

## Karabük Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği

### [Quantity and Quality of Antenatal Care Services in Karabük Community Health Center]

#### ÖZET

**AMAÇ:** Bu araştırmada; Karabük Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) Bölgesinde, aile hekimi/aile sağlığı elemanlarınca verilen doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetlerinin gebelik haftasına göre uygunluğunun hem nicel hem de nitel düzeyde tanımlanması amaçlanmıştır

**YÖNTEM:** Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada; 18 Ocak 2011 tarihinde, Karabük Toplum Sağlığı Merkezine (TSM) bağlı 753 gebeden 365'i örnekleme seçilmiştir. Örnekleme seçilen kadınların %93,0'ına evlerinde ulaşıldı. Soru formu, Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nden yararlanılarak hazırlanmıştır. Analizlerde ortalama, ortanca gibi tanımlayıcı ölçütler kullanıldı.

**BULGULAR:** Gebelik haftasına göre tam izlenmeyenler, 15-24 aydakilerin %23,7'sini, 25-32 ayda %34,4'ünü, 33-42 ayda %52,1'ini oluşturmaktadır. Doğum yapan gebelerde en az dört izlem yapılanlar %66,7'dir Kadınların %15,6'sının ilk izlem zamanı 15 hafta ve üzeridir. %62,5'inin boyu hiç ölçülmemiş, %13'ünün ÇKS hiç dinlenmemiştir.

Tüm gebelerin %13,6'sına hiç kan tetkiki, %49,9'una idrar tetkiki %80,8'ine HBV antijeni istenmemiştir. Doğum yapmış ya da son trimesterde olan kadınların %41,8'iyle doğum koşulları planlanmamış ve aynı grubun %15,5'ine emzirme eğitimi verilmemiştir.

**SONUÇ:** Aile hekimliği sisteminde doğum öncesi izlem sayısı artmasına karşın hizmetin niteliği hala yeterli düzeyde değildir. Aile hekimlerine ve ebelere gebe izlemleriyle ilgili hizmet içi eğitimler düzenli olarak verilmeli ve Sağlık Bakanlığı izlem rehberinin daha aktif kullanılması sağlanmalıdır. Ayrıca TSM'lerin belli aralıklarla yapacağı alan araştırmalarıyla gebe izlemlerini değerlendirmesi, bu izlemlerinin niteliğinin artırılmasına katkıda bulunacaktır.

#### SUMMARY

**AIM:** The aim of the study was to evaluate the quality and quantity of prenatal care services given by family physicians and midwives according to gestational week in Karabuk Community Health Center (CHC).

**METHOD:** In this descriptive study 365 pregnant women was selected as sample among 753 pregnant women registered at Karabuk CHC in 18/01/2011. 93.0% of women in the selected sample has been visited in their homes and the face to face interviews were done. The questionnaire was prepared according to Prenatal Care Management Guidelines (PCMG) of Ministry of Health. Descriptive analyses like mean, median were used.

**RESULTS:** The number of follow-ups was not complete in 23.7% of 15-24 month, 34.4% of 25-32 month, 52.1% of 33-42 month pregnant women. At least four follow-up visits were completed only in 66.7% of postpartum women. Timing of first visit was after 15th week in 15.6% of women. In follow up visits 62.5% of women's height were never measured, in 13.0% the fetal hearth sound of infants didn't monitored at least once. Laboratory test numbers were under the level required by PCMG. The delivery conditions weren't planned in 41.8% of last trimester and postpartum women and training about breastfeeding wasn't given to 15.5 of the same group.

**CONCLUSION:** In family medicine model in Karabuk CHC developments in number of prenatal follow-up visits were observed, but no substantial improvements were found in quality of prenatal visits. Regular in service trainings should be given to family doctors and midwives. The use of prenatal care guideline published by MoH should be increased. Regular field researches conducted by Community Health Centers would contribute to increase the quality of antenatal visits.

DOI: 10.5455/pmb.20110725054246

#### GİRİŞ

Doğum Öncesi Bakım (DÖB); anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (1). Bu amaçla Sağlık Bakanlığı hem hizmette standardizasyonu sağlamak ve hem de daha nitelikli DÖB için "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi" hazırlanmıştır.

Rehberde her gebenin 14., 18-24., 30-32. ve 36-38. haftalar arasında olmak üzere dört defa izlenmesi ve her izlemede yapılması gerekenler tanımlanmıştır (2).

DÖB'in temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Hem annenin, hem de doğacak bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve nitelik

**Binali Çatak<sup>1</sup>**  
**Aslı Davas Aksan<sup>2</sup>**  
**Mehmet Zincir<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Toplum Sağlığı Merkezi, Karabük.

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir.

<sup>3</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Denizli.

#### Anahtar Kelimeler:

Doğum Öncesi Bakım, Gebelik, Aile Hekimliği, İzlem Niteliği, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.

#### Key Words:

Prenatal Care, Family Medicine, Pregnancy, Quality of Prenatal Care, Primary Care Health Services.

#### Sorumlu yazar/

#### Corresponding author:

Aslı Davas Aksan  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir, Türkiye.  
asli.davas@ege.edu.tr

olarak yeterli olması gerekmektedir. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'na göre anne ölümlerinin %23,6'sından niteliksiz DÖB hizmetlerinin sorumlu olduğu saptanmıştır(3). Akın ve arkadaşları, Türkiye'de iyi nitelikte DÖB bakım alma oranını, TNSA 1998 ileri analizlerinden yararlanarak hesapladıkları çalışmalarında %57,2 olarak bildirmişlerdir (4).

Türkiye'de DÖB hizmetleri genellikle sadece izlemin yapılmış olup olmamasına göre nicel olarak değerlendirilmekte, hizmetlerin içeriği, hizmetin ne zaman sunulduğu, izlemlerde gebeye hangi bilgilerin ne zaman aktarıldığı az sayıda çalışmada değerlendirilmektedir.

TNSA 2008'e göre DÖB hizmetlerinin sunumunda bölgeler arasında ve kırsal kent arasında eşitsizlikler bulunmaktadır(5).

Aile hekimliğine geçildikten sonra Türkiye'de doğum öncesi bakım hizmetlerini değerlendiren araştırmalar henüz yayınlanmamıştır. Oysa Türkiye'de bu modelle birlikte doğum öncesi bakım hizmetlerinin sunum ve değerlendirilmesinde önemli değişiklikler olmuştur. Doğum öncesi bakım hizmetleri performans değerlendirilmesi kapsamına alınmış, daha önce sağlık ocağı sorumluluğunda sunulan bu hizmetler, aile hekimi ve ebe'nin sorumluluğuna verilmiştir. Bu değişikliklerin hizmetin nicelik ve niteliğine olan etkilerinin değerlendirilmesi hem güçlü yanların belirlenmesi hem de etkin iyileştirmeler yapılabilmesi açısından önemlidir.

Bu araştırmada; Karabük Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) Bölgesinde, aile hekimi/aile sağlığı elemanlarınca verilen Doğum Öncesi Bakım hizmetlerinin gebelik haftasına göre uygunluğu hem nicel hem de nitel düzeyde tanımlanması amaçlanmıştır.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

2010 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre toplam 227.610 nüfusu bulunan Karabük'ün 5 ilçesi bulunmaktadır (6). Çalışmanın yapıldığı dönemde Aile Hekimi Bilgi Sisteminde Karabük TSM'ne bağlı toplam nüfus 130.293'dur. Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışmanın evrenini 18 Ocak 2011 tarihinde, Karabük Toplum Sağlığı Merkezine (TSM) bağlı görev yapan 35 aile hekimine kayıtlı 753 gebe oluşturmaktadır. 2008 TNSA'da DÖB almayan gebe oranı yaklaşık olarak %8,0'dir (5). Buna göre, Epi İnfó programında örneklem büyüklüğü; %8 prevalans, %2 yanılma payı, tip 1 hata düzeyi %5 ve güven aralığı %95

alındığında 365 olarak hesaplandı. Örneklem her aile hekiminin sahip olduğu gebe sayısına göre orantılı olarak belirlendi. Her aile hekimi için çalışmaya alınacak gebeler de basit rastgele örneklem yöntemi ile seçildi

Soru formu, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ve 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndan yararlanılarak hazırlanmıştır (2,5). Kadının sosyodemografik, sosyo ekonomik özellikleri ile doğum öncesi yapılması gereken ölçüm, test, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleriyle ilgili değişkenlerden oluşan bir soru formu kullanılmıştır. Soru formunda toplanan bilgiler kişilerin beyanına dayalıdır, bilgiler gebe/loğusa izlem formlarından kontrol edilmemiştir.

Veriler, Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alındıktan sonra, 24 Ocak-18 Mart 2011 tarihleri arasında Karabük Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan ebe ve hemşireler tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Ebe ve hemşirelere verileri toplamadan önce eğitim verilmiştir.

Soru formunun ön denemesi, örnekleme seçilmeyen ve il merkezinde yaşayan beş gebe ile yapılmıştır.

Örnekleme seçilen kadınların %93,0'ne ulaşıldı. Kadınlara ulaşamamanın nedenleri verilen adreste bulunmama (5 kadın), çalışmaya katılmayı ret etme (3 kadın), başka ilçede oturup misafir olma (4 kadın) ve başka il veya ilçeye göçtür (8 kadın). Ayrıca, çalışma sürecinde gebe olan 6 kadın düşük yaptığı için çalışmaya dâhil edilmedi.

## **Değişkenlerle ilgili tanımlar**

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde 14 haftaya kadar ilk gebe izleminin yapılması, Çocuk Kalp Sesleri'nin (ÇKS) 10-12 haftada değerlendirilmesi, tetanos toksoidinin ilk kez 12. haftada yapılması ve demir kullanımının 16. haftada başlanması istenmektedir (2). Gebelik haftalarının sınıflamasında standardizasyonu sağlamak için ÇKS, demir kullanımı ve tetanos toksoidi 14 hafta üzerindeki gebelere sorulmuştur.

Laboratuvar tetkiklerinden kan, idrar, kan grubu ve hepatit B antijeni aile hekimi tarafından istenmiş ve yaptırılmış ise yaptırılmış olarak kabul edilmiştir.

Gebelikte bilgilendirme ve danışmanlık beş başlık altında değerlendirilmiştir; gebeliğe bağlı olağan yakınmalar, danışmanlık, gebelikte tehlike işaretleri, emzirme eğitimi ve doğumun planlanması.

Veriler SPSS paket programında analiz edildi. Analizlerde; tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde, merkezi yığılım ölçütleri (ortalama ve ortanca) ve

merkezi yaygınlık ölçütleri (standart sapma, minimum, maksimum) kullanılmıştır.

## BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı dönemde gebelerin %23,6'sı geniş ailede yaşamakta olup, ortalama hane büyüklüğü  $3,4 \pm 1,3$ 'dür. Gebelerin %4,2'sinin eğitim ve öğrenimi yoktur ve %15,3'ü üniversite mezunudur. Tablo 1'de gebelerin sosyodemografik özellikleri sunulmaktadır. Gebelerin %49,3'ü görücü usulü ile evlenmiş, %1,8'inin resmi nikâhı bulunmamakta, %9,4'ü eşi ile akrabadır.

Gebelerin ilk evlenme yaşı  $22,2 \pm 4,2$  (13-40), ilk gebelik yaşı  $23,5 \pm 4,5$  (15-41) ve çalışmanın yapıldığı sırasındaki yaş ortalamaları  $27,8 \pm 5,5$  (16-43)'dir. Kadınların %34,2'sinin ilk gebeliğidir. Bu gebelik hariç en az bir kez gebe kalan kadınların %33,2'si düşük (kendiliğinden ve isteyerek), %3,6'sı ölü doğum yapmış ve %3,1'inin ise 5 yaş altı çocuk ölümü öyküsü vardır.

Gebelerin %9,1'i gebeliği sırasında sigara içmeye devam ederken eşlerinin de %51,3'ü sigara

içmektedir. Gebelerin %21,2'sinin ise bulunduğu ortamda sigara içilmektedir. Tablo 2'de DÖB sayısı ve DÖB da yapılması gereken fizik muayeneler görülmektedir. Buna göre 2 gebe hariç, gebeler en az bir kez (%99,4) DÖB almıştır. Gebelik haftasına göre tam izlenmeyenler, 15-24 aydakilerin %23,7'sini, 25-32 ayda %34,4'ünü, 33-42 ayda %52,1'ini oluşturmaktadır. Tüm gebelerde gebelik haftasına göre izlemi tam olmayanlar grubun %28,6'sını oluşturmaktadır. Doğum yapan gebelerde en az dört izlem yapılanlar %66,7'dir. Her üç gebeden birisi nicel açıdan yetersiz izlenmiştir. Kadınların %15,6'sının ilk izlem zamanı 15 hafta ve üzeridir. Gebelik boyunca kan basıncı hiç ölçülmeyen dokuz, ağırlığı ölçülmeyen on kadın bulunmaktadır. %62,5'inin boyu hiç ölçülmemiş, %13'ünün ÇKS hiç dinlenmemiştir. Gebelerin %81,4'ünün kalbi hiç dinlenmemiştir.

Tüm gebelerin %13,6'sına hiç kan tetkiki, %49,9'una idrar tetkiki %80,8'ine HBV antijeni istenmemiştir. 45 doğum yapmış gebenin kan grubuna hiç bakılmamıştır. Gebelerin %8,3'ü demir preparatı kullanmamıştır. Altısı ise hiç kullanmadan gebeliğini tamamlamıştır.

**Tablo 1:** Gebelerin sosyo-ekonomik özellikleri (Karabük, 2011).

Sosyo-Ekonomik Özellikler	n (%)*	Sosyo-Ekonomik Özellikler	n (%)*
<b>Kadının Eğitim Durumu</b>		<b>Kadının Çalışması</b>	
Öğrenimi yok	14 (4,2)	Ev kadını	251 (74,0)
İlkokul Mezunu	113 (33,3)	Ücretsiz Aile İşçisi	26 (7,7)
Ortaokul Mezunu	59 (17,4)	Ev Eksenli Üreten	5 (1,5)
Lise Mezunu	101 (29,8)	Kendi Hesabına	5 (1,5)
Üniversite Mezunu	52 (15,3)	Kamu Sektörü	21 (6,2)
<b>Erkeğin Eğitim Durumu</b>		Özel Sektör	31 (9,1)
Eğitimsiz	3 (0,9)	<b>Erkeğin Çalışması</b>	
İlkokul Mezunu	90 (26,5)	İşsiz	20 (5,9)
Ortaokul Mezunu	54 (15,9)	Kamu Sektörü	44 (13,0)
Lise Mezunu	117 (34,5)	Özel Sektör	203 (59,9)
Üniversite Mezunu	75 (22,1)	Kendi Hesabına	51 (15,1)
<b>Kadının Sağlık Güvencesi</b>		Ara işlerde	17 (5,0)
Yok	16 (4,7)	Diğer (asker, öğrenci vb )	4 (1,2)
SSK	239 (70,5)	<b>Gelir</b>	
Bağ-Kur	26 (7,7)	Evin Geçimine Rahat Yetiyor	127 (37,5)
Emekli Sandığı	39 (11,5)	Evin Geçimine Ancak Yetiyor	158 (46,6)
Yeşil Kart	19 (5,6)	Yetmiyor	54 (15,9)
<b>Toplam</b>	<b>339 (100,0)</b>	<b>Toplam</b>	<b>339 (100,0)</b>

\*Sütun yüzdesi.

## TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012: 11(2)

**Tablo 2:** Gebelik haftasına göre doğum öncesi bakım ve fizik muayene (Karabük, 2011).

Doğum Öncesi Bakım (DÖB) ve Fizik Muayene	Gebelik Haftası				Doğum Yapmış	Toplam*
	14<	15-24	25-32	33-42		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>DÖB</b>						
Almayan	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	2 (0,6)
1	29 (76,3)	22 (22,7)	5 (5,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	56 (16,5)
2	7 (18,4)	48 (49,5)	27 (29,0)	8 (14,0)	7 (13,0)	97 (28,6)
3	2 (5,3)	17 (17,5)	22 (23,7)	16 (28,1)	10 (18,5)	67(19,8)
4 ve üzeri	0 (0,0)	9 (9,3)	39 (41,9)	33 (57,9)	36 (66,7)	117 (34,5)
Ortalama (Standart Sapma)	1,3 (± 0,6)	2,2 (± 0,9)	3,4 (± 1,5)	4,3 (± 1,8)	4,2 (± 1,6)	3,1 (±1,7)
Ortanca (En küçük-En büyük)	1 (1-3)	2 (1-5)	3 (1-7)	4 (2-10)	4 (2-10)	3 (0-10)
<b>İlk İzlem Zamanı**</b>						
14 hafta ve altı	38 (100,0)	86 (89,6)	75 (80,6)	46 (80,7)	39 (73,6)	284 (84,3)
15 hafta ve üzeri	0 (0,0)	10 (10,4)	18 (19,4)	11 (19,3)	14 (26,4)	53 (15,7)
Ortalama (Standart Sapma)	6,0 (± 2,0)	8,3(± 4,1)	10,1 (± 5,5)	9,7 (± 7,7)	10,5 (±6,3)	9,1 (±5,2)
Ortanca (En küçük-En büyük)	6 (1-10)	8 (3-20)	8 (3-24)	8 (3-26)	8 (4-28)	8 (1-28)
<b>Kan Basıncı Ölçümü</b>						
Ölçülmeyen	1 (2,6)	6 (6,2)	0 (0,0)	1 (1,8)	1 (1,9)	9 (2,7)
1	31 (81,6)	30 (30,9)	9 (9,7)	1 (1,8)	1 (1,9)	72 (21,2)
2	5 (13,2)	45 (46,4)	26 (28,0)	7 (12,3)	8 (14,8)	91(26,8)
3	1 (2,6)	9 (9,3)	23 (24,7)	16 (28,1)	10 (18,5)	59 (17,4)
4>	0 (0,0)	7 (7,2)	35 (37,6)	32 (56,1)	34 (63,0)	108 (31,9)
Ortalama (Standart Sapma)	1,2 (± 0,5)	1,8 (± 1,0)	3,2 (± 1,4)	4,1 (± 1,8)	4,1 (± 1,7)	2,9 (±1,7)
Ortanca (En küçük-En büyük)	1 (0-3)	2 (0-5)	3 (1-7)	4 (0-10)	4 (1-10)	2 (0-10)
<b>Ağırlık Ölçümü</b>						
Ölçülmeyen	2 (5,3)	5 (5,2)	1(1,1)	1 (1,8)	1 (1,9)	10 (2,9)
1	29 (76,3)	31 (32,0)	8 (8,6)	2 (3,5)	1 (1,9)	71 (20,9)
2	7 (18,4)	47 (48,5)	28 (30,1)	8 (14,0)	8 (14,8)	98 (28,9)
3	0 (0,0)	8 (8,2)	22 (23,7)	16 (28,1)	10 (18,5)	56 (16,5)
4>	0 (0,0)	6 (6,2)	34 (36,6)	30 (52,6)	34 (63,0)	104(30,7)
Ortalama (Standart Sapma)	1,1 (± 0,5)	1,8 (± 0,9)	3,1 (± 1,5)	3,8 (± 1,8)	3,9 (± 1,4)	2,8 (±1,6)
Ortanca (En küçük-En büyük)	1 (0-2)	2 (0-5)	3 (0-7)	4 (0-10)	4 (1-7)	2 (0-10)

\*Satır yüzdesi, \*\*DÖB alamayan 2 gebe dâhil edilmemiştir, \*\*\*Sütun yüzdesi

**Tablo 2:** Gebelik haftasına göre doğum öncesi bakım ve fizik muayene (Karabük, 2011) (Devam).

Doğum Öncesi Bakım (DÖB) ve Fizik Muayene	Gebelik Haftası					Doğum Yapmış	Toplam*
	14<	15–24	25–32	33–42			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>Çocuk Kalp Sesleri (ÇKS)</b>							
Dinlenmeyen	-	37 (38,1)	4 (4,3)	2 (3,5)	1 (1,9)	44 (14,6)	
1	-	47 (48,5)	17 (18,3)	4 (7,0)	4 (7,4)	72 (23,9)	
2	-	9 (9,3)	41 (44,1)	18 (31,6)	16 (39,6)	84 (27,9)	
3>	-	4 (4,1)	31 (33,3)	33 (57,9)	33 (61,1)	101(33,6)	
Ortalama (Standart Sapma)	-	0,8 (± 0,8)	2,2 (± 1,1)	2,9 (± 1,4)	2,9 (± 1,2)	1,9 (±1,5)	
Ortanca (En küçük-En büyük)	-	1 (0-3)	2 (0-6)	3 (0-7)	3 (1-7)	2 (0-7)	
<b>Boy Ölçümü</b>							
Ölçülen	15 (39,5)	42 (43,3)	38 (40,9)	10 (17,5)	20 (37,0)	125(37,1)	
Ölçülmeyen	23 (60,5)	54 (56,3)	55 (59,1)	47 (82,5)	33 (62,3)	212(62,9)	
<b>Kalp Oskültasyonu</b>							
Yapılan	2 (5,3)	15 (15,5)	20 (21,5)	14 (24,6)	11 (20,8)	62 (18,3)	
Yapılmayan	36 (94,7)	82 (84,5)	73 (78,5)	43 (75,4)	42 (79,2)	276 (81,7)	
<b>Toplam***</b>	<b>38 (100,0)</b>	<b>97 (100,0)</b>	<b>93 (100,0)</b>	<b>57 (100,0)</b>	<b>54 (100,0)</b>	<b>339(100,0)</b>	

\*Satır yüzdesi, \*\*DÖB alamayan 2 gebe dâhil edilmemiştir, \*\*\*Sütun yüzdesi

Tablo-3'de gebelik haftasına göre en az 1 kez istenen laboratuvar istemleri, demir preparatı kullanımı ve tetanoz bağışıklaması sunulmuştur.

Gebelerin %32,6'sına gebeliğe bağlı yakınmalar konusunda, %43,7'si tehlike işaretleri konusunda bilgi verilmemiştir. Doğum yapmış gebelerin 23 tanesiyle izlemlerde doğum planlanmamış, son trimester ve doğum yapmış kadınların %15,5'ine emzirme eğitimi verilmemiştir(Tablo 4).

## TARTIŞMA

Bu araştırmada aile hekimliğine geçilen bir ilde gebelik haftasına göre izlemlerin niceliği ve niteliği değerlendirilmiş, doğum yapmış kadınlarda her üç gebeden birisinin nicel açıdan, genel olarak da tüm gebelerin nitelik açısından beklenen seviyenin oldukça altında izlendiği saptanmıştır.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009'a göre kadınların %80'ine en az dört DÖB bakım hizmeti verilmiştir. Bu çalışmada doğum yapmış kadınlarda bu değer %66,7'dir ve Türkiye ortalamasının altındadır. Genel olarak da her üç kadından biri gebelik haftasına göre tam izlenmemiştir.

Bununla birlikte son beş yılın ve tüm kurumlardan alınan doğum öncesi bakım hizmetinin değerlendirildiği TNSA 2008 raporunda da Batı Karadeniz'de yaşayanların %98,7'i doğum öncesinde bakım almışlardır(5). Nasır ve Erkmen'in aile hekimliğine geçilen illerin sağlık verilerini değerlendirdikleri araştırmalarında Düzce'de gebe izlem ortalaması 3,7, Bolu'da 3,0 ve Samsun'da 3,1 olarak bildirilmiştir(8).

Bu araştırmada veriler sadece aile hekimine kayıtlı gebelerden toplanmış, bölgede kayıtlı olmayan gebelerin saptanmasına yönelik hiçbir çaba gösterilmemiştir. İzmir'de aile hekimliğine geçildikten sonra bir doğumevi ve bir üniversite hastanesinde yürütülen bir araştırmada gebelerin %14'ünün aile hekimlerinde kaydının olmadığı göz önünde bulundurulduğunda bu önemli bir sınırlılıktır (7)

Gebelik haftasına göre değerlendirme yapılıp etkisi sınırlandırılmaya çalışılsa da hafıza faktörü sonuçları değiştirmiş olabilir. Soru formunda sadece birinci basamak izlemlerinin sorgulandığı belirtilse de gebeler ikinci ve üçüncü basamaktan da hizmet almaktadır, bu da hatırlamayı etkilemiş olabilir.

## TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012: 11(2)

Tablo 3: Gebelik haftasına göre laboratuvar istemleri ve profilaksi (Karabük, 2011)

Laboratuvar İstemleri ve Profilaksi	Gebelik Haftası					Toplam*
	14<	15-24	25-32	33-42	Doğum Yapmış	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Kan Tetkiki**</b>						
Yapıldı	33 (86,8)	79 (81,4)	81 (87,1)	51 (89,5)	48 (90,6)	292 (86,4)
Yapılmadı	5 (13,2)	18 (18,6)	12 (12,9)	6 (10,5)	5 (9,4)	46 (13,6)
<b>İdrar Tetkiki**</b>						
Yapıldı	15 (39,5)	42 (43,3)	56 (60,2)	33 (57,9)	23 (43,4)	169 (50,0)
Yapılmadı	23 (60,5)	55 (56,7)	37 (39,8)	24 (42,1)	30 (56,6)	169 (50,1)
<b>Kan Grubu</b>						
Bakıldı	7 (18,4)	19 (19,6)	14 (15,1)	7 (12,3)	8 (15,1)	55 (16,2)
Bakılmadı	31 (81,6)	78 (80,4)	79 (84,9)	50 (87,7)	45 (84,9)	284 (83,8)
<b>HBV-Antijeni</b>						
Bakıldı	3 (7,9)	11 (11,3)	8 (8,6)	6 (10,5)	9 (17,0)	37 (10,9)
Bakılmadı	35 (92,1)	86 (88,7)	85 (91,4)	51 (89,5)	44 (83,0)	302 (89,1)
<b>Demir Kullanımı***</b>						
Evet	-	85 (87,6)	89 (95,7)	51 (89,5)	48 (88,9)	273 (90,7)
Hayır	-	12 (12,4)	4 (4,3)	6 (10,5)	6 (11,1)	28 (9,3)
<b>Tetanos Toksoidi***</b>						
Yapıldı	-	74 (77,1)	52 (55,9)	57 (100,0)	50 (92,6)	233 (77,6)
Günü Gelmedi	-	3 (3,1)	7 (7,5)	0 (0,0)	4 (7,4)	14 (4,7)
Aşısı Tam	-	16 (16,7)	31 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	47 (15,7)
Eksik aşıllı	-	3 (3,1)	3 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (2,0)
<b>Toplam****</b>	<b>38 (100,0)</b>	<b>97 (100,0)</b>	<b>93 (100,0)</b>	<b>57 (100,0)</b>	<b>54 (100,0)</b>	<b>339 (100,0)</b>

\*Sadır yüzdesi, \*\*1 veri eksik, \*\*\*14 hafta altındakiler işleme alınmamıştır, \*\*\*\*Sütun yüzdesi

Aile hekimliğine geçildikten sonra bu konuda alanda yapılmış ve yayınlanmış çalışmalar olmaması ise tartışmayı güçleştirmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), gebelerin %75'inin dört rutin gebelik izlemi ile yeterli bir DÖB hizmeti alacağını, %25'inin ise daha sık izlenmesi gerektiğini ve ilk tespitin mümkün olduğunca erken dönemde yapılmasını önermektedir (9).

Aile hekimliğine geçildikten sonra Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu gebe izlem sayıları altıdan dörde düşürülmüş ve riskli gebelerin daha fazla izlenmesi de tavsiye edilmiştir. Gebelik izlemlerinin zamanında ve en az dört kez yapılması aile hekimlerinin ücretlerini de etkileyecek şekilde performans değerlendirilmesine alınmıştır. Ayrıca gebe izlem oranlarının % 80'in altına düşmesi, aile hekiminin sözleşme fesih nedenlerinden biri olarak da yer almaktadır. (10). Buna rağmen Karabük TSM'ye

bağlı bu gebelerin %28,6'sının gebelik haftasına göre izlemleri tam değildir. Gebelik haftasına göre tam izlenmeyenler, 15-24 aydakilerin %23,7'sini, 25-32 ayda %34,4'ünü, 33-42 ayda %52,1'ini oluşturmaktadır. Ergin ve arkadaşlarının Aydın'da iki farklı sağlık ocağı bölgesinde, beş ve üzerinde DÖB'ı yeterli kabul ederek yürüttükleri çalışmada gebelerin %33'ünün yeterli DÖB aldığı saptanmıştır(11). Giresun'da yapılan bir çalışmada da altı kez ve üzerinde bakım alanlar yeterli doğum öncesi bakım almış olarak değerlendirilmiş olup bu gebelerin oranı %52,6 olarak saptanmıştır (12). Edirne'de yapılan diğer bir çalışmada da gebelerin %75'nin doğum öncesi bakım aldığı ve yalnızca %56'sının yeterli sayıda bakım aldığı saptanmıştır (13). Sağlık ocağı döneminde yetersiz izlem sayısı olarak kabul edilen bu yeni hedefin(dört izlem), aile hekimliği modelinde de tam olarak yerine getirilmediği ortaya konmuştur.

Tablo 4: Gebelik haftasına göre bilgilendirme ve danışmanlık (Karabük, 2011).

Bilgilendirme ve Danışmanlık	Gebelik Haftası					Toplam *
	<14	15–24	25–32	33–42	Doğum Yapmış	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Gebeliğe Bağlı Yakınmalar</b>						
Bilgilendirilmiş	18 (47,4)	44 (45,4)	55 (59,1)	45 (78,9)	38 (71,7)	200 (59,0)
Kısmen Bilgilendirilmiş	1 (2,6)	12 (12,5)	8 (8,6)	5 (8,8)	3 (5,7)	110 (32,4)
Bilgilendirilmemiş	19 (50,0)	41 (42,3)	30 (32,3)	7 (12,3)	12 (22,6)	29 (8,6)
<b>Danışmanlık Hizmeti</b>						
Yapılmış	17 (44,7)	35 (36,1)	39 (41,9)	33 (57,9)	25 (47,2)	149 (44,0)
Kısmen Yapılmış	9 (23,7)	26 (26,8)	30 (32,3)	16 (28,1)	14 (26,4)	95 (28,0)
Yapılmamış	12 (31,6)	36 (37,1)	24 (25,8)	8 (14,0)	14 (26,4)	95 (28,0)
<b>Tehlike İşaretleri Konusunda</b>						
Bilgilendirilmiş	18 (47,4)	28 (28,9)	45 (48,4)	37 (64,9)	41 (77,4)	169 (49,9)
Kısmen Bilgilendirilmiş	1 (2,6)	7 (7,2)	6 (6,5)	3 (5,3)	4 (7,5)	149 (44,0)
Bilgilendirilmemiş	19 (50,0)	62 (63,9)	42 (45,2)	17 (29,8)	8 (15,1)	21 (6,2)
<b>Emzirme Eğitimi</b>						
Verilmiş	14 (36,8)	43 (44,3)	47 (50,5)	46 (80,7)	47 (88,7)	197 (58,1)
Verilmemiş	24 (63,2)	54 (55,7)	46 (49,5)	11 (19,3)	6 (11,3)	142 (41,7)
<b>Doğumun Planlaması</b>						
Yapılmış	7 (18,4)	18 (18,6)	30 (32,3)	34 (59,6)	30 (56,6)	119 (35,1)
Yapılmamış	31 (81,6)	78 (81,4)	63 (67,7)	23 (40,4)	23 (43,4)	220 (64,9)
<b>Toplam**</b>	<b>38 (100,0)</b>	<b>97 (100,0)</b>	<b>93 (100,0)</b>	<b>57 (100,0)</b>	<b>53 (100,0)</b>	<b>339 (100,0)</b>

\*Satır yüzdesi, \*\*Sütun yüzdesi.

İzlemlerde olumlu bir gelişme sağlanmasına rağmen doğum yapmış kadınların sadece %66,7'sine dört ve üzerinde izlem yapılmış olması dikkat çekicidir. Akın ve arkadaşlarının 1998 TNSA' verilerine dayalı araştırmalarında Türkiye'nin kuzeyinde beş ve üzeri izlemi olan ve ilk trimesterde tespit edilmiş kadın oranı %27,8, yetersiz de olsa DÖB alanların oranı ise %38,2'dir. Bu araştırmada her dört gebeden birinin zamanında izlenmediği bulunmuştur(4). Yeterli izlem ulusal anne ölümleri çalışmasında da gösterildiği gibi anne ölümlerin açısından önemli bir risk faktörüdür(3). Aile hekimliği modelinde izlem sayıları dörde indirilmesine rağmen izlemlerin zamanında yapılmadığı görülmektedir. Çalışanın motivasyon aracı olarak sadece ekonomik iyileştirme yapılması gibi izlemlerde yeterli iyileştirme sağlamamıştır. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunu etkileyen insan gücü planlaması, sahada hizmet sunumu, erişilebilirlik, ikinci basamakla entegrasyon gibi bir

çok önemli başlıkta daha iyileştirme yapılması sonucun değiştirilmesine katkıda bulunacaktır.

DÖB'da önemli hedeflerden biri de, ilk izlemin gebeliğin erken döneminde yapılmasıdır. Gebe izlemlerinin anne ve bebek ölümlerinin önlenmesindeki yeri önemlidir ve özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük gruplarda gebelerin ilk tespit zamanının ve izlem sayısının bebeğin sağlığına etkileri gösterilmiştir (14,15). Gebeliğin sağlık kurumları tarafından ilk tespit zamanı sağlık sistemlerinin etkinliğinin değerlendirmesinde en önemli kriterlerden kabul edilmektedir(16,17). Türkiye'de ilk ziyarette ortanca gebelik süresi 2,2 aydır(5). İzmir'de bir çalışmada hastanelere başvuran gebelerin sadece %69'unun birinci trimesterde aile hekimlerine kayıt yaptırdığı ortaya konmuştur(7). Aynı araştırmada gebelerin çoğunun ilk izlem için aile hekimlerine değil öncelikle devlet hastanelerine başvurdukları saptanmıştır. Karabük TSM bölgesindeki gebelerin %15,6'sının birinci basamakta

ilk izlem zamanı 15 hafta ve sonrasındadır. Bu bölgede ilk tespit zamanı İzmir ve Türkiye geneline göre daha iyi durumdadır(5). Bununla birlikte gebelerin gebelik haftaları ilerledikçe ilk izlemin 15 hafta ve sonrasında yapılma oranları artmakta ve doğum yapmış gebelerde oran %26,4'e çıkmaktadır. Yani gebelik tespiti daha geç dönemlere kaymaktadır. Tespitin geç dönemlere kayması, gebenin en iyi birinci basamaktan alabileceği sağlığını geliştirici, koruyucu önlemler hakkında bilgi almasını ertelenmekte ve ilk tespitte doldurulması gereken Risk Değerlendirme Formu için geç kalınmış olmaktadır.

Aile hekimliğine geçildikten sonra daha önce bir ekip tarafından yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri, sadece hekim ve aile sağlığı elemanına bırakılmıştır. Bu iki personelin iş yükü artmıştır. Bu da birinci basamak sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir bileşeni olan 15-49 yaş kadın izlemelerini ve evde ziyaretleri olumsuz etkilemiş olabilir (7). Ayrıca ikinci basamakta performans ödeme sistemi nedeniyle uzmanlar gebeleri çok sık izleme çağırmakta, sevk sistemi de olmadığından gebeler ilk basamak olarak devlet hastanesi seçebilmektedir (7). Bu da birinci basamağa başvuruyu tetanoz bağışıklama zamanına çekmektedir.

DÖB Yönetim Rehberi'nde, gebelik süresince standart olarak verilmesi istenen dört izlemin her birinde gebelerin kan basıncı ölçümü ve tartılması istenmektedir. Bu çalışmada tüm gebelik haftalarında kan basıncı en az bir kez ölçülenlerin oranı hem ülke hem de Batı Karadeniz'den daha yüksektir. Ancak haftalara göre standardize edilen izlem oranları, Bakanlıkça öngörülen değerlerin altındadır (2,5). Doğum yaptığı halde hiç kan basıncı, ağırlığı, boyu ölçülmemiş gebelerin olması dikkat çekicidir. Çalışmada gebelik haftası ilerledikçe, haftalara göre standardize edilen kan basıncı ölçüm oranlarında düşme görülmektedir. 15-24 haftalık gebelerin %93,8'inin en az bir kez kan basıncı ölçülmüş iken, doğum yapmış kadınlarda dört kez kan basıncı ölçülenlerin oranı %63,0'e inmektedir. 2008 TNSA'da ülke genelinde en az bir kez kan basıncı ölçülen gebe oranı %92,2 iken, Batı Karadeniz'de bu oran %95,9'dur (5). Ergin ve ark. çalışmasında kan basıncı ölçümü kentsel sağlık ocağında ortalama 5,1'ken kırsalda 3,41 olarak saptanmıştır. Aile hekimliği modelinde gebe izlem sayıları azaltılmış, Bakanlık çok iyi bir gebelik izlem rehberi yayınlayarak izlemlerde niteliğin artırılmasını hedeflemiştir. Buna rağmen gebelikte tansiyon, ağırlık ve boy ölçümlerinde kayda değer bir iyileşme sağlanmadığı görülmektedir. Gebelikte hipertansiyon sıklığı %7-10 arasında değişmektedir ve anne ve

bebek sağlığı açısından gelişmiş ülkelerde dahi en sık saptanan nedenlerden birisidir(18). Gebelikte fazla ağırlık alımının gestasyonel sorunlara, obstetrik komplikasyonlara ve neonatal olumsuz sonuçlara neden olabildiği bilinmektedir (19).

Çocuk kalp atımları fetal stetoskop ile 16-20., el Dopler ile 10-12. haftalardan itibaren duyulabilmektedir (2). Sağlık Bakanlığınca aile hekimlerinin el Dopler bulundurması ve ÇKS'nin de el-Doplerle dinlemesinin zorunluluğu getirmesi nedeniyle, çalışmada 14 hafta üzerindeki gebelerin ÇKS'nin dinlenip dinlenmediği esas alındı. ÇKS oranları TNSA 2008 sonuçlarına göre iyi olmakla birlikte Bakanlık standartlarının altındadır. Kalp oskültasyonu gerek yapılması gereken zamana uygunluk açısından ve gerekse ön görülen niceliğin altındadır.

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehber'inde dört izlemede de kan ve idrar tetkikinin yapılması istenmektedir. Çalışmada, aile hekimince en az bir kez kan ve idrar tetkikinin yaptırılıp, yaptırılmadığı sorgulandı. Karabük TSM bölgesindeki gebelerde en az bir kez kan tetkiki yapılma oranı gebelik haftası ilerledikçe artmakta ve doğum yapmışlarda bu oran %90,6'ya yükselmektedir. 2008 TNSA'da ülke genelinde kan tetkiki bakılma oranı %85,8 iken, Batı Karadeniz'de bu oran %91,8'e yükselmektedir (5). Karabük TSM bölgesinde birinci basamakta istenen kan tetkiki oranı Türkiye oranının üzerinde iken, Batı Karadeniz Bölgesi ile yaklaşık olarak aynı düzeydedir. Ancak idrar istem oranları için aynı şeyi söylemek oldukça güçtür; gebelik haftalarına göre idrar tetkiki yapılma oranları değişmekle birlikte (Tablo-3) doğum yapmış kadınlarda istenen idrar tetkik oranı %43,4 düzeyindedir. 2008 TNSA'da ülke genelinde idrar tetkiki isteme oranı %82,2 iken, Batı Karadeniz'de oran %91,9'a yükselmektedir (5). Karabük TSM bölgesinde, aile hekimlerince istenen idrar tetkik oranı öngörülen değerlerin altındadır. Laboratuvarlarla ilgili olarak aile hekimlerine belli bir ücret sınırı getirilmiş, bu sınırın üzerine çıkmaları halinde kendi gelirlerinden kesinti yapılacağı bildirilmiştir. Bu sınır aşılması güç bir sınır olmakla birlikte, aile hekimlerinin gelirlerinden kesinti kaygısı laboratuvar istemlerinde azalmaya neden olmuş olabilir. Gebeler ikinci basamağı laboratuvar nedeniyle daha fazla kullanmakta, sonuçlarını aile hekimlerine kaydettirmektedir. İzmir'de yayınlanan bir araştırmada da ikinci basamak izlemlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (7). Hem ikinci basamaktaki performans kaygısıyla daha fazla tetkik isteme eğilimi, hem de aile hekimlerinin gelir kaybı endişesi gerekli laboratuvar tetkiklerinin birinci basamakta yapılmasının önünde engel oluşturmaktadır.



Kan grubu ve hepatit B antijeni bakılan gebe oranı da benzer şekilde istenen düzeylerin oldukça altındadır. Türkiye’de doğumda kanama nedeniyle kaybedilen annelerin oranı düşünüldüğünde kan grubu tayinlerinin daha sıkı denetlenmesi gerekmektedir. Kronik HBV enfeksiyonu olan annenin perinatal dönemde bu enfeksiyonu bebeğine bulaştırma riski %40-50 oranındadır ve bu dönemde kazanılan HBV enfeksiyonu %90 gibi yüksek oranda kronikleşmektedir (20) Türkiye; HBV enfeksiyonu açısından orta endemik bölgede bulunmaktadır ve genel popülasyonda HBsAg seropozitiflik oranı %4-10 arasında değişmekte olup ortalama sıklığı %7’dir (21).

Çalışmada demir kullanımı hem birinci ve hem de ikinci basamağı kapsayacak şekilde; “Şu anda demir hapı kullanıyor musunuz?” diye soruldu. Karabük TSM bölgesindeki gebelerin demir kullanım oranları, tüm gebelik haftalarında %87,0’ın üzerindedir. 2008 TNSA’da ülke genelinde demir kullanım oranı %79,9, Batı Karadeniz’de ise %87,0’dır (5).

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’nde dört izlemde de, gebeye bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti verilmesi istenmektedir. Çalışmada bilgilendirme ve danışmanlık her izlem yerine, izlemlerin herhangi birinde verilip verilmediği şeklinde sorgulandı. Karabük TSM bölgesinde yaşayan gebelere aile hekimi/aile sağlığı elemanı tarafından verilen bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri bir bütün olarak değerlendirildiğinde, oranlar istenilen düzeylerin altındadır. Türkiye’de evde doğum hala mevcuttur ve sezaryan doğum oranları istenilen düzeyin üzerindedir. Karabük TSM bölgesindeki son trimester ve doğum yapmış kadınların %40’ında doğumla ilgili planlama yapılmamıştır. Bununla ilgili bölgede ebeler ve aile hekimlerine eğitim verilmesi ve bu konuda motive edilmeleri gerektiği görülmektedir.

Sonuç olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan doğum öncesi bakım genelgesinin ve hazırlanan ayrıntılı rehberin izlemlerin niteliğini arttırmaya katkısının olduğu ama yeterli olmadığı görülmektedir. İzlemlerde bu rehberin kullanımının artırılması, rehberle ilgili hem aile hekimlerine hem de ebelere eğitim verilmesi gebe izlemlerinin niteliğinin artırılmasına katkıda bulunacaktır. Hem ebeler hem de hekimler DÖB hizmetleriyle ilgili lisans düzeyinde gerekli eğitimi almaktadır. Buna rağmen düzeylerin düşük olması hizmet içi eğitimin daha düzenli ve sık yapılması gerektiğini düşündürmektedir. DÖB hizmetlerinin aile hekimlerinin performansında yer alması izlem sayısında yeterli düzelmeye neden olmamış ve nitelikte beklenen artış sağlamamıştır. Gebelik

izlemlerinin yetersiz yapılması aile hekimleri için negatif performans olmaktadır. Buna rağmen tam izlem düzeyi yeterli değildir. Benzer şekilde gerekli tahlillerin TNSA ya da sağlık ocaklarında yapılan araştırmalara göre daha düşük oranda istendiği görülmektedir. Bu da hekimlerin gelirini etkileyebilecek bir konudur. Bunun nedenlerinin araştırılması gerekmektedir. DÖB hizmetlerinin niceliğinin ve niteliğinin sadece performans modelleri çerçevesinde değerlendirilmesi değil, Toplum Sağlığı Merkezleri’nce yürütülecek saha araştırmalarıyla denetlenmesi bakımının niteliğinin artırılmasına katkıda bulunacaktır.

#### KAYNAKLAR

1. Akın A, Özvarış ŞB. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde: Bertan M, Güler Ç, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. baskı. Ankara. Güneş Kitapevi, 1997, p. 117-155.
2. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara. 2009.
3. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT Public Sector Gmbh ve BNB Danışmanlık, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu; 2005, s. 51-88.
4. Akın A, Doğan B.G, Enünlü T ve ark. Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma. Eds: Akın A. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı UNFPA; 2002. s. 212.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK; 2009. p. 149-169.
6. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Karabük verileri. TÜİK: <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksda/gitapp/adnks.zul> [Erişim Tarihi 16.02.2011].
7. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. İzmir’de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2011; 9(1): 1-15.

## TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012: 11(2)

8. Nesanır N, Erkman N. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış. TAF Prev Med Bull. 2010; 9(5): 493-504.
9. DSÖ: WHO, UNICEF, Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities. An Analyzes of Trend, Levels and Differentials, 1990-2001. Geneva: 2003.
10. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik Resmi Gazete 12.08.2005: 25904. Erişim yeri: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7286/aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-kapsaminda-saglik-bakan-.html>. [Erişim Tarihi: 15.12.2010].
11. Ergin F, Aksu H, Demiröz H. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(4): 1-9.
12. Küçük E, Çan G, Topbaş M. Giresun İ Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Bakım Alma Sıklığı IX. Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Kitapçığı. 2004, s. 232.
13. Beyzadeoğlu H, Ekuklu G, Gül H, Eskiocak M. Edirne Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Mayıs-Ağustos 2003 Döneminde Gebelik Yaşayan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Almasını Etkileyen Etmenler IX. Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Kitapçığı. 2004, s. 224.
14. Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. Public Health Rep. 2001; 116: 306-316.
15. Dubay L, Joyce T, Kaestner R, Kenney GM. Changes in prenatal care timing and low birth weight by race and socioeconomic status: implications for the Medicaid expansions for pregnant women. Health Serv Res. 2001; 36(2): 373-398.
16. Deb P, Sosa-Rubi SG. 2005. Does onset or quality of prenatal care matter more for infant care? HEDG Working Paper 05/11. Erişim yeri: [http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/05\\_11.pdf](http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/05_11.pdf) [Erişim tarihi: 14.12.2010].
17. Liu GG. Birth outcomes and the effectiveness of prenatal care. Health Services Research. 1998; 32: 805-823.
18. Demir İ, Zorlu G. Gebelikte hipertansiyon ve tedavi yaklaşımları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2002; 12: 8-13.
19. Gonzalez A, Toy EC, Baker B. The evaluation and treatment of the overweight patient. Prim Care Update Ob Gyns. 2000; 7(6): 224-230.
20. Robinson WS. Hepatitis B virus and Hepatitis D virus. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (Eds). Principles and practice of infectious Diseases, 4th edition, New York. Churchill Livingstone; 1995, p. 1406-1439.
21. Karaca Ç, Karaca N, Usta T, Demir K, Kaymakoğlu S, Beşışık F, Sidal B, Ökten A. Gebe popülasyonunda hepatit B, C, D virus enfeksiyonu sıklığı ve hepatit C virusunun perinatal yolla geçiş oranı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2003; 2(3): 122-124.