

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**KANAMA ŞİKAYETİ OLAN GEBELERİN ACİL OBSTETRİK
BAKIM ALMA DURUMLARI**

ZÜBEYDA KOŞUM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd.Doç.Dr. Mine YURDAKUL

MERSİN-2010

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**KANAMA ŞİKAYETİ OLAN GEBELERİN ACİL OBSTETRİK
BAKIM ALMA DURUMLARI**

ZÜBEYDA KOŞUM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd.Doç.Dr. Mine YURDAKUL


TEZ NO:.....

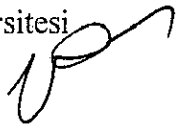
MERSİN-2010

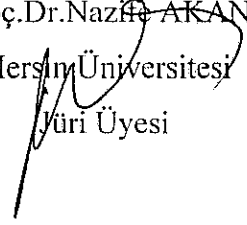
Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan ‘Kanama Şikayeti Olan Gebelerin Acil Obstetrik Bakım Alma Durumları’ başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09/06/2010


Yrd.Doç.Dr. Mine YURDAKUL
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç.Dr.Umut KUTLUDİLEK
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi 

Yrd.Doç.Dr.Nazife AKAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi 

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../..... tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Tez çalışmalarım süresince tez konumun belirlenmesi ve yürütülmesinde, bilimsel katkılarını ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Yrd .Doç. Dr.Mine YURDAKUL'a , tezimin istatistliğini yapmakta bana destek olan hocam Arş.Gör. Gülhan Orekici'ye, tezimin anket çalışmasını yaptığım Kadın Doğum Hastanesi yöneticileri ve çalışanlarına, ankete katılan gebelere, manevi desteklerini gördüğüm ailem ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.ACİL OBSTETRİK BAKIM	4
2.1.1.Acil Obstetrik Bakım Tarihçesi	4
2.1.2. Acil Obstetrik Bakım Tarihçesi Tanımı.....	5
2.1.3Acil Obstetrik Bakım Hizmeti Almada Gecikme Modelleri.....	6
2.1.4.Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerini Sunumunda Ekip Yaklaşımı.....	9
2.1.5.Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinde Veri Toplama ve Kayıt	9
2.1.4.Acil Obstetrik Bakımda Sevk	11
2.1.4.1.Acil Obstetrik Bakımda Sevk Gerektiren Durumlar.....	12
2.1.4.2. 112 Acil Ambulans Hizmeti	13
2.2.DOĞUM ÖNCESİ KANAMA NEDENLERİ VE ACİL BAKIM	15
2.2.1.DOĞUM ÖNCESİ KANAMA NEDENLERİ	15
2.2.1.1Erken Gebelik Kanamaları	15
2.2.1.1.1.Abortuslar.....	15
2.2.1.1.2.Ektopik Gebelik.....	18
2.2.1.1.3.Gestasyonel Trofoblastik Hastalık	22
2.2.1.2Geç Gebelik Kanamaları	24
2.2.1.2.1.Ablasyo Plesanta	24
2.2.1.2.2.Plesanta Previa.....	28

2.2.2.DOĞUM ÖNCESİ KANAMALARDA ACİL BAKIM VE EBELİK HİZMETLERİ.....	30
2.2.2.1.Doğum Öncesi Kanamalarda Acil Bakım.....	30
2.2.2.1.1.Gebeliğin 20. Haftasından Önce Olan Kanamalarda Acil Bakım.....	30
2.2.2.2.1.2.Gebeliğin 20. Haftasından Sonra Meydana Gelen Kanamalarda Acil Bakım	31
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1.Araştırmanın Amacı.....	34
3.2.Araştırmanın Şekli.....	34
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	34
3.4.Araştırmanın Evreni.....	34
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	35
3.6.Verilerin Toplanması.....	35
3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	35
3.6.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	35
3.6.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması ve Değerlendirilmesi.....	35
3.7.Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	36
3.8.Araştırmanın Giderleri.....	36
4.BULGULAR.....	37
5.TARTIŞMA.....	57
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	66
6.1.Sonuçlar.....	66
6.2.Öneriler	68
7.KAYNAKLAR.....	69
8.EKLER.....	85
8.1.Anket Formu.....	85
9.ÖZGEÇMİŞ.....	89

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1.Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler.....	37
Çizelge 4.2.Gebelerin doğurganlık özellikleri	39
Çizelge 4.3.Doğum öncesi bakım özelliklerine ilişkin veriler.....	40
Çizelge 4.4.Gebelerin kanamaya ilişkin verileri	42
Çizelge 4.5.Acil obstetrik bakım alma durumlarına ilişkin veriler.....	44
Çizelge 4.6. Gebelere Acil Servise Yapılan İşlemler ve Konan Tanılara İlişkin Veriler.....	46
Çizelge 4.7.Gebelerin kanama durumunda davranışların yaş gurupları ile arasındaki ilişki..	47
Çizelge 4.8.Gebelerin kanama durumunda davranışların eğitim durumlarına göre dağılımı.....	48
Çizelge 4.9.Gebelerin doğum öncesi bakım almalarının eğitim durumlarına göre dağılımı.....	48
Çizelge 4.10. Gebelerin kanama halinde davranışlarının çalışma durumlarına göre dağılımı.....	49
Çizelge4.11.Gebelerin kanama durumunda davranışlarının aile yapılarına göre dağılımı.....	49
Çizelge 4.12.Gebelerin kanama halinde davranışların sosyal güvence durumlarına göre dağılımı.....	50
Çizelge 4.13.Gebelerin kanama durumundaki davranışların gebeliğin planlı olup olmasına göre dağılımı	50
Çizelge 4.14.Gebelerin kanama durumundaki davranışların gebelikte tehlike belirtileri bilme durumuna göre dağılımı.....	51
Çizelge 4.15.Oturulan yere en yakın sağlık kuruluşu ile kanama durumunda ilk başvuru yere ait veriler.....	52
Çizelge 4.16. Gebelerin kanama halinde davranışlarının daha önce kanama problemi yaşama durumuna göre dağılımı.....	52
Çizelge 4.17.Gebelerin kanama durumunda davranışlarının sağlık hizmeti almaya karar vermeye etkisi.....	53
Çizelge 4.18.Gebelerin kanama durumunda davranışlarının kanama miktarının göre dağılımı.....	54

Çizelge 4.19. Gebelerin tıbbı yardım alma sürelerinin kanama miktarlarının göre dağılımı.....	55
Çizelge 4.20. Gebelerin tıbbı yardım alma sürelerinin doğum öncesi bakım alma durumlarına göre dağılımı.....	55
Çizelge 4.21. Gebelerin tıbbı yardım alma sürelerinin gebelikte tehlike belirtilerini bilmekle ilişkisi.....	56
Çizelge 4.22. Gebelerin tıbbı yardım alma sürelerinin gebeliğin planlı olup olmamasına göre dağılımı.....	57

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu

AOB: Acil Obstetrik Bakım

MISP: Güvenli Annelikle İlgili Verilecek İlk Minimum Hizmet

PIH: Pelvik İnflamatuar Hastalığı

TVUSG: Transvajinal Ultrasonografi

GTH: Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

GTN: Gestasyonel Trofoblastik Neoplazi

GTT: Gestasyonel Trofoblastik Tümör

DIC: Dissemine İntravasküler Koagülasyon

ÖZET

KANAMA ŞİKAYETİ OLAN GEBELERİN ACİL OBSTETRİK BAKIM ALMA DURUMLARI

Bu araştırma Mersin il merkezinde bulunan Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde antenatal dönemde kanama şikayeti ile başvuran gebelerin acil obstetrik bakım almalarını engelleyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya 01 Mart - 01 Temmuz 2009 tarihleri arasında kanama şikayeti ile Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesine başvuran gebeler dahil edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11,5 paket programında iki oran testi, ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistik analizleri %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamaları $27.2(\pm 5,8)$ 'dir. Eğitim durumları incelendiğinde, %18,4'ü okur-yazar olmadığı, %16'sı okur-yazar, % 42,4'ü ilköğretim, % 23,2'si lise ve üzeri eğitim aldığı görülmektedir. Gebelerin çalışma durumlarına bakıldığında, %91,2' si herhangi bir işte çalışmamakta, %88,8'i sağlık güvencesine sahiptir. Gebelerin % 24'ü geniş aile yapısında olup, ailelerde yaşayan kişi sayısı ortalama 3,0'tür. Bu ailelerin % 62,4'ünün ekonomik durumunun orta düzeyde, % 88,8'i il merkezinde yaşamaktadır. Araştırma kapsamındaki gebelerin ortalama gebelik sayıları 2'dir. Gebelerin % 68,8'i gebeliğinin planlı olduğunu ifade etmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin %84,4'ü doğum öncesi bakım almış, ortalama doğum öncesi izlem sıklığı 3'tür. Doğum öncesi bakım alan gebelerin %60,2'si düzenli doğum öncesi almış, %56'sı gebelikteki tehlike belirtilerini bilmediğini belirtmiştir.

Gebelerin kanama miktarına bakıldığında % 41,6'sının az(4 saatte bir pedden az) , %37,6'sının orta (4 saatte bir ped), %20.8'sinin çok şiddetli(4 saatte bir pedden fazla) olduğu görülmektedir. Gebelerde kanama olunca öncelikle olarak yatıp, dinlenip, kanamasının geçmesini bekleme davranışı yaygındır. Kanama durumunda ilk başvurdukları yer %84 oranla doğumevi hastanesidir. Gebelerin %71,2'si kanama başladıktan sonra 8 saat içinde tıbbi yardım almış, tıbbi yardım almaya %87,4'ü kendi ve eşiyle birlikte karar vermiştir. Gebelerin %66,4'ünün oturduğu yere en yakın sağlık kuruluşunun sağlık ocağı, kanama durumunda ilk başvuru yeri ise büyük oranda kadın doğum hastanesidir. Genellikle kullanılan ulaşım aracı kendi özel araçları

yada ticari taksidir. Acil servise başvuran gebelerin %88'i hemen sağlık hizmeti aldığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %64'üne abortus, %24,8'ine plesanta previa, %3,2'sine ablasyo plesanta, %1,6'sına ektopik gebelik, %0,8'sine mol hidatiform tanısı konmuştur. Gebelerin %77,6'sı kendisine konan tanıyı bildiğini, %22,4'ü kendisine konan tanıyı bilmediğini ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan gebelerde yaş, eğitim durumu, çekirdek aile yapısı, doğum öncesi bakım alma , sosyal güvencenin olması, gebelikteki tehlike belirtilerini bilme acil obstetrik bakım alma durumunu etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Acil obstetrik bakım, doğum öncesi bakım, kanama, antenatal kanama

ABSTRACT

THE PREGNANTS WHO HAVE BLEEDING COMPLAINTS THE SITUATIONS TAKING EMERGENCY OBSTETRIC CARE

This research was made to determine the factors that blocks to take the emergency Obstetric Care of the pregnant who came to the Women and Children Hospital with the complaints of bleeding in the antenatal period in Mersin province center. Pregnant women who admitted to Mersin Women and Children Hospital with the complaints of bleeding between the dates of 01 March and 01 July were included to the research.

When the data were being evaluated, two-ratio test, chi-square tests were used in Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.5 software package. Statistical analysis were evaluated in the intervals of 95% reliability and significance $p < 0.05$ level.

The average ages of the pregnant who were surveyed, are 27.2 (± 5.8). When their educational backgrounds were examined, 18.4% of illiteracy, 16% of literacy, 42.4% of daily primary education, 23.2% seems to have received secondary and higher education.

When the working situations of the pregnant were observed, 91.2% of them don't have any employment, 88.8% of them have health assurance. 24% of pregnant women have an extended family structure, and the number of people living in families is with an average 3.0. 62.4% of these families' economic situation is in the mid-level and 88.8% of them have been living in the city center. The average number of pregnancies of women in this research is 2. 68.8% of these pregnant stated that their pregnancies are planned. 84.4% of pregnant women participating to the study received antenatal care, the average frequency of antenatal follow-up is 3. 60.2% of pregnant women who took antenatal care stated that they have received regular care, 56% of them stated that they don't know the danger signs.

Considering the amount of bleeding in pregnant women, it is seen that 41.6% of them have little (in four hours less than one ped), 37.6% of them have mid level (every four hours) and 20.8% of them have severe bleeding (in four hours more than one ped). In case of bleeding in pregnant women, firstly laying, resting and waiting to cease the bleeding are common behaviours. Maternity Hospitals are the places that were applied firstly by the pregnant in case of bleeding with rate of 84%. After their bleeding

started, 72,2% of the pregnant women received medical help in eight hours and 87,4% of them decided to receive medical help on their own or with their husbands. The nearest health institutions to the %64 of pregnant women's residence are clinics and in case of bleeding, Maternity Hospitals are the places that were applied firstly. Commonly used means of transport has their own private vehicles or commercial taxis. 88% of pregnant women admitted to emergency medical service stated that they received health service immediately. 64% of the women surveyed in the research abortion, 24.8% of the placenta previa, 3.2% abruption placenta, 1.6% ectopic pregnancy testing, 0.8% were diagnosed as molar hidatiform. 77,6% of the pregnant women stated they knew the clinical diagnosis and 22,4% of them stated they didn't know the clinical diagnosis. The ages, educations, nuclear family structures, receiving antenatal care, having a health insurance, being aware of the dangerous signs of the pregnant women who participated to the study affect their receiving the emergency Obstetric Care.

Key Words: Emergency obstetric care, antenatal care

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Ülke nüfusumuzun üçte ikisini kadın ve çocuklar oluşturmaktadır. Doğurgan çağdaki kadınların sayısının fazla olması, sağlık sorunlarına daha hassas olmaları ve sağlık düzeylerinin istenilen seviyede olmaması gibi nedenlerden dolayı bu gurubun sorunları öncelikli olarak ele alınmalıdır. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerini belirlemede ekonomik parametreler kadar anne ve bebek ölüm hızları da önemlidir. Gebelik fizyolojik bir olay olmasına karşın gebelik ve doğum sırasında dünya da çok sayıda anne ölmektedir (1).

Anne ölümü; bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür(1-3).

Dünya da gebelik ve doğum komplikasyonlarına bağlı anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir(4-7). Anne ölüm hızlarında bakıldığında; gelişmiş ülkelerde yüz binde 9, gelişmekte olan ülkelerde yüz binde 450'dir. Ülkemizde ise bu oran 1981 yılında yüzbinde 132, 1990 yılında yüzbinde 100, 1998 yılında yüzbinde 49,2, DSÖ 2005 yılı verilerine göre yüzbinde 44(8), 2005 Türkiye Ulusal Anne Ölümleri araştırmasına göre yüzbinde 28,5 (\pm 2,5) olarak bildirilmiştir(1,9-12). En düşük anne ölüm hızı yüz binde 7,4 ile Batı Anadolu'da, en yüksek anne ölüm hızı ise yüz binde 68,3 ile Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu'da tespit edilmiştir(13). Mersin ilinde anne ölüm hızı 2004 yılında yüzbin canlı doğum da 17,1 iken, 2006 da yüzbinde 30,6 ve 2008 yılında ise yüzbinde 13,9'dur(1,14,15).

Dünya genelinde anne ölümlerinin %80'ni doğrudan obstetrik nedenlere bağlı olarak meydana gelmektedir. Bunlar; %25'i kanama, %15'i enfeksiyon, %13'ü düşük komplikasyonları, %12'si eklem ve hipertansif bozukluklar, %8'i engellenmiş doğum eylemi, %8'i diğer doğrudan obstetrik nedenlerdir. Anne ölümlerinin %20'si de dolaylı nedenlerle ortaya çıkmaktadır(16-18). Ülkemize ait ana ölüm nedenlerine bakıldığında; %58,4'ü doğrudan, %15,8'i ise dolaylı nedenlere bağlı olarak meydana gelmektedir. Doğrudan nedenler arasında yer alan kanama %24,9 oranında, gebeliğe bağlı hipertansiyon %

18,4, enfeksiyon %4,6, emboli, cerrahi komplikasyonlar, uterus rüptürü gibi diğer doğrudan nedenler %15,7 oranında tespit edilmiştir(1). Türkiye’de, annelerin %37’sinde ölüm, doğumdan önceki dönemde meydana gelmektedir. Bu dönemdeki ölümlerin yarısı 22. haftadan önce, diğer yarısı da 22.haftadan sonra gerçekleşmektedir(1,16). Meydana gelen ölümlerde; %31,7’si ikinci basamak sağlık kuruluşunda, %28.3’ü üçüncü basamak sağlık kuruluşunda, %10.4’ü de yolda/sağlık kuruluşuna giderken meydana gelmektedir(16). Anne ölümlerinin önlenebilirlik durumu incelendiğinde %52,5’inin mevcut koşullarda, %20,4’ünün ileri koşullarda, %15,7’inin bilgi yetersizliği ve %11,5’inin ise önlenemez olduğu bildirilmektedir(1).

Kanamalar dünya da ve ülkemizde anne ölümlerinin en önemli sebebidir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, özellikle sağlık hizmetinin yeterli verilmediği kırsal alanlarda kanamaya bağlı anne ölümleri daha çok karşımıza çıkmaktadır(19-20).

Anne ölümleri düzenli doğum öncesi bakım verildiği, doğumların sağlıklı koşullarda yaptırıldığı ve doğum sonu dönemde yeterli izlemin yapıldığı yerlerde daha az görülmektedir(21). Ülkemizde doğumların %83’ü bir sağlık personeli tarafından yaptırılmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA) 2003 verilerine göre Türkiye de gebelerin %80,9’u doğum öncesi bakım alırken, TNSA 2008 verilerine göre %92’si doğum öncesi bakım almıştır. Gebelerin %87’si 6.aydan önce doğum öncesi bakım alırken, ilk doğum öncesi bakımda ortalama gebelik süresi 2,2 aydır. Mersin ilinde ortalama gebe izlem sıklığı 5,6’dır(21,22,23). DSÖ dünya kadınlarının doğum sonu bakım alma oranını %35 olarak bildirmektedir(13). TNSA 2008 verilerine göre gebelerin doğum sonrası bakım alma oranı %85 olarak bildirilmiştir. Ergin ve ark. Aydın’da yaptığı bir çalışmada doğum sonu izlem sıklığı 2 olarak verilmiştir(24). Mersin ilinde (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri 2008 verilerine göre) lohusa izlem sıklığı 1,9’ dur(23).

Bütün bu veriler ışığında Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu(UNFPA), UNICEF, DSÖ, Dünya Bankası ve 37 ülkeden çeşitli kuruluşlar anne ve bebek ölümlerini azaltmak için anneye gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi, doğum ve doğum sırasında bakım, tedavi ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik ve doğum sonu komplikasyonlarının tanınmasını sağlayacak Güvenli Annelik Girişimini başlatmıştır. Güvenli annelik programının en önemli bileşenlerinden biride acil obstetrik bakım hizmetleridir. Oluşabilecek acil durumlara karşı sağlık kuruluşlarının cevap verme yeteneği olarak tanımlanan AOB hizmetlerine, kanama, ilerlemeyen eylem, güvensiz düşük, eklamsi ve enfeksiyon gibi sık görülen obstetrik ölüm nedenlerinin yönetiminde ulaşılabilirlik önemlidir(13).

Anne ölümlerini önlemede önemli bir yere sahip olan acil obstetrik bakım hizmetlerinin il genelinde uygulanıyor olması ve gebelerin bu hizmetten yararlanması anne ve bebek sağlığı açısından çok önemlidir. Obstetrik komplikasyonlu gebeye ne kadar erken müdahale edilirse ölüm veya gebeliğe bağlı meydana gelebilecek komplikasyon oranı o derece az olacaktır. Yapılan araştırmalar AOB hizmetlerinin verildiği ülkelerde anne ölümlerinin azaldığını göstermektedir. Bu çalışma, Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine antenatal dönemde kanama şikâyeti ile başvuran gebelerin acil obstetrik bakım alma durumlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Acil Obstetrik Bakım Tarihçesi ve Tanımı

2.1.1.Acil Obstetrik Bakım Tarihçesi

1987’de Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu(UNFPA), Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu(UNICEF), Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), Dünya Bankası ve 37 ülkeden çeşitli kuruluşlar anne ve yeni doğan ölümlerini azaltmak için Güvenli Annelik Girişimi başlatmışlardır(25-28). Kısa bir süre sonra nüfusa yönelik olarak yapılan Birleşmiş Milletler konferans serisinin içinde yer alan ve 1994’de 179 ülke hükümetinin delegasyonu, 1200’den fazla sivil toplum örgütünün katılımıyla Kahire Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı gerçekleştirilmiştir. Bu konferans ile cinsel ve üreme sağlığının geliştirildiği, üreme haklarının güçlendirildiği ve dünya nüfusunun sabitleneceği 20 yıllık bir eylem planı yapılmış ve hükümetler, toplumun sağlığının, iyilik halinin geliştirilmesi, nüfus büyüme hızının azaltılması ve sürdürülebilir kalkınma paketinin bir parçası olarak, 2015 yılına kadar dünya yüzeyinde yaygın olarak üreme sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin sağlanması konusunda görüş birliğine varmışlardır. Bundan bir yıl sonra 1995’de Pekin’de yapılan Dördüncü Dünya Kadın Konferansında başta anne ölümü ve uzun dönem sekelleri olmak üzere kadın sağlığı konularına global anlamda dikkat çekilmiş, içlerinde Türkiye’nin de bulunduğu pek çok gelişmekte olan ülke bu hareketi tanıyarak içinde yer almıştır(16).

Güvenli annelik, anneye gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi, doğum ve doğum sırasında bakım, tedavi ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik ve doğum sonu komplikasyonlarının tanınması ve bütün bunlara bağlı anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasına yönelik bütüncül bir yaklaşımdır(2). Güvenli annelik programı her zaman kanama, ilerlemeyen eylem, güvensiz düşük, eklemsi ve enfeksiyon gibi sık görülen obstetrik ölüm nedenlerinin yönetiminde AOB hizmetlerine ulaşılabilirliğin önemini vurgulamıştır(5). Güvenli annelikle ilgili verilecek ilk minimum hizmet (MISP) anne ve neonatal bebek ölümüne ve hastalık oranlarını azaltmaya yardımcı olacaktır. Bu hizmetler;

- Doğumun temiz şartlarda yapılmasını sağlamak
- Ebelere doğum için temiz alet sağlamak

-Acil obstetrik yardım kuruluşları oluşturmaktır(29).

2.1.2.Acil Obstetrik Bakım

Acil Obstetrik Bakım; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek acil durumlara karşı sağlık kuruluşlarının cevap verme yeteneği olarak tanımlanabilecek hayat kurtarıcı hizmetlerin bütünüdür. Güvenli annelik programı kanama, ilerlemeyen eylem, güvensiz düşük, eklampsi ve enfeksiyon gibi sık görülen obstetrik ölüm nedenlerinin yönetiminde AOB hizmetlerine ulaşılabilirliğin önemini vurgulamıştır(30,31).

Acil Obstetrik Bakımın (AOB) Amaçları;

- Gebeliğe bağlı gelişen komplikasyonlarda annenin yaşamını kurtarmak ve zarar görmesini önlemek
- Gebeliğe bağlı gelişen komplikasyonlarda bebeğin yaşamını kurtarmak ve zarar görmesini önlemek

AOB, gebelerin sağlık kuruluşuna müracaat ettiklerinde hızla ilk değerlendirilmesinin yapılması, annenin veya bebeğinin hayatını tehdit eden semptom ve işaretlerin varlığında ilk tedavilerini yapılması, gerekiyorsa durumları stabilize edildikten sonra daha üst düzey sağlık kuruluşuna gönderilmeleri(sevk mekanizması) ve gerektiğinde sağlık kuruluşlarında yapılacak güvenli kan naklini içerir.

AOB hizmeti veren kuruluşlar üç kategoride incelenirler: Bunlar;

- 1- İlk yardım/sevk kuruluşları
- 2-Temel AOB Kuruluşları
- 3-Kapsamlı AOB Kuruluşları

1-İlk Yardım/Sevk Kuruluşları: Ayaktan ilk yardım ve sevk hizmetlerinin verildiği ilk basamak sağlık kuruluşlarıdır.

2-Temel AOB Kuruluşları: Parenteral antibiyotik, oksitosin ve antikonvülsan ilaçların verilmesi, plasentanın elle çıkarılması(elle halas), kalmış plasenta parçalarının temizlenmesi, müdahaleli doğum (vakum ve forseps) hizmetlerini 7 gün 24 saat sağlayabilen sağlık kuruluşlarıdır.

Temel AOB kuruluşları ise en az bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve bir anestezi teknisyeni ile 7 gün, 24 saat temel AOB hizmeti verebilmeli, ilk yardımı sağlayabilmeli ve gerektiğinde hastayı kapsamlı bir AOB kuruluşuna sevk edebilmelidir. Pediatri, aile hekimi,

genel cerrahi uzmanı ya da ürolog bulunan bazı kuruluşlar doğum ve diğer AOB hizmetlerini yerine getirdikleri için temel AOB kuruluşu olarak değerlendirilebilir. DSÖ her 500.000 kişilik nüfusta 4 adet temel AOB hizmeti verebilen sağlık kuruluşu bulunmasını önermektedir(32,33).

3-Kapsamlı AOB Kuruluşları: Parenteral antibiyotik, oksitosin ve antikonvülsan ilaçların verilmesi, plasentanın elle çıkarılması (elle halas), kalmış plasenta parçalarının temizlenmesi, müdahaleli doğum (vakum ve forseps) hizmetlerine ek olarak sezeryan gibi cerrahi acil obstetrik müdahale yapılabilen, anestezi verilebilmesini ve güvenli kan naklini 7 gün 24 saat gerçekleştirebilen sağlık kuruluşlarıdır(34).

Kapsamlı AOB kuruluşlarında en az bir veya yeterli sayıda kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, anestezi uzmanı / teknisyeni görevde bulunmalı, güvenli kan nakli yapılabilmeli, sezeryan dahil acil cerrahi müdahaleler gerçekleştirebilmeli, küvöz ile donatılmış bir yenidoğan servisi bulundurulmalı ve 7 gün 24 saat hizmet verilebilmelidir. DSÖ her 500.000 kişilik nüfusta bir adet kapsamlı AOB verebilen sağlık kuruluşu bulunmasını önermektedir(35-39). Anne ölümlerinin azaltılmasında son derece etkin bir strateji olan AOB hizmetlerine, obstetrik komplikasyonlu kadının ulaşımını engelleyen pek çok faktör bulunmaktadır. Kadınların AOB hizmetlerine ulaşmasını engelleyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu engeller 3 aşamalı gecikme modeliyle ortaya konmuştur.

2.1.3.Acil Obstetrik Bakım Hizmeti Almada Gecikme Modelleri

1. Gecikme modeli; Gebelik, doğum ve doğum sonu acil durumlarda (baş ağrısı, bacaklarda şişlik, ödem, suların erken gelmesi, kanama, ateş, enfeksiyon, bebek hareketlerinin hissedilmemesi vb) hizmet almak için karar vermede yaşanan gecikmedir. Komplikasyonlu bir kadının AOB hizmetini almaya karar vermesi ilk adımda karşı karşıya kalınacak bir gecikme nedenidir. Bu karar pek çok faktörden etkilenebilir ki bunların ilki kadının, ailesinin ya da yakınlarının hayatı tehdit eden bir komplikasyonla karşı karşıya olduklarını kavrayabilmelerinin yanı sıra yardıma ihtiyaçları olduğunu da bilmeleri gerekmektedir. Kültürel faktörler sağlık hizmetini almaya karar vermede önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin kadının sessizce acı çektiği toplumlarda çevresindekiler uzamış doğum eylemini fark etmeyebilirler. Kadının statüsü de aynı şekilde hizmeti alma kararını etkileyebilir ki bazı toplumlarda kadın eşinin izni olmaksızın hastaneye tıbbi bakım için başvuramamaktadır. Sağlık kuruluşuna olan uzaklık, uygun ve etkin taşıma sisteminin olmaması, sağlık bakımının ve ulaşımın maliyeti de kişilerin sağlık bakımı alma kararını etkilemektedir. Sağlık

kurumlarına olan güven de anahtar rol oynamaktadır, kişiler kuruluştaki verilen hizmetin kalitesinden emin değiller ve yetersiz olduğunu düşünüyorlarsa da hizmet talebinde bulunmayabilirler. Kadının ya da ailesinin sorunu farketmemesi ve tedavi için başvuruda gecikme gebeliğe bağlı ölümlerin sırası ile yüzde 44,3 ve yüzde 40,7'sine neden olan önlenilebilir faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır(1). Kırsal yerleşim yerlerinde tedavi için başvuruda gecikme, doğum öncesi bakımın alınmamış olması ve istenmeyen gebeliklerin varlığı gebeliğe bağlı ölümlere katkıda bulunan önemli faktörlerdir. Bu bulgunun yanında, tesadüfi nedenlere bağlı vakalar elendiğinde, hanehalkı faktörlerinin ve toplumsal faktörlerin anne ölümlerine katkısı yüzde 36,2 seviyesine yükselmektedir. Yapılan bir çalışmada düşük eğitim seviyesinin ve dini öğretilerin perinatal sonuçlarda önemli etkileri bulunmuştur. İndiana'da yapılan bir çalışmada hastaneye erken başvurulduğu ve AOB hizmetlerinden yararlandığı için anne ölümleri azaltılmıştır. Ayrıca geleneksel inançlara çok bağlı olmak sağlık bakım almayı engellediği için anne ölümünü arttıran risk faktörleri arasında gösterilmektedir(1,40-43).

2. Gecikme modeli; Gebelik, doğum ve doğum sonu acil durumlarda(baş ağrısı, bacaklarda şişlik, suların erken gelmesi, kanama, ateş, enfeksiyon, bebek hareketlerinin hissedilmemesi vb) hizmete ulaşmada yaşanan gecikmedir. Sağlık hizmeti almaya karar verdikten sonra kadın AOB hizmetinin verildiği sağlık kuruluşuna ulaşmak zorundadır. Kuruluşun ulaşılabilirliği bu noktada gecikmeyi etkileyebilmektedir. Hizmet veren sağlık kuruluşuna olan mesafe, ulaşımın uygunluğu ve yeterliliği, yanı sıra maliyeti, gecikmede önemli noktalar(37).

1998 TNSA verilerine göre; bir sağlık kuruluşunda doğum yapmayan her 4 kadından 1'inin hizmetlere erişim sorunu olduğunu belirtmiştir. Erişim sorunları içinde; annelerin % 15'i doğum hizmetlerinin pahalı olduğunu, % 7'si yakın bir sağlık kuruluşu olmadığını, % 3'de sağlık kuruluşundan yararlanmada güçlük çektiğini bildirmiştir. Ankara'da yapılan bir çalışmada incelenenlerin %56,2'sinin ikamet ettiği yerin en yakın sağlık kurumuna uzaklığı 5 km ya da daha fazladır. Yine %79.6'sının öldüğü hastaneye uzaklığı 5 km ya da daha fazladır(16,18).

Yapılan çalışmalar, acil durumlarda hastaneye erken başvuran ve acil obstetrik bakım hizmetlerinden yararlanan gebelerde obstetrik komplikasyonlara bağlı anne ölümlerinin azaldığını ortaya koymuştur. Aynı zamanda acil obstetrik bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının da anne ölümlerinin azaltılmasında önemli olduğu gösterilmektedir(44-46).

3. Gecikme modeli; Gebelik, doğum ve doğum sonu acil durumlarda malzeme, personel eksikliği ya da personelin bilgi ve beceri yetersizliğidir. Birinci ve ikinci gecikme modelindeki engelleri aşarak hastaneye ulaşan kadınların pek çoğunun hastanede öldüğü bilinmektedir. AOB hizmet sunumu; eğitilmiş personelin sayısı, gerekli ilaç ve malzemenin yeterliliği, kuruluşun genel durumu gibi bir çok faktörden etkilenmektedir. Bunun yanı sıra hizmetlerin yönetimi son derece yaşamsal bir öneme sahiptir. Sağlık kuruluşu hizmet sunumu için ihtiyacı olan tüm personel ve malzemeye sahip olsa da yine de iyi hizmet vermeyebilir ki bu noktada performansın değerlendirilmesinin unutulmaması çok önemlidir(47-52).

Ulusal Anne Ölümleri çalışmasında gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 10,3'üne sağlık hizmeti verenlerle ilgili faktörlerin yol açtığı görülmektedir. Sadece anne ölümleri ele alındığında, sağlık hizmeti verenler ile ilgili faktörlerin katkısı yüzde 13,7'ye yükselmektedir. Tanının erken konmaması, kadın-doğum uzmanlarının yetersiz müdahalesi ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin kalitesinin düşük olması gibi faktörler bu grupta yer alan diğer faktörlere göre daha çok ön plana çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminde genel pratisyenler ve ebeler tarafından sunulan hizmetlerden kaynaklanan önlenemez faktörlerin katkısı gebeliğe bağlı ölümler için yüzde 7-11 seviyesinde bulunmaktadır(1). Ulusal Anne Ölümleri çalışması sonuçlarına göre personelin, tanı ve tedavi yöntemlerinin, ilaç ve tıbbi malzemelerin hazır bulunması gibi sağlık hizmetindeki donanımına ilişkin faktörlerin katkısı, hem gebeliğe bağlı ölümler (yüzde 1,8) hem de anne ölümleri (yüzde 2,1) için oldukça düşük bir seviyededir(1). Hindistan'da yapılan çalışmada acil bakım vermede gecikmelerin başlıca sebepleri ameliyathane koşullarının yetersizliği ve doğumhanedeki yetersiz bakımdır(45). Safala'da yapılan bir çalışmada AOB imkanlarının artırılması sonucu obstetrik komplikasyonlu kadınların sayısı tedavi edildiklerinde ölmekte olan kadın sayısı azalmış olduğu görülmüştür(44). A.O.B sağlanmadığı ya da ulaşılamadığı yerlerde (maddi olarak) geleneksel ara ebeler ile yapılan doğumların da fazla olduğu görülmüştür(53) . Ayrıca bunlara ek olarak birinci basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurulduğu zaman , acil obstetrik hizmetin(AOB) genellikle birinci basamak seviyesinde verilmemesi nedeniyle hastanın ikinci hatta üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlara sevk edilmesi durumu söz konusu olabilir. Sonuç olarak, sevk gerektiren durumların bilinmemesi, sevkte gecikmeler, sevk sırasında uygun koşulların oluşturulamaması (damar yolu açma vb) annenin uygun sağlık hizmeti almasını engelleyebilir(2).

2.1.4.Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerini Sunumunda Ekip Yaklaşımı

Üreme sağlığı içinde AOB hizmetleri, farklı bilgi ve becerilere sahip kişilerin işbirliği içinde çalışmasını gerektiren karmaşık bir süreçtir. Bu süreç, AOB hizmet alıcılarının acil olarak kuruluşa gelişini, değerlendirilmesini, stabilize edilmesini, kesin tedavi ya da gerekiyorsa bir üst kuruluşa sevk edilmesini, iyileşmesini ve ardından taburcu edilmesini kapsar. Kurumun hızlı ve etkin şekilde acil hizmetleri sunmaya hazır ve istekli olabilmesi için AOB personelinin birbirleriyle uyumlu bir ekip çalışması içinde olmaları gerekir.

AOB hizmetleriyle ilgili iki ekip olmalıdır. Bunlar;

Kurumsal Ekip: Kurumu acil duruma hazırlayan ekiptir. Bu ekip içinde AOB hastasıyla ya da acil hizmetlerle direkt bağlantısı olmasa da kapı görevlisi, danışma memuru, kayıt memuru, laboratuvar teknisyeni, temizlik personeli, şoför, hemşire, ebe ve doktorları da kapsayan klinik ve destek personelinden oluşan ekiptir.

Acil Hizmet Ekibi: Obstetrik ve yenidoğan ile ilgili acil durum olduğu zaman harekete geçen şoför, hemşire, ebe, doktor, sağlık memuru, anestezi uzmanı, laboratuvar teknisyeni ve ilgili diğer kişileri kapsayan klinik ve destek personelinden oluşan ekiptir. Hazır olan kaynaklar ne olursa olsun, AOB hastasının gereksinimlerini etkin olarak karşılayabilmek için uygun işlemleri bilen ve uygun becerilere sahip personelin bir ekip olarak birlikte çalışması gerekir(54-56).

Acil bir duruma sürekli hazır olmanın temel koşulları:

- Bilgi
- Beceri ve tutumlar
- Ekip çalışması

2.1.5.Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinde Veri Toplama ve Kayıt

AOB hizmetlerinin kaydında gebelik ve doğum kayıtları büyük önem taşır. Kayıtlar annenin kişisel bilgilerini, öyküsünü, tanıyı, obstetrik komplikasyonları (kanama, engellenmiş ve uzamış doğum eylemi, preeklampsi ve eklampsi, düşük komplikasyonları ve sepsis vb.), uygulanan tedaviyi, gebeliğin sonlanma şeklini, doğumun sonucunu (canlı veya ölü doğum) ve bebeğin kilosunu belirtmelidir. Verilen hizmetlerin aylık bildirim ve aylık/yıllık

değerlendirmesinin hazırlanması gereklidir. Zamanında tutulan, sağlıklı ve güvenilir verilerin varlığı, gerek hizmetin izlenebilmesi gerek yapılacak çalışmalar ve üretilecek politikalar açısından son derece önem taşımaktadır. Obstetrik komplikasyonların, ilde veya sağlık kuruluşunda meydana gelen anne ölümlerinin sayıca artışı, sevk sistemi, güvenli kan nakli, tıbbi araç gereç donanım veya personelin bilgi ve eğitimi ile ilgili bir sorun olduğunu gösterecektir. Bu sonuçlar ilin önceliklerini belirlemesi ve buna göre acil eylem planını oluşturması açısından çok önemlidir. Hasta kayıtları, süreçlerin izlendiği formlar, istatistikler, analizler, tutulması zorunlu belgeler (laboratuvar defterleri, poliklinik kayıt defterleri veya verilerin yüklendiği elektronik ortamlar) kayıtlar kapsamına girer(57). Kayıtların doğru tutulmaması nedeniyle bu konuda yapılan çalışmalarda ilerlemeyi takip etmekte zorluk yaşanmaktadır. Bu sorunu ortadan kaldırmak için WHO, UNICEF ve UNFPA süreç gösterge seti oluşturmuştur. Söz konusu göstergeler geniş araştırmalarda ve seçilmiş hastanelerde hizmetlerin değerlendirilmesinde kullanılmış olup, AOB hizmetlerinin ulaşılabilirliği, kullanımı ve kalitesindeki değişimlerin izlenmesi ve değerlendirmesinde son derece faydalı oldukları tespit edilmiştir (58).

Süreç göstergeleri altı adettir.

1. AOB hizmeti sunan kuruluşların sayı ve yoğunluğu
2. Kuruluşların yerleşimlerinin uygunluğu açısından değerlendirilmesi
3. AOB hizmeti sunan kuruluşlardaki doğumların tüm doğumlara oranı
4. Karşılanmış AOB hizmet ihtiyacı
5. Sezaryen uygulanan doğumların tüm doğumlara oranını
6. Doğumlara bağlı vaka ölüm hızı

Her kurum tutulan kayıtların ;

- Saklanma yerini
- Sürelerini
- Kimler tarafından kayıt altına alınacağını
- Hangi personelin hangi kayıtlara ulaşma hakkına sahip olduğunu
- Kimler tarafından saklanacağını belirlemeli ve
- Personeline duyurmalıdır.

Kayıtların tutulması ve saklanması ile ilgili protokoller yasal düzenlemelerle oluşturulmalıdır(2,59).

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan “Türkiye Üreme Sağlığı Programı” kapsamında anne ölümlerinin ve sakatlıklarının azaltılması amacıyla Erzurum, Kars, Ağrı, Iğdır ve Ardahan illerinde Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinin organizasyonu ve geliştirilmesi için çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda ;sağlık çalışanları eğitim eksikliklerini dile getirmiş, AOB vakalarının sevk için kullanılan standart sevk formu olmaması, çalışma yapılan yerlerde DSÖ’ün kriterlerine uygun bakım sağlayan kapsamlı AOB kuruluşu bulunmadığını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin AOB’daki rolünün sınırlı olduğu, personel sayısında yetersizlik gibi eksikler bildirilmiştir(60).

2.1.6.Acil Obstetrik Bakımda Sevk

Sevk, birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulan yüksek kaliteli bakım ve sağlık hizmetlerinin temel bir unsurudur. Büyük olasılıkla birinci basamak sağlık kuruluşlarında anne ölümlerinin meydana gelmesi ya da önlenmemesi AOB gerektiren kadınların sevkinde yaşanan gecikmelerden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla sevk zincirinin iyileştirilmesi anne ölümlerinin azaltılması için gerekli en önemli adımlardan biridir. Anne ölümlerine yol açan bu önlenemez durumdan kaçınmak için birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hizmet sunucuların, AOB hastalarının ve gerekiyorsa yenidoğanların sevkini başarıyla gerçekleştirmek için gerekli adımları izleyebilmeleri çok önemlidir Birinci basamak sağlık personelinin hastaların sevk gereksinimini değerlendirebilmeleri ve onları uygun şekilde sevk edebilmeleri için aşağıdakileri bilmesi gereklidir;

- Buldukları ilde sunulan AOB hizmetlerinin farklı düzeyleri.
- AOB hizmetlerinde sevkın önemi.
- AOB hizmetlerinde annenin sevkini gerektiren göstergeler.
- AOB hizmetlerinde yenidoğanın sevkini gerektiren göstergeler.
- Standart bir sevk formu kullanmanın önemi.
- Standart bir sevk formunda bulunması gereken farklı bilgiler.

Sevk sisteminin iyi işletilmesi obstetrik komplikasyonlarda hizmetlerin 7 gün/24 saat alınabilmesini sağlayacaktır. Sevk sistemi 112 acil hizmetlerini ve sevk mekanizması (sevk formları, sevk protokolleri vb.) unsurlarını kapsamaktadır. Acil Obstetrik Bakımda sevkler, gebeliğin o andaki durumuna göre 3 kısımda incelenir:

1-Doğum öncesi dönemdeki olguların sevkı

2-Doğum eylemindeki olguların sevkı

3-Doğum sonrası dönemdeki olguların sevki

Kurumun mevcut olanakları ile AOB vakasına hizmet verilemiyor ya da yetersiz kalıyorsa ilk hızlı değerlendirmenin ardından gerekli müdahaleler yapılır. Hastanın daha iyi hizmet veren bir üst kuruluşa (yatay/dikey) sevki gerekiyorsa hasta sevk için hazırlanır(2,57).

2.1.7.Acil Obstetrik Bakımda Sevk Gerektiren Durumlar

- Vajinal kanama
- Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
- Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma
- Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
- Ciddi karın ağrısı
- Solunum güçlüğü veya sık solunum
- Sularının gelmesi(61)

Sevk Öncesi Hastanın Hazırlanması

Gebe sevk edilmeden önce sağlık durumuna uygun bir şekilde hazırlanmalıdır.

1. Gebenin sevk edileceği sağlık kuruluşuna bilgi verilmelidir.
2. Gebe bir sağlık personeli eşliğinde sevk edilmelidir.
3. Gebenin bilgilerini içeren sevk formu doldurulmalıdır.
4. Sevk öncesinde sağlık personeli tarafından ambulans(malzeme ve ilaçlar vs.) kontrol edilmelidir.

AOB kapsamlı bir sevk oluşturulabilmesi için;

-Gebelerin ve ailelerin gebelik, doğum, doğum sonrası döneme ilişkin tehlike işaretleri ve belirtileri konusunda eğitimleri,

-Yerel, bölgesel sağlık kuruluşları yönetimi ile il ve ilçe yöneticileri arasında işbirliği,

-Kuruluşlar arasında iletişim kurmak için gerekli iletişim araçlarının (telefon, telsiz vb.) mevcudiyeti,

-Acil durumda daima müdahaleye hazır doktor, ebe ve hemşirenin bulunması

-İl Sağlık Müdürlüğü ve ildeki acil hizmet birimlerinin, ildeki diğer sektörler ile özellikle ikinci gecikmenin önlenmesinde sevk/nakil hizmetleri için ulaşım olanaklarından yararlanmak üzere işbirliği,

-Gebenin güvenli nakli için çalışır durumda/yakıtı olan nakil aracının mevcudiyeti,

- Sağlık kuruluşları arasında sevkini doldurulacak sevk formu ile gerçekleştirilmesi, daha sonra gebenin durumu ile ilgili olarak sevk eden kuruluşa, müdahaleyi yapan kuruluş tarafından formun geribildirim kısmının doldurularak geribildirim yapılması,
- Gerçekleştirilen her basamakta, haklara dayalı, ekip yaklaşımı anlayışının uygulanması,
- AOB vakalarının yönetimi ve sevkinde, gebenin mevcut belirtileri ve tanısına göre temel ya da kapsamlı sağlık kuruluşunun hangisine gideceğinin belirlenmesi,
- Sevk/nakil hizmetlerinde tıbbi araç gereç malzeme stok durumunun periyodik kontrolü,
- Sağlık personelinin sevk mekanizmasının tüm ayrıntıları ile ilgili bilgilendirilmesi gerçekleştirilmelidir(57).

AOB vakaları için kuruluşa herhangi bir nedenle hizmet verilemiyor ve hastanın daha iyi hizmet veren bir üst kuruluşa (yatay/dikey) sevkini gerekiyorsa izlenecek yol;

- Gebenin stabilizasyonu sağlanır, gerekli ilk müdahaleler yapılır,
- Gebeye ve ailesine durum hakkında bilgi verilir, sevkini nereye/neden yapılacağı açıklanır,
- Gebeye ilişkin sevk formu doldurulur, varsa tetkik sonuçları dosyasına eklenir,
- Sevk edilen sağlık kuruluşuna telefonla bilgi verilir,
- Sevk formuna; görüşmeyi yapan personelin adı, saati yazılır ve imzalanır, bilgi verilen kişinin de adı yazılır,
- Hasta 112 ambulans hizmetleri ile sevk ediliyorsa bir sağlık personeli eşliğinde,
- Kendi/diğer imkanları ile sevk ediliyorsa refakatçisi eşliğinde gönderilir(gebenin semptom ve tanısı bu şekilde sevke uygunsu)
- Sevk edilen kuruluşa, gebeyi kabul eden görevli sevk formunu imzalamalıdır.
- Sevk formunda geribildirimle ilgili bilgilerin yazılacağı alan; tedavi eden hekim tarafından - uygulanan tedavi/nasıl sonuçlandığı – doldurulup imzalanmalı ve sevk eden kuruluşa bir geri bildirimde bulunulmalıdır(62,63).

2.1.8. 112 Acil Ambulans Hizmeti

Ülkemizde yaygınlaşan 112 acil ambulans sistemi, hastaların kendi imkanlarıyla sağlık kuruluşlarına ulaşmalarının yanında, sıklıkla kullanılan “sağlık kuruluşlarına ulaşma” aracıdır. Donanımlarına göre “hasta nakil aracı” ya da “ambulans” görevi yürütürler. Faaliyetlerini 3 kategoride sürdürürler.

1- A tipi 112 acil ambulans hizmetleri; 24 saat kesintisiz sadece ambulans hizmeti verilen, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurulan, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı ve kadrolu personeli olan istasyonlardır. ana komuta kontrol merkezlerinden yönlendirilirler. (A) tipi istasyonların açılış ve kapanış işlemleri Bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir. Bu istasyonlar;

- 1) Ekip içerisinde hekim bulunanlar (A1) tipi istasyon,
- 2) Ekip içerisinde hekim bulunmayanlar ise (A2) tipi istasyon olarak adlandırılır.

2- B tipi 112 acil ambulans hizmetleri Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verilen, kadrosu ve özlük hakları bakımından bünyesinde bulunduğu kuruma, ambulans hizmeti bakımından merkeze bağlı olan, ekip içerisinde hekim bulunan istasyonlardır. Bu istasyonlar;

- 1) Hastane acil servisi ile entegre olanlar (B1) tipi istasyon,
- 2) Birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise (B2) tipi istasyon olarak adlandırılır.

3-C tipi 112 acil ambulans hizmetleri: İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından 112 Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliğe bağlı acil sağlık istasyonlarıdır. Bunlara ek olarak bazı resmi ve özel kuruluşlar da hasta nakil araçları ve ambulansları ile hizmet vermektedirler(64).

2.2.DOĞUM ÖNCESİ KANAMA NEDENLERİ VE ACİL BAKIM

2.2.1.Doğum Öncesi Kanama Nedenleri

2.2.1.1.Erken Gebelik Kanamaları

2.2.1.1.1.Abortus

DSÖ abortusu 20. gebelik haftasından önce, 500 gramdan daha az embriyo/fetüs ve eklerinin, tamamının yada bir kısmının uterus kavitesi dışına atılması olarak tanımlanmaktadır(65). Tüm gebeliklerin %60'ı, klinik olarak tanımlanan gebeliklerin %12-15'i abortusla sonlanır(66). Abortus nedeniyle olan vajinal kanamalar birinci ve ikinci trimester da olan kanamalar arasında birinci sırayı almaktadır. Abortuslar kanama yapması dışında neden olduğu obstetrik komplikasyonların dolayı önemli bir patolojidir(65).

Abortuslar oluş zamanına, oluş şekline, tamamlanma şekline ve klinik seyrine göre sınıflandırılabilir.

Abortuslar oluş zamanına, oluş şekline ve klinik seyrine göre gruplandırılmaktadır.

A- Oluş Zamanına Göre Abortuslar

1) **Subklinik Abortus (Belirlenemeyen Abortus):** Klinik olarak tespit edilmeyen, sadece biyokimyasal olarak gebeliğin varlığı bilinen olgulardaki, zamanında ya da birkaç gün geciken menstrüel kanama ile oluşan abortuslardır(67).

2) **Erken Abortuslar:** 12. gebelik haftasının sonuna kadar oluşan abortuslardır.

3) **Geç Abortuslar:** 13. gebelik haftasıve 20 gebelik haftasının sonuna kadar olan sürede oluşan abortuslardır.

B- Oluş Şekline Abortuslar

1) **Spontan Abortuslar:** Hiçbir zorlama veya girişim (cerahi yada medikal) olmaksızın oluşan abortuslardır. Normal popülasyonda spontan düşük oranı %15 dolaylarındadır (65). Spontan abortuslar erken gebelik döneminin en sık komplikasyonudur. %80'den fazlası ilk 12 hafta içinde meydana gelir. Erken gebelikteki düşüklerin neredeyse %70'i kromozom anomalilerine bağlıdır(68,69). Maternal yaş, kronik hastalık, önceden spontan abortus, enfeksiyon, sigara, alkol, kokain, kafein (5) kullanımı, ilaçlar, toksinler, uterin anomaliler gibi nedenler spontan abortuslar için risk faktörü olarak gösterilmektedir(70-73).

Belirti ve Bulgular ; Vajinal kanama spontan abortusun klasik belirtisidir. Kanama koyu lekelenme şeklinde başlar. Konsepsiyon ürününün ayrılmaya başlamasıyla uterin kan damarları açılır ve kanama açık, parlak, kırmızı, kanamaya doğru gelişme gösterir.

Abdominal ağrı çeşitli şekillerde kendini gösterir. Ritmik ya da sürekli olabilir. Sırtın alt kısmında ağrı ya da uterus üzerinde pelvik basınç ya da hassasiyet şeklinde kendini gösterebilir.

Tedavi; Spontan abortus tanısı kesin olarak konduktan sonra üç yaklaşım uygulanabilir.

-Cerrahi tedavi(dilatasyon ve küretaj): Ülkemizde ve dünyada halen en sık uygulanan tedavi şeklidir. etkili ve güvenli bir yöntemdir(71).

-Tıbbi tedavi: Cerrahi tedaviden kaçınan, spontan rezolusyon için beklemeyen olgular için bir seçimdir. Vajinal misoprostol oral kullanıma göre daha etkilidir ve olguların çoğunda 48 saat içerisinde gebeliğin sonuçlanmasını sağlayabilmektedir.

-İzleyici yaklaşım: Hastada cerrahi girişimi zorunlu kılan komplikasyonların hiçbiri yoksa konservatif kalınabilir. Olguların çoğunda 72 saat içinde olay sonuçlanır. Rh(-) olan kadınlarda RhD immun globulini ilk 72 saat içinde yapılmalıdır(74).

2)Zorlanmış(Provake, İnduced) Abortuslar: Bu grup kendi arasında teröpatik ve istemli abortuslar olarak 2 grupta incelenir.

C- Klinik Seyrine Göre Abortuslar

1-Abortus imminens (Düşük tehdidi): Gebeliklerin %25'inde görülür. Kanama genellikle azdır ve bu kanama kahverenkli akıntıdan, parlak kırmızıya kadar değişiklik gösterebilir. Kanama genellikle kramp veya pelvik ağrı şeklinde görülen hafif bir ağrı ile birlikte gelir. Pelvik muayenede serviks kapalı ve silinmemiştir(75). Düşen doku ve membran rüptürü yoktur. Uterus beklenen haftasına uygun büyüklüktedir.

Tedavi konservatiftir. Embriyo/fetusun yaşayıp yaşamadığı kesinlikle tetkik edilmelidir. Bugünkü koşullarda, bu en iyi transvajinal ultrasonografi ile yapılabilmektedir(22). Fetus yaşıyorsa gebe yatak istirahatine alınır. Gerekirse sedatize edilir. Koitus yasaklanır. Kan tablosuna göre kan transfüzyonu yapılır.

2-Abortus incipiens(Önlenemeyen düşük): Abortus imminens semptomları olan, servikal yetmezliği olmayan gebede internal servikal os'un dilate olması ile meydana gelir. Kanama fazladır. Amnion zarı yırtılmıştır ve pelvik ağrı vardır(65).

3-Missed abortus(Ölü düşük):Embriyo yada fetüsün 20.gebelik haftasından önce uterus içinde ölmesi olarak tanımlanır(76). Genellikle kromozom anomalileri sebep olur(77). İntrauterin fetal viabilite kaybının olduğu ancak diğer abortus tiplerinde görülen kanama, servikal dilatasyon gibi bulguların olmadığı durumdur.

Ultrasonografide fetal viabilite saptanmaz ve takiplerde B-hCG artmaz. Ciddi koagülasyon defekti ve kanama görülebilir(78).

Tedavi; Bekleme tedavisi ,cerrahi ve medikal tedaviye alternatiftir. Bekleme tedavisi başarı oranı % 16-76 arasında değişmektedir(74). Medikal tedavi; en yaygın 400-800mcg tek ya da çok doz servikse cytotoc uygulamaktır. Bu tedavi %70-90 başarı göstermiştir(74). Bazı çalışmalar oral misoprostolu seçenек olarak göstermiştir. Vajinal misoprostolla eşit etkinliği olan oral misoprostol daha popülerdir(79-81). Yapılan çalışmalar miperiston gibi diğer ajanların misoprostolla combine kullanılması etkiyi arttırmadığını göstermiştir. Yapılan bir başka çalışmada 200 mg mifepristone ve oral misoprostol uygulamasını 600 mg mifepristone ile oral misoprostoe uygulamasına göre daha etkili ve daha tolere edilebilir bulmuştur(82). Cerrahi tedavi de en yaygın kullanılan yöntem sakşın küretaj(vakum aspirasyonu)dır(81).

4-Habitüel abortuslar(Rekürren abortuslar, tekrarlayan düşükler): Habituel abortus birbirini izleyen en az iki yada daha fazla gebeliğin 20. gebelik haftasından önce spontan olarak sonlanmasıdır. Tekrarlayan düşüklerin %68'inde neden idiyoPATiktir(69). Gebe kalmaya çalışan çiftlerin yaklaşık %1-3'ünde gözlenmektedir. Habituel abortusun en önemli nedenleri genetik, anatomik, trombofilik, endokrin ve immun nedenlerdir; tekrarlayan düşükte altta yatan birden fazla neden olabilir(17).

5-Septik abortus: Septik abortus, spontan veya isteğe bağlı oluşan düşüğün pelvik enfeksiyon ile komplike olma durumudur. İnkomplet abortus olgularında fetal veya plasental dokuların bir kısmının uterusu kalması sonucu da gelişir(84). Daha çok provoke abortuslarda nadiren spontan abortuslarda görülen yüksek ateş, okositoz, piskokulu kanlı akıntı, karın ağrısı ve uterin hassasiyetle kendini gösteren bir tablodur(85). Olay endometrit ile başlar. Tedavi edilmez ise panmetrit, pelviperitonit ve septisemiye ilerler. Pelvik inflamatuvar hastalığı (PIH) septik abortusun en sık karşılaşılan komplikasyonudur. Tedavide enfeksiyonu ortadan kaldırmak esastır. Antibiyoterapi başlanır ve enfekte nekroze endometriuma küretaj uygulanır. Gerekirse histerektomi yapılır. Hastanın septik şok tablosuna ilerlemesi engellenir. Hastalığın erken dönemlerinde uygulanan antibiyotik tedavisi septik odakları ortadan kaldırarak ölümü önleyebilir(84).

2.2.1.1.2.Ektopik Gebelik

Ektopik gebelik, fertilize ovumun uterus kavitesi dışındanda herhangi bir yere implante olmasıdır. Ektopik gebelik alanları fallop tüpleri, over, serviks ya da abdominal kavitedir(86). Ektopik gebeliğin süresi ya da sonucu, ovumun fallop tüplerindeki lokalize olduğu bölgeye göre değiştirmektedir(86). Ektopik gebelik, erken tanı ve tedavi metodlarının artmasına rağmen maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. İlk trimesterde gebeliğe bağlı meydana gelen ölümlerin en önemli sebebidir (%9)(87). Ektopik gebelik görülme oranları hakkında çeşitli veriler vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ektopik gebelik görülme sıklığı yaklaşık olarak her 50-60 gebelikte birdir. Günümüzde rapor edilen gebeliklerin %1- 2'sini ektopik gebelikler oluşturmaktadır(86,87). İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1997- 2001 yılları arasında yapılan çalışmada ektopik gebelik görülme sıklığı %0.86 bulunmuştur(88). Son yıllarda özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıkların ve dolayısıyla pelvik enfeksiyonların artışı ile ektopik gebelik insidansında artış olmuştur. Ayrıca İVF uygulamaları sonrası interstisiyel ve heterotopik gebelik gibi az görülen tiplerinde artış olduğu belirtilmektedir(89).

Risk Faktörleri

- Önceden ektopik gebelik geçirmiş olmak
- Genital enfeksiyon(pelvik inflamatuvar hastalık, gonore, clamidya)
- Rahim içi araç kullanımı,
- Birden fazla seksüel partner
- Geçirilmiş laparotomiler,
- İnfertilite öyküsü, endometriozis
- Hormonal ve çevresel faktörler
- Sigara kullanımı(90-94)

Belirti ve Bulgular

Rüptür olmadan önce;

- Kasık ağrısı
- Vajinal kanama,
- Abdominal ve adneksiyal hassasiyet
- Menstrasyonda gecikme

- Ele gelen pelvik kitledir.

Rüptür olduktan sonra ;

- Baygınlık,baş dönmesi
- Akut abdominal ağrı
- Omuz ağrısı
- Şok belirtileri görülür(95,96)

Tanı ve Tedavi

Ekstrauterin rüptür ya da abortus olmadan erken tanılama, ektopik gebeliğin tedavisini kolaylaştırır ve hemorajiden kaynaklanan maternal mortaliteyi azaltabilir. Bununla birlikte ektopik gebelik diğer hastalıkları taklit eder ve bu nedenle erken tanınması güçtür(97). Gestasyonun erken evrelerinde ektopik gebeliği tanılamak için özel bir diagnostik araç yoktur. USG tanıda en değerli incelemelerden biridir. Cacciatore ve ark β hCG ölçümleriyle desteklenen USG incelemesinin yüksek duyarlılık ve özgüllükle tanısıl olduğunu saptamışlardır. Bununla birlikte laparoskopi ve diğer cerrahi girişimler kullanılarak ektopik gebeliğin tanınması mümkündür.

Ektopik gebelik tedavisinde en önemli amaç patolojiyi düzeltirken hastanın gelecekteki fertilitesi açısından önemli bir organ olan tuba uterinanın zarar görmemesini sağlamaktır. Bu nedenle tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesinde sonraki gebelik hızları önemlidir. Ektopik gebeliğin tedavisinde 3 yöntem vardır.

- 1- Bekleme tedavi
- 2-Medikal tedavi
- 3- Cerrahi tedavi(98)

Bekleme tedavisi:

Tüm ektopik gebeliklerin %18'i herhangi bir tedaviye gerek kalmadan rezorbe olmaktadır(93,99). Bekleme tedavisi ile spontan rezolüsyon oranı çeşitli yayınlarda % 46-100 (ortalama %69.2) olarak verilmektedir. Yapılan çalışmalar da spontan rezolüsyon oranını arttırmada, seri ölçülen beta-hCG değerlerinde düşme olması, ektopik gebeliğin tubal olması, TVUSG'de intraabdominal kanama veya rüptür bulgusunun olmaması ve ektopik gebelik çapının 3.5 cm'den büyük olmaması, gibi kriterler tanımlanmıştır(100). Yapılan çalışmalar

anne yaşının küçük olması, progesteron düzeyinin düşük olması, gebelik kesesinin görülmemesi, son adet tarihinden itibaren geçen sürenin uzun olması da bekleme tedavisinde başarının göstergeleri olarak bildirilmiştir(92). Yapılan bir çalışma da izlenerek tedavisi sağlanan tubal ektopik gebelikli hastalarda bekleme ile tedavinin başarı oranı % 70 bulunmuştur. Bekleme tedavisinin en başarılı olduğu grubun (% 96) başvuru sırasında β -hCG değeri 175 IU/l ve altında olan grup olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada spontan spontan rezolusyon oranı % 88 olarak bildirilmiştir. Başlangıç β -hCG değerleri 1500 IU/l üzerinde olan grupta bekleme tedavisinin başarı oranı en düşük (% 21-25) olarak bulunmuştur(101).

Medikal tedavi

Medikal tedavi olarak ise en popüler olan yöntem tek doz methotrexate uygulanmasıdır(102). Lispcomb ve ark yaptığı 495 kişili çalışmada methotrexate uygulamasında başarı oranı % 90.5 bulunmuştur(103). Yayınlanan çalışmaların çoğunda, olgularda tedavi öncesi düşük β - hCG değerlerinin varlığı (çoğunlukla <4000 IU/ml), fetal kardiak aktivitenin olmaması ile ektopik gebelik kitlesinin küçük olması bu tedavinin başarısında uygun kriterler olduğu düşünülmüştür(104,105).

Methotrexate çeşitli şekillerde uygulanabilir.

1-Tek doz methotrexate uygulaması:50mg/metrekaire olmak üzere tek doz intramüsküler uygulanır. Daha sonra 4-7.günlerde ve ardından haftalık olarak HCG düzeyi 15mlU/ml'nin altına inene kadar izlenir. Eğer beta-HCG düzeyi 7.günde % 15'in altına düşmezse methotrexate dozu tekrar edilebilir.

Tedavi öncesi beta- hCG değerleri, yayınlanan çalışmaların çoğunda sistemik metotreksat tedavisinin başarısının belirleyicisi olarak kullanılmıştır. Tawfig ve ark. Beta - hCG değerinin >4000 IU/ml olduğu olgularda başarı oranını %65 olarak tespit etmişlerdir. Son yıllarda endometrial kalınlık ölçümünün tedavi başarısını belirlemede belirteç olarak kullanılabileceği ileri sürülmüştür(105). Tek doz metotreksat ile başarı oranı literatürde % 64-90 arasında değişmektedir. Somunkıran, Lispcomb ve ark yaptığı arkadaşlarının yaptığı çalışmada bunu desteklemektedir. Sowter ve ark. çalışmasında tek doz methotrexate uygulamasının laparoskopik salpingostomiden daha az başarılı bulmuşlardır(88,101,106,107).

2- Çoklu doz methotrexate uygulaması: Methotrexate 1mg/kg olmak üzere her iki günde bir ve leucovorin,0.1mg/kg olmak üzere her iki günde bir intramüsküler olarak, beta-HCG düzeyi 48 saatlik bir sürede en az % 15'e düşüne kadar uygulanır ya da her birinden dört maksimum doz uygulanır. Barnhart ve ark. 1327 olguyu değerlendirdiği bir meta-analizde methotrexate

multiple-doz rejiminin başarı oranı %92.7, tek doz rejiminin başarı oranı %88.1 ve metotreksat tedavisinin tüm başarısı %89 olarak bulunmuştur(108). Bayram ve ark. yaptıkları çalışmada methotrexate kullanımının artan dozla daha belirgin olmak üzere tubanın yüzey epitelinde yapısal değişiklikler oluşturduğunu saptamışlardır(109).

Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavinin şekli ektopik gebeliğin yerleşme yerine, nedenine, tuttuğu doku alanına ve hastanın gelecekteki fertilité isteğine bağlıdır. Bunların yanında hastanın klinik durumu yanında yası, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Cerrahi tedavinin sınıflandırılması:

1. Konsevatif yaklaşım (laparoskopik, laparotomi ile)

-Sağma yöntemi(milking)

-Lineer salpingostomi

Salpingotomi

-Segmenter rezeksiyon

2. Radikal yaklaşım (laparotomi, laparotomi ile)

-Salpenjektomi

-Histerektomi(110)

Fertilité Üzerine Etkisi

Ektopik gebelikten sonraki reproduktif sonuç, genellikle HSG ile tubal açıklığın saptanması, ileriki gebelik ve ektopik gebeliğin nüks oranı ile değerlendirilir. Laparotomi veya laparotomi ile tedavi edilen hastalardaki gebelik oranları benzerdir. Konservatif laparoskopik tedaviden sonra aynı taraftaki tubal açıklık yaklaşık %84'tür. Hastada tubal hasar bulgusu var ise gebelik oranı %42, tubal hasarı olmayan kadınlara göre (%79) anlamlı olarak daha azdır. Yapılan pek çok çalışma göstermiştir ki, cerrahi tedavi tıbbi tedavi ile kıyaslandığında reproduktif akibet eşittir. Yapılan çalışmalarda salpingostomi yapılan hastalarda diğer tübün sağlıklı olması halinde intrauterin gebelik oranları yüksek(%75), dış gebelik oranları ise düşük (%9,6) bulunmuştur.

2.2.1.1.3. Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar (GTH) plasentadan kaynaklanan ve birbiri ile ilişkili hastalıklar zincirini ifade etmektedir. Hastalık çok geniş bir alanı kapsar; klinik prezantasyonu, spontan rezolüsyonu, lokal invazyon ve metastazı yanında bütünüyle prognozu farklılıklar gösterir. GTH histopatolojik olarak hidatidiform mol (HM), invaziv mol, plasental site trofoblastik ve koryokarsinom olarak dört grupta incelenmektedir. Gestasyonel trofoblastik neoplaziler (GTN) veya gestasyonel trofoblastik tümörler (GTT) genellikle HM sonrası gelişmesine rağmen terapötik veya spontan abortus, ektopik veya term gebeliği de izleyebilmektedir(111-113). Gebeliğin ilk yarısındaki vajinal kanamanın çok ender nedenidir. Gerçek etyolojisi hala tam netlik kazanmamış olmakla birlikte, anormal gametogenezis, fertilizasyon ve trofoblastik dokunun malign transformasyonu ile karakterize patolojik bir değişikliktir(114,115). Literatürde bildirilen mol insidansı, 1000 gebelikte 0.7 ila 10 arasında değişmektedir. Tüm trofoblastik hastalıklar içinde koryokarsinoma insidansı %2-19 arasındadır(116). Dünyanın çeşitli bölgelerinden bildirilen mol hidatiform insidansları arasında büyük farklılıklar mevcuttur(114). Yapılan araştırmalardaki mol insidansları Japonya, Endonezya ve Tayland'da sırasıyla 1000 gebelikte 1.9, 10 ve 2.8'dir (117,118). A.B.D.'de 8 yıllık dönemde tahmin edilen hidatiform mol insidansı 100.000 gebelikte 108.4, yani her 923 gebelikte 1 dir. Ülkemizde 1971-1982 yılları arasında Zeynep Kamil Hastanesi'nde 1000 doğumda 1.1, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 10 yıllık dönemde 3.5, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 4 yıllık dönemde 10, ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 7 yıllık dönemde 10.58 dir. Çetin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise mol hidatiform insidansı her 1000 doğumda 6.60 ve frekansı 1/151 bulunmuştur. Olguların patolojik incelemesi yapıldığında %29.63'ü parsiyel ve %64.81'i komplet mol hidatiform tipindedir.

Gestasyonel trofoblastik hastalık oluşumunda etkili olan predispozan faktörler şunlardır;

- Menarş,
- İlk gebelik yaşı,
- Geçirilmiş mol gebelik öyküsü,
- Önceki gebelikler arasındaki süre,
- Genetik faktörler,
- Malnütrisyon,
- Viral enfeksiyonlar,

- Sosyoekonomik düzey,
- Protein, hayvansal yağlar, karotenden fakir diyet,
- Oral kontraseptif kullanımı ,
- Çevresel faktörler,
- Maternal A kan gurubu
- Asya kökenli olmaktır (114,119-121)

Klinik Bulgular ve Tanı

Tam hidatidiform mollü hastalarda en sık gözlenen klinik bulgular vajinal kanama, yüksek human koryonik gonadotropin(hCG) düzeyleri ve gebelik haftasından uyumsuz olarak büyük saptanan uterustur(122,123). Yüksek hCG değerleri nedeniyle hastalarda; abartılı gebelik bulgu ve semptomları hiperemezis, overlerde palpable teka lutein kistleri, preeklampsi, %10 hastada klinik hipertiroidi de gözlenebilir. Mol hidatiformu düşündürecek ilk klinik bulgu spontan olarak veziküllerin dökülmesidir(119,124). Spontan vezikül pasajından önce tanı ultrasonografi yardımı ile konabilir. Ultrasonografi normal ve HM ayırımı yapmada spesifiktir. Normal bir gebelikte gestasyonel kese erken dönemde, kalp atımları ise 6-7 hafta civarında görülebilir(125). Tam hidatidiform molde fetus, fetal ve amniotik membranlar bulunmaz. İnvaziv molde, myometriuma karışmış endometrial stromal yapılar ve villuslar gözlenir. Koryokarsinomada, farklı olarak nekroz ve hemoraji alanları vardır. Ayırıcı tanıda plasentanın yapışma anomalilerini göz önünde tutmak gerekir(119). GTH'lara yaklaşımda en etkili belirleyici sistem hCG tayinidir. Serum veya idrardaki hCG miktarı canlı tümör hücrelerinin sayısı ile yakın paralellik göstermektedir. HCG miktarı canlı hücre aktivitesi ile paralellik gösterdiği için, seviyesindeki yükselme ve düşmeler radyolojik ve diğer tanı yöntemlerinden daha fazla değer taşımaktadır(126).

Tedavi

Mol hidatiformlu gebelerde molün boşaltılmasında tercih edilen yöntem suction küretajdır(127). Fertilité isteği olan genç gebeler suction küretaj ile tedavi edilmektedir. Parsiyel mol tanısı geç gebelik haftasında kondu veya fetal kısımlar suction küretajı engelliyorsa medikal sonlandırma tercih edilmelidir.

Küretaj sonrasında beta-hCG değeri düşmemişse kemoterapiye başlanır(128). Metastazı olmayan ve yüksek risk faktörlerine sahip olmayan (iyi prognozlu) metastatik hastalığı olanlarda kemoterapide tek ajan olarak metotreksat kullanılır eğer yanıt alınamazsa

daktinomisin kullanılır(119). Kemoterapide kullanılan metotreksatın % 80-90 başarı oranı vardır. Oğuz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tek ajan tedavisi % 89 oranında başarılı olmuştur(128). Yapılan çalışmalarda düşük riskli GFH tedavisinde methotrexate terapisinin etkili olduğu ayrıca folinik asitle birleştirme tedavisinin maliyeti azaltıldığı bildirmiştir(118). Mcneish ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tek ajan dactinomycin düşük riskli GTD'li hastalarda (MTX rezistan geliştiren ve hCG seviyesi düşük olan) etkin olduğu görülmüştür(129). Kötü prognozlu metastatik hastalıklarda risk kategorisinin kesin olarak belirlenmesi ve uygun tedaviye karar verilmesi iyileşme de önemlidir. Kötü prognozlu metastatik hastalıkta ise çoklu ajan kemoterapisi: MAC(methotrexate, dactinomycin, cyclophosphamide), CHAMOCA(cyclophosphamide, hydroxyurea, actinomycinD, methotrexate, oncovine), EMA-CO (actinomycin D, etoposide, methotrexate, vincristine, cyclophosphamide) ile adjuvan radyoterapi ya da cerrahi(histerektomi) uygulanır(130,131). Yapılan çalışmalarda kemoterapi kürlerinin gelecekteki fertilitiyi etkilemediği ortaya konmuştur. Özalp'ın kemoterapi alan 445 GTT olan hastada yaptığı çalışmada, tedavi bitimi sonrası gebelik isteyen ve methotraksat uygulanan olguların %97'sinde gebelik ve %86'sında en az bir canlı doğum gerçekleşmiştir(1). Oğuz ve arkadaşlarının yaptığı çalışma tedavi öncesi beta-hCG'nin yüksek olması ve remisyon için geçen sürenin(beta hCG'nin negatif olması) uzamasının, persistans ve malignite riskini artırdığı bulumuştur(122).

Uterusun Boşaltılmasından Sonra Takip

Molar gebeliğin boşaltılmasından sonra genelde kabul edilen izlem süresi 12 aydır. Üç negatif değer elde edilinceye kadar hCG tayini haftada bir yapılmakta daha sonra ayda bir tayin edilmektedir. Pelvik muayene ile molün boşaltılmasından sonra 3 ay süre ile 2 haftada bir ondan sonraki dönemde ayda bir kez uterin involusyon değerlendirilmelidir. Uterusun subinvolusyonu ve buna eşlik eden anormal uterin kanama persistan hastalık yönünden uyarıcı olmalıdır. Klinik ve fizik muayene bulguları akciğer tutulumunu düşündürüyor ise akciğer grafisi veya tomografi ile değerlendirme yapılmalıdır.

2.2.1.2.Geç Gebelik Kanamaları

2.2.1.2.1.Ablasyo Plasenta

Üçüncü trimester kanamaları gebeliklerin % 4'ünde görülür ve bunların da büyük bir bölümünü ablasyo plasenta ve plasenta previa oluşturur. Gebelerde üçüncü trimester kanamalarının, %80'i ablasyo plasentadır. Perinatal mortalite ve morbilitenin en önemli sebeplerindedir. Tüm gebeliklerde ablasyo plasentanın insidansı % 0,5-%1,8' dir(132-135).

Perinatal mortalite oranı % 4.4 ile % 67.3 arasında değişmektedir. 28-37. gebelik haftalarında perinatal mortalite oranı % 77 olarak bulunmuştur. 37-40. gebelik haftasında bu oran % 22.4 olarak bulunmuştur. Maternal mortalite tüm dünyada yüzbinde 430'dur. Ülkemizde yüzbinde 100 civarındadır(136).

Ablosya plesanta, ister total(tam) ister parsiyel (kısmı) olsun, normal implante olmuş bir plesantanın gestasyonun 20.haftasından sonra uterus desiduasından erken ayrılmasıdır. Normalde plesanta doğumun üçüncü evresinde ayrılır(95). Ablasyo plesantanın mekanizması, kanama, hematom formasyonu ve tekrar kanama olarak özetlenebilir. Kanama plesanta ve uterin desidua arasında gizli bir hemorajiye neden olabilir, membranlar ve uterusu izleyip serviksten dışarı çıkabilir. Plasentanın uterus duvarından ayrılması hematom formasyonu için boşluk oluşturmaktadır. 250 cm³'lük bir kanama fetal distres ve uterin irritabilite oluşturabilmekte, 500 cm³'lük kanama fetal ölümle sonuçlanabilmekte, 1000 cm³'ten fazla kanama DIC'e(disemine intravasküler koagülabilité) neden olabilmektedir(137). Yapılan çalışmalar plasental ayrılmanın erken doğum, fetal gelişme geriliği ve ölü doğumu büyük ölçüde etkilediğini ortaya koymuştur. Pasentanın kısmı ayrılması erken doğuma yol açarken, şiddetli ayrılmalar ölü doğumu riskini önemli derecede arttırmaktadır(138). Plasental ayrılma genellikle gebeliğin 36.haftasında meydana gelir. Neonatal ölüm % 30-50 arasında değişir(139).

Plesanta dekolmanın dört evresi tanımlanmıştır.

Evre 0 ; Retroplasental pıhtı ile birlikte asemptomatik hasta

Evre 1 ; vajinal kanama uterus tetanisi ve hassasiyet var olabilir; maternal şok veya fetal distrese dair bulgu olmaması.

Evre 2 ; Eksternal vajinal kanama mümkün; maternal şok veya fetal distrese dair bulgu olmaması.

Evre 3 ; Eksternal vajinal kanama olasıdır, belirgin uterus tetanisi,palpasyonda tahta sertliği sürekli karın ağrısı, maternak şok ve fetal ölüm; koagülaopati vakalarının % 30'unda mevcut olabilir(140).

Risk Faktörleri

- Erken gebelik yaşı, grandmultiparite,
- Annenin sigara ve kokain kullanımı,
- Orta ve şiddetli preeklemsi
- Malprezentasyon

- Çoğul gebelik, erken membran rüptürü
- Açıklanamayan alfa fetoprotein yüksekliği olan vakalar
- Abdominal travma
- Önceki gebelikte ablasyo previa olması,
- Kısa umbilikal kord
- Uterus miyomları
- Kollojen vasküler hastalıklar
- Önceki sezaryen
- İntrauterin enfeksiyon (Koriamniotis)
- Hidroamnios
- Kız fetüs
- Diyet ya da beslenme eksikliği(141-146)

Klinik bulgular

- Vajinal kanama %78
- Uterin hassasiyet ve sırt ağrısı %66
- Fetal distress %60
- Yüksek frekanslı kontraksiyon %17
- Hipertonus %17
- İdiopatik prematür travay %17
- Ölü fetus %15
- DIC gelişebilir(136,139)

Tanı

Tanı genellikle, ortaya çıkan semptomlar ve fiziksel değerlendirme temel alınarak konulur. Hafif ablasyo plasentayı tanımlamak güçtür. Vajinal kanama tek semptom olduğundan kolayca plasenta previa ile karıştırılabilir. Ultrason plasenta previa olasılığını elemek için kullanılır. Henüz oluşmuş, ablasyo plasenta vakalarında ultrasonografinin güvenilirliği azdır. Orta ve şiddetli düzeyde ablasyo plasenta durumlarında uterus belirgin biçimde sancılı ve hassastır. Sürekli katı ve kısmi kontraksiyon halinde bulunması başlıca diagnostik bulgudur. Şiddetli vakalarda plasentanın 2/3'ünden fazlası ayrılmıştır. Başlangıç genellikle anidir ve bıçak saplanır gibi ağrı mevcuttur. Ağrı dinmeyen bir özelliğindedir. Uterus sürekli tahta sertliğinde ve hassastır. Dışa kanama genellikle orta şiddettedir, ya da hiç kanamada olmayabilir. Fetus hemen her zaman ölü doğar ve durum hemen kontrol altına

alınmazsa, oligüri, şok ve DIC gelişebilir. Son zamanlarda ablasyo plasenta olan kadınlarda thrombomodulin adlı bir endotelial hücre markerının serumdaki seviyesinin yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte halen plasenta ayrılmasının derecesini belirlemek üzere kullanılabilen uygun bir tanı yöntemi yoktur(147-149).

Tedavi

Plasenta dekolmanı tanısı konduktan sonra tedavi bu durumun şiddetine, ilişkili komplikasyonlara, anne ile fetüsün durumuna ve gestasyonel yaşa bağlıdır(149).

Tedaviye plasenta dekolmanın şiddetine göre karar verilir.

Bekleme Tedavisi ; Bu tedavinin hedefi fetal maturasyonun ve sağ kalımın iyileşmesi umuduyla gebeliğin sürdürülmesidir. Bekleme tedavisi 37.haftadan önce meydana gelen hafif plasenta dekolmanı vakalarında düşünülmektedir. Vajinal kanama hafif, karın ağrısı ve genellikle lokalize, hasta kardiovasküler olarak stabildir. Koruyucu tedavi seçildikten sonra fetal durum yakından izlenmelidir. Bekleme ile tedavi edilen özellikle de maternal ya da fetal bir tehlike ya da uterus kontraksiyonunun olmadığı hastaların rutin olarak hastaneye yatırılmasını destekleyen herhangi bir bilgi mevcut değildir.

Acil Doğum; Gebenin acil doğuma alınması ayrılmanın şiddetine ve fetüsün canlı olup olmadığına bağlıdır. Eğer fetüs ölmüşse vajinal tahliye amaçlıdır. Maternal resüsitasyon önemlidir çünkü şiddetli plasenta dekolmanında koagülopati ile birlikte fetal ölüm sıktır. Fetüs canlı ise tahliyenin en iyi nasıl yapılabileceğinin kararını vermek kolay değildir. Eğer plasental ayrılma fetüsü öldürecek kadar ağırsa, yoğun kan replesmanıya bile üstesinden gelinemeyecek kadar ağır hemorajinin ya da vajinal doğumu engelleyecek diğer obstetrik komplikasyonların olmadığı durumlarda vajinal doğum tercih edilir. Sezaryen ile doğumda koagülasyon bozulmuş olduğunda abdominal ve uterin insizyonlar aşırı derecede kanamaya eğilimlidir. Canlı olan ama distreste olan fetusun acil doğumu hemen her zaman sezaryen doğum anlamına gelir(150).

Komplikasyonların Tedavisi ; Plasenta ayrılmasının başlıca komplikasyonu hemarajik şok, dissemine intravasküler, distal organların (özellikle böbrek ve beynin) iskemik nekrozu ve postpartum hemorajidir. Ayrılma sırasında fetomaternal kanama önemli olabilir. Ayrılma olan tüm Rh negatif kadınlara uygun doz anti D immünglobulini verilmelidir(140).

2.2.1.2.2.Plesanta Previa

Plesantanın uterus cavitesinin alt segmentine yerleşmesi durumudur. Üçüncü trimesterde görülen vajinal kanamanın, maternal mortalite ve morbilitenin en önemli sebeplerindendir(151,152). Görülme sıklığı yaklaşık % 0.3-0.8 arasındadır(153-155). Perinatal mortalite oranları gebelik haftası ile değişmekte olup, 27. gebelik haftasından önce %100'lere ulaşırken, 36. gebelik haftasından sonra; %2.6'dır(156). Ortalama olarak perinatal mortalite oranı % 2-3'tür ve normal gebelere göre 3-4 kat daha fazladır(157,158). Maternal mortalite oranı ise % 0.03'tür. Sezaryenle doğum sonrasında risk 1.5-5 arasında artmaktadır(159). Plesanta previanın gerçek nedeni bilinmemektedir. Genellikle endometrial skar dokusu, endometrial vaskularizasyonda bozulma ve plesantal kütlenin artması ile ilişkilidir. Plasenta previa serviksi kapatma derecesine göre üç kategoriye ayrılır.

1-Total plesanta previa : Plesanta servikal osun üzerini tamamen kapatmıştır. Görülme sıklığı % 20-45'dir.

2-Kısmı plesanta previa: Plesantanın kenar kısımları servikal osun yakınına kadar uzanmıştır. Görülme sıklığı % 30 'dur.

3-Lateral plesanta previa: Plesanta uterus duvarlarının alt yan kısımlarındadır.Servikal osu kapatmaz. Görülme sıklığı % 25-50'dir. .

Risk Faktörleri

- İlerlemiş anne yaşı, artmış parite
- Önceki sezaryen, öncedeki plasenta previa
- Önceki elektif ya da spontan abortus
- Çoğul gebelikler
- İnfertilite tedavisi
- Düşük sosyo-ekonomik durum
- Maternal hipertansiyon
- Kokain, sigara kullanımı
- Uterin anomaliler(uterin septum vb.), intrauterin cerrahi
- Doğumda çocuk cinsiyeti (erkek çocuk olması)
- EMR
- Filipinli kadınlar(160-169)

Belirti Bulgular

Plasenta previanın en önemli belirtisi genellikle ikinci trimesterin sonuna doğru ya da daha sonra ortaya çıkan, ağrısız kanamadır(154). Ağrının olmaması sıklıkla plasenta previa ile plasenta dekolmanı arasındaki önemli ayırıcı faktör olarak görülmektedir. İlk kanamadaki kan kaybı hafiften şiddetliye kadar derecelidir. Büyük uterus sinusları açılmadığı sürece ilk kanama, pıhtılar oluştuğunda durur. Fakat uterusunda değişimler olduğu süre içerisinde bu kanama tekrarlayabilir.

Tanı

Ultrasonografi yüksek oranda tanısal değer taşır(155). Kesin tanı, acil operasyon yapılabilecek ameliyathane şartlarında uygulanan vaginal muayenede plasentanın palpasyonu ile olur. Kaide olarak fetal distres ve fetal ölüm ancak plasentanın önemli bir bölümü yerinden ayrılmışsa ve anne hemorojik şokta ise meydana gelir(170).

Tedavi

Son yıllarda plasenta previa vakalarına yaklaşım ultrasonografik olarak tanımlanmıştır. Transvaginal ultrasonografi(TVS) ile plasental uç ile internal servikal osun arasındaki uzaklık 20-35 mm ise alt segment yerleşimli (low-lying) plasenta' şeklinde ifade edilir ve bu durumda vajinal doğum olasılığı vardır (171). Transvaginal ultrasonografi(TVS) ile 26. gebelik haftasından sonra internal osun 20 mm mesafede plasental uç tespit edilmişse, gebelik haftasına göre ultrason düzenli aralılarla tekrarlanır. 35. gebelik haftasında TVS göre plasental uç ile intrenal os arasındaki mesafe >20mm ise bu sezaryanla doğum için gösterge değildir. Gebeler normal doğumu başarıyla tamamlayabilir(%63-100). Eğer plasental uç ile intrenal os arasındaki mesafe 11-20 mm ise düşük olasılıkla kanama ve sezaryanla doğum önerilir. Vajinal doğum ihtimalinin olmasına rağmen klinik durum doğum şeklini belirleyicidir. Ayrıca Predanic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada plasental uç ile intrenal os arasındaki mesafenin 20 mm'den az olması yüksek oranda peripartum komplikasyon oluşturmaktadır(172,173). 35.haftadan sonra plasental uç ile intrenal os arasındaki mesafe 0-10 mm ise yüksek olasılıkla kanama ve sezaryenle doğum, plasenta intrenal osu tamamen kaplamışsa ; sezaryenle doğum önerilir(174). Durumu stabil olan ,istendiği zaman hastane nakil olabilecek yada telefonla haberleşmeyi sağlayabilecek gebelerde plasenta previanın ayaktan tedavisinde gebeleri evlerine göndermek uygun olabilmektedir(175).

2.2.2.DOĞUM ÖNCESİ KANAMALARDA ACİL BAKIM VE EBELİK HİZMETLERİ

2.2.2.1. Doğum Öncesi Kanamalarda Acil Bakım

2.2.2.1.1Gebeliğin 20. Haftasından Önce Olan Kanamalarda Acil Bakım

Gebeliğin 20. haftasından önce olan kanamalarda acil bakım yönetimi kanamanın miktarına ve hastanın genel durumuna bağlıdır. Gebeden kanamanın ortaya çıkışı, süresi, miktarı, renk ve yoğunluğuna ilişkin öykü alınır. Eşlik eden semptomlar, önceki kanama aralıkları ve kanamanın ortaya çıkışındaki aktivitesi hakkında bilgi alınır. Kanama miktarı belirlenmeye çalışılır. Yaşam bulguları kontrol edilir. Bu bilgiler ışığında;

a. Hasta hemodinamik bakımdan dengeli durumda, vajinal kanama hafif, ultrason bulguları mevcut ve olgunun tanısı ”düşük tehlikesi” olarak belirlenmiş ise gebeye;

- Yatak istirahati verilir.
- Cinsel ilişkiden kaçınılması önerilir.
- Vajinal akıntı, kanama yönünden takip edilir.
- Poliklinikte (ayakta tedavi) haftalık izlemler yapılır.
- Prenatal vitaminlerini almaya, protein, demir ve posadan zengin beslenmeye devam etmesi için gebe desteklenir.
- Kanaması normal bir periyoddan fazla ise ya da kesilmezse, kramp gelişirse, ateşi yükselirse tıbbi bakım almak için hemen bir hastaneye başvurması önerilir.

b. Hasta hemodinamik bakımdan dengeli (stabil) durumda değilse ya da vajinal kanama şiddetli ise,

- Gebeye 16 ya da 18 numaralı intravenöz kanül ile iki damar yolu açılır.
- Kan grubunu belirlemek ve çapraz esleme (ABO, Rh, Hb) yapmak için kan örneği alınır.
- Saatte bir litre olacak şekilde intravenöz kristaloïd (Ringer ya da salin) infüzyonu başlatılır.
- Maskeyle %100 oksijen verilir ve hasta ısıtılır.
- Foley kateteri takılır.
- Kan basıncı ve nabız 5 dakikada bir izlenir.
- İdrar miktarı 30 dakikada bir izlenir.
- Perineye steril ped yerleştirilerek, kanama miktarını kontrol altında tutulur.

-Eğer bulunulan sağlık kuruluşunun şartları uygun değilse ilk yardım müdahalesi başlatıldıktan sonra hasta, bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilir.

-Sevk edilen sağlık kuruluşunda konan tanıya göre tıbbi veya cerrahi girişim uygulanır.

c. Hasta hemodinamik bakımdan dengeli durumda, ancak ultrason bulgusu yok ya da ektopik gebelik, istenmeyen düşük veya molar gebelik şüphesi varsa, hasta daha ileri bakım için bir üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

2.2.2.1.2Gebeliğin 20. Haftasından Sonra Meydana Gelen Kanamalarda Acil Bakım

Gebeliğin 20.haftasından sonra meydana gelen kanamalarda kanama miktarı yanıltıcı olabilir. Kanamanın artmasına sebep olabileceği için asla vajinal muayene yapılmamalıdır. Hastanın fiziksel değerlendirilmesi önemlidir.

-Gebenin yaşam bulgularına(kan basıncı, vücut ısısı, nabızı) bakılır. Bilinç düzeyi kontrol edilir.

-Abdominal muayenede uterus boyutu, hassasiyeti, rijitite yönünden değerlendirilir.

-Fetusun prezantasyonu ve yerleşme durumu değerlendirilir.

-Fetal kalp seslerinin olup olmadığı araştırılır.

-Şok belirtileri açısından uyanık uyandırılmalıdır.

-Gebe kanama nedeniyle ağrı ve anksiyete içinde olabilir. Anksiyete kanamayı artıracığı için gebe sakin tutulmaya çalışılmalıdır.

Fiziksel değerlendirmenin yanı sıra;

-Gebeye 16 ya da 18 numaralı intravenöz kanül ile iki damar yolu açılır. Kan kaybı hızla yerine konmaya çalışılmalıdır.

-Saatte bir litre olacak şekilde intravenöz kristaloid (Ringer ya da salin) infüzyonu başlatılır.

-Kan grubunu belirlemek ve çapraz eşleme (ABO, Rh, Hb) yapmak için kan örneği alınır.

-Maskeyle %100 oksijen verilir ve hasta ısıtılır.

-Foley kateteri takılır.

-Kan basıncı ve nabız 5 dakikada bir izlenir.

-İdrar miktarı 30 dakikada bir izlenir.

-İlk müdahalesi yapıldıktan sonra ve bir üst basamaktaki sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. -

-Sevk edilecek sağlık kuruluşuna hasta hakkında bilgi verilip, gerekli hazırlıkların yapılması sağlanmalıdır(2,57,176-180).

Günümüzde gelişmiş ülkelerin pek çoğu sağlık sorunlarını birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözümlenmektedir(181). Halkın birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmasında çalışanlara önemli görevler düşmektedir. Yapılan araştırmaların sonuçları da sağlık ocakları ve halk arasında iletişimi sağlayan ebelerin sağlık ocağının kullanımında kadınların olumlu tutum ve davranış geliştirmelerinde etkisinin oldukça önemli olduğunu göstermektedir(182-184). Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olan AOB hizmetleri ekip anlayışı içinde yürütülmektedir ve bu ekibin en önemli elemanı ebelerdir. AOB hizmetleri, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin tam olarak sağlanamadığı, doğumların sağlık personeli dışında yaptırıldığı kırsal kesimde daha da önemli yere sahiptir. Yapılan araştırmalar ebelerin olmadığı, ara ebeleri ile doğumların yaptırıldığı bölgelerde anne ölümlerinin fazla olduğunu göstermiştir(53). Bu yüzden sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebelere AOB hizmetlerinin yürütülmesinde daha önemli görevler düşmektedir.

Ebeler, tüm gebelerin sağlıklı bir gebelik geçirmesi ve sağlıklı bir bebek doğurması için düzenli bir şekilde doğum öncesi bakım almalarını sağlamalıdır. Gebede var olan hastalıklar ve riskler saptanmalı, ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisi, gerekirse bir üst sağlık kuruluşuna sevki sağlanmalıdır. Gebelerin kayıtları düzenli tutulmalı, normalden sapan durumlar hemen saptanmalıdır. Doğum öncesi bakımlarda anneye gebelik döneminde tehlikeli durumlar hakkında bilgi verilmeli, acil bir durumda nereye başvuracağı konusunda bilgilendirilmelidir. Gebelerin hizmet almasını engelleyecek durumların farkında olunmalı ve bunlara karşı gerekli önlemler alınmalıdır(185).

Birçok sağlık kuruluşunda obstetrik komplikasyonlu gebebeyle ilk karşılaşan sağlık personeli ebelerdir. Ebelerin acil durumlarda yapacağı ilk müdahale gebe için hayat kurtarıcı olacaktır. Ebeler acil olarak başvuran gebenin hemen muaynesini yapacak, normalden sapan durum varsa belirleyecek, gereken müdahaleyi yaptıktan sonra sevk gerektiren durumları saptayabilecek ve koşullara uygun şekilde sevk işlemini gerçekleştirebilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Ebe sevk sırasında gebenin yanında bulunmalı ve gerekli bakımı verebilmelidir. Birinci basamak sağlık kuruluşundan sevk edilen gebenin durumuyla ilgili bilgiler(yapılan uygulamalar, gebenin durumu vb) gebenin sevk edildiği sağlık kuruluşuna önceden bildirilmektedir. İkinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan ebeler ise sevk edilen gebenin durumuna göre hazırlık yapmakta ve hayat kurtarıcı müdahale için vakit kaybetmeme bilinciyle hizmet vermektedir. Ebelerin sevk sırasında ve sonrasında düzenli olarak tuttuğu kayıtlar AOB hizmetlerinde önemli yere sahiptir. Ebelerin tuttuğu bu

kayıtlar bir ilin sonrasında ülkenin sağlık konusunda önceliklerini belirleyecek ve sonuçlara göre sağlık politikalarını oluşturulmasında temel oluşturulacaktır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın amacı

Bu araştırma doğum öncesi dönemde kanama şikayeti olan gebelerin, acil obstetrik bakım alma durumlarını ve hizmeti almalarını engelleyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma, doğum öncesi dönemde kanama problemi yaşayan gebelerin, acil obstetrik bakım alma durumunu ve hizmeti almasını engelleyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırma Mersin İli merkezinde bulunan Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Acil Servisinde(MKDÇHH) yapılmıştır. MKDÇHH 300 yataklı olup 19 kadın doğum uzmanı hekim,108 ebe, 52 hemşire çalışmaktadır. MKDÇHH Acil servisinde hafta içi 8.00-16.00,16.00-08.00 olmak üzere iki vardiya şeklinde 18 kadın doğum uzmanı hekim,10 ebe, bir hemşire, dört temizlik elemanı görev yapmaktadır. Acil serviste, bir gebe muayene odası, bir gözlem odası, bir NST odası ve bir hemşire odası bulunmaktadır. Acil Servise kanama şikayeti ile başvuran gebelerin muayenesi yapılmakta, USG çekilmekte, kan testleri yapılmakta ve gebenin durumuna göre servise yatış yapılmakta ya da tedavi verilip evine gönderilmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 2007 yılında Mersin Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine doğum öncesi dönemde kanama şikâyeti ile başvuran, acil müdahalesi yapılmış olan toplam 1817 gebe oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma kapsamına alınacak gebe sayısı evrendeki eleman sayısının biliniyor olduğu durumlarda olayın görülüş sıklığını incelemek için kullanılan formüle göre hesaplanan 125 gebe çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formunun birinci bölümünde; gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise doğum öncesi dönemde yaşadıkları kanama problemlerine ve acil obstetrik bakım alma durumuna ilişkin sorular yer almaktadır.

3.6.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formunun, amaca uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini belirlemek için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Polikliniğinde doğum öncesi dönemde kanama şikâyeti ile başvuran ve acil müdahalesi yapılmış 10 gebeye uygulanmıştır.

3.6.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması ve Değerlendirilmesi

Araştırma, Mersin İl Sağlık Müdürlüğü ve MKDÇH'si yönetiminden yazılı, gebelerden sözel izin alınarak 1 Mart 2009- 1 Mayıs 2008 tarihleri arasında uygulanmıştır. Gebelerle görüşme haftanın 3 günü, saat 9:00- 17:00 saatleri arasında yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerle görüşmeler acil serviste gebeye müdahale işlemi bittikten sonra yapılmıştır. Gebelere çalışmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmaya istekli olan gebelere anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Anket formlarının uygulanması yaklaşık 30 dakikada tamamlanmıştır.

Araştırmanın verileri, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11,5 paket programında ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistik analizleri %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Aşamalar	Şubat 2009	Mart 2009	Nisan 2009	Mayıs Haziran 2009	Eylül Ekim 2009	Kasım Aralık 2009
Planlama, izinler	-----					
Anket hazırlama	-----					
Literatür taranması	-----	-----	-----			
Verilerin toplanması			-----	-----		
Verilerin bilgisayara girişi ve kalite kontrol			-----	-----		
İstatistiksel analiz				-----	-----	
Tez yazımı					-----	-----

3.8. Araştırmanın Giderleri

Araştırmanın bütün masrafları araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri, doğurganlık özellikleri, doğum öncesi bakım özelliklerine ilişkin verileri, kanamaya ilişkin verileri, acil obstetrik bakım alma durumuna ilişkin verileri, acil serviste konan tanıların dağılımı yer almaktadır.

Çizelge 4.1.Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Veriler

Değişkenler	Sayı	%	Ortalama	Std. Deviation	Medyan	Y25 değeri	Y75 değeri
n=125							
Yaşı			27.28	5,881			
19 yaş ve altı	11	8,8					
20-35 yaş arası	102	81,6					
36 yaş ve üstü	12	9,6					
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	23	18,4					
Okur-yazar	20	16,0					
İlköğretim	53	42,4					
Lise ve üzeri	29	23,2					
Mesleği							
Ev hanımı	114	91,2					
Memur-işçi	11	8,8					
Sağlık Güvencesi							
Var	111	88,8					
Yok	14	11,2					
Aile tipi							
Geniş aile	30	24					
Çekirdek aile	95	76					
Yaşadığı Yer							
İl merkezi	111	88,8					
İlçe	14	11,2					
Evde Yaşayan Kişi Sayısı					3,0	2,0	5,0

Çizelge1'de araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan gebelerin %8,8'i 19 yaş ve altı, %81,6'sı 20-35 yaş, %9,6'sı 36 yaş ve üstündedir. Gebelerin yaş ortalaması 27.2(±5,8)'dir. Eğitim durumları incelendiğinde, %18,4'ünün okur-yazar olmadığı, %16'sı okur-yazar, %42,4'ü ilköğretim, %23,2'si lise ve üzeri eğitim aldığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumlarına bakıldığında, %91,2'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Gebelerin %88,8'i sağlık güvencesine sahipken, %11,2'sinin sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

Araştırma kapsamındaki gebelerin %76'sı çekirdek aile yapısına sahip olduğunu belirtirken, %24'ü geniş aile yapısında olduğunu ifade etmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin ailelerinde de yaşayan kişi sayısı ortalama 3,0'tür. Bu ailelerin %14,4'ünün ekonomik durumu iyi, %62,4'ünün orta, %23,2'sinin kötü olduğunu belirtmiştir. Ailelerin %88,8'i il merkezinde, %11,2'si ilçede yaşadığı görülmektedir.

Çizelge 4.2.Gebelerin Doğurganlık Özellikleri

Değişkenler	Sayı	%	Medyan	Y25	Y75
n=125				değeri	değeri
Gebelik Sayısı			2,0	1,0	3,0
İlk gebelik	34	27,2			
2-3.gebelik	61	48,8			
4 ve üzeri	30	24,0			
Gebeliğin Planlı Olup Olmadığı					
Evet	86	68,8			
Hayır	39	31,2			
Son İki Gebelik Arasındaki Süre (yıl)					
12 ay ve altı	40	44,4			
12 ay ve üstü	50	55,6			
Önceki Doğumun Yapıldığı yer					
Sağlık Kuruluşu	61	81,3			
Ev	14	18,7			
Gebelikte Anemi					
Evet	76	60,8			
Hayır	33	26,4			
Bilmiyor	16	12,8			
Pıhtılaşma Bozukluğu *					
Evet	1	0,8			
Hayır	124	99,2			

* Pıhtılaşma bozukluğu gebelerin kendi ifadesidir.

Çizelge 2’de gebelerin doğurganlık özellikleri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki gebelerin % 27,2’sinin ilk gebeliği iken, %48,8’inin 2-3.gebeliği, %24,0’ının 4 ve üzeri gebeliğidir. Ortalama gebelik sayıları 2’dir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin % 68,8’i gebeliğinin planlı olduğunu ifade ederken, % 31,2’si de gebeliğinin plansız olduğunu belirtmiştir. Gebelikler arasındaki süreye bakıldığında %44,4’ünün bir yıl ve daha az, %55,6’sının bir yıl ve daha fazla olduğu görülmektedir. Gebelerin %81,3’ü önceki doğumunu hastanede yaptığını, % 18,7’si evde doğum yaptığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin % 60,8'i gebeliğinde anemi sorunu yaşadığını ifade ederken, %12'si de kan testi yaptırmadığını belirtmiştir. Gebelerin %99,2'si pıhtılaşma bozukluğu yapabilecek herhangi bir hastalığı olmadığını belirtmiştir.

Çizelge 4.3.Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Özelliklerine İlişkin Veriler

Değişkenler	Sayı	%	Medya n	Y25 değeri	Y75 değeri
Doğum Öncesi Bakım					
Alan	103	82,4			
Almayan	22	17,6			
Ebe Tarafından Sürekli İzlem					
İzlenen	44	35,2			
İzlenmeyen	81	64,8			
D.Ö. İzlem Sıklığı**			3.0	2.0	6.0
Düzenli Bakım Alan	62	60,2			
Düzenli Bakım Almayan	41	39,8			
İlk D.Ö.B. Alma Zamanı					
4-5.Hafta	67	53,6			
6-7. Hafta	21	16,8			
8.Hafta ve sonrası	16	12,8			
D.Ö.B Almama Nedenleri					
Gebe olduğunu bilmemek	9	45,5			
Ekonomik durumun kötü olması	10	45,5			
Diğer	3	9,0			
Gebelikte Tehlike Belirtileri					
Biliyor	55	44			
Bilmiyor	70	56			
Acil Durumda Nereye Başvuracağımı					
Bilme Durumu					
Biliyor	93	74,4			
Bilmiyor	32	25,6			

**Doğum öncesi bakım sıklığı Sağlık Bakanlığı verilerine göre hesaplanmıştır.

Çizelge 3'de gebelerin doğum öncesi bakım özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Araştırma kapsamındaki gebelerin %35,2'si gebeliğinde bir ebe tarafından takip edildiğini, % 64,8'i herhangi bir ebe tarafından takip edilmediğini belirtmiştir. Gebelerin %82,4'ü gebeliği süresince doktor kontrolüne gittiğini ifade etmiştir. Gebelerin %60,2'si düzenli doğum öncesi

bakım almıştır. Doğum öncesi izlem sıklığı ortalama 3,0'dir. Doğum öncesi bakım alan gebelerin %53,6'sı ilk doğum öncesi bakım hizmetini 4-5.haftalarda, %16,8'i 6-7.haftalarda, %12,8'i 8.hafta ve sonrasında aldığı belirtilmiştir. Doğum öncesi hiç kontrole gitmeyen gebelere bakıldığında %45,5'i gebe olduklarını bilmedikleri, %36,4'ü ekonomik durumlarının kötü olduğu, %9,1'i sosyal güvencesi olmadığı için doktora gitmediklerini ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin % 55,2'si gebelikte tehlike belirtileri hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir. Bu konuda bilgi alanların % 28'i doktordan, % 10,4'ü ebeden, %5,6'sı radyo ,televizyon,arkadaş vb. aldığı ifade etmiştir.

Araştırma kapsamındaki gebelere acil bir durumda nereye başvurması gerektiği sorulduğunda %25,6'sı nereye başvurması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir.

Çizelge 4.4.Gebelerin Kanamaya İlişkin Verileri

Değişkenler	Sayı	%
n=125		
Daha Önce Kanama Şikayeti		
Var	55	44
Yok	70	56
Kanama Başlama Zamanı		
1-4 saat önce	64	51,2
5-8 saat önce	21	16,8
9-12 saat önce	4	3,2
13-23 saat önce	16	12,8
24 saat ve daha fazla	20	16,0
Kanama Miktarı		
Az (4 saatte bir pedden az)	52	41,6
Orta (4 saatte bir ped)	47	37,6
Çok ağır(4saatte bir pedden fazla)	26	20,8
Kanama Durumunda Gebelerin Davranışları		
Geçmesini bekledi	61	48,8
Sağlık kuruluşuna başvurdu	50	40,8
Doktorunu aradı	13	10,4
112'den yardım istedi	1	0,8
İlk Başvurulan Yer		
Doğumevi hastanesi	106	84,8
Kendi özel doktoru	10	8,0
Sağlık ocağı,sağlık kabini	8	6,4
112 Acil servis	1	0,8
Kanama Başlangıcından Tıbbi Yardım Alana Kadar Geçen Süre		
İlk 1 saatte	33	26,4
İlk 4 saatte	41	32,8
İlk 8 saatte	15	12,0
9 saat ve üstü	36	28,8
Tıbbi yardım almaya karar verme		
Eşim ve ben	61	48,8
Kendim	48	38,4
Aile büyükleri	13	10,4
Eşim	3	2,4

Çizelge 4’de gebelerin kanamaya ilişkin özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin % 44’ü daha önce gebeliğinde kanama olduğunu belirtmiştir. Şu anki kanama sebebiyle hastaneye başvuran gebelerin %51,2’si 1-4 saat önce, %16,8’de 5-8 saat önce, %3,2’si 8-12 saat önce, 12,8’i 13-24 saat önce, %16’sının 24 saat önce kanamasının başladığını belirtmiştir. Gebelerin kanama miktarına bakıldığında % 41,6’sının az(4 saatte bir pedden az) , %37,6’sının orta (4 saatte bir ped), %20,8’sinin çok şiddetli(4 saatte bir pedden fazla) olduğu görülmektedir. Gebelerin %48,8’i kanama olduğunu fark ettiğinde ilk olarak yatıp, dinlenip, kanamasının geçmesini beklediğini, %40’ı hemen bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu, %10,4’ü özel doktorunu arayıp yapması gerekenler hakkında bilgi aldığını, %0,8’i de 112 acil yardım hizmetlerinden yardım istediğini belirtmiştir.

Gebelere kanama durumunda ilk başvurdıkları yer sorulduğunda ise %84,0’ü doğumevi hastanesi, %8’i özel doktoru, geri kalan % 8’lik kısım ise sağlık ocağı, sağlık kabini ve 112 acil sağlık hizmetleri olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerde kanama başlangıcından tıbbi yardım alana kadar geçen süreye bakıldığında, %26,4’ü ilk bir saatte, %32,8’i bir-dört saatte, %12,0’si dört-sekiz saatte, %28,8’i 8 saat ve daha fazla sürede tıbbi yardım aldığını görülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %38,4’ü sağlık kuruluşuna başvurma kararını kendisinin verdiğini, % 48,8’i eşi ve kendinin karar verdiğini, %10,4’ü aile büyüklerinin karar verdiğini, %2,4’ü de eşinin karar verdiğini ifade etmiştir.

Çizelge 4.5. Gebelerin Acil Obstetrik Bakım Alma Durumlarına İlişkin Veriler

Değişkenlern=125	Sayı	%
Yaşadığı Yere En Yakın Sağlık Kuruluşu		
Sağlık ocağı	83	66,4
Sağlık kabini,poliklinik	24	19,2
Hastane	18	14,4
En Yakın Sağlık Kuruluşunun Uzaklığı		
Yürüyerek 5 dakika	37	29,6
Yürüyerek 10 dakika	49	39,2
Yürüyerek 20 dakika	21	16,8
Yürüyerek 30 dakika ve üstü	15	12,0
Bilmiyor	3	2,4
Şu An Bulunduğu Acil Servise Ulaşım		
Özel araç veya akraba ,komşu aracı	66	52,8
Toplu taşıma aracı	24	19,2
Ticari taksi	27	21,6
Yürüyerek	6	4,8
Ambulans	2	1,6
Acil Servise Ulaşım Sağlayan Araçın Varlığı		
Evet	116	92,8
Hayır	9	7,2
Ulaşım Araçlarını Kullanacak Mali Güçe Sahip Olma Durumu		
Evet	87	69,6
Hayır	38	30,4
Ulaşım Aracı Bulma Süresi		
Hemen	52	41,6
İlk 15 dak.	54	43,2
16 dak.-30 dak.	12	9,6
Yaşanılan Yerden Acil Servise Gelene Kadar Geçen Süre		
5dak.-15 dak.arası	54	43,2
16 dak.-30 dak.arası	57	45,6
30 dak.- 1 saat	10	8,0
Acil Serviste Hizmet Alma Süresi		
Hemen	110	88,0
İlk 10dak.	10	8,0
11-30 dak. arası	2	1,6
30 dak. ve üstü	3	2,4

Çizelge 5’de gebelerin acil obstetrik bakım alma durumlarına ilişkin verilerine yer verilmiştir. Araştırma kapsamındaki gebelerin %66,4’ü oturduğu yere en yakın sağlık kuruluşunun sağlık ocağı, %14,4’ü sağlık kabini, poliklinik, %19,2’si de hastane olduğunu belirtmiştir. Oturulan yere en yakın sağlık kuruluşunun uzaklığını gebelerin , %29,6’sı yürüyerek 5 dak.(yaklaşık 600-700mt), %39,2’si yürüyerek 10 dakika(yaklaşık 1-1.5 km.), %16,8’i yürüyerek 20 dak.(yaklaşık 3km.), %12’si yürüyerek 30dak. ve üstünde olarak (yaklaşık 5km. ve üstü) belirtmiş, %2,4’ü de ne kadar uzaklıkta olduğunu bilmediğini ifade etmiştir. Gebelerin %45,6’sı en yakın sağlık ocağından yaralanabildiklerini, %54,4’ü yararlanamadıklarını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin %52,8’i buldukları sağlık kuruluşuna özel araç(kendi araçları, komşunun ya da akrabanın aracı) ile, %21,6’sı ticari taksi ile, %19,2’si toplu taşıma aracı ile, %4,8’i yürüyerek, % 1,6’sı ise ambulans ile geldiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin %92,8’inin oturduğu yerden sağlık kuruluşuna ulaşım sağlayan araçların mevcut olduğunu belirtmiştir. Oturdukları yerden acil servise ulaşım sağlayan araçların olduğunu söyleyenlerin %69,6’sı bu araçları kullanacak mali güce sahip olduklarını, % 30,4’ü sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Gebelerin % 41,6’sı ulaşım hizmetlerine hemen, % 43,2’si ilk 15 dakika, %9,6’sı 16-30 dakikada ulaştığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %43,2’sini 5-15 dakika içerisinde, %45,6’sını 15-30 dakika içerisinde, %8’i 30 dak.-1 saat içerisinde oturdukları yerden sağlık kuruluşuna ulaştıklarını belirtmiştir. 112 Acil sağlık hizmetlerinden yardım isteyen gebeler ise 5-30 dakika arasında sağlık kuruluşuna ulaştırılmıştır. Ambulansta gebelerin öyküleri alınmış, damar yolu açılmış, oksijen verilmiş ve hastaneye sevk edilmiştir.

Çizelge 4.6. Gebelere Acil Servise Yapılan İşlemler ve Konan Tanılara İlişkin Veriler

Değişkenler n=125	Sayı	%
İlk Başvurulan Yerde Yapılan İşlemler		
Yatış yapılan	86	68,8
Yatış yapılmayan	39	31,2
Alınan Hizmetten Memnun Olma Durumu		
Evet	112	89,6
Hayır	13	10,4
Konulan Tanılar ***		
Abortus İmmiens	41	32,8
Plasenta Previa	31	24,8
Missed Abortus	30	24,0
Abortus İnkompletus	7	5,6
Ablasyo Plasenta	4	3,2
Abortus İnsipiens	2	1,6
Ektopik Gebelik	2	1,6
Mol Hidatiform	1	0,8
Diğer	7	5,6
Kendisine konan tanıyı bilme durumu		
Bilen	97	77,6
Bilmeyen	28	22,4

*** Konulan tanılar hasta dosyasından alınmıştır.

Araştırmaya katılan gebeler acil servise geldikten sonra %88'i hemen sağlık hizmeti aldığını, %8'i ilk 10 dak. içinde sağlık hizmeti aldığını, %1,6'sı başvurduktan sonraki 30 dak. içinde, %2,4'ü 30 dakikadan daha sonra sağlık hizmeti aldığını belirtmiştir.

İlk başvurulan sağlık kuruluşunda gebelere yapılan işlemlere bakıldığında, % 68,8'inin muaynesi yapılmış, USG çekilmiş, çeşitli tetkikler yapılmış ve hastaneye yatırılmış, gerekli ise hemen ameliyata alınmış, %31,2'sine ise ayaktan tedavi uygulanmış, başvurduğu sağlık kuruluşunda imkanlar uygun değilse sevk edilmiştir.

Kanama şikayetiyle sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin %89,6'sı ilk başvurduğu yerden aldığı sağlık hizmetinden memnun olduğunu belirtmiştir. Memnuniyetsizliklerinin nedenleri ise; doktorun kendileriyle ilgilenmemesi, sadece ilaç verip göndermiş olması, daha önce konan tanı ile bulunduğu sağlık kuruluşunda konulan tanının farklı olması, sıra beklemesi ve çalışan ebe ve hemşirelerle problem yaşamış olmalarıdır. Araştırmaya katılan gebelerin %64'üne abortus, %24,8'ine plasenta previa, %3,2'sine ablasyo plasenta, %1,6'sına

ektopik gebelik, %0,8'sine mol hidatiform tanısı konmuştur. Gebelerin %77,6'sı kendisine konan tanıyı bildiğini, % 22,4'ü kendisine konan tanıyı bilmediğini ifade etmiştir.

Çizelge 4.7.Gebelerin kanama durumunda davranışlarının yaş guruplarına göre dağılımı

	Kanamanın geçmesini bekleyenler		Sağlık hizmeti alanlar		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
19 yaş ve altı	9	81,82	2	18,18	0,048
20-35 yaş	48	47,05	54	52,95	
36yaşve üstü	4	33,33	8	66,67	

Çizelge 7'de gebelerin kanama durumundaki davranışlarının yaş guruplarına göre dağılımı verilmektedir. Araştırmaya katılan 19 yaş ve altında olan gebelerin %81,82'si kanama olunca dinlenerek, geçmesini beklemeyi tercih ederken, %18,18'lik kısmı bir sağlık kuruluşuna başvurmayı tercih etmiştir. 20-35 yaş arası gebelerin %47,05'i kanama olunca dinlenerek, geçmesini beklerken, %52,95'lik kısmı bir sağlık kuruluşuna başvurmayı, doktorundan bilgi almayı ya da 112 acil sağlık hizmetlerinden yararlanmayı tercih ettiğini belirtmiştir. 36 yaş ve üzerindeki gebelerin %33,33'ü kanama olunca geçmesini beklerken, %66,67'si bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ya da doktorundan konu ile ilgili bilgi almıştır. Kanama durumunda adölesan gebelerde daha çok dinlenip, geçmesini bekleme davranışı yaygınken 20 yaş üstü gebelerde sağlık kuruluşuna başvurma ya da doktorundan yapacakları hakkında ilgi alma davranışı daha yüksektir. Kanama durumunda yapılanlar ile yaş arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır(p=0,048)

Çizelge 4.8.Gebelerin kanama durumunda davranışlarının eğitim durumuna göre dağılımı

	Kanamanın geçmesini bekleyenler		Sağlık hizmeti alanlar		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Okur-Yazar değil	16	69,57	7	30,43	0,041
Okur-yazar ve ilköğretim	35	47,95	38	52,05	
Lise ve üzeri	10	34,48	19	65,52	

Çizelge 8’de gebelerin kanama durumundaki davranışların eğitim durumuna göre dağılımı verilmektedir. Araştırmaya katılan gebelerden kanama durumunda; yatıp, dinlenerek geçmesini bekleyen grup daha çok okuryazar olamayanlardır. Okur-yazar olmadığını ifade eden gebelerin %69,57 kanama olunca dinlenerek, kanamanın geçmesini beklemeyi tercih ederken, %30,43’ü sağlık kuruluşuna başvurmayı tercih ettiğini belirtmiştir. Sadece okur yazar olan ve ilköğretim mezunu olduğunu belirten gebelerin %47,95’i dinlenerek, kanamanın geçmesini beklemeyi tercih ettiğini, %52,05’i sağlık kuruluşunu başvurduğunu, doktorundan ya da 112 acil sağlık hizmetlerinden yapılması gerekenler konusunda bilgi almayı tercih ettiğini belirtmiştir. Lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğunu ifade eden gebelerin %34,46’sı dinlenerek, kanamanın geçmesini beklemeyi tercih ederken, %65,52’si sağlık kuruluşuna başvurmayı, doktorundan ya da 112 acil sağlık hizmetlerinden yapılması gerekenler konusunda bilgi almayı tercih ettiğini belirtmiştir. Eğitim durumu yüksek olan gebelerde sağlık kuruluşuna başvurma ya da konu ile ilgili kurumlardan yardım alma davranışı daha yaygındır. Eğitim durumu ile kanama olunca hastaneye başvurma arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. (p=0.041)

Çizelge 4.9.Gebelerin doğum öncesi bakım almasının eğitim durumununa göre dağılımı

D.Ö.B. Alma	Okur-yazar değil		İlköğretim		Lise ve üzeri		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	15	65,21	59	80,82	29	100	0,004
Hayır	8	34,79	14	19,18	-	-	

Çizelge 9’da gebelerin doğum öncesi bakım almasının eğitim durumununa göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan okur-yazar olmadığını ifade eden gebelerin %65,21’i , ilköğretim mezunu olduğunu belirten gebelerin %80,82’si , lise ve üzeri öğrenim durumuna sahip gebelerin %100’ü doğum öncesi bakım aldığını belirtmiştir. Gebelerin doğum öncesi bakım alması ile eğitim durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır(p=0,004).

Çizelge 4.10. Gebelerin kanama halinde davranışlarının çalışma durumuna göre dağılımı

	Kanamanın geçmesini bekleyenler		Sağlık hizmeti alan		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Çalışan gebe	3	27,28	8	72,72	0,135
Çalışmayan gebe	58	50,87	56	49,13	

Çizelge 10’da gebelerin kanama halindeki davranışlarının çalışma durumuna göre dağılımı verilmektedir. Araştırmaya katılan herhangi bir işte çalışmadığını ifade eden gebelerin %50,87’si kanama durumunda dinlenerek, kanamanın geçmesini beklemeyi tercih ederken, %49,13’lük kısım sağlık kuruluşunu başvurduğunu, doktorundan yada 112 acil sağlık hizmetlerinden yapılması gerekenler konusunda bilgi almayı tercih ettiğini belirtmiştir. Çalışan gebelerin ise % 72,72’si kanama durumunda sağlık kuruluşuna başvurmayı, doktorundan ya da 112 acil sağlık hizmetlerinden bu konuyla ilgili bilgi almayı tercih ederken, %27,28’i yatıp, dinlenerek, kanamanın geçmesini beklemiştir. Kanama durumunda gebelerin davranışları ile gebenin çalışması arasındaki fark istatistik açıdan anlamsızdır(p=0,135).

Çizelge 4.11. Gebelerin kanama durumunda davranışlarının aile yapılarına göre dağılımı

Aile Yapısı	Kanamanın geçmesini bekleyenler		Sağlık hizmeti alanlar		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Çekirdek	38	40,0	57	60,0	0,00
	23	76,67	7	23,33	
Geniş					

Çizelge 11’de gebelerin kanama durumundaki davranışların aile yapılarına göre dağılımı verilmektedir. Araştırmaya katılan çekirdek aile yapısına sahip olan gebelerin %40’ı kanama durumunda dinlenerek, kanamanın geçmesini beklediğini belirtirken, %60’ı hemen sağlık kuruluşuna başvurduğunu, doktorunu arayıp bilgi aldığını ve 112 acil sağlık

hizmetlerinden yardım istediğini belirtmiştir. Geniş aile yapısına sahip olduğunu belirten gebelerin %76,67'si kanama durumunda yatıp, dinlenerek, kanamanın geçmesini beklediğini, %23,33'ü hemen sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir. Çekirdek aile yapısında kanama durumunda hemen sağlık kuruluşuna başvurma ya da konu ile ilgili birimlerden bilgi alma davranışı daha yaygınken, geniş aile yapısına sahip olan gebelerde sağlık kuruluşuna başvurma yerine geçmesini beklemek daha yaygındır. Aile yapısı ile kanama olunca yapılanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır($p=0,00$).

Çizelge 4.12.Gebelerin kanama halinde davranışlarının sosyal güvence durumlarına göre dağılımı

Sağlık Güvencesi	Kanamanın geçmesini bekleyenler		Sağlık hizmeti alanlar		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Var	51	45,94	60	54,06	0,072
Yok	10	71,43	4	28,57	

Çizelge 12'de gebelerin kanama halinde davranışların sosyal güvence durumlarına göre dağılımı verilmektedir. Araştırmaya katılan sağlık güvencesi olduğunu belirten gebelerin %45,94'ü kanama durumunda dinlenerek geçmesini beklerken, %54,06'sı sağlık kuruluşuna başvurmuş yada doktorundan konu ile ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Sağlık güvencesi olmadığını belirten gebelerin %71,43'ü kanamanın geçmesini beklerken, %28,57'si sağlık kuruluşuna başvurmuş ya da doktorundan konu ile ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Sağlık güvencesi olmakla kanama durumunda gösterilen davranışlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır($p=0,072$).

Çizelge 4.13.Gebelerin kanama durumunda davranışlarının gebeliğin planlı olup olmasına göre dağılımı

Gebelik planlılığı	Kanamanın geçmesini bekleyenler		Sağlık hizmeti alanlar		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	38	44,18	48	55,82	0,125
Hayır	23	58,98	16	41,02	

Çizelge 13’de gebelerin kanama durumundaki davranışların gebeliğin planlı-plansız olmasına göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan gebeliğinin planlı olduğunu belirten gebelerin %44,18’i kanama olunca dinlenerek, geçmesini beklemeyi tercih ettiğini, %55,82’si hemen sağlık kuruluşuna başvurmayı ya da konu ile ilgili bilgi almayı tercih ettiğini ifade etmiştir. Gebeliğinin plansız olduğunu belirtenlerin gebelerin %60,52’si kanama olunca dinlenerek, geçmesini beklemeyi tercih ettiğini, % 41,02’si hemen sağlık kuruluşuna başvurmayı ya da konu ile ilgili bilgi almayı tercih ettiğini ifade etmiştir. Gebeliği planlı olanlarda sağlık hizmeti davranışı alma daha yüksektir. Gebeliğin planlı-plansız olması ile kanama durumunda gösterilen davranışlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır(p=0.125)

Çizelge 4.14.Gebelerin kanama durumunda davranışlarının gebelikte tehlike belirtileri bilme durumuna göre dağılımı

Tehlike Belirtileri	Kanamanın geçmesini bekleyenler		Sağlık hizmeti alanlar		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Biliyor	20	36,36	35	63,64	0,043
Bilmiyor	41	58,58	29	41,42	

Çizelge 14’de gebelerin kanama durumundaki davranışların gebelikte tehlike belirtileri bilme durumuna göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelikteki tehlike belirtileri hakkında bilgisi olduğu ifade eden gebelerin % 36,37’si kanama olunca yatıp-dinlendiklerini, kanamanın geçmesini beklediklerini belirtmiş, % 63,64’ü hemen sağlık kuruluşuna başvurmuş ya da konu ile ilgili bilgi almıştır. Gebelikteki tehlike belirtilerini hakkında bilgisi olmadığını ifade eden gebelerin %58,57’si kanama olunca yatıp-dinlendiklerini, kanamanın geçmesini beklediklerini belirtmiş, %41,42’si hemen sağlık kuruluşuna başvurmuş ya da konu ile ilgili bilgi almıştır. Gebelikte tehlike belirtilerini bilen gebelerde kanama durumunda sağlık kuruluşuna başvurma davranışı daha yüksektir. Gebelikte tehlike belirtilerini bilmekle kanama durumunda gösterilen davranışlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır(p=0.043).

Çizelge 4.15.Gebelerin oturdukları yere en yakın sağlık kuruluşu ile kanama durumunda ilk başvuru yere ait veriler

	Eve en yakın Sağlık kuruluşu		İlk başvuru yere	
	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık ocağı	83	66,4	8	6,4
Sağlık kabini	18	14,4	-	-
Hastane	24	19,2	107	85,2
Özel doktor	-	-	10	8,0

Çizelge 15’de oturulan yere en yakın sağlık kuruluşu ile kanama durumunda ilk başvuru yere ait veriler belirtilmiştir. Araştırma kapsamındaki gebelerin evine en yakın sağlık kuruluşu % 66.4’ünün sağlık ocağı, % 14,4’ünün sağlık kabini, poliklinik, % 19,2’sinin hastanedir. Gebelere kanama durumunda ilk başvurdukları yer sorulduğunda; %84,4’ü doğumevi, %6,4’ü sağlık ocağı, %8,0’i özel doktoru, % 0,8’i 112 acil sağlık hizmetleri olduğunu belirtmiştir. Oturulan yere en yakın sağlık kuruluşu ile kanama durumunda ilk başvuru yere arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır(p=0.994).

Çizelge 4.16.Gebelerin kanama olduğunda davranışlarının daha önce kanama problemi yaşama durumuna göre dağılımı

Daha önce kanama	Kanamanın geçmesini bekleyenler		Sağlık hizmeti alanlar		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaşamış	24	43,64	31	56,36	0,306
Yaşamamış	37	52,86	33	47,14	

Çizelge 16’da gebelerin kanama durumundaki davranışların gebelikte daha önce kanama problemi yaşama/yaşamamasına göre dağılımı verilmiştir. Daha önce kanama yaşadığını ifade eden gebelerin %43,64’ü kanama olunca dinlenerek, geçmesini beklerken, %56,36’sı hemen sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir. Gebeliğinde daha önce kanama problemi yaşamamış olduğunu ifade eden gebelerin %52,86’sı kanama olunca dinlenerek, geçmesini beklerken, %47,14’ü hemen sağlık kuruluşuna başvurduğunu

belirtmiştir. Daha önce kanama yaşayan gebelerde hemen sağlık kuruluşuna başvurma davranışı daha yaygınken, önce kanaması olmayan gebelerde kanama durumunda dinlenerek, geçmesini bekleme davranışı daha yaygındır. Gebelikte daha önce kanama problemi yaşamış olmakla kanama durumunda yapılanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır(p=0.306).

Çizelge 4.17.Gebelerin kanama durumunda davranışlarının sağlık hizmeti almaya karar vermeye etkisi

Hizmet alma kararı	Kanamanın geçmesini bekleyenler		Sağlık hizmeti alanlar		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
					0,177
Kendi, kendi ve eşi	51	45,54	61	54,46	
Aile büyükleri	10	76,92	3	23,08	

Çizelge 17’de gebelerin kanama durumundaki davranışların sağlık hizmeti almaya karar vermeye göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık hizmeti almaya kendisi ve eşiyile birlikte karar verdiğini ifade eden gebelerin %45,54’ü kanama olunca dinlenerek, geçmesini beklerken, %54,46’sı hemen sağlık kuruluşuna başvurduğunu yada konu ile ilgili doktorundan bilgi aldığını belirtmiştir. Sağlık hizmeti almaya aile büyüklerinin karar verdiğini ifade eden gebelerin % 76,92’si kanama olunca dinlenerek, geçmesini beklerken, %23,08’i sağlık kuruluşuna başvurduğunu ya da konu ile ilgili doktorundan bilgi aldığını belirtmiştir. Gebelerin kanama durumundaki davranışları ile sağlık hizmeti almaya karar verme arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır(p=0.177).

Çizelge 4.18.Gebelerin kanama durumunda davranışlarının kanama miktarının göre dağılımı

Kanama Miktarı	Kanama Durumunda Yapılanlar				P değeri
	Geçmesini bekleyenler		Sağlık hizmeti alan		
	Sayı	%	Sayı	%	
					0,700
Az	27	51,92	25	48,08	
Orta	23	48,93	24	51,07	
Çok ağır	11	42,31	15	57,69	

Çizelge 18’de kanama miktarının, kanama durumunda yapılanlara göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerden kanama miktarının az olduğunu ifade eden gebelerin %51,92’si kanama olunca dinlenerek, geçmesini beklerken, %48,07’si sağlık kuruluşuna başvurduğunu yada doktorundan konu ile ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Kanamasının orta şiddetle olduğunu belirten gebelerin %48,93’ü dinlenerek kanamanın geçmesini beklerken, %51,07’si sağlık kuruluşuna başvurduğunu, doktorunu arayıp konu ile ilgili bilgi aldığını ve 112 acil sağlık hizmetlerinden yardım istediğini belirtmiştir. Kanamanın çok ağır olduğunu ifade eden gebelerin %42,31’i dinlenerek kanamanın geçmesini beklerken, %57,69’u sağlık kuruluşuna başvurduğunu yada doktorundan aldığını belirtmiştir. Kanama durumunda yapılanlar ile kanama miktarı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır(p=0.700).

Çizelge 4.19.Gebelerde tıbbi yardım alınca kadar geçen sürenin kanama miktarlarına göre dağılımı

	Kanama Sonrası Tıbbi Yardım Alana Kadar Geçen Süre								P değeri
	Bir saatten az		1-4 saat		5-8 saat		9 saat ve üstü		
Kanama Miktarı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	0,432
Az	11	21,15	15	28,85	8	15,38	18	34,62	
Orta	16	34,04	14	29,79	4	8,51	13	27,66	
Çok ağır	6	23,08	12	46,15	3	11,54	5	19,23	

Çizelge 19’da kanama miktarının, kanamanın başlangıcından tıbbi yardım alınca kadar geçen süreye göre dağılımı verilmektedir. Araştırmaya katılan, kanama miktarını az olarak belirten gebelerin %21,15’i ilk bir saat içinde, %28,85’i bir- dört saat içinde, %15,38’i beş –sekiz saat içinde, %34,62’si sekiz saatten daha fazla sürede sağlık kuruluşuna başvurmuş, tıbbi yardım almıştır. Kanama miktarını orta olarak belirten gebelerin %34,04’ü ilk bir saat içinde, %29,79’u bir- dört saat içinde, %8,51’i beş –sekiz saat içinde, %27,66’sı sekiz saatten daha fazla sürede sağlık kuruluşuna başvurmuş, tıbbi yardım almıştır. Kanama miktarını çok ağır olarak belirten gebelerin %23,08’i ilk bir saat içinde, %46,15’i bir- dört saat içinde, %11,54’ü beş –sekiz saat içinde, %19,23’ü sekiz saatten fazla sürede sağlık kuruluşuna başvurmuş, tıbbi yardım almıştır. Kanama miktarı ile kanamanın

başlangıcından tıbbi yardım alıncaya kadar geçen süre arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır(p=0.432).

Çizelge 4.20. Gebelerin tıbbi yardım alıncaya kadar geçen sürenin doğum öncesi bakım ilişkisi....

	Kanama Sonrası Tıbbi Yardım Alana Kadar Geçen Süre								P değeri
	Bir saatten az		1-4 saat		5-8 saat		9 saat ve üstü		
D.Ö.B alma	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	0,04
Evet	32	31,06	41	39,80	7	6,80	23	22,34	
Hayır	4	23,29	3	13,63	2	9,09	13	59,09	

Çizelge 20’de kanamanın başlangıcından tıbbi yardım alıncaya kadar geçen sürenin doğum öncesi bakım almakla ilişkisi verilmiştir. Araştırmaya katılan D.Ö.B alan gebelerin %31,06’sı ilk bir saat içinde, %39,80’ni bir- dört saat içinde, %6,80’ni beş –sekiz saat içinde, %22,34’ü sekiz saatten daha fazla sürede sağlık kuruluşuna başvurmuş, tıbbi yardım almıştır. D.Ö.B almayan gebelerin %23,29’u ilk bir saat içinde, %13,63’ü bir- dört saat içinde, %9,09’u beş –sekiz saat içinde, %59,09’u sekiz saatten daha fazla sürede sağlık kuruluşuna başvurmuş, tıbbi yardım almıştır. Kanama durumunda tıbbi yardım alıncaya kadar geçen süre ile D.Ö.B alma arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır(p=0.04).

Çizelge 4.21. Gebelerin tıbbi yardım alma süreleri...nin gebelikte tehlike belirtilerini bilmekle ilişkisi

	Kanama Sonrası Tıbbi Yardım Alana Kadar Geçen Süre								P değeri
	Bir saatten az		1-4 saat		5-8 saat		9 saat ve üstü		
Tehlike belirtileri	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	0,045
Biliyor	20	36,36	19	34,54	6	10,90	10	18,18	
Bilmiyor	13	18,57	22	31,42	9	12,85	26	37,15	

Çizelge 21’de kanamanın başlangıcından tıbbi yardım alıncaya kadar geçen sürenin gebelikte tehlike belirtilerini bilmekle ilişkisi verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelikteki tehlike belirtilerini bildiğini ifade eden gebelerin %36,36’sı ilk bir saat içinde, %34,54’ü bir- dört saat

çinde, %10,90'ı beş –sekiz saat içinde, %18,18'i sekiz saatten daha fazla sürede sağlık kuruluşuna başvurmuş, tıbbi yardım almıştır. Gebelikte tehlike belirtilerini bilmediğini belirten gebelerin %18,57'si ilk bir saat içinde, %31,42'si bir- dört saat içinde, %12,85'i beş –sekiz saat içinde, %37,14'ü sekiz saatten daha fazla sürede sağlık kuruluşuna başvurmuş, tıbbi yardım almıştır. Kanama durumunda tıbbi yardım alıncaya kadar geçen süre ile gebelikte tehlike belirtilerini bilme arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır(p=0.045).

Çizelge 4.22.Kanamamanın başlangıcından tıbbi yardım alıncaya kadar geçen sürenin gebeliğin planlı/plansız olmasına göre dağılımı

	Kanama Sonrası Tıbbi Yardım Alana Kadar Geçen Süre								P değeri
	Bir saatten az		1-4 saat		5-8 saat		9 saat ve üstü		
Gebelik Planlımı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	0,024
Evet	27	31,39	29	33,72	12	13,95	18	20,93	
Hayır	6	15,38	12	30,77	3	7,69	18	46,16	

Çizelge 22'de kanamanın başlangıcından tıbbi yardım alıncaya kadar geçen sürenin gebeliğin planlı/plansız olmasına göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan gebeliğinin planlı olduğunu ifade eden gebelerin %31,39'u ilk bir saat içinde, %33,72'si bir- dört saat içinde, %13,95'i beş –sekiz saat içinde, %20,93'ü sekiz saatten daha fazla sürede sağlık kuruluşuna başvurmuş, tıbbi yardım almıştır. Gebeliğinin plansız olduğunu belirten gebelerin %15,38'i ilk bir saat içinde, %30,76'si bir- dört saat içinde, %7,69'u beş –sekiz saat içinde, %46,15'i sekiz saatten daha fazla sürede sağlık kuruluşuna başvurmuş, tıbbi yardım almıştır. Kanama durumunda tıbbi yardım alıncaya kadar geçen süre ile gebeliğin planlı /plansız olması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır(p=0.024).

5.TARTIŞMA

Anne ve fetüsün sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde önemli bir yere sahip olan acil obstetrik bakım hizmetleri Mersin ilinde temel ve kapsamlı olarak verilmektedir. Verilen bu hizmeti almayı etkileyen birçok neden bulunmaktadır. Bunlardan biri de gebelerin eğitim düzeyidir. Gebelerin eğitim düzeyi ile sağlık bakım hizmetlerinin kullanımı arasında belirgin bir ilişki vardır. Çalışmaya katılan gebelerin %18,4'ü okur-yazar olmadığını, %16'sı okur-yazar, % 42,4'ü ilköğretim, % 23,2'si lise ve üzeri eğitim aldığını belirtmektedir. Mersin ilinde okuma yazma bilmeyenler toplam 99.240 kişidir. Bu sayının 19.437'sini erkekler, 79.804'ünü kadınlar oluşturmaktadır(186). İlimizde okuma yazma bilmeyen kadın tüm nüfusun % 5.3'ünü, kadın nüfusunun yaklaşık %11'ini oluşturmaktadır. Türkiye'de ise okuma yazma bilmeyen kadınlar nüfusun % 13,09'unu oluşturmaktadır(186). Bizim çalışmamızda okur yazar olmayan kadın(%18.4) Türkiye ve Mersin İli ortalamasının üzerindedir. Bu sonuç üzerinde çalışmanın yapıldığı hastanenin doğu illerinden fazla sayıda göç alan bir bölgede bulunması etkili olmuştur.

TNSA-2008 verileri anne ölümleri ya da gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadınların TNSA 2003'teki kadınlara göre daha genç ve eğitimsiz olduklarını göstermektedir. McCord'un çalışmasında düşük eğitim seviyesinin perinatal sonuçlara önemli etkileri olduğu vurgulanmıştır. MacLeod J ve arkadaşları yaptığı çalışmada kadının eğitim seviyesinin düşük olmasını anne ölümleri için önemli bir risk faktörü olarak göstermiştir(40,45,187). Akın ve Mihçioğur çalışmasında öğrenim düzeyi düşük olan kadınların diğerlerine göre sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıklarını vurgulamıştır(188). Ayrıca annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe doğum öncesi düzenli bakım alma oranları da artmaktadır(189-192). Kadının eğitim düzeyi yükseldikçe, ekonomik bağımsızlığı artmakta, kendisi ve ailesi için sağlık hizmetlerini daha aktif ve etkin bir şekilde kullanmaktadır(193). Çalışmamızda kanama başlayınca sağlık hizmeti alanlar eğitim düzeyi yüksek olan gebelerdir(Çizelge.4.8)

Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre kadınların toplam işgücüne katılma oranı 1990'da %34,5'e ve 2005'te % 24,8'e gerilemiştir. Erkeklerde istihdam oranı %72,2 dir(194). Bu verilerle uyumlu olarak çalışmamıza katılan gebelerin büyük çoğunluğunu herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışmayan gebelerin % 49,13'ü kanama başlayınca hemen hastaneye başvururken, çalışan gebelerin büyük çoğunluğu(%72,72) kanama

başlayınca hemen bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ya da sağlık personelinin konu ile ilgili bilgi almıştır(Çizelge.4.10). Çalışan gebelerin eğitim seviyesinin yüksek olması, sağlık hizmeti almaya kendisinin karar verebilmesi, ekonomik özgürlüğünün olması, düzenli doğum öncesi bakım alması gibi nedenlerden dolayı çalışmayan gebelere göre sağlık hizmeti alma davranışı daha yaygındır. Yapılan çalışmalarda kadının gelir getiren bir işte çalışıyor olması ve sosyal güvencesinin bulunması doğum öncesi sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını arttırmaktadır(195-197).

Sosyal güvencenin olup olmaması da bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını ve dolayısı ile sağlığını etkilemektedir. Ayrıca gebelerin gelir getiren bir işinin olmaması, sosyal güvencesinin bulunmaması, eğitim düzeyinin düşük olması, gebenin sağlıklı koşullarda doğum yapmasını engellemekte, sağlık hizmeti almak için sağlık kuruluşuna başvuruyu azaltmaktadır(198). Çalışmamıza katılan gebelerin çoğunluğunun(%88,8) sağlık güvencesi bulunmaktadır(Çizelge.4.1). Çalışmamızda sağlık güvencesi olmadığını belirten gebelerin büyük bir kısmı(%71,43) kanaması olunca sağlık hizmeti almak yerine kanamanın geçmesini beklemiş, sağlık hizmetini daha geç zamanda almıştır (Çizelge.4.12).

Aile tipi kadının sağlık hizmetini almasını etkileyen en önemli faktörler arasında yer almaktadır. Çalışmamıza katılan gebelerin büyük kısmı(% 76) çekirdek aile yapısında iken , % 24'ü geniş aile yapısındadır(Çizelge.4.1). Gebelikte herhangi bir kanama durumunda hemen sağlık kuruluşuna başvurma yada konu ile ilgili sağlık personelinin bilgi alma davranışı çekirdek aile yapısında daha yaygındır. Geniş ailelerde kadının söz sahibi olmaması, kendi başına sağlık hizmeti almaya karar verememesi, ekonomik özgürlüğünün olmaması, kültürel değerler gibi nedenlerden dolayı gebeler sağlık hizmeti almakta zorlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada geniş aile yapısında olan gebelerin olmayanlara göre daha az nitelikli doğum öncesi bakım aldığını, yapılan başka bir çalışma geniş aile olan gebelerin yarısından fazlası (%66.7) yetersiz DÖB hizmeti aldığını ortaya koymuştur(199). Bizim çalışmamız da geniş aile yapısına sahip olduğunu belirten gebelerin büyük bir kısmı (%76,67) kanama durumunda sağlık kuruluşuna başvurmak yerine dinlenerek kanamanın geçmesini beklemiş, sağlık hizmet almakta gecikmiştir(Çizelge.4.11).

Çiftlerin isteyerek planlı bir şekilde çocuk sahibi olması gebelikte meydana gelebilecek olumsuzluklara karşı eşlerin hassasiyetini arttırmaktadır. TNSA 2008 verilerine göre doğumların %71'i planlıdır. Çalışmamızda gebelerin % 68,8'i gebeliğinin planlı olduğunu ifade etmiştir(Çizelge.4.2). Gebelikte kanama durumunda gebeliğinin planlı olduğunu belirten gebelerin yarısından fazlası (%55,82) hemen sağlık hizmeti alırken gebeliğinin plansız olduğunu belirtenlerin %41,02'si sağlık kuruluşuna başvurmuş, geriye kalan büyük bir

kısım(%50.62) kanamanın geçmesini beklemiştir(Çizelge.4.13). Gebeliğin isteniyor olması sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını arttırmaktadır. Kılıç ve ark yaptığı çalışmada gebeliğin istemli olması doğum öncesi bakım hizmetlerinden faydalanmayı arttıran bir unsur olarak gösterilmiştir(200).

Gebelik aralığı, bir gebeliğin sonlanması ile takip eden gebeliğin başlangıcı arasındaki süreyi tanımlar. Çalışmamıza katılan gebelerin son gebeliği ile şimdiki gebeliği arasındaki süreye bakıldığında %44,4'ünün bir yıl ve daha az süre olduğu görülmektedir(Çizelge.4.2). Gebelikler arasındaki sürenin 12 aydan kısa olması anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kısa gebelik aralığı perinatal mortaliteyi 3-4 kat arttırmaktadır. Bodur ve ark. yaptığı çalışmada sık gebelik aralığı bebek ölümlülüğünü arttıran risk faktörü olarak gösterilmektedir(201).

Çalışmamamıza katılan gebelerin büyük çoğunluğu(%81,3) önceki doğumunu hastanede yaptığını, % 18,7'si evde doğum yaptığını belirtmiştir(Çizelge.4.2). TNSA-2003'te yüzde 78 olan sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı, TNSA-2008 sonuçlarına göre ülke genelinde yüzde 90 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda evde doğum yapma oranı TNSA verileri ile uyumludur.

Gebelikte anemi özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve bölgemizde en sık karşılaşılan problemlerden birisidir. Anemi gebelik ve doğum sırasında mortalite ve morbilitenin önemli nedenidir(202). Yalınkaya ve ark. yaptığı çalışmada anemi anne ölüm sebepleri arasında gösterilmiştir(203). Walraven ve ark. yaptığı anne ölümleri çalışmasında 18 anne ölümünün 4'ü anemi sebebiyle gerçekleşmiştir(204). Gebelikte anemi prevalansı farklı kaynaklarda %35-100 arasında bildirilmektedir(205). DSÖ gelişmekte olan ülkelere gebelerin % 35-75 arası ortalama % 56'sının anemik olduğunu rapor etmektedir(206). Bu oran Özten ve ark. yaptığı çalışmada % 58, Başer ve ark yaptığı çalışmada %73, İndia'da yapılan bir çalışmada %47 , Gambian'da %52 olarak bulunmuştur(207). Çalışmamıza katılan gebelerin % 60,8'i literatürle uyumlu olarak gebeliğinde anemi sorunu yaşadığını ifade etmiştir.

Pıhtılaşma bozukluğu yapabilecek kan hastalığına sahip olmak gebelikte kanama açısından önemlidir. Gebelerin tamamına yakını (%99,2) pıhtılaşma bozukluğu yapabilecek herhangi bir hastalığı olmadığını belirtmiştir(Çizelge.4.2).

Kadınların tecrübeleri karşılaştıkları olaylar karşısında davranış tarzlarını etkilemektedir. Daha önce gebeliğinde kanama problemi yaşamış olmak, konu hakkında bilgi sahibi olmak, kendilerine yapılacak girişimleri biliyor olmak tekrar kanama meydana geldiğinde hemen sağlık hizmeti almayı etkilemektedir(Çizelge.4.16). Bizim çalışmamızda

da daha öncesinde kanama problemi yaşayan gebelerin tekrar aynı sorunla karşılaştıklarında hemen sağlık hizmeti alma davranışı kanama tecrübesi olmayan gebelere göre daha yaygındır.

Doğum öncesi bakım (DÖB), kadın ve çocuk sağlığına yönelik koruyucu bir hizmet olup, anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi amaçlanmaktadır. DSÖ geliştirmekte olan ülkelerde risk faktörü olmayan gebelerin antenatal izleminin dört kez, Sağlık Bakanlığı altı kez olduğunda yeterli olabileceğini bildirmektedir(183,208,209,210). Dünyada kadınların %70'i, geliştirmekte olan ülkelerde kadınların % 68'i, gelişmiş ülkelerde kadınların % 98'i DÖB almıştır. TNSA 2003'e göre Türkiye genelinde kadınların %76'sı, 2008'e göre %92'si, Etiler, Aliefendioğlu, Top'un yaptığı araştırmalarda sırasıyla %74.4, %80, %89' u bir sağlık personelinden DÖB almıştır (211,212).

Çalışmamızda gebelerin %82,4'ü doğum öncesi bakım almış, % 60,2'si düzenli doğum öncesi bakım almıştır. Sözeri ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmaya göre, gebeliği süresince düzenli doktor kontrolüne giden kadınların oranı %66.1'dir. Çetin ve ark. yaptığı çalışmada kadınların % 51.6'sı yeterli DÖB almıştır(213,214). Çalışmamızda doğum öncesi bakım aldığını belirten gebelerin çoğunluğu (%65,04) kanaması olunca ilk 4 saat içinde bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ya da yapılacaklar hakkında sağlık personelinden bilgi almıştır. DÖB almayan gebelerin büyük çoğunluğunun kanama durumunda sağlık kuruluşuna başvurma süresi 9 saat ve üstündedir. DÖB almayanlarda sağlık hizmetini almakta gecikme söz konusudur(Çizelge.4.20).

TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de ilk ziyarette ortalama gebelik süresi 2.2aydır. Bu oran kırsalda 2,8 ay iken, kentlerde 2'dir. Kaya ve ark. yaptığı çalışmada kadınların sadece % 4,5'i dördüncü aydan sonra yani geç dönemde DÖB almıştır(215). Bu oran Befler'in çalışmasında % 40'dır. Çalışmamızda gebelerin yarıdan fazlası (%53,6) ilk doğum öncesi bakım hizmetini 4-5.haftalarda almıştır. Türkiye ortalamasına göre çalışmamıza katılan gebeler erken dönemde doğum öncesi bakım almaya başlamıştır. Çalışmamıza katılan gebelerin gebeliklerinin riskli olması ve gebeliğin erken döneminde kanama şikayeti olması da DÖB erken almada etkili olmuştur. Mersin ilinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri 2008 verilerine göre ortalama gebe izlem sıklığı 5,6'dır . Bizim çalışmamızda doğum öncesi izlem sıklığı ortalama 3,0'dir. Turan ve ark. yaptığı çalışmada izlem sıklığı 4,3 olarak verilmiştir(216). Bizim çalışmamızda izlem sıklığı az olan gebeler kanama meydana geldiğinde yatıp dinlenerek kanamanın geçmesini beklerken daha sık izlenen gebeler kanama olması halinde hemen sağlık kuruluşuna başvurmuş yada konu ile ilgili bilgi almıştır. Çalışmamızda gebelerin gebelikleri henüz sona ermediği için doğum öncesi izlem sıklığı Mersin ili ortalamasının altındadır.

Türkiye’de sağlık personelinin alınan doğum öncesi bakımın ve sağlık personelinin yardımcı olduğu doğumların oranı sürekli olarak artmaktadır. TNSA 2008 verilerine göre doğum yapan annelerin %92’sinin bir sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmeti aldığı görülmektedir. Türkiye’nin güneyinde doğum öncesi bakımın %93,6’sı doktor ve %1’i ebe/hemşire tarafından verilmektedir. Doğum öncesi bakımın tamamına yakınının doktordan alınmış olması dikkat çekicidir. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak doğum öncesi bakım büyük oranda doktordan alınmıştır. Çalışmamız sonucunda ebe/hemşire tarafından yapılması gereken antenatal takibin yetersiz olduğu göze çarpmaktadır. Bu sonuçlar gebelerin ebe/hemşire tarafından vereceği hizmetten yeterince yararlanamadıklarının yanı sıra kadınların gebeliklerinin riskli olmasından ve gebelerin bir kısmının daha öncesinde kanama problemi yaşamasından kaynaklı en küçük bir problemde dahi hemen doktora başvurmasından kaynaklanmaktadır.

. Çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğu(%82,4) doğum öncesi bakım almışsa da %55,2’sinin gebelikteki tehlike belirtileri hakkında bilgisi yoktur, ayrıca gebelerin 25,6’sı acil bir durumda nereye başvuracağını bilmediğini belirtmiştir. Gebelikte tehlike belirtileri hakkında bilgisi olduğunu belirten gebelerin büyük çoğunluğu (%71,90) kanama problemi yaşadığında ilk 4 saat içinde sağlık kuruluşuna başvurmuş ya da sağlık personelinin konu hakkında bilgi almıştır(Çizelge.4.21). Gebelere tehlikeli durumlar hakkında bilgi verildiğinde sağlık hizmetini erken alma davranışı daha yaygındır. Doğum öncesi kontroller sırasında açıklama yapma, danışmanlık hizmetleri ve gebelerin bilgilendirmesine daha fazla özen gösterilmelidir. Kaya ve ark. doğum öncesi bakım hizmetlerinin niteliğine ilişkin benzer sonuçlar bulunmuştur(215).

Gebelerin sağlık hizmeti almasını etkileyen önemli faktörlerden biride sağlık kuruluşuna olan uzaklıktır. Çalışmamıza katılan gebelerin büyük bir kısmının(%85,6) ikamet ettiklerine yere en yakın sağlık kuruluşunun uzaklığı 600mt. -3 km. arasındadır. Gambia’da yapılan çalışmada halkın % 85-97’si birinci basamak sağlık kuruluşuna olan uzaklığı 3-5km’dir(217,218). Yapılan çalışmalar gebelerin sağlık hizmetini almalarında sağlık kuruluşuna olan mesafeyi ve bu kuruluşlara ulaşım aracının olup-olmadığının önemi vurgulamıştır. Paxton ve ark. yaptığı çalışmada sağlık kuruluşuna uzaklığın 25km. ve daha fazla mesafe olan vakalarda anne ölümlerinin fazla olduğunu belirtmiştir(46). Ankara’da yapılan bir çalışmada incelenenlerin %56.2’sinin ikamet ettiği yerin en yakın sağlık kurumuna uzaklığı 5 km ya da daha fazladır. Yine %79.6 sının öldüğü hastaneye uzaklığı 5 km ya da daha fazladır(16). Çalışmamıza katılan gebelerin şehir merkezinde oturuyor olması, şehir genelinde ulaşım probleminin olmaması gibi nedenlerden dolayı sağlık kuruluşuna

uzaklık gebelerin sağlık hizmeti almasını engelleyen bir faktör olarak karşımıza çıkmamaktadır.

Çalışmaya katılan gebelerin yarısından fazlası(%52.8) buldukları sağlık kuruluşuna özel araç(kendi araçları, komşunun ya da akrabanın aracı) ile, %21,6'sı ticari taksi ile, %19,2'si toplu taşıma aracı ile, %4,8'i yürüyerek, % 1,6'sı ise ambulans ile geldiğini belirtmiştir. Gebelerin büyük çoğunluğu(%84,8) ilk 15 dakika içinde ulaşım aracı bulmuştur. Ulaşım aracı bulan gebelerin %43,2'sini 5-15 dakika içerisinde ikamet ettikleri yerden sağlık kuruluşuna ulaşımı sağlamıştır. Yapılan çalışmalarda sağlık hizmeti almaya karar verdikten sonra sağlık kuruluşuna nakil edecek aracın olmaması ya da araca geç ulaşılması yani transport eksikliğinin önemi vurgulanmıştır(204). Anne ölümlerini azaltmada sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilirliği oldukça etkili görünmektedir. Gambia'da yapılan anne ölümleri çalışmasında gerçekleşen 18 ölümün 2'sinin olası sebebi transporttaki gecikme olarak gösterilmiştir(204). Ülkemizde akrabalık ve komşuluk ilişkilerinin gelişmiş olmasından kaynaklı acil bir durumda sağlık kuruluşuna ulaşmakta kendi özel araçlarını kullandıkları gibi komşunun, akrabanın aracını da kullanabildiği için çalışmamızda transporttan kaynaklanan bir gecikme söz konusu değildir. Dikkat çekici olan kanaması olan gebelerin kanama miktarı ne olursa olsun hemen hemen hiçbiri sağlık kuruluşuna başvurmada ambulans kullanmamış olmasıdır. Çalışma sonuçları 112 acil sağlık hizmetleri kullanımının halk tarafından iyi bilinmediğini, prosedürler hakkında yanlış bilgi sahibi olduğu ve verilen hizmete güvenmediklerini ortaya koyulmuştur. Ülkemizde AOB proje kapsamında yapılan çalışmada AOB tanısı alarak hastaneye gelmiş 10 kadınla yapılan görüşmede hiçbirinin 112 acil sağlık hizmetlerinden yararlanmadığı görülmüştür. Bu sonuç çalışmamızla uyumludur(60).

Çalışmamızda gebeler kanama olması halinde oturdukları yere en yakın sağlık kuruluşu sağlık ocağı olmasına rağmen ilk başvurdukları yer kadın doğum hastanesidir. Hastaneye ulaşan gebelerin % 68,8'inin muayenesi yapılmış, USG çekilmiş, çeşitli tetkikler yapılmış ve hastaneye yatırılmış, gerekli ise hemen ameliyata alınmış, %31,2'sine ise ayaktan tedavi uygulanmıştır. Doğumevi hastanesi acili dışında başka bir sağlık kuruluşuna(özel doktor, sağlık ocağı, 112 Acil sağlık hizmeti) başvuran gebelerin ise ilk muayeneleri yapıldıktan sonra gebenin durumu göre gerekli sağlık hizmeti verilmiş yada sağlık kuruluşuna sevk edilmişlerdir. Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarında AOB hizmetleri verilmediği için, acil bir durumda birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin ikinci hatta üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara sevk edilme durumu söz konusu olabilir. Sağlık kuruluşunda sevk edilecek durumun saptanamaması, sevkte gecikme, sevkin uygun şartlarda yapılamaması gibi durumlar gebenin sağlık hizmeti almasını

geciktirmektedir. Bizim çalışmamızda gebeler acil bir durumda birinci basamak sağlık kuruluşunda vakit kaybetmemiş, direk olarak hastaneye başvurmuşlardır. Gebelerin şehir merkezinde yaşıyor olmaları, hastaneye ulaşım problemlerinin olmaması, sağlık ocaklarının sadece gündüz saatlerinde hizmet veriyor olması, sevk sisteminin birinci basamak sağlık kuruluşlarında işler olmaması gibi nedenler bu sonuç üzerinde etkili olmuştur.

Yapılan bir çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarının AOB'daki rolünün sınırlı olduğu, bazı birinci basamak sağlık kurumlarının işler halde olmadığı, bazılarında ise ebe olmadığını belirtilmiştir. Ayrıca nasıl tanı konacağı, vakanın nasıl stabil hale getirileceği ve ne zaman bir üst kuruma sevk edileceği konusunda birinci basamakta çalışan sağlık personelinin bilgi eksikliği olduğu bildirilmiştir(60).

Hasta memnuniyeti hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi verir. Bizim çalışmamızda kanama şikayetiyle sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin büyük çoğunluğu(%89,6) ilk başvurduğu yer olan doğumevi hastanesinden aldığı sağlık hizmetinden memnun olduğunu belirtmiştir. Herhangi bir bekletilme durumu söz konusu olmamıştır. Hastanede bekleme süresi Özer ve ark. yaptığı çalışmada hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında gösterilmiştir. Aytar ve ark. yaptığı çalışmada hastaların hastaneden memnuniyet düzeyi % 91, Gazi Üniversitesinde yapılan bir araştırmada bu oran %85 olarak bulunmuştur(219-221). Literatüre bakıldığında hastaların aldığı hizmetten memnun kaldıkları zaman hekim ve sağlık personelinin önerilerine daha titizlikle uyduklarını, tekrar sorun yaşadıkları takdirde hemen sağlık kuruluşuna başvurduklarını gösteren çalışmalar bulunmuştur. Sağlık kuruluşunda yaşanan kötü deneyimlerin sağlık hizmeti almada gecikmeye neden olduğunu göstermiştir. Ayrıca hastanelerde eğitilmiş personel azlığı, eksik alet ,eksik medikal donanım gibi unsurlarda gebelerin sağlık hizmeti almasını engellemektedir(222). Yapılan bir çalışmada hastanedeki sağlık personelinin bilgi eksikliği, personel sayısının az olması gibi nedenlerden dolayı AOB verilememektedir. Bizim çalışmamızın Mersin Kadın Doğum Hastanesinde yapılmış olması, bu hastanenin Mersin il merkezinde kadın doğum dalında hizmet veren tek devlet hastanesi olması, alt yapısının ve personel sayısının yeterli olması, 7 gün 24 saat boyunca hizmet vermesi gibi nedenlerden dolayı başvuran gebelere gerekli bütün işlemler yapılmış, bekletilme vs. gibi sorunlar daha az yaşanmıştır.

Acil obstetrik bakımda gecikme modellerinden biri sağlık hizmeti almaya karar vermede yaşanan güçlüktür. Sağlık hizmeti alma kararının geç verilmesi anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyen sonuçlar doğurmaktadır. Çalışmamıza katılan gebelerin sağlık

hizmeti almaya kendisi ve eşiyle birlikte karar verenlerde kanama durumunda sağlık kuruluşuna başvurmak yaygınken, sağlık hizmeti almaya ailesi karar veren gebelerde daha çok dinlenerek kanamanın geçmesini bekleme davranışı yaygındır(Çizelge.4.17). Kanama durumunda sağlık hizmeti alma kararı aile büyükleri tarafından daha güç verilmektedir. Ulusal anne ölümleri çalışmasında kadının ya da ailesinin sorunu farketmemesi ve tedavi için başvuruda gecikme gebeliğe bağlı ölümlerin sırası ile yüzde 44.3 ve yüzde 40.7'sine neden olan önlenebilir faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır(1).

Cham ve ark. yaptığı çalışmada gebelerde birçok komplikasyon ortaya çıktıktan sonra aile sağlık kuruluşuna başvurmaya karar vermiştir. Bu karar verme süreci yani gecikme 2 saat ile 5 gün arasında değişmektedir(222). Dar es Salaam 'da yapılan bir çalışmada obstetrik komplikasyonlar meydana geldiğinde gebelerin sadece % 5' i hastaneye gitme kararını kendi başına verebilmiştir(223). Sağlık hizmeti almada genellikle eşlerin kararı etkili olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde kadınlar sağlık hizmeti almaya karar verme konusunda söz sahibi olmasada ülkemizde bu durum daha iyidir. Çalışmamızda kadınların %38,4'ü kendi başına, %48.8'i eşiyle birlikte sağlık hizmeti almaya karar verebilmiştir. İkamet edilen yerin sağlık kuruluşuna yakın olması, gebelikte daha önce kanama problemi yaşamış olma, sağlık güvencesine sahip olma, gelir seviyesi, çekirdek aile yapısı gebelerin kendi başına sağlık hizmeti almaya karar vermesinde etkili olmuştur.

Doğum öncesi dönemde kanama yaşamak annenin ve fetüsün sağlığı için tehlikeli bir durumdur. Kanama durumunda yapılacak olanlar kanama miktarı ile ilişkilidir. Kanama miktarı az olan gebelerde uzanıp, dinlenerek kanamanın bir süre takip etmesi kabul edilebilir bir davranışken, orta ve şiddetli derecede kanaması olan gebelerde dinlenerek geçmesini beklemek kabul edilebilir bir davranış değildir. Çalışmamızda kanaması az olan gebelerin %50'si, orta şiddette olan gebelerin %36'sı, çok ağır kanaması olan gebelerin %30'u kısmı 4 saatten daha fazla zamanda sağlık kuruluşuna başvurmuştur(Çizelge.4.19). Ulusal anne ölümleri çalışmasına göre gebeliğe bağlı ölümlerin %40,7'si tedavi için başvuruda gecikmeye bağlı olarak gerçekleşmiştir(1). Bizim çalışmamızda da her ne kadar anne ölümü meydana gelmemiş ise de orta ve ağır derecede kanaması olan gebeler hizmet almada gecikmişlerdir. Tedavi için başvuruda gecikme, doğum öncesi bakımın alınmamış olması ve istenmeyen gebeliklerin varlığı gebeliğe bağlı ölümlere katkıda bulunan önemli faktörlerdir. Ulusal anne ölümleri çalışmasına göre gebeliğe bağlı ölümlerin %40,7'si tedavi için başvuruda gecikmeye bağlı olarak gerçekleşmiştir. Bu çalışma hanehalkı faktörlerinin ve toplumsal faktörlerin anne ölümlerine katkısı yüzde 36.2 seviyesinde gösterilmektedir(1).

Yalinkaya ve ark. yaptığı bir çalışmada sağlık kuruluşlarına geç başvurma anne ölümlerini arttıran sebepler arasında bulunmuştur(224).

Kanamalar gebelikte anne ölümleri arasında önemli yere sahiptir. Gebelik kanamalarının en önemli sebepleri arasında ilk trimester için abortuslar, ektopik gebelik, mol hidatiform, daha sonraki dönemde olan kanamlar için plesanta previa, ablosya plesanta gösterilmiştir(225). Bizim çalışmamızda kanama şikayetiyle başvuran gebelerin %64'üne abortus, %24,8'ine plesanta previa, %3,2'sine ablasyo plesanta, %1,6'sına ektopik gebelik, %0,8'sine mol hidatiform tanısı konmuştur. Çalışmamız literatürle uyumlu sonuçlar vermiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Doğum öncesi dönemde Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine kanama şikayeti ile başvuran 125 gebenin incelendiği çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27,28 olduğu,
- Büyük çoğunluğun eğitim seviyesinin ilkokul olduğu,
- Araştırma katılan gebelerin % 68,8'inin gebeliğinin planlı olduğu,
- Gebelikler arasındaki sürenin %44,4'ünün bir yıl ve daha az olduğu ,
- Gebelerin % 81,3'ü önceki doğumunu hastanede yaptığını, %18,7'si evde doğum yaptığını,
- Gebelerin % 60,8'inin anemisi olduğu,
- Gebelerin %99,2'si pıhtılaşma bozukluğu yapabilecek herhangi bir hastalığı olmadığı,
- Gebelerin %35,2'si gebeliğinde bir ebe tarafından takip edildiğini, ebelerin doğum öncesi bakımda yetersiz olduğu,
- Gebelerin %82,4'ü gebeliği süresince doktor doğum öncesi bakım aldığı,
- % 60,2'si düzenli doğum öncesi bakım aldığı,
- Gebelerin %53,6'sı ilk doğum öncesi bakım hizmetini 4-5.haftalarda aldığı,
- Doğum öncesi izlem sıklığı ortalama 3,0 olduğu,
- Doğum öncesi bakım almama nedeninin gebe olduğunu bilmemek, ekonomik durumlarının kötü olması, sosyal güvence yokluğu olduğu,
- Gebelerin % 55,2'si gebelikte tehlike belirtileri hakkında bilgisi olmadığı,
- Gebelerin % 44'ünün daha önce gebeliğinde kanama şikayeti olduğu,
- Gebelerin kanama miktarına bakıldığında % 41,6'sının az(4 saatte bir pedden az) , %37,6'sının orta (4 saatte bir ped), %20.8'sinin çok şiddetli(4 saatte bir pedden fazla) olduğu,
- Gebelerin %48,8'lik kısmının kanama olduğunu fark ettiğinde ilk olarak yatıp, dinlenerek, kanamasının geçmesini beklemeyi tercih ettiği,

-Gebelerin %84'ünün kanama durumunda ilk başvurduğu yerin doğumevi hastanesi olduğu,

-Kanama başladıktan sonra gebelerin %26,4'ü ilk bir saatte, %32,8'i bir-dört saatte, %12,0'si dört-sekiz saatte, %28,8'i 8 saat ve daha fazla sürede tıbbi yardım aldığı,

-Çekirdek aile yapısında olan gebeler sağlık kuruluşuna başvurma kararını kendi ve eşiyle birlikte alırken, geniş aile yapısına sahip gebelerde hala kararı aile büyüklerinin verdiği,

-Gebelerin %66,4'ü oturduğu yere en yakın sağlık kuruluşunun sağlık ocağı olduğu,

-Gebelerin %52,8'i buldukları sağlık kuruluşuna özel araç(kendi araçları, komşunun ya da akrabanın aracı) ile, %21,6'sı ticari taksi ile, %19,2'si toplu taşıma aracı ile, %4,8'i yürüyerek, %1,6'sı ise ambulans ile geldiği,

-Gebelerin tamamına yakınının oturduğu yerden sağlık kuruluşuna ulaşım sağlayan araçların mevcut olduğunu,

-Oturdukları yerden acil servise ulaşım sağlayan araçların olduğunu belirtenlerin %69,6'sı bu araçları kullanacak mali güce sahip oldukları,

-Gebelerin %41,6'sı ulaşım hizmetlerine hemen, %43,2'si ilk 15 dakika, %9,6'sı 16-30 dakikada ulaştığı,

-Gebelerin %88'lik kısmının acil servise geldikten hemen sonra sağlık hizmeti aldığı,

-Ulaşım aracından yararlanan gebelerin %88,8'inin ilk 30 dakikada sağlık kuruluşuna ulaştığı,

-Kanama durumunda gebelerin sağlık kuruluşuna ulaşmakta ambulansı kullanmadığı,

-İlk başvuru yapılan sağlık kuruluşunda gebelere gerekli tıbbi tedavinin yapılmış olduğu ,

-Kanama şikayetiyle sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin %89,6'sının aldığı sağlık hizmetinden memnun olduğu,

-Gebelerin %64'üne abortus, %24,8'ine plesanta previa, %3,2'sine ablasyo plesanta, %1,6'sına ektopik gebelik, %0,8'sine mol hidatiform tanısı konduğu,

-Gebelerin %77,6'sı kendisine konan tanıyı bildiği .

6.2.Öneriler

-Gebelerin % 31'inin gebeliğinin planlı olmadığı belirlenmiştir. Planlanmamış gebelik nedenleri araştırılmalı, gebeliğin planlı olmasının anne ve bebek sağlığı açısından yararları hakkında gebeler bilgilendirilmeli,

- Çalışmamızda ebelerden DÖB alma oranının çok düşük olduğu belirlenmiştir. DÖB ebelerin daha etkin olmaları sağlanmalı,

- Çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğunun DÖB almalarına rağmen gebelikte tehlike belirtileri hakkında bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Gebelere ve ailelerine, gebelikte tehlike belirtileri hakkında yeterli bilgi verilmeli, acil bir durum ortaya çıktığında vakit kaybetmeden sağlık kuruluşuna başvurmanın önemi anlatılmalı,

-Kanama durumunda gebelerin sağlık hizmetini almaya karar vermede gecikme söz konusu olduğu görülmektedir. Bu durumlarda hemen sağlık kuruluşuna başvurmanın gerekliliği anlatılmalı,

-112 Acil Sağlık Hizmetlerinin kullanımı ve prosedürler hakkında gebelerin ve ailelerinin yeterli bilgi sahip olmadıkları görülmüştür. Bu konu hakkında gebeler ve aileleri bilgilendirilmeli,

-Çalışmamızın sonucunda Mersin ilinde çalışmanın yapıldığı bölgede okur yazar olmayan kadın sayısı yüksek bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı bölgede hizmet veren kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde çalışan ebelere verilen hizmet içi eğitimlerde bu duruma dikkat çekilmeli, gebelere verilen eğitimlerde daha dikkatli davranılmalı,

Yerel yönetimler ve halk eğitim aracılığıyla bu grubun okuma yazma öğrenmesi sağlanmalı.

7. KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, **2005**. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara
2. Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı ;Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, **2005**
3. **Şen A. ,Erberk N. ,**Afyon İlinde 2000 Yılı Anne ve Çocuk Sağlığı Ölçütleri. *Sağlık ve Toplum* **2003**; 13(1)
4. Reduction of Maternal Mortality. World Health Organization Geneva, 1999
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/reduction_of_maternal_mortality/e_rmm.pdf Erişim Tarihi: 10.11.2009
5. **Artıran A., İğde F., Gül R., Yalçın M, Karadenizli D.** Anne ölümleri ve Acil Obstetrik Bakım *Genel Tıp Derg* **2008**;18(1):47-53
6. **Aksu F.,** Maternal Mortalite,Morbitide, Morbidite Tanım,Epidemiyoloji, Türkiye’de ve Dünya’da Durum ve Maternal Mortaliteyi Düşürmek İçin Yapılması Gerekenler İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Maternal Mortalite ve Morbidite Sempozyumu 23 Haziran **1999**, İstanbul, s. 9-16
7. Maternal Mortality in 2000: Estimate Developed by WHO,UNICEF,UNFPA. Departmen of Reproductive Healty and Research Word Health Geneva, **2004**
8. World Health Statistic **2008**. World Health Organization.
http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf Erişim Tarihi: 25.02.2010
9. T.C. Hükümeti- UNİCEF İşbirliği Programı.Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi 1991-1995 Ülke Analiz Programı
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail. Erişim Tarihi; 09.10.2008
10. **Meteoğlu D. ,Güngör F., Pehlivan A.,Doyuran E.** 2001 Yılında Aydın İlinde Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. *Sağlık ve Toplum Dergisi* **2002**:12(1)
11. **Akin A. ,Doğan BG. ,Mihçioğur S.** Survey On The Causes Of Maternal Mortalite From The Hospital Records İn Turkey.General Directorate of Mother-Child Health and Family Planning of Turkish Ministry of Health. Ankara **2000**
12. World Health Organization ,Mortality Country Fact Sheet **2006** .
http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_euro_tur_turkey.pdf
Erişim Tarihi; 18.08.2009
13. **Akdolun N.,** Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, **2002**,6 (2)

14. **Öcek Z., Soyer A.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz : 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi .Türk Tabipler Birliği Yayınları.Birinci Baskı. **2007** Ankara
15. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü”, ICONINSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık **2006**
16. **Biri A., Öztürk J., Maral I.**, 1997-2000 Arasında Ankara’daki Hastanelerde Gerçekleşen Anne Ölümleri *T Klin Tıp Bilimleri* **2002**, 22:142-147
17. **Yanık FF, Malatyahoğlu E, Koçak İ, Yanık A, Bolat İ, Kökçü A.** Analysis of The Pregnancy-Related Deaths Within The Last Two Decades: A University Hospital-based Study From Turkey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* **1999**; 87:(143–5)
18. **Yanikkerem E., Saruhan A., Şirin A.**, Güvenli Annelik Açısında Anne Hakları, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2008**: 7
19. Safe Motherhood.Reproductive Health Refugee Situations.Chapter Three. Sayfa :19-35
www.who.int/reproductivehealth/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/pdf ,Erişim Tarihi: 06.12.2009
20. **Madazlı R.**, Maternal Mortalite ve Morbidite Nedeni Olarak Kanamalar ve Emboli İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Maternal Mortalite ve Morbidite Sempozyumu,23 Haziran **1999**, İstanbul, s. 57-61
21. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması **2008**, Ankara: 2008.
22. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması **2003**
23. Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Temel Sağlık Hizmetleri Araştırmaları **2009**
24. **Ergin F.**, Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2005**: 4 (6)
25. **Maine D., Rosenfield A.**, The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled? *American Journal of Public Health***1999**, Vol. 89: 4 (480-482)
26. **Hotchkiss D., Eckert E., Macintyre K.**, The Role of Health Services Research İn The Safe Motherhood Initiative. *American Journal of Public Health* May **2000**, Vol. 90.
27. A Focus On Emergency Obstetric Care.Maternal Mortality Update **2002**
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/150_filename_checklist_MMU.pdf
Erişim Tarihi:15.02.2010
28. Reduction of Maternal Mortality. Word Health Organization Geneva, **1999**
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/reduction_of_maternal_mortality/e_rmm.pdf Erişim Tarihi: 10.03.2010

29. Safe Motherhood Strategies: A review Of The Evidence. Studies In Health Services Organization and Policy. 2001
30. Government Of Pakistan .Economic Survey 2002-03. Economic Advisers Wing, Islamabad Finance Division, **2003**
31. Mother-Baby Package:Implementing Safe Motherhood in Countries WHO/FHE/MSM/94.11Geneva <http://www.helid.desastres.net/gsd12/tmp/export/who/who36e.pdf> Erişim Tarihi: 10.12.2009
32. Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs . Women's Commission For Refugee Women and Children on Behalf Of The Reproductive Health Response in Conflict Consortium. July **2005**
33. Study on Utilisation of Emergency Obstetric Care(EmOC) in Selected Districts of Nepal Prepared for Nepal Safer Motherhood Project, Nepal September **2004**
34. **Mbewe R., Hollister R., Mkumba G., Hughes R.** Status of Emergency Obstetric Care Services in Zambia: Findings of A National Assessment. *Public Health and Human Rights APHA* ,**2006** 134th Annual Meeting and Exposition November 4-8Boston
35. **Kongnyuy E.J. ve Leigh B.** Effect of Audit and Feedback on The Availability, Utilization and Qulity of Emergency Obstetric Care in Three Districts in Malawi . *Women and Birth* **2008** :21(149-155)
36. **Bailey P.E., Paxtonb A.,** Program Note Using UN Process İndicators To Assess Needs in Emergency Obstetric Services *International Journal of Gynecology & Obstetrics* **2002** :76(299-305)
37. Unfa Maternal Mortality Update **2002** An Focus On Emergency Obstetric Care http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/150_filename_checklist_MMU.pdf Erişim Tarihi: 23.02.2010
38. Field-friendly Guide To İntegratein Humanitarian Programs. Emergency Obstetric Care Women's Commission For Refugee Women and Children On Behalf Of The Reproductive Health Response İn Conflict Consorsium July **2005**
39. Emergency Obstetric Care Project Impact Report Reproductive Health Response in Conflict Consortium April **2006**
40. **MacLeod J., Rhode R.,** Retrospective Follow-up of Maternal Deaths and Their Associated Risk Factor in a Rural District of Tanzania. *Trop Med İnt Health* **1998**. 3(2).130-137
41. **Orji E., ve ark.** Time-Motion Study of Obstetric Emergencies in a Teaching Hospital *J Turkish-German Gynecol Assoc* **2000**:8 (2)
42. **Gill Z., Ahmed J.U.,** Experience From Bangladesh: İmplementing Emergency Obstetric Care As Part of The Reproductive Health Agenda. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* .**2004**: 85(213–220)

43. **Eljen-Olsen B. Ve ark.** Risk Factor For Maternal Death İn The Highlands of Rural Northern Tanzania: A Case-control Study . *BMC Public Health* **2008**,8:52
44. **Santos C., Diane D., Baptista A., Matediane E., Bique C.** Improving Emergency Obstetric Care in Mozambique: The story of Sofala. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **2006**: 94(2):190-201
45. **Premkumar R., Arole S., Arole R.** Efficient and Effective Emergency Obstetric Care in A Rural Indian Community Where Most Deliveries Are At Home *International Journal of Gynecology & Obstetrics* **2001**: 75(3): 297-307
46. **Paxton A. ve ark.** The Evidence For Emergency Obstetric Care *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **2005**: 88 (181—193) Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program, Mailman School of Public Health, Columbia University, 60 Haven Avenue, 10032 New York, NY, USA
47. **Moyo N.T., Liljestrand J.** Emergency Obstetric Care: Impact on Emerging İssues *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **2007**: 98(2): 175-177
48. **Başer M.** Güvenli Annelik. Hemşirelik Forumu. **2005**; Mayıs-Haziran, 36-41.
49. Quality İmprovement For Emergency Obstetric Care. Leadership Manual, Engender Healty and Mailman School of Public Healty,Colombia University.**2003**
<http://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/qi-emoc-manual/qi-emoc-manual.pdf> Erişim Tarihi:09.01.2010
50. **Ali M., Rizwan S.** Emergency Obstetric Care Availability,Accessibility and Utilization İn Eight Districts in Pakistan’s North West Frontier Province . *J Ayub Med Coll Abbottabad* **2006**; 18(4)
51. Emergency Obstetric Care: Critical Need among Populations Affected by Conflict March **2004** . Reproductive Health Response in Conflict Consortium
[http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/EVIU-6BUGD7/\\$file/RHRC_mar_2004.pdf?openelement](http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/EVIU-6BUGD7/$file/RHRC_mar_2004.pdf?openelement)
Erişim Tarihi: 02.01.2010
52. Safe Motherhood. Reproductive Health Refugee Situations.Chapter Three. Sayfa :19-35
www.who.int/reproductivehealth/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/pdf ,Erişim Tarihi: 06.02.20010
53. **J.A. Fortney** Emerceny Obstetric Care: The Keystone in The Arch of Safe Motherhood İnternal Journal og Gynecology& Obstetric (74)2001. 95-97
54. JHPIEGO, Developing and Implementing Standards and Guidelines in Reproductive Health Programs, <http://www.jhpiego.org/pubs/infoshts/stndgdlnes.pdf%20> Erişim Tarihi: 20.01.2010
55. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Service Standards for Sexual Health Services, September **2003**,
56. Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı İçin Hizmet Standartları. Avrupa Birliği ile Ortaklaşa Yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Programı İçin Görev Raporu Aralık **2004** Ankara, Türkiye

57. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Acil Obstetrik Bakım Destek Personel Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, **2007**
58. **Fauveau V., Donnay F.** Can The Process Indicators For Emergency Obstetric Care Assess The Progress of Maternal Mortality Reduction Programs? An Examination of UNFPA Projects 2000—2004. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **2006**;93:308-16
59. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential Practice Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, World Health Organization, Geneva, **2003**
60. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Acil Obstetrik Bakım Proje Kapsamında Seçilen 5 ilde Yapılan Bilgilendirme Toplantısı ,Sevk Sistemi ve Kan Merkezi Mevcut Durum Saptama ve sektörler Arası İş birliği İçin Tanışma toplantıları Ziyaret Raporu , 5. İlerleme Raporu, Mart **2006**
61. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi
http://www.adahed.org.tr/belge_egitim/Dogum_onesi_bakim_yonetimi.pdf Erişim Tarihi: 10.04.2010
62. Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve Doktorlar İçin Bir Klavuz. Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı, Aile ve Toplum Sağlığı, DSÖ, Geneva, **2003**
63. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, World Health Organization, Geneva, **2003**
64. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Resmi Gazete Tarih:11.05.2000 Sayı: 24046
65. **Kılıççı Ç.** Erken Gebelik Kayıplarında Homosistein Düzeyinin Rolü. Uzmanlık Tezi , İstanbul **2004** Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
66. **Özgünen T.F.,** Abortus; Düşükler: Sınıflandırma, Genel Bilgiler Ve Klinik Tablo .*Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* **2007**, 3(5):1-6
67. **Craig P. ve ark.** Management of Spontaneous Abortion . University Of Illinois Collage Of Medicine At Peoria, Illinois
68. **Güzel B. ve ark.** Spontan Abortuslar; Etiyoloji: Maternal Faktörler (anatomik Defektler, Uterus Anomalileri, Servikal Yetmezlik . *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* **2007**, 3(5):39-48
69. **Eminov E.,** Habituel Abortuslu Hastalarda Trombofilinin Araştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi Adana – **2006**
70. **Cnattingius S., , Signorello LB., Annerén G.** Caffeine Intake and the Risk of First-Trimester Spontaneous Abortion *The New England Journal Of Medicine* **2000** ;343(25):1839-1845

71. **Griffel PC., Halvorsen J., Golemon TB.,** Management of Spontaneous Abortion. *American Family Physician*.2005;72: (7)
72. **Koyuncu M.,Tamay G.A.,** Spontan Abortuslar; Etiyoloji: Fetal Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007; 3(5):7-11
73. **Demirci O., Demirci E.,** Spontan Abortuslar; Etiyoloji: Maternal Faktörler (enfeksiyonlar, Kronik Hastalıklar, Endokrin Hastalıklar, İmmünolojik Faktörler, Çevresel Faktörler) *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3(5):17-24
74. **Taşhan F.,** Tekrarlayan Erken Gebelik Kayıplarında Maternal Trombofililer. Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. 2007
75. **Yıldız A. ve ark.** Erken Dönem Abortus İmmiensi Vakalarında Transvajinal Ultrasonografinin Önemi. *İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi* 2005; 43 (3): 123-127
76. **Valley T.V.,Williams J.L.,** Abortion, Missed PhD Medcapes Continually Updated Clinical Reference Jun 15, 2006
77. **Philipp T. ve ark.** Embryoscopic and Cytogenetic Analysis of 233 Missed Abortions: Factors Involved İn The Pathogenesis Of Developmental Defects Of Early Failed Pregnancies. *Human Reproduction*, Vol. 18, No. 8,1724-1732,2003
78. **Sapmaz E. ve ark.** Missed Abortus Vakalarında IL-6 ve CRP Düzeylerinin İncelenmesi *Fırat University, School of Medicine, Obstetrics and Gynaecology Department* 2006; 3(2): 99- 104
79. **BlumN., J Westheimer.** Medical Treatment of Missed Abortion Using Misoprostol. *International Journal Of Gynaecology and Obstetrics* 2004; 87 (2)
80. **Gemzell-Danielsson K. Ve ark.** Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *International Journal Of Gynaecology and Obstetrics : The Official Organ Of The International Federation Of Gynaecology and Obstetric* 2007; 99(2)
81. **Lindsey L J., Rivera R V.** Missed Abortion: *Treatment & Medication Obstetric Gynaecology* 2008
82. **Coughlin L B. ve ark** Medical Management of First Trimester Miscarriage (Blighted Ovum and Missed Abortion): İs it E ffective *Journal Of Obstetrics and Gynaecology* 2004;24 (1)
83. **Kotlan O S.,** Habitüel Abortusun Araştırılması Ve Tedavisi *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007, 3(5):32-38
84. **Ürünsak F. ve ark.** Septik Abortus *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007, 3(5):25-31
85. **Demir C.,** Medikal Ve Cerrahi Terapötik Abortus *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007, 3(5):49-57
86. **Tosun M.ve ark.** Ektopik Gebelik Olgularında Tedavi Yaklaşımları. *O.M.Ü.tıp Fakültesi Dergisi* 2007;24(2)

87. **Sakar N., Gül S.**, Tekrarlayan Ektopik Gebelik : Olgu Sunumu *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* **2007**, 17:221-223
88. **İvit H. Köksal A., Çokurova K., Yıldız A.**, Kliniğimizde Son Beş Yılda Ektopik Gebelik Olgularının Değerlendirilmesi . *İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi* 2005, 43 (4): 163-168
89. **Zeyneloğlu H., Öktem M., Yavuz E., Kuşçu E.** Ektopik Gebeliklerin Laparoskopik Yaklaşımla Tedavisi . Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı **2005**; Cilt: 2 Sayı: 3 Sayfa: 229-232
90. **Ankum W M.**, Risk Faktor for Ectopic Pregnancy : A Meta-Analysis . *Fertil Steril* **1996**;65(6) :1093-1099
91. **Bouyer J.** Risk Factor For Ectopic Pregnancy: A Comprehensive Analysis Based On a Large Control Study in France. *Am J Epidemiol.* **2003**;157(3):185-94
92. **Parmaksız C., Kavak B.**, Tekrarlayan Ektopik Gebelik Olgusuna Cerrahi Yaklaşım Olgu Sunumu .F.Ü. *Sağlık Bilimleri Dergisi* **2005** ,19 (4),283-285
93. **Sadık S., Can D., Öztekin Ö., İspahi Ç.** Eski Sezeryan skarında Oluşan Ektopik Gebelik: Olgu Sunumu *Ege Tıp Dergisi* **2001**;40(3):211-212,
94. **Kılınç N., Demir B., Arslan A., Özyayın M.** Ovaryal Gebelik :Olgu Sunumu *Dicle Tıp Dergisi* **200**;:29(4)
95. **Taşkın L.**,Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 5. Baskı Ankara-**2002**
96. **İmir G.ve ark.** Dış Gebelik Olgularının Klinik Bulgu ve Tedavilerinin Değerlendirilmesi *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi* **2007**;29(3):113-118
97. **Lipscomb GH.** Oral Methotrexate For Treatment Of Ectopic Pregnancy . *Am J Obstet Gynecol* **2002**;186:1192-1195
98. **Hajenius PJ ve ark.** Interventions For Tubal Ectopic Pregnancy . *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2007**, Issue 1. Art. No.: CD000324
99. **Yenen M.** Ektopik Gebelikte Risk Faktörleri *Gülhane Tıp Dergisi* **2003**;45 (3) : 244 - 248
100. **Tosun M.,Kaya A. ,Kökçü A.** Ektopik Gebelik Olgularında Tedavi Yaklaşımları. *O.M.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi* **2007**:24(2)
101. **Somunkıran A.** Ektopik Gebelik Nedeniyle Tedavi Edilen 60 Olgunun Retrospektif Analizi . *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* **2007**;(1).5-9

102. **Barnhart K., Esposito M., Coutifaris C.** An Update On The Medical Treatment Of Ectopic Pregnancy *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* **2005** ;27 (3) :653-667
103. **Lipscomb GH.** Previous Ectopic Pregnancy As a Predictor of Failure of Systemic Methotrexate Therapy. *Fertil Steril***2004**; 81:1221–1224,
- 104-. **Lipscomb GH.** Predictors Of Success Of Methotrexate Treatment in Women with Tubal Ectopic Pregnancy *N Engl J Med* **2000** ;341(23)
105. **Yıldırım G.** Ektopik Gebelik Tedavisinde Tek Doz Metotreksat : 85 Olgunun Değerlendirmesi 2007; Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi **2007** Cilt: 4 Sayı: 1 Sayfa:68-71
106. **Martin Sowter C. ve ark.** A randomised Trial Comparing Single Dose Systemic Methotrexate and Laparoscopic Surgery For The Treatment of Unruptured Tubal Pregnancy *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* **2000**; 108(2):192-200
107. **Hajenius PJ ve ark.** Interventions For Tubal Ectopic Pregnancy . *Cochrane Database Syst Rev* **2007** Jan 24;(1)
108. **Barnhart KT ve ark.** The Medical Management Of Ectopic Pregnancy: A Meta Analysis Comparing' Single Dose and Multidose' Regimens. *Obstet Gynecol* **2003**; 101:778-784.
109. **Bayram M ve ark.** Light and Electron Microscope Examination Of The Effects Of Methotrexate On The Endosalpinx. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* **2005**;120:96-103.
110. **Aksu D.,** Hastenemizde Ocak 1997-Aralık 2004 Süresinde Tedavi Edilen Ektopik Gebeliklerin Yöntemi Ve İstatistikleri Uzmanlık Tezi 2006
111. **Özalp S.** Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklar Sonrası Gebeliklerde Prognoz TJOD - Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler **2005**;2:1-6
112. **Cheung A.,** Pathology of Gestational Trophoblastic Diseases. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, **2007** Volume 17, Issue 6, Pages 849-868
113. **Berkowifz S.R, Goldsfein DP.** Gestational Trophoblastic Disease *CANCER Supplement* ,**1995** ;76(10)
114. **Çetin M. ve ark.** Kliniğimize Başvuran Mol Gebelik Olgularının Retrospektif İncelenmesi *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* **2004**;26 (1): 18 – 22
115. **Steigrad S.,** Epidemiology of Gestational Trophoblastic Diseases. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* **2003**; 17(6):837-847
116. **Tica V.** Two Different (case-adapted) Management Strategies For Molar Pregnancy . *TMJ* **2008**;58(1 – 2)

117. **James KD, Steer JP., Weine PC., Gonik B.,** Yüksek Riskli Gebeliklerin Yönetim Seçenekleri. Çeviri editörü;Haldun Güner 3. Baskı Güneş Tıp Kitapevleri
118. **Wong, Ling-Chui ve ark.** Methotrexate İnfusion in Low-Risk Gestational Trophoblastic Disease. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* **2000**; 183(6):1579-1582
119. **Terek M. ve ark** İnvaziv Mol Hidatiform : Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi
Invasive Mole hydatiform: Case report and Review of The Literatüre *Ege Tıp Dergisi* **2005**;44(2) : 127 - 130
120. **Metindir J.,** 25 Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklı Vakanın Değerlendirilmesi *Acta Oncologica Turcica* **2002**:35(2)
121. **Altieri A. ve ark.** Epidemiology and Aetiology of Gestational Trophoblastic Diseases. *The Lancet Oncology* **2003**;4(11):670-678
122. **Oğuz S. ve ark.** 165 Gestasyonel Trofoblastik Hastalık Olgusununklinik Analizi *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* **2002**; 12:87-94
123. **Gerulath A.H.**Gestational Trophoblastic Disease *Sogc Clinical Practice Guidelines* **2002**;11(4)
124. **Maral İ.** İleri Reprodüktif Yaşlarda Mol Hidatiform (Olgu Sunumu) *T Klin Jinekoloj Obst* **1992**;2:130-132
125. **Berksaç S.**Demir N. Obstetrik Maternal –Fetal Tıp& Perinatoloji .MN Medikal & Nobel **2001**
126. **Leiser AL., Aghajanian C.** Evaluation and Management Of Gestational Trophoblastic Disease . *Community Oncology* **2006**;3
127. **Özalp S.,** Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklarda İzlem . *T.Klin.Jinekoloj Obst* **2004**;14: 182-186
128. **Köküş N., Çelik Ç.** Can Laboratory and Clinical Signs Predict Persistence in Gestational Trophoblastic *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* **2008**;30(2):57-64
129. **McNeish I.A., Strickland S.** Low-Risk Persistent Gestational Trophoblastic Disease: Outcome After Initial Treatment With Low-Dose Methotrexate and Folinic Acid From 1992 to 2000 *Clin Oncol* 20:1838-1844. © **2002** by American Society of Clinical Oncology.
130. **Therasakvichya S.**Gestational Trophoblastic Disease in 2005 *J Med Assoc Thai* **2005**; 88 (2): 119-23
131. **Köküş A., Köküş N., Çapar M.** Management of Gestational Trophoblastic Neoplasms Our Clinic *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* **2006**;16:174-179
132. **Ananth CV.,Wilcox AJ.** Placental Abruption and Perinatal Mortality in The United States. *Am J Epidemiol* **2001**;153:332-337

133. **Hladky K., Yankowitz J.** Placental Abruption . *Obstetric & Gynecology* **2002**;57;(5):299-305
134. **Sheiner E., Shoham-Vardi I., Hallak M., Hadar A., Gortzak-Uzan L., Katz M** Placental Abruption in Term Pregnancies: Clinical Significance and Obstetric risk Factor. *J Maternal-Fetal Neonatal Med* **2003**;13:45-49
135. **Hladky, Katherina BA.** Placental Abruption. *Obstetrical and Gynecological Survey* **2002**;57 (5) :299-3005
136. **Keskin N.,** Preterm Plasenta Previa ve Ablasyo Plasenta Vakalarında Sezaryen Endikasyonlarının Tartışılması. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* **2009**;11(1):54-58
137. **Baron F., Hill WC.,** Placenta Previa, Placenta Abruption. *Clin Obstet Gynecol* **1998**;41(3):527-532
138. **Ananth CV ve ark.** Placental Abruption and Adverse Perinatal Outcomes. *The Journal of The American Medical Association* **1999**;282(17)
139. **Sakornbut E ve ark.** Late Pregnancy Bleeding . *Am Fam Physician* **2007**:75 (8)
140. **Justin C. Konje, David J. Taylor,** Çeviri; Dr.Mehtap Polat, Dr.M. Tıraş İleri Gebelikte Kanama Sayfa; 1259-1271
141. **Sheiner E ve ark.** Obstetric Risk Factors and Pregnancy Outcome of Preterm Placental Abruption: A Retrospective Analysis. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* **2002**;11(1): 34-39
142. **Potur B.** Aşırı Akut Sigara İçimine Bağlı Plasenta Dekolmanı ve İntrauterin Fetal Ölüm Olgusu *T Klin Jinekolo Obst* **2002**;12; 64-65
143. **Eskiçirak E, Ertekin K., Yatlı S., Dayıcioğlu V.** Ablasyo Plasenta: Normotansif ve Hipertansif Hastalarda Maternal ve Perinatal Analiz sonuçları *J Kartal TR.* **1998**;9(3): 702-705
144. **Getahun D., Oyelese Y., Salihu H., Ananth C.** Previous Cesarean Delivery and Risks of Placenta Previa and Placental Abruption. *Obstetric&Gynecology* **2006** ;107 (4) :771-778
145. **Mortensen JT., Thulstrup AM., Larsen H., Möller M., Sorensen HT.** Smoking, Sex of The Offspring, and Risk of Placental Abruption, Placenta Previa, and Preeclampsia: A Population-based Cohort Study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* **2001**;80(10);894-8
146. **Ananth CV., Smulian JC., Vintzileos AM.** Incidence of Placental Abruption in Relation To Cigarette Smoking and Hypertensive Disorders During Pregnancy: A Meta –Analysis of Observational Studies. *Obstetric & Gynecology* **1999**;93:622-628
147. **Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD.** Obstetrical Hemorrhage. Williams Obstetrics 21st edition. Ed., MacDonald PC. The McGraw-Hill Co., 619-669, **2003**.
148. **Lockwood CJ.** Üçüncü Trimestir Kanamaları. Ed.; Queen JT, Hobbins JC; Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri. Çeviri Ed.: Güner H, 3. baskı. Atlas kitapçılık Tic. Ltd. Şti., Ankara, 567-573, **1998**.

149. **Oyelese Y., Ananth CV.** Placental Abruption *Obstetric & Gynecology* **2006**;108(4)
150. **Hladky K., Yankowitz J., Hansen WF.** Placental Abruption. *Obstet Gynecol Surv* **2002**;57(5): 299-305
151. **Dola CP., Longo AS.,** Diagnosis and Safe Management of Placenta Previa *.Obstetric Emergencies.* **2006**:18(10)
152. **Olive E C.** Plecanta Previa : Maternal Morbidity and Place of Birth. *The Australian&New Zealand Journal of Obstetrics &Gynaecology* **2005**(45): 6
153. **Crane JM., Liston R.,** Maternal Complications With Placenta Previa . *Am J Perinatol.* **2000**; 17 :101-105
154. **Ananth CV.** Placenta Previa in Singleton and Twin Births in The United States, 1989 Through 1998: A Comparison of Risk Factor Profiles and Associated Conditions. *Am J Obstet Gynecol* **2003**;188: 275–81.
155. **Davood S. ve ark.** Selected Pregnancy Variables in Women WithPlacenta Previa *Journal of Obstetrics and Gynecology* **2008**;1(1):1-5.
156. **Ananth CV., Berkowitz GS., Savitz DA., Lapinski RH.** Plecantal Abruption and Adverse Perinatal Outcome. *JAMA* **1999**;282:1646-51
157. **Oppenheimer L.** Diagnosis and Management Of Placenta Previa *SOGC Clinical Practice Guideline* **2007**: 189
158. **Ananth CV. ve ark.** The Effect of Placenta Previa on Neonatal Mortality: A Population-based Study in The United States, 1989 through 1997. *Am J Obstet Gynecol* **2003**;188:1299–304.
159. **Ananth CV. ve ark.** The association of Placenta Previa With History of Cesarean Delivery and Abortion: A Metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* **1997**;177:1071-8
160. **Ziadeh S., Yahaya A.** Pregnancy Outcome at Age 40 and Older. *Arch Gynecol Obstet* **2001**;265:30-33
161. **Sheiner E.** Placenta previa; Obstetric Risk Factors and Pregnancy Outcome. *J Maternal-Fetal Med* **2001**;10:414-419
162. **Gilliam M.** The Likelihood of Placenta Previa With Greater Number of Cesarean deliveries and Higher Parity . *Obstet Gynecol* **2002**;99:976-980
163. **Froncois K.** Is Placenta Previa More Common in Multiple gestation? *Am J Obstet Gynecol* **2003**;188:1226-1227
164. **Qiuying Y., Shi W.** Plecanta Previa: It Relationship with Race and the country Of orgigin Among Asian Women. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* **2008**: 87(6)

165. **Rasmussen S.** Obstetric History and The Risk of Placenta Previa. *Acta Obstet Gynecol Scand* **2000**;79:502-7
166. **Wen SW.** Placenta Previa and Male Sex at Birth : Results From A Population –based Study . *Pediatr Periatr Epidemiol* **2000**;14:300-304
167. **Usta I., Hobeika E.** Placenta Previa –Acreta : Risk Factor and Complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.**2005** Volume: 193, Issue: 3, Pages: 1045-1049
168. **Oyelese Y., John C.** Placenta Previa, Placenta Accereta and Vasa Previa . *Obstetric & Gynecology* **2006**:107 (4); 927-941
169. **Crane JM .** Maternal Complications With Placenta Previa. *Am J Perinatol.* **2000**;17:101–5.
170. **Cunningham FG..** Obstetrical Hemorrhage. Williams Obstetrics 21st edition. Ed., MacDonald PC. The McGraw-Hill Co., 619-669, **2003**.
171. **Bhide A,** Thilaganathan B: Recent Advances in The Management of Placenta Previa. *Curr Opin Obstet Gynecol.* **2004**;16 (6):447- 51
172. **Predanic M.** Sonographic Assessment of Different Patterns of Placenta Previa “migration” in The Third Trimester of Pregnancy. *J Ultrasound Med* **2005**; 24:773–80.
173. **Oppenheimer L., Holmes P, Simpson N, Dabrowski A.** Diagnosis of Low-lying Placenta: Can Migration in The Third Trimester Predict Outcome? *Ultrasound Obstet Gynecol* **2001**;8:100–2.
174. **Oppenheimer L., Farine D.,**A new classification of placenta previa: Measuring Progress in Obstetrics *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2009
175. **Lawrence O., Ottawa O.**Diagnosis and Management of Placenta Previa, *J Obstet Gynaecol Can* **2007**;29(3):261–266
176. Bleeding İn Early pregnancy
<http://www.health.vic.gov.au/edfactsheets/bleedinginpregnancy.pdf>
Erişim Tarihi: 10.04.2010
177. **Doğan M.** Obstetrik ve Jinekolojik Acillerde Hemşirelik Bakımı
http://www.konakdogumevi.saglik.gov.tr/uploads/files/obstetrik_ve_jinekolojik_acillerde_hemřirelik_bakimi.pdf
Erişim Tarihi: 10.04.2010
178. Pregnancy Bleeding During Treatment
http://www.emedicinehealth.com/pdfguides/first_aid/pregnancy-bleeding-treatment-61400.pdf Erişim Tarihi: 15.04.2010
179. Gebelikte Kanama Standart Uygulama 2005 Entegre MCH / RH Hizmetleri Birinci Baskı , Haziran
<http://www.drguide.mohp.gov.eg/NewSite/E-Learning/ICD10/Chapter%207.pdf>
Erişim Tarihi: 15.04.2010

180. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice World Health Organization Geneva **2006**
181. T.C .Sağlık Bakanlığı Uyum Eğitimi Eğitim Materyali(Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin), 8. Basım ,**2001**.
182. **Özvarış B, Akın A.** Türkiye de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf Erişim Tarihi: 25.03.2010
183. **Sönmez Y.**, Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri .*Sted* **2007** ; 16 (1); 9
184. Türk Perinatoloji Derneği. Sağlık Personeli İçin Gebelikte İzlem ve Doğum. Perinatoloji Dergisi **2005**; 13 : 238- 43.
185. **Gürel AS.** Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu. *Perinatoloji Dergisi* **2006**; 1: 90- 5.
186. Türkiye İstatistik Kurumu http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=14&ust_id=5 Erişim Tarihi:20.03.2010
187. **Ganatra BR., Coyaji KJ., Rao VN.** Too Far, Too Little, Too Late: A Community –based Case-control Study of MAternal Mortality İn Rural West Maharashtra, İndia. *Bull Word Health Organ* **1998**, 76(6):591-598)
188. **Akın A, Mihçioğur S.** Kadının Statüsü Ve Anne Ölümleri. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadinin_statusu_anne_olumleri.pdf Erişim Tarihi: 13.09.2009.
189. **Ergöçmen BA, Coskun Y.** Dogum Öncesi Bakım ve Doğuma Yardım. **2003** <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum10.pdf> Erisim Tarihi:23.12.2008
190. **Beser E, Ergin F, Sönmez A** Aydın İl Merkezinde Dogum Öncesi Bakım Hizmetleri. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni*, **2007** ;6(2):137-141
191. **Delvaux T., Buekens P, Godin I, Boutsen M.** Barriers to Prenatal Care in Europe. *Am J Pren Med* **2001**;21 (1):52-9
192. **Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LF.** Maternal Educational Level: Correlation With Obstetric Indicators. *Cad Saude Publica*. **2001**;17 (4):1025-9.
193. **Bedük, Aykut** (2005), “Türkiye’de Çalışan Kadın ve Kadın Girişimciliği”, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:3, Sayı:12
194. **Yıldız F.** Doğum Yapmış Annelerde Erken Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumunun Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. **2009**

195. **Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M.** Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Pren Med* **2001**;21 (1):52-9
196. **Erbaydar T.** Utilization of Prenatal Care İn Poorer and Wealthier Urban Neighbourhoods in Turkey. *Eur J Public Health* **2003**;13 (4):320-6
197. **Nisar N, White F.** Factors Affecting Utilization of Antenatal Care Among Reproductive Age Group Women (15-49 years) İn An Urban Squatter Settlement of Karachi. *J Pak Med Assoc.* **2003**;53 (2):47-53
198. **Ergin F., Başar P., Karahasanoğlu B., Beşer E.,** Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi . *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2005**: 4(6)
199. **Omaç M.** Arapgir Devlet Hastanesine Basvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktorlerin Değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005) *Fırat Tıp Dergisi* **2009**;14(2): 115-119
200. **Kılıççı S.** Hamile Kadınlarda Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**: 6 (2)
201. **Bodur S., Durduran Y.,** Bebek Ölümünün Perinatal-natal Sağlık Hizmeti Kullanımı: Demografik Özelliklerle İlişkisi Vaka Kontrol Çalışması *Dicle Tıp Dergisi* **2009**;36(4); 288-293
202. **Chaturvedi S., Ranadive B.** Are We Really Making ,Motherhood Safe? A Study of Provision of İron Supplements and Emergency Obstetric Care in Rural Maharashtra. *Natl Med J India* **2007**;20:294–6
203. **Yalınkaya A ve ark.,** Üniversite Hastanemizde Maternal Mortalite Oranı . *Perinatoloji Dergisi* **2008**: 16(1)
204. **Walraven G., Tefler M.** Maternal Mortality in Rural Gambia: Levels,Causes and Contributing Factors. Bulletin of The World Health Organization, **2008**,78(5)
205. **Sak M ve ark.** Gebelik Anemisinin Perinatal Sonuçlara Etkisi *Dicle Tıp Dergisi*, 2009
206. **Allen H.L.** Anemia and İron Deficiency: Effects on Pregnancy Outcome **American Journal of Clinical Nutrition**, **2000**; 71(5); 1280-1284
207. **İrge E., Timur S.**Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi *Sted* **2005**:14(7)
208. **Etiler N, Aktekin RM, Çapar H.** Antalya Kent Merkezindeki Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum* **2000**; 10: 41- 5
209. **Coşkun A.** Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi. *Perinatoloji Dergisi* **1996**; 4: 181- 4.

210. **Kılıç D, Ezmeci T.** Erzurum İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Annelerin Sağlık Ocakları Tarafından Verilen Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Uluslar arası. *İnsan Bilimleri Dergisi* **2004**; 1: 1- 10.
211. **Aliefendioğlu D, Hancer F., Cahin M, Cakmak F.**Yenidoğan Servisinde İzlenen Bebeklerin Annelerinin Doğum Öncesi Bakımları *Perinatoloji Dergisi* **2002**; 10: 11- 3.
212. **Top M.** Sincan 2'nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Gebe Kadınların Algıladıkları Sağlık İhtiyaçları Üzerine bir Araştırma. *Sağlık ve Toplum* **2000**; 10: 31- 40
213. **Sözeri C, Reyhan C, Şahin S, Semiz O.** Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Bilgi ve Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* **2006**1(2): 92-104
214. **Çetin F., Güneş G., Karaoğlu L., Üstün Y.** Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Ve Emzirmeye Başlama Durumları Ve Etkileyen Faktörler *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2005**;12(4)247-252
215. **Kaya F., Serin Ö.,** Doğum Öncesi Bakımın Niteliği *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi,* **2008**:5(1)Sayfa:28-35
216. **Turan T., Ceylan S., Teyikçi S.** Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* **2008**:3(9)
217. **Cham M., Sundby J., Vangen S.** Availability and Quality of Emergency Obstetric Care in Gambia's MAIn Referral Hospital : Women-users'testimonies. *Reproductive Health* **2009**; 6;5
218. **Tefler M., Rowley , Walraven G.**Experience of Mother With Antenatal ,Delivery and Postpartum Care in Rural Gambia.*Afr J Reprod Health* **2002**; 6:74-83
219. **Özer A., Çakıl E.** Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler . *Tıp Araştırmaları Dergisi* **2007** : 5 : (3) 140-143)
220. **Aytar G., Yeşildal N.** Yatan Hasta Memnuniyeti *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* **2004**; 3 : 10-14
221. **Özcan M., Özkaynak V., Toktaş İ.** Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyi. *Dicle Tıp Dergisi.*2008 Cilt:35, Sayı:2 (96-101)
222. **Cham M., Sundby J., Vangen S.** Maternal Mortality İn The Rural Gambia, A Qualitative Study On Acces To Emergency Obstetrik Care . *Reproductive Health* **2005**;2(3)
223. **Urassa E., Massawe S., Lindmark G., Nystrom L.,** Operational Factors Affecting Maternal Mortality in Tanzania. *Health Policy and Planning* 1997:12(1):50-57
224. **Yalınkaya A . Özcan Y.,Kaya Z., Savaş Z., Erdemoğlu M.** Üniversite Hastanemizde Maternal Mortalite Oranı . *Perinatoloji Dergisi • Cilt: 16, Sayı:1 Nisan 2008*

225. **Nas T. Yılmaz E.**,Early Prgnancy Bleeding Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.,Gazi Ünivrsitesi Tıp Fakültesi, **2006** Volume:2 No:24

9.ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1979 yılında Karaman'da doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Karaman'da tamamladıktan sonra, 1998 yılında Karaman Sağlık Meslek Lisesinden hemşire olarak mezun olmuştur. 2000 yılında Yalova Devlet Hastesinde hemşire olarak göreve başlamıştır. 2001 yılında Mersin Üniversitesi Ebelik Bölümünü kazanmış, 2002 yılında eğitime başlamış, 2006 yılında mezun olmuştur. Üniversite eğitime devam ederken Mersin 112 Acil sağlık hizmetlerinde görev yapmıştır. 2006 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitime başlamıştır.