini tekrarlarım
3) Ek önerim olmaz 4) Kadın doğum uzmanına sevk ederim

36-Gebeler hangi durumda sevk edilmelidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması
- ☐ Kanama ve lekelenme olması
- ☐ Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon (140/90 mmHg üzerinde olması, başlangıç tansiyonunun sistolik 30 veya diastolik 15 mmHg'dan daha fazla yükselmesi) ve/veya proteinüri)
- ☐ Uterus yüksekliği değerlendirildiğinde beklenen haftayla uyumlu olmaması
- ☐ Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması
- ☐ Tedaviye rağmen gebede saptanan bakteriürinin devam ediyor olması
- ☐ Gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların varlığı (Kalp hastalığı, Böbrek hastalığı, Diyabet vb.)
- ☐ Diğer.....

8.3. Ek-3 Tez Etik Kurul Onayı

 T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/516 31.08.2021

Sayın Dr. Öğretim Üyesi Mustafa Yasin SELÇUK

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Doğum Öncesi Bakım Hakkındaki Görüşleri başlıklı OMÜ KAİK 2021/388 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 26.08.2021 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ondokuz mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel:(0362)3121919/2782 -4576007 Omutack@gmail.com
Eski Dış Hekimliği Fakültesi 2.Kat Atakum/SAMSUN

8.4. Ek-4 Turnitin Orijinallik Raporu

ORJİNALLİK RAPORU

%16

BENZERLİK ENDEKSİ

%15

İNTERNET KAYNAKLARI

%5

YAYINLAR

%6

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%4

2

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

%2

3

acikerisim.karabuk.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

%1

4

dspace.gazi.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

5

www.turkailehekderg.org

İnternet Kaynağı

<%1

6

erzurumism.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%1