

# AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARINA VERİLEN HİZMET İÇİ EĞİTİMİN RİSKLİ GEBE YÖNETİMİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARINA ETKİSİ



The effect of in-service training given to family health personnel on their knowledge and attitudes about risky pregnancy management

Rabiye Özlem ULUTABANCA<sup>1</sup> , Elçin BALCI<sup>2</sup> , Şemsinnur GÖÇER<sup>3</sup> 

## Özet

Bu çalışmada; aile sağlığı elemanlarına verilen hizmet içi eğitimin riskli gebelik hakkındaki bilgi ve tutumlarına etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Yarı deneysel araştırmada, ön test-son test tek grup deneme modeli kullanılmıştır. Kayseri'nin merkez ilçelerinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde Şubat -Temmuz 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak, sosyodemografik özellikleri ve riskli gebelik hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları belirlemeye yönelik 33 soruluk anket formu kullanılmıştır. Araştırmaya 321 aile sağlığı elemanı dahil edilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası verilerin karşılaştırılmasında, kategorik verilerde Mc Nemar testi kullanılmıştır.  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edilmiştir. Aile sağlığı elemanlarına verilen eğitim sonrasında riskli gebe yönetimi ile ilgili bilgi ve tutumlarda anlamlı düzeyde değişim olduğu belirlenmiştir. Eğitimlerin daha etkili ve kalıcı olması için tekrarlı eğitimler verilmeli ve sonuçları izlenmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Aile sağlığı elemanı, riskli gebe, gebe izlem, doğum öncesi bakım, eğitim.

## Abstract

In this study; It was aimed to determine the effects of in-service training given to family health personnel on their knowledge and attitudes about risky pregnancy. In the quasi-experimental research, a pretest-posttest single group trial model was used. It was conducted in family health centers in the central districts of Kayseri between February and July 2018. As a data collection tool, a survey form with 33 questions was used to determine sociodemographic characteristics and knowledge, attitudes and behaviors about risky pregnancy. 321 family health personnels were included in the research. In comparing pre- and post-training data, Mc Nemar test was used for categorical data. A value of  $p < 0.05$  was considered significant. It was determined that there was a significant change in knowledge and attitudes regarding risky pregnancy management after the training given to family health personnel. In order for the training to be more effective and permanent, repeated training should be given and the results should be monitored.

**Keywords:** Family health personnel, risky pregnant, pregnant observation, prenatal care, in-service education.

- 1- Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, Kayseri, Türkiye.
- 2- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye.
- 3- Yozgat Bozok Üniversitesi, Sarıkaya Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Yozgat, Türkiye.

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Doç. Dr. Şemsinnur Göçer  
e-posta / e-mail: semsinnurgocer@gmail.com

**Geliş Tarihi / Received :** 26.01.2024, **Kabul Tarihi / Accepted:** 30.05.2024

**ORCID:** Rabiye Özlem ULUTABANCA : 0000-0003-1133-9256  
Elçin BALCI : 0000-0003-3203-198X  
Şemsinnur GÖÇER : 0000-0002-2735-0073

**Nasıl Atıf Yaparım / How to Cite:** Ulutabanca RÖ. Aile sağlığı elemanlarına verilen hizmet içi eğitimin riskli gebe yönetimi hakkındaki bilgi ve tutumlarına etkisi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2024;9(2) 183-92.

## Giriş

**G**ebelikte ortaya çıkan sorunlar ve komplikasyonlar sebebiyle dünya genelinde her gün yaklaşık 800 anneye ölümü gerçekleşmektedir. Çoğunluğu önlenebilir olan bu anneye ölümlerinin %99,0'ının gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştiği gözlenmektedir (1, 2). Gebeliği normal şartlarda süren, gebelik esnasında düzenli olarak izlenmesi yapılan, eğitim alan, gerekli tedavileri zamanında yapılan, doğumu sağlıklı şartlarda sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen annelerin gebelik ve doğuma bağlı bir sebepten ölmesi veya sakat kalması nadir bir durumdur (1). Anne ve bebek ölümlerini azaltmak için Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmetlerinin mümkün olduğunca erken dönemde verilmeye başlanması, risklerin erken dönemde tespit edilmesi önem arz etmektedir (2). Aile sağlığı elemanları (ASE) bu risklerin tespit ve takibinde önemli role sahiptir.

Ülkemizde gebe izlem ve muayenelerinde standardizasyonu sağlamak ve DÖB hizmetlerinin daha nitelikli olarak sunulabilmesi için Sağlık Bakanlığı'nca (SB) 2008 yılında "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi" (3), "Riskli Gebeliklerin Önlenmesi Programı" çalışmaları kapsamında standart,

kaliteli, nitelikli, güvenli hizmet sunumu ve uygulama birliğini sağlayacak "Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi" hazırlanmıştır (4). Anne ölümlerini önlemeye yönelik çalışmalarda, tıbbi araç gereç ve alt yapı eksiklerinin giderilmesi kadar, hizmeti sunacak sağlık personelinin bilgi düzeylerinin artırılması ve becerilerinin geliştirilmesi önemlidir (4). Sağlık personeli kaliteli hizmet üretimi açısından en önemli aktördür ve sağlık çalışanlarının etkili sağlık hizmet sunumu için gerekli bilgi, beceri ve davranış kazanmaları hizmet içi eğitim süreçleri ile sağlanabilmektedir (5, 6). Gebelik esnasında ve doğum sonrasında gelişen komplikasyonlar nedeniyle meydana gelen anneye ve bebek ölümlerinin önlenmesi, risklerin erken tespit edilerek tedavisinin sağlanması için verilen DÖB hizmetlerinin nitelikli bir şekilde yeterli düzeyde verilebilmesi amacıyla ASE'lerin konu ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve gerekli hizmet içi eğitimlerin verilerek farkındalığının artırılması önemlidir. Bu çalışmada ASE'lere verilen hizmet içi eğitimin ASE'lerin riskli gebelik hakkındaki bilgi düzeylerine ve tutumlarına etkisini belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Yarı deneysel tipteki araştırma Kayseri'de 2018 Şubat-Temmuz tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (29.09.2017-2017/4639) etik kurul onayı ve Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilerek bilgilendirilmiş gönüllü onam formları imzalatılmıştır.

Çalışmanın evrenini Kayseri ili beş merkez ilçesinde bulunan Aile sağlığı merkezinde (ASM) çalışan 340 ASE (Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) oluşturmuştur. Hedef grubun tamamına ulaşılması planın 2 ASE doğum iznine ayrılması, 7 ASE çalıştığı birimden istifa etmesi sebebiyle araştırma kapsamına alınmamıştır. Veri toplama aracı olarak, sosyodemografik özellikleri ve riskli gebelik hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik evet-hayır, doğru-yanlış,

boşluk doldurma ve açık uçlu 33 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. 2018 yılı Şubat-Mart ayı içerisinde eğitim öncesinde 331 ASE'ye ön test uygulanmıştır. Eğitimden üç ay sonra 2018 Haziran-Temmuz ayı içerisinde aynı anket formu kullanılarak son test verileri elde edilmiştir.

Eğitim programı planlamasında, ASE'lerden 28 kişilik 12 eğitim grubu oluşturulmuştur. İl Sağlık Müdürlüğü'ne ait eğitim salonunda 6 farklı günde, öğleden önce bir gruba ve öğleden sonra diğer gruba yaklaşık 3'er saatlik eğitim seansları düzenlenmiştir. Toplamda 12 seans olarak düzenlenen eğitimler öncesi katılımcılara 33 soruluk anket formu ön test olarak uygulanmıştır. Anket formları doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun "Riskli Gebe Yönetimi Rehberi" (7) doğrultusunda hazırlanan gebelik dönemindeki tromboembolizm, kardiyovasküler hastalıklar, gebelikte diyabet

yönetimi, epileptik gebe, astımlı gebe yönetimi vb. konuları içeren eğitim sunumu gerçekleştirilmiştir. Eğitim araştırma ekibi içerisinde yer alan bir hekim tarafından verilmiştir. Eğitime katılımcıların interaktif katılımı sağlanarak, eğitim esnasında ve sonrasında görüş ve öneriler alınarak eğitim sonlandırılmıştır.

Verilerin analizinde, SPSS 20.0 paket programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı

istatistikler ortalama  $\pm$  standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzdeler kullanılmıştır. Çalışmada bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında kıkare testi, eğitim öncesi ve eğitim sonrası verilerin karşılaştırılmasında, kategorik veriler için Mc Nemar testi kullanılmış,  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması  $37,5 \pm 6,1$  (min:23 maks:52) olup %98,4'ünün kadın, %78,8'inin ebe, %52,0'nın 33-42 yaş aralığında ve %69,2'sinin 61 ay ve üzeri süredir aile hekimliği sisteminde çalıştığı belirlenmiştir.

ASE'lerin eğitim öncesinde tıbbi öyküyle ilgili soruya %82,2'si doğru yanıt verirken, bu oranın eğitim sonrası %90,3'e yükseldiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p=0,004$ ). Obstetrik öyküyle ilgili soruya doğru yanıt verenlerin oranı eğitim öncesinde %57,2 iken eğitim sonrasında oranın %86,0'a yükseldiği ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p=0,001$ ). "Fizik muayene" ilgili soruya doğru yanıt verenlerin oranı eğitim öncesinde %97,5 iken eğitim sonrasında oranın %98,1'e yükseldiği, istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu belirlenmiştir ( $p=0,001$ ). "Laboratuvar tetkikleri" ile ilgili soruya doğru yanıt verenlerin oranı eğitim öncesi %99,7 iken

eğitim sonrasında %100'e yükseldiği, istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). ASE'lerin; eğitim öncesi riskli gebeliklerdeki kriterlerde "yaş" ile ilgili soruya %91,6'sı doğru yanıt verirken eğitim sonrası bu oranın %97,2'ye yükseldiği ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p=0,001$ ). "Doğum sayısı" ile ilgili soruya eğitim öncesi doğru yanıt verenlerin oranı %61,6 iken eğitim sonrasında %75,9 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). "Kilo" ilgili soruya eğitim öncesi doğru yanıt verenlerin oranı %30,6 iken eğitim sonrasında %67,3 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,001$ ).

ASE'lerin eğitim öncesi ve sonrasında gebelikte alınan öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ve gebelikte tehlike işaretleri ve riskli gebelik değerlendirme kriterlerine yönelik sorulara verdikleri doğru yanıtların karşılaştırılmasına ait veriler Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1:** ASE'lerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında riskli gebelik ile ilgili kriterler hakkındaki sorulara verdikleri doğru yanıtların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar.

Değişkenler	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p*
	Doğru		Doğru		
	Sayı	%	Sayı	%	
Tıbbi öykü	264	82,2	290	90,3	<b>0,004</b>
Obstetrik öykü	183	57,2	276	86,0	<b>0,001</b>
Fizik muayene	313	97,5	315	98,1	<b>0,001</b>
Laboratuvar tetkik	320	99,7	321	100,0	<b>0,001</b>
Tehlike işaretleri	259	80,6	272	84,7	0,182
Yaş	294	91,6	312	97,2	<b>0,001</b>
Doğum sayısı	198	61,6	243	75,9	<b>0,001</b>
Doğumlar arası süre	297	92,5	298	92,8	1,000
Spontan düşük sayısı	236	73,4	255	79,7	0,065
Kilo	99	30,6	214	67,3	<b>0,001</b>

\*McNemar test

ASE'lerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında rehberi okuma ve ev ziyareti yapma oranlarının karşılaştırılmasında ASE'lerden rehberi okuyanların oranı eğitim öncesi %47,0 iken eğitim sonrası bu oran %85,4 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Ev ziyareti yapan ASE'lerin oranı eğitim öncesi %19,9 iken bu oranın eğitim sonrası %23,4'e yükseldiği ancak aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0,272) (Tablo 2).

Ön test ve son testte en çok yanlış yapılan sorunun 2. Soru (Kan basıncının 160/110 mm/Hg üzerinde olması, baş ağrısı, görme bozukluğu, epigastrik ve sağ üst kadranda ağrı olması preeklampsi bulgularındandır. Doğru/Yanlış) olduğu belirlenmiştir. ASE'lerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında gebelik izlemi ve riskli

gebelik ile ilgili (Doğru/Yanlış) ve (Boşluk Doldurma) sorularına verdikleri doğru yanıtların karşılaştırılmasına ait veriler Tablo 3'de gösterilmiştir.

ASE'lerin %45,3'ü mevcut riskli gebe yönetim politikalarını yeterli bulmayıp, %42,5'i riskli gebe yönetimi hakkında önerilerde bulunmuştur. Önerilerin %21,3'ünün "Aile hekimliği birimleri ile 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarının daha koordineli çalışmasının sağlanması", %18,4'ünün "gebe eğitimleri için gebe okullarının ve gebe sınıflarının kurulması", %13,2'sinin "Bakanlık gebe izlem protokollerinin özel sağlık kuruluşları, muayene hekimlerince de uygulanmasının sağlanması" şeklinde olduğu belirlenmiştir. ASE'lerin riskli gebe yönetimine ilişkin önerilerinin bütünü Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 2:** ASE'lerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında rehber okuma ve ev ziyareti yapma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar.

Değişkenler (n=321)		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
<b>Rehber okuma</b>	Evet	151	47,0	274	85,4	<b>0,001</b>
<b>Ev ziyareti</b>	Evet	64	19,9	75	23,4	0,272

**Tablo 3:** ASE'lerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında gebelik izlemi ve riskli gebelik ile ilgili (Doğru/Yanlış) ve (Boşluk Doldurma) sorularına verdikleri doğru yanıtların karşılaştırılması.

Sorular(n=321)	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p*
	Doğru		Doğru		
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>1</b> 35 yaşında inatçı şiddetli üriner enfeksiyonu olan gebe riskli gebe olarak değerlendirilir.	300	93,4	311	96,9	0,072
<b>2</b> Kan basıncının 160/110 mm/Hg üzerinde olması, baş ağrısı, görme bozukluğu, epigastrik ve sağ üst kadranda ağrı olması preeklampsi bulgularındandır.	69	21,6	51	15,9	0,076
<b>3</b> Gebenin yapılan hemoglobin ölçümlerinde hemoglobin değeri 7 ve altında ise demir destek tedavisi önerilir.	177	55,3	182	56,7	0,702
<b>4</b> Gebelerde demir desteği doğum sonu lohusalık dönemi sonuna kadar devam ettirilir.	303	94,4	309	96,3	0,307
<b>5</b> Tüm gebelere 24-28.Haftalar arasında Glukoz Tarama Testi (OGTT) yapılmalıdır.	282	87,8	290	90,3	0,298

6	Gebelik, derin ven trombozu ve pulmoner emboli için bağımsız bir risk faktörüdür.	249	77,5	278	86,6	0,003
7	Gebelik öncesi veya erken gebelik döneminde obezite (vücut kitle indeksi>30kg/m2) venöz tromboemboli açısından risk oluşturur.	288	89,7	307	95,9	0,002
8	Gebelere D-VİT destek programı kapsamında verilen D-VİT miktarı ..... damladır.	188	58,8	246	76,6	0,001
9	Rutin gebe izlemleri esnasında diyastolik kan basıncı ..... ve üzerinde ölçülen gebeler kardiyovasküler hastalıklar açısından risk taşır.	185	57,5	259	80,7	0,001
10	Gebe kadınının spot idrar örneğinde +++ den fazla proteinüri olması ..... bulgularından biridir.	262	81,6	270	84,1	0,440

\*McNemar test

**Tablo 4:** Aile sağlığı elemanlarının riskli gebe yönetimine ilişkin önerileri.

Öneriler (n=136)	Sayı	%
Aile hekimliği birimleri ile 2.ve 3.basamak sağlık kuruluşlarının daha koordineli çalışmasının sağlanması	29	21,3
Gebe eğitimleri için gebe okullarının ve gebe sınıflarının kurulması	25	18,4
Bakanlık gebe izlem protokollerinin özel sağlık kuruluşları, muayene hekimlerince de uygulanmasının sağlanması	18	13,2
2.ve 3.basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilen riskli gebeler hakkında ASE'lere geri bildirim yapılması	13	9,6
Medyadan kamu spotları ile gebelerin bilgilendirilmesi gebe sınıflarının duyurulması	9	6,6
Gebelere sevk zincirinin zorunlu hale getirilmesi	6	4,4
TSM ekiplerinin yüksek riskli gebe ziyaretlerini daha etkin şekilde yapmalarının sağlanması	6	4,4
Gebe izlemi için sağlık kuruluşuna gelmeyen gebelere yaptırım uygulanmalı	6	4,4
Sosyoekonomik durumu düşük gebelere sosyal destek, psikolojik problemleri olan gebelere psikolojik destek sağlanmalı	6	4,4
Tüm sağlık kuruluşlarında ortak gebe izlem programı kullanılması	5	3,7
Riskli gebeler için muayene ve doğum özel hastanelerde de ücretsiz olmalı	2	1,5
Yüksek riskli gebelerin 3.basamakta takiplerinin sağlanması	2	1,5
Psikologlar eşliğinde riskli gebelere ev ziyareti yapılmalı	2	1,5
Daha etkin gebe takipleri yapılabilmesi için aile hekimliği nüfuslarının düşürülmesi	1	0,7
Göçmen gebeler için doğum kliniklerinin ayrı kurulması	1	0,7
Anne ölümlerini değerlendirme komisyonlarına ASE'lerin katılımının sağlanması	1	0,7
Doğum sonrası erken taburculuk önlenmeli	1	0,7
Psikiyatrik gebelerin muayeneleri için yasal işlemlerinin mahkemelerce kolaylaştırılması	1	0,7
Kadın doğum uzmanlarının ASE'lerin gebeler için yaptıkları işleri önemsemelerinin sağlanması	1	0,7
Evlilik dışı gebeliklerde takipler için ilgili kurumlardan daha kolay destek sağlanmalı	1	0,7

## Tartışma

Literatürde sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmaya göre; çalışmaya katılan ebe-hemşirelerin %68,0'inin Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kolejinin egzersiz ve hamilelik rehberini bilmedikleri belirlenmiştir (8). Bizim çalışmamızda da ASE'lerin %33,1'inin Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi'ni" bilmedikleri ve bu nedenle rehberi okumadıkları görülmüştür. Gebelere sunulan hizmetlerin niceliği kadar niteliğinin artırılması için, Sağlık Bakanlığı izlem rehberlerinden aile sağlığı çalışanlarının haberdar edilmesi ve rehberlerin daha aktif kullanımının sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

Doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında yeteri kadar ve kalifiye sağlık çalışanı ile yapılan bakımın anne ölüm oranlarını azaltacağı ve bazı sanayileşmiş ülkeler 19. yüzyılın sonlarında, doğumda profesyonel ebelik bakımı sağlayarak anne ölüm oranlarının yarıya indirildiği belirtilmektedir (9). Bayrami ve ark. (10) sağlık çalışanlarının gebelik öncesi bakımına yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemeye yönelik gerçekleştirdikleri bir çalışmada, hekimlerin %63,6'sı, sağlık teknisyenlerinin %68,0'si ve sağlık bakımında görevli sosyal hizmet görevlilerinin %74,6'sının ortalama düzeyde bilgiye sahip olduğunu, lisans mezunu aile sağlığı çalışanlarının %66,7'sinin ise gebelik öncesi bakım konusunda bilgi düzeylerinin iyi seviyede olduğunu belirlemişlerdir. Uygulamada ise hekimlerin yaklaşık %70,0'inin, lisans derecesine sahip aile sağlığı çalışanlarının da %75,0'inin tüm gebelik öncesi bakım alanlarında zayıf olduklarını, bununla birlikte, aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun uygulamada, ebelere (%64,7) ve sağlık bakımında görevli sosyal hizmet görevlilerine (%52,4) göre orta derecede olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmamızda ASE'lerin doğum öncesi bakım hizmetleri gebelik izlemleri ve riskli gebe yönetimi konularındaki bilgi düzeyini, tutum ve uygulamalarını belirlemeye yönelik sorulan sorulara verilen yanıtlara göre mesleki bilgilerinde yetersizliklerinin olduğu, rehberler doğrultusunda bilgilerinin güncellenmesi gerektiği, verilen hizmet içi eğitimin bilgi düzeylerini artırdığı ve tutumlarına katkısı olduğu belirlenmiştir. Puri ve ark. Bugesera Bölgesinde yaptıkları,

obstetrik bakım veren sağlık çalışanlarının güvenli annelik bakımı hakkında bilgi tutum ve uygulamaları konulu çalışmasında; sağlık çalışanlarının sorulan soruların yarısından azını doğru cevaplayabildikleri, en zayıf alanlarının obstetrik komplikasyonlar ve normal doğum eylemi olduğu ve bu konularda bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiş ve sonuçlardan dolayı acil obstetrik bakım konusunda geliştirilmeleri gerektiği belirtilmiştir (11). Itote Wanjugu ve ark. Kenya'nın kırsal bölgesinde obstetrik bakım veren sağlık çalışanlarının intrapartum bakım bilgisini araştırdıkları çalışmalarında; sağlık çalışanlarının toplam ortalama bilgisi puanlarının düşük olduğu belirlenmiş ve bu sonuç doğrultusunda sağlık çalışanlarına verilen eğitim fırsatları ile obstetrik bakım kalitesinin artırılabilirliği belirtilmiştir (12). Bu bulgular, araştırmamızın ASE'lerin bilgilerinin güncellenmesi ve bilgi seviyelerinin artırılması için hizmet içi eğitimlerin gerekliliğini düşündüren bulguları ile benzerlik göstermektedir.

DSÖ tarafından maternal mortalite çalışmalarının sistematik bir derlemesinde hipertansif hastalıklar baskın nedenler arasında belirlenmiştir (13). Türkiye'de meydana gelen anne ölümlerinin doğrudan nedenleri arasında gebeliğe bağlı hipertansiyon oranı %18,4 olarak bildirilmektedir. Otuz beş yaş ve üstü kadınlarda anne ölüm nedenleri arasında beş ana başlıktan birisi gebeliğe bağlı hipertansiyon (%12,0) olarak bildirilmiştir (9). Gebelerde hipertansiyon (sistolik>140 ve diyastolik>90 mmHg) olması kardiyovasküler risk kriterleri içindedir (7). Anne ölümlerinin en önemli sebeplerinden biri olan preeklampsi ile ilgili Pakistan'da yapılan bir araştırmaya göre; sağlık çalışanlarının riskli hastaların yönetiminde yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermiştir (14). Çalışmamızda ise ön testte; ASE'lerin Tablo 3'te yer alan "Kan basıncının 160/110 mmHg üzerinde olması, baş ağrısı, görme bozukluğu, epigastrik ve sağ üst kadranda ağrı olması preeklampsi bulgularındandır" sorusunu %21,6 oranında doğru cevaplayabildikleri; yine Tablo 3'te yer alan "Rutin gebe izlemleri esnasında diyastolik kan basıncı (90) ve üzerinde ölçülen gebeler kardiyovasküler hastalıklar açısından risk taşıyor" şeklindeki boşluk doldurmalı soruyu %57,5 oranında doğru cevaplayabildikleri

belirlenmiştir. Bu sonuçlar ASE'lerin gebeleri preeklampsi/eklampsi yönünden doğru bir şekilde değerlendirebilmeleri açısından riskli gebelikler yönetim rehberinde belirtilen risk kriterlerini daha dikkatlice incelemeleri gerektiğini göstermektedir.

"Gebelik döneminde preeklampsi öyküsü olan kadınlar, nullipar ve komplikasyonsuz bir gebelik geçiren kadınlara göre yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde kronik hipertansiyon olma riski artışına sahiptir. Ayrıca araştırmalar bu kadınların diyabet ve aşırı kilo gibi çeşitli kardiyovasküler durumlar için artan riske sahip olduğunu göstermektedir. Gebeliğinde yüksek tansiyonu olan kadınlarda ilerleyen dönemlerde koroner kalsifikasyonlar gelişme riski %57,0 artmaktadır (15). Bu kadınların takibinde görevli birinci basamak hekimleri risk faktörlerinin erken belirlenmesinde, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkları risk faktörlerinin erken tedaviye başlanmasında önemli role sahiptirler. Nijdam ve ark.'nın 2009 da yaptıkları çalışmada Hollanda'da preeklampsi riski olan hamile kadınların risk faktörlerinin yönetiminde kullanılabilecek, doktorlar için hazırlanmış herhangi bir rehber ya da protokolün mevcut olmadığı ve araştırma sonucuna göre preeklampsi öyküsü olan kadınların birinci basamak takiplerinin yetersiz ve gelişmemiş olduğu belirtilmiştir (15). Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında (UAÖÇ), hemorajiden sonra anne ölümlerinin ikinci sıradaki nedeninin preeklampsi/eklampsi olduğu belirtilmiştir (16). Bu sonuç gerek kan basıncı ve gerekse ağırlık ölçümlerinin önemini ortaya koymaktadır. Araştırmada kan basıncı, ağırlık ölçümü ve çocuk kalp seslerinin dinlenme düzeyinin %90,0'ın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Yine yapılan benzer çalışmalarda da bu parametrelerin yapıma düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Kan basıncı ve kilo ölçümünün yüksek oranda yapılmasının olası sebebi olarak; sağlık ocağı sisteminin olduğu dönemden beri çalışan ebelerin kadınlara kazandırdıkları bir alışkanlık olarak görülmesi ve sonucunda gebelerin bu hizmetleri aile hekimi/ASE'lerden de talep etmeleri olarak düşünülmüştür (17). Çalışmamızda ASE'lerin tamamına yakını gebe izlemlerinde SB tarafından hazırlanan gebe izlem protokolleri doğrultusunda (18, 19) fizik muayenede yapılması gerekenler arasında kan basıncı ve kilo ölçümünü yaptıklarını belirtilmiş ve görev yaptıkları ASM'lerde ziyaretleri

esnasında da ölçümleri yüksek oranda yaptıkları gözlenmiştir. Ancak ölçüm değerlerini riskli gebelik yönetimi açısından yorumlamalarında yetersizliklerinin olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda; "Rutin gebe izlemleri esnasında diyastolik kan basıncı 90 ve üzerinde ölçülen gebeler kardiyovasküler hastalıklar açısından risk taşır." sorusuna eğitim öncesi doğru yanıt verenlerin oranı %57,5 idi, %42,5 oranında risk oluşturan kritik diyastolik kan basıncı değerini yanlış yazdıkları görülmüştür. Yine ölçülen kan basıncı değerini yorumlamayı gerektiren "Kan basıncının 160/110 mm/Hg üzerinde olması, baş ağrısı, görme bozukluğu, epigastrik ve sağ üst kadranda ağrı olması preeklampsi bulgularındandır." sorusunun da ön test ve son testte en çok yanlış yanıtlanan (%75,9) soru olduğu belirlenmiştir.

Ameh ve ark.'nın Sahraaltı Afrika ve Asya'da, sağlık çalışanlarının acil obstetrik ve erken yenidoğan bakımı ile ilgili eğitim öncesi ve sonrası bilgi ve becerilerini araştıran çalışmasında, sağlık çalışanlarının acil obstetrik ve yenidoğan bakımına ilişkin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesinde eğitimin etkili olduğu bildirilmiştir (20). Benzer şekilde araştırmamızda verilen eğitim sonrasında; ASE'lerin gebelik izlemleri ve riskli gebe kriterleri ile ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtların sayısında eğitim öncesine göre artış olduğu, gebe izlemleri esnasında risk değerlendirme formu doğrultusunda sorguladıkları ve en çok karıştırdıkları tıbbi öykü ile obstetrik öyküde sorulması gereken unsurları daha doğru yanıtladıkları, riskli gebelik kriterlerini doğru olarak ifade edebildikleri, eğitim öncesi rehberi okuyanların oranı %47,0 iken eğitim sonrası bu oranın %85,4 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda ASE'lere "Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelikler Yönetim Rehberidoğrultusunda riskli gebe yönetimine yönelik verilen eğitimin etkili olduğu ve ASE'lerin tutumlarını olumlu yönde geliştirdiği belirlenmiştir (7).

Gebelerin gebelik sürecine adaptasyonunu sağlamada, sağlık yönünden risk taşıyan gebe ve fetüsün sağlığının korunmasında, oluşabilecek riskli durumları önlemede ve sunulan bakım hizmetlerinin etkinliğinde gebelerin evde izlenmesi önemlidir. Doğum öncesinde gerçekleştirilen ev ziyaretlerinin amacı, yalnızca gebeliğe ilişkin rutin muayenelerin ve ölçümlerin yapılması ile kısıtlı değildir. Kadın ve ailenin prenatal döneme uyumunun sağlanması, anne ve fetüsün iyilik halinin korunması ve

sürdürülmesi, risk faktörlerinin tespiti, var olan riskli durumların kontrol altına alınması ve komplikasyonların önlenmesine yönelik tüm çalışmalar nitelikli doğum öncesi ev ziyaretlerinin en temel amacını oluşturmaktadır (21). Doğum öncesi dönemde yapılacak ev ziyaretleri içerisinde ebeler önemli rol almaktadır. Güncel ve donanımlı bilgiye sahip, kritik düşünme ve karar verebilme yetileri olan ebeler tarafından gerçekleştirilen perinatal ev ziyaretleri, gebenin, fetüsün, ailenin sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesine fayda sağlamaktadır. Literatürdeki birçok çalışma, profesyonel ebelerce sunulan doğum öncesi evde bakım hizmetlerinin, gebelik sırasında hastaneye yatış oranlarını düşürdüğünü, annenin ve fetüsün sağlığını iyileştirdiğini, 24. gestasyonel haftadan önce meydana gelebilecek fetal kayıpları ve erken doğum riskini azalttığını, gebeliğin spontan vajinal doğum ile sonuçlanma olasılığını artırdığını gösteren bulgular ortaya koymaktadır (21). Çalışmamızda; ASE'lerin %80,1'inin ev ziyareti yapmadığı; ev ziyareti yapmama nedenleri olarak %44,9 oranında "gebelerin düzenli olarak aile sağlığı merkezine gelmeleri, düzenli olarak uzman doktora gitmeleri" %35,2 oranında ise "ASM' de iş yükünün fazla olması, ASM'den ayrılınca yerine vekalet edecek personel olmaması" olarak belirtilmiştir. Özdemir ve Koçoğlu'nun aile hekimliğini değerlendirdikleri bir çalışmada aile hekimliği sisteminde ev ziyaret oranlarının düşük olmasının poliklinik ve bürokratik işlerden (formlar, yazışmalar vs) vakit bulamamaktan ve denetim eksikliğinden kaynaklanmış olabileceği belirtilmiştir (22). Aynı çalışmada, aile hekimliğine geçildikten sonra sağlık ocağı dönemine göre ev ziyaretlerinin zaman ve personel eksikliğinden dolayı yapılamadığı veya daha az yapıldığı her iki dönemde de çalışmış olan sağlık personeline ve halk tarafından ifade edildiği belirtilmiş, aile hekimi ve yardımcılarının yeterli sayıda ev ziyareti yapmadıklarının gözlemlendiği, bu yetersizliğin sebebinin nüfus yoğunluğu ve ev ziyaretlerinin performans kriterleri içinde yer almaması olabileceği belirtilmiştir. Bambal ve ark. yaptığı çalışmada sağlık sorunu nedeniyle aile hekimine başvurma %61,0, "son bir yılda evime ebe ziyareti aldım" diyenler %40,6 olarak belirlenmiştir (23). Durusoy ve ark. yaptığı çalışmada gebelerin %14,0'ünün kayıtlı oldukları aile hekimlerini bilmediği,

%10,0'unun aile hekimliğinde gebe kaydının bulunmadığı ve %15,0'inin aile hekimi tarafından izlenmediği aile hekimi tarafından izlenen gebelerin ise %95,0'inin aile hekimine kendisinin başvurduğu, gebelerin sadece %3,0'ına ev ziyareti yapıldığı, %77,0'inin telefonla kuruma çağrıldığı belirlenmiştir (24). Çetinkaya ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %12,4'ünün ASE tarafından evde ziyaret edildikleri belirlenmiştir. Çalışmamızda ASE'lerin çoğunun ev ziyaretinde bulunmadığı ifadeleri de bu bulguları desteklemektedir (25).

Ülkemizde aile hekimliği birimleri tarafından Sağlık Bakanlığı rehberleri doğrultusunda yapılan gebe izlemlerinde herhangi bir risk saptanması halinde izlem planı ve sayısı yeniden belirlenebilmektedir (4, 7, 26-29). Ancak bu izlemlerin; gebelerin düzenli olarak ASM'ye geldikleri öne sürülerek sağlık kuruluşunda yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda gebelerin ev ziyaretleri ile kendi yaşam alanlarında değerlendirilmelerine imkan sağlayacak sistematik bir ev ziyareti uygulamasının bulunmadığı söylenebilir. Dağlar ve ark. yaptığı çalışmada gebelere ortalama 7,0±3,9 ev ziyareti yapıldığı, kadınların %94,6'sının ev ziyareti sıklığından memnun olduğu saptanmıştır (21). Ev ziyaretlerinin sistematik olarak yapılmasının sağlanmasının; gebe sağlığını olumlu etkileyebileceği ve izlem memnuniyetlerini arttırabileceği, gebenin ev ortamında karşılaşabileceği riskli durumların tespit edilebilmesi açısından gebenin aile içindeki sosyal durumu ve ev koşulları ile birlikte değerlendirilebilmesine imkan sağlaması yönünden faydalı olabileceği düşünülmektedir. ASE'lere yönelik düzenli olarak yapılacak hizmet içi eğitimlerde özellikle riskli gebelere ev ziyareti yapmanın öneminin anlatılması gerekmektedir.

Bu çalışma sadece Kayseri il sınırları içerisinde merkez beş ilçede bulunan 64 ASM'de çalışan 321 ASE üzerinde yapıldığından, çalışma sonuçlarının tüm ASE'lere genellenmesi mümkün görülmemektedir. Yapılan literatür araştırmasında; daha önce ASE'lerin verilen eğitim öncesi ve sonrası gebelik izlemleri ve riskli gebelik yönetimine ilişkin bilgi ve tutumlarını ölçen çalışmaların bulunmaması çalışmamızın güçlü yönü olmuştur.



## Sonuç ve Öneriler

Araştırma grubumuza verilen eğitim sonrasında: ASE'lerin gebelik izlemleri ve riskli gebe kriterleri ile ilgili sorulara verdikleri doğru yanıtların sayısında eğitim öncesine göre artış göstermiştir. Verilen eğitimin etkili olduğu ve ASE'lerin tutumlarını olumlu yönde geliştirdiği belirlenmiştir. ASM'lerde çalışan ASE'lerin riskli gebe yönetimi ile ilgili farkındalık düzeylerinin artırılması için eğitim programlarının yaygınlaştırılarak mevcut bilgilerinin güncellenmesi, yenilenen rehberler algoritmalar ve oluşturulan

modüllerden haberdar edilmeleri, belli aralıklar ile testler yapılarak bilgi düzeylerinin tespiti ve hizmet içi eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Riskli gebe yönetiminde, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin niteliğinin geliştirilebilmesi için, sektörler arası işbirliğinin artırılması, sağlık hizmet sunumundaki paydaşlar arasında güçlü bir iletişim ağı ve elektronik bildirim sistemi kurulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Öztürk Y. Türkiye'de ana sağlığı sorunları, nedenleri ve çözüm önerileri, In:Öztürk Y, Günay O, Halk Sağlığı Genel Bilgiler,172,Erciyes Üniversitesi Yayınları,Kayseri,2011:483.
2. Kurnaz MA, Can H, Sezik HA, Çakır YT, Tuna M, Ay Z. Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2015;19(4):187-95. doi:10.15511/tahd.15.02187.
3. Çatak B, Öner C, Gülay M, Baştürk S, Oğuz İ, Özbek R. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. Türk Aile Hekimleri Dergisi, 2014;18(2):63-9. Available from: <https://dx.doi.org/%2010.2399/tahd.14.00063>
4. T.C Sağlık Bakanlığı "Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi" Genelge 2014/10 [cited 2021 Feb 3] Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/risgebyonreh.pdf> Erişim tarihi:
5. Altındış S, Ergin A. Kalite bağlamında sağlık personeli eğitimi. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(1):157-69. doi: 10.31832/smj.395950.
6. Duman ÇS, Suluhan D, Durduran Y. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekim dışı sağlık profesyonellerinin hizmet içi eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2016;12(3):118-23. Available from: <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/204133/birinci-basamak-saglik-kuruluslarinda-calisan-hekim-disi-saglik-profesyonellerinin-hizmet-ici-egitim-gereksinimlerinin-belirlenmesi>
7. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, Ankara, 2014, pp. 926.
8. Bauer, PW, Broman CL, Pivarnik JM. Exercise And Pregnancy Knowledge Among Healthcare Providers. Journal Of Women's Health. 2010;19(2):335-41. doi:10.1089/jwh.2008.1295.
9. Aygar H, Metintaş S. Bir kalkınma göstergesi olarak anne ölümleri. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi,2018;3(3):63-70. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussa/gbil/issue/23833/253896>
10. Bayrami R, Ebrahimipour H, Ebrahimi M, Frouhani MR, Najafzadeh B. Health Care Provider S'knowledge, Attitude And Practice Regarding Pre-Conception Care. Journal of Research and Health Social Development and Health Promotion Research Center. 2013;3(4):519 -26. Available from: <https://jrh.gmu.ac.ir/article-1-175-en.pdf>
11. Puri R, Rulisa S, Joharifard S, Wilkinson J, Kyamanywa P, Thielman N. Knowledge, attitudes, and practices in safe motherhood care among obstetric providers in Bugesera, Rwanda. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 2012;116(2):124-7. doi:10.1016/j.ijgo.2011.09.025.
12. Itote Wanjugu E, Fleming LC, Mallinson RK, Gaffney KF, Jacobsen KH. (2019). Knowledge of intrapartum care among obstetric care providers in rural Kenya,

- International Health*. 11(4):258–64. doi:10.1093/inthealth/ihy078. systematic review of causes of maternal deaths. *Lancet*. 2006;367:1066–74. doi:10.1016/s0140-6736(06)68397-9.
14. Sheikh S, Qureshi RN, Khowaja AR, Salam R, Vidler M, Sawchuck D, et al. Health care provider knowledge and routine management of pre-eclampsia in Pakistan. *Reproductive Health*, 2016;13(2):104. doi:10.1186/s12978-016-0215-z.
15. Nijdam ME, Timmerman MR, Franx A, Bruinse HW, Numans ME, Grobbee DE, et al. Cardiovascular Risk Factor Assessment After Pre-Eclampsia In Primary Care. *Bmc Family Practice*. 2009;10(1):77. doi:10.1186/1471-2296-10-77.
16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
17. Sütü S, Çatak B, Kılınç AS, Taşdemir AB, Dinç M, Ayaş H, et al. Doğum öncesi bakımın neresindeyiz?. *STED*. 2012;21(5):264-70. Available from: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/144514/dozum-oncesi-bakimin-neresindeyiz-toplum-tabanli-bir-arastirma>
18. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı, Ankara, 2017.
19. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. İzleme Ve Değerlendirme Eğitimi Rehberi, Ankara, 2019.
20. Ameh CA, Mdegela M, White S, Van den Broek N. The effectiveness of training in emergency obstetric care: A systematic literature review. *Health Policy and Planning*. 2019;34(4):257–70. doi:10.1093/heapol/czz028.
21. Dağlar G, Uçar T, Evcili F, Bilgiç D. Doğum öncesi ev ziyareti hizmeti verilen gebelerin memnuniyet
13. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look P. WHO düzeyleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015;4(4). Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussaqbil/issue/23826/253829>
22. Özdemir ME, Koçoğlu F. Sivas ilinde aile hekimliği modelinin değerlendirilmesi . *Ahi Evran Med J*, 2019;3(2):59-65. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/aemj/issue/48295/519044>
23. Bambal Ö, Laçarlı T, Eser E. Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2010;8(3):176-90. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjph/issue/16578/173110>
24. Durusoy R, Davas A, Ergin İ, Hassoy H, Tanık FA. İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2011;9(1):1-15. doi:10.20518/tjph.173051.
25. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(4):417-24. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/estudamhsd/issue/40372/482694>
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği Hizmet İçi Eğitim Rehberi, Ankara, 2020.
27. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, 2014, pp. 930.
28. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, 2014, pp. 924.
29. T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Üreme Sağlığı Programı Acil Obstetrik Bakımı Yönetimi Kolaylaştırıcı Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi 2.baskı), Ankara, 2009, pp. 7-8.