



T.C.  
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Bir Mahallede Yaşayan Roman Kadınlar ile Roman Olmayan  
Kadınların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonrası  
Bakım Alma Özellikleri ve Etkileyen Etmenler**

Tıpta Uzmanlık Tezi  
Dr. Büşra SANDIKLI

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM  
İSTANBUL

2020



T.C.

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Bir Mahallede Yaşayan Roman Kadınlar ile Roman Olmayan  
Kadınların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonrası  
Bakım Alma Özellikleri ve Etkileyen Etmenler**

Dr. Büşra SANDIKLI

Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM

İSTANBUL

2020

## BEYAN

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

Dr. Büşra SANDIKLI

İSTANBUL-2020

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde akademik anlamda bilgi ve deneyimlerini her fırsatta bizlerle paylaşan, ayrıca akademik hayatın dışında da hayata dair her alanda tecrübeleriyle bizlere ışık tutan, aynı zamanda tez danışmanım olan çok değerli hocam sayın Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM'a tüm desteklerinden dolayı gönülden teşekkür ederim.

Tez sınav jürimde yer alan çok değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Haydar SUR ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Serdar Selçuk KÖKSAL'a tüm destek ve katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimimin önemli bir bölümünde birlikte çalıştığım, çok kıymetli kazanımlar elde ettiğim çok değerli hocam sayın Doç. Dr. Perihan TORUN'a çok teşekkür ederim. Ayrıca uzmanlık eğitimimin ilk yıllarında anabilim dalı başkanımız olan sayın Prof. Dr. Hasan Hüseyin EKER hocama eğitime büyük katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca bölümde beraber çalıştığım, samimi dostluklar kurarak güzel anılar biriktirdiğim sevgili asistan ve çalışma arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Beni yetiştirerek bugünlere getiren, eğitim hayatımın her anında olduğu gibi uzmanlık eğitimim sürecinde de maddi ve manevi her türlü desteği veren ve hep yanımda olan çok fedakâr annem Şennur OLÇAR, babam Fikret OLÇAR ve kardeşim SERRA OLÇAR'a çok teşekkür ederim.

Yanımda her zaman desteğini hissettiğim, hayat arkadaşım sevgili eşim Mehmet Emin SANDIKLI ve bana yaşama sevinci veren kızlarım Zeynep Azra ve Ayşe Duru'ya ayrıca sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Büşra SANDIKLI

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı.....	4
2.2. Sağlıkta Eşitlik ve Eşitsizlik Kavramı.....	5
2.2.1. Sağlıkta eşitsizlikler üzerine etnik yapının etkisi.....	6
2.2.2. Romanların sağlığını etkileyen eşitsizlikler.....	7
2.3. Roman Etnik Yapıda Sosyal Belirleyicilerin Önemi.....	8
2.3.1. Romanların yaşadıkları bölgeler ve yaşam biçimleri.....	9
2.3.2. Romanların istihdam özellikleri.....	10
2.3.3. Romanların eğitim durumu.....	11
2.4. Kadın Sağlığının Önemi.....	12
2.4.1. Üreme sağlığı kavramı.....	13
2.4.2. Üreme hakları.....	14
2.4.3. Roman kadınların sağlığı.....	14
2.5. Anne Ölümleri.....	16
2.5.1. Dünyada anne ölümleri.....	16
2.5.2. Türkiye’de anne ölümleri.....	18
2.6. Güvenli Annelik.....	19
2.7. Gebelik ve Doğum Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri.....	21
2.7.1. Gebelik öncesi bakım.....	21
2.7.2. Doğum öncesi bakım.....	23
2.7.3. Doğum ve doğum sonrası bakım.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırma Bölgesi.....	27
3.3.1. Coğrafi özellikler.....	28
3.3.2. Demografik özellikler.....	29
3.3.3. Eğitim özellikleri.....	29
3.3.4. Doğurganlık özellikleri.....	30
3.3.5. İstihdam durumu.....	30

3.2.	Araştırma Türü, Evreni ve Örneklemi.....	30
3.3.	Veri Toplama Aracı ve Yöntemi .....	31
3.4.	Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	33
3.5.	Araştırmanın Hipotezi, Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	34
3.6.	Veri Analizi .....	34
3.7.	Araştırma planı ve bütçesi.....	35
4.	BULGULAR .....	36
4.1.	Kadınların Sosyodemografik Özellikleri.....	36
4.2.	Kadınların Üreme Öyküsü.....	40
4.3.	Kadınların Gebelik Öncesi Bakım Alma Özellikleri ve Gebelik Öyküsü .....	43
4.3.1.	Gebelik öncesi bakım alma.....	43
4.3.2.	Gebelik öyküsü.....	47
4.4.	Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Özellikleri .....	50
4.5.	Kadınların Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Alma Özellikleri.....	56
4.5.1.	Doğum öyküsü.....	56
4.5.2.	Doğum sonrası bakım alma .....	59
5.	TARTIŞMA.....	63
5.1.	Araştırmaya Katılım .....	65
5.2.	Sosyodemografik Özellikler .....	66
5.3.	Üreme Öyküsü.....	70
5.4.	Gebelik Öncesi Bakım ve Gebelik .....	72
5.5.	Doğum Öncesi Bakım .....	75
5.6.	Doğum ve Doğum Sonrası Bakım.....	79
5.7.	Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları .....	83
5.8.	Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar .....	85
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER .....	86
	KAYNAKLAR.....	89
	EKLER.....	97
	EK 1. Veri Toplama Formu.....	97
	Ek 2. Onam Formu .....	104
	Ek 3. Kaymakamlık İzni.....	106
	Ek 4. Etik Kurul Onayı.....	108

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB: Avrupa Birliği

AHU: Aile Hekimliği Uygulaması

BKH: Bin Yıl Kalkınma Hedefleri

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

DSB: Doğum Sonrası Bakım

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICPD: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UAÖÇ: Ulusal Anne Ölümleri Çalışması

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Gökkuşığı Modeli

Şekil 1.2. Dünya'da anne ölümlerinin dağılımı

Şekil 3.1. Tekirdağ il haritası

Şekil 3.2. Muratlı ilçe merkezinde bulunan mahalleler

Şekil 3.3. Muratlı, Kazım Dirik-Turan Mahallesi haritası

Şekil 3.4. Araştırmada örnekleme ulaşım yöntemi

Şekil 4.1. Araştırmaya katılan kadınların etnik kökene göre dağılımı





## TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmacı zaman çizelgesi.....	35
Tablo 4.1. Roman ve Roman olmayan kadınların yaş grubu dağılımı .....	37
Tablo 4.2. Roman ve Roman olmayan kadınların eğitim durumu.....	37
Tablo 4.3. Roman ve Roman olmayan kadınların eşlerinin eğitim durumu.....	38
Tablo 4.4. Roman ve Roman olmayan kadınların eşlerinin çalışma durumu.....	39
Tablo 4.5. Roman ve Roman olmayan kadınların aylık hane geliri düzeyi .....	39
Tablo 4.6. Sosyal güvencesi olan Roman ve Roman olmayan kadınların sosyal güvence türleri.....	40
Tablo 4.7. Kadınların eğitim düzeyine göre ilk gebelikte anne yaşı .....	41
Tablo 4.8. Roman kadınların eğitim düzeyine göre ilk gebelikte anne yaşı.....	41
Tablo 4.9. Roman olmayan kadınların eğitim düzeyine göre ilk gebelikte anne yaşı.....	41
Tablo 4.10. Roman ve Roman olmayan kadınlarda son iki gebelikleri arası süre .....	42
Tablo 4.11. Gebelik öncesi sağlık kontrolüne giden Roman ve Roman olmayan kadınların tercih ettiği sağlık kurumları.....	44
Tablo 4.12. Gebelik öncesi sağlık kontrolüne gitmeyen Roman ve Roman olmayan kadınların sağlık kontrolüne gitmeme nedenleri .....	44
Tablo 4.13. Roman ve Roman olmayan kadınların gebelik öncesinde folik aside başlamama nedenleri .....	45
Tablo 4.14. Roman ve Roman olmayan kadınların gebelik öncesi sigara kullanma durumu .....	46
Tablo 4.15. Roman ve Roman olmayan kadınların gebelik öncesi aşı yaptırmama nedenleri .....	46
Tablo 4.16. Roman ve Roman olmayan kadınların gebeliklerini planlama durumları .....	47
Tablo 4.17. Gebeliğin planlama durumuna göre gebelik öncesi folik asit kullanımına başlama.....	48
Tablo 4.18. Roman ve Roman olmayan kadınların gebelikten şüphelenme belirtileri .....	49
Tablo 4.19. Roman ve Roman olmayan kadınlara gebelik tanısı koyan kişi .....	49
Tablo 4.20. Roman ve Roman olmayan kadınlara gebelik tanısı konan sağlık kurumu .....	50
Tablo 4.21. Roman ve Roman olmayan kadınların gebelik tanısının bulunduğu gebelik haftası .....	50
Tablo 4.22. Roman ve Roman olmayan kadınların ilk sağlık kontrolünün yapıldığı gebelik haftası.....	51
Tablo 4.23. Roman ve Roman olmayan kadınların gebelikte sağlık kontrolünün yapıldığı kurum.....	52
Tablo 4.24. Roman ve Roman olmayan kadınların gebelik boyunca sağlık kontrolüne gitme durumu.....	52

Tablo 4.25. Roman ve Roman olmayan kadınların gebelikte yaptırdıkları testler.....	53
Tablo 4.26. Roman ve Roman olmayan kadınların OGTT yaptırmama nedenleri .....	54
Tablo 4.27. Roman ve Roman olmayan kadınların gebelikte kullandığı destek ilaçlar .....	55
Tablo 4.28. Gebelik öncesi sigara kullanımına göre gebelikte sigara kullanım durumu .....	56
Tablo 4.29. Roman ve Roman olmayan kadınların doğum şekli .....	57
Tablo 4.30. Roman ve Roman olmayan kadınların doğumunun gerçekleştiği yerler .....	57
Tablo 4.31. Doğum yapılan yerlere göre doğum şekli .....	58
Tablo 4.32. Normal Doğum Yapan Roman ve Roman olmayan kadınların doğumuna yardımcı olan sağlık personeli .....	58
Tablo 4.33. Doğum şekline göre doğum sonrası ilk yarım saatte bebeği emzirme durumu	59
Tablo 4.34. Roman ve Roman olmayan kadınların doğum sonrası sağlık kontrolü yaptırmama nedenlerini .....	60
Tablo 4.35. Roman ve Roman olmayan kadınların doğum sonrası sağlık kontrolüne gittiği kurumlar.....	61
Tablo 4.36. Doğumun yapılan yere göre doğum sonrası kontrole gidilen sağlık kurumları	61
Tablo 4.37. Doğum sonrası önerilen izlem sayısına göre gidilen izlemlerin etnisiteye göre dağılımı .....	62

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Roman kadınlar üreme sağlığının önemli bileşenlerinden biri olan anne sağlığı düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim bakımından dezavantajlı bir konumdadır. Bu araştırmanın amacı, bir mahallede yaşayan Roman ve Roman olmayan kadınların, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarını değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma kesitsel tipte bir saha araştırmasıdır. Bir mahallede araştırma tarihinden önceki 2 yıl içinde canlı doğum yapmış olan Roman ve Roman olmayan kadınlar araştırma evrenini oluşturmaktadır. Örneklem seçilmeyip tüm evrene ulaşım hedeflenmiştir. Mahallede bulunan tüm hanelere temas edilip araştırmaya dâhil edilmeye uygun kişiler tespit edilerek yüz yüze görüşme metoduyla anket yapılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler ile analiz edilerek sunulmuştur.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 80 kadının 36'sı Roman (%45), 44'ü (%55) Roman olmayan kadından oluşmaktadır. Roman kadınların %80,6'sı ilkokul ve altı eğitim düzeyindeyken, Roman olmayan kadınlarda bu oran %36,4'tür. Roman kadınların sahip olduğu çocuk sayısı, Roman olmayan kadınlar ile benzer olup tüm kadınlarda eğitim düzeyinin artışı ile çocuk sayısı azalmaktadır. Doğurganlığın daha erken yaşlarda başladığı Roman kadınlarda eğitim düzeyi artışının ilk gebelik yaşına etkisi bulunamamışken, Roman olmayan kadınlarda eğitim düzeyi artışı ile ilk gebelik yaşı yükselmektedir. Araştırma tarihinden önceki son iki gebelik arası süre, Roman ve Roman olmayan kadınlar arasında benzer olup daha kısa aralıklarla gebelik yaşayan Roman olmayan kadınların eğitim düzeyi daha yüksektir. Kadınların %74'ü gebelik öncesinde sağlık kontrolüne gitmemiştir. Planlı gebelik yaşayan kadınlar, gebelik öncesi sağlık kontrollerini yaptırma ve destek vitamin kullanımı açısından daha iyi durumdadır. Kadınların tümü gebelikleri boyunca en az bir kez, bir sağlık personelinden DÖB hizmeti almıştır. Roman kadınlar, erken gebelik haftalarında gebeliği tespit edilmesine rağmen daha geç ve daha az sayıda DÖB almışlardır. Doğumların sonlanma şekli benzer olmakla birlikte, Roman kadınlarda sezaryan doğum oranı daha azdır. Normal doğumun hekim yardımı ile gerçekleşme ihtimali Roman kadınlarda daha düşüktür. Kadınların %70'i hastaneden taburcu olduktan sonra bir sağlık kurumunda DSB hizmeti almıştır. Meydana gelen doğumların %75'i Devlet

Hastanesinde gerçekleşmekle birlikte DSB için Roman kadınlar Devlet Hastanelerini daha fazla tercih etmektedir.

**Sonuç:** Roman kadınlar DÖB hizmetlerini Roman olmayanlardan daha geç ve az sayıda almışlardır. Eğitim ve sosyoekonomik düzeylerindeki düşüklüğe rağmen Roman kadınlar, anne sağlığı hizmetlerinden önerilen düzeyde yararlanma bakımından Roman olmayan kadınlar ile benzer durumdadır. Roman kadınların bulunduğu toplumda, anne sağlığı hizmetlerinin niteliğini de değerlendiren temsil gücü yüksek araştırmaların yapılması faydalı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Kadın sağlığı, üreme sağlığı, Roman, etnik yapı, sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlıkta eşitlik.



## ABSTRACT

**Introduction and Objective:** Roma women are at a disadvantage in terms of access to maternal health and health services, which is one of the important components of reproductive health. The aim of this study is to evaluate the situation of Roma and non-Roma women living in a neighborhood to benefit from pre-pregnancy, pregnancy, birth and post-natal health services.

**Materials and Methods:** This research is a cross-sectional, descriptive field research. The research population consists of Roma and non-Roma women who live in a neighborhood and have had a live birth within 2 years prior to the research date. It is aimed to reach the entire universe without selecting a sample. All the households in the neighborhood were contacted and the people suitable for inclusion in the research were identified and a questionnaire was conducted by face-to-face interview method. The data were presented by analyzing them with descriptive statistics.

**Results:** Of the 80 women who have given birth in the last 2 years, 36 of them are Roma (45%) and 44 (55%) are non-Roma women. While 80.6% of Roma women are at primary school or below, this rate is 36.4% for non-Roma women. The number of children that Roma women have is similar to that of non-Roma women, and the number of children decreases with the increase in the level of education. Although the fertility of Roma women starts at an earlier age, the increase in education level does not affect the maternal age in the first pregnancy. However, as the level of education increases in non-Roma women, the first gestational age increases. The period between the last two pregnancies before the study date is similar between Roma and non-Roma women. The education level of non-Roma women who have pregnancy at short intervals is higher. The rate of women who do not receive pre-pregnancy care is 74%. Women who have planned pregnancy are better in terms of having pre-pregnancy health checks and using supplement vitamins. All women received prenatal care from a healthcare professional at least once during their pregnancy. Roma women received less and fewer prenatal care, although pregnancy was detected in early gestational weeks. Although the way of termination of their births is similar, the caesarean delivery rates are lower in Roman women. The presence of a physician at normal delivery is lower in Roma women. 70% of women received postpartum care at a medical institution after discharge from the hospital. Although 75% of births occur at the State Hospital, Roma women prefer State Hospitals more for postpartum care.

**Conclusion:** Roma women received antenatal care services later and fewer than non-Roma. Despite the low educational and socioeconomic levels of Roma women, there is no significant difference from non-Roma women in terms of benefiting from maternal health services. It will be beneficial to conduct field studies with high representative power, which also evaluates the quality of maternal health services in the community.

**Keywords:** Women's health, reproductive health, Roma women, Gypsy, ethnic structure, social determinants of health, equality in health.



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre sağlık “sadece hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil; zihinsel, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tüm dünyada kabul edilmektedir [1]. Bu çerçevede bir insanın bir hastalığa yakalanması kadar, onun sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen eğitim, gelir vb. sosyokültürel düzeyi, mevcut sağlık sistemi de sağlık kavramı içerisinde incelemesi gereken konulardır [2].

Her bireyin dil, din, cinsiyet, etnik köken vb. ayrımı olmaksızın sağlıklı olma hakkı vardır. Bireylerin eğitim ve öğrenim hakkı, çalışma hürriyeti, sağlık hizmetlerine, sosyal güvenliğe erişim hakları anayasa ile güvence altına alınmış ve temel kamu hizmetlerine erişimde eşitlik ve hakkaniyet ilkeleri benimsenmiş olsa da uygulamada bazı etnik gruplardaki vatandaşların eğitim, sağlık ve istihdam gibi hizmetlere erişim noktasında problemler yaşadığı bilinmektedir [3].

Romanlar, etnik kökenleri dolayısıyla sosyal dışlanmaya ve ayrımcılığa maruz kalan dezavantajlı gruplar arasındadır [4-6]. Romanların sağlık, istihdam, barınma, eğitim gibi temel alanlardaki sosyoekonomik durumlarının, Roman olmayan nüfusa kıyasla daha kötü durumda olduğu bilinmektedir [7]. Toplumda Romanların temel hak ve hizmetlerden faydalanma anlamında yaşadıkları sorunlar birbirinin zeminini oluşturarak sosyoekonomik koşullarındaki olumsuzlukları derinleştirmekte ve sonuç olarak sağlık durumları olumsuz etkilenebilmektedir.

Etnik köken nedeniyle yaşama barınma, beslenme, eğitim, istihdam ve sosyal güvenlik gibi sağlığın sosyal belirleyicileri bakımından dezavantajlı başlayan Roman vatandaşlar için, sağlık hizmetlerine erişme, risk etmenlerine maruz kalma ve sağlık durumları açısından eşitsizliklerin olduğu bilinmektedir [6, 8-10]. Yaşadıkları coğrafyalarda Roman olmayan nüfusa kıyasla Romanların sağlığı daha kötü durumdadır [6, 8, 9].

Roman topluluğunda kadın olmak sağlıkta eşitsizliği arttıran bir unsur olabilmektedir. Roman kadınlar, sağlık hizmetlerini kullanımda daha fazla eşitsizliğe

maruz kalmaktadır [6, 10, 11]. Roman olmanın getirdiği etnik ayrımcılığın yanı sıra kadın cinsiyetin sebep olduğu sosyal eşitsizlikler ve doğurganlık çağında artan sağlık hizmeti gereksinimleri nedeniyle Roman kadınlar özellikli bir gruptur.

Kadınlar doğurganlık çağında gebelik ve doğum süreçlerini yaşayabilmeleri sebebiyle daha özel sağlık bakımına ihtiyaç duyabilmektedir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem, hem kadını hem de bebeği doğrudan etkilemesi bakımından kadın sağlığı açısından en önemli dönemdir. Kadının sağlıklı olması doğrudan çocuğu ve aileyi, dolaylı olarak da toplumun sağlığını etkilediğinden, özellikle üreme çağındaki kadınların sağlığının korunması ve geliştirilmesi önem ve öncelik taşımaktadır.

1994 yılında düzenlenen Kahire Konferansı'nda gündeme gelen "üreme hakları" kavramı ile yaşam boyu üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkının, insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır. Ayrıca IV. Birleşmiş Milletler (BM) Dünya Kadın Konferansı'nda hazırlanan eylem programı ile üreme sağlığı hizmetlerinin uygun yaşta herkese temel sağlık hizmetleri kapsamında sunulması gerektiği kararlaştırılmıştır [2, 12-14].

Temel sağlık hizmetleri kapsamında verilmesi gereken üreme sağlığı hizmetlerinden biri etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli anneliktir. Bu kapsamda sunulan sağlık hizmetleri doğum öncesi bakım (DÖB), sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım (DSB) ve emzirmedir. Kadınların gebelik ve doğum süreçlerini, güvenli bir ortamda yaşamalarını temin eden sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı üreme haklarından biridir [2, 12, 15].

Doğurganlığın erken yaşlarda başladığı ve yüksek oranda olduğu bilinen Roman kadınların anne sağlığı düzeyi önem ve öncelik taşımaktadır [8, 10, 16, 17]. Roman kadınların yaşadıkları bölgelerdeki Roman olmayan kadınlara göre anne sağlığı hizmetlerinden hem daha az hem daha geç yararlandıkları gösterilmiştir [10, 16]. Roman vatandaşların yararlanabilecekleri sağlık hizmetleri konusundaki farkındalıklarının ve sağlık okuryazarlığının düşük olması, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını olumsuz etkileyen bir unsur olabilmektedir.

Edirne'de Aile Hekimliği Uygulaması (AHU)'na geçişin 1. yılında ana sağlığı hizmetlerini değerlendiren araştırmanın bulgularına göre, AHU öncesi dönemde evde gebelik ve bebek izlemleri açısından Romanlar lehine pozitif ayrımcı bir tutum izlenirken, uygulama sonrası Roman kadınlar da diğerleri gibi evde bakımdan yararlanamaz hale gelmiştir [18]. Bu dönüşüm ile sağlık hizmetlerinden yararlanmada



terslik kanunu, yani gereksinimi daha fazla olanların hizmetlerden daha az yararlanması dolayısıyla Romanların olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir [19].

2016 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın koordinasyonluğunda hazırlanan "Roman Vatandaşlara Yönelik Strateji Belgesi" nde Roman vatandaşların sağlık hizmetlerinden daha etkin faydalanabilmeleri için belirlenen hedeflerden biri, başta anne ve çocuk sağlığı olmak üzere sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanma ve genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasıdır. Bu amaçla Roman vatandaşların gezici sağlık ekipleri tarafından sağlık taramaları yapılarak gebe-bebek izlemleri, aşılama çalışmaları, çocuk ve gebelere demir ve d vitamini dağıtımı gibi hizmetlerin sunulması planlanmıştır [3].

Son yıllarda Roman kadınların anne sağlığı hizmetleri kapsamında sunulan gebelik öncesi ve DÖB, güvenli doğum ve DSB hizmetlerinden yararlanma düzeyleri, onlar ile aynı bölgede benzer sosyokültürel koşullarda yaşayan Roman olmayan kadınlara göre ne durumda oldukları bilinmemektedir. Belirli bir bölgede yaşayan, çevresel ve sosyokültürel faktörler bakımından etkileşim halinde bulunan Roman ve Roman olmayan kadınların anne sağlığı hizmetlerine erişimlerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, durum tespiti yapılabilmesi bakımından değerlidir.

Bu araştırmanın amacı, Roman vatandaşların yaşadığı bir mahallede, benzer çevresel ve sosyokültürel koşullarda yaşayan Roman kadınlar ve Roman olmayan kadınların, gebelik ve doğum sürecinde sağlık hizmetlerine erişim düzeylerini değerlendirmektir. Araştırmada, Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı rehberler ışığında kadınların gebelik öncesi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanma özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Günümüz sağlık sisteminde Roman ve Roman olmayan kadınların anne sağlığı hizmetlerinden yararlanma düzeyinin belirlenmesi, farklı toplum kesimlerindeki kadınlar arasında hakkaniyetin sağlanması bakımından kıymetlidir. Böylece özel gruplarda hizmetlerin planlanması ve sunumunda toplumun gereksinimlerine uygun politikaların geliştirilebilmesi ve sonuç olarak toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi mümkün olacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1948 yılında tanımlanan sağlık tanımı, ‘yalnızca hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil; zihinsel, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali’ hatırlanmalıdır [1]. Dolayısıyla Türkiye’de kabul ettiğimiz DSÖ sağlık tanımına göre, bir insanın bir hastalığa yakalanması kadar, onun sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen eğitim, gelir vb. sosyokültürel düzeyi, mevcut sağlık sistemi de sağlık kavramı içerisinde incelemesi gereken konulardır [2].

Sağlık hakkı, daha net ifade edilecek olursa en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkı, ilk olarak 1946’da yayınlanan DSÖ Anayasası’nda yer almıştır: “*Mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olmak, ırkı, dini, politik inancı, ekonomik ve sosyal durumu gözetilmeksizin, her insanın temel haklarından biridir.*” Bunu takiben 1978 yılında yapılan Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’nın sonunda yayımlanan Alma Ata Bildirgesi’nde “sağlık hakkı” şu şekilde tanımlanmıştır [21]:

*“Sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, tam bir bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olan sağlığın, temel insan haklarından biri olduğunu ve sağlığın mümkün olan en yüksek düzeyde tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal amaç olduğunu; bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarının gerektiği gerçeğini önemle vurgular.”*

Ulusal ve uluslararası mecralarda kabul gören yasal düzenlemelerde sağlık, tüm insanların doğuştan sahip olduğu sosyal bir hak olarak kabul edilmektedir. Hukuk kapsamında tanımlanan bu haklardan, herhangi bir toplumsal engelle karşılaşmadan herkesin gereksinimi ölçüsünde yararlanabilmesi için, haklara ulaşılabilirlik ve hakların kullanılabilirliği noktasında gerekli toplumsal, ekonomik ve siyasi koşulların da sağlanması esastır [22]. Sağlığın korunması ve geliştirilebilmesi için, eğitim ve gelir

düzeyi gibi bireysel faktörlerin yanı sıra etkili sağlık politikaları geliştirerek kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmetinin topluma hakkaniyetli bir biçimde sunulması elzemdir.

## 2.2. Sağlıkta Eşitlik ve Eşitsizlik Kavramı

Eşitlik, insanların refah içinde yaşayabilmeleri için mevcut kaynakların dağıtılmasına sosyal ayrıcalıkların değil, gereksinimlerinin kılavuzluk etmesidir [23]. Yasal düzenlemeler çerçevesinde etkili ve kalite bir biçimde sunulan sağlık hizmetlerine, bireylerin ihtiyaç duydukları anda adil olarak erişebilmelerine engel olan, dolayısıyla dezavantaj yaratan durumların yok edilmesi “sağlıkta eşitlik” olarak tanımlanabilir. Sağlıkta eşitlik kavramının tarihsel süreçte sınıflı toplum yapısına geçişle birlikte, ekonomik ve siyasal alanda gözlenen farklılıkların yol açtığı adaletsizlik ve eşitsizliklere karşıt olarak ortaya çıktığı söylenebilir [24].

*“Sağlıkta eşitsizlik doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler dolayısıyla etki gösterdikleri; önlenebilir, önlenebilir olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan; bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, savaştırılması gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği; yalnızca sosyal, politik ve ekonomik değil, aynı zamanda ahlaki bir sorun olarak da kavranması gereken; toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır”* [25]. Sağlıkta eşitsizlikler üzerinde, başlıca sosyal sınıf, etnik köken, coğrafi ve ekonomik koşullar, istihdam, sosyal entegrasyon gibi faktörler etkili olmaktadır [26, 27].

Eşitsizliklerin en önemli özelliği önlenebilir olması, halk sağlığı perspektifinden ele alınması gereken yönüdür. Önlenebilir eşitsizliklere neden olan faktörler arasında yoksulluk, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı gibi toplumsal faktörler, sağlıksız yaşam koşulları gibi çevresel faktörler, temel sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlere ulaşmada yetersizlik, engeller sayılabilir [28].

Sağlıkta eşitsizlik kavramı insanların yaşam, sağlık ve hizmetlere erişim noktasında insan hakları ihlaline yol açarak haksız sağlık farklılıklarına sebep olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde eşitlikten söz edebilmek için, eşit ihtiyaçlar için

mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, herkesin mevcut hizmetlerin kullanımında eşit haklara sahip olması ve herkes için eşit kalitede hizmetin sunulması ve belirtilen haklara ulaşmada hiçbir engelin olmaması gerekmektedir [28].

### **2.2.1. Sağlıkta eşitsizlikler üzerine etnik yapının etkisi**

Her bireyin dil, din, cinsiyet, etnik köken vb. ayrımı olmaksızın sağlıklı olma hakkı vardır. Bireylerin eğitim ve öğrenim hakkı, çalışma hürriyeti, sağlık hizmetlerine, sosyal güvenliğe erişim hakları anayasa ile güvence altına alınmış ve temel kamu hizmetlerine erişimde eşitlik ve hakkaniyet ilkeleri benimsenmiş olsa da uygulamada bazı etnik gruplardaki vatandaşların bu hizmetlere erişim noktasında problemler yaşadığı bilinmektedir [3]. Toplumda var olan etnik grupların hastalık ve ölüm bağlamında sağlık düzeyleriyle ilgili farklılıkları gösterilmiş olsa da, bu farklılıklara yol açan etmenler tartışmalıdır.

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin önemi bir yana, etnik azınlık grupların yaşadığı sosyal eşitsizlikler halen büyük bir tartışma konusudur [29]. Bazı görüşler sağlığa ilişkin etnik farklılıklarda sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin payının çok az olduğunu hatta hiç olmadığını; bazıları bunların payı varsa bile etnik kökenin kültürel ve genetik öğelerinin de rolü olduğunu; diğer grup ise sağlıktaki etnik farklılıklara temel olarak sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin sebep olduğunu savunmaktadır [30-33].

Etnik yapı ya da yaşanılan bölge, pek çok çalışmada doğrudan bir eşitsizlik nedeni olarak görülse de aslında eşitsizliği meydana getiren esas etmen, etnik ya da bölgesel faktörler değil, sınıfsal yapıdır [34]. Hizmet gereksinimi daha fazla olan bu grupların, daha düşük eğitim ve ekonomik düzeyde olmalarından kaynaklı yeterli sağlık hizmeti alamamaları, sağlıkta eşitsizliği doğuran temel noktadır. İhtiyacı daha fazla olanların sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına yol açan “ters hizmet kuralı” olarak tanımlanan bu durum, eşitsizlikleri daha da arttırmaktadır [17, 20].

Etnik yapı bağlamında dezavantajlı grupların bireysel ya da bölgesel olarak damgalanma zemininde gelişen sosyal dışlanmaya maruz kalmaları, yetersiz eğitim

düzeyi, düzenli bir işe sahip olamama, yetersiz ve kötü beslenme, kamu hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Araştırmalarda, sosyal izolasyon ve dışlanma altında yaşayan bireylerin daha erken öldüğü ve mortal seyredabilen hastalıklar sonucunda sağ kalımlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir [35]. Gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde yaşayan düşük gelir grubundaki insanların diğerlerine göre sağlık durumlarının daha kötü olduğunu ve yaşam beklentilerinin daha kısa olduğu görülebilir [36, 37].

### **2.2.2. Romanların sağlığını etkileyen eşitsizlikler**

Avrupa’da yaşayan Roman toplulukları sistematik olarak ırksal ayrımcılığa maruz kalmaktadır [4, 38]. Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkelerde yaşayan Romanların marjinal ve çok düşük sosyoekonomik koşullarda yaşadığı, ayrımcılık ve sosyal dışlanma ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Ayrıca Romanların istihdam, eğitim, barınma ve sağlık gibi dört temel alanda sosyoekonomik durumunun iyi olmadığını, yakınında yaşayan Roman olmayanların yaşam koşullarından daha kötü durumda olduğu gösterilmiştir [7].

Türkiye’de anayasa ile güvence altına alınmış olmasına rağmen Roman vatandaşlar eğitim, sağlık, istihdam ve barınma gibi hizmetlere erişim konusunda sorunlar yaşamaktadırlar [3]. Ülkenin farklı farklı bölgelerinde yaşanan olaylarda, diğer gruplardan daha çok sayıda ve ciddi boyutlarda Roman etnik kökeni sebebiyle ayrımcılığa maruz kaldığı gözlenmiştir [39, 40]. Önemli nüfusa sahip olmalarına rağmen Türkiye’de yaşayan Romanlar, etnik ayrımcılığa ve sosyal dışlanmaya en fazla maruz kalan topluluktur [41].

Romanlar temel olarak sağlık, istihdam, barınma, eğitim gibi temel hak ve hizmetlerden faydalanma anlamında yaşadıkları sorunlar aslında birbirinin zeminini oluşturmaktadır. Sosyal dışlanmaya maruz kalan Romanlar, yeterli eğitim alamadıklarında düzenli bir işte çalışmamakta, sosyoekonomik koşullarındaki olumsuzluk derinleşmekte ve sonuç olarak sağlık durumları olumsuz etkilenebilmektedir.

Romanların yaşam koşulları dolayısıyla karşılaştıkları sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerine erişimlerindeki engeller nedeniyle sağlık durumlarını etkileyen eşitsizlikler yaşadıkları bilinmektedir [9]. Ayrıca Roman vatandaşların yararlanabilecekleri sağlık hizmetleri konusundaki farkındalıklarının ve sağlık okuryazarlığının düşük olması, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını olumsuz etkileyen diğer bir unsurdur [3].

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın koordinasyonluğunda 2016 yılında "Roman Vatandaşlara Yönelik Strateji Belgesi" hazırlanmıştır. Eylem planında eğitim, sağlık, barınma, istihdam ve sosyal hizmetler öncelikli alanlar olarak belirlenerek Roman vatandaşların hem kısa hem de uzun vadede sosyoekonomik durumlarının iyileştirilmesi amaçlanmıştır [3].

### **2.3. Roman Etnik Yapıda Sosyal Belirleyicilerin Önemi**

Sağlık üzerinde etkili olan sosyal belirleyiciler, 1991 yılında Dahlgren ve Whitehead tarafından geliştirilen "Gökkuşuğu Modeli" (Rainbow Model) (Şekil 2.1.) [<https://esrc.ukri.org/about-us/50-years-of-esrc/50-achievements/the-dahlgren-whitehead-rainbow/> Erişim tarihi: 08.11.2019] perspektifinden incelendiğinde, birey, çevre ve sağlık ilişkisi görülebilir. Merkezde konumlandırılan bireyin sağlığının, bireysel yaşam tarzı faktörleri; sosyal ve toplumsal çevresi; sosyoekonomik, kültürel ve çevresel koşulları etkisinde olduğu anlaşılır.

Sağlığın sosyal belirleyicileri beş başlık altında incelenebilir. Bunlar [36, 42, 43]:

- I. Yaş ve cinsiyet gibi bireysel özellikler
- II. İşsizlik, yoksulluk, çalışma koşulları, sosyal dışlanma gibi sosyoekonomik belirleyiciler;
- III. Konut, temiz gıda ve su gibi çevresel belirleyiciler
- IV. Fiziksel aktivite, bağımlılık gibi yaşam tarzı tercihleri ile ilgili belirleyiciler
- V. Ulaşım ve sosyal hizmetler ile ilgili belirleyicilerdir.



Şekil 2.1. Gökkuşuğu Modeli

Sağlığı etkileyen ve sağlık üzerinde belirleyici rol oynayan öğrenim, meslek, gelir, sınıf gibi sosyal etmenler üzerinde toplumsal düzeyde yapılabilecek müdahaleler ile birlikte, tüm bireylerin gereksinimi olduğu anda ve gereksinimleri ölçüsünde hizmet alabilmelerinin sağlanması neticesinde sağlıkta eşitlik kavramından bahsedebiliriz.

Sağlıkta eşitsizlik, sağlığı etkileyen sosyal belirleyicilerin ya da sağlık sisteminde meydana gelen yetersizliklerin, birey ve/veya toplum sağlığında önlenebilir ve bu nedenle de kabul edilemez hasarlar oluşturmasıdır. Eksikliğinde eşitsizliğin ortaya çıktığı iki kavramın (sağlık hizmetleri, sosyal belirleyiciler) birlikte güçlendirilmesi gerekir. Aksi durumda sağlığın sosyal belirleyicilerini göz ardı ederek sağlık hizmetlerinin güçlendirildiği ve herkese eşit bir biçimde sunulduğu koşullarda bile dezavantajlı gruplar bu hizmetlerden yeterince faydalanamamış olacaklardır [44].

### 2.3.1. Romanların yaşadıkları bölgeler ve yaşam biçimleri

Romanlar Avrupa'da yaşayan en büyük etnik azınlık gruptur [9]. Bulgaristan, Romanya, Macaristan ve Türkiye Romanların yoğun olarak yaşadığı ülkelerdir. Avrupa ülkelerinin hemen hemen tümünde Roman nüfusa rastlamak mümkündür. Türkiye'de etnik yapıya ilişkin nüfus sayımlarında ayrı bir kayıt tutulmadığından Romanların demografik yapıları ile ilgili resmi veriler bulunmamaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda Romanların en yoğun yaşadıkları bölge olarak Marmara Bölgesi geçmektedir [45].

Romanlar arasında göçebe yaşam tarzını benimseyenler olduğu gibi yerleşik düzende yaşamı tercih edenler de bulunmaktadır. Romanlar genellikle kentlerin en yoksul semtlerinde ve kenar mahallelerde yaşamaya itilmişlerdir [46]. Genellikle buldukları yerlerin en dezavantajlı bölgelerinde yaşamlarını sürdürmektedir. Bu nedenle yaşam alanlarında temel barınma ihtiyaçları yetersiz kalabilmektedir. Ayrıca semtin altyapı hizmetlerinden yararlanamamaları mümkün olamayabilmektedir.

### 2.3.2. Romanların istihdam özellikleri

Romanların dünyanın birçok ülkesinde, düşük sosyoekonomik koşullarda yaşadıkları bilinen bir gerçektir. Avrupa'da yaşayan Romanlarda, Roman olmayan ve genel nüfusla karşılaştırıldığında, yoksulluk sınırının altında kalan haneler sayıca daha fazladır [7]. Türkiye'de yaşayan Romanların da diğerlerinden çok daha düşük sosyoekonomik koşullarda yaşadıkları bilinmektedir [5, 10, 40].

Avrupa Birliği üyesi ülkelerde yaşayan Roman erkeklerde işsizlik oranı %39 iken, Doğu Avrupa'daki Romanlarda ortalama %45, bazı bölgelerde %60'lara yükselmektedir [7, 47]. AB üyesi ülkelerde yaşayan Roman kadınların ise %21'i gelir getirici bir işte çalışmakta, Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Macaristan'da çalışan Roman kadınların oranı Roman erkeklere eşit ya da daha yüksek; Fransa, Yunanistan, İtalya, Romanya gibi ülkelerde ise ev hanımı olan kadınlar daha yüksek orandadır [7]. Türkiye'de Romanların yaşadığı mahallelerde yapılan araştırmalarda, Roman kadınların son bir yıl içinde gelir getirici bir işte çalışma oranı %12 iken, Roman olmayan kadınların %16,8'inin son bir yıl içinde gelir getirici bir işte çalıştığı tespit edilmiştir [10].

Romanlarda işsizlik oranlarının yüksekliği, çoğu zaman etnik kimlikleri nedeniyle toplumdaki dışlanmalarıyla ilişkilendirilmektedir. Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Slovakya'daki Romanlar da etnik kökenlerinin iş bulamamalarının ana nedeni olduğuna inanmaktadır [48]. Her ne kadar esas sorunları işsizlik gibi görünse de, daha önemlisi çalışanların niteliksiz, geliri belirsiz ve güvencesiz işlerde istihdam ettirilmesidir.



Romanların millet olarak özgür yaşamayı sevindikleri, bu nedenle de emir altında çalışmayı sevmedikleri bilinmektedir. Göçebe yaşam tarzından yerleşik düzene geçmiş olanlarda önceki yaşam biçimlerinin etkisiyle, şehir hayatına tam olarak ayak uyduramadıkları için düzenli bir işte çalışmadıkları gözlenmektedir [45]. Ayrıca eğitim düzeylerinin de düşük olması bu durumu pekiştirmekte, esnek ve sıra dışı işlerde çalışmalarına neden olmaktadır. Genellikle Roman olmayan insanların pek tercih etmeyeceği ya da bu işlerde çalışıyor görünmek istemeyeceği alanlar Roman kimliğiyle bütünleşmiştir.

Bölgelere göre değişmekle beraber genellikle sürekliliği olmayan hamallık, hurdacılık, seyyar satıcılık, ayakkabı tamirciliği, müzisyenlik gibi sosyal güvencesi olmayan işlerde çalışmaktadırlar. Nitelikli ve güvenli istihdam alanlarına erişim sağlayamamaları, diğer alanlarda da topluma katılımlarının önünde engel oluşturabilmektedir [49].

### **2.3.3. Romanların eğitim durumu**

Türkiye’de tüm vatandaşlar için eğitim temel bir haktır. Devlet herkes için zorunlu eğitimi devlet okullarında parasız bir şekilde vermektedir. Anayasaya göre eğitimde dil, ırk, cinsiyet ayrımı gözetilemez. Fakat uygulamaya bakıldığında özellikle Roman çocukların ve gençlerin kaliteli eğitime ulaşabilmesinin önünde çok fazla engel olduğu görülebilir.

Araştırmalarda Roman çocukların okula gitme oranlarının düşük olduğu bulunmaktadır. 2011 yılında AB üyesi ülkelerde yürütülen araştırmada, bu ülkelerde yaşayan Romanların, Roman olmayanlardan eğitime devam ve tamamlanan eğitim yılı bakımından önemli düzeyde geride kaldıkları görülmektedir. Bazı ülkeler arasında cinsiyetler arası fark değişmekle birlikte, Roman kadınlar eğitim açısından Roman erkeklerin gerisindedir [7]. Ülkemizde de yapılan alan araştırmalarından, Romanların eğitim düzeyinin Roman olmayanlardan çok daha geride olduğu bilinmektedir [50]. Bilhassa Roman kadınlarda tamamlanan eğitim yılı, Roman olmayanlardan önemli oranda düşük olup okuryazar olmayanların oranı da hayli yüksektir [10]. Romanların büyük bir kısmı hala resmi dilde okuryazar olmadığı gibi, okuryazar olanlarda da eğitim seviyesi toplum ortalamasına göre oldukça düşüktür [10, 46, 50].

Romanların toplumsal normlarında eğitime değer vermedikleri ve çocukların okula devamlılık sağlamasının değer taşımadığı gözlenmektedir. Yanı sıra başka alanlarda karşılaştıkları sorunlar eğitime erişimlerinde engel oluşturabildiği gibi, Romanlarda yoksulluk eğitimden kopuşun esas sebeplerinden biridir [5]. Her ne kadar devlet okullarında eğitim ücretsiz olsa da okul forması, kırtasiye, dönem içinde yapılan etkinlikler gibi harcamaları karşılamakta dahi güçlük çekebilmektedirler. Aynı zamanda çoğu ailede çocukların da çalışarak aile gelirine katkı sağlamak durumunda kalmaları, eğitime devamlının sağlanmasındaki en büyük engellerden birini oluşturmaktadır [5, 40].

Romanların eğitimde başarısız olmalarının bir başka nedeni, toplumda var olan önyargının okulda da yansımalarının olmasıdır. Örneğin araştırmalara göre, Roman çocukların çoğunlukta olduğu sınıf ya da okullardan diğer velilerin çocuklarını alması, tecrit edilmiş sınıflar ya da okulların meydana gelmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla bu okullarda görev yapan öğretmenlerin de motivasyonları düşmektedir. Üstelik okulda ihtiyaç sahibi ailelere yapılan yardımlardan Roman çocukların ihtiyaçları olmasına rağmen faydalanamadığı gözlenmiştir. Çocukların okul yönetimi ya da diğer öğrenciler tarafından dışlanması, okuldan soğumalarına ve ayrılmalarına sebep olmaktadır [5, 40]. Çevrelerinde eğitilmiş bireylerin yetersiz oluşu ve çocukların örnek alabilecekleri başarı hikâyelerinin bulunmaması, süregelen eğitimsizlik sarmalını devam ettirmektedir [5]. Sonuç olarak Romanlarda eğitimsizlik zinciri gelecek kuşaklara aktarılmakta, önlerinde örnek oluşturabilecek eğitilmiş nesillerin bulunmaması da bu kısır döngünün devamını sağlamaktadır.

#### **2.4. Kadın Sağlığının Önemi**

Biyolojik olarak kadın ve erkeğin farklı yapıda olması, karşılaştıkları sağlık sorunlarını da farklı kılmaktadır. Kadınlar ve erkekler, cinsiyete özgü sağlık sorunlarıyla yaşamları boyunca karşılaşabilirler. Ancak kadınların bu sorunları yaşama riskinin erkeklerden daha yüksek olduğu ve bu duyarlılığın üreme çağında arttığı bilinmektedir. Kadın sağlığını önemli ve imtiyazlı kılan husus, kadının üreme dönemindeki fizyolojik yüküdür. Cinsiyete göre bakıldığında, kadınların hastalık yükü (%36,6), erkeklerin hastalık yükünün (%12,3) üç katıdır [2, 51-53].

Türkiye’de 2018 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre nüfusun %49,8’ini kadınlar oluşturmaktadır. Nüfusunun yaklaşık dörtte birini oluşturan 15-49 yaş grubu doğurganlık çağı kadınları, gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçleri yaşayabilmeleri açısından özellikle önem verilmesi gereken bir gruptur [54]. Bu dönemler fizyolojik ve sosyal açıdan doğal bir süreç gibi görünse de hastalık ya da ölüm gibi sonuçlar doğurabilir. Bu sebeple kadınlar daha özel sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır [55].

#### **2.4.1. Üreme sağlığı kavramı**

1990’lı yıllara dek üreme sağlığı doğurganlıkla ilişkilendirildiğinden, kadın odaklı bir hizmet gibi görülmektedir. O dönemde üreme sağlığı hizmetleri, “anne ve çocuk sağlığı” kapsamında verilmekteyken ilk kez 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (ICPD) “üreme sağlığı” kavramından bahsedilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından üreme sağlığı, “Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” şeklinde tanımlanmıştır [62]. Üreme sağlığı aynı zamanda bireylerin, güvenli ve doyurucu bir cinsel yaşamları, üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman, ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir [63].

Üreme sağlığı cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak herkesi ilgilendiren bir konudur. Her bireyin yaşamının bazı dönemlerinde olağan büyüme ve gelişme süreci ile ilgili üreme sağlığı sorunları ve gereksinimleri olabilir [15, 64, 65]. Bu bakışla doğumdan ölüme dek yaşamın bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir.

### 2.4.2. Üreme hakları

Kahire Konferansı'nda "üreme hakları" kavramı gündeme gelmiştir. Üreme hakkı, insanların üreme süreçlerindeki eylemlerine karar verme özgürlüğüne sahip olmaları olarak tanımlanabilir. Yaşam boyu üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkının, insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır.

Uluslararası Nüfus Kalkınma Konferansı kararları, 1995 yılında Pekin'de yapılan IV. BM Dünya Kadın Konferansı'nda ele alınarak bir eylem programı hazırlanmıştır. Eylem programında, üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamının genişletilerek uygun yaşta herkese temel sağlık hizmetleri kapsamında sunulması şart koşulmuştur [13, 14]. Günümüzde üreme sağlığı alanındaki politika ve programların "herkes için" bu haklar temelinde olması önerilmektedir [66, 67].

Temel sağlık hizmetleri kapsamında verilmesi düşünülen üreme sağlığı hizmetlerinden biri, etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; DÖB, sağlıklı doğum, DSB, emzirmedir. Kadınların gebelik ve doğum süreçlerini, güvenli bir ortamda yaşamalarını temin eden sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı da üreme haklarından biridir [2, 12, 15].

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem, hem kadını hem de bebeği doğrudan etkilemesi bakımından kadın sağlığı açısından en önemli dönemdir. Üreme çağındaki kadınların yeterli DÖB almaları, güvenli ve sağlıklı koşullarda doğum yapmaları ve DSB hizmetlerinden yeterli bir şekilde faydalanmaları sağlanmalıdır [68]. Kadının sağlıklı olması doğrudan çocuğu ve aileyi, dolaylı olarak da toplumun sağlığını etkilediğinden, özellikle üreme çağındaki kadınların sağlığının korunması ve geliştirilmesi önem ve öncelik taşımaktadır.

### 2.4.3. Roman kadınların sağlığı

Toplumda Roman ve kadın olmak hem etnik yapı nedeniyle sosyokültürel dışlanmaya maruz kalma hem de kadın cinsiyete sahip olmanın getirdiği toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle sağlıkta eşitsizliği arttıran bir unsur olabilmektedir. Bu

anlamda Roman kadınlar, sağlık hizmetlerini kullanımda daha fazla eşitsizliğe maruz kalmaktadır [6, 10, 11].

Yapılan araştırmalarda Roman kadınlar, sağlık durumlarını Roman olmayan kadınlara göre daha kötü olarak değerlendirmektedir [56]. Ayrıca Roman kadınlar etnik ayrımcılığın yanı sıra kadın cinsiyete sahip olmanın getirdiği toplumsal eşitsizlik neticesinde genel olarak eğitim, istihdam ve sağlık alanlarında Roman erkeklerin gerisinde kalmaktadır. Ancak bazı ülkelerde genç yaş grubunda cinsiyetler arası farkın azaldığı görülmektedir [7].

Roman kadınlarda doğurganlığın daha erken yaşlarda başladığı ve daha yüksek oranlarda olduğu bilinmektedir [8, 10, 57, 58, 69]. Ülkemizde yapılan sınırlı sayıda araştırma sonuçları Roman kadınların başta anne sağlığı hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığını göstermektedir [6, 10, 57]. Örneğin Roman kadınların yaşadıkları bölgede bulunan Roman olmayan kadınlara göre hem daha az hem de daha geç DÖB hizmeti almaktadır [10, 57, 69]. Literatürde de etnik azınlık gruplardaki kadınların anne sağlığı hizmetlerini diğer kadınlardan daha az ve daha geç aldıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır [59-61].

Ülkemizde 2003 yılı itibariyle başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile AHU'na geçilmiştir. AHU öncesinde belli bir bölgede topluma dayalı hizmet sunulurken, AHU ile birlikte başvuruya dayalı hizmet sunumu yapılmaktadır. AHU'na geçişin 1. yılında Edirne'de ana sağlığı hizmetlerini değerlendiren araştırmanın bulgularına göre, AHU öncesi dönemde evde gebelik ve bebek izlemleri açısından Romanlar lehine pozitif ayrımcı bir tutum izlenirken, uygulama sonrası Roman kadınlar da diğerleri gibi evde bakımdan yararlanamaz hale gelmiştir [18]. Bu dönüşüm ile sağlık hizmetlerinden yararlanmada terslik kanunu, yani gereksinimi daha fazla olanların hizmetlerden daha az yararlanması dolayısıyla Romanların olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir [19].

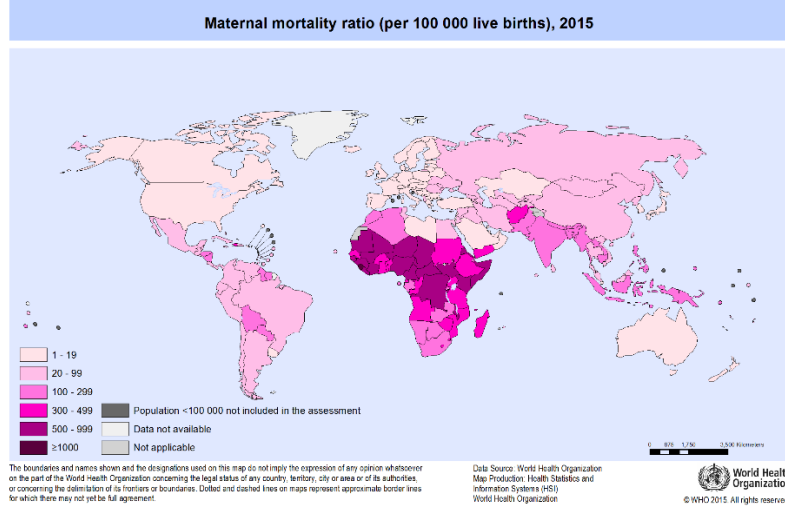
2016 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın koordinasyonluğunda hazırlanan "Roman Vatandaşlara Yönelik Sosyal İçerme Ulusal Strateji Belgesi"nde Roman vatandaşların sağlık hizmetlerinden daha etkin faydalanabilmeleri için belirlenen stratejik hedeflerden biri, başta anne ve çocuk sağlığı olmak üzere sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanma ve genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasıdır. Bu amaçla Roman vatandaşların gezici sağlık ekipleri tarafından sağlık taramaları yapılarak gebe-bebek izlemleri, aşılama çalışmaları, çocuk ve gebelere demir ve d vitamini dağıtımı gibi hizmetlerin sunulması planlanmıştır [3].

## 2.5. Anne Ölümleri

Anne ölümü, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresi ve yerinden bağımsız olarak, gebelikle ilişkili veya gebeliğin ağırlaştırdığı bir nedenden veya gebeliğin yönetiminden kaynaklanan ve tesadüfi olmayan bir nedene bağlı ölümdür [70]. Gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerine erişme, hizmetlerinden faydalanma ve hizmetlerinin kalitesi ile kadının eğitimi, toplumsal cinsiyet ve sosyal şartlar anne ölümlülüğü ile ilişkilidir. Anne ölümlerinin düzeyi, sağlık hizmetlerinin sağlanması ve kalitesi bakımından ülkeler arasında çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak kabul edilmektedir [71, 72]. O nedenle ülkeler anne ölümlerini azaltmaya yönelik uygulamalara önem vermektedir.

### 2.5.1. Dünyada anne ölümleri

BKH Raporu'na göre 2015 yılında dünyada gebelik ve doğumu takiben yaklaşık 303 bin kadının öldüğü tahmin edilmektedir [10]. Meydana gelen ölümlerin tamamına yakını (yaklaşık %99'u) gelişmekte olan ülkelere görülmekte olup çoğu önlenemez niteliktedir [73]. Gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin yarısından fazlası (201 bin) Sahra altı Afrika'da, dördte birine yakını (66 bin) Güney Asya'da görülmektedir (Şekil 2.2.). Anne ölüm oranı gelişmekte olan ülkelere 2015 yılında 100 bin canlı doğumda 239 iken, gelişmiş ülkelere bu oranın 100 binde 12 olduğu bilinmektedir [74].



**Şekil 2.3.** Dünya'da anne ölümlerinin dağılımı  
(Maternal mortality ratio 1990 to 2015, WHO)

Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar arasında en yaygın ölüm nedeni, gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen komplikasyonlardır [75, 76]. Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlar gelişmiş ülkelerdeki kadınlara göre ortalama olarak daha fazla sayıda gebelik yaşamakta ve gebelik nedeniyle yaşam boyu ölüm riskleri daha yüksek olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bir sistematik derlemeye göre 2003 ve 2009 yılları arasında dünya genelinde meydana gelen anne ölümlerinin yarısından fazlası kanama, hipertansif bozukluk ve sepsis ile ilişkili olup, dörtte birinden fazlası dolaylı nedenlere bağlı ölümlerdir [77].

BM'nin belirlediği BKH' den biri 1990-2015 yılları arasında "anne sağlığının iyileştirilmesi" kapsamında, gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen anne ölüm oranının dörtte üç azaltılması ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanmasıdır [78]. Geçen yıllarda bu hedef tutturulamamış; ancak anne ölüm oranı yüz binde 385'ten 216'ya gerileyerek yaklaşık %44 oranında azalmıştır [74]. Bu oran BKH' den oldukça uzak ve ölüm sayıları hala azımsanmayacak derecede yüksektir.

## 2.5.2. Türkiye’de anne ölümleri

Ülkemizde de ilk kez 1974-1975 yıllarında yapılan Türkiye Nüfus Araştırması’na göre anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 208 iken; 1981 yılı için yüz binde 132; 1998 yılında ise sadece hastane kayıtlarından elde edilen verilere göre yüz binde 49,2 olduğu tahmin edilmektedir. 2005 yılında “Türkiye Üreme Sağlığı Programı” kapsamında gerçekleştirilen UAÖÇ sonuçlarına göre anne ölüm oranı yüz binde 28,5’e gerilemiştir [72].

Dünya genelindeki düşüşe benzer şekilde ülkemizde de yürütülen çalışmaların etkisiyle anne ölümleri özellikle 2000’li yılların ilk yarısında önemli oranda azalmış, ancak 2012 yılından sonra bir artış gözlenmiştir [79-81]. Bu durum anne sağlığı hizmetlerinin, birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerini tamamlayıcı nitelikte yürütülememesi ve birinci basamakta üreme sağlığı danışmanlık hizmetlerinin yetersiz verilmesiyle açıklanabilir [55]. 2013 yılı sonrasında ise anne ölümlerindeki düşüş azalan bir eğimle devam etmektedir [82-84].

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması verilerinde ülke genelinde 15-49 yaş kadın ölümlerinin %4,3’ü gebeliğe bağlı ölümler iken, %3,2’si anne ölümleridir. Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında gebeliğe bağlı ölümlerin %49,3’ünde; anne ölümlerinin ise %61,6’sında bir ya da daha fazla önlenebilir faktör mevcuttur. Gebeliğe bağlı ölüm ve anne ölümlerinde standart bakım yetersizliğine ilişkin önlenebilir faktörler: sağlık hizmeti verenlerle ilgili faktörler, sağlık hizmetindeki donanıma ilişkin faktörler ve hane halkı ve toplumsal faktörlerdir [72].

Gebeliğe bağlı ölüm ve anne ölümlerine en sık neden olan hane halkı faktörleri ve toplumsal faktörlerdir. Bu faktörler arasında sorunun fark edilmesinde gecikme (%44,3), sağlık bakımı/tedavi için başvuruda gecikme (%40,7) ve DÖB’nin hiç alınmaması (%22,3) en sık karşılaşılan önlenebilir faktörlerdendir [72]. Anne ölümlerinin nedenlerine kapsamlı bir şekilde bakıldığında başka faktörlerin de olduğu görülebilir.

Üç aşamalı gecikme modeli gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ölümlerinin nedenlerini anlamada iyi bir çerçeve oluşturur [85]:

1. Aşama: Gebe veya yeni doğum yapmış bir kadında gecikme, ailesinin komplikasyonu anlamaması ve yardım istememesi.



2. Aşama: Komplikasyon için gerekli sağlık ve tedavi hizmeti almak üzere kadının uygun bir sağlık hizmeti veren merkeze gitmekte gecikmesi.
3. Aşama: Sağlık merkezine gidilmesinden sonra uygun sağlık ve tedavi hizmetlerinin alınmasında gecikme.

## 2.6. Güvenli Annelik

Kadın yaşamında 15-49 yaş arası doğurganlık dönemi, gebelik ve doğum olayları ve bunlarla ilgili sorunların yoğun olarak yaşandığı bir dönemdir. Bu nedenle doğurganlık döneminde kadınlara verilen sağlık hizmetleri daha özel ve öncelikli olmalıdır. 1987 yılında Nairobi’de DSÖ öncülüğünde gerçekleşen uluslararası bir konferansta, “Güvenli Annelik” programı başlatılmıştır. Bu program ile özellikle gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen anne ve yeni doğan ölümlerine dikkat çekilerek gelecek dönemde yapılacaklar için adım atılmıştır [85, 86].

1994 yılında Kahire’de toplanan ICPD’ de bulunan hükümetler 2000 yılına kadar anne ölüm oranlarını yarı yarıya azaltma ve 2015 yılına kadar da dörtte birine indirme kararı almışlardır. BM üyesi ülkelerin 2000 yılında belirlediği 8 madden oluşan BKH’ den biri anne sağlığının iyileştirilmesi kapsamında anne ölüm oranının dörtte üç azaltılmasıdır [79].

Güvenli annelik; “anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe DÖB, doğum ve DSB ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır” [85].

Güvenli annelik, anne sağlığı hizmetlerinin eksikliğinden kaynaklanan gebelik ve doğum komplikasyonlarına bağlı olarak meydana gelen anne ve yeni doğan sakatlık ve ölümlerini azaltma girişimidir. Gebelik ve doğumların büyük bir kısmı problemsiz gerçekleşse de tüm gebelikler risk taşımaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre Türkiye’de son 5 yılda meydana gelen doğumların yaklaşık 1/3’ü (%31) en az bir önlenemez yüksek risk kategorisinde yer almaktadır [54].

Üreme sağlığı bağlamında güvenli anneliğin ana öğeleri şunlardır [69]:

- DÖB, güvenli doğum ve DSB için eğitim ve sağlık hizmetleri;
- Aile planlaması ve güvenli düşük hizmetlerinin sağlanmasıyla istenmeyen gebelik/ düşüklerin önlenmesi ve sonlandırılması;
- Sevk mekanizmaları ile birlikte gebelik, doğum ve düşük komplikasyonlarının yönetimi.

Güvenli annelik programından kısa sürede başarılı elde edebilmek için müdahale noktalarını tanımlayan “anne-bebek paketi” kavramı ortaya çıkmıştır. Bu paket, anne ve bebek sağlığının korunmasında uygulanabilecek müdahaleler ile mortal seyredebilecek komplikasyonları önlemeyi amaçlamaktadır [2, 85].

Güvenli annelik programı kapsamındaki anne bebek paketi müdahale alanları:

- Gebelik öncesi ve gebelikte
  - ✓ Doğum öncesi sağlık hizmetlerinin kapsam ve niteliğinin artırılması
  - ✓ Aile planlaması ile ilgili bilgilendirme ve hizmet
  - ✓ Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE), hepatit ve HIV enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi
  - ✓ Tetanoza karşı bağışıklama
  - ✓ Gebe tespiti ve izlemi
  - ✓ Mevcut hastalıkların tespiti ve tedavisinin planlanarak sürdürülmesi
  - ✓ Kaliteli gebelik yaşanması için ilgili danışmanlık hizmetinin verilmesi
  - ✓ Gebelik sırasında yeterli beslenmenin sağlanması.
  - ✓ Demir ve folat verilmesi
  - ✓ Gebelikten kaynaklanan komplikasyonların (pre-eklampsi/eklampsi, kanama, düşük, anemi) tanınması, erken tanı ve tedavisi
- Doğum sırasında
  - ✓ Temiz ve güvenli doğumun sağlanması
  - ✓ Komplikasyonların (eklampsi, kanama, uzamış ve engellemiş doğum eylemi vb.) tanınması, erken tespit edilmesi ve yönetilmesi
- Doğum sonrası: Anne
  - ✓ Komplikasyonların (eklampsi, kanama, perine yırtıkları, sepsis vb.) tanınması, erken tespit edilmesi ve yönetilmesi
  - ✓ Doğum sonrası sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi (emzirme ve meme bakımı, aile planlaması danışmanlığı ve uygulaması)
  - ✓ CYBE, hepatit ve HIV enfeksiyonlarının önlenmesi ve yönetimi

- ✓ Tetanoza karşı bağışıklama
- Doğum sonrası: Bebek
  - ✓ Gerekli hallerde resüsitasyon yapılması
  - ✓ Hipotermimin önlenmesi ve yönetimi
  - ✓ Erken ve sadece anne sütünün verilmesi
  - ✓ Yeni doğan enfeksiyonlarının önlenmesi ve yönetilmesi

## **2.7. Gebelik ve Doğum Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri**

Ülkemizde doğum öncesi, doğum ve sonrası bakım hizmetleri ön planda verilmektedir. Doğum öncesi bakım ve doğum sonrası bakım yönetiminde standart bir rehber mevcut iken, gebelik öncesi bakım için hazırlanmış bir rehber bulunmamaktadır. Birinci basamakta yürütülmekte olan 15-49 yaş izleminin içeriği gebelik öncesi bakımı yeterince kapsamamaktadır. Bu anlamda ulusal düzeyde verilen standardize edilmiş bir hizmet olmayıp ancak bireysel olarak talep edilmesi durumunda verilmektedir.

### **2.7.1. Gebelik öncesi bakım**

Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) ve doğum öncesi bakım, anne ve çocuk sağlığını koruyup geliştirmede birbirini tamamlayıcı iki hizmettir. Doğum öncesi bakımın tek başına etkili bir şekilde uygulansa dahi yeterli olmadığı, ancak gebelik öncesi bakım ile birlikte verildiğinde daha etkili sonuçlar alındığı bilinmektedir [89-91]. Gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık alan kadınların gebelik döneminde kontrollerine daha düzenli gittikleri ve daha sağlıklı bir gebelik geçirdikleri gözlenmiştir [92-93].

Gebelik sürecinde ve sonrasında anne ve bebeği olumsuz etkileyecek risklerin gebelik öncesinden tespiti ve gerekli tedbirlerin alınabilmesi, gebelik öncesi bakım ile sağlanır. Esas amacı birincil koruma olan bu yaklaşım, sadece koruyucu bir sağlık hizmeti olmanın ötesinde tarama, tedavi ve danışmanlık hizmetlerini de kapsamaktadır

[91]. CDC tarafında gebelik planlayan kadınlara; gebe kalmadan en az 3 ay önce folik asit alınmaya başlanması, sigara vb. madde kullanımının sonlandırılması, var ise mevcut hastalıkların kontrol altına alınması, aşılama durumunun güncel olması önerilmektedir [<https://www.cdc.gov/preconception/women.html>.Erişim:26.12.2019].

Böylece gebelik öncesi bakım ebeveynlere doğurganlıklarını planlama ve daha sağlıklı koşullarda gebelik geçirebilme olanağı tanır.

Gebelik öncesi bakımın primer amacı anne çocuk sağlığını geliştirmek olsa da aynı zamanda kadına ve erkeğe sağlıklı davranışlar kazandırmış olur. En az bir yıl içinde gebelik planlayan kadınların sigara, alkolü bırakma, folik asit dâhil multivitamin kullanma ve sağlık profesyonellerinden danışmanlık alma açısından daha iyi durumda oldukları gösterilmiştir [94]. Gebelik öncesi bakım gebelik planlayan çiftler için öncelikli olmakla beraber, gerek sağlıklı davranış kalıbı kazandırmak gerekse gebelik potansiyeli taşımaları nedeniyle doğurganlık dönemindeki tüm çiftlere verilebilir.

Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri geçmiş yıllarda doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası döneme odaklanmış, gebelik öncesi döneme yeterli hassasiyet gösterilmemiştir. Günümüzde gebelik öncesi sağlık hizmetlerinin anne ve çocuk sağlığını geliştirmede önemi kavranmış olmakla birlikte dünyada ve ülkemizde olması gereken düzeyde değildir [95]. Türkiye’de gebelik öncesi bakım hizmetleri bireysel talepler doğrultusunda verilmekte olup, bu konuda standart bir rehber ya da uygulama bulunmamaktadır. Aile Hekimleri tarafından yapılan 15-49 yaş kadın izleminin içeriğinde prekonsepsiyonel bakım yer almakla birlikte istenen düzeyde yapılamamaktadır [65].

CDC tarafından önerilen “Sağlıklı Gebelik ve Sağlıklı Bebek Sahibi Olmaya Hazırlıkta Temel Adımlar” şunlardır [65]:

- Doğumsal defektlerden korunmak için gebe kalmadan en az 1 ay önce (3 ay öncesi başlanabilir) her gün 400 mikrogram (0.4 mg) folik asit alınması
- Sigara ve alkol kullanımına son verilmesi
- Herhangi bir tıbbi rahatsızlık (astım, diyabet, obezite, epilepsi, hipertansiyon, enfeksiyon hastalıkları, vb.) söz konusu ise kontrol altında olduğundan emin olunması
- Aşılama durumunun eksiksiz (güncel) olduğundan emin olunması

- Kullanılan reçeteli ve/veya reçetesiz (bitkisel) tüm ilaçlar hakkında sağlık profesyonellerinin görüşünün alınması
- Evde ve çalışma ortamındaki enfeksiyona neden olabilecek toksik madde ya da materyallere temastan kaçınılması
- Kimyasallardan ve kedi ya da fare pisliğinden uzak durulması

### 2.7.2. Doğum öncesi bakım

Doğum öncesi bakım, anne ve fetüsün gebelik boyunca, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından periyodik bir şekilde izlenmesidir [2]. Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde geliştirilen “Güvenli Annelik Programı” kapsamında uygulanan Anne Bebek Paketi temel müdahale alanlarından biri DÖB hizmetleridir [85].

Doğum öncesi bakımın temel amacı, gebelik öncesindeki dönemde var olan veya gebelik döneminde ortaya çıkabilecek sorunların erken tanı ve tedavisi ile anne ve çocuğun sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Bu anlamda koruyucu bir sağlık hizmetidir. Doğum öncesi bakımın erken gebelik haftalarında başlatılarak düzenli olarak yapılmasının anne ölümlerini ve perinatal ölümleri azalttığı bilinmektedir [2].

Doğum öncesi bakımın amaçları şunlardır [96]:

- ✓ Annede var olan ya da gebelikte ortaya çıkabilecek hastalıkların tespiti ve tedavisi ile birlikte annenin sağlık düzeyini yükseltmek
- ✓ Gebeliğin tetiklediği riskli durumların erken tespiti ve tedavisi
- ✓ Annenin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerle ilgili eğitim ve danışmanlığı
- ✓ Anneyi tetanoza karşı bağışıklama
- ✓ Bebeğin anne karnındaki gelişiminin takibi
- ✓ Doğum şekli, doğumun yapılacağı yer ve kimin tarafından yaptırılacağına kararlaştırılması
- ✓ Annenin psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmesi

Gebeliğin erken dönemde belirlenip DÖB'nin başlatılması, kadının sağlık durumunun değerlendirilmesi ve gebeliği etkileyebilecek olumsuz durumların fark edilip önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü doğum öncesi

ilk ziyaretin, ilk trimesterde ya da 12. gebelik haftasından önce yapılmasını önerirken, Sağlık Bakanlığı da hazırladığı DÖB Yönetim Rehberi'nde, gebelerin 14. haftadan önce tespit edilerek takip edilmesini tavsiye etmektedir [97, 98].

Toplam alınan DÖB sayısı, hizmetin yeterliliğini değerlendirmede önemli bir belirleyicidir [54]. Gebelik tespit edildikten sonra ideal koşullarda takip sıklığının, gebeliğin 7. ayına kadar ayda 1, 8. Ay-9.ay arası 2 haftada 1, 9. aydan doğuma kadar ise haftada 1 kez şeklinde olması önerilmektedir. Bu koşullarda en az 10 DÖB alma anlamına gelmektedir. Ancak DSÖ önerileri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı gebeliğin normal seyrettiği durumlarda 4 izlemin yeterli olabileceğini, herhangi bir risk mevcut ise riskin özelliğine göre izlemlerin arttırılabileceğini belirtmiştir [2, 96].

Sağlık Bakanlığı'nın oluşturduğu DÖB Yönetim Rehberi'ne göre standart uygulanan 4 izleminde öykü alma, fizik muayene dışında laboratuvar testleri, ilaç desteği, bağışıklama ve tedavi önerileri yer almaktadır. Laboratuvar testleri ilk izlemden itibaren, kan ve idrar tetkiki, kan grubu tayini ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların taraması, önerilen gebelik haftalarında oral glikoz tolerans testi, fetal anomaliler ve kromozomal anoploidi tarama testleri ve ultrasonografi incelemeleri hakkında bilgilendirme ve yönlendirmeleri içermektedir [98].

İlk izleminde tam kan sayımı ile genel bir değerlendirme yapılır. Çiftler arasında var ise kan uyumsuzluğunun erken dönem saptanabilmesi için kan gruplarının tayini bu dönemde önemlidir. Hepatit B, Sifiliz, HIV gibi CYBE açısından da kan tetkiki hayattır. Herhangi bir risk grubunda olmayan kadınlara 24-28. Gebelik haftalarında Oral Glukoz Tanı Testi (OGTT); 11-14. haftalar arasında ultrasonografi ile ense saydamlığı ve kombine test (ikili test); 16-20. Haftalar arasında üçlü/ dördü(kombine test yapılmamışsa) test; 18-22. haftalar arasında USG ile fetal anomali taraması önerilmektedir [98].

Tüm gebelere 16. haftadan itibaren demir desteği; gebelikten en az 1 ay önce başlanan folik asit tavsiyesinin 12. haftaya dek sürdürülmesi ve 12. haftadan itibaren 1200 IU (9 damla) günlük tek doz D vitamini desteği önerilmektedir. Ayrıca bağışıklama durumuna göre Tetanoz aşısı, HBV aşısı ve Eylül-Nisan aylarında grip aşısı önerilmektedir [98].

### 2.7.3. Doğum ve doğum sonrası bakım

Gebelik ve doğum, kadın hayatının bir döneminde fizyolojik bir süreç olarak yaşanırken birtakım riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu süreçte doğabilecek risklerin azaltılması ve önlenmesinde doğum şeklinin belirlenmesi önemli bir adımdır. Normal spontan doğum uzun yıllardır insanların tercih ettiği bir doğum şeklidir. Anne ve bebek sağlığını riske atacak bazı durumlarda sezaryen ile doğumun tercih edilebileceği bilinmektedir.

Sezaryen ile doğum anne ve bebek ölümleri veya doğumda görülebilecek komplikasyonları bir kısmını azaltabilmektedir. Ancak tıbbi bir endikasyon olmadan yapılması durumunda, hem kısa hem de uzun dönemde sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Buna rağmen son yıllarda hem dünyada hem de ülkemizde sezaryen doğum oranlarında ciddi yükseliş olduğu bilinmektedir. Türkiye’de sezaryen ile doğum oranları 1998 yılında %14 iken, 2008 yılında %37’ye yükselmiş ve 2018 yılında %52 olmuştur [98]. Dünya Sağlık Örgütü 1985 yılından bu yana ideal sezaryen oranının %10-15’i arasında olmasını öngörmektedir.

Tüm dünyada 2000 yılından bugüne dek sezaryen doğum oranlarında önemli oranda yükseliş görülmektedir. Çoğu ülkede obstetrik endikasyonların çok üzerinde sezaryen kullanım sıklığı söz konusudur. Buna karşın düşük ve orta gelir grubu ülkelerde sezaryana yetersiz erişim günümüzde halen ülkeler arasında eşitsizlik sebebi olabilmektedir. Ülke içinde ise sezaryen kullanımı ekonomik düzeyi yüksek kadınlarda ve özel sağlık kurumlarında meydana gelen doğumlarda daha yüksek olabilmektedir [100].

Anne sütünün bebeğin beslenmesinde hayati önemi olmakla beraber, anne ve bebek sağlığı üzerinde de birçok faydası vardır. İlk anne sütü yenidoğanı enfeksiyonlardan koruyan, yoğun antikor barındıran kolostrum içermektedir. Bu nedenle doğum sonrası ilk saatlerde emzirmenin başlatılması oldukça önemlidir. Diğer yandan, doğum sonrası kanama ve enfeksiyon riskinde azalma gibi faydalarının da olduğu gösterilmiştir [101-102].

Emzirmenin desteklenmesi amacıyla UNICEF ve DSÖ tarafından oluşturulan “Başarılı Emzirmede On Adım” prensiplerinden 4. madde “*Annelere doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için yardım etmek*” ilkesidir. Dünya Sağlık Örgütü ayrıca annelerin emzirmeye başlamalarında destek almalarını

tavsiye etmektedir [103]. Doğum sonrası yarım saat içinde emzirmenin başlatılması, anne sütünün üretimine yardımcı olan ve emzirmenin başarısını arttıran bir faktördür [104]. Buna rağmen gereklilik halinde uygulanan sezaryan doğumların, yaşamın ilk saatinde emzirmeme ile ilişkili bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Yanı sıra sosyoekonomik durumun düşük olması ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişim, yaşamın ilk saatinde emzirmeme ile ilişkili risk faktörleri olarak gösterilmektedir [105].

Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasına göre ülkemizde görülen gebeliğe bağlı ölümlerin %9'u doğumda, yaklaşık yarısı (%54,1) da postpartum dönemde gerçekleşmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından anne bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına ilişkin geliştirilen Güvenli Annelik Programı kapsamında, DÖB hizmetlerine ek olarak, doğum ve doğum sonrası dönemde uygulanması belirlenen müdahale alanları tanımlanmıştır. Böylece doğum sağlıklı koşullarda gerçekleşmiş, doğum sırasında ve sonrasında anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyebilecek durumların yönetimi sağlanmış olacaktır.

Gelişmekte olan ülkelerde doğum yapmış kadınların çoğunun doğum sonrası dönemde yaşadığı ölümcül olmayan komplikasyonların, DSB ile engellenebildiği gösterilmiştir [106]. Doğum sonrası komplikasyonları ve bunların neden olduğu anne ve bebek ölümlerini azaltmanın yolu, bir sağlık personeli yardımıyla sağlıklı koşullarda gerçekleşen doğumu takiben düzenli DSB verilmesinden geçmektedir.

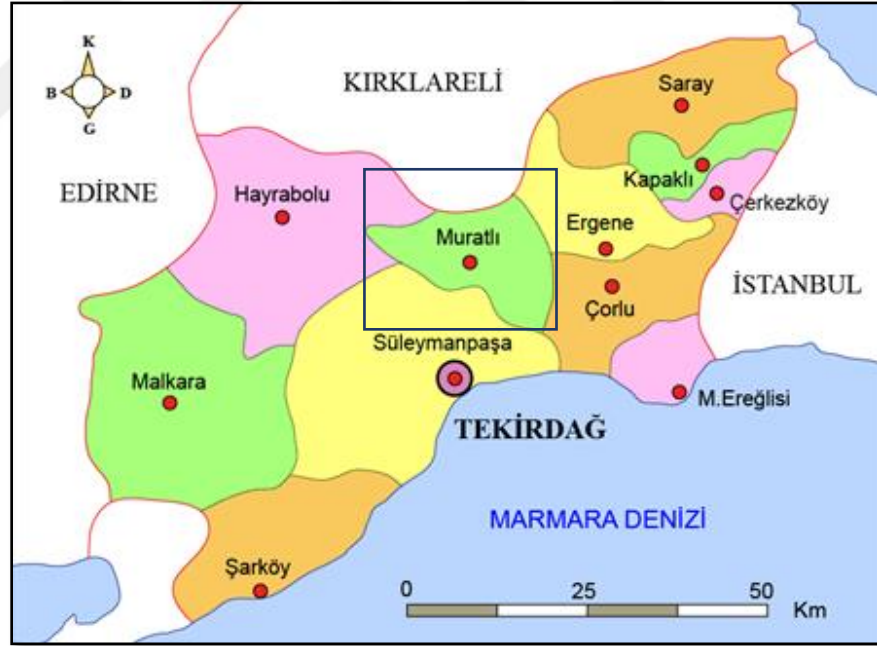
T.C Sağlık Bakanlığı 2010/27 sayılı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi Genelgesine göre; Doğum sonrası komplikasyon gelişmeyen vakalar için vajinal doğumdan sonra en az 24 saat, sezaryen ile doğumdan sonra ise en az 48 saat lohusa ve yeni doğanın hastanede kalması sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde, doğum sonrası hastanede 3 ve evde 3 olmak üzere 6 kez lohusa izleminin yapılması önerilmektedir. Birinci izlem doğumu takip eden ilk 1. saatte, ikinci izlem 1-6. saatler arasında, üçüncü izlemin de 6-24. saatler arasında lohusanın hastanede kaldığı süre içerisinde değerlendirilmesi önerilmektedir. İlk 24 saat içinde hastanede bulunan süreçte 3 izlem yapıldıktan sonra, doğumu takip eden 2-5.günler arasında 4. izlem; 13-17. günler arasında 5. izlem; 30-42. günler arasında 6. izlemin evde ya da bir sağlık kuruluşunda yapılması önerilmektedir [107].



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırma Bölgesi

Bu araştırma Marmara Bölgesi'nin kuzeyinde yer alan Tekirdağ ilinin Muratlı ilçesinde yapılmıştır. Muratlı, Tekirdağ iline bağlı 11 ilçeden biridir (Şekil 3.1.) [[http://cografyaharita.com/tekirdag\\_ili\\_haritalari.html](http://cografyaharita.com/tekirdag_ili_haritalari.html) Erişim tarihi: 12.10.2019].



Şekil 3.1. Tekirdağ il haritası

2014 yılında Tekirdağ Belediyesi'nin Büyükşehir Belediyesi olması ile birlikte ilçeye bağlı köyler de mahalle statüsüne geçmiştir. Böylece Muratlı'ya bağlı mahalle sayısı 20 olmuştur. Muratlı ilçe merkezinde bulunan mahalleler; Fatih, İstiklal-Kurtpınar, Muradiye ve Kazım Dirik-Turan Mahalleleridir. Araştırma ilçe merkezinde

bulunan dört mahalleden biri olan Kazım Dirik-Turan Mahallesi'nde yürütülmüştür (Şekil 3.2.).



Şekil 3.2. Muratlı ilçe merkezinde bulunan mahalleler

### 3.3.1. Coğrafi özellikler

Tekirdağ, Türkiye'nin kuzeybatısında, Marmara Denizinin kuzeyinde ve tamamı Trakya topraklarında yer alan üç ilden biridir. Trakya'nın güneyinde yer alan Tekirdağ, 6339 kilometrekarelik (göl dâhil) yüzölçümü ile Türkiye yüzölçümünün %0,81'ine denk gelmektedir [108]. İl doğudan İstanbul, kuzeyden Kırklareli, batıdan Edirne, güneybatıdan Çanakkale, güneyden Marmara Denizi ile çevrilidir. Kuzeydoğudan Karadeniz'e 2,5 km'lik bir kıyısı vardır. Ergene Havzası'nın güney kesimindeki en büyük kent olan Tekirdağ, Güney Ergene yöresinden ve kuzeyde

gelen yolların Marmara Denizi'ne ulaştıkları yerde, geniş bir körfezin kıyısına kurulmuştur [109].

Tekirdağ iline bağlı 11 ilçeden biri olan Muratlı, il merkezine 23 km uzaklıktadır. Doğuda Çorlu, güneyde Tekirdağ, batıda Hayrabolu, kuzeyde Kırklareli ilinin Lüleburgaz ilçeleri ile komşudur (Şekil 3.1.). İstanbul'a, Tekirdağ limanına ve D-100 Karayoluna yakın olması, ayrıca İstanbul-Edirne-Avrupa demiryolunun içinden geçmesi nedeniyle sanayi kuruluşları için tercih edilen bir bölge olmuştur.

### 3.3.2. Demografik özellikler

2017 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre Tekirdağ ilinin nüfusu 1.005.463'tür. Nüfusun 516.496'sı erkek, 488.967'si kadındır. Tekirdağ ili 81 il arasında Türkiye'nin en kalabalık 23. ilidir [108]. 2017 yılında bir önceki yıla göre nüfus artış hızı binde 32,9 olup binde 12,4 değeri alan Türkiye değerinin üstündedir [[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059#](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059#)]. TÜİK 2017. Erişim tarihi: 15.09.2019] Ayrıca Tekirdağ, göç alan iller arasındadır.

6447 sayılı kanun ile Tekirdağ ili büyükşehir statüsüne kavuştuğundan nüfusun tamamı il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır. Muratlı, Marmara Ereğlisi'nden sonra Tekirdağ'ın en az nüfusa sahip ilçesidir. Aynı zamanda il merkezine en yakın olan 2. ilçesidir. Muratlı ilçe nüfusu 28.127'dir. Nüfusun 14.320'si erkek, 13.807'si kadındır. Roman vatandaşların yoğun olarak yaşadığı Kazım Dirik-Turan Mahallesi'nin nüfusu ise 4556'dır [[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059#](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059#)]. TÜİK 2017. Erişim tarihi: 15.09.2019]. Nüfus kayıt sisteminde etnik kökene dayalı bilgiler bulunmadığından, bölgede yaşayan Romanların nüfusu kesin olarak bilinmemektedir.

### 3.3.3. Eğitim özellikleri

Tekirdağ ilinin TÜİK 2018 verilerine göre 15 yaş ve üzeri nüfusta okuryazarlık oranı %98,3 olup Türkiye ortalamasının (%90,8) üzerindedir. Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusta okuma yazmayan bilmeyen erkeklerin oranı %3,7 iken kadınlar %14,7

oranındadır. Benzer şekilde Tekirdağ'da ilinde de 15 yaş ve üzeri nüfusta okuryazar olmayan kadınların oranı (%2,8) erkeklerden (%0,6) yüksektir [TÜİK 2018. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1018](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018) Erişim tarihi: 23.01.2020]. Ayrıca erkeklerin eğitim düzeyi de kadınlardan daha yüksektir [99].

### **3.3.4. Doğurganlık özellikleri**

Türkiye ortalamasına (%15,3) göre Tekirdağ ilinin kaba doğum hızı (%14,7) düşüktür [[http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt\\_id=1060](http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1060). TÜİK 2018. Erişim tarihi: 23.01.2020]. 2013 yılı TÜİK verilerine göre Tekirdağ'da meydana gelen doğumların çoğu, diğer bölgelerde olduğu gibi 25-29 yaş grubunda gerçekleşmiştir. 2013 yılında Tekirdağ ilinde meydana gelen toplam 12.693 doğumun 326'sı Muratlı ilçesinde gerçekleşmiştir [108].

### **3.3.5. İstihdam durumu**

Tekirdağ ilinin ekonomisi sanayi ağırlıklı olup Marmara Denizi kıyısında bulunan önemli bir liman şehridir. Tarım alanı bakımından Türkiye'de 30. sırada yer almaktadır. Ağırlıklı olarak bölgede buğday, mısır (slajlık) ve ayçekirdeği üretilmektedir. Tekirdağ, buğday, ayçekirdeği ve kanola üretiminde önemli bir paya sahiptir. TÜİK 2013 verilerine göre Tekirdağ ili istihdam oranı %52,6 olup 10. sırada yer almaktadır [108].

## **3.2. Araştırma Türü, Evreni ve Örneklemi**

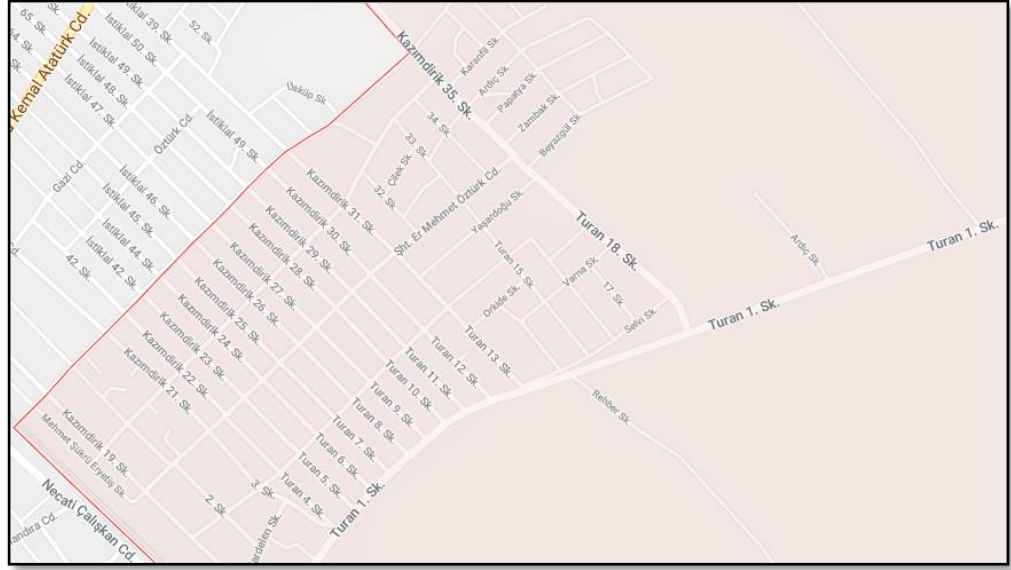
Araştırma kesitsel tipte bir saha araştırmasıdır. Tekirdağ ilinin Muratlı ilçesinde bulunan Kazım Dirik-Turan Mahallesi'nde yaşayan son 2 yıl içinde canlı doğum yapmış olan kadınlar araştırma evrenini oluşturmaktadır. Kadınlara gebelik, doğum

öncesi ve sonrası izlem ile ilgili bilgiler sorulacağından, hafıza faktörü de göz önünde bulundurularak son 2 yılda doğum yapmış olanlar tercih edilmiştir. Örneklem seçilmeyip evreninin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. TÜİK 2017 verilerine göre Kazım Dirik-Turan Mahallesi'nin nüfusu 4556 olup ortalama hane halkı büyüklüğü 3,2'dir [[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059#](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059#)]. TÜİK 2017. Erişim tarihi: 15.01.2018]. Mahalledeki hane sayısının yaklaşık 1000-1500 arasında olabileceği tahmin edilmiştir. Mahalle Muhtarlığı ile yapılan görüşmelerde, muhtarın mahallede bulunan hane sayısı hakkındaki tahminleri bu veriyi desteklemektedir. Tekirdağ bölgesinin TÜİK 2017 verilerine göre kaba doğum hızı binde 14,7 olup bir yılda gerçekleşmesi beklenen doğum sayısı 67 olarak hesaplanmıştır [[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059#](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059#)]. TÜİK 2017. Erişim tarihi: 15.01.2018]. Son iki yılda gerçekleşen toplam doğum sayısının 130 dolaylarında olabileceği tahmin edilmiştir.

### **3.3. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi**

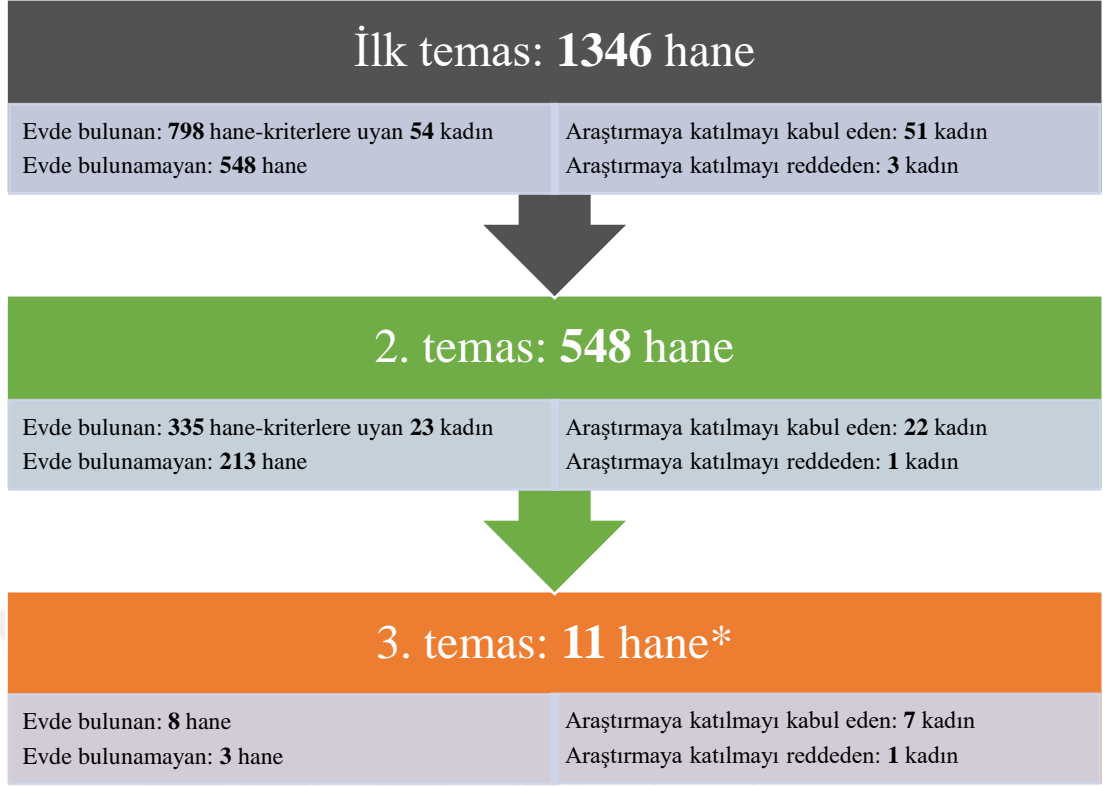
Araştırmacı tarafından, konuyla ilgili yapılan araştırmalardan faydalanılarak 60 soruluk bir anket formu hazırlanmıştır. Anket formu, evreni oluşturan kadınların sosyodemografik özellikleri, gebelik ve üreme öyküsü, gebelik öncesi ve doğum öncesi bakım alma, doğum öyküsü ve doğum sonrası bakım alma özelliklerini irdeleyen açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşturulmuştur.

Araştırma için öncelikle Muratlı Kaymakamlığından araştırma izni alınmıştır (Ek-3). Kaymakamlık izni ile birlikte Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna başvurularak etik kurul onayı alınmıştır (Ek-4). 2018 yılının Mart ayında sahada yapılan ön araştırma doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak anket formu son haline getirilmiştir. (Ek-1)



**Şekil 3.3.** Muratlı, Kazım Dirik-Turan Mahallesi haritası

Mahalledeki sokaklar harita üzerinde tespit edilip her bir sokak tek tek gezilerek 1346 hanenin tümüne gidilmiştir (Şekil 3.3.). Tüm hanelere sağlanan ilk temasta evde bulunabilen 798 hanede, dâhil edilme kriterlerini taşıyan kadınların bulunduğu 54 hanenin 51'i araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. İlk temasta evde bulunamayan 548 haneye farklı bir tarihte tekrar gidilmiştir. İkinci defa gidilen 548 hanenin 335'ine ulaşılabilirken, 213 hane evde bulunamamıştır. İkinci temasta evde bulunabilen 335 hanede araştırmaya dâhil edilme kriterlerini taşıyan kadınların bulunduğu 23 hanenin 22'si araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. İkinci defa gidilmesine rağmen evde bulunamayan 213 hanenin yakınında bulunan komşularla yapılan görüşmelerde, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun kadınların bulunduğu bilgisi alınan 11 haneye, farklı bir tarihte 3. defa tekrar gidilmiştir. Üçüncü temas için belirlenen 11 hanenin 8'ine ulaşılmıştır. Böylece toplamda 1141 haneye ulaşılmış, ulaşılamayan 205 hane ise araştırma dışında bırakılmıştır (Şekil 3.4.). Dâhil edilme kriterlerine uyan 85 kadına araştırma hakkında gerekli bilgilendirme yapılarak araştırmaya katılmayı kabul eden 80 kadın, görüşme tanığı eşliğinde onamları (Ek-2) alınarak araştırmaya dâhil edilmiştir.



**Şekil 3.4.** Araştırmada evrene ulaşım yöntemi

\* 2.temasta evde bulunamayan 213 hanenin yakınlarında bulunan hanelerden 11 hanede araştırmaya katılma kriterlerini taşıyan kadınların olduğu bilgisi alınmıştır.

Görüşmeler katılımcıların hanelerinde, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme ortalama 20 dakikada tamamlanmıştır. Veriler Mart 2018- Eylül 2018 tarihleri arasında cumartesi ve/veya pazar günleri toplanmıştır.

### 3.4. Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Kazım Dirik-Turan Mahallesi'nde oturan, 1 Ocak 2016-30 Temmuz 2018 tarihleri arasında canlı doğum yapan ve doğumun üzerinde 6 hafta geçmiş olup araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırmaya 2018 yılının Mart ayında başlanmış olup doğum sonrası izlem süreci olan 6 haftalık dönem de göz önünde bulundurularak 1 Ocak 2016'dan sonra canlı doğum yapan kadınlar araştırmaya alınmıştır.

Belirtilen tarih aralığından önce veya sonra doğan çocuğu olan ve seçilen mahalle dışında ikamet eden kadınlar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılması sonucunda, katılmak istemeyen kadınlar araştırma dışında bırakılmıştır.

### **3.5. Araştırmanın Hipotezi, Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmanın hipotezleri:

“Bir mahallede yaşayan Roman kadınlar ile Roman olmayan kadınların DÖB ve DSB alma özellikleri benzerdir.”

“Son 2 yıl içinde canlı doğum yapmış olan Roman ile Roman olmayan kadınlar arasında doğum öncesi ve sonrası bakım alma özellikleri bakımından fark yoktur.”

Bağımsız değişkenler; anne yaşı, Roman ve Roman olmayan etnik köken, medeni durumu, anne eğitim durumu, eş eğitim durumu, anne istihdam durumu, eş istihdam durumu, aylık hane geliri, kadının sosyal güvencesidir.

Bağımlı değişkenler; gebelik öncesi ve doğum öncesi bakım alma, gebelik ve doğum özellikleri, doğum sonrası bakım alma durumudur.

### **3.6. Veri Analizi**

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler sürekli veriler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleriyle; ölçüm verileri ise frekans ve yüzde oranlar ile birlikte sunulmuştur.

Verilerin istatistiksel olarak karşılaştırılmasında tek değişkenli analizlerde sürekli veriler için Mann-Whitney U, kategorik veriler için Ki-Kare ve Fisher Exact Testi uygulanmıştır. İki den fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Varyans Analizi, korelasyon analizlerinde ise Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır.

Normal dağılıma uygunluk araştırmasında Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için %95 güven aralığında 0,05 değerinin altında



bulunan p değeri anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için lisanslı IBM SPSS Statistics 16.0 paket programı kullanılmıştır.

### 3.7. Araştırma planı ve bütçesi

**Tablo 3.2.** Araştırmacı zaman çizelgesi

Çalışma adımları	2018					2019		2020	
	Ocak Şubat	Mart Nisan	Mayıs Ağustos	Eylül Ekim	Kasım Aralık	Ocak Eylül	Eylül Aralık	Ocak Şubat	
Literatür tarama						Doğum izni			
Araştırmanın tasarlanması									
Anket oluşturma									
İzinlerin alınması									
Pilot çalışma									
Veri toplama									
Veri analizi									
Tez yazımı									

Araştırma için herhangi bir kişi ya da kurumdan maddi destek alınmamıştır. İl dışında gerçekleştirilen veri toplama sürecinde gerekli olabilecek masraflar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

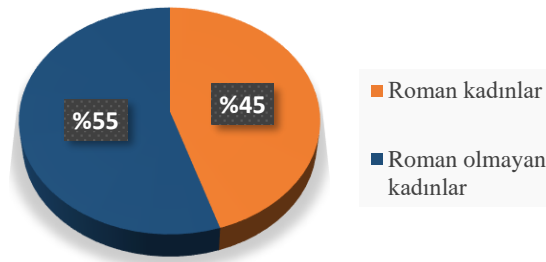
## 4. BULGULAR

Tekirdağ iline bağlı Muratlı ilçesinde bulunan Kazım Dirik-Turan Mahallesi'nde ikamet eden, son iki yıl içinde canlı doğum yapmış kadınlara kendi hanelerinde ulaşılmıştır. Mahalledeki toplam 1346 hanenin 1141'ine (%84,8) ulaşılmış, 3. temasın sonunda ulaşılamayan 205 hane araştırma dışında bırakılmıştır. Dâhil edilme kriterlerine uyan 85 kadından 80'i araştırmaya katılmayı kabul etmiş, 5'i kabul etmemiştir.

Araştırmaya katılan kadınlara, sosyodemografik ve üreme bilgisi, gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım alma ve gebelik özellikleri, doğum öncesi (prenatal) bakım alma özellikleri, doğum ve doğum sonrası (postnatal) bakım alma özellikleri hakkında sorular yöneltilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler, kadınların Roman ve Roman olmayan etnik yapıya sahip olmalarına göre karşılaştırmalı olarak değerlendirilip bulgular ilgili başlıklar altında sunulmuştur.

### 4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan 80 kadının 36'sı Roman (%45), 44'ü (%55) Roman olmayan kadınlardan oluşmaktadır (Şekil 4.1.).



Şekil 4.1. Araştırmaya katılan kadınların etnik kökene göre dağılımı

Roman kadınların yaş ortalaması  $25,0 \pm 5,3$  yıl (min:18-max:41), Roman olmayan kadınların yaş ortalaması  $28,2 \pm 4,9$  yıl (min:21-max:41) olarak bulunmuştur (Mann-Whitney U testi,  $p=0,004$ ). Roman kadınların yarısı (%50,0) 15-24 yaş aralığında iken, Roman olmayan kadınların %61,4'ü 25-34 yaş aralığındadır (Tablo 4.1.).

**Tablo-4.1.** Roman ve Roman olmayan kadınların yaş grubu dağılımı

Yaş grubu	Roman kadınlar N (%)	Diğer kadınlar N (%)	Toplam N (%)
15-24 yaş	18 (50,0)	11 (25,0)	29 (36,2)
25-34 yaş	16 (44,4)	27 (61,4)	43 (53,8)
35-49 yaş	2 (5,6)	6 (13,6)	8 (10,0)
<b>Toplam</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Fisher's Exact test,  $p>0,05$ )

Kadınların %93,7'si (75/80) evli, %2,5'i (2/80) boşanmış, %2,5'i (2/80) ayrı yaşamakta, %1,2'si (1/80) ise birlikte yaşamaktadır.

Roman kadınların %61,1 (22/36)'i okuryazar iken, Roman olmayan kadınların %97,7 (43/44)'si okuryazardır. Roman kadınların %80,6'sı ilkökul ve altı eğitim düzeyinde olup Roman olmayan kadınlarda bu oran %36,4'tür (Pearson Ki-Kare,  $p<0,001$ ) (Tablo 4.2.). Eğitim görülen ortalama süre, Roman kadınlarda 3,4 yıl (min:0-max:11), Roman olmayan kadınlarda 8,4 yıldır (min:0-max:16). Roman kadınlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde diğer kadınlardan daha az eğitim görmüştür (Mann-Whitney U Testi;  $p<0,001$ ).

**Tablo 4.2.** Roman ve Roman olmayan kadınların eğitim durumu

Etnisite	İlkokul ve altı N (%)	Ortaokul ve üzeri N (%)	Toplam N (%)
Roman kadınlar	29 (80,6)	7 (19,4)	36 (100,0)
Diğer kadınlar	16 (36,4)	28 (63,6)	44 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>45 (56,2)</b>	<b>35 (43,8)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare,  $p<0,001$ )

Roman olmayan kadınların eşlerinin tamamı okuryazar iken, Roman kadınların eşlerinin %77,8 (28/36)'i okuryazardır. Roman kadınların %68,6'sının eşi ilkökul ve altı, diğer kadınların %65,9'unun eşi ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.).

Ortalama eğitim süresi, kadınlara benzer şekilde Roman olmayan eşler arasında daha yüksektir. Eğitim görülen ortalama süre Roman kadınların eşlerinde 4,8 yıl, diğer kadınların eşlerinde ise 8,8 yıldır. Roman kadınların eşleri, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde diğer kadınların eşlerinden daha az eğitim görmüştür (Mann-Whitney U Testi;  $p<0,001$ ).

**Tablo 4.3.** Roman ve Roman olmayan kadınların eşlerinin eğitim durumu

Etnisite	İlkokul ve altı N (%)	Ortaokul ve üzeri N (%)	Toplam N (%)
Roman kadınların eşleri	24 (68,6)	11 (31,4)	35 (100,0)
Diğer kadınların eşleri	15 (34,1)	29 (65,9)	44 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>39 (49,4)</b>	<b>40 (50,6)</b>	<b>79 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare,  $p=0,002$ )

(Cevap vermeyen 1 kişi analiz dışı bırakılmıştır.)

Kadınların çoğu (%93,8) gelir getirici bir işte çalışmamaktadır. Roman ve diğer kadınlar arasında gelir getirici bir işte çalışma bakımından fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Roman olmayan kadınların tamamına yakınının eşi (%95,3; 41/43) gelir getirici bir işte çalışmakta iken, Roman kadınların dörtte üçünün (%77,1; 27/35) eşi gelir getirici bir işte çalışmaktadır (Fisher's Exact Test,  $p<0,05$ ) (Tablo 4.4.).

Roman kadınların eşlerinin yarıdan fazlası (16/27) hamallık veya hurdacılık ile Roman olmayan kadınların eşlerinin yarıdan fazlası (22/41) ise işçi olarak geçimini sağlamaktadır.

**Tablo 4.4.** Roman ve Roman olmayan kadınların eşlerinin çalışma durumu

Etnisite	Çalışıyor N (%)	Çalışmıyor N (%)	Toplam N (%)
Roman kadınların eşleri	27 (77,1)	8 (22,9)	35 (100,0)
Diğer kadınların eşleri	41 (95,3)	2 (6,7)	43 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>39 (49,4)</b>	<b>40 (50,6)</b>	<b>79 (100,0)</b>

(Fisher's Exact Test,  $p=0,04$ )

(Cevapsız 1 kişi analiz dışı bırakılmıştır.)

Haneye giren aylık toplam gelir sorusuna yanıt veren kadınlar üzerinden değerlendirildiğinde, Roman kadınların neredeyse tamamı haneye giren düzenli bir gelirleri olmadığını ve düzenli olmayan gelirlerinin asgari ücretin altında kaldığı ifade etmişlerdir. Haneye giren aylık toplam gelir, asgari ücret miktarı eşik değer alınarak kıyaslandığında Romanlarda anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.5.).

**Tablo 4.5.** Roman ve Roman olmayan kadınların aylık hane geliri düzeyi

Etnisite	$\leq 1600$ tl/ düzenli geliri yok N (%)	$>1600$ tl N (%)	Toplam N (%)
Roman kadınlar	31 (96,9)	1 (3,1)	32 (100,0)
Diğer kadınlar	17 (56,7)	13 (43,3)	30 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>48 (77,4)</b>	<b>14 (22,6)</b>	<b>62 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare,  $p<0,001$ )

(Hanenin aylık geliri sorusuna yanıt veren kişiler üzerinden değerlendirilmiştir.)

Kadınların %92,5'i sosyal güvenceye sahiptir. Sosyal güvenceye sahip olan kadınlar arasında Romanların büyük kısmı (%82,9) yeşil kartlı olup diğer kadınların çoğu (%84,6) SGK güvencelidir (Fisher's Exact Testi,  $p<0,001$ ) (Tablo 4.6.). Hiçbir sosyal güvencesi olmayan kadınların tamamına yakını (5/6) Roman olmayan kadınlardır.

**Tablo 4.6.** Sosyal güvencesi olan Roman ve Roman olmayan kadınların sosyal güvence türleri

<b>Etnisite</b>	<b>Yeşil kart N (%)</b>	<b>SGK N (%)</b>	<b>ÖSS N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Roman kadınlar	<b>29 (82,9)</b>	<b>6 (17,1)</b>	0	35 (100,0)
Diğer kadınlar	<b>5 (12,8)</b>	<b>33 (84,6)</b>	1 (2,6)	39 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>34 (45,9)</b>	<b>39 (52,7)</b>	<b>1 (1,4)</b>	<b>74 (100,0)</b>

(Fisher's Exact Testi,  $p<0,001$ )

(Sosyal güvencesi olan kadınlar arasında değerlendirilmiştir.)

(SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu, ÖSS: Özel Sağlık Sigortası)

#### 4.2. Kadınların Üreme Öyküsü

Roman kadınların sahip olduğu çocuk sayısı (ort:2,3; min:1-max:6), Roman olmayan kadınlar (ort:2,1; min:1-max:5) ile benzerdir (Mann-Whitney U testi,  $p>0,05$ ). Roman kadınların toplam eğitim gördükleri yıl arttıkça sahip oldukları çocuk sayısı azalmaktadır (Spearman's korelasyon testi,  $r=0,357$ ;  $p=0,033$ ). Benzer şekilde Roman olmayan kadınların da toplam eğitim süreleri ile sahip oldukları çocuk sayısı arasında ters bir ilişki mevcuttur (Spearman's korelasyon testi,  $r=0,603$ ;  $p<0,001$ ).

Roman kadınlar ile Roman olmayan kadınların yaşadıkları gebelik sayısı benzerdir (med=2). Roman kadınlarda ilk gebelikte anne yaşı ortalama  $17,5\pm 3,1$  (med:17; min:13-max:29); Roman olmayan kadınlarda ilk gebelikte anne yaşı ortalama  $21,3\pm 4,3$  (med:20; min:16-max:36) 'tür. Roman kadınların ilk gebelikteki anne yaşı, Roman olmayan kadınlardan anlamlı olarak daha düşüktür (Mann-Whitney U testi,  $p<0,001$ ).

Araştırmadaki kadınların eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlar, ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olanlara göre ilk gebeliklerini daha geç yaşamışlardır ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.7.).

**Tablo 4.7.** Kadınların eğitim düzeyine göre ilk gebelikte anne yaşı

Eğitim durumu	<20yaş	≥20 yaş	Toplam
İlkokul ve altı	36 (80,0)	9 (20,0)	45 (100,0)
Ortaokul ve üzeri	12 (34,3)	23 (65,7)	35 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>48 (60,0)</b>	<b>32 (40,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare,  $p<0,001$ )

(Tüm kadınların ilk gebelikte anne yaşı ortalaması:19,6, ortanca:18)

Roman kadınların %69,4'ü 17 yaş ve altında ilk gebeliklerini yaşamış olup, eğitim düzeyi ile ilk gebelikte anne yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.8.).

**Tablo 4.8.** Roman kadınların eğitim düzeyine göre ilk gebelikte anne yaşı

Eğitim durumu	≤17 yaş N (%)	>17 yaş N (%)	Toplam N (%)
İlkokul ve altı	21 (72,4)	8 (27,6)	29 (100,0)
Ortaokul ve üzeri	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>25 (69,4)</b>	<b>11 (30,6)</b>	<b>36 (100,0)</b>

(Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ )

(İlk gebelik anne yaşı ortanca:17)

Roman olmayan kadınlarda farklı olarak, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların, ilk gebelikte anne yaşı anlamlı olarak daha yüksektir ( $p=0,028$ ) (Tablo 4.9.).

**Tablo 4.9.** Roman olmayan kadınların eğitim düzeyine göre ilk gebelikte anne yaşı

Eğitim durumu	<20 yaş N (%)	≥20 yaş N (%)	Toplam N (%)
İlkokul ve altı	10 (62,5)	6 (37,5)	16 (100,0)
Ortaokul ve üzeri	8 (28,6)	20 (71,4)	28 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>18 (40,9)</b>	<b>26 (59,1)</b>	<b>44 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare,  $p=0,028$ )

(İlk gebelik anne yaşı ortanca:20)

Son iki gebelik arasında geçen süre, iki grup kadında benzerdir. Birden fazla gebelik öyküsü olan kadınlar arasında değerlendirildiğinde, Roman kadınların %31'i; Roman olmayan kadınların ise %33,3'ü araştırma tarihinden önceki son iki gebeliği arasında 2 yıldan az zaman olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.10.).

**Tablo 4.10.** Roman ve Roman olmayan kadınlarda son iki gebelikleri arası süre

<b>Etnisite</b>	<b>&lt;2 yıl N (%)</b>	<b>≥2 yıl N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Roman kadınlar	9 (31,0)	20 (69,0)	29 (100,0)
Diğer kadınlar	11 (33,3)	22 (66,7)	33 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>20 (32,3)</b>	<b>42 (67,7)</b>	<b>62 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare Testi,  $p>0,05$ )

(Birden fazla gebelik öyküsü olan 62 kadın arasında değerlendirilmiştir.)

Toplam eğitim yılı ile son iki gebelik arasında geçen süre (<2 yıl/ ≥2 yıl) bakımından Roman kadınlar arasında anlamlı bir fark yok iken (Mann-Whitney U Test,  $p>0,05$ ); Roman olmayan kadınlar arasında anlamlı farklılık vardır (Mann-Whitney U Test,  $p=0,002$ ). Son iki gebeliği arası 2 yıldan az olan Roman olmayan kadınların toplam eğitim yılı (ortalama:10 yıl, min:5, max:14), iki gebeliği arası 2 yıl ve üzeri olanlardan (ortalama:6,4 yıl, min:0, max:12) anlamlı olarak daha yüksektir (Mann-Whitney U Test,  $p=0,002$ ). Son iki yıl içerisinde canlı doğum yapanlar arasında Roman olmayan kadınların, eğitim aldıkları süre arttıkça son iki gebelikleri arasındaki süre kısalmaktadır.

Kadınlara anne sağlığı açısından iki gebelik arasında olması gereken en az süre hakkındaki görüşleri sorulduğunda, Roman kadınların %75,0'i, diğer kadınların da %88,6'sı 2 yıl ya da daha uzun süre olması gerektiğini düşündüklerini belirtmiştir (Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ ).



### **4.3. Kadınların Gebelik Öncesi Bakım Alma Özellikleri ve Gebelik Öyküsü**

Gebelik öncesi bakım alma özellikleri ile ilgili soruları, araştırma tarihinden önceki son iki yıl içinde canlı doğum ile sonuçlanan gebelik öyküsü olan kadınların son gebelikleri üzerinden yanıtlamaları istenmiştir.

#### **4.3.1. Gebelik öncesi bakım alma**

Gebelik öncesi bakıma ilişkin sorular, gebelik öncesinde bakım alma durumu, bakım alınan kurum ve kişi, tanısı konmuş hastalık mevcudiyeti ve buna ilişkin bulgular, folik asit takviyesi, madde kullanımı ve aşı yaptırma durumunu içermektedir.

Gebelik öncesi dönemde sağlık kontrolüne giden kadınlar %26,2 (21/80) oranındadır. Roman kadınların %25,0'i (9/36); Roman olmayan kadınların ise %27,3'ü (12/44) gebelik öncesi sağlık kontrolüne gittiğini belirtmiştir ( $p>0,05$ ). Gebelik öncesi sağlık kontrolüne giden 21 kadının 9'u (%42,9) devlet hastanesini tercih etmiştir (Tablo 4.11.).

Gebelik öncesi sağlık kontrolünde kadınların tamamına yakını (18/21) sağlık hizmetini bir hekimden, az bir kısmı (3/21) ise ebe ya da hemşireden aldığını ifade etmiştir. Roman ve Roman olmayan kadınlar arasında, gebelik öncesi dönemde sağlık kontrolüne gitme, gidilen sağlık kurumu ve sağlık hizmeti alınan personel bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.11.** Gebelik öncesi sağlık kontrolüne giden Roman ve Roman olmayan kadınların tercih ettiği sağlık kurumları

<b>Kurum</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
ASM	1 (11,1)	3 (25,0)	4 (19,0)
Devlet Hastanesi	<b>4 (44,4)</b>	<b>5 (41,7)</b>	<b>9 (42,9)</b>
Üniversite Hastanesi/EAH	2 (22,2)	0	2 (9,5)
Özel hastane	2 (22,2)	4 (33,3)	6 (28,6)
<b>Toplam</b>	<b>9 (100,0)</b>	<b>12 (100,0)</b>	<b>21 (100,0)</b>

(Gebe kalmadan önce sağlık kontrolüne giden kişiler üzerinden değerlendirilmiştir.)  
(ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi)

Kadınlar gebelik öncesi dönemde sağlık kontrolüne gitmemelerinin nedeni olarak en sık, gebeliğin planlı olmaması ve kontrole gerek duymamaları olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.12.).

**Tablo 4.12.** Gebelik öncesi sağlık kontrolüne gitmeyen Roman ve Roman olmayan kadınların sağlık kontrolüne gitmeme nedenleri

<b>Kontrole gitmeme nedeni</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Planlı olmayan bir gebelikti	<b>13 (48,2)</b>	<b>12 (37,5)</b>	<b>25 (42,4)</b>
Gerek duymadım	<b>10 (37,0)</b>	<b>15 (46,9)</b>	<b>25 (42,4)</b>
Böyle bir hizmet alabileceğimi bilmiyordum	2 (7,4)	4 (12,5)	6 (10,1)
Önceki gebeliğimde almıştım, bilgim var	1 (3,7)	0	1 (1,7)
Cevapsız	1 (3,7)	1 (3,1)	2 (3,4)
<b>Toplam</b>	<b>27 (100,0)</b>	<b>32 (100,0)</b>	<b>59 (100,0)</b>

(Gebelik öncesi sağlık kontrolüne gitmeyen kadınlar arasında değerlendirilmiştir.)

Gebelik öncesi dönemde tanısı konan herhangi bir kronik hastalığın bulunması, Roman kadınlarda %30,6 (11/36), diğer kadınlarda %13,6 (6/44) oranındadır (Pearson Ki-Kare,  $p>0,05$ ). Gebelik öncesinde kronik hastalığı olan Roman kadınların çoğu

(8/11) ve Roman olmayan kadınların tamamı, hastalıklarının kontrol altında olduğunu belirtmiştir (Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ ). Hastalığı kontrol altında olmayan Roman kadınlar neden olarak, korktukları için ilaçlarını kullanmadıklarını ve ekonomik sebepleri göstermiştir.

Gebelik öncesi dönemde mevcut kronik hastalığı olan Roman kadınların %72,7'si (8/11), Roman olmayan kadınların %50,0'si (3/6) düzenli olarak ilaç/ilaçlar kullandığını ifade etmiştir.

Gebelik öncesi dönemde kadınların yaklaşık dörtte biri (17/79) folik asit kullanmaya başlamıştır (Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ ). Gebelik öncesi folik asit kullanmaya başlama Roman kadınlarda %11,4 (4/35, *kullanım durumunu hatırlamayan 1 kişi analiz dışı bırakıldı*); Roman olmayan kadınlarda %29,5 (13/44) oranındadır.

Gebelik öncesinde folik asit kullanmaya başlamama nedeni olarak kadınlar en sık gebeliklerinin planlı olmadığını ve kullanmaları gerektiğini bilmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.13.).

**Tablo 4.13.** Roman ve Roman olmayan kadınların gebelik öncesinde folik aside başlamama nedenleri

<b>Kullanmama nedeni</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Plansız gebelik	<b>11 (35,5)</b>	<b>9 (29,0)</b>	<b>20 (32,3)</b>
Bilmiyordum	<b>11 (35,5)</b>	<b>6 (19,3)</b>	<b>17 (27,4)</b>
Doktor vermedi	2 (6,5)	2 (6,5)	4 (6,5)
Önemsemedim	1 (3,2)	2 (6,5)	3 (4,8)
Cevapsız	6 (19,3)	12 (38,7)	18 (29,0)
<b>Toplam</b>	<b>31 (100,0)</b>	<b>31 (100,0)</b>	<b>62 (100,0)</b>

(Açık uçlu yanıtı olan soru)

(Gebelik öncesi folik asit kullanmaya başlamadığını beyan eden kadınlar arasında değerlendirilmiştir.)

Kadınların %20'si (16/80) gebe kalmadan önce sigara kullanmakta olduğunu belirtmiştir. Roman kadınlarda gebe kalmadan evvel sigara kullanımı, Roman olmayan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.14.).

**Tablo 4.14.** Roman ve Roman olmayan kadınların gebelik öncesi sigara kullanma durumu

<b>Sigara kullanımı</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Kullanıyor	11 (30,6)	5 (11,4)	16 (20,0)
Kullanmıyor	25 (69,4)	39 (88,6)	64 (80,0)
<b>Toplam</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare Testi,  $p<0,05$ )

Kadınların tamamına yakını gebelik öncesinde (%91,2) gerekli aşıları yaptırmamıştır (73/80). Roman ve diğer kadınlar arasında, gebelik öncesi aşılanma bakımından anlamlı bir fark yoktur (Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ ). Aşı yaptırmama nedenleri arasında en sık yaptırması gerektiğini bilmeme ve planlı olmayan gebelik olarak ifade edilmiştir (Tablo 4.15.).

**Tablo 4.15.** Roman ve Roman olmayan kadınların gebelik öncesi aşı yaptırmama nedenleri

<b>Aşılanmama nedenleri</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Yaptırmam gerektiğini bilmiyordum	19 (57,6)	22 (55,0)	41 (56,2)
Planlı olmayan gebelik nedeniyle	11 (33,3)	11 (27,5)	22 (30,1)
Önceki gebeliğimde yapılmıştı	2 (6,1)	1 (2,5)	3 (4,1)
Cevapsız	2 (6,1)	7 (17,5)	9 (12,3)
<b>Toplam</b>	<b>33 (100,0)</b>	<b>40 (100,0)</b>	<b>73 (100,0)</b>

(Gebelik öncesi aşılanmayan 73 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.)

(Verilen cevaplar çoklu yanıt olduğundan N, örneklem hacmini geçmektedir.)

### 4.3.2. Gebelik öyküsü

Gebelik ile ilgili soruları, araştırma tarihinden önceki son iki yıl içinde canlı doğum ile sonuçlanan gebelik öyküsü olan kadınların, son gebelikleri üzerinden yanıtlamaları istenmiştir. Gebelik hakkındaki sorular gebeliğin planlanma durumu, gebelikten şüphelenme belirtileri, gebelik tanısı konan kurum, kişi ve gebelik haftası bilgilerini içermektedir.

Kadınların %65,0'ı istenen zamanda, %18,8'i zamanı erken ve %16,2'si istenmeyen gebelik yaşadıklarını bildirmiştir. Roman ve Roman olmayan kadınların gebeliklerini planlama durumları benzerdir ( $p>0,05$ ). Gebeliğini planlamadan yaşayan kadınlar arasında (28) Roman olmayan kadınların yaklaşık dörtte üçü (11/15) zamanı erken gebelik yaşamış iken, Roman kadınların yaklaşık dörtte üçü (9/13) istenmeyen gebelik yaşamıştır (Tablo 4.16.).

**Tablo 4.16.** Roman ve Roman olmayan kadınların gebeliklerini planlama durumları

Gebeliği planlama	Roman kadınlar N (%)	Diğer kadınlar N (%)	Toplam N (%)
İsteyerek olan gebelik	23 (63,9)	29 (65,9)	52 (65,0)
Zamanı erken olan gebelik	4 (11,1)	11 (25,0)	15 (18,8)
İstenmeyen gebelik	9 (25,0)	4 (9,1)	13 (16,2)
<b>Toplam</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare Testi,  $p>0,05$ )

İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların sahip olduğu çocuk sayısı (ortanca:3), diğer kadınlara göre (ortanca:2) anlamlı olarak daha yüksektir (Bonferroni düzeltmeli post-hoc analizi,  $p=0,002$ ).

İsteyerek gebe kalan kadınların oranı %65 (52/80) iken, GÖB alan kadınlar %26,2 (21/80) oranındadır. Gebeliği planlı olan kadınların %40,4'ü (21/52) gebelik öncesi bakım almışken, planlı olmadan gebe kalan kadınların (28) hiçbiri gebelik öncesi bakım almamıştır.

Gebelik öncesinde dönemde folik asit kullanmaya başlama oranı, gebeliği planlı olan kadınlarda (%31,4) (16/51) planlı olmadan gebe kalan kadınlardan (%3,6) (1/28) anlamlı olarak daha yüksektir (Pearson Ki-Kare,  $p<0,05$ ) (Tablo 4.17.).

**Tablo 4.17.** Gebeliğin planlama durumuna göre gebelik öncesi folik asit kullanımına başlama

<b>Folik asite başlama</b>	<b>Planlı N (%)</b>	<b>Planlı olmayan N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Evet	16 (31,4)	1 (3,6)	17 (21,5)
Hayır	35 (68,6)	27 (96,4)	62 (78,5)
<b>Toplam</b>	<b>51 (100,0)</b>	<b>28 (100,0)</b>	<b>79 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare,  $p<0,05$ )

(Folik asit kullanma durumunu hatırlamayan 1 kişi analiz dışı bırakıldı)

Kadınlar genellikle adet gecikmesi ile gebe olabileceklerini fark etmişlerdir. İkinci sıklıkta mide bulantısı ve baş dönmesi gebelikten şüphelenme belirtisi olarak ifade edilmiştir. Roman ve Roman olmayan kadınlar arasında gebelikten şüphelenme belirtileri açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak Roman olmayan kadınlar Romanlardan daha sık adet gecikmesi ile gebelikten şüphelendiklerini belirtirken, Roman kadınlar mide bulantısını ve baş dönmesini daha sık dile getirmiştir (Tablo 4.18.).

**Tablo 4.18.** Roman ve Roman olmayan kadınların gebelikten şüphelenme belirtileri

<b>Gebelik belirtisi</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Adet gecikmesi	28 (77,8)	35 (79,5)	63 (78,7)
Mide bulantısı	20 (55,6)	17 (38,6)	37 (46,2)
Baş dönmesi	18 (50,0)	15 (34,1)	33 (41,2)
Halsizlik, uyku hali	7 (19,4)	13 (29,5)	20 (25,0)
Diğer	1 (2,8)	3 (6,8)	4 (5,0)
Kaşıntı	0	1 (2,3)	
Hissettim	0	1 (2,3)	
Tedavi ile gebe kalmış	0	1 (2,3)	
Tesadüfen tahlilde çıkmış	1 (2,8)	0	
<b>Toplam</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Verilen cevaplar çoklu yanıt olduğundan N, örneklem hacmini geçmektedir.)

Gebelik tanısı bir hekim tarafından konan kadınlar %26,2, ebe/hemşire tarafından konanlar %3,8 oranındadır. Kadınların %70'i gebeliklerini ilk olarak kendisinin saptadığını bildirmiştir (Tablo 4.19.).

**Tablo 4.19.** Roman ve Roman olmayan kadınlara gebelik tanısı koyan kişi

<b>Tanı koyan</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Kendisi	24 (66,7)	32 (72,7)	56 (70,0)
Hekim	11 (30,6)	10 (22,7)	21 (26,2)
Ebe/hemşire	1 (2,8)	2 (4,5)	3 (3,8)
<b>Toplam</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Fisher's Exact Testi,  $p > 0,05$ )

Kadınların yarısından fazlası (%62,5) gebelik tanısı için Devlet Hastanesi'nden hizmet almıştır. Roman kadınların gebelik tanısı için ASM'den hizmet alma oranı (%36,1) Roman olmayanların (%18,2) iki katıdır (Tablo 4.20.).

**Tablo 4.20.** Roman ve Roman olmayan kadınlara gebelik tanısı konan sağlık kurumu

<b>Kurum</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
ASM	13 (36,1)	8 (18,2)	21 (26,2)
Devlet Hastanesi	21 (58,3)	29 (65,9)	50 (62,5)
Özel doktor/muayenehane/ özel hastane	2 (5,6)	7 (15,9)	9 (11,2)
<b>Toplam</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80(100,0)</b>

(Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ )

(ASM: Aile Sağlığı Merkezi)

Kadınların yaklaşık dörtte üçü 8. gebelik haftasından önce gebelik tanısı almıştır (Tablo 4.21.). Roman ve Roman olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Gebeliklerin %92,5'i (74/80) de ilk trimesterde tespit edilmiştir.

**Tablo 4.21.** Roman ve Roman olmayan kadınların gebelik tanısının konduğu gebelik haftası

<b>Gebelik haftası</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
<8 hafta	23 (63,9)	35 (79,5)	58 (72,5)
$\geq$ 8 hafta	13 (36,1)	9 (20,5)	22 (27,5)
<b>Toplam</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare Testi,  $p>0,05$ )

#### 4.4. Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Özellikleri

Doğum öncesi bakım alma özellikleri ile ilgili soruları, araştırma tarihinden önceki son iki yıl içinde canlı doğum ile sonuçlanan gebelik öyküsü olan kadınların, son gebelikleri üzerinden yanıtlamaları istenmiştir. Doğum öncesi bakıma ilişkin sorular, DÖB için ilk kez gidilen gebelik haftası, bakım alınan kurum ve kişi, bakım sayısı, alınan hizmetleri içermektedir.



Roman ve Roman olmayan kadınların tümü gebelikleri boyunca en az bir kez, uzman bir sağlık personelinden (%96 doktor, %4 ebe/hemşire) DÖB hizmeti almıştır. Roman kadınların büyük çoğunluğu (32/35; *cevapsız 1 kişi analiz dışı bırakıldı*), Roman olmayan kadınların ise tamamı (44/44) bu hizmeti hekimden aldığını bildirmiştir (Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ ).

Roman kadınlar (ortanca:8, min:4, max:32) Roman olmayan kadınlara (ortanca:6, min:4, max:28) göre gebelikte ilk sağlık kontrolüne daha geç gebelik haftalarında gitmiştir. Gebelikte ilk sağlık kontrolüne, Roman olmayan kadınların %79,5'i, Roman kadınların ise %33,3'ü 8. gebelik haftasından önce gittiğini belirtmiştir (Pearson Ki-Kare Testi,  $p<0,001$ ) (Tablo 4.22.). Tüm kadınların %92,5'i (74/80) gebeliğin ilk 3 ayı içerisinde DÖB hizmeti aldığını bildirmiştir. Doğum öncesi ilk bakımı 32. gebelik haftası ya da daha sonrasına erteleyen 2 Roman kadın bulunmaktadır.

**Tablo 4.22.** Roman ve Roman olmayan kadınların ilk sağlık kontrolünün yapıldığı gebelik haftası

Gebelik haftası	Roman kadınlar N (%)	Diğer kadınlar N (%)	Toplam N (%)
<8 hafta	12 (33,3)	35 (79,5)	47 (58,8)
≥8 hafta	24 (66,7)	9 (20,5)	33 (41,2)
<b>Toplam</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare Testi,  $p<0,001$ )

Kadınlar gebelik döneminde sağlık kontrolleri için birden fazla kurum tercih etmişlerdir. GÖB için birden fazla kurumdan hizmet alan kadınların oranı %53,8'dir.

Roman kadınlar, Roman olmayanlar gibi en sık Devlet Hastanesi'nden DÖB hizmeti aldıklarını belirtmişlerdir. İkinci sıklıkta DÖB hizmeti alınan kurum ise ASM'dir. Roman olmayan kadınlar (%27,3) Roman kadınlardan (%17,1) daha fazla sıklıkta özel sağlık kurumlarını tercih etmişlerdir (Tablo 4.23.).

**Tablo 4.23.** Roman ve Roman olmayan kadınların gebelikte sağlık kontrolünün yapıldığı kurum

<b>Kurum</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Devlet Hastanesi	30 (85,7)	35 (79,5)	65 (82,3)
ASM	18 (51,4)	24 (54,5)	42 (53,2)
Özel hastane	4 (11,4)	12 (27,3)	16 (20,2)
Özel doktor/muayenehane	2 (5,7)	0	2 (2,5)
Üniversite hastanesi/EAH	1 (2,9)	0	1(1,3)
<b>Toplam</b>	<b>35 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>79 (100,0)</b>

(Verilen cevaplar çoklu yanıt olduğundan N, örneklem hacmini geçmektedir.)

(Cevap vermeyen 1 kişi analiz dışı bırakılmıştır.)

(ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi)

Roman kadınların gebelik boyunca sağlık kontrolüne gitme sayısı (ortanca:5, min:1, max:7), Roman olmayan kadınlardan (ortanca:7, min:1, max:12) anlamlı olarak daha azdır (Mann-Whitney U Testi,  $p<0,001$ ). Ancak iki grup kadının çoğu gebelik boyunca 4 veya daha fazla sayıda sağlık hizmeti aldığını bildirmiştir (Tablo 4.24.).

**Tablo 4.24.** Roman ve Roman olmayan kadınların gebelik boyunca sağlık kontrolüne gitme durumu

<b>Gebelik kontrolü sayısı</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
<4	5 (14,3)	1 (2,3)	6 (7,6)
$\geq 4$	30 (85,7)	43 (97,7)	73 (97,7)
<b>Toplam</b>	<b>35 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>79 (100,0)</b>

(Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ )

Kadınların tamamı gebelikleri boyunca en az bir kez kan ve idrar tahlili yapıldığını belirtmiştir. Kadınların %81,2'i kan grubu testi, %62,3'ü ise enfeksiyon tarama testleri yapıldığını bildirmiştir (Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ ).

Gebelikte kadınların yaklaşık dörtte üçüne 2'li ve 3'lü test yapılmıştır. Şeker yükü testi (OGTT) yapılma oranı %52,5'tir. Gebelikte ikili test, üçlü test ve şeker

yükleme testi yapılması bakımından Roman ve Roman olmayan kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur (Pearson Ki-Kare Testi,  $p>0,05$ ) (Tablo 4.25.).

**Tablo 4.25.** Roman ve Roman olmayan kadınların gebelikte yaptırdıkları testler

<b>2'li test</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Yapıldı	25 (71,4)	38 (86,4)	63 (79,7)
Yapılmadı	10 (28,6)	6 (13,6)	16 (20,3)
<b>Toplam*</b>	<b>35 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>79 (100,0)</b>
<b>3'lü test</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Yapıldı	24 (70,6)	35 (79,5)	59 (75,6)
Yapılmadı	10 (29,4)	9 (20,5)	19 (24,4)
<b>Toplam**</b>	<b>34 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>78 (100,0)</b>
<b>OGTT</b>	<b>Roman kadınlar N (%)</b>	<b>Diğer kadınlar N (%)</b>	<b>Toplam N (%)</b>
Yapıldı	18 (50,0)	24 (54,5)	42 (52,5)
Yapılmadı	18 (50,0)	20 (45,5)	38 (47,5)
<b>Toplam***</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

\*(Pearson Ki-Kare Testi,  $p>0,05$ ) (Cevap veren 79 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.)

\*\* (Pearson Ki-Kare Testi,  $p>0,05$ ) (Cevap veren 78 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.)

\*\*\* (Pearson Ki-Kare Testi,  $p>0,05$ )

(OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi)

Şeker yüklem testi (OGTT) yaptırmama nedeni açık uçlu yanıtlar üzerinden analiz edildiğinde, en sık ifade edilen sebep “gerek görmedim/doğru bulmuyorum”, 2. sıklıkta ise “yan etkilerinden korktum” olmuştur. Roman kadınların %47’si yan etkilerinden korktukları için şeker yüklem testi yaptırmadığını, Roman olmayan kadınların ise %60’ı gerek görmediği ya da yapılmasını doğru bulmadığı için yaptırmadığını belirtmiştir (Tablo 4.26.).

**Tablo 4.26.** Roman ve Roman olmayan kadınların OGTT yaptırmama nedenleri

Test yaptırmama nedeni	Roman kadınlar N (%)	Diğer kadınlar N (%)	Toplam N (%)
Gerek görmedim	6 (33,3)	11 (55,0)	17 (44,7)
Yan etkilerinden korktum	8 (44,4)	5 (25,0)	13 (34,2)
Doktor önermedi	1 (5,5)	2 (10,0)	3 (7,9)
Doğru bulmuyorum	1 (5,5)	1 (5,0)	2 (5,3)
Teste engel hastalık varlığı	1(5,5)	0	1(2,6)
Cevapsız	2 (11,1)	1 (5,0)	3 (7,9)
<b>Toplam</b>	<b>18 (100,0)</b>	<b>20 (100,0)</b>	<b>38 (100,0)</b>

(OGTT yaptırmayan kadınlar üzerinden değerlendirilmiştir.)

Gebelik boyunca gidilen sağlık kontrollerinde ultrasonografi yapılma sıklığı, Roman olmayan kadınlarda (ortanca:7, min:2, max:12) Roman kadınlara göre (ortanca:4, min:0, max:7) anlamlı olarak daha yüksektir (Mann-Whitney U Testi,  $p<0,001$ ). Gebelik kontrollerinde bir veya daha fazla USG çekilen kadınlar %98,8 (79/80) oranındadır. 1 Roman kadın gebeliğinde USG çekilmediğini ifade etmiştir.

Demir ve folik asit kullanımı, Roman olmayan kadınlarda daha yüksek orandadır. D vitamini ve/veya multivitamin ise Roman kadınlar tarafından daha yüksek oranda kullanıldığı bildirilmiştir. Hiçbir destek vitamin kullanmayanların oranı, Roman kadınlarda (%25) Roman olmayanlardan (%11,4) daha yüksektir (Tablo 4.27.).

**Tablo 4.27.** Roman ve Roman olmayan kadınların gebelikte kullandığı destek ilaçlar

Destek ilaç	Roman kadınlar N (%)	Diğer kadınlar N (%)	Toplam N (%)
Demir	24 (66,7)	<b>35 (79,5)</b>	59 (73,7)
Folik asit	19 (52,8)	<b>35 (79,5)</b>	54 (67,5)
D vitamini	<b>19 (52,8)</b>	18 (40,9)	37 (46,2)
Multivitamin	<b>8 (22,2)</b>	8 (18,2)	16 (20,0)
Diğer (B12, Omega3)	0	4 (9,1)	4 (5,0)
Hiçbiri	9 (25,0)	5 (11,4)	14 (17,5)
<b>Toplam</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Verilen cevaplar çoklu yanıt olduğundan N, örneklem hacmini geçmektedir.)

Araştırma tarihinden önceki son gebeliklerinde Roman kadınların %88,9'u, Roman olmayan kadınların %97,7'si tetanoz aşısı yaptırdığını bildirmiştir (Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ ).

Gebelik öncesinde sigara kullanımı Roman kadınlarda %30,6 (11/36), Roman olmayan kadınlarda %11,4 (5/44) oranındadır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.14.).

Gebelik döneminde Roman kadınlar arasında sigara kullanımı %22,2 (8/36), Roman olmayan kadınlar arasında ise %6,8 (3/44) oranına düşmüştür ( $p>0,05$ ). Roman kadınların gebelikte sigara kullanımı, Roman olmayan kadınlardan daha yüksek olmakla birlikte, gebelik öncesinde sigara kullananların gebelikte devam etme sıklığı Roman kadınlarda (8/11), Roman olmayanlardan (3/5) daha yüksektir.

Gebelik öncesi dönemde sigara kullanan kadınların %68,8'i (11/16) gebe oldukları dönemde de sigara kullanırken, gebelik öncesinde sigara kullanmayanların hiçbiri gebelik döneminde sigara kullanmamıştır (Tablo 4.28.) ( $p<0,001$ ).

**Tablo 4.28.** Gebelik öncesi sigara kullanımına göre gebelikte sigara kullanım durumu

Gebelik öncesi sigara kullanımı	Gebelikte sigara kullanan N (%)	Gebelikte sigara kullanmayan N (%)	Toplam N (%)
Var	11 (68,8)	5 (31,2)	16 (100,0)
Yok	0	64 (100,0)	64 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>11 (13,8)</b>	<b>69 (86,2)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Fisher's Exact Test,  $p < 0,001$ )

#### 4.5. Kadınların Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Alma Özellikleri

Doğum ve DSB alma özellikleri ile ilgili soruları, son iki yıl içinde canlı doğum öyküsü olan kadınların son doğumları üzerinden yanıtlamaları istenmiştir.

##### 4.5.1. Doğum öyküsü

Doğum hizmetlerine ilişkin sorular; doğum şeklini, doğumun gerçekleştiği yeri, doğuma yardım eden kişiyi ve doğum sonrası ilk emzirme zamanını içermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların doğumunun sezaryen ile gerçekleşme oranı %45 (36/80)'tir. Meydana gelen sezaryen doğumların %41,7'si Roman kadınlarda, %58,3'ü ise Roman olmayan kadınlarda görülmektedir. Roman ve Roman olmayan kadınların son doğumlarının gerçekleşme şekli benzerdir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4.29.).

Sezaryen ile doğum yapan kadınlara açık uçlu sorular ile sezaryen ile doğumun gerçekleşme nedenleri sorulmuştur. Kadınların yarısından fazlası (21/36) tıbbi gerekçelerle; üçte biri önceki doğum şeklinin sezaryen olması nedeniyle (12/36); az bir kısmı da anne isteği ile (2/36) gerçekleştiğini ifade etmiştir (1 kişi cevapsız).

**Tablo 4.29.** Roman ve Roman olmayan kadınların doğum şekli

Etnisite	Normal doğum N (%)	Sezaryen doğum N (%)	Toplam N (%)
Roman kadınlar	21 (47,7)	15 (41,7)	36 (45,0)
Roman olmayan kadınlar	23 (52,3)	21 (58,3)	44 (55,0)
<b>Toplam</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare Testi,  $p>0,05$ )

Bir sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumlar %98,8 oranındadır. Doğumların %75'i Devlet Hastanesi, %15'i Özel Hastane, %8,8'i Üniversite veya Eğitim Araştırma Hastanesi'nde gerçekleşmiş, %1,2'si ise evde meydana gelmiştir ( $p>0,05$ ). Roman olmayan kadınlar arasında özel hastanede doğum yapma sıklığı daha yüksektir (Tablo 4.30.).

**Tablo 4.30.** Roman ve Roman olmayan kadınların doğumunun gerçekleştiği yerler

Doğum yapılan yer	Roman kadınlar N (%)	Diğer kadınlar N (%)	Toplam N (%)
Devlet Hastanesi	29 (80,6)	31 (70,5)	60 (75,0)
Özel Hastane	2 (5,6)	10 (22,7)	12 (15,0)
Üniversite Hastanesi-EAH	4 (11,1)	3 (6,8)	7 (8,8)
Ev	1 (2,8)	0 (0)	1 (1,2)
<b>Toplam</b>	<b>36 (100,0)</b>	<b>44 (100,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ )

(EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi)

Devlet hastanesinde gerçekleşen doğumların %35,0'i (21/60), özel hastanedeki doğumların ise %83,3'ü (10/12) sezaryen ile gerçekleşmiştir. Özel hastanedeki doğumların sezaryen ile gerçekleşme oranı, devlet hastanesinde gerçekleşenlerden anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.31.) (Pearson Ki-Kare Testi,  $p=0,002$ ).

**Tablo 4.31.** Doğum yapılan yerlere göre doğum şekli

Doğum yapılan yer	Normal doğum N (%)	Sezaryen doğum N (%)	Toplam N (%)
Devlet Hastanesi	39 (65,0)	21 (35,0)	60 (100,0)
Özel Hastane	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (100,0)
Üniversite Hastanesi-EAH	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100,0)
Ev	1 (100,0)	0	1 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>44 (55,0)</b>	<b>36 (45,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Fisher's Exact Test,  $p=0,002$ )  
(EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi)

Doğumların %98,8'i uzman bir sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmiştir. Doğumların %66,3 (53/80)'ünde doğuma primer yardımcı sağlık personeli doktor iken, %32,5 (26/80)'inde ebe veya hemşiredir.

Bir sağlık kuruluşunda normal yolla doğum yapan kadınlar arasında doğumu yöneten sağlık personeli bakımından etnisiteye göre anlamlı fark vardır. Normal yolla doğum yapan Roman olmayan kadınların %56,5 (13/23)'inde doğumu yöneten sağlık personeli bir doktor iken, Roman kadınların %20,0 (4/20)'sinin doğumuna bir doktor eşlik etmiştir ( $p=0,015$ ) (Tablo 4.32.).

**Tablo 4.32.** Normal Doğum Yapan Roman ve Roman olmayan kadınlarda doğuma yardımcı sağlık personeli

Doğum yaptıran kişi	Roman kadınlar N (%)	Diğer kadınlar N (%)	Toplam N (%)
Doktor	4 (20,0)	13 (56,5)	17 (39,5)
Ebe/hemşire	16 (80,0)	10 (43,5)	26 (60,5)
<b>Toplam</b>	<b>20 (100,0)</b>	<b>23 (100,0)</b>	<b>43 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare Testi,  $p=0,015$ )  
(Evde doğum yapan 1 kişi, analiz dışı bırakılmıştır.)

Doğumdan sonraki ilk yarım saatte bebeğini emziren kadınlar %30 oranındadır (24/80). Roman ve Roman olmayan kadınlar arasında doğumdan sonraki ilk yarım saatte bebeği emzirmeleri bakımından anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Doğum



sonrası ilk yarım saatte bebeğini emzirmeyen kadınların ilk emzirme zamanı açık uçlu sorular yöneltilecek öğrenilmiştir. Doğum sonrası ilk 1 saat içinde bebeğini emziren kadınlar %32,5 (26/80) oranındadır.

Roman kadınların %58,3 (21/36)'ü, Roman olmayan kadınların ise %75,0 (33/44)'ı doğum sonrası ilk 1-2 saat içinde bebeğini emzirmiştir.

Normal yolla doğum yapan kadınlarda doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde bebeğini emzirme oranı anlamlı olarak daha yüksektir (Pearson Ki-Kare Testi,  $p=0,001$ ) (Tablo 4.33.).

Normal yolla doğum yapan kadınlar arasında (44) bebeğini ilk yarım saat içinde emzirmeyen kadınların (24) 20'si bebek yanına geç geldiği için emziremediğini ya da odaya çıktığında emzirdiğini söylemiştir. İki kadın bebeği kuvözde kaldığı için, 1 kadın da sütü gelmediği için ilk yarım saatte emzirememiştir (*cevapsız 1 kişi*).

**Tablo 4.33.** Doğum şekline göre doğum sonrası ilk yarım saatte emzirme durumu

Doğum şekli	Emzirmiş	Emzirmemiş	Toplam (%)
Normal doğum	20 (45,5)	24 (54,5)	44 (100,0)
Sezaryen doğum	4 (11,1)	32 (88,9)	36 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>24 (30,0)</b>	<b>56 (70,0)</b>	<b>80 (100,0)</b>

(Pearson Ki-Kare Testi,  $p=0,001$ )

#### 4.5.2. Doğum sonrası bakım alma

Doğum sonrası bakım almaya ilişkin sorular; doğum sonrası hastanede kalınan süre, doğum sonrası hastaneden ayrıldıktan sonra sağlık kontrollerinin yapılma zamanı ve yapıldığı kurum, anne sütü ve emzirme hakkında bilgilendirme alma durumunu içermektedir.

Doğum sonrası hastanede kalma süresi Roman kadınlarda (ortanca:2, min:1, max:18) diğer kadınlardan (ortanca:1, min:1, max:9) anlamlı olarak daha uzundur (Mann-Whitney U Testi,  $p=0,044$ ).

Doğum sonrası hastanede kalış süresi sezaryen doğumlarda anlamlı olarak daha yüksektir (Pearson Ki-Kare Testi,  $p<0,001$ ). Normal doğumların %68,2 (30/44)' sinde doğum sonrası hastanede kalış süresi 1 gün iken, sezaryen doğumların %80,6 (29/36)'sında kalış süresi 2 gün ya da daha fazladır. Sezaryen doğumların %38,9 (14/36)'u 3 gün veya daha uzun süre hastanede kalırken, normal doğumlarda bu oran %11,4 (5/44)'tür.

Dünya Sağlık Örgütü hem anne hem de bebeğin doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde DSB almasını önermektedir. Lohusanın doğum sonrası hastanede bulunduğu ilk 24 saat içinde 3, doğumu takip eden 6 hafta içinde evde veya bir sağlık kurumunda 3 olmak üzere toplam 6 kez izleminin yapılması önerilmektedir. Birinci izlem doğumu takip eden ilk 1. saatte, ikinci izlem 1-6. saatler arasında, üçüncü izlemin de 6-24. saatler arasında lohusanın hastanede kaldığı süre içerisinde değerlendirilmesi önerilmektedir. İlk 24 saat içinde hastanede bulunulan süreçte yapılan 3 izleme ek olarak, doğumu takip eden 2-5.günler arasında 4. izlem; 13-17. günler arasında 5. izlem; 30-42. günler arasında 6. izlemin evde ya da bir sağlık kuruluşunda yapılması tavsiye edilir.

Doğum sonrası hastaneden taburcu olduktan sonra kadınların %70,0 (56/80)'ı bir sağlık kurumunda kontrollerini yaptırdığını belirtmiştir ( $p>0,05$ ). Doğum sonrası bakım alan kadınların tamamı (56) bu hizmeti bir hekimden almıştır. Taburcu olduktan sonra sağlık kurumuna kontrole gitmeyen kadınların (24) yaklaşık yarısı (11) kontrole çağrılmadığı veya kontrole gitmesi gerektiğini bilmediğini ifade etmiştir. Kadınların üçte birinden fazlası (9/24) doğum sonrası kontrolüne gerek duymadığı için gitmediği, 1 kadın da korktuğu için gitmediği yanıtını vermiştir (Tablo 4.34.).

**Tablo 4.34.** Roman ve Roman olmayan kadınların doğum sonrası sağlık kontrolü yaptırmama nedenlerini

<b>Kontrol yapılmama nedeni</b>	<b>Roman kadınlar</b>	<b>Diğer kadınlar</b>	<b>Toplam (%)</b>
Bilmiyordum, çağrılmadım	4 (36,4)	7 (53,8)	11 (45,8)
Gerek duymadım	4 (36,4)	5 (38,7)	9 (37,5)
Diğer (korktum)	1 (9,1)	0	1 (4,2)
Cevapsız	2 (18,2)	1 (7,7)	3 (12,5)
<b>Toplam</b>	<b>11 (100,0)</b>	<b>13 (100,0)</b>	<b>24 (100,0)</b>

(Doğum sonrası sağlık kontrolüne gitmeyen kadınlar arasında değerlendirilmiştir.)

Roman kadınlar doğum sonrasındaki kontrolleri için Devlet Hastanesi'ni, Roman olmayan kadınlardan daha çok tercih etmektedir (Fisher's Exact Test,  $p=0,016$ ) (Tablo 4.35.).

**Tablo 4.35.** Roman ve Roman olmayan kadınların doğum sonrası sağlık kontrolüne gittiği kurumlar

Sağlık Kurumu	Roman kadınlar N (%)	Diğer kadınlar N (%)	Toplam N (%)
Devlet Hastanesi	20 (80,0)	19 (61,3)	39 (69,6)
Özel Hastane/Muayenehane	1 (4,0)	10 (32,3)	11 (19,6)
Üniversite Hastanesi	3 (12,0)	2 (6,5)	5 (8,9)
ASM	1 (4,0)	0	1 (1,8)
<b>Toplam</b>	<b>25 (100,0)</b>	<b>31 (100,0)</b>	<b>56 (100,0)</b>

(Fisher's Exact Test,  $p=0,016$ )

(Doğum sonrası sağlık kontrolüne giden kadınlar arasında değerlendirilmiştir.)

(ASM: Aile Sağlığı Merkezi)

Kadınlar genellikle doğum sonrası izlemleri için doğum yaptıkları sağlık kurumlarına gitmeyi tercih etmektedir. Doğumunu üniversite hastanesinde yapan bir kadın doğum sonrası kontrolü için ASM'yi, evde doğum yapan bir kadın ise devlet hastanesini tercih etmiştir (Tablo 4.36.).

**Tablo 4.36.** Doğumun yapılan yere göre doğum sonrası kontrole gidilen sağlık kurumları

Doğum yapılan yer	Devlet Hastanesi (N)	Özel Hastane/ Muayenehane (N)	Üniversite/ EAH (N)	ASM (N)	Toplam (N)
Devlet Hastanesi	38	0	0	0	38
Özel Hastane	0	11	0	0	11
Üniversite -EAH	0	0	5	1	6
Ev	1	0	0	0	1
<b>Toplam</b>	<b>39</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>56</b>

(Doğum sonrası sağlık kontrolüne giden kadınlar arasında değerlendirilmiştir.)

(ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi)

Sağlık Bakanlığı'nın *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi 2014*'e göre, doğum sonrası önerilen 6 izlemin 3'ünün, doğumu takip eden 2.-5. gün, 13.-17. gün, 30.-42. günlerde evde veya bir sağlık kuruluşunda yapılması önerilmektedir.

Doğum sonrası alınan bakım sayısı, hastanede kalınan süre dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Buna göre doğumu takip eden günlerde, önerilen izlemlerin yarısından fazlasına gitme oranı Romanlarda daha yüksektir (Tablo 4.37.). Hastaneden çıktıktan sonra DSB alma ortalaması Roman kadınlarda 1,32 (ortanca:1, min:1, max:3) olup, Roman olmayan kadınlarda 1,23 (ortanca:1, min:1, max:2)'tür.

**Tablo 4.37.** Doğum sonrası önerilen izlem sayısına göre gidilen izlemlerin etnisiteye göre dağılımı

Önerilen izlem sayısına göre gidilen izlem sayısı	Roman kadınlar N (%)	Diğer kadınlar N (%)	Toplam (%) N (%)
1/3	15 (60,0)	22 (71,0)	37 (66,1)
1/2	3 (12,0)	2 (6,5)	5 (8,9)
2/3	4 (16,0)	5 (16,1)	9(16,1)
3/3	3 (12,0)	2 (6,5)	5 (8,9)
<b>Toplam</b>	<b>25 (100,0)</b>	<b>31(100,0)</b>	<b>56 (100,0)</b>

(Doğum sonrası sağlık kontrolüne giden kadınlar arasında değerlendirilmiştir.)

Kadınların tamamına yakınına (%92,5), doğum sonrasında anne sütünün önemi ve doğru emzirme teknikleri konusunda, hastanedeki bir sağlık personeli tarafından bilgilendirme yapılmıştır (Fisher's Exact Test,  $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Üreme çağı kadınları, gebelik ve doğum süreçlerini yaşamaları ve bu dönemlerde belirli sağlık riskleri ile karşılaşabilmeleri dolayısıyla önem verilmesi gereken bir gruptur. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem hem anneyi hem de bebeği doğrudan etkilediği için kadın sağlığında en kritik dönemdir. Bu dönemdeki kadınların yeterli bakım almaları ve güvenli koşullarda doğumu gerçekleştirmeleri sağlanmalıdır [68]. Kadının sağlıklı olması doğrudan çocuğu ve aileyi, dolaylı olarak da toplumun sağlığını etkilediğinden, özellikle üreme çağındaki kadınların sağlığının korunması ve geliştirilmesi önem ve öncelik taşımaktadır.

Gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar arasında en yaygın ölüm nedenidir (75,76). Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların daha fazla gebelik yaşamaları sebebiyle gebelikle ilişkili yaşam boyu ölüm riskleri daha yüksek olmaktadır [75]. Son yıllarda anne sağlığı hizmetlerindeki yetersizliklere bağlı olarak yaşanan gebelik ve doğum komplikasyonları sonucunda oluşan anne ve yeni doğan ölüm ve sakatlıklarını azaltma amacıyla güvenli annelik girişimi başlatılmıştır [72]. Güvenli annelik girişimi esas olarak doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetleri ve güvenli doğum öğelerini içermektedir.

Anne ölümlerinin çoğu önlenebilir faktörlerden kaynaklanmaktadır. Anne ölümlerinde standart bakım yetersizliğine ilişkin önlenebilir faktörlerden olan hane halkı ve toplumsal etmenler içinde sorunun fark edilmesi, sağlık bakımı ve tedavi için başvuruda gecikme ve doğum öncesi bakımın hiç alınmaması en sık karşılaşılan önlenebilir faktörlerdir [72]. Dünyada anne ölümlerinde meydana gelen düşüşe paralel olarak ülkemizde de son yıllarda önemli azalma olmuştur [74].

Literatürde etnik azınlık gruplardaki kadınların anne sağlığı hizmetlerini diğer kadınlardan daha az ve daha geç aldıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır [59-61]. Ülkemizde yapılan sınırlı sayıda araştırma sonuçları, Roman kadınların başta anne

sağlığı hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıklarını göstermektedir [6, 10, 57]. Roman kadınların birlikte yaşadıkları bölgedeki Roman olmayan kadınlara göre daha az ve daha geç DÖB aldıkları araştırmalarda gösterilmiştir [10, 16, 57]. Avrupa’da yaşayan Romanlarda olduğu gibi ülkemizde de Roman kadınlarda doğurganlığın daha erken yaşlarda başladığı ve daha yüksek oranlarda olduğu bilinmektedir [8, 10, 16, 57, 58].

Yaşadıkları coğrafyalarda Roman olmayan nüfusa kıyasla Romanların sağlık düzeyi daha kötü durumdadır [6, 8, 9, 57]. Günümüzde halen Roman vatandaşların etnik kökenleri sebebiyle barınma, beslenme, eğitim ve istihdam gibi sağlığın sosyal belirleyicileri bakımından yaşama dezavantajlı bir konumda başladıkları bir gerçektir. Roman vatandaşlar sağlık hizmetlerine erişme, sağlık riskleri ile karşı karşıya kalma ve sağlık durumları açısından eşitsizlikler yaşamaktadır [6, 8-10]. Gerek Avrupa gerekse ülkemizde yaşayan Romanlar, sosyal dışlanma, ayrımcılığa maruz kalma ve sonuç olarak istihdam, sağlık ve eğitime erişim engelleri ile karşı karşıya kalmaktadır.

Sahip olduğu etnik köken nedeniyle toplumda en fazla mağduriyet yaşayan Romanların, yaşam koşullarındaki ve sağlık durumlarındaki olumsuz sonuçların bilinmesine rağmen, bu alanda yapılmış araştırmalar yeterli düzeyde değildir. Özellikle kadın üreme sağlığının önemli bileşenlerinden olan doğum öncesi ve doğum sonrası bakım alma özelliklerini, yaşadıkları toplum içinde karşılaştırmalı olarak değerlendiren araştırmalar bulunmamaktadır. Dolayısıyla Roman kadınların kendileriyle aynı mahallede, benzer sosyokültürel ve çevresel koşullarda yaşayan diğer kadınlara göre mevcut durumlarının tespiti önem taşımaktadır. Bu amaçla, bölgede Romanların yaşadığı mahalle olarak bilinen ve aynı zamanda Roman olmayan hanelerin de bulunduğu bir mahallede, araştırma tarihinden önceki 2 yıl içinde doğum yapmış tüm kadınların doğum öncesi ve sonrası dönemde bakım alma özelliklerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirildiği, kesitsel tipte bir araştırma yapılmıştır. Gebelik, doğum ve lohusalık dönemleri hakkındaki bilgiler katılımcıların kendi beyanlarına dayanılarak toplandığından, hafıza faktörü gözetilerek katılım son 2 yılda doğum yapanlarla sınırlandırılmıştır. Mahallenin nüfusu ve araştırma bölgesinin kaba doğum hızı göz önünde bulundurularak 2 yılda gerçekleşmesi beklenen tahmini doğum sayısı hesaplanmış, örneklem seçilmeyerek tüm evrene ulaşılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

## 5.1. Araştırmaya Katılım

Bu araştırmadaki veriler, kadınların doğum öncesi ve sonrası dönemleri hakkındaki sorulara verdikleri yanıtlardan elde edilmiştir. Geçmiş dönem ile ilgili sorulara verilen yanıtlarda hafızanın etkisi olabileceği düşünülerek doğum öyküsü 2 yıl ile sınırlandırılmıştır. Araştırma bölgesinde bir yılda gerçekleşmesi beklenen tahmini doğum sayısının düşüklüğü ve saha araştırmalarındaki katılım oranları düşünüldüğünde, istatistiksel değerlendirmelerde sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için örneklem seçilmeyip tüm hanelere ulaşım hedeflenmiştir.

Mahalledeki 1346 hanenin tümüne gidilmiş olup, ilk temasta evde bulunamayan 548 haneye farklı bir tarihte yeniden gidilmiştir. İkinci defa gidildiğinde de evde bulunamayan 213 haneden, komşu hanelerden araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun kişilerin bulunduğu bilgisi alınan 11 haneye farklı bir tarihte 3. temas sağlanmıştır. Böylece araştırmaya katılım artırılarak evreninin tamamına ulaşma hedefi sağlanmaya çalışılmıştır. Üçüncü temasta da evde bulunamayan 3 hane ile birlikte toplamda 205 hane ile görüşme yapılamamıştır. Bununla birlikte ulaşılamayan hanelerin çoğu için uygun kişilerin bulunup bulunmadığı bilgisinin edinilmesi, araştırma evreninin büyük çoğunluğuna erişildiğini düşündürmektedir. Bu görüşü, dâhil edilme kriterlerine uyan 85 kadından 80'inin araştırmaya katılmış olması, yani yanıt oranının yüksekliği desteklemektedir.

2017 TUİK verilerine göre Tekirdağ bölgesinin kaba doğum hızı ve mahalle nüfusu esas alınarak bir yılda gerçekleşmesi beklenen doğum sayısı hesaplanmıştır. Hesaplanan sayı üzerinden de 2 yılda meydana gelebilecek doğum sayısı tahmin edilmiştir. Araştırmada bulunan doğum sayısının tahmini sayının altında kalması, mahalledeki doğum oranının düşüklüğünden kaynaklanmış olabilir. Beklenenin aksine doğumların yarısından daha az bir kısmının Roman kadınlarda görülmesi, mahalledeki Roman nüfusun azınlıkta olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca Romanların ortalama çocuk sayısının diğer kadınlara benzerliği, zaman içinde Romanların da birlikte yaşadıkları toplumun kültürüne ayak uydurmuş olabileceğini düşündürebilir.

Araştırma evreninin tümüne erişimin, aile sağlığı merkezleri veya ilçe nüfus müdürlükleri üzerinden sağlanması araştırmanın planlanması safhasında düşünülmekle birlikte birtakım nedenlerden dolayı uygun bulunmamıştır. Ailelerin ya da fertlerin birbirinden bağımsız olarak kendi mahalleleri dışındaki aile sağlığı

merkezlerinde kayıtları olabileceği gibi herhangi bir yerde kaydı bulunmuyor olabilir. Bu nedenle ASM kayıtlarından evrendeki kadınlara ulaşım sağlanmamıştır. Ayrıca araştırma planlanırken İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne ilgili kayıtların bilgisinin elde edilip edilemeyeceği sorulduğunda, bir başka ilde gerçekleşen doğumun kaydının aile tarafından orada yaptırılabilirdiği bilgisi alınmıştır. Dolayısıyla evrenin tümüne bu metotla ulaşılması uygun görülmemiştir. Sonuç olarak hanelerin tümüne gidilip uygun kişilerin katılımının sağlanması kararlaştırılmıştır.

## 5.2. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan son 2 yılda canlı doğum yapmış 80 kadının 36'sı Roman (%45), 44'ü (%55) Roman olmayan kadından oluşmaktadır. Roman kadınların daha az oranda bulunması, mahallede Roman nüfusun azınlıkta olmasından kaynaklanıyor olabilir. Edirne'de Romanların yoğun olarak yaşadığı bir mahallede 15-49 yaş grubu tüm kadınların dâhil edildiği bir araştırmada, Roman kadınların oranı %27,2 olarak bulunmuştur [10]. Yine Edirne'de yapılan bir başka araştırmada, Romanların da yaşadığı bir mahalleden seçilen örneklemede Roman haneler %29,6 oranındadır [50]. Romanların yoğun olarak yaşadıkları mahallelerde dahi sayılarının azınlıkta olduğunu söylemek mümkündür.

Araştırmamızdaki kadınların %36,2'si 15-24 yaş, %53,8'i 25-34 yaş, %10'u ise 35-49 yaş arasındadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 raporuna göre Türkiye'de doğurgan çağdaki kadınların %29,9'u 15-24 yaş, %28,6'sı 25-34 yaş, %41,5'i ise 35-49 yaş grubundadır [99]. Araştırmadaki kadınların Türkiye'de doğurgan çağ kadınlarından daha genç yaş grubunda olmaları, son iki yılda doğum yapanların seçilmesine bağlı olabilir. Nitekim son iki yılda doğum yapan kadınların yaş dağılımı, Türkiye'deki kadınların doğurganlık hızının en yüksek olduğu yaş grubu ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca Türkiye'deki kadınların %66'sı evli iken araştırmadaki kadınların %93,7'si evlidir [99]. Bu farklılık, bazı toplumlarda özellikle kadın için cinsel yaşam evlilikle bağdaştırıldığından, gebeliklerin genellikle evlilikte gerçekleşmesinden kaynaklanıyor olabilir [110].

Bireylerin sağlıklı olma halinin devamlılığı, sağlığı etkileyen barınma, istihdam, eğitim gibi sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesi ile sağlanabilir. Bunların içinde en



temel basamağı eğitimin oluşturduğu söylenebilir. Eğitim düzeyi bireylerin gelecekteki yaşam koşullarını belirleyen ana unsurdur. Yaşam standardını yükseltilmesi büyük oranda eğitimin güçlendirilmesiyle sağlanabilir [7]. Araştırmamızdaki kadınların eğitim düzeyleri ve toplam eğitim gördükleri süre, eşlerinden daha düşüktür. Türkiye’de de kadınların eğitim seviyesinin erkeklerden daha düşük düzeyde olduğu bilinmektedir [99].

Araştırmamızda Roman ve Roman olmayanlar arasında eğitim durumu açısından önemli farklılık olduğu görülebilir. Roman kadınlar ve eşleri eğitim düzeyi ve eğitim aldıkları süre bakımından, Roman olmayan kadın ve eşlerinden anlamlı düzeyde geridedir. Romanların eğitim alanında geri kalmaları, sosyoekonomik düzeylerinin daha kötü olması ile açıklanabilir. Benzer olarak Berberoğlu’nun araştırmasında, Romanların eğitim düzeyi Roman olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür [50]. Beyzadeoğlu’nun yaptığı araştırmada da Roman kadınların eğitim düzeyi Roman olmayanlardan önemli oranda düşük bulunmuştur [10]. Kırklareli ilinde birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran Roman ve Roman olmayan vatandaşların, öğrenim durumu ve etnik yapıları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır [111]. AB Temel Haklar Ajansı’nın 2011 yılında 11 AB üyesi ülkede yürüttüğü bir araştırmada, bu ülkelerde yaşayan Romanların, ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, Roman olmayanlardan eğitime devam ve tamamlanan eğitim yılı bakımından önemli düzeyde geride kaldıkları görülmektedir. Roman erkek ve kadınların %80’i, Roman olmayanların ise %99’u okuryazardır [7].

Araştırmamızda Roman kadınların %61,1’i okuryazar iken, Roman kadınların eşlerinde bu oran %77,8’dir. Araştırmaya katılan Roman olmayan kadınların eşleriyle eğitim durumu benzerlik gösterirken, Roman kadın ve eşleri arasındaki farkın fazla olduğu söylenebilir. Roman nüfusu fazla olan AB üyesi ülkelerde yürütülen araştırmalarda, Roman kadınlar eğitim açısından Roman erkeklerin gerisinde olmakla birlikte, cinsiyetler arası bu fark ülkelere göre değişmektedir. Genel olarak okuryazar olma oranı Roman kadınlarda %77 iken, Roman erkeklerde %85, Roman olmayanlarda ise %99 oranındadır [7]. Portekiz, okuryazar olma oranının Roman kadınlarda %55 ile Roman erkeklerde %77 olduğu cinsiyetler arası farkı en yüksek ülkedir. Ayrıca Romanya ve Yunanistan da Roman kadın ve erkekler arasında okuryazarlık seviyesinde belirgin farkın olduğu ülkelerdendir [7, 8, 112].

Araştırmamıza katılan Roman kadınların büyük çoğunluğu (%80,6), Roman olmayan kadınların yaklaşık üçte biri (%36,4) ilkokul ve altı eğitim düzeyindedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 sonuçlarında Batı Marmara’da ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olan 15-49 yaş kadınların oranı %37’dir [99]. Roman olmayan kadınların eğitim düzeyi yaşadıkları bölge ortalamasına yakın iken, Roman kadınların eğitim düzeyi oldukça düşüktür. Beyzadeoğlu’nun 2003 yılında yaptığı araştırmasında, Roman kadınların %92’si ilkokul ve daha az eğitilmiş iken, Roman olmayanlarda bu oran %61’dir [10]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerinde Batı Marmara’da ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olan 15-49 yaş kadınları %74 oranındadır [113]. Roman olmayan kadınların eğitim durumu araştırma bölgesinin verileriyle benzerlik gösterirken Roman kadınlarındaki ortalamanın çok altında kaldığı görülebilir. Roman kadınların eğitim seviyelerinin diğer kadınlardan önemli derecede düşük bulunması, sosyoekonomik eşitsizliklerin Roman kadınlarda belirgin bir şekilde devam ettiğini düşündürülebilir. Ayrıca Romanlarda okuryazar oranının düşük olması, eğitimin önemini kavrayamamalarına ve çocuklarını okula göndermemelerine, dolayısıyla gelecek kuşaklara eğitimin önemini aktarılamamasına sebep olmaktadır [46].

Kadınların %93,8’i gelir getiren bir işte çalışmamakta olup ev hanımıdır. Türkiye’de son 1 yıl içinde kadınların çalışma oranı %28,3 iken, Batı Marmara’da bu oran %39,4’tür [99]. Ülke ortalamasından yüksek oranlarda kadın istihdamının görüldüğü bir bölgede yapılan araştırmada kadın istihdamının oldukça düşük bulunması, kadınların yakın zamanda doğum yapmış olmaları sebebiyle çocuğun bakımını üstlenmelerinin gelir getirici bir işte çalışmalarına engel olduğunu düşündürmektedir. Beyzadeoğlu’nun yaptığı araştırmada, kadınların %84,5’i son bir yıl içinde gelir getirici bir işte çalışmamakta olup çoğu ev hanımıdır (%77). Roman kadınların %12, Roman olmayan kadınların %16,8’inin son bir yıl içinde gelir getirici bir işte çalıştıkları tespit edilmiştir [10]. Berberoğlu’nun araştırmasında da Roman kadınların %97,2’si ev hanımı iken, Roman olmayanlarda bu oran %78,3’tür [16]. AB üyesi ülkelerde yaşayan Roman kadınların %21’i gelir getirici bir işte çalışmakta, Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Macaristan’da çalışan Roman kadınların oranı Roman erkeklere eşit ya da daha yüksek; Fransa, Yunanistan, İtalya, Romanya gibi ülkelerde ise ev hanımı olan kadınlar daha yüksek orandadır [7].

Roman olmayan kadınların %95,3’ü, Roman kadınların ise %77,1’i eşinin gelir getirici bir işte çalıştığını belirtmiştir. Genel olarak gelir getirici bir işte çalışan eşlerin oranının yüksekliği, araştırmanın yürütüldüğü Tekirdağ ilinin 2018 TÜİK verilerine göre istihdam ve işgücüne katılımın en yüksek olduğu illerden biri olması ile ilişkili

olabilir. Ayrıca araştırma grubu genç yaş grubunu kapsadığından çalışan oranı yüksek bulunmuş olabilir. Ancak Roman kadınların eşleri yaygın olarak hamallık ya da hurdacılık gibi düzenli bir geliri olmayan günü birlik işlerde çalışmaktadır. Dolayısıyla gelir getiren bir iş yapıyor olanlar çalışıyor kabul edilmekle birlikte, bu oran karşılaştırılabilir değildir. AB üyesi ülkelerde yaşayan Roman erkeklerdeki işsizlik oranının %39 olduğu bildirilmiştir [7]. Doğu Avrupa'daki Romanlarda ortalama %45 olan işsizlik oranı bazı bölgelerde %60'lara yükselmektedir [47]. Bulgaristan'da Roman erkeklerin iş hayatına katılım oranı %35 iken, Roman olmayanların %66'dır. Makedonya'da Romanlardaki işsizlik toplum ortalamasının en az iki katıdır [114].

Roman kadınlar tarafından genellikle düzenli bir gelirlerinin olmadığı, haneye giren aylık toplam kazancın asgari ücretin altında kaldığı ifade edilmiştir. Haneye giren aylık kazancın kadınların kendi beyanına dayanması, özellikle Romanların yardım yapılacağı yönünde beklentilerinin olduğu göz önünde bulundurulduğunda, gelirlerini olduğundan daha düşük göstermiş olabileceklerini düşündürebilir. Diğer yandan, Romanların sürekliliği olmayan günlük işlerde çalıştıkları bilinmektedir. Romanların düzenli bir işte çalışmaması Roman olmayanlara göre ekonomik anlamda önemli oranda geride kalmalarına sebep olmuş olabilir. Beyzadeoğlu ve Berberoğlu'nun araştırmalarında da Roman haneleri, Roman olmayanlardan çok daha düşük gelirlidir [10, 16]. Kırklareli'nde yapılan araştırmada da Romanların evine giren aylık para miktarı Roman olmayanlardan önemli oranda düşük bulunmuştur [111]. Avrupa'da yaşayan Romanlarda da Roman olmayan ve genel nüfusla karşılaştırıldığında, yoksulluk sınırının altında kalan hanelerin daha fazla olduğu gösterilmiştir [7]. Örneğin, Arnavutluk'ta Romanların %72'si, Roman olmayanların ise %14'ü yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır [114].

Roman kadınların %82,9'unun sosyal güvencesi Yeşil Kart iken, Roman olmayan kadınların %84,6'sı SGK güvencelidir. Sahip oldukları sosyal güvence türü bakımından Roman ve diğer kadınlar arasında anlamlı farklılık bulunduğu söylenebilir. Ekuklu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, Romanların ilk sırada %47,6 oranında Yeşil Karta, Roman olmayanların ise ilk sırada %59,2 oranında SSK güvencesine sahip olduğu bulunmuştur [50]. Beyzadeoğlu'nun araştırmasına göre sahip olunan sosyal güvence türü Roman kadınlarda en sık Yeşil Kart (%70,6), Roman olmayanlarda ise (%49,9) SSK'dır [10]. Berberoğlu'nun araştırmasında Romanların %58,7'si Yeşil Kartlı iken, Roman olmayanlarda bu oran %8,7'dir [16]. Kırklareli'nde birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran Romanların %18,8'inin sosyal güvencesi

Yeşil Kart iken, Roman olmayan vatandaşların %4,4'ü Yeşil Karta sahiptir [111]. Romanların genellikle Yeşil Karta sahip olması, sosyal güvencesi olmayan işlerde çalışmalarının bir sonucu olabilir.

Araştırmamızda hiçbir sosyal güvencesi bulunmayan kadınların neredeyse tamamı Roman olmayan kadınlardır. Bu durum genellikle sosyal güvencesi olmayan işlerde çalışan Romanların Yeşil Kart almalarının daha yaygın olduğunu düşündürebilir. 2000 yılında Ekuklu ve arkadaşlarının yaptığı hane halkı araştırmasında Romanlarda sosyal güvenceye varlığı, Türkiye geneline göre önemli farkla yüksektir. Bununla birlikte, herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayanların oranı Romanlarda (%21,3) Roman olmayan vatandaşlardan (%13,4) anlamlı düzeyde yüksektir [50]. 2003 yılında Beyzadeoğlu'nun yaptığı araştırmada da hiçbir sosyal güvencesi bulunmayan kadınlar, Romanlarda %12,5; Roman olmayanlarda ise %11,8 oranındadır [10]. 2007 yılında Kırklareli'nde yürütülen araştırmada, Roman vatandaşların %2,9'unun, Roman olmayanların %2,2'sinin sosyal güvencesinin olmadığı görülmüştür [111]. AB üyesi 11 ülkede yaşayan Romanların %18'i herhangi bir sağlık sigortası kapsamında değilken, yakınlarında yaşayan Roman olmayan kadınlarda bu oran %8'dir [112].

### 5.3. Üreme Öyküsü

Araştırmadan önceki 2 yıl içinde canlı doğum yapmış kadınlar arasında Roman ve Roman olmayanların çocuk sayısı birbirine benzerdir. Roman kadınların ortalama çocuk sayısı 2,3 iken, Roman olmayan kadınların 2,1'dir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 sonuçlarına göre Türkiye'de doğurgan çağdaki evli kadınlar ortalama 2,4 doğum yapmıştır [99]. Araştırmadaki kadınların Türkiye ortalamasından daha az sayıda çocuklarının bulunması, Tekirdağ ili doğurganlık hızının ülke ortalamasının altında oluşu ile açıklanabilir [[http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt\\_id=1060](http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1060). TÜİK 2018. Erişim tarihi: 23.01.2020]. Roman kadınların Roman olmayanlara benzer sayıda çocuk sahibi olmaları ise, doğurganlık hızı düşük bir bölgede yaşamalarının etkisi olabilir. Son yıllarda Avrupa'da yapılan araştırmalar Roman nüfusunun yapısında değişim olduğunu göstermektedir. Bu durum, geçmiş yıllarda Avrupa Roman olmayan nüfusunda meydana gelen doğum oranındaki düşüşü yansıttığını

gösterebilir [8, 115]. Kırklareli ilinde (2007) yapılan bir araştırmada da birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran Roman ve Roman olmayanlar vatandaşların ortalama çocuk sayısı benzer bulunmuştur [111]. Beyzadeoğlu (2003) ve Berberoğlu'nun (2002) Edirne'de yaptığı araştırmalarda ise Roman kadınların diğerlerinden daha fazla sayıda çocuk doğurduğu görülmüştür [10, 16].

Araştırmadaki hem Roman hem de Roman olmayan kadınların eğitim gördükleri yıl arttıkça sahip oldukları çocuk sayısı azalmaktadır. Kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi, daha az sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlamış olabilir. Nitekim Türkiye'de de kadınların eğitim düzeyi artışı ile doğurganlık azalmaktadır [99].

Türkiye'de 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ilk doğumda ortanca anne yaşı 23,3'tür. Araştırmamızda ilk gebelikte anne yaşı, Roman kadınlarda Roman olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Roman kadınlarda ilk gebelikte anne yaşı ortalama 17,5±3,1 (med:17; min:13-max:29) iken, diğer kadınlarda ilk gebelikte anne yaşı ortalama 21,3±4,3 (med:20; min:16-max:36) 'dir. Ayrıca araştırmada son 2 yılda doğum yapmış kadınlar arasında Romanların, anlamlı farkla Roman olmayanlardan daha düşük yaş ortalamasında olması, Romanların daha erken yaşta doğurganlık yaşamalarıyla ilişkili olabilir. Beyzadeoğlu'nun 2003 yılında yaptığı araştırmada da Romanlar ilk gebeliklerini daha erken yaşta yaşamıştır [10]. Avrupa'da yaşayan Roman kadınlar da genellikle yüksek doğurganlık oranlarına sahip olup daha genç yaşlarda doğurmaktadır [17]. Fransa'da Roman kadınların ilk doğumda anne yaşı 2008 yılında 17, 2011 yılında 17,3 olarak bildirilmiştir [8].

Roman ve Roman olmayan kadınlar birlikte değerlendirildiğinde, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olanların %34,3'ü 20 yaş altında ilk gebeliklerini yaşamışken, ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olanlarda bu oran %80'dir. Beyzadeoğlu'nun 2003 yılındaki araştırmasında da ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınların %28,2'si 20 yaşından önce ilk gebeliklerini yaşarken, ilkokulu bitirmemiş kadınlarda bu oran %74,8'dir [10]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerinde, kadın eğitim düzeyinin azalması ile ilk anne olma yaşının düştüğü görülebilir [99]. Kadınlarda eğitim düzeyi azaldıkça ilk gebeliğin daha erken yaşlarda yaşandığını söylemek mümkündür. Bu doğrultuda, Roman kadınların eğitim düzeylerinin düşük olmasına bağlı olarak ilk gebeliklerini daha erken yaşta yaşadıkları düşünülebilir. Fakat Roman olmayan kadınlarda eğitim düzeyinin artışı ile ilk gebelikte anne yaşının yükselmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen, Roman kadınlarda eğitim düzeyi ile ilk gebelikte anne yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Gebelikler arasındaki doğum aralıklarının bilinmesi, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili bilgi vermesi bakımından önemlidir. Doğum aralıklarının kısa olması, anne ve çocuk ölümü riskini arttırmaktadır. Türkiye’de son 5 yılda gerçekleşen doğumların %21’i önceki doğumdan “çok kısa” bir süre sonra, yani 24 aydan kısa bir süre içinde gerçekleşmiştir [99]. Araştırmamıza katılan kadınlardan Romanların %75’i, Roman olmayanların %88,6’sı anne sağlığı açısından iki gebelik arasında 2 ya da daha fazla yıl olması gerektiğini bilmektedir. Ancak araştırma tarihinden önceki son iki gebelikleri arasında geçen süre, Roman kadınların %31’inde, Roman olmayanların ise %33,3’ünde 2 yıldan daha azdır. Kadınların bilgi düzeyleri ile paralel olarak bunu uygulamadıkları söylenebilir. Beyzadeoğlu’nun araştırmasında kadınların %87’si iki gebelik arasının 24 aydan fazla zaman olması gerektiğini bilmekle birlikte son 1 yılda canlı doğum yapan kadınların %30’u 24 aydan kısa aralıklarla doğum yapmıştır. Roman kadınların Roman olmayanlardan daha kısa aralıklarla doğum yaptığı ve eğitim düzeyi düşük olanlarda kısa aralıklarla doğum oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur [10]. Türkiye’de 2018 TNSA verilerinde, eğitimi olmayan veya ilkokulu tamamlamamış kadınlarda, lise ve üzeri eğitim alan kadınlara göre doğum aralıklarının daha kısa olduğu görülebilir [99]. Araştırmamızdaki Roman kadınların toplam eğitim aldıkları yıl ile iki gebelik arası süre arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Diğer yandan, araştırma tarihinden önceki son iki gebeliği arası 2 yıldan az olan Roman olmayan kadınların, 2 yıl ya da daha fazla olanlara göre anlamlı düzeyde daha eğitilmiş oldukları görülmüştür. Bu durum, Roman olmayan kadınlarda eğitim sebebiyle çocuk sahibi olmanın ertelendiğini ya da daha kısa aralıklarla çocuk sahibi olunduğunu düşündürülebilir.

#### **5.4. Gebelik Öncesi Bakım ve Gebelik**

Gebelik öncesi ve doğum öncesi bakım birbirini tamamlayıcı iki hizmettir. Gebelik sürecinde ve sonrasında anne ve bebeği olumsuz etkileyecek risklerin gebelik öncesinden tespiti ve gerekli önlemlerin alınabilmesi, gebelik öncesi bakım ile sağlanır. Gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık alan kadınların gebelik döneminde kontrollerine daha düzenli gittikleri ve daha sağlıklı bir gebelik geçirdikleri gözlenmiştir [92, 93]. Bu araştırmada kadınların yaklaşık dörtte üçü gebelik öncesi

bakım almamıştır. Dolayısıyla gebelik öncesi bakım alan kadın sayısının oldukça düşük bulunması, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlığın gebelik kontrollerindeki etkisini değerlendirmeyi mümkün kılmamıştır.

Esas amacı birincil koruma olan bu yaklaşım, sadece koruyucu bir sağlık hizmeti olmayıp tarama, tedavi ve danışmanlık hizmetlerini de kapsamaktadır [91]. CDC tarafında gebelik planlayan kadınlara; gebe kalmadan en az 3 ay önce folik asit alınmaya başlanması, sigara vb. madde kullanımının sonlandırılması, var ise mevcut hastalıkların kontrol altına alınması, aşılama durumunun güncel olması önerilmektedir [<https://www.cdc.gov/preconception/women.html>.Erişim:26.12.2019]

Araştırmamızdaki Roman kadınların gebe kalmadan önce sağlık kontrolüne gitme oranı (%25,0), Roman olmayan kadınlardan (%27,3) daha düşük olmakla birlikte aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gebelik öncesi sağlık kontrolüne gitmeme nedenleri olarak kadınların %42,4'ü gerek duymadığını, %42,4'ü de planlı bir gebelik olmadığını, %10,1'i ise bu hizmeti bilmediğini söylemiştir. Beyzadeoğlu'nun araştırmasında, Roman olmayan kadınların gebelik öncesi danışmanlık alma durumu (%44,1), Roman kadınlardan (%23,5) anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada gebelik için danışmanlık almayan kadınların %78,2'si gerek duymadığını, %14,1'i bu hizmeti bilmediğini, %5,7'si de ekonomik nedenle alamadığını bildirmiştir [10].

Araştırmamızda isteyerek gebe kalan kadınların oranı %65 iken, GÖB alan kadınlar %26,2 oranındadır. Gebeliği planlı olan kadınların %40,4'ü gebelik öncesi bakım almışken, planlı olmadan gebe kalan kadınların hiçbiri gebelik öncesi bakım almamıştır. Gebelik planlayan kadınların sağlık profesyonellerinden danışmanlık alma açısından daha iyi durumda oldukları bilinmektedir [116]. İstanbul'da bir özel ve devlet hastanesinin gebe polikliniğine başvuran gebelerde yapılan bir çalışmada, kadınların %83'ü isteyerek gebe kalmasına rağmen, sadece %38'inin gebelik öncesi dönemde muayene olduğu ve %34'ünün gebelik öncesi danışmanlık aldığı belirlenmiştir [117]. Planlı gebeliklerde GÖB alma oranı, planlı olmayanlara göre yüksek olmasının yanı sıra, yarısından az bir kısmının GÖB aldığı söylenebilir. Kadınların gebelik öncesi sağlık kontrolüne gitmemelerini kendi ifadeleriyle gerek duymama ve böyle bir hizmet alabileceğini bilmemeleri ile açıklanabilir.

Gebelik öncesi sağlık kontrolüne giden Roman ve Roman olmayan kadınların %42,9'u Devlet Hastanesini, %28,6'sı Özel Hastaneyi tercih ederken, %19,0'ı Aile Sağlığı Merkezini tercih etmiştir. Gittikleri sağlık kurumunda kadınların tamamına

yakını sağlık hizmetini bir hekimden aldığını belirtmiştir. Aile hekimleri tarafından birinci basamakta temel sağlık hizmetleri kapsamında 15-49 yaş kadın izlemi yapılmakla beraber içeriğinde gebelik öncesi bakım sunumu istenen düzeyde değildir [65]. Bu durum kadınların gebelik öncesi sağlık kontrolleri için ASM'leri daha az tercih etmeleriyle ilişkili olabilir. Beyzadeoğlu'nun Edirne'de yürüttüğü araştırmada ise gebelik öncesi danışmanlık alan kadınların %26,4'ü Sağlık Ocağını, %24,1'i Devlet Hastanesini ve %18,4'ü özel muayenehaneyi tercih ettiğini bildirmiştir. Danışmanlık alan kadınların yaklaşık dörtte üçü hekimden hizmet almış olup Romanlara göre Roman olmayanlar, anlamlı olarak daha fazla oranda hekimden danışmanlık almıştır [10].

Gebe kalmak isteyen kadınlara gebe kalmadan en az 3 ay önceden kullanmaya başlanması önerilen folik asit takviyesini kadınların yaklaşık dörtte biri almıştır. Gebelik öncesi folik aside başlama oranı, gebeliği planlı olan kadınlarda planlı olmadan gebe kalanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatürde bir yıl içinde gebelik planlayan kadınların folik asit kullanma açısından daha iyi durumda oldukları gösterilmiştir [94]. Roman kadınların gebelik öncesinde Romanlar olmayanlardan daha düşük oranda folik asit takviyesi aldıkları ve bu vitamini kullanmaları gerektiğini daha yüksek oranda bilmediği söylenebilir.

Araştırma tarihinden önceki son iki yılda canlı doğum yapmış kadınlarda istenmeyen gebelik oranı %16,2 iken, 2018 TNSA verilerine göre Türkiye'de son 5 yılda gerçekleşen doğumların %15'i istenmeyen bir zamanda gerçekleşmiştir [99]. Gebeliğin planlaması açısından Roman ve Roman olmayan kadınlar arasında anlamlı bir fark olmamakla beraber, Roman kadınlarda istenmeyen gebelik oranları daha yüksektir. Edirne'de yaşayan Roman kadınların da gebeliği planlama durumları Roman olmayanlara benzer, ancak istenmeyen gebelik oranları daha yüksektir [10]. İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek sayıda çocuk sahibi olması, çocuk sayılarının artmasına bağlı olarak doğurganlığı sınırlama eğiliminde olunması ile açıklanabilir. Türkiye'de 2018 TNSA verilerinde doğurganlığı sınırlama isteği 2 çocuğu olan evli kadınlarda %69 iken, 3 veya daha fazla çocuğu olanlarda %80 düzeyine çıkmaktadır [99].

Gebeliğin erken haftalarında tespiti, riskli gebeliklerin erken tanısına ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılmasına imkân sağlar. Aynı zamanda, erken dönemde son adet tarihinin daha kolay hatırlanmasıyla veya ultrasonografide gebelik haftasının doğru hesaplanması mümkün olabilmektedir. Gebelik tanısı ile sağlık kurumuna



başvurularak DÖB hizmetlerinin erken gebelik haftalarında alınması, anne ve çocuk sağlığının koruyup geliştirilmesinde önemlidir. Doğum öncesi bakımın için ilk ziyaret, bir sağlık personeli (doktor, ebe/hemşire) tarafından gebeliğin ilk 3 aylık döneminde yapılması önerilmektedir [2, 96].

Araştırmaya katılan kadınların tamamına yakınının (%92,5) gebelikleri ilk trimesterde tespit edilmiş olup, Roman ve Roman olmayan kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur. Beyzadeoğlu'nun araştırmasında da kadınlar ortalama ilk 8 haftada gebelik tanısı almış, iki grup kadında benzer sonuçlar elde edilmiştir [10].

Kesin gebelik tanısı konan kurumların %62,5'i Devlet Hastanesi iken, %26,2'si ASM'dir. Beyzadeoğlu'nun araştırmasında gebelik tanısı için kadınlar 1. basamak sağlık kurumlarının %28, 2. basamak sağlık kurumlarını %46 oranında tercih etmiştir.

## 5.5. Doğum Öncesi Bakım

Gebeliğin erken dönemde belirlenip DÖB'nin başlatılması, kadının sağlık durumunun değerlendirilmesi ve gebeliği etkileyebilecek olumsuz durumların fark edilip önlenmesi açısından daha faydalıdır [2, 96]. İlk bakımın mümkün olduğunca erken gebelik haftalarında yapılması, DÖB kalitesini etkileyen önemli bir bileşendir [118]. Doğum öncesi bakımın için ilk ziyaretin, bir sağlık personeli (doktor, ebe/hemşire) tarafından gebeliğin ilk 3 aylık döneminde yapılması önerilmektedir [2, 96, 97]. Sağlık Bakanlığı hazırladığı DÖB Yönetim Rehberi'nde, gebelerin 14. haftadan önce tespit edilerek takip edilmesini tavsiye etmektedir [98].

Güvenli anneliğin en önemli bileşenlerinden olan DÖB etkinliği, bu dönemde yapılan test, tarama ve ölçümlere bir ölçüde bağlıdır. Literatürde etnik azınlık gruplara mensup kadınların doğum öncesi hizmetleri daha az ve daha geç kullandığına dair kanıtlar vardır [10, 60, 61]. Araştırmanın bu bölümünde, Roman ve Roman olmayan kadınların araştırma tarihinden önceki 2 yılda yaşadığı son gebeliklerinde aldığı DÖB hizmetlerinin içeriği hakkında bilgi toplanmıştır.

Türkiye'de 2018 TNSA verilerine göre, kadınların %96'sı, araştırma tarihinden önceki son 5 yıl içinde gerçekleşen son doğumlarında, uzman bir sağlık personelinden (%94 hekim); %90'ı gebeliğin ilk 3 ayında DÖB almıştır [99]. Araştırmamıza katılan Roman ve Roman olmayan kadınların ise tamamı, gebelikleri

boyunca en az bir kez, uzman bir sağlık personelinden (%96 hekim); %92,5'i ise gebeliğin ilk 3 ayı içerisinde DÖB hizmeti aldığını bildirmiştir. Beyzadeođlu'nun 2003 yılındaki araştırmasında Romanlarda DÖB almama oranı (%25,5) Roman olmayanlardan (%2,8) önemli farkla yüksek; ancak bakım hizmetini hekimden alanlar anlamlı oranda dūřüktür. Romanların %71,2'si Roman olmayanların %88'i ilk trimesterde DÖB almaya başlamıştır [10].

Araştırmamızdaki Roman kadınların gebeliğin erken dönemlerinde DÖB alma oranları yüksek olmakla beraber, ilk DÖB aldıkları ortanca gebelik haftası (8), Roman olmayanlardan (6) daha geçtir. Doğum öncesi ilk bakımını 8. veya daha sonraki aylara erteleyen kadınların oranı ise %2,5 (2) olup tamamı Roman kadındır. Beyzadeoğlu'nun çalışmasında Romanların ortanca DÖB almaya başlama zamanı (3.ay), Roman olmayanlardan (2.ay) daha geçtir. Benzer şekilde bu araştırmada da Romanlar erken haftalarında gebelik tanısı almalarına rağmen, Roman olmayanlardan anlamlı olarak daha geç gebelik haftalarında DÖB almaya başlamıştır [10]. Türkiye'deki gebelerin doğum öncesi ilk bakımı aldıkları ortanca gebelik süresi (1,7 ay) gebeliğin 2. ayı içerisinde iken, %1'i doğum öncesi ilk bakımlarını 8. veya daha sonraki aylara ertelemiştir [99]. Literatürde de etnik azınlık gruplardaki kadınların DÖB'yi diğer kadınlardan daha geç aldıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır [59].

Dođum öncesi dönemde Romanların ASM'den hizmet alma oranı Roman olmayanlara benzerdir. Roman ve Roman olmayanların arasında anlamlı bir fark bulunmamakla beraber, Romanlar daha yüksek oranda Devlet Hastanesi'nden, daha dūřük oranda özel kurumdan hizmet aldığını bildirmiştir. Romanların özel sağlık kurumlarını daha az tercih ediyor olmaları, ekonomik nedenlerle ilişkili olduğu dūřünülebilir. Beyzadeođlu ve Berberođlu'nun araştırmalarında Romanların Sağlık Ocağı'ndan DÖB alma oranı daha yüksek iken, özel kurumlardan hizmet alımı daha dūřük bulunmuştur [10, 16].

Sağlık Bakanlığı normal seyreden gebeliklerde 4 izlemin yeterli olabileceğini, herhangi bir risk mevcut ise riskin özelliğine göre izlemlerin arttırılabileceğini belirtmiştir [2, 96]. Türkiye'de 2018 TÜİK sonuçlarında, kadınların %90'ı 4 veya daha fazla sayıda DÖB aldığını beyan etmektedir [99]. Araştırmamızda ise 4 ve/veya daha fazla sayıda DÖB alma oranı Roman kadınlarda %85,7 iken, Roman olmayanlarda %97,7 oranındadır. Diđer yandan, gebelik boyunca alınan ortanca bakım sayısı Roman kadınlarda anlamlı düzeyde dūřüktür. Romanların daha az sayıda DÖB almasına

rağmen, büyük çoğunluğunun önerilen şekilde 4 ve üzeri DÖB almış olması, Aile Hekimi tarafından önerilen izlemlerin yapılıyor olması ya da gebelik öncesinde tanısı konan kronik hastalık oranlarının Roman olmayanlardan 2 kat daha fazla olması ile ilişkili olabilir. Beyzadeoğlu'nun araştırmasında ise 4 veya daha fazla DÖB alma oranı ve alınan ortanca bakım sayısı, Roman kadınlarda anlamlı farkla düşüktür [10]. Bu bulguyu, yapılan araştırmalarda etnik azınlık gruplardaki kadınların doğum öncesi hizmetleri daha az yoğun kullandığına dair kanıtların olması destekler niteliktedir [60, 61].

Ülke genelinde beş yılda bir yapılmakta olan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına göre, kadının eğitim düzeyi yükseldikçe obstetrik hizmetlerden daha fazla yararlandığı bilinmektedir. TÜİK 2018 sonuçlarında da Türkiye'deki gebeler arasında DÖB almayan kadınların oranının, hane halkı refah seviyesinin ve kadınların eğitim düzeyinin düşmesiyle arttığı görülmektedir [99]. Bilakis araştırmamızda, Roman kadınların gelir ve eğitim düzeyi Roman olmayanlardan önemli oranda düşük olmasına rağmen hiç DÖB almamış Roman kadın bulunmamaktadır. Diğer taraftan Romanlar ilk bakımı daha geç gebelik haftalarında ve daha az sayıda DÖB alırken, Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği 4 ve üzeri DÖB alma oranlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Doğum öncesi bakımın hizmetlerinde bakım alma sayısının yanında verilen hizmetin niteliği de önemlidir. Sağlık Bakanlığı'nın oluşturduğu Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, ilk izlemden itibaren; kan ve idrar tetkiki, kan grubu tayini ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların taraması, oral glikoz tolerans testi, fetal anomaliler ve kromozomal anoploidi tarama testleri ve ultrasonografi incelemeleri hakkında gerekli bilgilendirme ve yönlendirmeleri içermektedir [98]. Bu araştırmada DÖB hizmetinin içeriği yeterlilik açısından değerlendirilmemiştir. Roman ve Roman olmayan kadınların kendi ifadelerine dayanarak aldıkları hizmetler, tanımlayıcı istatistiklerle karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Beyzadeoğlu'nun araştırması ise DÖB yeterliliği açısından Romanların daha dezavantajlı olduğu göstermektedir [10].

Araştırmadaki Roman ve Roman olmayan kadınların tamamına gebelikleri boyunca en az bir kez kan tahlili ve idrar tahlili yapılmıştır. Türkiye'de 2018 TNSA verilerine göre, doğum öncesi ziyaretlerinin en az birinde kan tahlili ve idrar tahlili yapılan kadınlar sırasıyla %97, %92 oranındadır [99]. Berberoğlu'nun araştırmasında Roman ve Roman olmayan kadınlar arasında fark olmamakla birlikte kan ve idrar tahlili yapılma oranı %75'tir [16].

Gebelik boyunca bir veya defa fazla defa ultrasonografi çekimi yapılan kadınların oranı % 99 iken, Türkiye'deki gebeliklerde bu oran %98'dir [99]. Gebelikte önerilen tarama testlerinin kadınlarda yüksek oranda yapılmış olması, araştırmada DÖB almayan kadın bulunmaması ile ilişki olduğu söylenebilir. Roman kadınların gebelik kontrollerinde ultrasonografi yapılma sıklığının daha düşük bulunması, gebelik boyunca alınan ortanca bakım sayısının düşüklüğünden kaynaklanmış olabilir. Berberoğlu'nun araştırmasında Roman kadınlarda ultrasonografi yapılma oranı Roman olmayanlardan anlamlı farkla düşük bulunmuştur [16]. Literatürde, etnik azınlık gruplardaki kadınların, doğum öncesi hizmetleri daha az yoğunlukta kullandığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır [60, 61].

Fetal anomali ve kromozomal anoploidi tarama testlerini Roman ve Roman olmayan kadınların çoğu yaptırmış, aralarında düşük oranda farklılık bulunmaktadır. İngiltere'de yaşayan etnik azınlık bir grup kadının, doğum öncesi tarama testlerini yaptırma olasılıkları, diğer kadınlardan önemli oranda düşük bulunmuştur [119, 120]. Roman kadınların tümünün gebelikleri boyunca en az bir kez DÖB almış olması, gebelikte önerilen tarama testlerinin yapılma oranında Romanlar aleyhine farklılık görülmemesini açıklayabilir.

Tüm gebelere 16. haftadan itibaren önerilen demir desteğini son gebeliğinde alan kadınlar Romanlarda %66,7, Roman olmayanlarda ise %79,5 oranındadır. Türkiye'de ise kadınların %81'i son çocuklarına gebelikleri boyunca demir takviyesi aldıklarını beyan etmiştir [99]. Araştırmadaki Roman ve Roman olmayan kadınlar arasında, demir veya diğer destekleyici vitamin kullanımı açısından önemli bir fark bulunmama ile birlikte hiçbir destek vitamin kullanmayan Roman kadınların oranı, Roman olmayanların 2 katından fazladır. Berberoğlu'nun çalışmasında Roman gebelerde destekleyici vitamin kullanımı daha düşük düzeydedir [16].

Bebek ölümlerinin önemli bir sebebi olan yeni doğan tetanozunu önlemek için gebelere önerilen Tetanoz aşısını Türkiye'de son gebeliğinde yaptıran kadınların oranı %81'dir [99]. Araştırmadaki Roman kadınların %88,9'u, Roman olmayanların %97,7'si son gebeliğinde Tetanoz aşısı yaptırmıştır. Roman kadınların aşılama oranlarındaki yükseklik, yaşadıkları Batı Marmara bölgesinin aşılama oranlarının yüksek olması ile açıklanabilir [99]. Berberoğlu'nun Edirne'de yaptığı araştırmasında Romanlara gebelikte Tetanoz aşısı uygulamasının daha yüksek olduğu görülebilir [16].

Gebelik öncesi dönemde Roman kadınlarda sigara içme oranı daha yüksek iken, gebelikte Roman olmayanlar ile benzer düzeydedir. Yapılan sınırlı sayıda araştırma, etnik azınlık gruplardaki kadınların gebelikte daha az sigara içebileceğini göstermektedir [61].

## 5.6. Doğum ve Doğum Sonrası Bakım

Son yıllarda normal spontan yol ile doğumun tercih edilme oranları düşerken, sezaryan ile doğumun bir hayli yükseldiği bilinmektedir. Bunda sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumların artışı etkili olabileceği gibi, isteğe bağlı sezaryan doğumların önemli oranda artışının payı olduğunu söylenebilir. Tıbbi bir gerekçe ile yapılması durumunda anne ve bebek ölümlerini ve doğumda meydana gelebilecek komplikasyonları azaltmakla birlikte, isteğe bağlı yapılma sayısındaki yükselme sezaryan doğum ile ilişkili bir takım riskleri de beraberinde getirebilmektedir. Bununla beraber dünyadaki artışın yanı sıra özellikle ülkemizde sezaryan ile doğum oranında ciddi bir yükselme söz konusudur. Türkiye’de sezaryan ile doğum oranları 1993 yılında %7 iken, 2003 yılında %21’e yükselmiş ve 2013 yılında %48 olmuştur [99].

Türkiye’de TNSA 2018 verilerine göre, sezaryen ile gerçekleşen doğumların oranı %52 olup Batı Marmara bölgesi için bu oran %59’dur. Türkiye’de sezaryen doğumlar, özel sektöre bağlı sağlık kuruluşlarında (%68), kamu sektörüne göre (%41) daha yaygın gerçekleşmektedir [99]. Araştırmamızda doğumların sezaryen ile sonuçlanma oranı %45 bulunmuştur. Özel hastanede gerçekleşen doğumların %83,3’ü, devlet hastanesindeki doğumların %35’i sezaryen ile sonuçlanmıştır. Sezaryen doğum oranları araştırma bölgesinde ülke ortalamasının üzerinde bulunmakla birlikte araştırmadaki kadınlarda düşük bulunması, doğumların genellikle Devlet Hastanesi’nde gerçekleşmesi ile açıklanabilir. Nitekim araştırmalar, sezaryen doğumların özel sektöre bağlı sağlık kuruluşlarında daha yaygın olarak gerçekleştirildiğini göstermektedir [99, 121].

Türkiye’de TNSA 2018 verilerine göre, doğumların %59’u kamu sektörüne, %40’ı ise özel sektöre bağlı sağlık kuruluşunda, %1’den azı ise evde meydana gelmiştir [99]. Araştırmamızda doğumların %75’i Devlet Hastanesi, %15’i özel hastanede %1’i ise evde gerçekleşmiştir. Doğumların büyük oranda Devlet

Hastanesi'nde gerçekleşmesi, DÖB almada yaygın olarak tercih edilen sağlık kuruluşu olmasının sonucu olabilir. Avrupa'da yaşayan Romanlarda sağlık kurumu dışında ve sağlık profesyonellerinin katılımı olmadan gerçekleşen doğumların oranı %2 iken, Roman olmayanlarda bu oran %1'dir [122].

Evde gerçekleşen 1 doğum dışında Romanlar hastanede doğum yaptıklarını belirtmişlerdir. Beyzadeoğlu'nun Edirne'de yürüttüğü çalışmasında da Romanlarda evde doğum sayısı oldukça azdır [10]. Literatürde Roman kültüründe evin saflığını yitireceği kaygısıyla doğumların evde gerçekleşmemesi gerektiği inancının hâkim olduğu görülebilir [123]. Bu bilgi Romanlarda doğumların hastanede görülme oranlarının yüksek oluşunu destekler niteliktedir.

Roman olmayan kadınların özel sağlık kuruluşunda doğum yapma oranları anlamlı olmamakla birlikte Romanlardan yüksektir. Benzer şekilde Beyzadeoğlu'nun araştırmasında da Romanların doğum için özel hastaneleri tercih etme oranları daha düşük bulunmuştur [10]. Romanların genellikle yeşil karta sahip olması ve ekonomik düzeylerinin düşüklüğü sebebiyle özel sağlık kurumlarını daha nadir tercih ettikleri düşünülebilir.

Meydana gelen sezaryen doğumların %41,7'si Roman kadınlarda, %58,3'ü ise Roman olmayan kadınlarda görülmektedir. Benzer olarak, Beyzadeoğlu'nun araştırmasında sezaryen ile doğum yapmış kadınların %30,8'i Roman, %69,2'si Roman olmayan kadınlar olup Roman olmayanlarda anlamlı olarak yüksek oranda sezaryen doğum görülmüştür [10]. Roman olmayan kadınların DÖB ve doğum için daha fazla özel hastaneleri tercih ediyor olması, doğumlarının sezaryen ile sonuçlanmasına yol açtığını düşündürebilir.

Doğumların %98,8'i uzman bir sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmiştir. Doğumların %66,3'ünde doğuma primer yardımcı sağlık personeli doktor iken, %32,5'inde ise ebe veya hemşire olarak belirtilmiştir. Türkiye'de doğumların %83'ü doktor, %16'sı ebe veya hemşire olmak üzere %99'u uzman bir sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmiştir [99]. Beyzadeoğlu'nun araştırmasında doğumların %98,8'i sağlık personeli (%75,3 hekim, %23,5 ebe veya hemşire) yardımı ile meydana gelmiştir [10]. Yapılan araştırmalar ile uyumlu olarak doğumların tamamına yakınında doğuma yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Bununla birlikte araştırmamızda ebe veya hemşire yardımıyla gerçekleşen doğumların daha fazla oranda bulunması, normal doğum oranının yüksekliği ile açıklanabilir.

Doğumu normal yolla gerçekleşen kadınlar arasında Roman olmayan kadınların doğumunun hekim yardımı ile gerçekleşme oranı Roman kadınlardan anlamlı farkla daha yüksek bulunmuştur. Beyzadeoğlu'nun araştırmasında da Roman olmayan kadınlar doğum sırasında daha çok hekimden yardım alırken, Roman kadınlar daha çok ebe veya hemşireden yardım almıştır [10]. Roman olmayan kadınlarda doğumunda yardımcı sağlık personelinin daha çok hekim oluşu, özel hastanede doğum oranlarının daha yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Doğum sonrası ilk saatlerde emzirmenin başlatılması anne ve bebek sağlığı açısından oldukça önemlidir. Erken dönemde emzirmeye başlanması yenidoğan ölümlerinde azalmanın yanı sıra, doğum sonrası kanama ve enfeksiyon riskinde azalma ile de ilişkilidir. [101, 102, 124]. Dünya Sağlık Örgütü doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlanmasını önermektedir [103].

Türkiye'de 2018 TNSA verilerine göre, doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilen çocuklar %71 oranında iken, Batı Marmara'da bu oran %67'dir [99]. Beyzadeoğlu'nun çalışmasında doğum yapmış kadınların %90,9'u bebeklerini ilk 1 saat içinde emzirmişlerdir [10]. Araştırmamızda doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde bebeğini emziren kadınları %32,5 oranındadır. Kadınların yarısından fazlası normal yolla doğum yapmış olmasına rağmen doğum sonrası ilk saat içinde emzirme oranlarının düşük olduğu söylenebilir. Normal yolla doğum yapan kadınlarda bebeğini ilk yarım saat içinde emzirme oranı sezaryan ile doğum yapanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Sezaryan doğum literatürde, yaşamın ilk saatinde emzirmeme ile tutarlı bir şekilde ilişkili risk faktörü olarak kabul edilmektedir [105].

Araştırmamızda doğumdan sonraki ilk 1-2 saat içinde bebeğinin emziren kadınlar Romanlarda %58,3 iken, Roman olmayanlarda %75 oranındadır. Berberoğlu'nun araştırmasında Roman kadınların (%85,9) doğum sonrası ilk 1-2 saat içinde emzirme oranları Roman olmayan kadınlardan (%66,6) anlamlı oranda daha yüksektir [16]. İngiltere'de ulusal bir çalışma kapsamında yapılan bir araştırmada, emzirme insidansında belirgin etnik farklılıklar olduğu, etnik azınlık gruplarındaki annelerin doğumda emzirmelerinin daha muhtemel olduğu görülmüştür [61, 125]. Araştırmamızda doğum sonrası ilk emzirme zamanı incelenmiş, ancak anne sütü almaya devam eden bebeklerin de bulunması dolayısıyla doğru karşılaştırma yapılamayacağı için anne sütüne devam edilen süre değerlendirilmemiştir.

Sezaryen doğumlarda doğumdan sonra sağlık kuruluşunda kalma süresi normal doğumlara göre genellikle daha uzundur. Sezaryen doğumların %27'si için 3 gün veya

daha uzun süre sağlık kuruluşunda kalınırken normal doğumlarda bu oran %8'dir [99]. Araştırmamızda sezaryen doğum yapan kadınların %38,9'u, normal doğum yapanların %11,4'ü 3 gün veya daha uzun süre hastanede kalmıştır.

Doğum sonrası anne ve yenidoğanın hastanede bulunduğu ilk 24 saat içerisinde en az 3 izlem yapılarak yakın takibi ve doğumu takip eden 6 hafta içerisinde de ek 3 izlem daha yapılması önerilmektedir [107]. Bu araştırmada hastanede bulunan ilk 24 saat içerisinde sunulan DSB incelenmemiş, doğumu takip eden günlerdeki bakım alma özellikleri değerlendirilmiştir. Doğum sonrası ilk gün dışında önerilen izlemlerin yapılma durumu, hastanede kalınan süre göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir.

Türkiye'de son iki yıl içinde doğum yapan kadınların %95,5'i doğum sonrası 6 hafta içinde DSB hizmeti almış iken, yalnızca %4,5'i doğum sonrasında hiç bakım hizmetinden faydalanmadığını beyan etmiştir [99]. Beyzadeoğlu'nun araştırmasında son bir yılda doğum yapan kadınların %98,4'ü doğum sonrası 6 hafta içinde en az 1 izlem yapıldığını belirtmiştir [10]. Araştırmamıza katılan kadınların neredeyse tümünün doğumlarının hastanede gerçekleşmesi, evde doğum yapan bir kadının da sonrasında hastaneye ulaştığını belirtmesinden yola çıkarak kadınların tümünün hastanede buldukları süre içerisinde en az 1 DSB hizmeti aldıkları düşünülebilir. Doğum sonrası hastaneden çıktıktan sonra önerilen ek izlemleri yaptıran kadınlar %70 oranındadır.

Beyzadeoğlu'nun çalışmasında DSB alan kadınların %29,3'ü 3 veya daha fazla sayıda DSB almışken, bu oran Romanlarda %21,9, diğerlerinde %34,3'tür. Roman kadınlar nicelik olarak Roman olmayanlardan daha az DSB almıştır [10]. Araştırmamızda doğum sonrası hastanede kalınan sürede alınan bakım değerlendirmeye katılmadığından toplam bakım sayısı üzerinden karşılaştırma yapılamamıştır. Hastaneden çıktıktan sonra DSB alma ortalaması Roman kadınlarda Roman olmayan kadınlara benzer bulunmuştur. Bununla beraber doğumu takip eden günlerde, hastanede kalınan süreye göre önerilen izlemlerin yarısından fazlasına gitme oranı Romanlarda daha yüksektir.

Doğum sonrası bakım hizmeti alanların yaklaşık %70'i Devlet Hastane'sinden hizmet aldığını belirtmiştir. Roman kadınlar DSB almak için Devlet Hastanesi'ni anlamlı olarak daha çok tercih etmiştir. ASM'den hizmet aldığını beyan eden 1 Roman kadın bulunmuştur. Beyzadeoğlu'nun araştırmasında DSB hizmeti alanların yaklaşık yarısı (%47,3) Devlet Hastanesi'nden hizmet almıştır. Doğum sonrası bakım almak



için Romanlar Sağlık Ocağı ve Devlet Hastanesi'ni daha çok kullanmıştır. Doğum sonrası evde ebeler tarafından izlenen kadınlar %26,8 oranındadır [10]. Romanların doğum sonrası hizmet alımında Devlet Hastanesi'ni daha sık tercih ediyor olması, Yeşil Kart nedeniyle doğum için tercih sebebi olmasından kaynaklanıyor olabilir. Araştırmamızda doğum sonrası evde bakım hizmeti alan kadının olmaması ya da ASM'den hizmet alımının neredeyse bulunmuyor olması, AHU'nun bir sonucu olabileceğini düşündürmektedir. Edirne'de yapılan bir araştırmada AHU'na geçilmeden evvel evde doğum öncesi ve sonrası bakım almada Romanlar aleyhine dezavantajlı durumun, AHU'na geçilmesi ile birlikte daha da belirgin hale geldiği görülmüştür [18].

Literatürde yardımcı sağlık profesyonelleri tarafından verilen emzirme desteğinin, emzirmenin başarısını arttırdığı bilgisi bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde de doğumu takip eden 0-1. saatleri arasındaki ilk izlemde, mümkün olan en kısa zamanda emzirmenin başlatılması ve emzirme eğitimi verilmesi önerilmektedir [126]. Bu doğrultuda araştırmadaki kadınların tamamına yakını, kendisine doğum sonrasında anne sütünün önemi ve doğru emzirme teknikleri konusunda, hastanedeki bir sağlık personeli tarafından bilgilendirme yapıldığını ifade etmiştir. Doğum öncesi dönemde kadınların emzirme danışmanlığı alma özellikleri bu araştırma kapsamında değerlendirilmemiştir.

### **5.7. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları**

Semtin kenar mahallelerinde kendi içlerine kapanık bir şekilde yaşamakta olan, sosyokültürel anlamda iletişim kurulmakta güçlük çekilebilen ve ayrıca güvenlik gibi bir takım sebeplerle içlerine girilmesinden endişe duyulabilen Romanlar ile araştırma kapsamında çalışılmış olması kıymetlidir. Bununla birlikte elde edilen bulguların Roman olmayanlar ile karşılaştırmalı olarak sunulması bilimsel açıdan önemli bir kazanımdır.

Araştırmacının araştırmanın yapıldığı bölge halkından biri olması ve halkın kültürüne yabancı olmaması, araştırmacı ve araştırmaya duyulan endişeleri azalttığı,

güveni arttırdığı ve araştırmaya katılımın sağlanması noktasında avantaj sağladığını söylemek mümkündür.

Mahallede ikamet edilen süre, sosyokültürel ve çevresel faktörlerin sağlık davranışları üzerinde etkisi olabileceği bilinmekle birlikte araştırmaya dâhil edilme kriteri olarak belirlenmemiştir. Genel olarak bölgenin hareketli bir nüfusa sahip olmaması ve nadiren göç alması, yerleşik bir nüfusa sahip olduğunu desteklemektedir. Araştırma esnasında orada ikamet ediliyor olması araştırmaya katılımı yeterli sayılmıştır.

Araştırma evrenine ulaşım için, mahalledeki hanelerin kapısı tek tek çalınarak dâhil edilme kriterlerine uyan kadınlar tespit edilmiştir. Mahalledeki kadınların Aile Hekimleri farklı olabileceğinden ya da ASM’de kayıtları bulunmuyor olabileceğinden, kadınlara ASM kayıtlarından ulaşım uygun bulunmamıştır. Ayrıca doğumun komşu illerdeki hastanelerde gerçekleşmiş olması durumunda, doğumun gerçekleştiği yerdeki Nüfus Müdürlüğüne aileler bebeği kayıt ettirebilmektedir. Bu sebeple seçilen mahallenin doğum verilerine, İlçe Nüfus Müdürlüğü vasıtasıyla erişmek mümkün olamamıştır.

Bir mahalledeki son iki yıl içerisinde doğumu gerçekleştiren kadınların tümü evren kabul edilmiştir. Evreni temsilen bir örneklem seçilmeyip tüm evrene ulaşım hedeflenmiştir. Bu durum, o bölgede yaşayan kadınların özelliklerini yansıtmakla birlikte, araştırma bulgularının tüm topluma genellenmesini mümkün kılmamaktadır.

Elde edilen veriler, araştırmaya katılan kadınların ifadelerine dayanmaktadır. Hane geliri, aylık haneye giren toplam tutar üzerinden değerlendirilmiş, hanede yaşayan kişi sayısı ile ilişkilendirilmemiştir. Sosyal güvence durumu kadının beyanı esas alınarak sunulmuştur.

Yerli ve yabancı literatürde Roman vatandaşlar ile yapılmış araştırmaların az sayıda olması bir yana, kadın üreme sağlığı özelinde sınırlı sayıda araştırma bulunması, araştırmada elde edilen bulguların karşılaştırılması ve yorumlanmasında önemli ölçüde kısıtlılık yarattığını söylenebilir.

## 5.8. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar

Araştırmanın il dışında yürütülmesi, mahallede bulunan tüm hanelere ulaşımın hedeflenmesi, her bir haneye temas edilip evde bulunamayan hanelere tekrar gidilmesi ve güvenlik sebebiyle araştırmacıya eşlik eden birine ihtiyaç duyulması dolayısıyla veri toplama süreci uzun sürmüştür.

Kadınlar hanelerinde araştırmaya davet edildiklerinde, daha önce bu tür bir araştırma içinde yer almadıkları ve araştırma kültürüne aşına olmadıkları için ilk etapta korku ve endişe duydukları gözlemlenmiştir. Fakat araştırmacının bölge halkından biri olduğunu ve kendi kültürlerine yabancı olmadığını fark ettiklerinde araştırmaya duydukları güven artmış, katılım sağlanmaları kolaylaşmıştır.

Genellikle toplumda, Roman halkın sorunlarına odaklanıldığında onların maddi ya da fiziksel ihtiyaçlarına yönelik çözümler üretilerek sunulduğu için, araştırma sürecinde de Roman halkın beklentileri bu yönde olmuştur. Kadınlara görüşmenin başında, yazılı bilgilendirmede olduğu gibi sözlü bilgilendirme şeklinde de araştırmaya katılım sağlamaları durumunda, onlara herhangi bir maddi katkı yapılmayacağı anlatılmasına rağmen bu algıları yıkmak hiç kolay olmamıştır.

Roman kadınların eğitim düzeyinin oldukça düşük olması, hatta aralarında okuma yazma bilmeyen kadınların bulunması, araştırmanın yazılı onam formunu anlamakta güçlük çekmeleri bir yana, sözlü bilgilendirme esnasında dahi ciddi zorluk yaratmıştır.

Araştırma hakkında katılımcılara yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılırken ayrıca ilçe kaymakamlıktan alınmış izin belgesinin bulunduğu ifade edilmiş, istedikleri takdirde izni görebilecekleri söylenmiştir. Buna rağmen Romanların yaşadığı hanelerin bulunduğu sokaklarda veri toplanırken, yürütülen araştırma ile ilgili Emniyet Müdürlüğüne ihbarda bulunulmuştur. Bu ve benzeri problemler veri toplama sürecini sekteye uğratmıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada bir mahallede yaşayan araştırma tarihinden önceki iki yılda doğum yapmış olan Roman ve Roman olmayan kadınların, gebelik ve doğum öncesi ile doğum ve sonrası dönemlerinde aldıkları sağlık hizmetleri karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Literatürde Roman kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha kötü olduğu bilinmektedir. Bu araştırma ile Roman kadınların üreme sağlığı bileşenlerinden gebelik ve doğum hizmetlerine erişimleri ile aynı mahallede yaşayan Roman olmayan kadınlara göre durumlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Böylece farklı toplum kesimleri arasında sağlık durumunda ve sağlık hizmetleri alımında hakkaniyetin sağlanabilmesi için toplum yararına öneriler geliştirilebilecektir.

Araştırmadaki kadınların eğitim düzeyi, toplum geneli ile benzer şekilde eşlerinden düşüktür. Literatür ile uyumlu olarak Roman kadın ve eşlerinin eğitim düzeyi, Roman olmayanlara göre düşük olmakla beraber Avrupa ülkelerinin bir kısmında olduğu gibi Roman kadınların eşleri ile arasındaki eğitim farkı oldukça belirgindir. Öncelikli olarak Roman kadınların eğitime devamını sağlamaya yönelik çalışmalar yapılabilir. Örneğin Roman kadınlar için yaşadıkları mahallede bulunan Roman derneklerinde okuma yazma kurslarının açılarak kadınların okuma yazma öğrenmeleri, hem eğitime başlamalarını sağlayacak hem de çocukların okula devamlılığını sağlamaları noktasında farkındalıklarını artıracaktır. Yanı sıra çocukların ilköğretime başlangıç yılında her bir Roman çocuk için kendi sınıfından Roman olmayan bir çocuğun kardeş tayin edilmesi ve bu bağın ailelerin katılımıyla desteklenmesi, Roman çocuk ve ailelerinin toplumda kabul edilirliliğini arttıracacağı gibi okula aidiyet duygularını da güçlendirerek eğitime devamlılığını sağlayacaktır.

Roman kadınların çoğu Yeşil Kart, Roman olmayanların çoğu ise SGK güvencelidir. Hiçbir sosyal güvencesi bulunmayan az sayıda kadının tamamı ise Roman olmayan kadınlardır. Gelir getirici bir işte çalışma oranının Romanlarda düşük bulunması literatürü desteklemektedir. Ancak çalışan Romanlar genellikle hurdacılık,

hamallık gibi düzenli olmayan iş kollarında istihdam ettikleri için aylık düzenli bir gelirleri bulunmamaktadır. Roman kadınların hanesine giren aylık toplam gelir ortalaması Roman olmayanlardan oldukça düşüktür. Romanların sosyoekonomik durumlarının iyileştirilebilmesi için, düzenli iş kollarında çalışmalarının önüne açabilecek eğitim düzeylerinin yükseltilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda Romanların eğitime devamlılıklarını sağlayacak uygulamalar, ulusal ve yerel politikalar ile desteklenerek önceliklendirilmelidir.

Son yıllarda Romanların nüfus yapısında, Roman olmayan nüfusun doğum oranlarında gözlenen düşüğe benzer bir değişim olduğunu gösteren araştırmalar olduğu gibi, bu araştırmada da doğurganlık oranı düşük bir bölgede yaşayan Roman kadınların Roman olmayanlar ile benzer sayıda çocuklarının bulunması, yaşadıkları bölgenin özelliklerini yansıttıklarını göstermektedir. Gerek Roman gerekse Roman olmayan kadınların sahip olduğu çocuk sayıları, eğitim düzeyinin artışı ile azalmaktadır. Diğer yandan Roman kadınların doğurganlığı, Roman olmayanlardan daha erken yaşlarda başlamaktadır. Fakat Roman olmayan kadınların eğitim düzeyi ile ilk gebelik yaşı yükselmekteyken, Roman kadınların eğitim düzeyi artışının ilk gebelikte anne yaşına bir etkisi bulunamamıştır. Literatürde Roman ve eğitim düzeyi düşük olan kadınların daha kısa aralıklarla doğum yaptığı bilgisi bulunmakla beraber, bu araştırmada farklı olarak son iki gebelik arasındaki süre Roman ve Roman olmayan kadınlarda benzerlik göstermektedir. Ayrıca gebelik arası süre ile eğitim düzeyi ilişkisi Roman kadınlarda bulunamamışken, daha kısa aralıklarla gebelik yaşayan Roman olmayan kadınların daha eğitilmiş oldukları görülmüştür.

Gebelik öncesi dönemde sağlık kontrolüne giden kadınlar dörtte bir oranındadır. Planlı gebelik yaşayan kadınlar, gebelik öncesi sağlık kontrollerini yaptırma ve folik asit başlama açısından daha iyi durumdadır. Kadınların yarısından fazlası isteyerek gebe kalmasına rağmen, bunların yarısından azı gebe kalmadan önce sağlık kontrolüne gitmiştir. Kadınlar gebelik öncesi kontrol ve gebelik tanısı için 1. basamakta hizmet veren Aile Sağlığı Merkezlerini 2. basamamağa göre daha az kullanmaktadır. Öncelikle gebelik öncesi bakım için, tıpkı doğum öncesi ve sonrası bakım rehberleri gibi standart bir rehber oluşturulması gerekmektedir. Gebelik öncesi sağlık hizmetlerini içeren ulusal bir program oluşturularak gebelik öncesi bakım, sağlık hizmetlerinin her kademesinde bütüncül bir yaklaşımla üreme çağındaki tüm kadınlara sunulmalıdır. Yanı sıra hizmet sunacak sağlık personellerinin eğitimi kadar hizmet alacak toplumun da farkındalığının artırılması gerekmektedir.

Araştırmalarda etnik azınlık grupların DÖB hizmetlerini daha az ve geç kullanmasıyla paralel olarak araştırmamızda da Roman kadınların erken gebelik haftalarında gebeliği tespit edilmesine rağmen daha geç gebelik haftalarında ve daha az sayıda DÖB aldıkları bulunmuştur. Diğer yandan kadınların tümü gebelikleri boyunca en az bir kez DÖB hizmeti almış olup tamamına yakını bu hizmeti gebeliğin ilk üç ayı içerisinde almıştır. Doğum öncesi bakımın için en sık Devlet Hastanesi tercih edilmektedir. Romanların eğitim ve gelir düzeyindeki düşüklüğe rağmen gebelik boyunca önerilen sayıda bakım alanların oranı Roman olmayanlara yakındır. Bu araştırmada DÖB hizmetinin içeriği nitelik açısından değerlendirilmemekle birlikte, önerilen tarama testlerinin yapılması bakımından Romanlar aleyhine anlamlı bir farklılık olmadığı görölmüştür. Bununla birlikte Roman ve Roman olmayan kadınların doğum öncesi dönemde aldıkları hizmetin niteliğini de değerlendiren temsil gücü yüksek araştırmaların yapılması faydalı olacaktır.

Doğumlar genellikle Devlet Hastanesinde meydana gelmiştir. Sezaryen doğumlar Roman kadınlarda daha az oranda görölmektedir. Normal doğumun hekim yardımı ile gerçekleşme ihtimali Roman kadınlarda daha düşüktür. Literatürdeki araştırmalardan farklı olarak doğum sonrası ilk saat içinde emzirme oranı oldukça düşüktür. Doğum sonrası bakım hizmeti almada en sık başvuru kurum Devlet Hastanesidir. Roman kadınlar DSB için Devlet Hastanesini Roman olmayan kadınlara göre daha çok tercih etmektedir.

Araştırma evreninin özelliği ve örneklem seçilmediği düşünöldüğünde, araştırma sonuçlarının topluma genellenemeyeceği görölebilir. Ulusal düzeyde politika geliştirilebilmesi için temsil gücü yüksek araştırmaların yapılması faydalı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Fişek NH., Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:2, Çağ Matbaası, Ankara, 1983.
2. Akın A., Bahar Özvarış Ş. (2012) Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı içinde (Editörler: Ç. Güler, L. Akın), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1. Cilt, Bölüm 6, s: 210-367, Ankara.
3. Roman Vatandaşlara Yönelik Strateji Belgesi 2016-2021. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, Nisan 2016.
4. Kósa Z., Széles G., Kardos L., Kósa K., Németh R., Országh S., et al. (2007). A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. American journal of public health, 97(5), 853-859.
5. Akkan BE, Deniz MB, Ertan M. Sosyal Dışlanmanın Roman Halleri. Kasım 2011.
6. Biz Buradayız! Türkiye'de Romanlar, Ayrımcı Uygulamalar ve Hak Mücadelesi. Uzpeder E, editor. Edirne: Edirne Roman Derneği, European Roma Rights Centre, Helsinki Yurttaşlar Derneği; 2008.
7. The situation of Roma in 11 EU Member States, Survey results at a glance. European Union Agency for Fundamental Rights, UNDP. 2012.
8. Roma Health Report, Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union.2014.
9. WHO. Roma health newsletter. Issue 1. (2012). [Erişim tarihi: 16.09.2019]. Erişim adresi:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/164308/Roma-Health-Newsletter-8-May2012.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/164308/Roma-Health-Newsletter-8-May2012.pdf).
10. Beyzadeoğlu H. Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı ve Doğurganlık Konusundaki Bilgi ve Tutumları, Edirne 2003 [Uzmanlık Tezi]. Edirne: T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2004.
11. Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, Hernández Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Jiménez-García R. (2010). Health status of Roma women in Spain. The European Journal of Public Health, 21(6), 793-798.
12. “Üreme Sağlığına Giriş” Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 1-B, Katılımcı Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara; 2010, ISBN 975-590-132-9.
13. UN Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. New York: United Nations, 1995: Sales No. 95.XIII.18.
14. “Kadın Haklarına İlişkin Uluslararası Hukuk Düzenlemeleri”; Editör, Güngör A, Ankara barosu yayını. Ankara; 2012. s. 15-30;31-36; 77-87; 37-205) [Erişim tarihi: 25.09 2019] Erişim adresi: [www.ankarabarosu.org.tr](http://www.ankarabarosu.org.tr).

15. Özvarış ŞB, Ertan AE. “Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım” “Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın”. Akın A, ed. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları (HÜKSAM); 2003. p.113-26.
16. Berberoğlu U, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Roman Kadınlar ve Öbürlerinin Sağlık Ocağı’ndan Aldıkları Ana Sağlığı Hizmetleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2002, Diyarbakır.
17. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen. Packer C. Roma Women and Public Health Care. (2003). The European Magazine For Sexual and Reproductive Health. Entre Nous, No:55. Erişim tarihi: 10.12.2019
18. Eskiocak M. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması: 2005-2011 (içinde) Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı Füsün Sayek TTB Raporları–2011. (Eskiocak M, Alkoy S, Berberoğlu U, Varol Saraçoğlu G, Dedeler H. Yorulmaz F. Edirne’de AH uygulamasının 2. Yılında Sağlık Hizmetleri kullanımı, GBP ve AÇS Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, 2008)
19. Tudor Hart J. The Inverse Care Law. Lancet 1971; 297:405–12
20. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: EUR/ICP/RPD/414, 1990.
21. TTB (2007). Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Bildirisi (Alma Ata). [Erişim tarihi: 14.12.2019] Erişim adresi: [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararasi-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslararasyolge&Itemid=36](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararasi-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslararasyolge&Itemid=36)
22. Hamzaoğlu O. (2014). Eşitlik Hakkaniyet Hak. Toplum ve Hekim, 29(1), 24-31.
23. World Health Organization. Division of Analysis, Research and Assessment. (1996). Equity in health and health care : a WHO/SIDA initiative. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63119>
24. Tekingündüz S, Kurtuldu A, Işık Erer T. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8 (4), 32-43.
25. Belek İ. Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya’da Beş Yıllık Bir Araştırma. TTB Yayınları, 1.Baskı Nisan 2004
26. McCartney G., Collins C., Mackenzie M. (2013). What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? Health Policy, 113(3), 221–227.
27. Vagerö D. (1995). Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health. Sociology of health&illness, 17(1).
28. Akın A. Eşitsizlikler ve Sağlık. Akın A, editör. Eşitsizlikler ve Sağlık Sonuçları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.1-5.
29. Marmot M., Wilkinson R.G.(2009) Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri (İ. Kayı ve Y. Yasin, Çev.). 1. Baskı. İncev Yayınları. İstanbul
30. Wild S., McKeigue P. (1997). Cross sectional analysis of mortality by country of birth in England and Wales. British Medical Journal, 314, 705-10.



31. Smaje C. (1996). The Ethnic patterning of health: new directions for theory and research. *Sociology of Health and Illness*, 18(2), 139-71
32. Navarro V. (1990). Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. *Lancet*, 336, 1238-40
33. Sheldon TA, Parker H. (1992). Race and ethnicity in health research. *Journal of Public Health Medicine*, 14(2), 104-10.
34. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. (1993) Oxford University Press, New York.
35. House JS, Landis KR, Umbeson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241(4865):540-5. [Erişim tarihi: 11.11.2019]. Erişim adresi: <http://www.jstor.org/stable/1701736>
36. Wilkins R, Marmot M. *The social determinants of health: The solid facts*. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe; 2003
37. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study o the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Soc Sci Med* 2004; 58(12): 2585-600.
38. Liégeois J-P and Gheorghe, N. *Roma/Gypsies: A European Minority*. (1995) London, Minority Rights Group International Report 95/4.
39. Yılmaz Sert N., Turhan ŞB. (2019). Türkiye’de Romanlara Yöneltilen Nefret Söyleminin Romanlar Tarafından Algılanma Biçimi: Roman Üniversite Öğrencileri Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(3), 535-559.
40. Marsh A. (2008) “Eşitsiz Vatandaşlık: Türkiye Çingenerinin Karşılaştığı Hak İhlalleri”, (Haz.) Uzpeder E, Danova/Roussinova S, Özçelik S, Gökçen S. (Çev.) E. Taboğlu ve S. Öney, *Biz Buradayız!: Türkiye’de Romanlar, Ayrımcı Uygulamalar ve Hak Mücadelesi*, İstanbul: Mart Matbaacılık: 53-107
41. Balkız ÖI, Göktepe T. Romanlar Ve Sosyo-Ekonomik Yaşam Koşullari: Aydın İli Örneğinde Bir Alan Araştırması. *Sosyoloji Dergisi*, (30), 1-39.
42. CSDH. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2008
43. World Conference on Social Determinants of Health. *Rio political declaration on social determinants of health*. World Health Organization; 2011.
44. Şimşek H, Kılıç B. Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. (2012);10 (2).
45. ÖZKAN AR. (2000), *Türkiye Çingeneri*, Ankara. Kültür Bakanlığı Yayınları
46. Arayıcı A. (2008). *Avrupa’ nın Vatansızları Çingener*. İstanbul. Kalkedon Yayınları 1. Baskı
47. *Human Development Report 2004. Cultural Liberty in Today’s Diverse World*. UNDP. [Erişim tarihi: 14.12.2019] Erişim adresi: <http://hdr.undp.org/en/towards-hdr-2019>

48. Ackovic D. "Roma in Serbia: Introducing Romany Language and Culture into Primary Schools." Minority Rights Group International, London. [Erişim tarihi: 20.11.2019] Erişim adresi: <https://minorityrights.org/wp-content/uploads/old-site-downloads/download-86-Roma-in-Serbia-Introducing-Romany-Language-and-Culture-into-Primary-Schools.pdf>
49. Madanipour A. "Social exclusion and space". G. Cars, J. Allen (eds) Social Exclusion in Europe Cities: Processes, Experiences and Responses.(1998). First published Londn. s:186-194.
50. Ekuklu G, Berberoğlu U, Eskiocak M, Saltık A. Utilization of primary health care services by Turkish gypsies and members of the general population at Muradiye Health Unit District in Edirne, Turkey. *YonseiMed J* 2003;44(3):414-23
51. WHO. (1998). Gender and Health, Technical Paper. World Health Organization publication-Geneva, Switzerland.
52. Kadın Üreme Sağlığı İle İlgili Yasal Uygulamalar, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 24 (2) : 147-154, 2008
53. Akın A, Sevensan F. Türkiye’de Kadın Sağlığının Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi* 2006; 13: 1-5
54. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
55. Özgülnar N. Sağlıkta Dönüşüm Kadın Sağlığını Nasıl Etkiledi? *Toplum ve Hekim*. 2015;30(2):120-6.
56. Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Members States, Roma survey- Data in focus. European Union Agency for Fundamental Rights, 2014.
57. Eskiocak M., Akbaşak D. Edirne’de Romanların Sağlığı: Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık durumlarına yönelik bulgular. (2017). *Turk J Public Health*; 15(2).
58. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen. Packer C. Roma Women and Public Health Care. (2003). *The European Magazine For Sexual and Reproductive Health*. Entre Nous, No:55. Erişim tarihi: 10.12.2019
59. Rowe RE, Garcia J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *Journal of Public Health Medicine* 2003; 23(2): 113-119.
60. Petrou S, Kupek E, Vause S, Maresh M. Clinical, provider and sociodemographic determinants of the number of antenatal visits in England and Wales. *Social Sci Med* 2001; 52(7): 1123-1134.
61. Aspinall PJ, Jacobson B. (2004). Ethnic Disparities in Health and Health Care: A focused review of the evidence and selected examples of good practice. Executive Summary. London Health Observatory, London, 22 pp.
62. WHO. Reproductive health Health topics: WHO. [Erişim tarihi:10.07.2018]. Erişim adresi: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/).

63. Akın A. Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1994; s:15-19.
64. "Programme of Action of The ICPD" 20<sup>th</sup> Aniversary Edition 2014, United Nations, New York; 2014. p. 28-93.
65. 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.
66. WHO, "Health 21-Health for all in the 21 St Century" WHO/EURO's Publication European Health for all series No.5 and 6 1999.
67. WHO, "WHO's Reproductive Health Programme" WHO-Family and Reproductive Health Publication-Geneva 1998.Erişim tarihi 26.09.2019 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70833>
68. World Health Organization, Strategic Action Plan For The Health Of Women In Europe, Copenhagen, 5-7 February 2001. Pp.10
69. Türkiye Üreme Sağlığı Programı DELTUR/MEDTQ/20-02 Hizmet Çerçevesi Raporu Haziran 2004. T.C. Sağlık Bakanlığı, Avrupa Komisyonu. (2004) Ankara.
70. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10. 2011. World Health Organization. [Erişim tarihi: 20.12.2019] Erişim adresi: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
71. OECD Health Statistics 2018 [web]. [Erişim tarihi 19.09.2018]. Erişim adresi: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#).
72. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH, Danışmanlık B. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara; 2006
73. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. The Lancet. 2016;387(10017):462-74.
74. WHO, UNICEF, UNFPA, UN. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Geneva 2015.
75. UNFPA. State of world population 2002. People, poverty and possibilities: making development work for the poor.
76. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Avrupa Komisyonu. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Hizmet Çerçevesi Raporu. Ankara, Haziran 2004.
77. 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.
78. The Millennium Development Goals Report 2015. United Nations; 2015.

79. Millenium Development Goals Report Turkey 2010. T.R. Prime Ministry State Planning Organization, United Nations Resident Coordinator.
80. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2013, Ankara
81. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2014, Ankara.
82. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2015, Ankara.
83. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2017, Ankara.
84. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. 2019, Ankara.
85. “Güvenli Annelik” Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 2-B, Katılımcı Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara; 2009, ISBN 975-590-136-1.
86. Cohen AS. The Safe Motherhood Conference, Special Report. (1987). International Family Planning Perspectives, (13); (2). [Erişim Tarihi:03.10.2019] Erişim Adresi: <https://www.jstor.org/stable/2947837>
87. Coşkun A. (2012). Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2011; 8 (3): 8-15
88. ARSLAN H, ÖZKAN A. (2005). Prekonsepsiyonel Dönemdeki Kadınların Değerlendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 36(2), 65-71.
89. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues. Am Fam Physician 2005; 71:1307-16
90. Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. Am J Obstet Gynecol
91. Health Council of the Netherlands. Preconception care: a good beginning. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2007; publication no. 2007/19E.
92. Cullum AS. Changing provider practices to enhance preconceptional wellness. JOGNN 2003; 32(4): 543-549.
93. Hobbins D. Full circle: the evolution of preconception health promotion in America. JOGNN 2003; 32 (4): 516-522.
94. Green-Raleigh K, Lawrence JM, Chen H, Devine O, Prue C. (2005). Pregnancy planning status and health behaviors among nonpregnant women in a Californiaman aged health care organization. Perspectives on Sexual and Reproductive Health; 37(4): 179-183.
95. Baysoy NG, Özkan S. [Preconception care: A public health perspective]. Gazi Medical Journal 2012;23(3):77-90.
96. Akın A., Bahar Özvarış Ş. (1997) Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. Editörler: Bertan M., Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Ankara, Güneş Kitapevi s:119-155
97. WHO. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model Geneva: WHO; 2002 [Erişim Tarihi 12/12/2019]. Erişim adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42513/1/WHO\\_RHR\\_01.30.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42513/1/WHO_RHR_01.30.pdf).
98. “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925, Ankara, 2018.

99. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
100. Sandall J, Tribe RM, Avery L, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet* 2018; published online Oct 11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5).
101. United States Agency for International Development. (2011). "Prevention and treatment of postpartum hemorrhage at the community level: A guide for policy makers, health care providers, donors, community leaders, and program managers. Second Edition.
102. Tawiah-Agyemang, C., Kirkwood, B. R., Edmond, K., Bazzano, A., & Hill, Z. (2008) Early initiation of breast-feeding in Ghana: Barriers and facilitators. *Journal of Perinatology*, 28 Suppl 2, S46–S52. doi:10.1038/jp.2008.173.
103. World Health Organization. Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services 2017.
104. Pillitteri A. *Maternal and Child Health Nursing Care of The Childbearing and Childbearing Family*. 6. Edition. Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins Company;2010.
105. Esteves TMB., Daumas RP., Oliveira MICD., Andrade CADFD., Leite IC. (2014). Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Revista de saude publica*, 48, 697-708.
106. Hove I., Siziya S., Katito, C., Tshimanga M. (1999). "Prevalence and Associated Factors for Non-Utilisation of Postnatal Care Services: Population-Based Study in Kuwadzana Peri-Urban Area, Zvimba District of Mashonaland West Province, Zimbabwe", *African Journal of Reproductive Health*, 3(2):25-32
107. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, 2018. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925
108. Seçilmiş Göstergelerle Tekirdağ 2013. TÜİK.
109. Bölgesel Göstergeler TR21 Tekirdağ, Edirne, Kırklareli 2010. TÜİK
110. Simsek H, Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. *Dokuz Eylül University Medicine Journal*,2011, 25(2) ve 119-126.
111. Cerit ÇG. Kırklareli İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Roman Vatandaşların ve Onlara Hizmet Sunan Personelin Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: S. Kalaça), 2007.
112. FRA. Analysis of FRA Roma survey results by gender. (online) [Erişim tarihi:10.12.2019]. Erişim adresi: <https://fra.europa.eu/sites/default/files/ep-request-roma-women.pdf>.
113. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2004). 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
114. Colombini M, Rechel B, Mayhew SH. Access of Roma to sexual and reproductive health services: Qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia. *Glob Public Health*. 2012;7(5):522-34.
115. Health and The Roma Community, Analysis of the Situation in Europe: Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain, Fundación Secretariado Gitano et al 2009.



116. Green-Raleigh K, Lawrence JM, Chen H, et al. Pregnancy planning status and health behaviors among nonpregnant women in a California managed health care organization. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2005; 37(4): 179-183.
117. Yılmaz T, Dinç H, Demirgöz Bal M. Gebelerin Fetal Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 1(1), 21-29.
118. Beeckman K, Louckx F, Putman K. Content and timing of antenatal care: predisposing, enabling and pregnancy-related determinants of antenatal care trajectories. *The European Journal of Public Health*. 2013 2013-02-01 00:00:00;23(1):67-73.
119. Yu J. A systematic review of issues around antenatal screening and prenatal diagnostic testing for genetic disorders: women of Asian origin in western countries. *Health and Social Care in the Community* (2012) 20(4), 329–346
120. Rowe RE, Garcia J, Davidson LL. Social and ethnic inequalities in the offer and uptake of prenatal screening and diagnosis in the UK: a systematic review. *Public Health* 2003; 118(3): 177-189.
121. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G., Visser GH., Homer CS., et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet* 2018
122. The Health Situation of Roma Communities Analysis of The Data From The UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey. Roma Inclusion Working Papers. UNDP Europe and the CIS, Bratislava Regional Centre, 2012.
123. Refugee and Immigrant Health: A Handbook for Health Professionals Erişim adresi: <http://www.ringofgold.eu/charleskemp.html> [Erişim tarihi: 20.12.2019]
124. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Maternal Child Health J*. 2014.
125. Hamlyn B, Brooker S, Oleinikova K, Wands S. *Infant Feeding 2000*. A survey conducted on behalf of the Department of Health, the Scottish Executive, the National Assembly for Wales and the Department of Health, Social Services and Public Safety in Northern Ireland. London: The Stationery Office, 2002.
126. Thurman SE., Allen PJ. Integrating Lactation Consultants Into Primary Health Care Services: Are Lactation Consultants Affecting Breastfeeding Success? *Pediatric Nursing*, Sayı:34(5), 2008

## EKLER

### EK 1. Veri Toplama Formu

Form no:....

Sokak:....

Tarih:.....

Kapı No:.....

### Roman Kadınlar ile Roman Olmayan Kadınların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım, Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Alma Özellikleri ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi Araştırması- Anket Formu- 2018

Bu araştırma kadın üreme sağlığının önemli bir bileşeni olan gebelik, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım alma özellikleri ve hizmetlere erişimleri bakımından Roman kadınlar ile Roman olmayan kadınlar arasındaki benzerlik ve farklılıkları ortaya koymak amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada elde edilen veriler toplum sağlığını geliştirmeye yönelik öneriler geliştirebilmek için bilimsel amaçla kullanılacaktır. 1 Ocak 2016 tarihinden sonra doğan çocuğunuz var ise çalışmaya katılabilirsiniz.

#### A. Sosyodemografik Bilgiler

1. Yaşınız.....

2. Kökeninizi nasıl tanımlarsınız? Roman Diğer. Belirtiniz.....

3. Medeni durumunuz: Evli Boşanmış Dul Ayrı yaşıyor   
Diğer.....

4. Eğitim durumunuz

a. Kendinizin (toplam yıl.....)	b. Eşinizin (toplam yıl.....)
<input type="checkbox"/> Okuryazar değil	<input type="checkbox"/> Okuryazar değil
<input type="checkbox"/> Okuryazar	<input type="checkbox"/> Okuryazar
<input type="checkbox"/> İlkokul mezunu	<input type="checkbox"/> İlkokul mezunu
<input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu	<input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu
<input type="checkbox"/> Lise mezunu	<input type="checkbox"/> Lise mezunu
<input type="checkbox"/> Yüksekokul-Üniversite ve üzeri	<input type="checkbox"/> Yüksekokul-Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz.....

6. Eşinizin mesleği.....

7. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz? Evet. Belirtiniz..... Hayır

8. Eşiniz gelir getirici bir işte çalışıyor mu? Evet. Belirtiniz..... Hayır

9. Hanenizin aylık geliri.....

10. Sosyal güvenceniz nedir?

Yeşil kart SGK Özel sağlık sigortası Diğer. Belirtiniz.....

## B. Üreme Öyküsü

11. Kaç çocuğunuz var?.....

	1.Çocuk	2.Çocuk	3.Çocuk	4.Çocuk	5.Çocuk	6.Çocuk
Cinsiyeti						
Yaşı						

12. Son gebeliğiniz dahil kaç gebelik yaşadınız?.....

13. İlk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız?.....

14. Son gebeliğiniz ile önceki gebeliğiniz arasındaki süre ne kadardır?  <2 yıl  ≥2 yıl

15. Sizce anne sağlığı açısından iki gebelik arasındaki süre en az ne kadar olmalıdır?  
.....ay/yıl

## C. Prekonsepsiyonel (Gebelik Öncesi) Bakım

(\*Son 2 yıl içinde canlı doğum ile sonuçlanan (son) gebeliğiniz üzerinden yanıt veriniz.)

16. Gebe kalmadan önce sağlık kontrolüne gittiniz mi?

Evet  Hayır (19. Soruya geçiniz.)  Hatırlamıyorum (20. Soruya geçiniz.)

17. Sağlık kontrolüne nerede gittiniz?

ASM  Devlet Hastanesi  Üniversite Hastanesi-EAH  Özel hastane  Özel doktor/muayenehane  Hatırlamıyorum

18. Sağlık hizmetini kimden aldınız?  Hekim  Ebe/hemşire  Diğer (20. Soruya geçiniz)

19. Sağlık kontrolüne gitmeme nedeniniz ne idi?

Planlı olmayan bir gebelikti.  
 Gerek duymadım.  
 Böyle bir hizmet alabileceğimi bilmiyordum.  
 Önceki gebeliğimde almıştım.  
 Bilgim var.  
 Diğer. Belirtiniz.....

20. Gebeliğinizden önceki dönemde tanısı konan herhangi bir kronik hastalığınız var mıydı?

Evet. Belirtiniz.....  
 Hayır (23. Soruya geçiniz.)



21. Gebe kalmadan önce hastalığınızın seyri kontrol altında mıydı?

Evet (23. Soruya geçiniz.) Hayır

22. Hastalığın kontrol altına alınmama nedeni ne idi?

Planlı olmayan gebelik nedeniyle

Doktoruma ulaşamadım.

Hastaneden randevu alamadım.

Ekonomik nedenler nedeniyle

Diğer.....

23. Gebe kalmadan önce düzenli ilaç kullanıyor muydunuz?

Evet. Belirtiniz..... Hayır

24. Gebe kalmadan önce folik asit kullanmaya başladınız mı?

Evet Hayır ise nedeni..... Hatırlamıyorum

25. Gebe kalmadan önce sigara, alkol vb madde kullanıyor muydunuz?

Evet ise hangisi/hangileri..... Hayır

26. Gebe kalmadan önce aşı yaptırdınız mı?

Evet. Belirtiniz..... Hayır

Hatırlamıyorum

27. Aşı yaptırmama nedeniniz ne idi? (Birden fazla işaretlenebilir.)

Aşı yaptırmam gerektiğini bilmiyordum.

Önceki gebeliklerimde aşı yapılmıştı. Belirtiniz.....

Planlı olmayan gebelik nedeniyle yaptıramadım.

Alerjim var.

Diğer. Belirtiniz.....

#### D. Gebelik Öyküsü

(\*Son 2 yıl içinde canlı doğum ile sonuçlanan (son) gebeliğiniz üzerinden yanıt veriniz.)

28. İsteyerek mi gebe kaldınız?

Evet, isteyerek gebe kaldım.

Daha sonrası için istiyordum.

Hiç istemiyordum.

Diğer. Belirtiniz.....

29. Hangi belirti/belirtiler ile gebelikten şüphelendiniz? (Birden fazla işaretlenebilir.)

Adet gecikmesi Halsizlik, uyku hali Mide bulantısı Baş dönmesi

Diğer.....

30. Gebelik tanısını kim koydu?

- Kendim  Hekim  Ebe/hemşire  Diğer.....

31. Gebelik kesin tanısı nerede kondu?

- Aile Sağlığı Merkezi  Devlet Hastanesi  Özel  
doktor/muayenehane  Üniversite Hastanesi/EAH  Özel hastane  
 Diğer.....

32. Tanısı gebeliğin hangi döneminde kondu? .....hafta/ay

### E. Doğum Öncesi Bakım

(\*Son 2 yıl içinde canlı doğum ile sonuçlanan (son) gebeliğiniz üzerinden yanıt veriniz.)

33. Gebelikte bir sağlık personeli tarafından sağlık kontrolünüz hiç yapıldı mı?

- Evet (34. Soruya geçiniz.)  
 Hayır ise, sağlık kontrolü yapılmama nedeni neydi? (47. Soruya geçiniz.)  
 Gerek duymadım.  
 İzlem yapılması gerektiğini bilmiyordum.  
 Nerede yapılacağını bilmiyordum.  
 Ekonomik nedenlerle yaptıramadım.  
 Diğer.....

34. Gebelikte ilk sağlık kontrolünüz gebeliğin hangi döneminde yapıldı?.....hafta/ay

35. Gebelikte sağlık kontrolleriniz kim tarafından yapıldı?

- Doktor  Ebe/hemşire  Diğer.....

36. Gebelikte sağlık kontrolleriniz nerede yapıldı? (Birden fazla işaretlenebilir.)

- ASM  
 Devlet Hastanesi  
 Özel hastane  
 Özel doktor/muayenehane  
 Üniversite hastanesi/EAH  
 Diğer.....

37. Gebelik boyunca kaç kez sağlık kontrolüne gittiniz?.....

38. Gebelikte kan tahlili yapıldı mı?  Evet  Hayır  Hatırlamıyorum  Diğer...

39. Gebelikte idrar tahlili yapıldı mı?  Evet  Hayır  Hatırlamıyorum  Diğer.....

40. Gebelikte kan grubu tahlili yapıldı mı?  Evet  Hayır  Hatırlamıyorum  Diğer...

41. Gebelik boyunca kaç kez ultrasonografi yapıldı?.....
42. Gebelikte enfeksiyon taraması yapıldı mı? Evet Hayır Hatırlamıyorum Diğer..
43. Gebelikte ikili test yaptırdınız mı? Evet Hayır Hatırlamıyorum Diğer.....
44. Gebelikte üçlü test yaptırdınız mı? Evet Hayır Hatırlamıyorum Diğer.....
45. Gebelikte şeker yüklemesi yaptırdınız mı? Evet **(47.soruya geçiniz)** Hayır Diğer
46. Şeker yükleme testi yaptırmama nedeniniz nedir?
- Gerek görmedim.
- Daha önceki gebeliklerimde yaptırmıştım.
- Yan etkilerinden korktum.
- Diğer.....
47. Gebeliğinizde aşağıdaki destek ilaçlardan hangisi/hangilerini kullandınız? **(Birden fazla işaretlenebilir.)**
- Folik asit
- Demir hapi
- D vitamini
- Multivitamin
- Hiçbiri
- Diğer.....
48. Son gebeliğinizde tetanoz aşısı yapıldı mı?
- Evet **(50. Soruya geçiniz.)**
- Hayır
- Hatırlamıyorum **(50. Soruya geçiniz.)**
49. Aşı olmama nedeniniz nedir?
- Daha önce olmuşum.
- Aşı olmam gerektiğini bilmiyordum.
- Önemsemedim.
- Aşıdan korkarım.
- Diğer.....
50. Gebeliğinizde hiç sigara, alkol vb madde kullandınız mı?
- Evet. Belirtiniz.....
- Hayır

## F. DOĞUM

(\*Son 2 yıl içinde canlı doğum ile sonuçlanan (son) gebeliğiniz üzerinden yanıt veriniz.)

51. Doğumu nasıl yaptınız?

- Normal  
 Sezaryen. Nedeni.....

52. Doğumu nerede yaptınız?

- Devlet hastanesi  
 Özel hastane  
 Üniversite hastanesi/EAH  
 Evde  
 Diğer.....

53. Doğumunuzu kim yaptırdı?

- Doktor  
 Ebe/hemşire  
 Kendim  
 Diğer.....

54. Doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde bebeğinizi emzirdiniz mi?

- Evet (56.soruya geçiniz.)  Hayır. İlk ne zaman emzirdiniz.....

55. Doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeme nedeniniz nedir?

- Sezaryen doğum nedeniyle  
 Bebek yanıma geç geldi.  
 Sütüm gelmedi.  
 Bebek kuvözde kaldı.  
 Odaya çıkınca emzirdim.  
 Diğer.....

## G. DOĞUM SONRASI BAKIM

(\*Son 2 yıl içinde canlı doğum ile sonuçlanan (son) gebeliğiniz üzerinden yanıt veriniz.)

56. Doğum sonrası hastanede ne kadar kaldınız?.....

57. Doğum sonrası taburcu olduktan sonra sağlık kontrolleriniz yapıldı mı?

Evet Hayır ise yapılmama nedeni nedir? (60.soruya geçiniz.)

Gerek duymadım.

Kontrol yapılması gerektiğini bilmiyordum.

Nerede yapılacağını bilmiyordum.

Ekonomik nedenlerle yaptıramadım.

Diğer.....

58. Doğum sonrası sağlık kontrolleriniz nerede yapıldı?

Devlet hastanesi

Özel hastane

Özel doktor/muayenehane

Üniversite hastanesi/EAH

ASM

Diğer.....

59. Hastaneden taburcu olduktan sonra kaç kez sağlık kontrolüne gittiniz?.....

Doğum sonrası sağlık kontrolleriniz hangi zamanlarda ve kim tarafından yapıldı?

İzlem zamanı	Doktor	Ebe/Hemşire	Diğer.....
Doğumu takip eden 2.-5. gün			
Doğumu takip eden 13.-17. gün			
Doğumu takip eden 30.-42. gün			

60. Anne sütünün önemi ve doğru emzirme teknikleri ile ilgili bir sağlık personeli

tarafından size bilgilendirme yapıldı mı?

Evet. Belirtiniz.....

Hayır

**TEŞEKKÜR EDERİZ.**

## Ek 2. Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

#### **ÇALIŞMANIN ADI:**

Bir Mahallede Yaşayan Roman Kadınlar ile Roman Olmayan Kadınların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım, Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Alma Özellikleri ve Etkileyen Etmenler

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.*

#### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

Aynı mahallede yaşayan, son iki yılda doğum yapmış olan Roman kadınlar ile diğer kadınların doğum öncesi ve sonrasındaki süreçte sağlık hizmeti alma durumlarını değerlendirmek amaçlanmaktadır.

Kazım Dirik-Turan Mahallesi'nde yaşayan 1 Ocak 2016 tarihinden sonra canlı doğum yapmış olan tüm kadınlar arasında araştırmaya katılmak isteyen kadınlar dâhil edilecektir.

#### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Katılımcılara yüz yüze anket formu uygulanacaktır.

#### **ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?**

Araştırmaya katılarak kadınların doğum öncesi ve sonrası hizmetlere erişimi ve sağlık durumları hakkındaki verilerin toplanmasına, toplumun önemli bir parçası olan kadınların ve onlardan gelecek nesillerin sağlık düzeylerinin geliştirilmesine katkı sağlamış olacaksınız.

#### **BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

### **ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Çalışmada araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

ADI : Büşra SANDIKLI

GÖREVİ : Doktor

TELEFON : 0531-523-50-71

### **ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		
<i>Vasi (var ise ) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		
<i>Görüşme Tanığı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		
<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

### Ek 3. Kaymakamlık İzni

T.C.  
MURATLI KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 60445335-492-E\_383  
Konu : Tıpta Uzmanlık Tezi Araştırması

20/02/2018

Sayın; Dr. Büğra SANDIKLI  
Vatan Caddesi Bezmialen Vakıf Üniversitesi  
Rektörlük Binası Halk Sağlığı Anabilim Dalı Fatih/İSTANBUL

İlgi : 12.02.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenize istinaden, Kaymakamlık Makamından alınan 20/02/2018 tarih ve 376 sayılı "Tıpta Uzmanlık Tezi" konulu Olur yazımız ekinde gönderilmiştir. Bilgilerinize rica ederim.

İsmail Altan DEMIRAYAK  
Kaymakam

Ek: 1- Olur

Bu belge elektronik  
imzalıdır.



\*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/FayakDogrulama> adresine girerek (9F6zor-2ujtGn-F/7pk5-OnJFgQ-Gzrt.kq14) kodunu yazınız.

Telefon No : (282)061 20 04 Faks No : (282)061 22 27  
e-Posta : İnternet Adresi : [www.icisleri.gov.tr](http://www.icisleri.gov.tr)

Bilgi için Ferihsan ŞAHİN  
VERİ HAZIRLAMA VE KONTROL İŞLETMENİ  
Tebliğ No:



T.C.  
MURATLI KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 60445335-020-E.376

20/02/2018

Konu : Tıpta Uzmanlık Tezi Araştırması

KAYMAKAMLIK MAKAMINA

İlgi : Dr. Büşra SANDIKLI'nın 16.02.2018 tarihli dilekçesi.

Dr. Büşra SANDIKLI Kaymakamlığımıza vermiş olduğu ilgi tarihli dilekçesinde; Bezmialem Vakıf Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Eğitimi almakta olduğunu, toplumda sosyal ve ekonomik nedenlerle dezavantajlı durumda olan Roman kadınların bilgi düzeyleri ve davranışları ile Roman olmayan kadınlara göre mevcut durumları hakkında "Bir Mahallede Yaşayan Roman Kadınları ile Roman Olmayan Kadınların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Alma Özellikleri ve Etkileyen Etmenler" konulu uzmanlık tezini ilçemizde Roman vatandaşların yoğun olarak yaşadığı Kazımdirik-Turan Mahallesi'nde 01.03.2018 - 31.11.2018 tarihleri arasında çalışmaya dâhil etme kriterlerine uyan kadınlar ile kendi hanelerinde yüz yüze anket yapmayı istediğini belirtmektedir.

Dr. Büşra SANDIKLI'nın yukarıda belirtilen tarihlerde "Bir Mahallede Yaşayan Roman Kadınları ile Roman Olmayan Kadınların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Alma Özellikleri ve Etkileyen Etmenler" konulu uzmanlık tezini ilçemiz Kazımdirik-Turan Mahallesi'nde yapabildiğini;

Olurlarınıza arz ederim.

Ferudun ŞAHİN  
V.H.K.İ

Uygun görüşle arz ederim.  
20/02/2018

Mustafa TOPCU  
Y.İ.M.

O L U R  
20/02/2018



Ismail Altan DEMIRAYAK  
Kaymakam

\*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (EPMtW-xHN286-1bCHcU-CfXCAQ-bRQu9oc+) kodunu yazınız.

Telefon No: (282)361 20 04 Faks No: (282)361 22 27  
e-Posta: Internet Adresi:

Bilgi için: Ferudun ŞAHİN  
VERİ HAZIRLAMA VE KONTROL İŞLETMENİ  
Telefon No:

## Ek 4. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/03/2018-4416



T.C.  
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 54022451-050.05.04-  
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Prof.Dr. Bedia ÖZYILDIRIM

13.03.2018 tarihinde yapılan Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında "Bir Mahallede Yaşayan Roman Kadınlar ile Roman Olmayan Kadınların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonrası Bakım Alma Özellikleri ve Etkileyen Etmenler" başlıklı başvurunuz değerlendirilmiş olup karar yazısı ektedir.  
Bilgilerinize.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. İsmail MERAL  
Başkan

Ek: Karar Yazısı (2 sayfa)

Mevcut Elektronik İmzalar

İSMAİL MERAL (Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu - Başkan) 19/03/2018 14:18

Adres: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Fethi /  
İstanbul  
Telefon: 0 (212) 523 22 88 Faks: 0 (212) 533 23 26  
e-Posta: info@bezmialem.edu.tr Elektronik Ağ: www.bezmialem.edu.tr

Bilgi için: Elif Gamze ASLAN  
Unvanı: Sekreter

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)  
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Mahallede Yaşayan Roman Kadınlar ile Roman Olmayan Kadınların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonrası Bakım Alma Özellikleri ve Etkileyen Etmenler
-----------------------	---

13.03.2018

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Adnan Menderes Bulvarı Vatan caddesi 34093 Fatih/İstanbul
	TELEFON	(0212) 523 22 88 - 1028
	FAKS	(0212) 533 23 26
	E-POSTA	ogaslari@bezmialem.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Gerekli Değil <input type="checkbox"/> Var <input checked="" type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Karar No/59	Tarih: 13.03.2018		
	Yürütücüsünü Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM 'ın yaptığı "Bir Mahallede Yaşayan Roman Kadınlar ile Roman Olmayan Kadınların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonrası Bakım Alma Özellikleri ve Etkileyen Etmenler" Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.			

Sayfa 1 / 2

Etik Kurulu Başkanı  
Prof. Dr. İsmail MERAL



**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)  
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Mahallede Yaşayan Roman Kadınlar ile Roman Olmayan Kadınların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonrası Bakım Alma Özellikleri ve Etkileyen Etmenler
-----------------------	---

<b>BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. İsmail MERAL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
			E	H	E	H	
Prof. Dr. İsmail MERAL	Fizyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ömer SOYSAL	Güçün Cerrahisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuran YILDIRIM	Tıp Tarihi ve Etik	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkinaz AŞTI	Hemşirelik Bölümü	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof. Dr. Semra ÖZÇELİK	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof. Dr. Teoman AYDIN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fahri AKBAŞ	Tıbbi Biyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Binnur AYDOĞAN TEMEL	Eczacılık	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aclan ÖZDER	Aile Hekimliği	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mustafa TUNALI	Periodontoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nur BÜYÜKPINARBAŞILI	Tıbbi Patoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Av. Mustafa Fırat ALKAYA	Hukuk	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eda BAYRAKTAR	Sivil Üye	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

**Karar:**  Onaylandı  Reddedildi

Sayfa 2 / 2

Etik Kurul Başkanı  
Prof. Dr. İsmail MERAL

