



TC.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ISPARTA İL MERKEZİNDE GEBE LOHUSA İZLEM  
FİŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**RAZİYE ÖZDEMİR**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU**

**Tez No: 28  
2005-İSPARTA**

**KABUL VE ONAY**

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı Anabilim Dalı** Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki juri tarafından Yüksek Lisans **Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Tez Savunma Tarihi:** 20/06/2005

**Tez Danışmanı:** Yrd.Doç.Dr.A.Nesimi KİŞİOĞLU

**Üye** Doç.Dr.Fehmi ÖZGÜNER  
Fizyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

**Üye** Yrd.Doç.Dr.A.Nesimi KİŞİOĞLU  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

**Üye** Yrd.Doç.Dr.Ersin USKUN  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

**Onay:** Bu yüksek lisans tezi Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

**Prof.Dr.Halis KÖYLÜ**  
**Enstitü Müdürü**

## ÖNSÖZ

Ülkemizde kadınlara doğum öncesi ve doğum sonu dönemlerde yeterli bakım verilmemesinden dolayı bir çok ana ve bebek ölümü meydana gelmektedir. Gelişmiş ülkelerin aksine, ülkemizde kadınlar, sosyal ve ekonomik koşullar göz önüne alındığında istedikleri zaman ve istedikleri yerden bakım alabilecek imkanlara sahip değildirler. Bu nedenle temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocakları, kadın ve çocukların sağlığını korumada önemli fonksiyonu olan kuruluşlar durumundadır. Bölgedeki ana çocuk sağlığı hizmetlerinin niteliğinin anlaşılabilmesi ve geliştirilebilmesi için, bu hizmetlerin sunumunda birinci derecede sorumluluk taşıyan sağlık evi veya sağlık ocaklarında çalışan ebelerinin verdikleri hizmetlerin değerlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır.

Temel amacı ana çocuk sağlığı düzeyinin iyileştirilmesine katkıda bulunmak olan bu tez çalışmasının her devresinde yardımlarını esirgemeyen değerli danışman hocam Yrd.Doç.Dr.Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU'na, değerli hocalarım Yrd.Doç.Dr. Mustafa ÖZTÜRK ve Yrd.Doç.Dr.Ersin USKUN'a, halk sağlığı asistanları Dr.Malik DOĞAN ve Dr.Ertan UZUN'a, desteğini esirgemeyen Isparta İl Sağlık Müdürü Dr.Levent YILMAZER'e, İstatistik Şube Müdürü Selamet KÖSE ve İstatistik Şubesi memurlarına, Sağlık Ocakları Şube Müdürü Dr.Suha BAŞAR'a, Eğitim Şubesi'nde görevli Tıbbi Teknolog Sevgi BOZKURT'a, araştırmanın yapıldığı sağlık ocaklarının tüm doktor ve ebelerine teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	i
<b>ÖNSÖZ</b> .....	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iii
<b>KISALTMALAR</b> .....	vii
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	viii
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	xi
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	4
<b>2.1. Dünya ve Türkiye’de Ana Çocuk Sağlığının Durumu</b> .....	4
<b>2.2. Ana Sağlığını Etkileyen Faktörler</b> .....	10
<b>2.2.1. Aşırı Doğurganlık</b> .....	10
<b>2.2.2. Beslenme</b> .....	11
<b>2.2.3. Ana Sağlığı Hizmetlerinin Yokluğu veya Yetersizliği</b> .....	12
<b>2.2.4. Sosyal ve Çevresel Faktörler</b> .....	13
<b>2.3. Ana Ölümü ve Nedenleri</b> .....	14
<b>2.3.1. Doğrudan Obstetrik Nedenler</b> .....	16
<b>2.3.1.1. Kanama</b> .....	16
<b>2.3.1.2. Enfeksiyon (Puerperal Sepsis)</b> .....	17
<b>2.3.1.3. Preeklampsi</b> .....	17
<b>2.3.1.4. Düşükler</b> .....	18
<b>2.3.1.5. Zor Doğumlar</b> .....	19
<b>2.3.2. Dolaylı Obstetrik Nedenler</b> .....	20
<b>2.3.2.1. Anemi</b> .....	20
<b>2.3.2.2. Sıtma</b> .....	21
<b>2.3.2.3. Viral Hepatit</b> .....	21
<b>2.4. Doğum Öncesi Bakım ve Kayıt Altına Alma</b> .....	21
<b>2.4.1. Doğum Öncesi Bakımın Amaçları</b> .....	22
<b>2.4.2. Doğum Öncesi Bakımda Ebenin Görevleri</b> .....	23

<b>2.4.3.</b> Gebe İzlemleri İle İlgili Olarak Hekimin Görevleri.....	23
<b>2.4.4.</b> Doğum Öncesi Yapılan İzlemlerin Sıklığı .....	24
<b>2.4.5.</b> Doğum Öncesi Dönemde Yapılması Gereken İşlemler.....	24
<b>2.4.5.1.</b> Gebeliğin Doğrulanması.....	24
<b>2.4.5.2.</b> Gebeliğin Süresini Belirleme.....	25
<b>2.4.5.3.</b> Gebenin Öyküsünü Belirleme.....	25
<b>2.4.5.4.</b> Gebenin Davranışını Belirleme.....	26
<b>2.4.5.5.</b> Fizik Muayenelerinin Yapılması.....	26
<b>2.4.5.5.1.</b> Gözlem.....	26
<b>2.4.5.5.2.</b> Karın Muayenesi.....	26
<b>2.4.5.5.3.</b> Vajinal Muayene.....	26
<b>2.4.5.5.4.</b> Çocuk Kalp Sesinin Dinlenmesi.....	27
<b>2.4.5.5.5.</b> Ağırlık Ölçümü.....	27
<b>2.4.5.5.6.</b> Boy Ölçümü.....	27
<b>2.4.5.5.7.</b> Kan Basıncı Ölçümü.....	27
<b>2.4.5.5.8.</b> Nabız Kontrolü.....	28
<b>2.4.5.5.9.</b> Ateş Kontrolü.....	28
<b>2.4.5.5.10.</b> Ödem Kontrolü.....	28
<b>2.4.5.5.11.</b> Varis Kontrolü.....	28
<b>2.4.5.6.</b> Laboratuvar İncelemelerinin Yapılması.....	29
<b>2.4.5.6.1.</b> Hemoglobin Düzeyinin Belirlenmesi.....	29
<b>2.4.5.6.2.</b> İdrarda Protein Arama.....	30
<b>2.4.5.6.3.</b> Kan Grubu Tayini.....	30
<b>2.4.5.7.</b> Gebenin Tetenoza Karşı Bağışıklanması.....	30
<b>2.4.5.8.</b> Gebenin Eğitimi.....	31
<b>2.4.6.</b> Doğum Öncesi Dönemde Saptanan Risk Faktörleri.....	31
<b>2.4.6.1.</b> Gebenin Öyküsünde Saptanan Risk Faktörleri .....	31
<b>2.4.6.2.</b> Gebenin İzlenmesi Sırasında Saptanan Risk Faktörleri .....	32
<b>2.5.</b> Doğum ve Doğum Sonu Dönem.....	32
<b>2.5.1.</b> Doğum Eylemi.....	32
<b>2.5.2.</b> Doğumların Yapıtırılması.....	32
<b>2.5.3.</b> Doğum Konusunda Ebeğin Görevleri .....	34

2.5.4. Doğumla İlgili Risk Faktörleri.....	34
2.5.5. Doğum Sonu Dönem.....	35
2.5.6. Doğum Sonu Dönemde Ebenin Görevleri .....	35
2.5.7. Doğum Sonu Dönemde Risk Faktörleri.....	35
2.5.8. Yeni Doğan Bebek Konusunda Ebenin Görevleri .....	35
2.6. Aile Planlaması.....	36
2.6.1. Tanımı ve Önemi.....	36
2.6.2. Aile Planlaması Yöntemleri.....	37
2.6.3. Aile Planlamasında Riskli Guruplar.....	38
2.6.4. Aile Planlaması Konusunda Ebenin Görevleri .....	38
2.7. Sağlık Hizmetlerinde Kayıt Sistemi.....	39
2.7.1. Kayıt Sisteminin Önemi.....	39
2.7.2. Sağlık Ocaklarında Kayıt Tutmanın Amaçları .....	39
2.7.3. Plan Yapma ve Kayıt tutma Konusunda Ebenin Görevleri .....	40
<b>3. MATERYAL VE METOD.....</b>	<b>42</b>
3.1. Araştırma Yapılan Bölgenin Özellikleri.....	42
3.1.1. Tarihçe.....	42
3.1.2. Coğrafi Özellikler.....	42
3.1.3. Ekonomik Yapı.....	43
3.1.4. Nüfus.....	43
3.1.5. Sağlık Ocaklarının Durumu.....	44
3.2. Araştırmanın Dayanağı ve Uygulanış Şekli.....	51
3.2.1. Araştırmanın Dayanağı.....	51
3.2.2. Araştırmanın Uygulanış Şekli.....	52
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>54</b>
4.1. Ebelerin Gebe Lohusa İzlem Fişlerinde Bulunan Demografik ve Standart Bilgileri Belirtme Durumları.....	54
4.2. Gebe Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Özellikleri.....	57
4.3. Ebelerin Gebe ve Lohusa İzlemleri Sırasında Yaptığı Muayene ve İşlemler İle İlgili Bulgular.....	66
4.5. Takip ve İşlemlerin Araştırma Kapsamındaki Sağlık Ocaklarına Göre Dağılımı.....	75

<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>80</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>104</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>108</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>109</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>110</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>116</b>
<b>EK 1. Kullanılmakta Olan Gebe Lohusa İzlem Fişinin Ön ve Arka Yüzü.....</b>	<b>116</b>

**KISALTMALAR**

**ÇKS:** Çocuk Kalp Sesi

**GİF:** Gebe Lohusa İzlem Fişİ

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Bazı Bölgelerde Kadınların Gebelik ve Doğum Nedeniyle Ölüm Riski.....	4
<b>Tablo 2:</b> Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Kadınların Doğum Öncesi, Doğum Sırasında ve Doğum Sonu Dönemde Bakım Alma Durumları...	6
<b>Tablo 3:</b> Dünyada Neonatal Ölüm Nedenleri, 1995.....	9
<b>Tablo 4:</b> Dünyada Ana Ölüm Nedenleri .....	15
<b>Tablo 5:</b> Gebe İzleme Aralıkları.....	24
<b>Tablo 6:</b> Doğurganlık Çağı (15-49 yaş) Kadınlarda Aşı Takvimi.....	31
<b>Tablo 7:</b> Isparta İli'nde Hane ve Nüfusun Yerleşim Birimlerine Göre Dağılımı, 2003.....	44
<b>Tablo 8:</b> Isparta İli'ne Ait Bazı Demografik Veriler, 2003.....	45
<b>Tablo 9:</b> Isparta İli'nde Doğumların Yapıldığı Yere ve Yardım Eden Kişilere Göre Dağılımı, 2003.....	45
<b>Tablo 10:</b> Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocaklarının Personel Durumu, 2003....	46
<b>Tablo 11:</b> Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocaklarına Ait Bazı Demografik Özellikler, 2003.....	47
<b>Tablo 12:</b> Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocaklarında Doğumların Yapıldığı Yer ve Yardım Eden Kişilere Göre Dağılımı, 2003.....	48
<b>Tablo 13:</b> Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocaklarında 0-4 Yaş Ölümlerin Dağılımları, 2003.....	49
<b>Tablo 14:</b> Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocaklarında 4 Yaş Üzeri Ölümlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, 2003.....	50
<b>Tablo 15:</b> Kadınların Doğurganlık İle İlgili Bilgilerinin Belirtilme Durumu.....	54
<b>Tablo 16:</b> Kadınların Gebeliklerine Ait Bilgilerinin Belirtilme Durumu.....	55
<b>Tablo 17:</b> Gebe Lohusa İzlem Fişlerinde Bulunan Diğer Standart Bilgilerin Belirtilme Durumları.....	56
<b>Tablo 18:</b> Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	57
<b>Tablo 19:</b> Kadınların Eşleri İle Olan Akrabalık Durumları.....	58
<b>Tablo 20:</b> Kadınların Doğurganlık Özellikleri.....	58

<b>Tablo 21:</b> Kadınların Gebelik Sayısı, Doğum Aralığı ve Gebelikten Önce Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımları.....	59
<b>Tablo 22:</b> Kadınların Mesleklerine Göre Evlenme Yaşlarının Dağılımı.....	60
<b>Tablo 23:</b> Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Evlenme Yaşlarının Dağılımı.	60
<b>Tablo 24:</b> Kadınların Yaş Gruplarına Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı.....	61
<b>Tablo 25:</b> Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı .	61
<b>Tablo 26:</b> Kadınların Gebelik Sayılarına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı.....	62
<b>Tablo 27:</b> Kadınların Doğum Aralığına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı.....	62
<b>Tablo 28:</b> Kadınların Öğrenim Durumuna Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı.....	63
<b>Tablo 29:</b> Kadınların Yaş Gruplarına Göre Düşük Sayıları.....	63
<b>Tablo 30:</b> Kadınların Öğrenim Düzeylerine Göre Akraba Evliliği Yapma Durumları.....	64
<b>Tablo 31</b> Kadınların Gebeliklerine Ait Bilgilerin Dağılımı.....	65
<b>Tablo 32:</b> Kadınların Pelvis Durumlarına Göre Dağılımları.....	66
<b>Tablo 33:</b> Pelvis Durumuna Göre Doğum Şekillerinin Dağılımı.....	66
<b>Tablo 34:</b> Gebe ve Lohusaların İlk Tespit Zamanı ve izlem Sayılarına Göre Dağılımları.....	67
<b>Tablo 35:</b> Gebe İzlemleri Sırasında Yapılan İşlemlerin Dağılımı.....	68
<b>Tablo 36:</b> Kadınların Lohusalık Döneminde Yapılan İşlemlerin Dağılımı.....	68
<b>Tablo 37:</b> Doktor İmzası Bulunma Durumuna Göre Doğum Öncesi ve Doğum Sonu Dönemlerde Yapılan Takip ve İşlem Ortalamaları.....	69
<b>Tablo 38:</b> Tahmini Doğum Tarihinin Hesaplanma Durumu.....	70
<b>Tablo 39:</b> Gebelerin Bazı Risk Faktörlerine Göre İzlem Sayılarının Dağılımı.....	71
<b>Tablo 40:</b> Gebelerin Tetanoza Karşı Aşılanma Durumları.....	72
<b>Tablo 41:</b> Doktor İmzası Bulunma Durumuna Göre Gebelere Tetanoz Aşısı Yapılma Durumu.....	72
<b>Tablo 42:</b> Gebe İzlemleri Sırasında Tespit Edilen Patolojik Durumlar ve Gebelerin Doktora Sevk Nedenleri .....	73

<b>Tablo 43:</b> Doğum Öncesi ve Doğum Sonu Dönemlerde Verilen Eğitimlerin Dağılımı.....	74
<b>Tablo 44:</b> Sağlık Ocaklarının Gebe Sayılarına Göre GİF Çıkarma Durumları.....	75
<b>Tablo 45:</b> Sağlık Ocaklarının Gebe ve Lohusa İzlem Ortalamaları.....	76
<b>Tablo 46:</b> Sağlık Ocaklarında Gebe İzlemleri Sırasında Yapılan İşlemlerin Dağılımı.....	77
<b>Tablo 47:</b> Sağlık Ocaklarında Gebe İzlemleri Sırasında Yapılan İşlemlerin Dağılımı.....	78
<b>Tablo 48:</b> Sağlık Ocaklarında Gebelerin Tetanoza Karşı Aşılama Durumları.....	79

## ŞEKİL LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b> Bölgelere Göre Gebe ve Lohusa Başına Düşen Ortalama İzlem Sayıları, Türkiye 2003.....	7
--	---

## 1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılındaki tanımına göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmasıdır. Bu tanımlamaya göre kadın sağlığını bedensel, ruhsal ve sosyal yönden incelemek gerekmektedir. Geleneksel olarak kadın sağlığında, gebelik ve doğuma odaklanan hizmetlerin tüm yaşam boyunca ve kadın sağlığını etkileyen bütün faktörler göz önüne alınarak sunulması gerekmektedir.

Günümüzde, tüm dünyada görülen eşitsizlik nedeniyle milyonlarca kadının sosyal statüsü ve sağlığı trajik denilebilecek ölçüde geridir. Bu durumun sonucu olarak tüm insanların sağlığı etkilenmekte ve geleceğe ilişkin umutlar kararmaktadır. Dünyanın birçok bölgesinde kadınları hedef alan ayrımcılık daha doğmadan başlamakta ve ölümüne kadar devam etmektedir. Bazı toplumlarda geleneksel olarak kız çocukları istenmemekte, bu yüzden kızlar daha doğuştan dezavantajlı konuma itilmektedir. Erkeklerle tanınan haklardan mahrum kalan kadınlar, yoksulluğun, düşük toplumsal statünün ve doğumla ilgili birçok tehlikenin acısını çekmekte, yaşamları boyunca hiç de adil olmayan bir biçimde ağır yüklerle katlanmaktadırlar (1).

Küresel nüfus yaşlanması, büyük bir bölümünü kadınların oluşturduğu toplumlara doğru bir değişim yaratmaktadır. Ancak, kadınlar genel olarak erkeklerden daha uzun yaşarken, uzun yaşam beklentisi birçok kadın için gerçek bir avantaj anlamına gelmemektedir. Çünkü kadınlar yaşamları süresince hastalık ve özürlülükten uzak kalamamaktadırlar (1).

Bugün dünyada gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle binlerce kadın ölmekte veya sakat kalmaktadır. Bu ölümler, sadece kadınların hayatını ilgilendirmekle kalmayıp, çocukların hayatta kalma şansını, aile ve toplumun sağlıklı olmasını da etkilemektedir.

Ana ölümleri karşısında insanoğlu uzun yıllar ilgisiz kalmış; kadınların gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar sonucu ölmesi bir sorun değil, doğal bir olay olarak kabul edilmiş ve Tanrı'nın takdiri olarak algılanmıştır. Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in girişimleriyle ana ölümlerinin beklenen, olağan

ölümler olmadığı görüşü tüm dünyada yaygınlaşmaya başlamış ve bu tür ölümleri önleme girişimleri yoğunlaşmıştır (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde, sağlıkla ilgili diğer uluslararası kuruluşların da işbirliği ile 1987 yılında Nairobi'de düzenlenen konferansta "Güvenli Annelik Programı" başlatılmıştır. Bu programın temel amacı, 2000 yılında anne ölüm ve hastalıklarını yarı yarıya azaltmak olarak saptanmıştır. Güvenli Annelik Programı'nın kısa vadedeki hedefi; ana sağlığı hizmetlerinde kaliteyi geliştirip hizmete erişimi artırmak, bu hizmetin önemini ve en iyi biçimde nasıl kullanılacağını topluma öğretmek, aile planlaması ve ana sağlığı hizmetlerini daha etkin bir hale koymaktır. Uzun vadedeki hedefi ise, sağlık, eğitim ve diğer faktörleri göz önüne alarak kadınların sosyo-ekonomik durumunu geliştirmektir (3). Günümüze kadar 100'den fazla ülkede uygulanan bu program, Türkiye'de de 1994 yılında pilot uygulamalar şeklinde başlatılmıştır (4).

Ana ölümleri, temel sağlık hizmetlerinin verilmesi ile büyük oranda önlenebilecek ölümler olmasına rağmen halen yüksek oranlarda görülmesi, kadın sağlığını korumak için daha fazla çaba gösterilmesi ve daha nitelikli bir hizmet verilmesi gerektiğini göstermektedir. Kadınlara verilecek iyi bir doğum öncesi bakım ile risklerin erken dönemde tespiti sağlanarak gerekli tedbirlerin alınması, doğumun nerede ve nasıl yapılacağına belirlenmesi ve sağlıklı koşullarda gerçekleştirilmesi, doğum sonu oluşabilecek patolojik durumların kontrol edilmesi ile ana ve çocuk ölümleri büyük oranda önlenebilir.

Ülkemizde, 224 sayılı yasa ve 154 sayılı yönerge gereğince (5,6) ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocağı ve sağlık evlerinde, başta ebeler olmak üzere hekim ve hemşireler tarafından verilmesi belirtilmekte, gebe izlemlerin hangi aralıklarla yapılacağı açıklanmaktadır.

Sağlık personelinin görevlerini başarılı bir biçimde yürütebilmesi, verdiği kararlarda isabetli olabilmesi, hizmetlerini etkin ve uygun biçimde planlayabilmesi, yaptığı araştırmaları bilimsel temele oturtabilmesi, doğruyu yanlıştan, uygunu uygun olmayandan, başarılıyı başarısızdan ayırabilmesi için güvenilir verilere ihtiyacı vardır (7). Bir sağlık ocağı hizmetlerini planlarken hizmet bölgesinden topladığı, il sağlık müdürlüğü il düzeyindeki hizmetlerini planlarken ilde bulunan tüm sağlık kurumlarından topladığı, Sağlık Bakanlığı ülke çapında sağlık hizmetlerini

planlarken tüm illerden topladığı istatistikleri kullanmaktadır (8). Sağlık ocaklarında, sağlık evlerinde ya da ev ziyaretleri sırasında gebelere sunulan sağlık hizmetlerini gösteren izlemlerle ilgili kayıtlar, ana sağlığı alanında sunulan hizmetlerin kalitesini ve düzeyini belirleyebilmek için başvurulacak yerel ve ulusal düzeyde en önemli veri kaynaklarıdır. Ancak ülkemizde ebeler kayıt ve istatistiklere yeterince özen göstermemekte, kayıtlar gereksiz iş yükü olarak algılanmaktadır.

Gebe ve lohusaların izlenimleri, gebe lohusa izlem fişindeki (GİF) bilgiler doğrultusunda yapılmaktadır. Gebe lohusa izlem fişleri, usulüne uygun olarak doldurulduğu takdirde erken tanı araçlarından birisidir ve hekim denetiminde ebe ve hemşireler tarafından doldurulmaktadır. Gebelik sırasında tespit edilen riskli durumlar karşısında nedenin araştırılması ve buna yönelik çözümlerin erken dönemde uygulamaya konulması ile kadınların gebelik ve lohusalık sürecini sağlıklı bir şekilde geçirmeleri sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle izlemlerin kalitesi ana çocuk sağlığı açısından hayati önemdedir.

Bu çalışmada Isparta il merkezinde bulunan 18 sağlık ocağının gebe lohusa izlem fişleri incelenmiştir ve araştırmanın amaçları şunlardır:

- Isparta merkezinde çalışan ebelerin, gebe lohusa izlem fişlerindeki bilgilere göre hizmetlerinin kalitesini ve düzeyini belirleyebilmek
- Gebe lohusa izlem fişlerindeki bilgilere göre, kadınların sosyo-demografik özelliklerinin doğurganlık davranışı üzerine olan etkileri konusunda bilgi sahibi olmak
- Gebe lohusa izlem fişlerindeki eksiklikleri ortaya çıkarmak
- Gebelerin ortalama izlem sayılarını bulmak
- Gebelerin aldıkları doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterlilik durumunu belirlemek
- Bulunan sonuçlar ışığında, eksiklik ve yanlışlıkların düzeltilmesi için ebelerin eğitim ihtiyaçlarını belirlemek
- Bu araştırma ile ileride ebeler tarafından tutulacak gebe lohusa izlem fişlerinin daha dikkatli doldurulması hususuna dikkat çekmek
- Gebe ve lohusalara daha iyi bakım ve kontrol hizmeti verilebilmesini sağlamaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dünya ve Türkiye’de Ana Çocuk Sağlığının Durumu

Dünyada her yıl 585 bin kadın gebelikle ilgili nedenler yüzünden ölmekte ve bu ölümlerin % 99’u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Gebelikle ilgili durumlar, dünyanın birçok kesiminde doğurganlık çağındaki kadınlar arasında başlıca ölüm nedenlerinden biridir. Kadınların çok sayıda gebelik yaşadıkları durumlarda, gebelikle ilgili nedenlerden dolayı ölüm riski yaşam boyu artmaktadır. Gebelikle ilgili sorunlar yüzünden ölüm riski Afrika’da 16’da 1, Asya’da 65’te 1, Avrupa’da ise 1400’de 1’dir (1). Dünyada ana ölüm hızı, 1990 yılı için yüz bin canlı doğumda 430 ana ölümü olarak belirlenmiştir. Ancak bu oran ülkeden ülkeye ve bir ülkenin kendi içinde önemli değişkenlikler göstermektedir (1). Ana ölümlerinin % 55’i, dünyadaki doğumların % 61’inin gerçekleştiği Asya’da, % 40’ı ise doğumların % 20’sinin gerçekleştiği Afrika’da meydana gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise dünyadaki doğumların % 11’i gerçekleşmekte ve bu ülkelerde ana ölüm oranı % 1’in altına düşmektedir (9).

**Tablo 1:** Bazı Bölgelerde Kadınların Gebelik ve Doğum Nedeniyle Ölüm Riski (10)

Bölge	Ölüm Riski
Tüm Gelişmekte Olan Ülkeler	1/48
Afrika	1/16
Asya	1/65
Latin Amerika/Karayipler	1/130
Tüm Gelişmiş Ülkeler	1/1800
Avrupa	1/1400
Kuzey Amerika	1/3700

Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda ana ölüm hızı farklı düzeylerde bulunmuştur. 1974-1975 yıllarında yüz bin canlı doğumda 208 ana ölümü olarak belirlenmiştir. Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 1989’da yapılan bir araştırmanın sonucuna göre 1981 yılı için yüz bin canlı doğumda 132 bulunmuştur (Sisterhood Method). 1997 yılında Sağlık Bakanlığı ve bazı kuruluşların işbirliği ile ülke genelini



temsil eden 53 ilin tüm hastanelerinde bir yıl süreli yürütülen çalışmaya göre ise, ana ölüm hızının yüz binde 49.2 olduğu ve ana ölümlerinin en sık görülen ilk 5 kadın ölüm nedeni arasında yer aldığı saptanmıştır (11).

Dünya nüfusunun yıllık artış hızı 1955-1975 döneminde % 1.98 iken, 1975-1995 döneminde % 1.67 olarak gerçekleşmiştir. 1995'ten 2010 yılına kadar uzanan dönemde ise yıllık artış hızının % 1.16 olması beklenmektedir. Yıllık artış hızındaki azalmaya karşın, 2010 yılına kadar dünya nüfusuna her yıl yaklaşık 80 milyon kişi eklenecektir (1). Yapılan tahminlere göre dünyada kontraseptif yöntem kullanma oranı % 60'a yaklaşmaktadır. Bu oran 1990 yılında % 57'dir. Gelişmekte olan ülkelerde kontraseptif kullanma oranı 1990'da % 53 iken, 1995 yılında % 56'ya yükselmiştir. Gelişmiş ülkelerdeki oranlar ise 1990 yılında % 72, 1995 yılında % 73'tür. Geriye dönüşü olan doğum kontrol yöntemlerine erişim oranı Latin Amerika ve Karayipler ile Asya'da % 80, Afrika'da yaklaşık % 60'tır. Fakat dünyada en az 350 milyon insan modern aile planlaması yöntemlerinin hepsine ulaşamamaktadır (sterilizasyon, RİA, oral kontraseptif ve kondom). Tüm dünyada başka çocuk yapmak istemeyen ya da bir sonraki doğumu en az iki yıl ertelemek isteyen, ancak herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan 120-150 milyon evli kadın vardır (1).

Ülkemizde yıllık nüfus artış hızı, 1980-1985 döneminde binde 24.9 iken, 1985-1990 döneminde binde 21.7'ye, 1990-2000 döneminde ise binde 18.3'e düşmüştür (12). Türkiye'nin genel nüfusu 2000 yılında % 49.5 oranında kadın, % 50.5 oranında erkeklerden oluşmaktadır ve doğurgan çağ olarak nitelendirilen 15-49 yaş grubu evli kadınların oranı % 27.4'tür (13). Ülkemizde gebelik riski altında olan kadınlar göz önüne alındığında, 1998 yılı için kontraseptif yöntem kullanma prevalansı % 63.9 olup, modern yöntem kullanma oranı % 37.7, geleneksel yöntem kullanma oranı ise % 25.5'tir (14). Aynı oranlar 2003 yılı için sırası ile % 71.0, % 42.5 ve % 28.5'tir (15).

Tüm kadınlar gebe kaldıkları andan itibaren en erken zamanda tespit edilmeli, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası tüm dönemlerde yeterli bakımı ve yardımı almalıdırlar. Ancak gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlar bu hizmetlerden gereği kadar yararlanamamaktadır. Son dönemde yapılan küresel tahminlere göre, gelişmekte olan ülkelerde gebe kadınların yaklaşık % 65'i doğum öncesi en az bir

kere muayene olmakta, yine gelişmekte olan ÷lkelerdeki t÷m doğumların % 40'ı sağlık kuruluşlarında gerçekleşmekte ve b÷t÷n doğumların yarısından biraz fazla bir kısmı da bu konuda eğitilmiş personel nezaretinde yapılmaktadır. Bu durum, gelişmiş ÷lkelerle kıyaslandığında açık bir farklılık g÷stermektedir. Gelişmiş ÷lkelerde hemen hemen her kadın gebelik, doğum ve doğum sonrası d÷nemlerde d÷zenli bakım g÷rmektedir (1). Gebeliği s÷resince en az bir kez izlenme oranı Afrika'da % 63, Asya'da % 65, Latin Amerika'da ve Karayib Adaları'nda % 73, Kuzey Amerika'da % 95, Avrupa'da ise % 97'dir. Nepal'de bu oran % 15'e kadar d÷şmektedir. Sağlık personeli yardımı ile doğum yapan kadınların oranı, Asya'da % 53, Afrika'da % 42, Latin Amerika ve Karayib Adaları'nda % 75, Avrupa'da % 98 ve Kuzey Amerika'da ise % 99'dur (16). Doğumu izleyen altı haftalık s÷rede (lohusalık d÷nemi) bakım alan kadınların oranı ise gelişmekte olan ÷lkelerde % 30, gelişmiş ÷lkelerde % 90'dır (10).

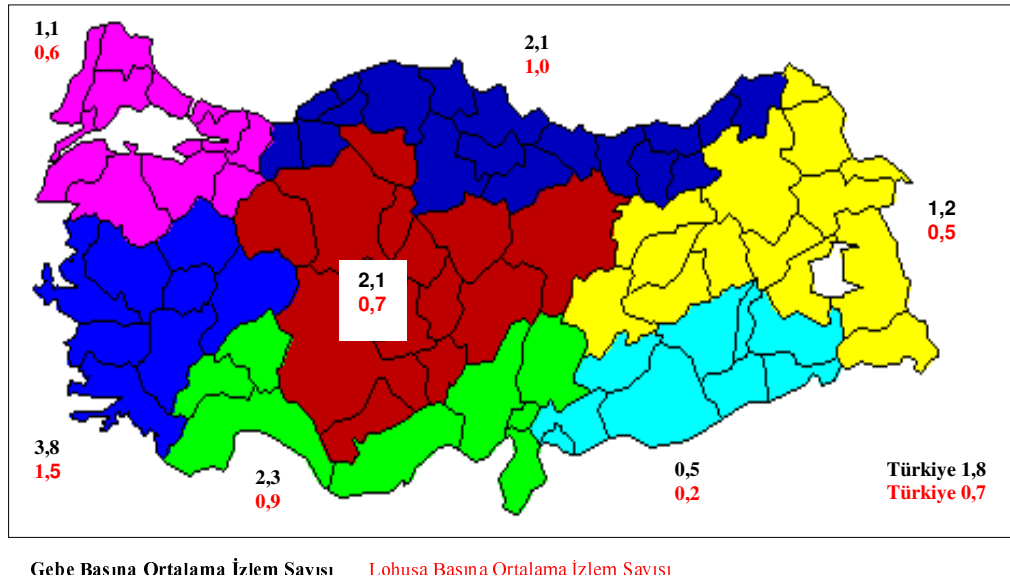
**Tablo 2:** Gelişmiş ve Gelişmekte Olan ÷lkelerde Kadınların Doğum Öncesi, Doğum Sırasında ve Doğum Sonu D÷nemde Bakım Alma Durumları (10)

	Gelişmiş ÷lkeler	Gelişmekte Olan ÷lkeler
Doğum Öncesi Bakım	% 97	% 65
Eğitimli Personel Yardımı İle Doğum	% 99	% 53
Doğum Sonu Bakım	% 90	% 30

÷lkemizde 1998 yılında kadınların % 68.1'i doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanırken, bu oran 2003 yılında % 81'e yükselmiştir (17,15). 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre, ÷lkemizde gebelerin büyük bir kısmının (% 75.4) doktorlardan doğum öncesi bakım aldığı, % 5.5'inin ebe veya hemşirelerden bakım aldığı saptanmış, diğer taraftan gebelerin yaklaşık beşte birinin doğum öncesi herhangi bir bakım almadığı belirlenmiştir. Doğum öncesi bakım alma durumu, yerleşim yerine ve bölgelere göre belirgin farklılıklar g÷stermektedir. Kentsel yerleşim alanlarında yaşayan gebelerin doğum öncesi bakımı doktordan alma olasılıkları, kırsal yerleşim alanlarında yaşayanlara göre daha fazladır (sırasıyla % 84, % 58). Kırsal yerleşim yerlerinde araştırma tarihinden önceki beş yıl içinde yapılan son doğumların üçte birinde gebeler doğum öncesi hiçbir bakım almamıştır. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımının gebelerin

eğitim düzeyi ile güçlü bir ilişki içinde olduğu, en az lise eğitimi almış kadınların neredeyse tamamı gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım almışken, ilkokulu bitirmemiş kadınların yalnızca yarısının (% 53) bakım aldığı saptanmıştır. Aynı araştırmaya göre, doğumların % 83'ü doktor veya ebe/hemşire yardımıyla olmuş, % 78.2'si sağlık kuruluşlarında, % 21.2'si evde gerçekleşmiştir. Doğum yapılan yer olarak kamu sektörünün sağlık kuruluşları, özel sektör tarafından işletilen sağlık kuruluşlarına göre daha fazla tercih edilmiştir (15).

Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılı verilerine göre (18) ülkemizde gebe başına düşen ortalama izlem sayısı 1.76, lohusa başına düşen ortalama izlem sayısı da 0.72'dir. Şekil 1'de bölgelere göre gebe ve lohusa izlem ortalamaları görülmektedir.



**Kaynak:** TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2003 İstatistik Yıllığı

**Şekil 1:** Bölgelere Göre Gebe ve Lohusa Başına Düşen Ortalama İzlem Sayıları, Türkiye 2003

Dünya ülkelerinin % 98'inde kadın sağlığının tehlikeye girdiği durumlarda, % 62'sinde ise kadın sağlığını korumak amacı ile düşük yaptırılması yasaldır. Tıbbi düşük olayı, uygun ortamda ve uzman hekimlerce yapıldığında güvenli ve basit bir müdahaledir. Buna karşın güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen düşükler ise önemli bir halk sağlığı sorunudur. Düşüğe bağlı komplikasyonların ve anne ölümlerinin önlenmesinde, modern kontraseptif yöntemlerin kullanımının yaygınlaştırılması, düşüğün yasalarla serbest hale getirilerek gebeliğin kontrol edilmesi, gebeliğin sağlıklı koşullarda ve hekim tarafından sonlandırılması

girişimleri pek çok ülkede olumlu sonuç vermiştir. Dünyada her yıl 40-50 milyon gebeliğin düşük ile sonuçlandığı tahmin edilmektedir (19). Bu düşüklerin 20 milyonu güvenli olmayan koşullarda gerçekleşmektedir ve buna bağlı olarak yüz binlerce komplikasyon ve ölümle sonuçlanmaktadır. Güvenli olmayan koşullarda yapılan düşüklerin % 95'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Dünyada her 8 anne ölümünden biri sağlıksız düşükler nedeni ile olmakta ve her 7 canlı doğuma karşılık bir sağlıksız düşük gerçekleşmektedir (19,20). Bu düşükler sonucu ölüm riski Afrika'da 150'de 1, Asya'da 250'de 1, Latin Amerika'da 900'de 1, Avrupa'da 1900'de 1'dir (20).

Ülkemizde 1965 yılında kabul edilen 557 sayılı ilk nüfus planlaması yasası ile düşüklerin tıbbi nedenlerle yapılmasına izin verilmiştir. Ancak bu yasaya rağmen, izleyen yıllarda isteyerek düşükler, tıbbi nedenler dışında da yapılmaya devam etmiş ve ana ölümleri içindeki payı azalmamıştır. Mayıs 1983'te kabul edilen 2827 sayılı Nüfus Planlaması Yasası ile ihtiyacı olan her kadına 10 haftaya kadar güvenli düşük hizmeti sunulması kabul edilmiş, düşükler yasal hale getirilerek istenmeyen gebeliklerin güvenli bir şekilde sonlandırılmasına imkan sağlanmıştır. Bu yasanın temel amacı, isteyerek düşüklerin kadın sağlığına olan olumsuz etkilerini azaltırken, çiftlerin kontraseptif yöntem kullanmalarını da artırmaktır (21). Ülkemizde 1984 yılında 100 gebeliğin 15.1'i isteğe bağlı, 7.6'sı spontan düşükle sonlanmıştır. 1985 yılında ise toplam düşük oranı % 25.5, isteyerek düşük oranı % 16.8'dir. 1986'da 100 gebeden 20.2'si isteğe bağlı düşük yaparken, bu oran 1987'de 23.6 olmuştur (22). 1998 TNSA'nda en az bir kez isteyerek düşük yapan kadınların oranının % 26.6 olduğu, isteyerek düşüklere hala çok sık baş vurulduğu ve ülke düzeyinde yaygın olarak bir aile planlaması yöntemi gibi kullanıldığı saptanmıştır (23). 2003 yılı TNSA sonuçlarına göre ise ülkemizde evlenmiş kadınların yaklaşık beşte birinin (% 20.7) kendiliğinden ve % 24.0'mın isteyerek düşük yaptığı, araştırmanın kapsadığı son beş yıl içerisinde ise toplam düşük oranının % 21.3 olduğu ve bu oranın % 11.3'ünü isteyerek düşüklerin oluşturduğu belirlenmiştir. Aynı araştırmada, isteyerek düşük yapmış kadınların oranının kentsel bölgelerde kırsal bölgelere göre daha fazla olduğu (sırasıyla % 26 ve % 19), Doğu bölgelerinde yaşayan kadınlar en az isteyerek düşük yapma eğilimine sahipken, Orta ve Batı Anadolu'da yaşayan kadınlar arasında en fazla olduğu saptanmıştır (15).

Dünyada her yıl 1.4 milyon bebek doğum sırasında, 1.5 milyon bebek ise doğumdan sonraki ilk haftada ölmektedir. Tüm bebek ölümlerinin % 30–40'ı gebelik ve doğum sırasındaki bakımın yetersiz olmasına bağlıdır (24). Dünyada bebek ölümleri 1955 yılında bin canlı doğumda 148, 1995 yılında binde 59, günümüzde ise binde 57 oranındadır. Bu ölümlerin büyük bölümü geri kalmış veya gelişmekte olan ülkelerde ve önemli oranda önlenabilir sebeplere bağlı olarak meydana gelmektedir (1,25). 1997 yılında dünyada 5 yaşından küçük çocuklarda 10 milyon ölüm meydana gelmiş, bunun % 97'si gelişmekte olan ülkelere gerçekleşmiştir. Ölüm nedenleri arasında en büyük payı, malnütrisyonla birlikte olan pnömoni ve ishal gibi enfeksiyon hastalıkları oluşturmaktadır (1).

**Tablo 3:** Dünyada Neonatal Ölüm Nedenleri, 1995 (1)

Ölüm Nedeni	%
Enfeksiyonlar	34
Asfiksi/ Travma	28
Erken Doğum İle İlgili Sorunlar	23
Konjenital Anomaliler	10
Diğer Nedenler	5

Türkiye nüfusunun % 37'sini 0-14 yaş grubu, % 15'ini 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır (26). Bir ülkedeki ana sağlığı düzeyini gösteren en önemli ölçütlerden biri olan perinatal ölüm hızı, ülkemizin genelinde tam olarak bilinmemektedir. Ancak üniversitelerin eğitim araştırma bölgeleri olan yarı kırsal alanlarda düzenli toplanan kayıtlara göre bu hız binde 20-40 arasında değişmektedir. 1986 yılında güneydoğudaki iki ilde yapılan araştırmada binde 35 olarak tespit edilmiştir (27). Ülkemizde bebek ölüm hızı 1993 yılında bin canlı doğumda 53 iken 2003 yılında binde 29 olarak tespit edilmiştir. Bebek ölümlerinin % 59'u neonatal dönemde gerçekleşmiştir. Çocuk ölüm hızının ise yaklaşık olarak binde 9 düzeyinde olduğu belirlenmiştir (15).

Alma-Ata Bildirgesi, kaynakları sınırlı olan ve bütün insanlara aynı düzeyde hizmet götüremeyen ülkelere risk yaklaşımını önermektedir. Bu yaklaşımın temel düşüncesi herkese biraz, gereksinimi olana daha fazla hizmet götürülmesidir. Hizmetin verilmesinde dikkat edilecek husus, en çok ölüme, sakatlanmaya ve iş gücü

kaybına neden olan durumların belirlenerek etkilenen kesime yönelik uygun stratejiler geliştirilmesidir. Ülkemizde önceliğin genel olarak 0-1 yaş grubu başta olmak üzere 6 yaşından küçük çocuklara, gebelere ve tüm 15-49 yaş grubu kadınlara verilmesi gerektiği açıktır. Ana çocuk sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin temel ve vazgeçilmez bir parçasını oluşturmaktadır.

## **2.2. Ana Sağlığını Etkileyen Faktörler**

### **2.2.1. Aşırı Doğurganlık**

Aşırı doğurganlık, kadınların öncelikli sağlık sorunlarından biridir. Aşırı doğurganlık üzerinde yapılan araştırmalarda, anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskinin 18 yaşın altında ve 35 yaşın üzerindeki gebeliklerde, doğum sayısı 4'den fazla ve doğum aralığı 2 yıldan sık olan kadınlarda çok yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle, gebelikler çok erken yaşta, çok geç yaşta, çok sayıda ve çok yakın aralıklı olduğunda yüksek riskli gebelik olarak nitelendirilmektedir. Bu özelliklere sahip gebeliklerin engellenmesi durumunda, dünyada bir yılda meydana gelen anne ve bebek ölümlerinin yaklaşık yarısının önlenebileceği belirtilmektedir (27).

Aşırı doğurganlık, öncelikle gebelik, isteyerek düşük, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlar ve anne ölümleri üzerinde etkili olmakta, böylece kadının sağlığını tehlikeye sokmaktadır (27).

Sık aralıklara ve fazla sayıda gebeliklere daha çok sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda rastlanmaktadır. Beslenme ve çevre koşullarının da iyi olmadığı bu toplumlarda aşırı doğurganlığın neden olduğu riskler artmaktadır (28).

Her gebelik anne vücudundaki besin depolarının tükenmesine neden olmaktadır. Sık doğum yanında yetersiz ve dengesiz beslenme annenin sağlığı üzerinde çeşitli bozukluklara yol açmakta, bu nedenle iki yıldan daha sık aralıklarla yapılan doğumlarda anne tükenmesi olarak tanımlanan fizyolojik ve psikolojik sağlığın bozulması durumu ortaya çıkmaktadır. Çok ve sık doğumla ilişkili preeklampsi, kanama, anemi, enfeksiyon, zor ve uzun doğum eylemine sık rastlanmakta, bunun yanında ailede çocuk sayısı arttıkça ve doğumlar arası süre azaldıkça spontan düşük, ölü doğum, prematüre doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu ve bebek ölümlerinde artış gözlenmektedir. Fazla doğum aynı zamanda

anneninin vücut direncini bozarak enfeksiyon ve kanser için de hazırlayıcı rol oynamaktadır (28).

Ana sağlığının olumsuz olarak etkilenmemesi için doğumlar arasında en az iki yıl aralık olması öngörülmektedir. Bu süre çocuk sağlığı açısından da gerekli en kısa süredir. Çocuk ölümlerinin önlenmesi ve sağlıklı fizik büyümeyi sağlamanın yanında, çocuğun mental gelişimi ve ruh sağlığı da dikkate alındığında, doğumlar arasındaki sürenin iki yıldan daha uzun olması gerektiği savunulmakta ve optimal süre için iki gebelik arası sürenin dört yıl olması önerilmektedir (29).

İlk gebelik için ideal yaşı tanımlayan çok geçerli kanıtlar yoktur fakat 20-29 yaşları arası daha az tehlikeli olarak tanımlanmaktadır. Adölesan ve ileri yaş gebeliklerinde komplikasyon görülme olasılığı fazladır. Adölesan gebeliklerde görülen komplikasyonlardan bazıları anemi, idrar yolu enfeksiyonu, hipertansiyon, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve ani bebek ölümü sendromudur (30).

İleri yaş gebelikte düşük, kromozomal anomali, ikiz gebelik, myoma uteri, hipertansif bozukluklar, gestasyonel diyabet, uzamış eylem, plasenta previa, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum ve neonatal mortalite yüksek oranda görülmektedir (30).

Çok çocuklu ailelerde, çocukların anne baba ilgi ve sevgisinden yeterince yararlanamaması, yeterli ve dengeli beslenememeleri, yeterli sağlık bakımı alamamaları ve eğitim olanaklarından yararlanamamaları gibi çocuğun büyümesi, gelişmesi ve nitelikli insan gücü olarak üretime katılmasında önemli sorunlar yaratan olgular ortaya çıkmaktadır. Nitekim insan gücünün aileye ve toplumsal gelişmeye olan yararlı katkılarına karşı, çok çocuklu ailelerde bu olguların yetersiz kalması, niteliksiz insan gücünün üretime katılmasına neden olacaktır (28).

### **2.2.2. Beslenme**

Bir kadının sağlık ve beslenme durumu hem kişisel hem de ulusal düzeyde bir iyilik ve gelişmişlik göstergesidir. Çünkü kadının sağlığı ve beslenmesi ile ilgili sorunlar, çocukları aracılığı ile gelecek nesilleri de etkiler ve kadının ülke üzerindeki ekonomik kapasitesini belirler. Kadınların tüm yaşam dönemleri boyunca bu kötü sağlık ve beslenme durumunun kümülatif etkilerini görmek mümkündür. Doğurganlık çağındaki bir kadını ve onun yeni doğan bebeğini etkileyen veya

yaşlılık döneminde ortaya çıkan pek çok sağlık sorununun başlangıcı çocukluk ve adölesan dönemlere dayanmaktadır. Örneğin bu dönemde iyi beslenemeyen kadınlarda anemi ve gelişme geriliği oluşmakta, bunlar çocuk doğurma ile ilgili olarak çeşitli komplikasyonların ortaya çıkmasına, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin dünyaya gelmesine, eğer kalsiyum eksikliği söz konusu ise ileri yaşlarda osteoporozon oluşmasına zemin hazırlamaktadır (3).

Gebelik ve emzirme kadının beslenme gereksinimini önemli derecede artırmaktadır. Anne ve bebeğin sağlığının korunması için bu besin gereksinimlerinin yeterince karşılanması gerekmektedir. Bu durum özellikle sosyo-ekonomik koşulların kötü olduğu yerlerde daha fazla önem taşımaktadır. Yoksulluk içinde olan kadının artan bu ihtiyacı karşılaması mümkün olmamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde çok fazla sayıda ve sık aralıklarla doğum yapan kadınların vücutları için gebelik ve doğum bir yıkım olmaktadır.

Gebelik ve emziliklik döneminde beslenme bozukluğu gelişmesi bakımından yüksek risk altında olan kadınları saptamak mümkündür.

- Aileleri çok fakir olanlar
- Çok sayıda ve çok kısa aralıklarla doğum yapmış olan kadınlar
- Tüberküloz veya orta ve ciddi derecede anemisi olan kadınlar
- Gebelikten önce veya gebeliklerinin hemen başında 45 kg'dan daha az ağırlığa sahip olan kadınlar
- Daha önce düşük doğum ağırlıklı ve malnütrisyonlu bebek dünyaya getirmiş olan kadınlar
- Gebelikleri sırasında çok az kilo artışı olanlar bu grup kadınlardır (3).

### **2.2.3. Ana Sağlığı Hizmetlerinin Yokluğu veya Yetersizliği**

Etkin bir aile planlaması hizmetiyle, yeterli ve iyi nitelikte bir doğum öncesi bakımı, doğumların bu konuda eğitim görmüş sağlık personeli ya da diploması olan ebelerce yaptırılması, doğumlarda üç temizlik kuralına (temiz el, temiz perine ve temiz göbek kordonu) uyulması, lohusalık döneminde annelerin izlenmesi ve bu sırada bir komplikasyon görülürse en kısa sürede, en yakın ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevkedilebilmesi olanaklarını sağlayacak bir ana sağlığı hizmeti, ana ölümlerinde % 88-98 oranında bir azalmayı gerçekleştirebilmektedir (2).



Az gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar, ana ölümlerinin % 11-47'sinin sağlık personelinin hatalı uygulamalarından kaynaklandığını ortaya koymuştur. Gerekli araç ve gereçlerle donatılmamış, yeterli sağlık personelinin olmadığı kırsal kesimlerdeki sağlık kuruluşları da ana ölümlerinin önemli bir nedenidir. Anaların bir bölümü, kırsal alanda sağlık kuruluşuna ulaştırılırken ölmektedirler. Türkiye'de 1975-1983 yılları arasında saptanan ana ölümlerinin % 8'i hastaneye giderken yolda meydana gelmiştir (2).

Ana sağlığına giden yolun kapısının anahtarı aile planlamasıdır. Böylece istenmeyen gebelikler ortadan kalkacak, yüksek riskli gebelikler azalacaktır. Eğer aile planlaması hizmeti, bu hizmetten yararlanmak isteyen doğurganlık çağındaki kadınların tümüne ulaşabilirse, ana ölümlerinde % 25'lik bir azalma olacaktır (2).

Dünya nüfusunun üçte ikisi sağlık hizmetlerine ulaşmaktan yoksundur. Özellikle gelişmekte olan bazı ülkelerde 100 bin kişiye 50'nin altında sağlık personeli düşmektedir (31). Sağlık personelinin dengesiz dağılımı önemli bir sorun oluşturmaktadır. Tayland'da hekimlerin % 60'ı, hemşirelerin % 67'si ve ebelerin % 57'si nüfusun sadece % 8'ine hizmet vermektedir. Sağlık personelinin bu tür dağılımı halkın sağlık hizmetlerinden az ya da yetersiz ölçüde, hatta hiç yararlanmamasına neden olmaktadır (32).

#### **2.2.4. Sosyal ve Çevresel Faktörler**

Kadının toplumsal statüsü, kadın sağlığının önemli bir göstergesidir. Toplumsal statü, toplumun bireye atfettiği sosyal değer olarak tanımlanabilmektedir. Kadının sosyal statüsü, pek çok psiko-sosyal faktörün etkilemesi ve etkileşmesi ile faktörlerin adeta bir bileşkesi olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak bu sonuç, kadının sağlığı ile ilgili pek çok olumlu ya da olumsuz durumu hazırlayıcı bir neden olmaktadır (33).

Kadının toplumsal statüsünde belirleyici olan faktörler şunlardır (33):

- Toplumsal cinsiyet (gender) rolü
- Toplumsal cinsiyette eşitlik/ayırıcılık
- Toplumsal cinsiyette hakkaniyet
- Eğitim (ortaöğretime kaydolan kız ve erkek oranları)

- Çalışma yaşamına katılım ve kazanç (iş imkanları, endüstri ve hizmet sektöründe çalışan kadın oranı, gelir durumunda toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri)
- Politika alanındaki katılım (parlamentodaki toplam sayı içinde kadın milletvekillerinin payı, karar verme sürecinde kadınların payı)
- Sosyal engeller (kadına karşı ayrımcılık, kadına karşı şiddet, geleneksel uygulamalar)

Anne ve bebek ölümlerinin yüksek olduğu bölgelerde kadının sosyal statüsünün düşük olduğu bulunmuştur. Eğitim ve ekonomik özgürlüğün sınırlı olduğu gelişmekte olan toplumlarda kadın, toplumsal konumunu yükseltmek için doğurganlığını kullanmakta, çocuk sahibi oldukça kabul ve saygı görmektedir. Bunun yanında fazla çocuğun olması, doğum hızı yüksek olan toplumlarda ortaya çıkan çocuk ölümlerine, yaşlılıkta yalnızlık ve bakımsızlığa karşı da bir güvence olarak görülmektedir (28). Mevcut veriler, bir bebek ölümüne karşılık 1.5 doğum olduğunu göstermektedir (34). Ekonomisi tarıma dayalı toplumlarda çocuktan işgücü olarak yararlanılması doğum hızının yüksek olmasının diğer bir nedenidir (28).

Kadınların toplum içindeki durumlarının iyileştirilmesi büyük ölçüde toplumların sosyo-ekonomik kalkınmalarıyla ilgilidir. Toplumun sosyo-ekonomik kalkınması için yasal, sosyal, ekonomik pek çok düzenlemenin yapılması gerekmektedir. Kız çocukları ve kadınların eğitilmesi, kadınların meslek sahibi olmalarının sağlanması, iş olanaklarının yaratılması ve benzeri girişimler, kadının toplumdaki en önemli ve tek görevinin çocuk doğurmak olduğu fikrini yıkararak, çocuk doğurma yaşını yükseltecek, çocukların arasını açacak ve çocuk doğurma sıklığını azaltacaktır. Yani ana sağlığını tehlikeye sokan doğurganlık davranışı ile ilgili özellikleri değiştirecektir. Bu girişimlerin içerisinde en kolay uygulanabilecek olanı kız çocuklarının eğitimine önem verilmesidir. Eğitimin ana sağlığının korunmasında ve yükseltilmesinde önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (3).

### **2.3. Ana Ölümü ve Nedenleri**

Ana ölümü, gebeliğin süresi ve şekline bakılmaksızın, bir kadının gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebelik ile ilgili olan

veya gebelik nedeniyle alevlenen herhangi bir nedenle ölmesi olarak tanımlanmaktadır.

Gebeliğin sona ermesinden sonraki 42 gün ile 1 yıl arasında kalan dönemde bir kadının doğrudan veya dolaylı obstetrik nedenlerle ölmesine geç anne ölümü; ölüm nedeni dikkate alınmaksızın, bir kadının gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde ölmesine ise gebelik ile ilgili ölüm denilmektedir (3).

Dünya genelinde anne ölümlerinin % 80'i doğrudan obstetrik nedenlerle, % 20'si ise dolaylı obstetrik nedenlere bağlı olarak gerçekleşmektedir.

Ana ölümlerinin yaklaşık yarısı doğum eylemi sırasında, diğer yarısı ise doğumdan önce ve sonra olan ölümlerdir. Ölüme götüren olayın başlangıcından ölüme kadar geçen süre ölüm nedenine göre farklılık göstermektedir. Doğum sonu kanama nedeniyle olan ölümlerin yarısı ilk 2 saat içinde olurken, doğum öncesi kanamada 12 saat, uterus rüptüründe 1 gün, eklampsida 2 gün, puerperal sepsiste 6 gün, düşük komplikasyonlarında ise 7 gündür. Vakaların yarısının ilk gün içinde ölmesi anne ölümlerini önlemek için acil yaklaşımın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (29). Doğum sürecinde görülen ve acil müdahale gerektiren komplikasyonlu vakaların % 50'si gebeliğin başında teşhis edilememektedir (35).

**Tablo 4:** Dünyada Ana Ölüm Nedenleri (1)

Ölüm Nedeni	%
Şiddetli Kanama	25
Enfeksiyon	15
Sağlıksız Düşük	13
Eklampsia	12
Zor Doğum	8
Diğer Direkt Nedenler*	8
Dolaylı Nedenler**	20

\*Ektopik gebelik, embolizm, anesteziye bağlı nedenler

\*\* Anemi, sıtma, kalp rahatsızlığına bağlı nedenler

### 2.3.1. Doğrudan Obstetrik Nedenler

Gebelik sırasında, gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkan hastalık ve komplikasyonlardır. Bunlar kanama, enfeksiyon, toksemi, düşük, uzamış ve zor doğum eylemi gibi durumlardır.

#### 2.3.1.1. Kanama

Kanama genellikle akut bir olgudur ve gebelik, doğum ve lohusalık döneminin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin başta gelen sebebidir.

Antepartum (doğum öncesi) dönemde meydana gelen ve gebeliğin 28. haftasından önce gerçekleşen kanamalar, genellikle istemli veya istemsiz düşüklere ve ektopik gebeliklere bağlıdır. Gebelik sırasında oluşan tüm kanamalar anormal olarak değerlendirilmez (3).

Gebeliğin 28. haftasından sonra meydana gelen kanamalar ise genellikle plasenta dekolmanı ve plasenta previa nedeniyle oluşmaktadır. Plasenta dekolmanı doğumdan önce plasentanın uterusun ayrılmasıdır ve sıklığı bin doğumda 5.9 olarak belirlenmiştir. Gebeliğin ciddi bir komplikasyonu olan plasenta dekolmanı, ölü doğum, preterm doğum ve erken neonatal ölümlerde önemli bir nedendir (36). Plasenta previa ise hem plasentanın hem de fetusun pozisyonunda anormallik söz konusudur. Normal olarak uterus kavitesinin üst segmentinde ön veya arka duvara yerleşmesi gereken plasentanın, uterusun alt segmentine yerleşmesi durumuna plasenta previa denilmektedir. Plasenta previa tanısı konulan gebe sürekli gözlem altında tutulmalıdır. Genel eğilim, fetusun yaşayabilecek olgunluğa erişmesini sağlayana kadar gebeliğin devam ettirilmesidir. Plasenta previa, 4 ve daha fazla doğumu olan kadınlarda sık görülmektedir (3).

Postpartum (doğum sonu) kanamalar, bebeğin doğmasından sonra doğum kanalından, aşırı miktarda kanama olması durumu olarak adlandırılmaktadır. İleri yaş, grand multiparite, anormal prezantasyon, dar pelvis, yüksek kan basıncı, anemi ve çoğul gebelik durumlarında sık görülmektedir (37). Post partum dönemde kanama görülme oranı % 5-8 arasındadır (38).

Genelde anne, doğum öncesi dönemde iyi eğitilmiş sağlık personelinden nitelikli bir doğum öncesi bakım hizmeti alırsa, gerekli durumlarda sevk koşulları

sağlanabilirse kanamaya bağlı ölümler kolayca önlenebilir. Aneminin önlenmesi, kan tranfüzyonu imkanlarının yeterli düzeyde olması kanamaya bağlı ölümlerin azaltılmasında özellikle önemlidir (37).

### **2.3.1.2. Enfeksiyon (Puerperal Sepsis)**

Doğum, normal ve spontan olarak gerçekleştiğinde ve vajinal bir müdahale söz konusu olmadığında sepsis ortaya çıkması son derece nadirdir. Anne ölümlerinin önceden yüksek olduğu ve azalmaya başladığı toplumlarda anne ölüm nedenleri arasında görülme sıklığı ilk olarak azalmaya başlayan neden sepsistir (3).

Doğum ve düşüklerin steril olmayan koşullarda gerçekleşmesi, erken membran rüptürü, uzamış doğum eylemi ve anemiler sonucunda gelişen enfeksiyonlar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin ikinci önemli nedenlerindedir. Doğum ve düşüklerin septik koşullarda ve travmatik olarak yapılması sonucu en sık görülen komplikasyon sepsistir (37).

Enfeksiyon nedeniyle ölüm riski, doğumların eğitilmemiş kişilerce yaptırıldığı, temizlik koşullarının ve asepsinin sağlanmadığı yerlerde ve doğum sırasında vajinal muayene ve girişimlerin sık olarak uygulandığı durumlarda yüksektir. Bu nedenle prenatal izlemler sırasında, temiz şartlarda doğum yapmanın önemi ve erken membran rüptürlerinin belirtileri gibi konularda anne adaylarını eğitmek, genitoüriner enfeksiyonu olanları ve enfeksiyon yönünden risk taşıyanları saptamak, gerekli tedavileri yapmak, temiz şartlarda doğum yapılması için gerekli olan steril malzemeyi sağlamak gibi önlemlerle, puerperal sepsis ve enfeksiyona bağlı anne ölümleri ortadan kaldırılabilir (3).

### **2.3.1.3. Preeklampsi**

Preeklampsi, gebelikte hipertansiyon, ödem ve idrarda protein tespit edilmesidir. Bu üç belirtiden en önemlisi hipertansiyon olup diastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde olması tanı için yeterlidir. Eğer preeklampsi tedavi edilmezse, hızlı bir şekilde eklampsi gelişmekte ve konvülsiyonlar nedeniyle beyinde hasarlara, kalp yetmezliğine bağlı ölümlere, renal yetmezlik veya serabral kanamalara neden olabilmektedir (37).

Gelişmekte olan ülkelerde hipertansiyon genellikle genç ve ilk defa gebe kalan kadınlarda görülmektedir. Preeklampside yaşı 20'den küçük, 35'ten büyük olması, ilk doğumlar, siyah ırktan olma, düşük sosyo-ekonomik durum, çoğul gebelik, diabet ve hipertansiyon gibi durumlar risk faktörüdür (37,39).

Doğum öncesi bakım hizmetleri, eklampsinin önlenmesinde çok önemlidir. Doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanan gebelerde preeklampsinin erken tanısıyla eklampsiye bağlı ölüm riski belirgin bir şekilde azaltılabilmektedir (37).

#### **2.3.1.4. Düşükler**

Son adet tarihinden itibaren 28 hafta içinde herhangi bir nedenle gebelik ürününün uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin erken dönemde sonlanması düşük olarak tanımlanmaktadır. Bazı ülkelerde, bu süre 20 veya 24 hafta olarak da kabul edilmektedir. Gebeliğin istem dışı sonlanması kendiliğinden düşük, herhangi bir nedenle bir müdahale ile sonlandırılması isteyerek düşük olarak tanımlanmaktadır (40).

İsteyerek düşükler, istenmeyen gebeliklerin sonuçlarından biridir. Planlamadan gebe kalan bir kadın, bebeği dünyaya getirmemekte kesin kararlıysa, bu gebeliği sonlandırmak amacıyla her çareye başvurabilir. Yasal, geleneksel, dini ya da ekonomik koşullar ne olursa olsun kadınların istemedikleri gebelikleri sonlandırmaya çalışması, sağlıksız koşullarda yapılan düşükleri ve bunun sonucu meydana gelecek komplikasyonları ortaya çıkarmaktadır.

Sağlıksız koşullarda sonlandırılan gebelikler, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerin en sık görülen komplikasyonları, inkomplet abortus, sepsis, hemoraji ve uterus perforasyonudur. İlerleyen dönemlerde meydana gelebilecek kronik komplikasyonları arasında ise, kronik pelvik ağrı, pelvik enfeksiyonlar, adnekslerde yapışıklıklar, sekonder infertilite, ektopik gebelikler, tekrarlayan kendiliğinden düşük riski, sonraki gebeliklerde prematürite riski ve ruhsal sorunlar sayılabilir. Güvenli olmayan koşullarda düşük yapan kadınların % 10-50'si meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle tedavi olma ihtiyacı duyarlar (40).

Sağlık risklerinin dışında, gebeliği sonlandırmanın yoğun tartışmalara yol açan bir başka yönü de, işlemin bir doğum kontrol yöntemi olarak benimsenebilmesidir.

Kendi sağlığını ya da yaşayan diğer çocuklarının sağlığını korumak ve aile yaşam düzeyinin olumsuz etkilenmesini önlemek için gebeliğini sonlandıran kadın, pek çok toplumda çoğunlukla anlayış ile karşılanmaktadır (40).

Dünyanın birçok ülkesinde istemli düşük yapılması, belirli zaruri nedenler durumunda verilen izin haricinde kanunlar tarafından kesinlikle yasaklanmıştır. Bunun sonucu olarak da çoğu ülkede kadınlar istenmeyen gebeliklerini uygunsuz koşullarda sonlandırmaktadırlar. Düşüklerin yasal olduğu ülkelerde hükümetler talebi karşılayabilecek uygun koşulları sağlamak zorundadırlar. Ne yasalar, ne de uygun olmayan müdahale koşulları altında yapılan düşüklerin yol açtığı komplikasyon ve ölümler, kadınların istemedikleri gebeliklerini sonlandırma girişimine engel olamamaktadır (37).

### **2.3.1.5. Zor Doğumlar**

Zor doğumlar anne ölüm nedenlerinin temel nedenlerinden biridir. Ancak ne sıklıkta görüldüğüne dair kesin bilgi yoktur. Çünkü bu nedenle oluşan anne ölümleri genellikle zor doğumların sonucu olarak ortaya çıkan hemoraji, çok, sepsis gibi nedenlerle oluşmuş ölümler olarak bildirilmektedir (3).

Zor doğumların en sık görülen nedeni, fetusun başı ile annenin kemik pelvisinin arasındaki uygunsuzluktur. Bu olgu ise annenin vücut yapısının yeterince gelişmemiş olması, boyunun kısalığı dolayısıyla kemik pelvisin gelişmemiş olması veya annenin geçirmiş olduğu hastalıklar, malnütrisyon nedeniyle, kemik pelviste oluşan şekil bozukluklarının bir sonucudur. Zor doğumların nedeni olan baş pelvis uygunsuzluğunun altında yatan ikinci bir neden ise fetusun duruşundaki bozukluklardır (3).

Uzun vadede, sosyo-ekonomik ve kültürel kalkınma ile zor doğumlara bağlı anne ölümleri önlenebilecektir. Bu ölümleri önlemek için kısa vadede yapılacak olanlar ise, tüm gebelerin prenatal dönemde izlenmeleri ve zor doğum açısından risk altında olanların (18 yaşından küçük ve boyu 150 cm'den kısa gebelerin, daha önce çoğul gebelik, zor doğum öyküsü olan, 4 ve daha fazla doğum yapmış olanların ve fetusun malprezantasyonundan şüphelenilen gebeler) saptanarak, daha ileri tetkiklerin ve her türlü müdahaleli doğum girişimlerinin uygulanabileceği merkezlere sevk edilmelerini sağlamaktır. Bunun yanı sıra doğum eylemi başladıktan sonra 24

saat geçtiği halde doğumun olmadığı durumların tehlikeli olduğu ve bu durumdaki gebelerin derhal bir sağlık merkezine ulaştırılmalarının hayat kurtarıcı olabileceğini konusunda toplum uyarılmalıdır (3).

### **2.3.2. Dolaylı Obstetrik Nedenler**

Doğrudan gebelik, doğum veya lohusalıkla ilgili olmayan, kadında önceden var olup gebelik, doğum ve lohusalık döneminde şiddetlenen nedenlerle meydana gelen ölümlerdir. Viral hepatit, sıtma, kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, anemi, malnütrisyon gibi bir çok hastalık gebelikte alevlenerek ölümlere yol açabilmektedir.

#### **2.3.2.1. Anemi**

Günümüzde tüm dünyada beslenme yetersizliğine bağlı en sık gözlenen hastalık anemidir. Anemi özellikle doğurgan çağıdaki kadınlar ve gebeler arasında çok yaygın görülmekte, bunun sonucu olarak anne ölümlerinin önemli bir nedenini oluşturmaktadır.

Gebelik sırasında, plasentanın gelişmesi ve fetusun büyümesi nedeniyle demir ve folik asit gibi hemapoetik besin öğelerine gereksinim artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda kadınlar gebeliklerinin başında zaten düşük demir depolarına sahiptirler ve bu kadınlarda demir gereksinimi daha fazla olmaktadır. Gebeliğin son trimesterinde bulunan bir kadının demir gereksinimi, gebe olmayan bir kadının demir gereksiniminden altı kat daha fazladır. Bu gereksinim sadece diyetle karşılanamamaktadır. İyi beslenme durumunda bile demirin toplam gereksiniminin ancak yarısı kadının depolarından sağlanabilmektedir. Kadın eğer kötü beslenme durumunda ise veya sık aralıklarla gebe kalmışsa, sonuçta depo demirin azalmasına bağlı olarak anemi meydana gelmektedir. Besin alımının yeterli olması durumunda bile, gebelikten sonra demir depolarının yeniden dolması için en az iki yıllık bir sürenin gerekli olduğu hesaplanmıştır (3).

Orta ya da hafif düzeyde anemi gözlenmesi, anne ölümüne hemen neden olmasa da, kadının direnci azaldığı için diğer nedenlerin etkisiyle ölümüne katkısı olabilmektedir. Örneğin anemisi olan kadınlarda, puerperal enfeksiyonlara yakalanma riski 3-4 kat daha yüksektir. Ayrıca gebeliğe bağlı kanamalar da hızlı bir anemiye yol açarak kadınlarda ölümcül sonuçlara neden olmaktadır (37).



### 2.3.2.2. Sıtma

Çocukluk çağında sıtma geçirmiş olan kadınlarda daha önceden sıtmaya karşı gelişmiş olan rezistans bilinmeyen nedenlerle gebeliğin 14. haftasından itibaren zayıflamaktadır. Bu durum genellikle ilk gebeliklerde görülmektedir (37). Sıtma güçten düşürücü ve zaman zaman da öldürücü bir hastalık olmasının yanısıra, bağışıklığı olmayan gebe kadınlarda ya da daha önce bağışıklık kazanmış kadınların ilk gebeliklerinde ortaya çıkarsa, kadınların % 60'ında kendiliğinden düşüklere ve % 10'unda ana ölümlerine yol açmaktadır (1).

### 2.3.2.3. Viral Hepatit

Gebelikte hepatite en sık neden olan ajanlar, hepatit A virüsü, hepatit B virüsü, non A non B virüsü ve Ebstein Barr virüsüdür. Viral hepatitler tüm gebeliklerin % 0.2'sinde görülmektedir (41). Viral hepatitler karaciğer tutulumu ve hasarı ile giden hastalıklardır. Gebe kadınlar bu virüslere karşı daha hassastır. Hijyen koşullarına uyulmayan yoksul bölgelerde gebe kadınlarda gebe olmayan kadınlardan daha fazla görülmekte olup, fatalite hızı da gebelerde 3.5 kat daha fazladır (37).

## 2.4. Doğum Öncesi Bakım ve Kayıt Altına Alma

Doğum öncesi bakım, anne ve fetüsün tüm gebelik süresince, düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, dikkatli bir şekilde sağlık personeli tarafından izlenmesidir (42).

Gelişmiş ülkelerde 1960'lardan sonra ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçası haline gelmiş ve gebelerin tümünün yararlandığı bir hizmet olmuştur. Gelişmiş ülkelerde bu bakım genellikle genel pratisyen hekimin hizmet alanı içinde yer almakta, ebe ve hemşireler tarafından bu hizmet desteklenmektedir. Riskli olgular ve komplikasyonlarda uzman ile işbirliği yapılmakta, gebe izlemi ev muayenesinden kliniğe kadar değişik yerlerde, farklı düzeylerde verilebilmektedir (29).

Ülkemizde ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine gereken etkinliği kazandırmak amacıyla, 1952 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in yardımlarıyla, Sağlık Bakanlığı'nda özel bir örgüt olan Ana Çocuk Sağlığı Başkanlığı kurulmuştur.

Gebelerin ve okul öncesi çocukların izlenmesine önem vermesi beklenen bu örgüt, çeşitli nedenlerle ülke çapında bir hizmet sunamamıştır. 1961 yılında sağlık hizmetleri sosyalleştirildikten sonra, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin sağlık ocakları kanalıyla yürütülmesi öngörülmüştür. Ne var ki, tüm çabalara karşın ülkemizde ana ve çocuk sağlığının iyi durumda olduğunu söylemek güçtür (2).

Türkiye’de gebeler kendi istekleriyle daha fazla hizmet almak istedikleri takdirde ana çocuk sağlığı merkezleri ve doğum evleri polikliniklerinde doğum öncesi bakım alabilmekte, aynı şekilde özel hekimlik uygulamalarından yararlanabilmektedir (29).

Temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocaklarının hizmet kapsamı ortalama 500 evli kadına bir sağlık evi ebesi düşecek şekilde düzenlenmiştir. Hizmet olarak, kadınların belirli aralıklarla izlenmesi, bu izlemlerde doğurganlık çağı süresince danışmanlık yapılması, gebelerin erken dönemde saptanması ve düzenli aralıklarla evde izlenmesi öngörülmüştür. Sağlık ocağı hekimi, ebelerin verdiği bu hizmetlerin denetlenmesi ve desteklenmesinden sorumludur. Gerekli vakalar için uzman desteği ihtiyaç olduğunda bir üst sağlık kurumuna yönlendirilmeleri yapılmalıdır. Ancak yaygın ve nitelikli bir temel sağlık hizmetinin verilmemesi, doğum öncesi bakım hizmetlerini güçleştirmektedir (29).

#### **2.4.1. Doğum Öncesi Bakımın Amaçları**

- Annede olabilecek hastalıkların saptanması ve tedavisi ile annenin genel sağlık düzeyini yükseltmek
- Gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuz durumların zamanında tanı ve tedavisini sağlamak
- Doğum öncesi dönemde anneye gebelik, genel temizlik kuralları, beslenme, hareket, istirahat ve doğumdan sonra kullanacağı aile planlaması yöntemi hakkında gerekli bilgiyi vermek, anneyi doğuma hazırlamak, bebek bakımı konusunda eğitmek
- Anneyi tetanoza karşı bağışıklamak
- Fetüsün uterus içinde gelişmesini yakından izleyerek, gerekli önlemleri zamanında almak
- Doğumun nerede ve nasıl yapılacağına karar vermektir (42).

#### 2.4.2. Doğum Öncesi Bakımda Ebenin Görevleri

- Çalışma bölgesindeki gebe sayısını bilmeli
- Amaca uygun ev ziyareti çantası hazırlayabilmeli
- Gebelik tanısı koyabilmeli
- Gebenin öyküsünü alabilmeli
- Gebeye doğum hazırlığı yaptırabilmeli
- Doğacak bebeğin giysisini hazırlayabilmeli
- Gebenin idrarda proteinine, kanda hemoglobinine bakabilmeli
- Kan basıncı, ödem bakabilmeli
- Varis kontrolü yapabilmeli, çocuk kalp sesi (ÇKS) sayabilmeli
- Gebenin boyunu ve kilosunu ölçebilmeli
- Pelvisin iç çaplarını vajinal tuşe ile ölçüp değerlendirebilmeli
- Leopold manevraları yapabilmeli, fundus yüksekliğinden gebelik ayını tayin edebilmeli
- Riskli gebeliklerde erken tanı koyabilmeli
- Tetanoz aşısı yapabilmeli
- Gebeye uygulamalı beslenme eğitimi verebilmelidir (42).

#### 2.4.3. Gebe İzlemleri İle İlgili Olarak Hekimin Görevleri

Bir bölgedeki doğum hızı, o bölgede ne kadar gebe olabileceği hakkında fikir vermektedir. Ülkenin doğum hızı ve sağlık ocağının bölge nüfusu dikkate alınarak yıl içinde ne kadar gebe olabileceği hekim tarafından tespit edilmelidir. Ebelerin tespit ettikleri gebe sayısı, beklenen gebe sayısına yakın değilse, gebelerin hepsine ulaşamamış demektir ve hekimin bu konuda önlem alması, belli aralıklarla ebeleri iş başında denetlemesi ve gebe izlem ve muayene fişlerini kontrol etmesi gerekmektedir.

Ebelerin gebelik konusunda hizmet içi eğitimleri hekimin sorumluluğundadır. Eğitim tekniklerini kullanarak ebelerin bilgi ve becerileri artırılmaya çalışılmalıdır. Aşısı bulunmayan kadınların tetanoz hastalığına karşı aşılınmaları sağlanmalı, ayrıca hekim tarafından her ebeye bir ebe çantası temin edilmelidir (43).

#### 2.4.4. Doğum Öncesi Yapılan İzlemlerin Sıklığı

Ebe, gebeleri en erken dönemde saptamalı ve saptadığı her gebeye izleme fişi çıkartarak belli aralıklarla ziyaret etmelidir. Her izlemede gerekli işlemleri yaparak bulguları izleme fişine kaydetmeli, değerlendirebilmeli ve gebeliğin gidişinin normal olup olmadığına karar vererek gerekli önlemleri zamanında almalıdır.

Her gebe 12. haftaya kadar mutlaka tespit edilip, doğuma kadar ayda bir kez olmak üzere 6 kez izlenmelidir. Ancak, gebe ya da bebek ile ilgili riskli bir durum saptandığında daha sık izlem gerekmektedir.

Tablo 5’de Sağlık Bakanlığı’nın önerdiği şekilde gebe izlem sıklığı ve bu izlemlerin hangi haftalarda yapılması gerektiği görülmektedir.

**Tablo 5:** Gebe İzleme Aralıkları (6)

Gebelik Haftası	İzlem Sıklığı
12. Haftaya Kadar	Tespit ve İlk İzleme
24. Hafta (6. ay)	Bir Kez
28. Hafta (7. ay)	Bir Kez
32. Hafta (8. ay)	Bir Kez
36. Hafta (9. ay)	Bir Kez
39. Hafta (10. ay)	Bir Kez

#### 2.4.5. Doğum Öncesi Dönemde Yapılması Gereken İşlemler

##### 2.4.5.1. Gebeliğin Doğrulanması

Gebeliğin en erken dönemde doğrulanıp izlemlere başlanması nitelikli bir doğum öncesi bakımda oldukça önemlidir. Ebeler, gebeliğin olası ve kesin belirtilerini bilmelidir.

Gebeliğin olası belirtileri ilk aylarda görülen belirtilerdir. Bunlar beklenen adet gecikmesi, bulantı, kusma, aşırme, vajinal akıntıda artma, deri renginin koyulaşması, memelerde dolgunluk ve duyarlılık, vajinal muayenede serviksin hafif mor görünmesi, uterusun normalden büyük, muntazam ve yumuşak olmasıdır.

Kesin belirtileri ise gebelik testinin pozitif olması, fetüs hareketlerinin hissedilmesi, çocuk kalp seslerinin duyulması, fetüs bölümlerinin ele gelmesi ve ultrasonografidir.

Günümüzde gebeliği ovülasyondan 6-8 gün sonra saptayabilecek kadar duyarlı kanda hormon düzeyi tayinlerine dayalı gebelik testleri vardır. Ancak idrarda hormon artışını belirleyen testlerin uygulanması daha kolaydır ve bunlar yaygın olarak kullanılmaktadır. İdrar testleri ile bazen döllenmeden 7 gün sonra pozitif sonuç alınabilmekte, ancak bazen de pozitiflik döllenmeden 28 gün sonraya kadar gecikebilmektedir. Bu durumda adet gecikmesinden birkaç gün sonra pozitif gebelik testi bulgusu alınabileceği gibi, adet gecikmesinden 14 gün sonra alınan negatif sonuç, gebeliğin olmadığı anlamına gelmemektedir (29).

Gebelik için erken subjektif bulgular kimi kadında oldukça kolay farkedilir. Göğüslerde duyarlılık ilk haftada; yorgunluk, bulantı ve sık idrar yapma ikinci haftada ortaya çıkabilir. Öykü, fizik bulgularla birlikte değerlendirilmelidir (29).

Gebeliğin doğrulanması için vajinal muayene gerekebilir. Muayene doktor veya bu uygulama için eğitilmiş ebe/hemşirelerce yapılır. Muayenede serviks ve uterusun yumuşaması, serviks-uterus arası açının kaybolması, uterus ön- arka çapının artması pozitif gebelik testini doğrular (29).

#### **2.4.5.2. Gebeliğin Süresini Belirleme**

Toplam gebelik süresi, ortalama 280 gebelik günü, dörder haftadan oluşan 10 gebelik ayıdır. Klasik olarak üçer aylık bölümlerden (trimester) oluşur. Buna göre ilk 13 hafta (bitirilmiş hafta olarak) 1. trimester, 14-27 haftalar arası 2. trimester, 28 haftadan doğuma kadar geçen süre ise 3. trimesterdir. Beklenen doğum tarihi, son adet tarihinin ilk gününden başlayan 40 haftalık sürenin bitimidir. Bu süre son adet tarihinin ilk gününe 7 gün ekleyip takvimde 3 ay geri gidilerek hesaplanır (44).

#### **2.4.5.3. Gebenin Öyküsünü Belirleme**

Gebelik tanısının doğrulanması ve zamanının hesaplanmasından sonra hangi gebelik haftasında karşılaşırsa karşılaşılsın ilk izlemde ayrıntılı bir öykü alınması gerekir. Öyküde belirlenecek anne ve bebek için geçerli olan tüm risk faktörleri tek tek sorulmalı, gebenin yakınmaları varsa dikkatle kaydedilmelidir (29).

#### **2.4.5.4. Gebenin Davranışını Belirleme**

Kadının gebelik ile ilgili tutumunu gösterecek davranışları mutlaka değerlendirilmelidir. Özellikle gebeliğin istenip istenmediğinin anlaşılması oldukça önem taşımaktadır. Çünkü istenmeyen bir gebelik durumunda kadın kendisinin ve bebeğinin sağlığı konusunda ilgisiz kalabilir ve bu da gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlar. İzlemler sırasında gebenin mutlu ya da tedirgin olduğunu hissetmek oldukça kolaydır. Ayrıca gebenin birlikte yaşadığı kişilerle nasıl bir iletişim içinde olduğu belirlenmelidir. Ev halkı içinde etkili olan kişi veya kişilerin sağlık konusundaki tutumları, gebeliğin seyrini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilecek bir faktördür. Ebe yaptığı ziyaretler sırasında gebeyi ve ailede sözü geçen kişileri tanıma fırsatını bularak buna uygun iletişim yöntemi geliştirebilir.

#### **2.4.5.5. Fizik Muayenelerinin Yapılması**

##### **2.4.5.5.1. Gözlem**

Gebedeki olası risklerin belirlenmesi için yapılacak fizik muayenede ilk işlem dikkatli bir gözlemdir. Gebede konjunktiva ve ağız mukozası solukluğu, diş çürükleri, kalça kemikleri ve eklemleri ilgilendiren bir sakatlık olması, karın ya da vücudun herhangi bir yerinde ameliyat izi, bacaklarda ya da vulvada varis olması gibi durumlar değerlendirilir. Aşırı şişmanlık ya da zayıflık, kısa boylu olma gibi durumlar gözlemlenerek belirlenebilecek bulgulardır.

##### **2.4.5.5.2. Karın Muayenesi**

Karından elle yapılacak leopold manevraları ile uterusun büyüklüğü, bebeğin sırtının hangi tarafta olduğu, bebeğin pelvise doğru olan kısmının ne olduğu ve pelvis içine yerleşip yerleşmediği değerlendirilir.

##### **2.4.5.5.3. Vajinal Muayene**

Vajinal muayene, gebeliğin ilk aylarında kadının gebe olup olmadığını ve gebeliğin kaç aylık olduğunu saptamak için; son aylarında ise rahim boynunun ve rahim ağzının durumunu, gelen kısmın ne olduğunu ve yüksekliğini saptamak, pelvis

içi çapları ve pubis açısını değerlendirmek amacıyla yapılır. Vajinal muayene yapılırken steril koşullara özenle uyulmalıdır (44).

#### **2.4.5.5.4. Çocuk Kalp Sesinin Dinlenmesi**

Çocuk kalp sesi, bebek ve anne yönünden önem taşımaktadır. Gebeliğin ikinci yarısından sonra gebenin her kontrolünde ÇKS dinlenmelidir. ÇKS normalde dakikada 120-160 arasındadır. Eğer 120'nin altına düşer veya 160'ın üzerine çıkarsa, ritm bozukluğu tespit edilirse bebek tehlikede demektir ve ebe zaman geçirmeden gebeyi doktora sevk etmelidir (44).

#### **2.4.5.5.5. Ağırlık Ölçümü**

Gebelik tespit edildiği zamandan itibaren gebenin ağırlığı ölçülmeli ve takibi yapılmalıdır. Normal bir gebelikte, gebe ilk üç ayda sadece 1 kg, üçüncü aydan sonra ise her ay 1-2 kg arasında kilo almaktadır. Ağırlık artışı tüm gebelik boyunca 9-13 kg'dır (44). Normal bir gebelik süresince 10 kg alınmış ise 3200-3300 gr ağırlığında bir bebek doğmaktadır. Yeterince kilo alamayan ya da kilo kaybeden gebe kadınlar mutlaka değerlendirilmelidir. Diyet öyküsü dikkate alınıp gebelik süresince protein ve kalori eksikliği olup olmadığı araştırılmalı, gerekirse dışarıdan destek verilmelidir. Gebenin hızlı kilo alma durumu (haftada 600-900 gr'ın üstünde) genellikle sıvı retansiyonuna ait bir bulgudur. Sıvı tutan kadınlar preeklampsinin diğer bulguları açısından izlenmelidirler (45).

#### **2.4.5.5.6. Boy Ölçümü**

Gebenin boyunun ölçülmesi, çok kısa boylu gebeleri ayırdetmek için gereklidir. Boyu 150 cm'den kısa olan gebelerde baş-pelvis uyumsuzluğu olasılığı fazladır ve doğum mutlaka hastanede olmalıdır.

#### **2.4.5.5.7. Kan Basıncı Ölçümü**

Erken dönemde yapılan izlemde belirlenen kan basıncı ölçümü gebelik öncesi kan basıncını gösteren en yakın değerdir. Gebelik öncesi kan basıncını bilen olgularda bu değer de öykü olarak kaydedilmelidir. Her izlemde gebenin kan basıncı ölçülerek gebe lohusa izlem fişine yazılmalıdır. Ölçümü sırasında gebe rahat bir yere

oturtulmalı, her izlemde aynı koldan ölçmeye özen gösterilmelidir. Kan basıncının yüksekliği için 140/90 mmHg sınır olarak kabul edilmektedir (44).

Kan basıncı yüksek olan gebelere az tuzlu yemesi, tatlı, yağlı ve hamurlu gıdaları kısıtlaması, ağırlıklı olarak sebze, meyve, süt yumurta, et ve kuru baklagiller yemesi, istirahat etmesi önerilmelidir. Kan basıncının yüksek olmasının yanında gebede baş ağrısı, ödem, idrarda protein gibi bulgular varsa zaman kaybetmeden doktora sevk edilmeli ve bu gebeler daha sık izlenmelidir.

#### **2.4.5.5.8. Nabız Kontrolü**

Nabız, bir dakika süre ile radial arter vuruşu sayılarak kaydedilir. Gebenin nabızı dakikada 100 vuruştan fazlaysa ya da ritm bozukluğu varsa ayrıntılı bir dolaşım sistemi ve kalp muayenesi yapılması sağlanmalıdır.

#### **2.4.5.5.9. Ateş Kontrolü**

Gebelerde ateş ölçümü yapılarak olası bir enfeksiyonun erken tanısı ve tedavisi yapılabilir. Gebelerde ateşin 36.5-37.5 derece olması normaldir.

#### **2.4.5.5.10. Ödem Kontrolü**

Ödem kendini ağırlık artışı ile gösterir, önce bacaklarda, daha sonra ellerde, yüzde, karında belirginleşir. Ödem, bacakta tibia kemiğinin ön yüzüne parmakla orta şiddette bastırarak ölçülür. Parmak kaldırıldığında çukurluk kalıyorsa ödem var demektir. Şiddetli kansızlık, kronik böbrek hastalığı, çoğul gebelik, hidroamnios, protein yetmezliği, gebelik toksemisi, yorucu iş yapma, fazla ayakta kalma nedenleriyle ödem gelişebilir. Ödemi olan gebeye, az tuzlu yemesi ve istirahat etmesi önerilmelidir. Bir sonraki kontrolde önerilere uyduğu halde ödem düzelmemişse sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Bunun yanında ödemle birlikte yüksek tansiyon, idrarda protein ya da diğer bazı yakınmaları varsa bu bulgular gebelik toksemisi yönünden önemlidir ve derhal sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir (44).

#### **2.4.5.5.11. Varis Kontrolü**

Gebede varis oluşmaması için, gebeye uzun süre ayakta kalmaması veya oturmaması, sıkı iç çamaşırı, lastikli, sıkı çorap giymemesi söylenmelidir.



Bacaklarda varis varsa gebelere hafif egzersiz yapmaları, günde birkaç kez istirahat ederek bu sırada ayaklarını 30 derece kadar yukarı kaldırmaları önerilmelidir. Varis çorapları önerilebilir, ancak bunların sabah yataktan kalkmadan, ayaklar sarkıtılmadan giyilmesi gerekmektedir. İzlemler sırasında vulvada varis olup olmadığı da kontrol edilmedir (44).

#### **2.4.5.6. Laboratuvar İncelemelerinin Yapılması**

Gebenin hemoglobin ve kan grubunun belirlenmesi, idrar tetkikinin yapılması ve kan şekerinin bakılması, gebenin özelliğine göre diğer laboratuvar tetkiklerinin yapılması gerekmektedir. Ayrıca fetüsün büyümesinin izlenmesinde, doğumsal anomaliler, dış gebelik, plasenta ve uterusun şekil bozuklukları, amnios sıvısının azlığı veya fazlalığı gibi durumlarda ultrasonografik inceleme yapılabilir (27).

##### **2.4.5.6.1. Hemoglobin Düzeyinin Belirlenmesi**

Gebenin her trimesterde hemoglobin düzeyi kontrol edilmelidir. Hemoglobin düzeyi normalde 16 gr/dl (% 100)'dir. Bu değer 11gr/dl altına düşerse anemi olarak değerlendirilmektedir (44).

Hemoglobin ölçümü için kullanılan sahli yöntemi çok güvenilir değildir. Olanak varsa daha duyarlı yöntemler tercih edilmelidir. Yakın çevrede, hastanede, başka bir laboratuvar da hematokrit ya da optik okuyucusu olan hemoglonometre gibi daha duyarlı bir yöntem olduğu biliniyorsa bu tetkikin orada yapılması için gebeye yazılı bir not vererek bu tetkiki yaptırması istenebilir (29).

Gebelik dönemindeki demir ihtiyacını tek başına diyetle karşılamak mümkün olmadığından gebe kadınlara demir desteği verilmesi önerilmektedir. Standart öneri 12. haftadan itibaren günde 30 mg elementer demiri basit tuzlar şeklinde vermektir. Bu miktar, gebelik öncesi demir ve hemoglobin seviyeleri normal olan kadınlar için geçerlidir. Çoğul gebeliği olan kadınlar, daha önce çok doğum yapmış olanlar ve gebelik öncesi anemisi olanlar günde 60-100 mg demir almalıdır (45).

Gebelerde folik asit eksikliğine bağlı anemi de görülmektedir. Bu yüzden B<sub>12</sub> ve folik asit içeren preparatlar anemi olsun veya olmasın gebelere 4. aydan itibaren verilmelidir (44).

#### **2.4.5.6.2. İdrarda Protein Arama**

Ebe gebeyi her kontrol edişinde idrarda protein kontrolü yapılmalıdır. Bunun için, cam tüpün üçte ikisine kadar idrar konmalı, tüp maşa ile tutularak alttan ısıtılmalıdır. İdrarda bulanıklık oluşursa ve 2-3 damla asetik asik damlatmakla bulanıklık açılmıyorsa idrarda protein var demektir. Bulanıklığın derecesi, protein miktarı hakkında kabaca fikir verir. Normalde protein idrara geçmeyip, böbreklerden geri emilmektedir.

İdrarda protein varsa gebeye tuzsuz yemesi, özellikle bol proteinli besinler alması önerilmelidir. İdrarda proteinle beraber yüksek tansiyon, ödem gibi yakınmalar varsa gebe kesinlikle bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir (44).

#### **2.4.5.6.3. Kan Grubu Tayini**

Kan grubu tayini olanak varsa ebe tarafından yapılmalı, yoksa kan grubu tayini yapan bir merkeze gönderilmelidir. Anne ile bebek arasında kan uyumsuzluğunun olmaması, erken dönemde tedbir alınabilmesi için anne ve babanın kan gruplarının bilinmesi gerekmektedir. Uyuşmazlık söz konusu ise anne bir doktora sevk edilmeli ve doğumunu bir hastanede yapması sağlanmalıdır (44).

#### **2.4.5.7. Gebenin Tetanoza Karşı Bağışıklanması**

Tetanoz, önlem alınmazsa öldürücü olabilen bir hastalıktır ve yenidoğan tetanozu, annenin aşılması ile kesinlikle önlenir. Tetanoz aşısı, toksoid bir aşı olduğu için gebelerde rahatça kullanılabilir. Bu nedenle her gebenin nerede doğum yapacağına bakılmaksızın tetanoza karşı aşılması sağlanmalıdır.

Gebe hiç aşılanmamışsa birinci trimesterden sonra, 4 hafta ara ile iki doz tetanoz aşısı yapılmalıdır. Eğer gebe daha önce aşılanmışsa birinci trimesterden sonra tek doz aşı yapılmalıdır.

Tetanoz aşısı gebelikte 2 doz, ikinci dozdan 6 ay sonra 1 doz, 3. dozdan bir yıl sonra 1 doz, 4. dozdan bir yıl sonra 1 doz olmak üzere 5 doz yapıldığında ömür boyu bağışıklık sağlamaktadır. 5 doz aşı tamamlanmışsa, bir önceki dozdan bu yana ne kadar uzun süre geçmiş olursa olsun yine tek doz şeklinde devam edilmeli, baştan başlanılmamalıdır. Aşıya karşı antikor cevabının oluşabilmesi için son doz aşının en geç doğumdan 3 hafta önce yapılması gerekmektedir (44).

**Tablo 6:** Doğurganlık Çağı (15-49 yaş) Kadınlarda Aşı Takvimi (6)

Doz	Uygulama Zamanı	Koruma Süresi
TT1	Gebeliğin 4. ayı	Yok
TT2	TT1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
TT3	TT2'den 6 ay sonra	5 yıl
TT4	TT3'den en az 1 yıl sonra ya da sonraki gebelikte	10 yıl
TT5	TT4'den en az 1 yıl sonra ya da sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyu

#### 2.4.5.8. Gebenin Eğitimi

Ebe, doğum öncesi dönemde gebede görülebilecek bulantı, kusma, konstipasyon, hemoroid gibi yakınmalara karşı önerilerde bulunulmalı, beslenme, hijyen, sağlıklı doğum, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda gebeye eğitim verilmeli ve doğumun nerede ve nasıl yapılacağı kararlaştırılmalıdır.

#### 2.4.6. Doğum Öncesi Dönemde Saptanan Risk Faktörleri

##### 2.4.6.1. Gebenin Öyküsünde Saptanan Risk Faktörleri

- Yaş (35 yaşından büyük multiparlar, 30 yaşından büyük primparlar, 20 yaşından küçük gebeler)
- Doğum sayısı (ilk doğum, 5 ve daha sonraki doğumlar)
- Daha önceki doğumla ilgili fena öykü (postmatür ölü doğum, intrauterin ölüm, birbirini izleyen ikiden fazla kendiliğinden düşük, anomalili bebek doğumu, tekrarlanmış prematür doğum eylemi, güç doğum, uterus üzerinde skar bırakan ameliyat geçirme, daha önce doğumun 3. devresinde komplikasyon geçirme)
- Çoğul gebelik
- Önceki gebelikte aradaki sürenin 2 yıldan kısa olması
- Daha önceki gebeliklerde preeklampsi veya eklampsi geçirme
- Kronik hastalık öyküsü
- Daha önce 4 kg'dan ağır bebek doğurma
- Sigara içme

- Ailenin sosyo-ekonomik durumunun düşük olması
- Gebeliğin planlanmamış, istenmeyen gebelik olması (44).

#### **2.4.6.2. Gebenin İzlenmesi Sırasında Saptanan Risk Faktörleri**

- Anemi
- Preeklampsi
- Annede sistemik hastalık bulunması
- İlk 3 ayda viral hastalık geçirme, ilaç kullanma
- Gebeliğin erken veya geç döneminde vajinal kanama olması
- Annenin az veya aşırı kilo alması
- Sürmatürasyon
- Hidroamnios
- Baş-pelvis uyumsuzluğu
- Rh uyumsuzluğu
- Çoğul gebelik
- Bebeğin uygunsuz prezantasyonu (44).

### **2.5. Doğum ve Doğum Sonu Dönem**

#### **2.5.1. Doğum Eylemi**

Normal doğum, fizyolojik bir mekanizmayla, belli bir süre içinde, baş kısmı ilk önce doğacak şekilde, canlı bir bebeğin uterustan vajinal yolla doğmasıdır. Doğum genellikle normal, fizyolojik bir olaydır. Ancak her anında beklenmedik tehlikelerin ortaya çıkabileceği de unutulmamalıdır (44).

#### **2.5.2. Doğumların Yapıtırılması**

Ana sağlığı programlarının bir hedefi de, doğumların tümünün ya sağlık kuruluşlarında ya da evlerde sağlık personeli yardımı ile olmasını sağlamaktır. Özellikle riskli gebelerin önceden belirlenerek doğumlarını sağlık kuruluşlarında yapmalarını sağlamak ana sağlığı hizmetlerinin başlıca amaçlarındandır (43).

Doğum, diğer sağlık olaylarına göre sosyal yönü daha fazla olan geleneksel bir olgudur. Anne sağlık bakımı yanında başka yönlerden de destek aramaktadır. Bu nedenle doğumda annenin yanında bulunan kişi çok önemlidir. Uzmanlara ulaşmak

kolay olsa bile bazı toplumlarda geleneksel olarak alışılmış yöntemlerle doğum yapma sürdürülmek istenmektedir. Bu durum doğuma yalnızca bir sağlık olayı olarak bakılmadığının bir göstergesidir. Doğumda psikolojik ve teknik açıdan özenli bir yardımcının varlığı doğumun sağlıklı olmasını önemli ölçüde etkiler. Gebenin kendini rahat, güvenli hissetmediği ve kabul edemeyeceği bir ortamda doğum yapması halinde doğum olumsuz olarak etkilenmektedir. Tanıdıkları kişiler tarafından izlenen gebelerde, bebeğin intrauterin gelişmesinin daha iyi olduğu, bildikleri ebeler tarafından doğum yaptırılan, yakın iletişim kurulmuş kadınların daha az sezaryen ve indüksiyonla doğum yaptıkları tespit edilmiştir. Annenin kaygılarının azalması ve bebeğin daha az stres yaşaması için tek başına teknik uzmanlık bilgisi yeterli değildir. Diğer taraftan bilgisiz bir yardımcının da güvenli bir doğum yaptıramayacağı açıktır (29).

Özellikle kırsal alanlarda doğuma yardım için diplomasız ebelerin ya da komşu kadınların çağırılması, anne ve bebek için en büyük tehlikedir. Buna bağlı olarak, pek çok anne ve bebek ölümü ya da sakatlıklar meydana gelmektedir. İyi bir ebeğin başta gelen görevlerinden biri, izlediği gebenin doğumuna da kendisinin çağırılmasını sağlamaktır. Bunun için ebe, doğum öncesi dönemde gebe ile arasında iyi bir bağ sağlayıp, yeterli güven duygusu vermelidir (42).

Doğumlarını hastanede yapması gereken kadınlara ve yakınlarına, ebe tarafından durum açıkça belirtilmeli ve bu yapılmadığı takdirde karşılaşılabilecekleri sorunlar açıklanmalıdır. Bu kişiler doğuma yakın dönemde bir kez daha ziyaret edilerek hastaneye gitmeleri hatırlatılmalıdır. Bazı durumlarda sağlık evi ya da sağlık ocağı ebesinin de gebeyle birlikte hastaneye gitmesi gerekebilir. Ebe birlikte gidemeyecekse gebeye, hastanedeki uzmanlara verilmek üzere riskli durum ve sevk edilmesinin nedenini açıklayan bilgileri yazılı olarak vermelidir (43).

Doğum, fizyolojik bir olay olmakla birlikte, riskli ve normal dışı durumlar anne ve bebeğin yaşamını tehlikeye sokabilir. Bu nedenle ebelerin her türlü doğuma müdahale edebilecek bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir. Ebeler, izlemekte oldukları tüm gebelere, adreslerini, varsa telefonlarını ve kendilerine nasıl ulaşabileceklerini önceden belirtmelidirler. Böylece acil bir durumda danışmak istediklerinde ya da doğum ağrıları başladığında aile kolayca ebeye ulaşabilir. Yıllık izin gibi nedenlerle çalıştıkları yeri terk edeceklerse, izlemekte oldukları gebelerin

hangi nedenle ve kimlerden yardım isteyebileceklerini bilmelidirler. Aslında her sağlık ocağında bu tür durumlarda, hangi ebenin hangi gebelerden ya da yerleşim yerlerinden sorumlu olacaklarını gösterir bir liste önceden belirlenmelidir (43).

### **2.5.3. Doğum Konusunda Ebenin Görevleri**

- Çalışma bölgesinde doğumu yaklaşan gebelerin sayısını bilmeli
- Doğum için tüm gereçleri içeren doğum çantasını hazırlayabilmeli
- Kendini doğuma hazırlayabilmeli
- Vajinal tuşe yapıp bulguları değerlendirebilmeli
- Perine temizliği yapabilmeli
- Gebeye rahat bir doğum yeri hazırlayabilmeli
- Lavman yapabilmeli
- İdrarı sonda ile boşaltabilmeli
- Normal doğum yaptırabilmeli
- Müdahaleli doğumlara zamanında karar verebilmeli
- Doğumdan sonra yırtık kontrolü yapabilmeli
- Plasentayı tam olarak çıkartabilmeli
- Kanama kontrolü yapabilmeli
- Göbek kordonu kesip bağlayabilmelidir (42).

### **2.5.4. Doğumla İlgili Risk Faktörleri**

- Prematür doğum eylemi, sürmatürasyon
- Erken membran rüptürü, kordon sarkması, geliş bozukluğu
- Çoğul gebelik, plasenta previa, plasenta dekolmanı
- I. derecede ağrı zaafı, tetanik kontraksiyonlar, fetal sıkıntı
- Plasenta retansiyonu
- Dar pelvis
- Hızlı doğum, uzamış doğum eylemi, engellenmiş, ilerlemeyen doğum eylemi
- Uterus rüptürü ve uterus inversiyonudur (44).

### **2.5.5. Doğum Sonu Dönem**

Doğum eylemi sona erdikten sonra 6 hafta (42 gün) sürecek olan lohusalık dönemi (puerperium) başlamış olmaktadır. Bu dönemde bütün sistemler, özellikle üreme organları gebelik öncesi durumlarına geri dönmektedir. Doğum sonrası dönem, annede fizyolojik ve psikolojik değişimlerin olduğu normal bir süreçtir fakat bu dönemde ortaya çıkan patolojik durumlar anne ve bebeğin hayatına neden olmaktadır. Bu nedenle lohusalık döneminde sağlığı etkileyecek risk faktörlerinin bilinmesi ve erken dönemde tanınması gerekmektedir.

Doğumun ertesi günü anne kesinlikle görülmeli ve bir komplikasyon olup olmadığı araştırılmalıdır. Kanama, yüksek ateş, şiddetli ağrı ve kötü kokulu akıntı gibi durumlar varsa, sağlık ocağı hekimine haber verilmeli ya da annenin uygun bir sağlık kuruluşuna başvurması sağlanmalıdır. Bu dönemde anne, en az iki kez daha izlenmelidir (6).

### **2.5.6. Doğum Sonu Dönemde Ebenin Görevleri**

- Çalışma bölgesindeki lohusa sayısını sürelerine göre bilmeli
- Kanama kontrolü yapabilmeli
- Loşi kontrolü yapabilmeli
- Fundus yüksekliğine bakabilmeli
- Fundus masajı yapabilmeli ve öğretebilmeli
- Ateş ölçebilmeli, enjeksiyon yapabilmelidir (42).

### **2.5.7. Doğum Sonu Dönemde Risk Faktörleri**

- Kanama
- Puerperal enfeksiyon ( lohusalık humması)
- Puerperal trombo-emboli
- Meme hastalıkları ( meme başının çatlaması, meme başının aşırı dolgunlaşıp sertleşmesi, meme iltihabı, meme absesi)

### **2.5.8. Yeni Doğan Bebek Konusunda Ebenin Görevleri**

- Çalışma bölgesindeki bebek ve çocukların sayısını bilmeli
- Yenidoğanı aspire edebilmeli

- Göbek bakımı yapabilmeli
- Yenidoğanın boyunu kilosunu ölçebilmeli, göz bakımı yapabilmeli
- Asfiksili doğan çocuğa suni solunum yapabilmeli
- Doğuştan olan sakatlıklar ve anormal durumları (kalça çıkığı, kapalı anüs, tavşan dudak, kurt ağzı gibi ) saptayabilmelidir (42).

## **2.6. Aile Planlaması**

### **2.6.1. Tanımı ve Önemi**

Aile planlaması; herkesin istediği zaman, istediği kadar çocuk sahibi olması için topluma sağlanan sağlık hizmetlerinin bütünüdür. Aile planlaması kapsamında; hem fazla çocuk istemeyen ailelere, hem doğum aralıklarını açmak isteyenlere, hem de çocuk sahibi olamayan ailelere tıbbi yardım hizmetleri söz konusudur. Aileler çocuk yapmada serbesttirler, kendi iradeleri ile istedikleri kadar çocuk sahibi olabilirler. Ancak aileler çocuk sahibi olmak ya da olmamak istediklerinde onlara yardımcı olmak, rehberlik etmek ve aileleri bu konularda eğitmek aile planlaması hizmetinin gereğidir (46).

Aile planlaması programlarının ihtiyaçlara cevap vermemesi; kullanıcı merkezli olmaması, sınırlı danışmanlık hizmeti sunulması, gelişmelerin takip edilmemesi, işlemlerin uygulanmasındaki sorunlar ve aile planlaması hizmetlerinin diğer üreme sağlığı hizmetleri ile entegre olmaması sonucunda, milyonlarca insan yaşlarına, üreme hedeflerine, sağlık ihtiyaçlarına ve statülerine uygun aile planlaması yöntemlerini kullanamamaktadır (19).

Kaliteli bir aile planlaması hizmeti, her şeyden önce kolay ulaşılabilen, uyum içinde yönetilen sağlık kuruluşlarında eğitilmiş personel tarafından danışmanlıkla sürdürülen hizmettir. Başarılı bir danışmanlık yaklaşımıyla hizmet verirken tüm yöntemler hakkında bilgi verilir. Yöntem seçimi bilgi ve isteğe göre yapılır. Kaliteli bir hizmet için eldeki kaynaklara göre en iyi bakım en iyi ilişkilerle verilmelidir. Danışmanlık, herhangi bir konuda kişiye, güvenilir, bilgili ve konu hakkında tecrübe sahibi kişiler tarafından bilgi ve beceri verilmesi, kişinin bilinçlendirilerek kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturmasına yardım edilmesidir. Bu tanımlamada önemli olan nokta danışmanlık hizmeti veren kişinin bilgi ve beceri sahibi olması ve



başvuran kişi yerine karar vermeyerek, kararın oluşturulmasına yardımcı olmasıdır (47).

Aile planlaması hizmetleri ile, gebelik, düşük ve doğuma bağlı ana ölümleri azalmakta, kadınların jinekolojik yakınmaları, doğum yapacağı yaşın ayarlanmasına bağlı olarak gebelik ve doğum komplikasyonları, düşük ve küretaj sayılarında düşme meydana gelmektedir. Kadınların gebe kalma korkusuyla psikolojik bunalıma girmeleri önlenmekte, ailede huzur ve mutluluk sağlanmaktadır. Ayrıca beslenme bozuklukları, anemi gibi hastalıklar seyrekleşmektedir. Tüm evli kadınların artık çocuk istemedikleri için gebeliği önleyici yöntem kullanmaları durumunda, her yıl meydana gelen ana ölümleri üçte bir oranında azalabilmektedir. 15-36 yaş grubundaki kadınlarda görülen ölümlerin % 40-60'ı sağlıksız koşullarda yapılan doğumlar, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan düşükler gibi sağlığı tehdit eden üreme olaylarıyla ilgilidir (2).

### **2.6.2. Aile Planlaması Yöntemleri**

Günümüzde kullanılan aile planlaması yöntemleri şunlardır (48):

- Kadına ait geriye dönüşümü olan yöntemler
  - Gebeliği önleyici haplar
  - Rahim içi araç (RİA)
  - Norplant (deri altı kapsülleri)
  - Gebelikten koruyucu enjeksiyonlar
  - Diyafram
  - Sperm öldürücüler (spermisitler)
  - Doğal aile planlaması yöntemleri (fertil günleri belirleme)
  - Emzirme
- Kadına ait geriye dönüşümü olmayan, kalıcı yöntemler
  - Tüplerin bağlanması (tüp ligasyonu)
- Erkeğe ait geriye dönüşümü olan yöntemler
  - Kondom (prezervatif)
- Erkeğe ait geriye dönüşümü olmayan, kalıcı yöntemler
  - Sperm kanallarının bağlanması (vazektomi)

### 2.6.3. Aile Planlamasında Riskli Guruplar

Aile planlaması hizmetlerinde öncelik verilmesi gereken riskli guruplar (27):

- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlar
- Okur-yazar olmayanlar (özellikle kadınlar)
- Gebelik aralığı iki yıldan az olanlar
- Doğum sayısı 5 ve daha fazla olanlar
- Yaşı 35 ve üzerinde, 18 ve altında olanlar
- Sistemik hastalığı olanlar (diabet, kalp hastalığı vb.)
- Anemik olanlar
- Anomalili bebek doğurmuş olanlar
- Daha önceki doğumda kötü obstetrik öyküsü olanlar
- Artık çocuk istemediği halde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayanlar ya da geleneksel/etkisiz yöntem kullananlardır.

### 2.6.4. Aile Planlaması Konusunda Ebenin Görevleri

- Çalışma bölgesindeki 15-49 yaş evli kadın sayısını bilmeli
- Aile planlaması konusunda eğitim ve danışmanlık yapabilmeli
- Toplum liderleriyle ilişki kurabilmeli
- Çalıştığı toplumu tanımalı, aile planlaması gereksinimi olan aileleri saptayabilmeli
- Risk taşıyan gurupları ayırt edebilmeli
- Meme muayenesi yapabilmeli
- Pelvik muayene yapabilmeli, normal ve normal olmayan bulguları değerlendirebilmeli
- Aile planlaması gereksinimi olan kadınlara en uygun ve en etkili yöntemi seçip uygulayabilmeli
- 15-49 yaş grubu kadınları rutin olarak izleyebilmeli
- Çocuğu olmayan kadınlara gerektiğinde rehberlik edebilmeli
- Aile planlaması yöntemlerini uygulamayı bilebilmeli
- Aile planlaması işlemlerinde kullanılacak aletleri steril edebilmelidir (42).

## **2.7. Sağlık Hizmetlerinde Kayıt Sistemi**

### **2.7.1. Kayıt Sisteminin Önemi**

Sağlık kayıtlarının tarihi, tıp tarihi kadar eskidir. Her devirde hasta bakımıyla uğraşan kişiler hastalıkların belirtilerini ve bu belirtilere karşı uyguladıkları iyileştirici yöntemleri yazmışlardır. Kendilerinden sonraki kuşaklar bunlardan yararlanmış ve tıp bilimi bugünkü çağdaş düzeyine ulaşmıştır. Gelecek kuşaklar da bugünkü bilgilerden yararlanacaklardır. Bu nedenle verilen sağlık hizmetinin kalitesini gösteren önemli ölçütlerden birisi de sağlık kayıtlarının düzenli tutulmasıdır.

Sağlık kayıtları; hasta ya da sağlam tüm bireylerin, sağlık veya hastalıklarıyla ilgili verilerin ve sağlık yönetimiyle ilgili verilerin yazıldığı defter, form ya da formlar topluluğu olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık kayıtlarının tüm verileri kapsar biçimde, doğru ve zamanında düzenlenmesi, saklanması ve istendiğinde kullanıcıların hizmetine sunulmasının sağlanması sağlık kuruluşlarının en önemli görevlerinden biridir.

Sağlık kayıt sisteminin planlanması, kurulması ve çalıştırılması bir uzmanlık işidir. Kayıtların, hasta bakımındaki, araştırmalardaki ve bilimsel çalışmalardaki yeri tartışılmaz. Ancak ülkemizde bu konuya gereken önemin verildiğini söylemek mümkün değildir. Bunun en iyi kanıtı, ülkemizde tıp eğitimi veren kurumların hastanelerinde bile kayıtların arzu edilen biçimde tutulduğunu ve her aranan bilginin bulunabileceği bir kayıt sistemine sahip olduklarını söylemenin mümkün olmadığıdır.

Sağlık Bakanlığı hizmetlerini planlarken hastanelerden ve sahadan toplanarak kendisine gönderilen verileri kullanmaktadır. Bu veriler en küçük birim olan sağlık evlerinden sağlık ocaklarına, sağlık ocaklarından il sağlık müdürlüklerine, il sağlık müdürlüklerinden de Sağlık Bakanlığı'na gönderilmektedir. Toplanan bu verilerin kaynağı büyük oranda mevcut sağlık kayıtlarıdır (8).

### **2.7.2. Sağlık Ocaklarında Kayıt Tutmanın Amaçları**

- Bir bölgede tutulan kayıtlar doğru ve eksiksizse, o bölgede yapılacak araştırmalarda sağlam kaynak oluşturabilmektedir.

- Hizmetlerin planlanmasında bilgiye gerek duyulur. Bu bilgileri sağlamanın en etkin yolu sürekli kayıt tutmadır. Yapılan her hizmetin yazılması, daha sonraki hizmetlerde karar vermeyi kolaylaştırmakta, daha sonra yapılacak hizmeti yönlendirmektedir.
- Sağlık ocağının hizmetlerinin ve verimliliğinin değerlendirilmesinde bilgiye, dolayısıyla kayıtlara gerek vardır. Bölgede yapılacak hizmetlerin programlarının yapılması, denetim ve eğitim hizmetleri ile değerlendirme çalışmaları, kayıtlar sonucu elde edilen verilere dayanılarak yapılmaktadır.
- Sağlık ocağı bölgesindeki toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesinde bilgiye ve kayıtlara gerek vardır. Ocağa ilişkin tüm istatistikler, hastalık ve ölüm sayıları ile bu konudaki hız ve oranlar bu kayıtlardan yararlanılarak elde edilir. Kayıtlar, sağlık ocağı bölgesinin önemli sağlık sorunlarının neler olduğunu ortaya koymaktadır.
- Kayıt formlarına bireylere verilen tüm hizmetler yazıldığından bireylerin tüm özelliklerini kapsayan bir kayıt elde edilmiş olmaktadır.
- Değişik konularda hesaplanacak hız ve oranlar verilen hizmetin ne denli etkin olduğunu belirleyebilmektedir.
- Kişilerin ve hizmetlerin periyodik olarak izlenmesi ve etkinliğin bu yolla artırılabilmesi ancak kayıtlarla mümkün olabilmektedir (43,49).

### **2.7.3. Plan Yapma ve Kayıt Tutma Konusunda Ebenin Görevleri**

- Aylık ve günlük çalışma planı yapabilmeli ve uygulayabilmeli
- Toplama, çıkarma, çarpma, bölme, oranlama ve yüzde hesabı yapabilmeli
- Her yıl, bölgesindeki yıl ortası nüfus tespitini yapabilmeli ve sonuçları ev halkı tespit fişlerine işlenmek üzere sağlık ocağına bildirebilmeli
- Yaptırdığı doğumlara ve diğer doğumlara rapor hazırlayabilmeli
- Bölgesindeki ölümleri ve doğumları ev halkı tespit fişlerine işlenmek üzere bağlı bulunduğu sağlık ocağına zamanında bildirebilmeli
- Bölgesinde tespit ettiği her gebeye, gebe izlem kartı, 0-6 yaş grubu çocuklara çocuk izleme kartı çıkartıp izlemlerini yapabilmeli
- Lohusa izlemlerini karta işleyebilmeli
- 15-49 yaş grubu evli kadınları izleme formuna kaydedebilmeli

- Aile planlaması uygulanan kadınlar için gerekli kayıtları tutup, form doldurarak ilgili yerlere gönderebilmeli
- Bulaşıcı hastalıklarda ihbar formu doldurup ilgili yerlere gönderebilmeli
- Tablo, grafik, kroki yapabilmeli, gebe, lohusa, çocuk ve 15-49 yaş kadın izleme formlarından elde edilen bulguları yorumlayabilmeli
- Ebe yürüttüğü hizmetlerle kendi kendini değerlendirebilmelidir (42).

### 3. MATERYAL VE METOD

#### 3.1. Araştırma Yapılan Bölgenin Özellikleri

##### 3.1.1. Tarihçe

Isparta şehrinin kuruluşu Lidyalılar dönemine rastlamaktadır. M.Ö. 546 tarihinde Perslerin Lidya Devletini yıkmaları ve Anadolu'ya hakim olmaları ile Perslerin üstünlüğü kabul edilmiştir. Çok eski çağlardan günümüze kadar çeşitli devletlerin ve uygarlıkların yerleşim yeri olması nedeniyle çok zengin bir kültüre sahiptir. M.Ö. 1900-1200 yılları arasında Hititler, M.Ö. 800-620 arası Frigyalılar ve daha sonra uzun bir süre Yunan İmparatorluğu egemenliğinde kalmıştır (50).

Kentin adı, İlk Çağ'da aynı yerde bulunan Baris kentinden gelmektedir. Orta Çağ'da Müslüman Araplarla Bizanslılar arasında birkaç kez el değiştiren kent, 1204 yılında Selçukluların eline geçmiştir. Anadolu Selçuklularının çöküşünden sonra kurulan Hamitoğulları Beyliği'nin önemli bir merkezi olan Isparta, bu dönemde Hamdabat adıyla anılmıştır. Osmanlı ve Karamanoğulları arasında bir süre el değiştirdikten sonra Çelebi Mehmet döneminde kesin olarak Osmanlı topraklarına katılmıştır (51).

Isparta'nın 18. yüzyılda çeşitli deprem ve su baskınlarından zarar gördüğü bilinmektedir. 1919-1922 yılları arasında işgallerden çok az etkilenmiştir. Kentleşme, kurtuluş mücadelesinden sonra 1924 yılında çıkarılan Köy Kanunu ile başlamış, 1930 yılında Belediyeler Yasası yürürlüğe girdikten sonra elektrik, su, yol gibi kentin önemli sorunları plana bağlanarak çözülmeye çalışılmıştır (50).

##### 3.1.2. Coğrafi Özellikler

Isparta İli, Akdeniz Bölgesi'nin batı bölümünde, Göller Bölgesi denilen iç kesimde yer almaktadır. Yüzölçümü 9833 km<sup>2</sup>'dir. Doğuda Konya, kuzey ve kuzey batıda Afyon, batı ve güneybatıda Burdur, güneyde Antalya illeri ile çevrilmiştir.

Isparta İli arazisi 3. Jeolojik zamanda teşekkül etmiş beyaz tebeşir ve kalkerden meydana gelmiştir. Daha sonraki tektonik ve volkanik hareketlerle yeni şekillenmeler kazanmış olan bu yüksek bölgenin büyük kesimi Antalya havzasında kalmak üzere Beyşehir ve Burdur gölleri kapalı havzaları üzerinde bulunmaktadır. İlin yüksek ve engebeli olan toprakları kuzey doğu ve doğudan Sultan Dağları,

Beyşehir Gölü ve Dedegül Dağları'nın güney uzantıları, güneyden Antalya havzasının yüksek kesimleri, batı ve güney batıdan Karakuş Dağları, Söğüt Dağları, Burdur Gölü ile Ağlasun ve Bucak yaylaları gibi tabii sınırlarla kuşatılmıştır.

Yeryüzü şekilleri % 64.4 oranında dağlardan, % 16.8 ovalardan ve % 14.8 oranında platolardan oluşmuştur. Topraklarının % 74'ü tarıma elverişlidir. Alanının % 7.5'inden fazlası göllerle kaplıdır. En büyük gölü ise Eğirdir Gölü'dür (50).

### **3.1.3. Ekonomik Yapı**

Geçmişte arazinin yeterli olmamasından dolayı halk daha çok sanatla uğraşmış, küçük sanatlar yanında özellikle halıcılık başlıca gelir kaynağı haline gelmiştir. Isparta, bölge ve ülkenin en büyük halı pazarıdır. İlçeler ve komşu illerde dokunan halıların tamamına yakın kısmı yıkama ve pazarlama işlemleri için Isparta'ya gelmekte, imalat için gerekli hammaddeleri buradan temin etmektedirler.

Bölge arazisinin kokulu ve tıbbi bitkiler yetiştirmeye elverişli olması, Isparta'yı ülkenin yegane gül üreten ve gülyağı ihracatı yapan bir bölgesi haline getirmiştir.

Isparta'da maden çeşitlerinin bol olmasına karşılık işletilememesi sonucu madencilik sanayi fazla gelişmemiştir. İl sınırları içinde kükürt madeni olması nedeni ile bu alanda gelişmeler görülmektedir. İlde çimento, yün iplik, yem ve orman ürünlerini değerlendiren fabrikalar ile tuğla-kiremit üretim tesisleri bulunmaktadır (50,51).

### **3.1.4. Nüfus**

Isparta'nın 1927'de 16 000'e yaklaşan nüfusu, 1990'da 112 000'i aşmıştır (51). 2003 yılı Ev Halkı Tespit Fişleri'ne göre ilin toplam nüfusu 370 357, hane sayısı 106 574'dür. Hane başına düşen ortalama nüfus ise 3.5'tir (52).

**Tablo 7:** Isparta İli'nde Hane ve Nüfusun Yerleşim Birimlerine Göre Dağılımı, 2003 (52)

Yerleşim Yeri	Hane	Nüfus	%
İl Merkezi	46.319	152.609	41.2
İlçe Merkezi	21.696	73.149	19.7
Belde	16.346	60.620	16.4
Köy	22.217	83.979	22.7

### 3.1.5. Sağlık Ocaklarının Durumu

Isparta Sağlık Müdürlüğü'nün 2003 yılı istatistiklerine göre (52) ilde fiilen hizmet veren sağlık ocağı sayısı 86'dır. Sağlık evlerinin sayısı ise 122'si köy, 115'i mahalle olmak üzere toplam 237'dir.

Sağlık ocaklarında görev yapan personel sayısı toplam 1033'tür ve 1 uzman doktor, 171 pratisyen doktor, 97 sağlık memuru, 49 çevre sağlık teknisyeni, 150 hemşire, 345 ebe, 51 memur, 44 şoför, 110 hizmetli, 7 sıtma işçisi, 4 röntgen teknisyeni ve 4 laboratuvar teknisyeninden oluşmaktadır. Sağlık ocaklarında bir ebeye düşen nüfus 1073, bir hemşireye düşen nüfus 2485, bir sağlık memuruna düşen nüfus 3818 ve bir doktora düşen nüfus 2153'tür. Bir doktora düşen yıllık poliklinik hastası sayısı 3635, günlük ortalama poliklinik hastası sayısı ise 10'dur.



**Tablo 8:** Isparta İli'ne Ait Bazı Demografik Veriler, 2003 (52)

Parametre	Oran
Kaba Doğum Hızı (Binde)	12.1
Doğurganlık Hızı (Binde)	44.5
Kaba Ölüm Hızı (Binde)	4.0
Nüfus Artış Hızı (Binde)	8.1
Ana Ölüm Hızı (On Binde)	8.9
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	16.5
Perinatal Bebek Ölüm Hızı (Binde)	15.4
Düşük Hızı (Bin Canlı Doğumda)	41.0
Bir Gebeye Yapılan Ortalama İzlem Sayısı	9.9
Bir Lohusaya Yapılan Ortalama İzlem Sayısı	1.9
Bir 15-49 Yaş Kadına Yapılan Ortalama İzlem Sayısı	1.3
Bir Bebeğe Yapılan Ortalama İzlem Sayısı	7.8

**Tablo 9:** Isparta İli'nde Doğumların Yapıldığı Yere ve Yardım Eden Kişilere Göre Dağılımı, 2003 (52)

	Sayı	%
Hastanede	4338	96.74
Hekim	1	0.02
Ebe	82	1.83
Diğer Sağlık Personeli Yardımı İle	8	0.18
Sağlık Personeli Yardımı Olmadan	55	1.23
<b>Toplam</b>	<b>4484</b>	<b>100</b>

Bu araştırma Isparta ilindeki 18 sağlık ocağında yapılmıştır. Bu sağlık ocakları: Bağlar, Bahçelievler, Binbirevler, Çelebiler, Çünür, Davraz, Gülcü, Gülistan, Halikent, Karaağaç, Kurtuluş, Mehmet Töngge, Sanayi, Sermet, Vatan, Yedişehitler, Yenice ve Zafer sağlık ocaklarıdır. Binbirevler, Çünür, Davraz, Gülistan, Halikent, Mehmet Töngge ve Sanayi sağlık ocakları kendi binasında, diğerleri ise geçici binada hizmet vermektedir. Sağlık Müdürlüğü binasında bulunan Çelebiler Sağlık Ocağı, 2003 yılı Nisan ayından itibaren 24 saat hizmet vermeye başlamıştır.

**Tablo 10:** Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocaklarının Personel Durumu, 2003 (52)

	Dr	Sağlık Memuru	Sağlık Teknisyeni	Çevre Sağlık Teknisyeni	Hemşire	Ebe	Memur
Bağlar*	5	2	1	3	5	14	1
Bahçelievler	1	1	-	-	5	6	1
Binbirevler	2	2	-	-	1	5	-
Çelebiler	9	3	3	-	7	10	-
Çünür	7	1	-	-	1	5	-
Davraz*	6	-	-	2	5	12	1
Gülcü	5	1	-	2	3	9	1
Gülistan	3	-	-	3	6	6	1
Halikent	5	2	-	1	7	13	1
Karaağaç	5	1	-	-	3	7	1
Kurtuluş	7	1	-	3	7	10	1
M. Tönge	1	1	-	-	2	4	1
Sanayi	5	2	-	3	4	11	1
Sermet	5	1	-	-	5	8	-
Vatan	-	-	-	-	5	5	1
Yedişehitler*	4	2	-	2	5	19	1
Yenice	2	2	-	-	3	7	-
Zafer	1	1	-	-	2	7	1
<b>Toplam</b>	<b>73</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>76</b>	<b>158</b>	<b>13</b>

\* Bu sağlık ocaklarında birer tane sıtma işçisi görev yapmaktadır

**Tablo 11:** Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocaklarına Ait Bazı Demografik Özellikler, 2003 (52)

	Hane Sayısı	Nüfus	15-49 Kadın Sayısı	Bebek Sayısı	Çocuk Sayısı	Doğum Sayısı	Düşük Sayısı
Bağlar	4729	15933	4422	210	945	190	10
Bahçelievler	1943	6825	1988	110	459	95	6
Binbirevler	1792	6489	2057	105	371	85	2
Çelebiler	360	1155	309	9	44	10	-
Çünür	561	1993	543	35	136	33	3
Davraz	3114	10958	3205	149	723	129	9
Gülcü	3821	12316	3444	228	891	223	5
Gülistan	4706	14776	4283	201	944	169	5
Halıkent	3407	12311	3965	166	682	152	9
Karaağaç	2574	8077	2333	118	443	112	10
Kurtuluş	2814	9747	2625	131	669	108	5
M.Töngge	733	2550	725	27	135	28	3
Sanayi	6073	16591	4886	185	793	165	4
Sermet	1504	4862	1400	81	257	84	3
Vatan	1143	4122	1191	77	287	83	-
Yedişehitler	5392	19468	5955	350	1514	321	9
Yenice	1287	4202	1134	70	237	64	2
Zafer	2779	10057	3163	163	716	166	5
<b>Toplam</b>	<b>48732</b>	<b>162432</b>	<b>47628</b>	<b>2415</b>	<b>10246</b>	<b>2217</b>	<b>90</b>

Sağlık Müdürlüğü 2003 yılı istatistiklerine göre bu sağlık ocaklarının hiçbirinde ana ölümü gerçekleşmemiştir.

**Tablo 12:** Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocaklarında Doğumların Yapıldığı Yer ve Yardım Eden Kişilere Göre Dağılımı, 2003 (52)

	Hastane	Ebe	Diğer Sağlık Personeli	Sağlık Personeli Olmadan	Toplam
Bağlar	188	-	-	2	190
Bahçelievler	94	-	-	1	95
Binbirevler	85	-	-	-	85
Çelebiler	10	-	-	-	10
Çünür	33	-	-	-	33
Davraz	122	5	-	2	129
Gülcü	220	3	-	-	223
Gülistan	167	-	-	2	169
Halıkent	149	2	-	1	152
Karaağaç	112	-	-	-	112
Kurtuluş	106	-	2	-	108
Mehmet Tönge	26	2	-	-	28
Sanayi	165	-	-	-	165
Sermet	80	3	-	1	84
Vatan	83	-	-	-	83
Yedişehitler	320	1	-	-	321
Yenice	59	1	-	4	64
Zafer	163	-	-	3	166
<b>Toplam</b>	<b>2182</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>2217</b>

Sağlık Müdürlüğü İstatistiklerine göre araştırmanın yapıldığı sağlık ocaklarında doğuma yardım eden kişiler arasında hekim tarafından gerçekleştirilen doğum yoktur. Doğumların % 98.4'ü hastanede, % 0.8'i ebe yardımı ile, % 0.1'i diğer sağlık personeli yardımı ile ve % 0.7'si sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşmiştir.

**Tablo 13:** Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocaklarında 0-4 Yaş Ölümlerin Dağılımları, 2003 (52)

	0-7 Gün	8-28 Gün	29-364 Gün	1-4 Yaş	Toplam
Bağlar	-	-	1	-	1
Bahçelievler	1	-	-	-	1
Binbirevler	1	-	-	-	1
Çelebiler	-	-	-	-	-
Çünür	1	-	-	1	2
Davraz	2	-	1	-	3
Gülcü	1	2	2	1	6
Gülistan	1	1	1	-	3
Halikent	2	-	1	1	4
Karaağaç	1	-	2	2	5
Kurtuluş	-	-	-	-	-
Mehmet Töngge	-	-	-	-	-
Sanayi	1	1	-	-	2
Sermet	-	-	1	-	1
Vatan	-	1	-	-	1
Yedişehitler	1	1	4	-	6
Yenice	-	-	-	-	-
Zafer	1	-	4	-	5
<b>Toplam</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>41</b>

Sağlık ocaklarının hizmet verdiği bölgelerde ölen çocukların 21 (% 51.2)'i erkek, 20 (% 48.8)'si ise kızdır.

**Tablo 14:** Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocaklarında 4 Yaş Üzeri Ölümlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, 2003 (52)

	5-9 yaş	10-14 yaş	15-24 yaş	25-44 yaş	45-49 yaş	50-64 yaş	65+ yaş	Toplam
Bağlar	-	-	-	4	1	6	35	46
Bahçelievler	-	-	2	1	1	2	10	16
Binbirevler	-	-	-	2	-	1	4	7
Çelebiler	-	-	-	1	-	1	2	4
Çünür	-	-	-	-	-	-	3	3
Davraz	-	-	-	-	-	3	12	15
Gülcü	-	-	2	1	3	10	33	49
Gülistan	-	-	-	-	-	5	23	28
Halıkent	-	-	3	4	4	21	16	48
Karaağaç	-	-	-	-	-	2	15	17
Kurtuluş	-	-	-	1	1	4	34	40
Mehmet Töngce	-	-	-	1	-	1	3	5
Sanayi	-	-	-	-	1	8	22	31
Sermet	-	-	-	-	2	5	14	21
Vatan	-	-	-	-	1	1	6	8
Yedişehitler	1	-	1	4	3	7	22	38
Yenice	-	-	-	2	1	-	19	22
Zafer	-	-	-	2	1	-	11	14
<b>Toplam</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>77</b>	<b>284</b>	<b>412</b>

Sağlık ocaklarının hizmet bölgelerinde 5 yaş üzeri ölümlerin 227 (% 55.1)'sini erkekler, 185 (% 44.9)'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır.

### 3.2. Araştırmanın Dayanağı ve Uygulanış Şekli

#### 3.2.1. Araştırmanın Dayanağı

Gebe lohusa izlem fişlerinin doldurulması usulünde temel kaynak olarak Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge esas alınmıştır. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de gebe lohusa izlem fişlerinin nasıl doldurulması gerektiğine ilişkin bilgilerin yanında, fişlerle ilgili olarak aşağıdaki ifadeler yer almaktadır:

“Ebe saptadığı bütün gebeler için bu formu doldurur. Ebe, kadının her gebeliği için ayrı bir form hazırlar. Kaydettiği gebenin ilk ziyaretini ve kontrolünü yapar; gebeyi sağlık ocağına davet edip, hekimle birlikte sistemik ve jinekolojik muayenesini yaparak gebe takip ve muayene kartını hekime imzalatır. Formlar ebe bölgesine ve adrese göre alfabetik sırayla bir zarfın içinde saklanır. Gebe takip ve muayene kartındaki bilgiler Ebe Aylık Çalışma Formu’nun kaynağını oluşturur” (6).

Çalışmada, gebe lohusa izlem fişlerinin usulüne uygun olarak doldurulmuş olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yönergede de belirtilen şekliyle nasıl doldurulduğu araştırılmıştır.

Ek 1’de sağlık ocaklarında halen kullanılmakta olan gebe lohusa izlem fişinin ön ve arka yüzü sunulmuştur. Ek 1’e bakıldığında da anlaşılacağı üzere gebe lohusa izlem fişi aşağıda anlatıldığı şekilde doldurulmalıdır:

- GİF’nin ön yüzünde gebeye ait tanımlayıcı bilgiler, doğurganlık hikayesi, son gebeliğine ve doğan bebeğe ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Elde edilen bilgiler, bunlar için ayrılmış bölümlere açık ve anlaşılır biçimde işlenmeli, bilgiler tereddüt uyandırmamalıdır.
- Kadının doğum tarihi, öğrenim durumu, işi, evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı, eşinin adı, eşiyle akraba olup olmadığı ve varsa akrabalık derecesi sorgulanmalıdır.
- Kadının toplam gebelik ve doğum sayısı, yaşayan ve ölen çocuk sayısı, varsa sistemik hastalığı ayrıntılı olarak sorulup yazılmalıdır.
- Bir önceki gebeliğin sonlanma tarihi, gebeliğin sonucu, doğumun olduğu yer ve biçimi, varsa gebelikten önce kullandığı aile planlaması yöntemi ilgili bölümde belirtilmelidir.
- Gebenin pelvis durumu değerlendirilmeli, kadının ve eşinin kan grupları saptanmalı ve bu bilgiler yazılması gereken bölümlere kaydedilmelidir.

- Gebeliğin sonucu ve sonlanma tarihi, doğumun nerede, nasıl ve kimin tarafından yaptırıldığı, doğan bebeğin cinsiyeti, kilosunu, boyu ve varsa çoğul doğum durumu, doğuştan şekil bozuklukları ve karşılaşılmış problemler ayrıntılı olarak kaydedilmelidir.
- Gebenin ilk izlenmesi sırasında formun arka yüzünün üst kısmındaki ilgili bölümlere risk durumu, son adet tarihi, beklenen doğum tarihi yazılmalı, tetanoz aşılı bölümlere, kadına şimdiki gebeliğinde yapılan ya da daha önce yapılmış olan tetanoz aşılı bölümlere kaydedilmelidir.
- İzleme ve öğütler kısmında GİF’nde belirtilen işlemler yapılmalıdır. Her satıra bir izlem kaydedilmeli, izlemin yapıldığı günün tarihi yazıldıktan sonra gebeliğin kaçınıcı haftası olduğu saptanmalıdır. İzlemlerde gebenin ağırlığı ölçülmeli, kan basıncı, ödem ve varis kontrolü yapılmalı, nabızı sayılmalı, idrarda protein aranmalı, kanda hemoglobin değeri belirlenmeli ve çocuk kalp sesi sayı/dakika olarak GİF’ne kaydedilmelidir. Geliş biçimi doğuma yakın haftalarda mutlaka belirlenmeli ve kaydedilmelidir. Çünkü doğum hakkında verilecek kararı en çok etkileyecek faktörlerden birisi bebeğin geliş biçimidir.
- Bulguları normal olan gebe, biri tespit olmak üzere toplam 6 kez izlenmiş olacaktır. Ancak risk durumu göz önüne alınarak izleme sıklığının ne olması gerektiği hekim ile birlikte saptanmalıdır. İzleme sırasında gebeye sağlık bakımı, sağlıklı doğum koşulları ve bebek bakımı konusunda eğitimler verilmelidir. Doğum sonrası olası sorunları önlemek için, özellikle meme bakımı, emzirme tekniği, anne ve bebeğin beslenmesi, aile planlaması gibi konularda danışmanlık yapılmalıdır.
- GİF lohusalık döneminde de kullanılmaktadır. Ebe, doğumun ertesi günü ve daha sonraki günlerde de iki kez olmak üzere toplam üç kez izleyerek komplikasyon varlığı araştırılmalıdır. Lohusalık döneminde yapılan izlemlerin tarihi, annenin kan basıncı, nabızı, ateşi ve diğer incelemeler ilgili bölümlere kaydedilmeli anneye gerekli öğütler verilmelidir.

### 3.2.2. Araştırmanın Uygulanış Şekli

Bu araştırma, Isparta il merkezinde bulunan 18 sağlık ocağında kayıt taraması yoluyla yapılmış bir araştırmadır. Veriler, 2003 yılında doğum yapmış tüm kadınlara ait gebe lohusa izlem fişleri taranarak elde edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı sağlık



ocaklarında doğum yapan kadınların sayısı 2217, düşük yapan kadınların sayısı ise 90'dır (Tablo 11). Ancak sağlık ocaklarında gebeler için tutulmuş olan GİF sayısı toplam 1587 (% 68.7) idi. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 9.0 ve INSTAT programları aracılığı ile değerlendirilmiştir. Analiz yöntemi olarak Independent-Samples T Test (Bağımsız İki Grup Ortalaması T Testi), One Way ANOVA (Bağımsız Gruplarda Varyans Analizi), Spearman Correlation, Pearson Correlation ve Chi-square testleri kullanılmıştır.

Kadınlara verilen doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın yeterliliğinin araştırılması amacıyla aşağıda belirtilen kriterler esas alınmıştır:

- Gebeliğin ilk tespit haftası (12. haftadan önce tespit edilmiş olma)
- Gebelere yapılan toplam izlem sayısı (tespit dahil en az 6 izlem yapılmış olması)
- Anemi ve preeklampsinin temel belirleyicileri ve fetüsün sağlığına yönelik işlemler olan hemoglobin ölçümü, kan basıncı, ağırlık ve ödem kontrolü, idrarda protein bakma, çocuk kalp sesini dinleme, tetanoza karşı aşılama ve bebeğin geliş biçimine bakma durumları
- Ebelerin doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde verdikleri eğitimlerin durumu
- Kadınların doğumdan sonra ebeler tarafından ilk ziyaret edildikleri gün
- Lohusalara yapılan toplam izlem sayısı (annenin en az 3 kez izlenmesi)

#### 4. BULGULAR

Isparta merkezde 162432 nüfusa hizmet veren 18 sağlık ocağı bölgesinde ebeler tarafından doldurulmuş olan toplam 1587 gebe lohusa izlem fişinden yararlanılarak, gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin incelenmesi, sağlık ocakları tarafından verilen doğum öncesi bakımın niteliği konusunda bilgi sahibi olunması ve gebe lohusa izlem fişlerinin amacına uygun doldurulma durumunun tespit edilmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları şu şekildedir:

##### 4.1. Ebelerin Gebe Lohusa İzlem Fişlerinde Bulunan Demografik ve Standart Bilgileri Belirtme Durumları

**Tablo 15 :** Kadınların Doğurganlık İle İlgili Bilgilerinin Belirtilme Durumu (n=1587)

	Sayı	%
Evlenme Yaşı	1469	92.6
İlk Gebelik Yaşı	1458	91.9
Gebelik Sayısı	1582	99.7
Canlı Doğum Sayısı	1446	91.1
Ölü Doğum Sayısı	1491	94.0
Düşük Sayısı	1504	94.8
Yaşayan Çocuk Sayısı	1515	95.5
Ölen Çocuk Sayısı	1471	92.7

Tablo 15’de görüldüğü gibi ebeler, kadınların doğurganlık ile ilgili bilgilerinden en az (% 91.1) canlı doğum sayısını, en fazla (% 99.7) toplam gebelik sayısını fişlere işlemişlerdir.

**Tablo 16:** Kadınların Gebeliklerine Ait Bilgilerinin Belirtilme Durumu

		Sayı	%
Bir Önceki Gebeliğe Ait Bilgi (n=971)*	Gebeliğin Sonucu	904	93.0
	Gebelik Sonlanma Tarihi	886	91.2
	Doğumun Sonlanma Şekli	357	36.7
	Doğumun Yapıldığı Yer	518	53.3
Son Gebeliğe Ait Bilgi (n=1587)	Gebeliğin Sonucu	1270	80.0
	Gebeliğin Sonlanma Tarihi	1450	91.4
	Gebeliğin Sonlanma Şekli	1289	81.2
	Doğuma Yardım Eden	1334	84.1
Doğan Bebeğe İlişkin Bilgi (n=1567)**	Bebeğin Cinsi	1321	84.3
	Bebeğin Kilosu	1223	78.0
	Bebeğin Boyu	637	40.7
	Bebeğin Geliş Biçimi	424	27.1
	Doğuştan Şekil Bozukluğu	1043	66.6

\*Daha önce gebe kalmamış 616 kadın kapsama alınmamıştır

\*\*Düşük yaptığı belirtilen kadınlar kapsama alınmamıştır

Tablo 16’da görüldüğü gibi kadınların bir önceki gebeliğine ait bilgiler % 36.7-93.0 arasında belirtilmiştir. Son gebeliğe ilişkin en fazla (% 91.4) doldurulan kısım gebeliğin sonlanma tarihi idi. Bebeğin doğumdaki kilosunun yazıldığı fişlerden 74 tanesinde (% 6.1) bebeğin düşük doğum ağırlıklı olduğu görüldü. Doğuştan anomali durumu doldurulan fişlerin 10 tanesinde (% 1) bebeğe ait anomali varlığı (kromozom anomalisi, meningosel, hidrosefali, spina bifida, el, ayak ve başta şekil bozukluğu) belirtilmiştir.

**Tablo 17:** Gebe Lohusa İzlem Fişlerinde Bulunan Diğer Standart Bilgilerin Belirtilme Durumları (n=1587)

	Sayı	%
Gebenin Doğum Tarihi	1585	99.9
Gebenin Öğrenim Durumu	1486	93.6
Gebenin Mesleği	1469	92.5
Gebenin Boyu	645	40.6
Sistemik Hastalık Durumu	1421	89.5
Akrabalık Durumu	1563	98.5
Gebenin Kan Grubu	1266	79.8
Gebelik Öncesi Kullandığı Aile Planlaması Yöntemi	1358	85.5
Pelvis Durumu	841	53.0
Gebelikteki Risk Durumu	132	8.3
Son Adet Tarihi	1473	92.8
Tahmini Doğum Tarihi	1451	91.4
Geçmişteki TT Aşılama Durumu	104	6.6
Son Gebelikte 1 Doz TT	259	16.3
Son Gebelikte 2 Doz TT	1192	75.1
Doğumla İlgili Karar	1103	69.5
Eşinin Adı	1587	100.0
Eşinin Kan Grubu	1026	64.7
Ebe İmzası	1518	95.7
Doktor İmzası	922	58.1

Tablo 17’de görüldüğü gibi gebelerin risk durumlarını belirten kısmı izlem fişlerinin % 8.3’ünde doldurulmuş, gebelerin % 7.2’sinde tehlikeli bir durumun varlığı belirtilmiştir. Gebelerin % 79.8’inin, eşlerinin ise % 64.7’sinin kan grubuna bakılmış ve gebelerin % 87.7’sinin Rh (+), % 12.3’ünün Rh (-); eşlerinin ise % 89.2’sinin Rh (+), % 10.8’inin Rh (-) kan grubuna sahip olduğu belirtilmiştir. Çiftlerin % 7.9’unda Rh uyumsuzluğu tespit edilmiştir.

Doğumun yapılacağı yere ilişkin karar kısmı gebe lohusa izlem fişlerinin % 69.5'inde doldurulmuştur. Bu bilgilere göre doğumların % 69.3'ünün hastanede, % 0.2'sinin sağlık ocağında yapılması gerektiğine karar verilmiştir.

#### 4.2. Gebe Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Özellikleri

**Tablo 18:** Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

		Sayı	%*
Yaş Grupları (n=1585)	20 yaş altı	93	5.9
	20-24 yaş	511	32.2
	25-29 yaş	576	36.3
	30-34 yaş	272	17.2
	34 yaş üzeri	133	8.4
Öğrenim Durumu (n=1486)	Eğitimsiz	31	2.1
	İlkokul	775	52.2
	Ortaokul	146	9.8
	Lise	390	26.2
	Yüksek okul	144	9.7
Meslek (n=1469)	Memur	146	9.9
	İşçi	64	4.4
	Serbest meslek	22	1.5
	Ev hanımı	1237	84.2
Evlenme Yaşı (n=1469)	20 yaş altı	582	39.6
	20-24 yaş	683	46.5
	25-29 yaş	171	11.6
	30-34 yaş	29	2.0
	34 yaş üzeri	4	0.3
İlk Gebelik Yaşı (n=1458)	20 yaş altı	402	27.6
	20-24 yaş	754	51.7
	25-29 yaş	248	17.0
	30-34 yaş	46	3.2
	34 yaş üzeri	8	0.5

\*Yüzdeler bilgilerin mevcut olduğu gebe lohusa izlem fişleri üzerinden alınmıştır

Araştırma grubundaki kadınların % 5.9'u 20 yaş altında, % 8.4'ü ise 34 yaşın üzerindedir (18 yaş altı gebeler % 0.8, 35 yaş üzeri gebeler % 6.1). Yaş ortalamaları  $26.58 \pm 5.18$  idi (minimum 14, maksimum 47). Kadınların % 2.1'i eğitimsiz (24'ü okur-yazar değil ve 7'si okur-yazar fakat ilkokulu bitirmemiş), % 15.8'si meslek sahibidir.

Kadınların evlenme yaşı ortalaması  $20.83 \pm 3.48$ , ilk gebelik yaşı ortalaması ise  $21.95 \pm 3.72$  idi.

**Tablo 19:** Kadınların Eşleri İle Olan Akrabalık Durumları

Akrabalık Durumu	Sayı	%
Yok	1457	93.2
Var	106	6.8
Toplam	1563	100.0

Araştırma kapsamındaki kadınların % 6.8'inin akraba evliliği yaptığı belirlendi.

**Tablo 20:** Kadınların Doğurganlık Özellikleri

	$X \pm Sd$	Minimum	Maksimum
Toplam Gebelik Sayısı	$2.11 \pm 1.26$	1	11
Canlı Doğum Sayısı	$0.81 \pm 0.96$	0	8
Ölü Doğum Sayısı	$0.02 \pm 0.20$	0	3
Yaşayan Çocuk Sayısı	$0.79 \pm 0.92$	0	7
Düşük Sayısı	$0.30 \pm 0.65$	0	5
Ölen Çocuk Sayısı	$0.02 \pm 0.21$	0	2

Tablo 20'de görüldüğü gibi kadınlar en çok 11 kez gebe kalmış, 8 canlı doğum, 3 ölü doğum ve 5 düşük yapmışlardı. Kadınların ölen çocuklarının sayısı en fazla 2 idi.

**Tablo 21:** Kadınların Gebelik Sayısı, Doğum Aralığı ve Gebelikten Önce Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımları

		Sayı	%*
Gebelik Sayısı (n=1582)	İlk gebelik	616	38.9
	2-4	891	56.3
	5 ve üzeri	75	4.7
	Toplam	1582	100.0
Doğum Aralığı (n=886)**	2 yıldan az	216	24.4
	2-4 yıl	330	37.2
	5-9 yıl	277	31.3
	9 yıl üzeri	63	7.1
	Toplam	886	100.0
AP Yöntemi (n=1358)	RIA	176	13.0
	Kondom	138	10.2
	Oral kontraseptif	58	4.2
	Diğer yöntemler	263	19.4
	Yöntem kullanmayan	723	53.2
	Toplam	1358	100.0

\*Yüzdeler bilgilerin mevcut olduğu gebe lohusa izlem fişleri üzerinden alınmıştır

\*\*İlk gebeliği olan 616 kadın kapsama alınmamıştır

Tablo 21’de görüldüğü gibi araştırma grubunun % 38.9’unun ilk gebeliği, % 4.7’sinin gebelik sayısı dörtten fazla, % 24.4’ünün doğum aralığı 2 yıldan az idi.

Kadınların % 53.2’si gebelik öncesinde herhangi bir yöntem kullanmamakta, % 27.4’u etkili yöntem (RIA, oral kontraseptif, kondom) kullanmaktaydı. Etkili yöntemlerin içinde RIA % 13.0 ile ilk sırada yer almaktaydı.

**Tablo 22:** Kadınların Mesleklerine Göre Evlenme Yaşlarının Dağılımı

	20 yaş altı		20-24 yaş		25-29 yaş		29 yaş üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Memur	9	6.5	89	64.0	36	25.9	5	3.6	139	100.0
İşçi	6	9.4	40	62.5	16	25.0	2	3.1	64	100.0
Serbest Meslek	4	18.2	14	63.6	3	13.6	1	4.5	22	100.0
Ev Hanımı	550	45.3	526	43.3	113	9.3	25	2.1	1214	100.0
Toplam	569	39.5	669	46.5	168	11.7	33	2.3	1439*	100.0

\* 148 kadının meslek ve evlenme yaşı bilgisi mevcut değildir.

Evlenme yaşı ortalaması meslek sahibi kadınlarda  $23.23 \pm 2.98$ , ev hanımlarında ise  $20.39 \pm 3.40$  idi ve iki grup arasında anlamlı farklılık vardı ( Independent-Samples T Test,  $t=-12.804$ ,  $p=0.000$ ).

**Tablo 23:** Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Evlenme Yaşlarının Dağılımı

	20 yaş altı		20-24 yaş		25-29 yaş		29 yaş üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitimsiz	20	66.7	6	20.0	4	13.3	-	-	30	100.0
İlkokul	359	47.2	311	40.9	72	9.5	18	2.4	760	100.0
Ortaokul	83	57.2	52	35.9	9	6.2	1	0.7	145	100.0
Lise	106	27.6	224	58.3	43	11.2	11	2.9	384	100.0
Yüksek Okul	5	3.6	86	62.8	43	31.4	3	2.2	137	100.0
Toplam	573	39.4	679	46.6	171	11.7	33	2.3	1456*	100.0

\*131 kadının öğrenim durumu ve evlenme yaşı bilgisi mevcut değildir.

Evlenme yaşı ortalaması eğitimi olmayan kadınlarda  $18.40 \pm 4.28$ , ilkokul mezunlarında  $20.32 \pm 3.46$ , ortaokul mezunlarında  $19.51 \pm 3.04$ , lise mezunlarında  $21.55 \pm 3.15$  ve yüksek okul mezunlarında  $23.81 \pm 2.45$  idi. Kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe evlenme yaşları artmaktaydı (Spearman Correlation  $r=0.310$ ,  $p=0.000$ ).



**Tablo 24:** Kadınların Yaş Gruplarına Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı

	İlk Gebelik		2-4		5 ve Üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20 Yaş Altı	71	76.3	22	23.7	-	-	93	100.0
20-24 Yaş	307	60.2	200	39.2	3	0.6	510	100.0
25-29 Yaş	181	31.5	375	65.2	19	3.3	575	100.0
30-34 Yaş	52	19.3	196	72.9	21	7.8	269	100.0
34 Yaş Üzeri	5	3.7	96	72.2	32	24.1	133	100.0
Toplam	616	39.0	889	56.3	75	4.7	1580*	100.0

\*7 kadının gebelik sayısı ve doğum tarihi bilgisi mevcut değildir.

Gebelik sayısı ortalaması 20 yaş altı kadınlarda  $1.30 \pm 0.58$ , 20-24 yaş grubunda  $1.57 \pm 0.86$ , 25-29 yaş grubunda  $2.11 \pm 1.07$ , 30-34 yaş grubunda  $2.63 \pm 1.36$ , 34 yaş üzerinde ise  $3.65 \pm 1.60$  idi.

Kadınların yaşları ile gebelik sayıları arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı korelasyon olup, yaş ilerledikçe gebelik sayıları artıyordu (Pearson Correlation,  $r=0.507$ ,  $p=0.000$ ).

**Tablo 25:** Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı

	İlk gebelik		2-4		5 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitimsiz	7	22.6	11	35.5	13	41.9	31	100.0
İlkokul	238	30.7	495	64.0	41	5.3	774	100.0
Orta	69	47.3	74	50.7	3	2.0	146	100.0
Lise	182	46.9	198	51.0	8	2.1	388	100.0
Yüksek Okul	83	58.5	59	41.5	-	-	142	100.0
Toplam	579	39.1	837	56.5	65	4.4	1481*	100.0

\*106 kadının öğrenim durumu ve gebelik sayısı bilgisi mevcut değildir.

Gebelik sayısı ortalaması eğitimi olmayan kadınlarda  $4.12 \pm 2.81$ , ilkokul mezunlarında  $2.29 \pm 1.25$ , ortaokul mezunlarında  $1.81 \pm 0.96$ , lise mezunlarında  $1.80 \pm 0.94$ , yüksek okul mezunlarında  $1.59 \pm 0.83$  idi.

Kadınların eğitim durumlarının yükselmesi ile gebelik sayıları arasında negatif yönde, güçlü ve anlamlı korelasyon olup, eğitim durumu yükseldikçe gebelik sayıları azalıyordu (Spearman Correlation,  $r = -0.209$ ,  $p = 0.000$ ).

**Tablo 26:** Kadınların Gebelik Sayılarına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı

Gebelik Sırası	RIA		Hap		Kondom		Diğer Yöntemler		Yöntem Kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk gebelik	-	-	23	4.5	27	5.3	51	10.1	406	80.1	507	100.0
2-4	163	20.8	33	4.2	107	13.7	191	24.4	289	36.9	783	100.0
5 ve üzeri	13	20.0	2	3.1	4	6.2	21	32.3	25	38.5	65	100.0
Toplam	176	13.0	58	4.3	138	10.2	263	19.4	720	53.1	1355*	100.0

\*232 kadının gebelik sayısı ve kullandığı aile planlaması yöntemi bilgisi mevcut değildir

Gebeliğinden önce herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınlarda gebelik sayısı ortalaması  $1.80 \pm 1.28$ , diğer yöntemleri kullanan kadınlarda  $2.57 \pm 1.27$ , etkili yöntem (RIA, oral kontraseptif, kondom) kullanan kadınlarda ise  $2.50 \pm 1.07$  idi. Gebelikten önce aile planlaması kullanma durumu ile kadınların gebelik sayıları arasında anlamlı fark saptanmış olup (One Way ANOVA,  $F = 59.215$ ,  $p = 0.000$ ), herhangi bir yöntem kullanan kadınlar ile yöntem kullanmayan kadınlar arasındaki fark anlamlı iken ( $p = 0.000$ ), etkili yöntem kullananlar ve diğer yöntemleri kullanan kadınlar arasında anlamlı fark yoktu ( $p = 0.760$ ).

**Tablo 27:** Kadınların Doğum Aralığına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı

Doğum Aralığı	RIA		Hap		Kondom		Diğer Yöntemler		Yöntem Kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2 yıl altı	10	5.1	3	1.5	18	9.2	52	26.7	112	57.4	195	100.0
2-4 yıl	61	20.9	15	5.1	45	15.4	85	29.1	86	29.5	292	100.0
5-9 yıl	81	31.9	14	5.5	31	12.2	52	20.5	76	29.9	254	100.0
9 yıl üzeri	16	29.6	2	3.7	9	16.7	12	22.2	15	27.8	54	100.0
Toplam	168	21.1	34	4.3	103	13.0	201	25.3	289	36.4	795*	100.0

\*792 kadının doğum aralığı ve gebelikten önce kullandığı AP yöntemi bilgisi mevcut değildir.

Gebelikten önce herhangi bir yöntem kullanmayanların yüzdesi doğum aralığı 2 yıldan az olan gebelerde en yüksek (% 57.4) idi. Bu kadınların % 15.8'i etkili yöntemler (RİA, hap, kondom) kullanmaktaydı.

**Tablo 28:** Kadınların Öğrenim Durumuna Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı

	RIA		Hap		Kondom		Diğer Yöntemler		Yöntem Kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitimsiz	3	10.3	-	-	-	-	5	17.2	21	72.4	29	100.0
İlkokul	87	13.1	21	3.2	60	9.0	149	22.5	346	52.2	663	100.0
Ortaokul	9	7.2	5	4.0	8	6.4	26	20.8	77	61.6	125	100.0
Lise	54	16.4	15	4.6	30	9.1	55	16.7	175	53.2	329	100.0
Yüksek Okul	9	7.4	11	9.1	24	19.8	11	9.1	66	54.6	121	100.0
Toplam	162	12.8	52	4.1	122	9.6	246	19.4	685	54.1	1267*	100

\*320 kadının öğrenim durumu ve gebelikten önce kullandığı aile planlaması yöntemi bilgisi mevcut değildir.

Etkili yöntem (RİA, oral kontraseptif, kondom) kullanımını eğitimsiz kadınlarda % 10.3, ilkokul mezunlarında % 25.3, ortaokul mezunlarında % 17.6, lise mezunlarında % 30.1, yüksek okul mezunlarında % 36.3 idi.

**Tablo 29:** Kadınların Yaş Gruplarına Göre Düşük Sayıları

Yaş Grupları	Düşük Sayısı						Toplam	
	0		1		2 ve üzeri		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20 yaş altı	72	83.7	12	14.0	2	2.3	86	100.0
20-24 yaş	403	84.8	55	11.6	17	3.6	475	100.0
25-29 yaş	431	78.4	89	16.2	30	5.4	550	100.0
30-34 yaş	192	73.6	50	19.1	19	7.3	261	100.0
34 yaş üzeri	68	52.3	41	31.5	21	16.2	130	100.0
Toplam	1166	77.6	247	16.5	89	5.9	1502*	100.0

\*85 kadının doğum tarihi ve düşük sayısı bilgileri mevcut değildir.

Düşük yapma ortalaması 20 yaş altında  $1.81 \pm 0.97$ , 20-24 yaş grubunda  $2.21 \pm 1.11$ , 25-29 yaş grubunda  $2.35 \pm 1.15$ , 30-34 yaş grubunda  $2.57 \pm 1.01$  ve 34 üzeri

yaşta  $3.00 \pm 1.00$  idi. Kadınların yaşları ile düşük sayıları arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı korelasyon olup, kadınların yaşları ilerledikçe düşük sayıları artmaktaydı (Pearson Correlation,  $r=0.212$ ,  $p=0.000$ ).

**Tablo 30:** Kadınların Öğrenim Düzeylerine Göre Akraba Evliliği Yapma Durumları

Öğrenim Durumu	Akrabalık Durumu		Toplam			
	Yok		Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitimsiz	25	80.6	6	19.4	31	100.0
İlkokul	692	91.1	68	8.9	760	100.0
Ortaokul	140	95.9	6	4.1	146	100.0
Lise	373	96.6	13	3.4	386	100.0
Yüksek Okul	138	97.9	3	2.1	141	100.0
<b>Toplam</b>	<b>1368</b>	<b>93.4</b>	<b>96</b>	<b>6.6</b>	<b>1464*</b>	<b>100.0</b>

\*123 gebenin öğrenim durumu ve eşi ile akrabalık bağı bilgileri mevcut değildir.  
 $X^2=27.72$ ,  $df=4$ ,  $p=0.000$

Tablo 30'da görüldüğü gibi araştırma grubundaki kadınların öğrenim durumları ile akraba evliliği yapma arasındaki ilişki anlamlı bulundu. Eğitimsiz ve ilkokul mezunu olan kadınlar istatistik işleme tabi tutulmadığı durumda bulunan sonuç  $X^2=0.92$ ,  $df=2$ ,  $p=0.632$  idi.

**Tablo 31:** Kadınların Gebeliklerine Ait Bilgilerin Dağılımı

Bir Önceki Gebeliğe Ait Bilgi		Sayı	%*
Gebelik Sonucu (n=904)	Canlı Doğum	684	75.7
	Ölü Doğum	18	2.0
	Düşük	202	22.3
Gebeliğin Sonlanma Yeri (n=518)	Hastane	477	92.1
	Ev	40	7.7
	Sağlık Ocağı	1	0.2
Gebeliğin Sonlanma Şekli (n=357)	Spontan	299	83.8
	Sezaryen	55	15.4
	Forseps/Vakum	3	0.8
Son Gebeliğe Ait Bilgi			
Gebelik Sonucu (n=1270)	Canlı Doğum	1233	97.1
	Ölü Doğum	17	1.3
	Düşük	20	1.6
Doğuma Yardım Eden Kişi/Yer (n=1334)	Hastane	1198	89.8
	Hekim	12	0.9
	Ebe	110	8.2
	Diğer Sağlık Personeli	-	-
	Sağlık Personeli Olmadan	14	1.0
Gebeliğin Sonlanma Şekli (n=1289)	Spontan	795	61.7
	Sezaryen	487	37.8
	Forseps/Vakum	7	0.5

\*Yüzdeler bilgilerin mevcut olduğu gebe lohusa izlem fişleri üzerinden alınmıştır

Tablo 31'de görüldüğü gibi araştırma kapsamındaki kadınların bir önceki gebeliklerinin % 2.0'ı ölü doğum, % 22.3'ü ise düşükle sonuçlanmıştır. Doğumların % 7.7'si evde yapılmış, % 15.4'ü sezaryen ile gerçekleşmiştir.

Kadınların son gebeliklerinin % 97.1'i canlı doğum, % 1.3'ü ölü doğum, % 1.6'sı ise düşükle sonuçlanmıştır. Doğumların % 1.0'ı ise sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşmiştir. Sezaryen doğumlar % 37.8'dir.

#### 4.3. Ebelerin Gebe ve Lohusa İzlemleri Sırasında Yaptığı Muayene ve İşlemler İle İlgili Bulgular

**Tablo 32:** Kadınların Pelvis Durumlarına Göre Dağılımları

Pelvis Durumu	Sayı	%
Uygun	633	39.9
Şüpheli	201	12.7
Dar	7	0.4
Bilinmeyen	746	47.0
<b>Toplam</b>	<b>1587</b>	<b>100.0</b>

Ebeler gebelerin pelvis durumlarını % 39.9 uygun, % 12.7 şüpheli, % 0.4 dar olarak değerlendirmişlerdir. Gebe lohusa izlem fişlerindeki bilgilere göre boyu 150 cm'den kısa olan 6 gebeden 2 tanesinin pelvis durumu değerlendirilmemişti.

**Tablo 33:** Pelvis Durumuna Göre Doğum Şekillerinin Dağılımı

Pelvis Durumu	Bilinmeyen		Doğum Spontan		Doğum Şekli Sezaryen		Forseps/Vakum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bilinmeyen	142	19.0	357	47.9	245	32.8	2	0.3	746	100.0
Uygun	120	19.0	341	53.9	167	26.4	5	0.8	633	100.0
Süpheli	36	17.9	95	47.3	70	34.8	-	-	201	100.0
Dar	-	-	2	28.6	5	71.4	-	-	7	100.0
<b>Toplam</b>	<b>298</b>	<b>18.8</b>	<b>795</b>	<b>50.1</b>	<b>487</b>	<b>30.7</b>	<b>7</b>	<b>0.4</b>	<b>1587</b>	<b>100.0</b>

Tablo 33'de görüldüğü gibi gebelerin pelvis durumu dar olarak belirtilen 7 gebeden 2 tanesi spontan doğum yapmıştır.

**Tablo 34:** Gebe ve Lohusaların İlk Tespit Zamanı ve İzlem Sayılarına Göre Dağılımları

		Sayı	%
Gebelerin Tespit Zamanı	12. haftadan önce	364	22.9
	12-24 hafta	1027	64.7
	24. haftadan sonra	166	10.5
	İzlenmeyen	19	1.2
	İzlem tarihi belirtilmeyen	11	0.7
Gebelerin İzlem Sayısı	1-3 kez	375	23.6
	4-5 kez	510	32.1
	6 ve daha fazla	683	43.1
	İzlenmeyen	19	1.2
Lohusaların İlk Ziyaret Günü	Doğum günü ve ertesi	78	4.9
	2-4 gün	411	25.9
	5-14 gün	677	42.6
	15-29 gün	177	11.2
	30-42 gün	33	2.1
	42. gün sonrası	21	1.3
	İzlenmeyen	60	3.8
	İzlem tarihi belirtilmeyen	130	8.2
Lohusaların İzlem Sayısı	1 kez	218	13.7
	2 kez	508	32.0
	3 kez	727	45.8
	4-5 kez	74	4.7
	İzlenmeyen	60	3.8
	Toplam	1587	100.0

Gebelerin ilk tespit haftası ortalaması  $15.89 \pm 7.02$ , toplam izlem sayısı ortalaması  $5.04 \pm 2.18$ ; lohusaların ilk görüldüğü gün ortalaması  $8.98 \pm 9.08$ , toplam izlem sayısı ortalaması  $2.34 \pm 0.91$  idi.

Gebe lohusa izlem fişlerindeki bilgilere göre düşük yapan 20 kadından 17 (% 85.0)'si düşük sonrasında hiç ziyaret edilmemişti. Lohusalara yapılan Toplam 3720 lohusa izleminin 3388 (% 91.1)'i lohusalık süreci içinde (0-42 gün), 332 (% 8.9)'si ise kadınların lohusalık dönemleri sona erdikten sonra (43-90 gün) yapılmıştı.

**Tablo 35:** Gebe İzlemleri Sırasında Yapılan İşlemlerin Dağılımı (n=1587)

Yapılan İşlem	En az bir kez		Altı ve daha fazla	
	Sayı	%	Sayı	%
Kan Basıncına Ölçümü	1524	96.0	467	29.4
Ödem Kontrolü	1185	74.7	314	19.8
Varis Kontrolü	1013	63.8	259	16.3
Nabız Sayma	964	60.7	253	15.9
Hemoglobin Değeri Ölçümü	648	40.8	2	0.1
İdrarda Protein Bakma	226	14.2	2	0.1
ÇKS Dinleme	1307	82.4	106	6.7
Geliş Biçimini Değerlendirme*	634	40.4	10	0.6
Ağırlık Ölçümü	1521	95.8	431	27.2

\*Düşük yapan kadınlar dahil edilmemiştir.

Tablo 36'da görülen işlemlerin tümünün bir arada en az bir kez yapıldığı gebe sayısı 79 (% 5.0) olarak bulundu. ÇKS sayılan gebelerin sayısı 303 (% 19.0) idi.

**Tablo 36:** Kadınların Lohusalık Döneminde Yapılan İşlemlerin\* Dağılımı

Yapılan İşlem	Sayı	%
Kan Basıncı Ölçme	940	59.2
Nabız Sayma	740	46.6
Ateş Ölçme	605	38.1

\*En az bir kez

Lohusaların % 59.2'sinin kan basıncı ölçülmüş, % 46.6'sının nabızı sayılmış ve % 38.1'inin ateşi ölçülmüştür. Bu işlemlerin tümünün bir arada en az bir kez yapıldığı lohusaların sayısı 513 (% 32.3) idi.



**Tablo 37:** Doktor İmzası Bulunma Durumuna Göre Doğum Öncesi ve Doğum Sonu Dönemlerde Yapılan Takip ve İşlem Ortalamaları

	Doktor İmzası		t*	p
	Var (n=922) X ± Sd	Yok (n=665) X ± Sd		
<b>Doğum Öncesi Dönem</b>				
Tespit Haftası	14.91 ± 6.63	17.27 ± 7.32	6.535	0.000
Gebe İzlemi	5.37 ± 2.22	4.58 ± 2.05	-7.264	0.000
Kan Basıncı Ölçme	4.41 ± 2.23	3.96 ± 2.14	-4.015	0.000
Ağırlık Ölçme	4.26 ± 2.18	3.83 ± 2.16	-3.825	0.000
Ödem Kontrolü	3.46 ± 2.54	2.34 ± 2.48	-8.732	0.000
Varis Kontrolü	3.08 ± 2.56	1.75 ± 2.38	-10.711	0.000
Nabız Sayma	2.18 ± 2.48	2.69 ± 2.61	3.878	0.000
İdrarda Protein Bakma	0.29 ± 0.71	0.15 ± 0.61	-4.189	0.000
Hemoglobin Ölçümü	0.68 ± 0.88	0.45 ± 0.76	-5.509	0.000
ÇKS Dinleme	2.68 ± 1.88	2.53 ± 1.84	-1.570	0.117
ÇKS Sayma	0.46 ± 1.09	0.39 ± 0.99	-1.681	0.093
<b>Doğum Sonu Dönem</b>				
İlk Görüldüğü Gün	8.70 ± 8.98	9.32 ± 9.21	1.258	0.208
Lohusa İzlemi	2.32 ± 0.93	2.38 ± 0.90	1.341	0.180
Kan Basıncı Ölçme	1.13 ± 1.22	1.59 ± 1.32	7.023	0.000
Ateş Ölçme	0.59 ± 1.08	1.29 ± 1.35	11.048	0.000
Nabız Sayma	0.80 ± 1.16	1.42 ± 1.34	9.493	0.000

**\*Independent-Samples T Test**

Tablo 37'de görüldüğü gibi doktor imzası bulunan fişlerde gebeler daha erken dönemde tespit edilmiştir (p=0.000). İmza olan fişlerde toplam izlem sayısı, kan basıncı ölçümü, ağırlık ölçümü, ödem ve varis kontrolü, idrar tetkiki ve hemoglobin değeri ölçüm ortalamaları anlamlı şekilde yüksek iken, nabız sayma ortalaması düşük idi (p=0.000). ÇKS dinleme ve sayma işlemlerinde ise iki grup arasında farklılık yoktu (sırasıyla p=0.117, p=0.093).

Gebe lohusa izlem fişlerinde doktor imzası bulunma durumu ile lohusanın doğumdan sonra ilk ziyaret günü ve izlem sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmazken (sırasıyla  $p=0.208$ ,  $p=0.180$ ); izlemler sırasında yapılan kan basıncı ölçme, ateş ölçme ve nabız sayma işlemleri doktor imzası bulunmayan fişlerde anlamlı biçimde yüksekti ( $p=0.000$ ).

**Tablo 38:** Tahmini Doğum Tarihinin Hesaplanma Durumu

Tahmini Doğum Tarihi	Sayı	%
Doğru	1103	76.0
Yanlış	348	24.0
Toplam	1451*	100.0

\*136 gebenin tahmini doğum tarihi kaydedilmemiştir

Tablo 38’de görüldüğü gibi tahmini doğum tarihi % 76.0 doğru, % 24.0 yanlış hesaplanmıştır.

**Tablo 39:** Gebelerin Bazı Risk Faktörlerine Göre İzlem Sayılarının Dağılımı

Risk Faktörü	İzlenmeyen		1-3 kez izlem		4-5 kez izlem		6 ve fazla izlem		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Gebelik Sayısı</b>										
İlk gebelik	10	1.6	164	26.6	186	30.2	256	41.6	616	100.0
2-4	8	0.9	189	21.2	296	33.2	398	44.7	891	100.0
5 ve üzeri	-	-	20	26.7	26	34.6	29	38.7	75	100.0
Toplam	18	1.1	373	23.6	508	32.1	683	43.2	1582	100.0
<b>Yaş</b>										
20 yaş altı	4	4.3	19	20.4	24	25.8	46	49.5	93	100.0
20-24 yaş	4	0.8	96	18.8	159	31.1	252	49.3	511	100.0
25-29 yaş	5	0.9	145	25.2	193	33.5	233	40.4	576	100.0
30-34 yaş	6	2.2	68	25.0	89	32.7	109	40.1	272	100.0
34 yaş üzeri	-	-	45	33.8	45	33.8	43	32.4	133	100.0
Toplam	19	1.2	373	23.5	510	32.2	683	43.1	1585	100.0
<b>Doğum Aralığı</b>										
2 yıldan az	1	0.5	48	22.2	71	32.9	96	44.4	216	100.0
2-4 yıl	3	0.9	68	20.6	114	34.6	145	43.9	330	100.0
5-9 yıl	-	-	69	24.9	90	32.5	118	42.6	277	100.0
9 yıl üzeri	-	-	10	15.9	22	34.9	31	49.2	63	100.0
Toplam	4	0.5	195	22.0	297	33.5	390	44.0	886	100.0
<b>Çoğul Doğum Var</b>										
	-	-	8	32.0	10	40.0	7	28.0	25	100.0

	Risk Durumu					
	Var		Yok		t*	p
	n	İzlem Ort.	n	İzlem Ort.		
Yaş**	226	4.67±2.25	1359	5.11±2.17	2.772	0.006
Gebelik Sayısı***	691	4.91±2.23	891	5.16±2.14	2.268	0.023
Doğum Aralığı****	216	5.23±2.14	669	5.13±2.11	-0.594	0.553

\*Independent-Samples T Test

\*\*Yaşı 20'den küçük ve 34'den büyük gebeler

\*\*\*İlk gebelikler ve 4'den fazla sayıda gebeliği olan kadınlar

\*\*\*\*İki yıldan az aralarla doğum yapan kadınlar

Tablo 39'da görüldüğü gibi ebeler risk faktörü taşıyan gebeleri % 28.0-49.5 arasında değişen değerlerde 6 ve daha fazla sayıda izlemişlerdir. Yaş ve gebelik

sayısı bakımından risk faktörü taşıyan gebelerin izlem sayısı ortalaması, risk faktörü taşımayan gebelerden anlamlı biçimde düşük iken (sırasıyla  $p=0.006$ ,  $p=0.023$ ), doğum aralığı iki yıldan az olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı farklılık yoktu ( $p=0.553$ ).

**Tablo 40 :** Gebelerin Tetanoza Karşı Aşılama Durumları

Aşılama Durumu	Sayı	%
Tam Aşılı	1268	80.1
Eksik Aşılı	180	11.4
Aşısız	135	8.5
<b>Toplam</b>	<b>1583*</b>	<b>100.0</b>

\*Geçmişte 1 veya 2 doz, şimdiki gebeliğinde 1 doz aşı yapılmış fakat gebelik aralığı belirtilmeyen 4 gebe kapsam dışı bırakılmıştır.

Araştırma grubundaki gebelerin % 80.1'i tetanoza karşı tam olarak aşılanmış, % 11.4'i eksik aşılanmış, % 8.5'ine ise hiç aşı yapılmamıştır.

**Tablo 41:** Doktor İmzası Bulunma Durumuna Göre Gebelere Tetanoz Aşısı Yapılma Durumu

	Doktor İmzası				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tam Aşılı	763	60.2	505	39.8	1268	100.0
Eksik Aşılı	94	52.2	86	47.8	180	100.0
Aşısız	62	45.9	73	54.1	135	100.0
<b>Toplam</b>	<b>919</b>	<b>58.1</b>	<b>664</b>	<b>41.9</b>	<b>1583</b>	<b>100.0</b>

$$X^2 = 13.01 \text{ df}=2 \text{ p}=0.002$$

Doktor imzası olan gebe lohusa izlem fişlerinde tam aşılı olarak belirtilen gebeler % 60.2 iken, doktor imzası bulunmayanlarda % 39.8 idi. İmza bulunan fişlerde aşılama seviyesinin bulunmayanlara göre yüksek olduğu görülmektedir. Tam aşılanan gebeler istatistik işlem dışında tutulduğunda  $X^2=1.22 \text{ df}=1 \text{ p}=0.269$  idi.

**Tablo 42:** Gebe İzlemleri Sırasında Tespit Edilen Patolojik Durumlar ve Gebelerin Doktora Sevk Nedenleri

		Sayı	%
Tespit Edilen Patolojik Durum*	Hipertansiyon	33	2.2
	Ödem	362	30.5
	Varis	146	14.4
	Anemi	165	25.5
	Proteinüri	18	8.0
Doktora Sevk Nedeni (n=1587)	Genel kontrol amacıyla	95	31.1
	Pelvik ağrı olması	88	28.8
	Kalp-Damar şikayetleri	44	14.4
	Mide-Barsak şikayetleri	18	5.9
	ÇKS duyamama/Fetal taşikardi	17	5.6
	Vajinal kanama	13	4.3
	Vajinal akıntı/Vulvada kaşıntı	13	4.3
	İdrar yolu enfeksiyonu	13	4.3
	Rh uyumsuzluğu	4	1.3
	Toplam	305	100.0

\*Yüzdeler gebe lohusa izlem fişlerinde yapıldığı belirtilen işlemler üzerinden alınmıştır.

Ebeler, gebelerin % 2.2'sinde hipertansiyon, % 30.5'inde ödem, % 14.4'ünde varis, % 25.5'inde anemi, % 8.0'ında proteinüri tespit etmişlerdi. Hipertansiyon durumu belirlenen 33 gebeden 26 (% 78.8)'sında idrarda protein aranmamıştı.

Ebeler, gebeleri en fazla kontrol amacıyla hekime sevk etmişti. Araştırma kapsamındaki kadınların 126 (% 7.9)'sında Rh uyumsuzluğu vardı (gebe lohusa izlem fişlerinde belirtilen bilgilere göre kan uyumsuzluğu olan kadınlardan birinin bebeği doğumdan sonra ölmüştür). Kadınların % 1.3'ü Rh uyumsuzluğu nedeniyle sevk edilmişti. Genel olarak hekime sevk edilen kadınlar % 19.2 olarak bulundu.

**Tablo 43:** Doğum Öncesi ve Doğum Sonu Dönemlerde Verilen Eğitimlerin Dağılımı

	Eğitim Konusu	Sayı	%
Doğum Öncesi Dönem	Beslenme	1269	80.0
	Anne Sütü ve Emzirme	465	29.3
	Aile Planlaması	12	0.8
	Hijyen	254	16.0
	Kontrolsüz İlaç Kullanmama	53	3.3
	Doğum Hazırlığı ve Doğum	975	61.4
Doğum Sonu Dönem	Beslenme	545	34.3
	Anne Sütü ve Emzirme	773	48.7
	Aile Planlaması	1126	71.0
	Hijyen	733	46.2
	Psikolojik Destek	17	1.0

Ebeler doğum öncesi dönemde en fazla (% 80.0) beslenme konusunda eğitim vermişlerdi. Bunu doğum hazırlığı ve doğum konusunda verilen bilgiler izlemekteydi. Doktor kontrolü olmadan ilaç kullanması konusunda gebelerin % 3.3'üne, aile planlaması konusunda ise gebelerin % 0.8'ine bilgi verilmişti.

Lohusalık döneminde ise en fazla (% 71.0) aile planlaması konusunda bilgi verilmişti. Anne sütünün önemi ve emzirme konusunda % 48.7, hijyen kuralları hakkında % 46.2, beslenme konusunda ise annelerin % 34.3'üne bilgi verilmişti. Gebe lohusa izlem fişlerinde kadınların 17'sinin ruhsal yönden desteklendiği belirtilmişti.

#### 4.5. Takip ve İşlemlerin Araştırma Kapsamındaki Sağlık Ocaklarına Göre Dağılımı

**Tablo 44:** Sağlık Ocaklarının Gebe Sayılarına Göre GİF Çıkarma Durumları

	Doğum ve Düşük Sayısı	İşlem Görmüş GİF Sayısı	%
Bağlar	200	87	43.5
Bahçelievler	101	86	85.1
Binbirevler	87	36	41.4
Çelebiler	10	10	100.0
Çünür	36	33	91.7
Davraz	138	78	56.5
Gülcü	228	170	74.6
Gülistan	174	94	54.0
Halikent	161	109	67.7
Karaağaç	122	102	83.6
Kurtuluş	113	84	74.3
M. Tönge	31	31	100.0
Sanayi	169	61	36.1
Sermet	87	62	71.3
Vatan	83	75	90.4
Yedişehitler	330	272	82.4
Yenice	66	66	100.0
Zafer	171	131	76.6
<b>Toplam</b>	<b>2307</b>	<b>1587</b>	<b>68.7</b>

Çelebiler, Mehmet Tönge ve Yenice sağlık ocaklarında gebelerin tümüne GİF çıkarılmış iken, Bağlar Sağlık Ocağı'nda gebelerin % 43.5'ine, Binbirevler Sağlık Ocağı'nda % 41.4'üne, Sanayi Sağlık Ocağı'nda ise % 36.1'ine GİF düzenlenmişti.

**Tablo 45:** Sağlık Ocaklarının Gebe ve Lohusa İzlem Ortalamaları

	Gebe İzlem Ortalaması	Lohusa İzlem Ortalaması
	X ± Sd	X ± Sd
Bağlar	5.12 ± 1.95	2.00 ± 0.86
Bahçelievler	5.27 ± 2.11	2.24 ± 0.83
Binbirevler	3.94 ± 1.81	1.66 ± 0.89
Çelebiler	3.80 ± 2.69	2.30 ± 0.67
Çünür	7.12 ± 2.45	2.75 ± 0.61
Davraz	5.44 ± 2.38	1.94 ± 0.91
Gülcü	4.54 ± 1.71	2.20 ± 0.87
Gülistan	3.22 ± 1.36	1.32 ± 0.72
Halıkent	6.03 ± 2.23	2.82 ± 0.59
Karaağaç	5.20 ± 2.64	2.45 ± 0.86
Kurtuluş	5.10 ± 2.00	2.11 ± 0.94
M. Tönge	5.64 ± 2.30	3.00 ± 0.96
Sanayi	3.40 ± 2.13	2.03 ± 0.77
Sermet	5.30 ± 2.57	2.29 ± 1.09
Vatan	6.10 ± 1.94	2.84 ± 0.80
Yedişehitler	4.95 ± 2.01	2.67 ± 0.75
Yenice	5.80 ± 2.02	2.89 ± 1.02
Zafer	5.21 ± 1.61	2.29 ± 0.71
Genel Ortalama	5.04 ± 2.18	2.34 ± 0.91

En yüksek gebe izlem ortalaması (7.12±2.45) Çünür Sağlık Ocağı'na, en düşük (3.22±1.36) Gülistan Sağlık Ocağı'na ait idi.

Lohusa izlem ortalamalarına bakıldığında ise bu ortalamanın en yüksek (3.00±0.96) olduğu sağlık ocağı Mehmet Tönge, en düşük (1.32±0.72) Gülistan Sağlık Ocağı idi.



**Tablo 46:** Sağlık Ocaklarında Gebe İzlemleri Sırasında Yapılan İşlemlerin\* Dağılımı

	Tansiyon		Ağırlık		Ödem		Varis		Nabız	
	Ölçümü		Ölçümü		Kontrolü		Kontrolü		Sayma	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bağlar	85	97.7	85	97.7	80	91.5	76	87.3	36	41.3
Bahçelievler	83	96.5	84	97.7	82	95.3	80	93.0	83	96.5
Binbirevler	35	97.2	35	97.2	34	94.4	34	94.4	29	80.5
Çelebiler	10	100.0	10	100.0	10	100.0	10	100.0	3	30.0
Çünür	33	100.0	33	100.0	33	100.0	33	100.0	-	-
Davraz	75	96.1	75	96.1	63	33.0	62	79.5	56	71.8
Gülcü	163	95.6	161	94.7	72	42.3	57	33.5	23	13.5
Gülistan	88	93.6	88	93.6	17	18.1	11	11.7	71	75.5
Halikent	105	96.3	105	96.3	104	95.4	100	91.7	53	48.6
Karaağaç	95	93.1	96	94.1	96	94.1	57	55.9	90	88.2
Kurtuluş	78	92.8	78	92.8	58	69.0	53	63.1	1	1.2
M. Tönge	31	100.0	31	100.0	31	100.0	31	100.0	31	100.0
Sanayi	52	85.2	51	83.6	58	95.1	57	93.4	7	11.5
Sermet	61	98.4	60	96.8	58	93.5	55	88.7	39	62.9
Vatan	74	98.7	74	98.7	68	90.7	64	85.3	63	84.0
Yedişehitler	261	95.9	261	95.9	205	75.4	132	48.5	213	78.3
Yenice	66	100.0	64	97.0	48	72.7	39	59.1	38	57.6
Zafer	131	100.0	130	99.2	68	51.9	62	47.3	128	97.7
<b>Toplam</b>	<b>1524</b>	<b>96.0</b>	<b>1521</b>	<b>95.8</b>	<b>1185</b>	<b>74.7</b>	<b>1013</b>	<b>63.8</b>	<b>964</b>	<b>60.7</b>

\*En az bir kez

Araştırmanın yapıldığı sağlık ocaklarında kan basıncı ölçümü % 85.2-100.0, ağırlık ölçümü % 83.6-100.0, ödem kontrolü % 18.1-100, varis kontrolü % 11.7-100.0, nabız sayma % 0- 100.0 arasında değişen değerlerde yapılmıştır.

**Tablo 47:** Sağlık Ocaklarında Gebe İzlemleri Sırasında Yapılan İşlemlerin\* Dağılımı

	Hemoglobin Ölçümü		İdrarda Protein Kontrolü		ÇKS Dinleme		Geliş Biçimine Bakma **	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bağlar	60	68.9	10	11.5	63	72.4	21	24.4
Bahçelievler	53	61.6	36	41.9	79	91.8	19	22.3
Binbirevler	14	38.9	6	16.7	32	88.9	19	54.8
Çelebiler	6	60.0	2	20.0	9	90.0	-	-
Çünür	24	72.7	10	30.3	32	96.9	24	72.7
Davraz	14	17.9	7	8.9	70	89.7	41	52.5
Gülcü	20	11.7	8	4.7	98	57.6	9	5.3
Gülistan	18	19.1	2	2.1	79	84.0	1	1.0
Halikent	44	40.4	12	11.0	97	88.9	62	56.8
Karaağaç	64	62.7	7	6.9	86	84.3	70	71.4
Kurtuluş	39	46.4	13	15.6	38	45.2	15	18.2
M. Töngce	28	90.3	23	74.2	28	90.3	17	60.7
Sanayi	18	29.5	9	14.7	51	83.6	5	8.1
Sermet	14	22.6	4	6.4	47	75.8	25	40.9
Vatan	36	48.0	29	38.7	71	94.7	56	75.6
Yedişehitler	113	41.5	26	9.5	241	88.6	142	53.3
Yenice	34	51.5	17	25.7	57	86.4	12	18.7
Zafer	48	36.6	5	3.8	129	98.5	96	73.8
<b>Toplam</b>	<b>648</b>	<b>40.8</b>	<b>226</b>	<b>14.2</b>	<b>1307</b>	<b>82.4</b>	<b>634</b>	<b>40.4</b>

\*En az bir kez

\*\*Düşük yapan kadınlar kapsama alınmamıştır.

Araştırma kapsamındaki sağlık ocaklarında hemoglobin ölçümü % 11.7-90.3, idrarda protein arama % 2.1-74.2, ÇKS dinleme % 45.2-98.5, geliş biçimi değerlendirmesi % 0-75.6 arasında yapılmıştır.

**Tablo 48:** Sağlık Ocaklarında Gebelerin Tetanoza Karşı Aşılama Durumları

	Tam Aşılı		Eksik Aşılı		Aşısız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bağlar	74	85.1	9	10.3	4	4.6	87	100.0
Bahçelievler	72	84.7	8	9.4	5	5.9	85	100.0
Binbirevler	32	88.9	-	-	4	11.1	36	100.0
Çelebiler	6	60.0	2	20.0	2	20.0	10	100.0
Çünür	32	97.0	1	3.0	-	-	33	100.0
Davraz	65	83.3	7	9.0	6	7.7	78	100.0
Gülcü	146	85.9	12	7.1	12	7.1	170	100.0
Gülistan	76	80.9	9	9.6	9	9.6	94	100.0
Halikent	69	63.3	30	27.5	10	9.2	109	100.0
Karaağaç	83	81.4	6	5.9	13	12.7	102	100.0
Kurtuluş	60	73.2	14	17.1	8	9.7	82	100.0
Mehmet Tönge	21	67.7	5	16.1	5	16.1	31	100.0
Sanayi	42	68.8	7	11.5	12	19.7	61	100.0
Sermet	53	85.5	7	11.3	2	3.2	62	100.0
Vatan	69	92.0	2	2.7	4	5.3	75	100.0
Yedişehitler	204	75.0	37	13.6	31	11.4	272	100.0
Yenice	55	83.3	8	12.2	3	4.5	66	100.0
Zafer	109	83.8	16	12.3	4	3.8	130	100.0
<b>Toplam</b>	<b>1268</b>	<b>80.1</b>	<b>180</b>	<b>11.4</b>	<b>135</b>	<b>8.5</b>	<b>1583</b>	<b>100.0</b>

Görüldüğü gibi tam aşılama oranları en fazla (% 97.0) Çünür Sağlık Ocağında, en az (% 60) Çelebiler Sağlık Ocağı'ndadır.

## 5. TARTIŞMA

Doğum öncesi bakım, annelerin gebelik ve lohusalık dönemlerini sağlıklı bir şekilde geçirmelerini sağlamaktadır. Hiç doğum öncesi bakım almamış annelerin bu hizmetten yararlananlara göre, doğum sırasında daha fazla ölüm riski taşıdıkları, daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları ve bebeklerin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (27). Doğum öncesi bakım hizmetleri ile, riskli gebeliklerin saptanması, bu durumlarda hastanede doğum yapılmasının sağlanması, gebelik komplikasyonlarının tedavisi ve özel bakım gerektiren durumlarda gebenin uygun bir merkeze sevk edilmesi amaçlanmaktadır (29). Günümüzde binlerce kadın, gebelik ve lohusalık döneminde yeterli bakım alamama, doğumların sağlıksız koşullarda yapılması nedeniyle yaşamlarının en verimli çağlarında hayatlarını kaybetmektedirler. Ülkemiz genelinde bugüne dek farklı hızlarda seyretmiş olan ana ölüm hızı, 1991-2000 yılları arasında Erzurum'da yapılmış bir araştırmada, Afrika ülkelerine yakın olarak yüz binde 630 olarak bulunmuştur (53). Bu hızın düşürülmesi ancak etkin ana sağlığı hizmetlerinin verilmesi ile sağlanabilecektir.

Ana ölümlerinin önlenmesinde, doğum öncesi dönemde riskli gebeliklerin belirlenmesi ve gereken tedbirlerin alınması oldukça önem taşımaktadır. Çok erken ve çok geç yaşlarda oluşan gebelikler anne sağlığı bakımından tehlikeli olan durumlar yaratmaktadır. Nijerya'da yapılan çalışmada, 15 yaşındaki kadınların anne ölümü riski 20-24 yaşlardakilere göre yedi kat daha fazla bulunmuştur. Jamaica'da, 30-34 yaşlardaki kadınlarda anne ölümü riskinin iki katına çıktığı, 40 yaşın üzerinde ise bu riskin 20-24 yaşlardakilere göre beş kat arttığı tespit edilmiştir (54). Adana'da 1996-1998 yılları arasında yapılan araştırmada ise gebelik ve doğum olayında yaş ve paritenin önemli risk faktörleri olduğu, 18 yaşından küçük ve 36 yaşından büyük gebelerde sistemik hastalıklar ve anne açısından risklerin oldukça fazla olduğu bildirilmiştir (55).

Dünyada 15-19 yaş grubundaki kadınlar 1997 yılında 17 milyon çocuk doğurmuşlardır. Bu doğumların 16 milyonu Asya, Afrika, Latin Amerika ve Karayipler'deki gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmiştir. Latin Amerika ve Karayipler'de 20-24 yaş grubundaki kadınların % 30'undan fazlası ve Sahra güneyi

Afrika'da yine aynı yaş grubundaki kadınların % 50-60'ı, ilk doğumlarını 20 yaşından önce yapmıştır (1). 1998 TNSA'na göre ülkemizde 15-19 yaş grubuna ait adölesan gebelikler % 15, 15-24 yaş grubu genç gebelikler ise % 51'dir (17). İzmir İli Bornova İlçesi'nde 1999-2002 yılları arası yapılan araştırmada 18 yaşından küçük gebeler % 1, 1998 yılında Kayseri'de % 1.2, 1997'de Denizli'de 18 yaş ve altı gebeler % 3.8 olarak tespit edilmiştir (56,57,58). Bu çalışmada ise, 20 yaşından daha küçük gebelerin sıklığı % 5.9, 18 yaşın altındaki kadınlara ait gebeliklerin sıklığı ise % 0.8 idi. Türkiye geneli ve ülkemizde yapılmış diğer araştırmalara göre ilde adölesan gebeliklerin düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni çalışmanın il merkezinde yapılmış olması ve evlilik yaşının yüksek olması olabilir.

1998 TNSA'na göre ülkemizde 35 yaş üzeri gebeliklerin sıklığı % 7.4'tür. Bu gebelikler 1998 yılında Kayseri'de yapılan araştırmada % 6.9 olarak tespit edilmiştir. 1991-1992 yılları arasında Adana'da 34 yaş üzeri gebeler % 8.5, 1997'de Denizli'de % 2.8, Bornova'da 1999-2000 yılları arasında yapılan araştırmada % 5.4 bulunmuştur (17,57,59,58,56). Bu çalışmada 34 yaşından büyük kadınlara ait gebelikler % 8.4, 35 yaş üzerindeki gebeler ise % 6.1 olarak bulunmuştur. Ana sağlığı açısından yüksek riskli olarak kabul edilen ileri yaş gebelikler Kayseri ve Adana'da bulunan sonuç ile benzerlik gösterirken, Türkiye geneline göre düşük, batı illerinden Denizli ve İzmir ili Bornova ilçesine göre ise yüksektir.

Kadınların gebelik ve doğum sayıları arttıkça sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir. İlk gebelik ve doğumlar ile dört ve üstündeki doğumlar anne ölümü açısından riskli kabul edilmektedir. 1996-1998'de Adana'da yapılan çalışmada, hiç doğum yapmamış kadınlarda fetus açısından riskler fazla iken, çok sayıda doğum yapanlarda sistemik hastalıklar ve anne açısından risklerin fazla olduğu tespit edilmiş, yüksek riskli gebeliklerde prenatal bakımda yakın takibin şart olduğu ve anormalliklerin erken teşhisinin önemli olduğu vurgulanmıştır (55). Erzurum'da 1991-2000 yıllarında, beş ve üzeri çocuk sahibi olan annelerin, hiç doğum yapmamış kadınlara göre yaklaşık beş kat daha fazla mortalite riski taşıdığı tespit edilmiştir (53).

1998 TNSA sonuçlarına göre araştırma grubundaki kadınlardan ilk doğumu olanlar % 34.9, 4-5 kez doğum yapanlar % 12.2, altı ve daha fazla sayıda doğum yapanlar ise % 9.7 olarak tespit edilmiştir (17). 1991-1992 yılları arasında Adana'da,

ilk gebelikler % 24.8 iken, beş ve daha fazla gebelikler % 26.6 olarak bulunmuştur (59). Çalışmada, ilk gebeliklerin sıklığı % 38.9, beş ve daha fazla gebeliklerin sıklığı % 4.7 idi. Türkiye geneli ve Adana'da yapılan araştırmaya göre il merkezinde ilk gebelikler fazla iken, beş ve fazla sayıdaki gebeliklerin oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmada gebelik sayısı ortalaması  $2.11 \pm 1.26$  idi. Isparta'nın Gönen ilçesinde 1997'de yapılan araştırmada kadınların gebelik sayısı ortalaması  $2.85 \pm 1.71$ , Isparta merkezinde 2001-2002 yıllarında  $2.93 \pm 1.59$ , 2002 yılında Bornova'da  $2.13 \pm 0.14$ , 1991-1992 yılları arası Adana'da  $3.45 \pm 2.57$ , 1993'te Doğanşehir'de  $4.56 \pm 3.03$ , 1998'de Kayseri'de  $2.39 \pm 1.6$ , 1996'da Gaziantep'te  $5.1 \pm 3.6$  bulunmuştur (60,61,62,63,57,64). Bulduğumuz sonuç, Gaziantep, Adana ve Doğanşehir'e göre ilimizde kadınların daha az gebe kaldığını gösterirken, Isparta merkezi, Gönen, Bornova ve Kayseri'de bulunan sonuçlara yakın bir ortalamadır. Bunun nedeni kadınların aile planlaması konusundaki tutum ve davranışları, sosyo-ekonomik ve kültürel faktörler olabilir.

Yaş ve gebelik sayısının yanı sıra, doğum aralıkları da anne ölüm hızını etkilemektedir. Bangladeş ve Endonezya'da en yüksek anne ölümleri 20 yaşın altında ve üç ya da daha fazla çocuk sahibi kadınlar arasında görülmektedir. 20 yaş altındaki kadınların birkaç çocuğunun olması doğum aralıklarının sık olduğunu göstermektedir. Eğer doğumlar en az 2 yıl ara ile yapılacak olursa bebek ölümleri % 10, 1-4 yaş çocuk ölümleri % 16 oranında azalacaktır (65). Türkiye'de iki yıldan daha az aralıklarla doğan bebeklerin ölme riski, iki yıldan daha fazla aralıklarla doğan bebeklere göre 1.55 kez fazladır (22). 1991'de Konya'da kırsal ve kentsel alanda, anneye ilişkin risk faktörlerinin bebek ve çocuk ölümleri üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, kırsal kesimde gebelik aralığı iki yıldan az olan kadınların çocuklarının ölüm oranının % 90'a kadar çıktığı saptanmıştır (66).

1998 TNSA'da incelenen doğumların % 29.3'ü iki yıldan az aralıklarla gerçekleşmiştir (17). Araştırma grubundaki kadınlarda iki yıldan az aralıklarla doğum yapan kadınlar % 24.4 idi. Bu değer Türkiye geneline göre düşük olmasına karşın, istenen bu tür gebeliklerin tamamen önlenemesidir. Çalışmada doğum aralığı iki yıldan az olan kadınların % 57.4'si gebelik öncesi herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktaydı. Bu grupta etkili yöntem kullananlar ise %

15.8 idi (Tablo 27). Bu kadınlar isteyerek gebe kalmış olsalar dahi, iki yıldan az aralıklarla yapılan doğumların tehlikeleri konusunda sürekli bir sağlık eğitimi verilmeli ve bundan sonraki iki yıldan az aralıklı doğumlar engellenmeye çalışılmalıdır. Görev alanını sadece belli bir kesim değil, bebek, çocuk ve kadınlar başta olmak üzere, her yaş ve cinsten insanların oluşturması, ev ziyaretleri nedeniyle halkla iç içe çalışmaları nedeniyle bu konuda en etkili olabilecek kişiler ebelerdir.

İlk evlilik yaşı, adölesan doğurganlığını belirleyen en önemli etmenlerden biridir. 20 yaşından önce evlenen kadınların yüzdesi, dünyanın bir çok ülkesinde düşmektedir. Bununla birlikte bu durum Sahra güneyi Afrika'da hala yaygındır. Bu bölgedeki birçok ülkede 15-19 yaş grubundaki kadınların % 40'ı evlilik yapmıştır (1). Ülkemizde kadınların % 96'sı, erkeklerin ise % 92.5'i 30 yaşına kadar evlenmektedir (27). 2001-2002 yıllarında GAP Bölgesi'nde yapılan araştırmada kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması  $17.42 \pm 3.21$  bulunmuş, bu ortalamanın en düşük olduğu ilin Siirt (15.63) olduğu saptanmıştır (67). İstanbul'un gecekondu bölgelerinde çok çocuklu kadınlarda 1990-1991 yılları arasında yapılan araştırmada 17.24, Isparta'da 2001-2002 yıllarında yapılan bir araştırmada  $19.11 \pm 2.67$ , 1997'de Gönen'de  $19.0 \pm 2.58$  olarak saptanmıştır (68,61,60). Bu çalışmada ise kadınların evlenme yaşı ortalaması  $20.83 \pm 3.48$  idi. GAP Bölgesi ve İstanbul'da yapılmış araştırmaların yanında ilde tespit edilen sonuçlardan da bulunan ortalamanın yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, evlenme yaşının giderek yükselmesi olabileceği gibi, ebelerin kadınların evlenme yaşlarını doğru bir biçimde sorgulamamaları da olabilir.

Çalışmada ilk gebelik yaşı ortalaması  $21.95 \pm 3.72$  idi. Kadınların dörtte birinden fazlası (% 27.6) 20 yaşından küçükken ilk kez gebe kalmıştı. Isparta'da yapılan araştırmada ilk gebelik yaşı ortalaması  $20.23 \pm 2.92$  olarak tespit edilmiştir (61). Bulgunun yüksek olması, çalışmadaki evlenme yaşı ortalamasının ( $20.83 \pm 3.48$ ) ilde yapılmış bu araştırmada bulunan evlenme yaşı ortalamasından ( $19.11 \pm 2.67$ ) yüksek olması ile açıklanabilir.

Kadınların eğitim yolu ile bilgilendirilmesi anne, bebek ve çocuk sağlığı düzeylerinin yükseltilmesine çok büyük katkıda bulunur. 1972-1984 yılları arasında 42 ülkede yapılan Dünya Doğurganlık İncelemesi'nde (The World Fertility Survey), bebek ve çocuk ölüm oranlarının öğrenim düzeyindeki yükselmeye bağlı olarak

azaldığı sonucuna varılmıştır. Örneğin Kamerun'da hiç eğitim görmemiş annelerin bebekleri (bir yaşına ulaşmamış), lise öğrenimi gören annelere kıyasla 2 kat fazla ölmüştür. 25 ülkeyi kapsayan karşılaştırmalı bir incelemede ise, tüm annelere yedi yıl ve daha uzun süreli olarak sağlanacak bir öğrenimin bebek ve çocuk ölümlerinin % 41'ini azaltabileceği tahmin edilmiştir (65). Türkiye'de ilkokul eğitimi görmemiş annelerin bebeklerinin yaşamının ilk yılında ölme olasılığı diğer bebeklere göre 1.15 kez fazladır. Babanın ilkokul mezunu olmadığı durumlarda ise bu risk 1.6 kez fazla olmaktadır (22).

Dünya'da okur-yazar olmayan yetişkin kadınların yüzdesi 1980 yılında % 19, 1995 yılında % 15 olarak bulunmuştur. Bunun 2010 yılında % 11'e düşeceği tahmin edilmektedir. En az gelişmiş ülkelerde ise okur-yazar olmayan yetişkin kadınlar 1980'de % 38, 1995'te % 31'dir ve bu ülkelerde okur-yazar olmayan kadınların yüzdesinin 2010 yılında % 24'e düşmesi beklenmektedir (1). Türkiye'de 15-49 yaş arası hiçbir eğitimi olmayan kadınlar % 16.7 olup, ülke genelinde en yüksek değer % 42.0 ile Diyarbakır, Mardin, Siirt, Hakkari, Bitlis, Van, Batman ve Şırnak illerini içeren bölgedir. Antalya, Muğla, Burdur ve Isparta'yı kapsayan bölgede % 19.7 olarak bildirilmiştir (69). Kadınların % 70.44'ünün okur-yazar olmaması ile Şırnak ili güneydoğuda birinci sırada yer almaktadır (70). 1993'te İstanbul'da yapılmış bir araştırmada okur-yazar olmayan kadınlar % 14.5, okur-yazarlar % 7.0, ilkokul mezunları % 50.3, ortaokul-lise mezunları % 22.9 ve yüksek okul mezunları % 5.3 olarak saptanmıştır (71). Şanlıurfa'da kadınların % 61.9'u okur-yazar değil veya ilkokulu bitirmemiş, % 38.1'i ilkokul ve üzerinde eğitim almıştır (72). 2001-2002 yılları arasında Isparta merkezde yapılan çalışmada ilkokuldan mezun olmayan kadınlar % 5.6 bulunmuştur (61). Çalışmada, eğitimsiz (okur-yazar olmayan ve ilkokulu bitirmemiş) kadınlar % 2.1, ilkokul % 52.2, ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlar % 45.7 olarak tespit edilmiştir ve bunun % 26.2'nı lise mezunları, % 9.7'nı yüksek okul mezunları oluşturmaktadır. Çalışmada bulunan sonuçlara göre, Türkiye geneli ve ülkemizde yapılan diğer araştırmalardan kadınların eğitim seviyesi oldukça iyi düzeyde görülmektedir. İlimizin kırsal kesiminde eğitimsiz kadınlar daha fazla olabilir ancak yine de Isparta'da yapılmış diğer araştırmanın da gösterdiği gibi kadınların eğitim seviyelerinin yükseldiği sonucu çıkarılabilir. Kadınların yaşları arttıkça, eğitimi olmayanların oranının artabileceği göz önüne alınırsa araştırma



grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun (% 74.4) 30 yaşından küçük olması eğitimsiz kadınların sayısının azlığının diğer bir nedeni olabilir.

Günümüzde kadınların aileye ekonomik katkıları giderek artmış, daha çok sayıda kadın ev dışında çalışmaya başlamıştır. İki binli yıllarda batı dünyası iş gücünün % 45'ini kadınların oluşturması beklenmektedir. Part-time çalışanların da yaklaşık yarısı kadındır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınlar daha çok tarım sektöründe, gelişmiş ülkelerde ise hizmet sektöründe çalışmaktadır (73). Batı Afrika'da tarım işlerinin % 70-80'i kadınlar tarafından yapılmakta ve tüm ülkelerdeki temel gıda etkinliklerinin % 40-50'si kadınlar tarafından üretilmektedir (65). Ülkemizde kadınların işgücüne katılma durumu Türkiye geneli için % 30.1 iken, kırdan % 48.6'ya çıkmakta, kentte ise % 14.6'da kalmaktadır (73). Eskişehir'de yapılan araştırmada gelir getirici bir iş sahibi olan kadınlar % 20.0 bulunmuş, bu kadınların % 38.3'ünün memur, % 17.5'inin işçi olduğu tespit edilmiştir (74). Araştırma grubunda meslek sahibi olan kadınlar % 15.8 olup, % 9.9'u memur, % 4.4'i işçi, % 1.5'i serbest meslek sahibidir. Bulunan sonuç ülkemizin kentsel kesimine göre biraz yüksek iken, Eskişehir'e göre ilimizde meslek sahibi kadınların yüzdesi düşüktür.

Çalışmada, meslek sahibi olan kadınların evlenme yaşı ortalaması ( $23.23 \pm 2.98$ ) ile ev hanımlarının evlenme yaşı ortalaması ( $20.39 \pm 3.40$ ) arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0.000$ ). Ev hanımlarının büyük çoğunluğu (% 45.3) 20 yaş altında evlenirken, bu yüzde meslek sahibi kadınlarda oldukça düşmektedir (memurlarda % 6.5, işçilerde % 9.4, serbest meslek sahibi kadınlarda % 18.2). İzmir'de 2001 yılında adölesan gebelerin incelendiği bir çalışmada, gebelerin üçte birinin ilkokuldan mezun olmadığı ve hiç birinin çalışmadığı bulunmuştur (75). Kadınların çalışma durumunun evlenme yaşını yükselttiği, dolayısıyla doğurganlık davranışları üzerine olumlu etkisi olduğu söylenebilir. Çünkü, evlenme yaşının düşmesi çok ve sık doğumların temelini oluşturmaktadır.

Kadınların eğitim seviyesi ile evlenme yaşları arasında pozitif yönde, anlamlı korelasyon tespit edilmiş olup, eğitim seviyesi yükseldikçe evlenme yaşları da yükselmekteydi ( $p=0.000$ ). Eğitimi olmayan kadınların tamamı 30 yaşına kadar evlenmişti. Bu kadınların % 66.7'si 20'den küçük yaşta evlenirken, lise mezunlarında bu değer % 27.6, yüksek okul mezunlarında % 3.6 idi (Tablo 23).

Bangladeş'te uygulanan bir projede, okula gitme imkanı sağlanan çiftçi kızların yaşam biçiminin değiştiği görülmüştür. Bu kızların % 95'i ilkokulu bitirmeye karar vermişler, hiçbiri küçük yaşta ve tanımadıkları bir kişiyle evlenmek istemediklerini, evlendikten sonra da ilk bir kaç yıl içinde çocuk sahibi olmak istemediklerini ifade etmişlerdir (54).

Çalışmada, kadınların yaşları ilerledikçe gebelik sayılarının arttığı saptanmıştır ( $p=0.000$ ). Yaşı 20'den küçük olan kadınların % 23.7'sinin 2-4 sayıdaki gebelikleriydi. 4'den daha fazla sayıdaki gebeliklerin sıklığı 20-24 yaş grubunda % 0.6, 25-29 yaş grubunda % 3.3, 30-34 yaş grubunda, % 7.8, 34 yaş üzerindeki kadınlarda ise % 24.1 idi (Tablo 24). 1998'de Denizli'de yapılan araştırmada yaşla birlikte 4 ve üzerindeki gebelik ve canlı doğum sayılarının arttığı, bu durumun özellikle 35 yaş ve üzerinde daha belirgin olduğu bildirilmiş, bu yaş grubu kadınlarda 4 ve daha fazla gebeliği olanlar % 63.6, canlı doğumu olanlar ise % 36.4 olduğu saptanmıştır (58).

Çalışmada, kadınların eğitim durumlarının yükselmesi ile gebelik sayıları arasında negatif yönde, güçlü ve anlamlı korelasyon olduğu, eğitim durumu yükseldikçe gebelik sayılarının azaldığı belirlenmiştir ( $p=0.000$ ). Eğitimi olmayan kadınlarda 4'den fazla gebeliği olan kadınların sıklığı % 41.9 iken, ilkokul mezunlarında % 5.3'e, orta ve lise mezunlarında % 2'ye düşmekte, yüksek okul mezunlarında ise 4'den fazla gebeliği olan kadın bulunmamaktaydı (Tablo 25). Denizli'de yapılan araştırmada bu bulguları destekler nitelikte kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe 4 ve üzerinde gebelik sayılarının anlamlı şekilde azaldığı saptanmış, bu gebeliklerin sıklığı okur-yazar olamayanlarda % 60.0, okur-yazar kadınlarda % 28.6, ilkokul mezunlarında % 13.4, ortaokulda % 7.4, lise ve üzeri eğitim alanlarda ise % 7.7 olarak belirlenmiştir (58).

Aile planlaması, sık aralıklı doğum sayısını azaltmakla ve çok genç kadınların doğum yapmasını engellemekle, kadın ve çocuklardaki bir çok gereksiz hastalıkları ve buna bağlı ölümleri önleyebilmektedir. Etkin doğum kontrol yöntemlerinin kolayca ulaşılabilir olması koşuluyla, hiçbir sağlık önlemi kısa bir süre içinde aile planlaması kadar etkili olamaz. Bu nedenle, ana ve çocuk sağlığının korunması önlemleri içinde, yüksek doğum ve yüksek ölüm sayısının ortaya çıkardığı kısır döngünün bozulmasının sağlanması açısından aile planlamasının mutlaka yer alması

gerekir (65). Dünyada her yıl gerçekleşen 200 milyon gebeliğin yaklaşık 75 milyonu istenmeyen gebeliklerdir. Buna rağmen dünyada kadın ve erkeklerin yaklaşık olarak % 60'ı modern kontraseptif yöntemi kullanmaktadır (76). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 raporuna göre, dünyada, artık başka çocuk yapmak istemeyen ya da bir sonraki doğumu en az iki yıl ertelemek isteyen, ancak herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan 120-150 milyon evli kadın vardır (1).

2003 TNSA sonuçlarına göre ülkemizde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma prevalansı % 71.0 olup, modern yöntemler % 42.5, geleneksel yöntemler ise % 28.5 sıklıkta kullanılmaktadır (15). 2001-2002 yılları arasında GAP Bölgesinde yapılan araştırmada doğurganlık çağındaki kadınların % 48.2'sinin hiçbir zaman gebeliği önleyici yöntem kullanmadığı, % 37.4'ünün kontraseptif yöntem kullandığı, bunların % 28.1'inin etkin, % 9.3'ünün ise etkisiz yöntem kullandıkları saptanmıştır (77). 1997'de Gönen'de yapılan çalışmada kadınların % 56'sının modern, % 22'sinin geleneksel yöntem kullandığı, 2001-2002 yılları arasında Isparta'da herhangi bir yöntem kullanan kadınların % 65.5 olduğu, bu kadınların % 59.9'unun etkili, % 40.1'inin ise etkisiz yöntemler kullandığı tespit edilmiştir (60,61). Bu çalışmada, gebelikten önce herhangi bir yöntem kullanan kadınların sıklığı % 46.8, hiçbir yöntem kullanmayanların sıklığı ise % 53.2 idi. Türkiye geneli, Gönen ve Isparta'ya göre yöntem kullanma prevalansının düşük, GAP Bölgesi'ne göre yüksek olduğu görülmektedir. Yöntem kullanmayan kadınların Türkiye geneli ve ilde yapılmış diğer araştırmalardan fazla olması, aile planlaması hizmetlerinin yetersizliğini göstermesinin yanında, ebeler tarafından gebelik öncesi yöntem kullanma durumunun iyi sorgulanmaması ve gebe kalmak isteyip bilerek kontraseptif kullanmayan kadınlar nedeniyle olabilir.

Kadınların gebelikten önce kullandığı yöntemler incelendiğinde sıklık sırasına göre şu şekilde belirlenmiştir: RİA % 13.0, kondom % 10.2, oral kontraseptif % 4.2, diğer yöntemler % 19.4. Ebeler, kadınların gebelikten önce kullandıkları yöntemler içinde en fazla "diğer yöntemler" seçeneğini işaretlemişler, fakat bu yöntemlerin ne olduğunun açıklanması istenen bölümü boş bırakmışlardır. Dolayısıyla bu yöntemlerin ne olduğu anlaşılacaktır. İlimiz Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde 2000 yılında yapılan bir çalışmada, kadınların merkeze başvurmadan önceki üç ay içinde en fazla kullandıkları yöntemin geri çekme olduğu

saptanmıştır (78). Bu çalışmada da en fazla kullanılan yöntemin geri çekme olması muhtemeldir. Ebelerin gebe izlem fişlerini eksik doldurmaları sağlıklı değerlendirme yapılmasını engellemektedir. İlimizde yapılmış araştırmaya benzer şekilde 1993'te İstanbul'da yapılan çalışmada en fazla kullanılan yöntemin geri çekme olduğu tespit edilmiştir (71). 2001-2002 yılları arasında GAP Bölgesi'ndeki araştırmada en fazla kullanılan yöntemin RİA olduğu belirlenmiş, ancak Şırnak, Adıyaman ve Batman'da geri çekmenin tercih edilen birinci yöntem olduğu, hatta Şırnak'ta % 100'e yaklaştığı saptanmıştır (77).

Çalışmada aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile gebelik sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiş ( $p=0.000$ ), farkın yöntem kullanmayan kadınlardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 26). Kontraseptif yöntem kullanmayan kadınların gebelik sayısı ortalamasının ( $1.80\pm 1.28$ ), etkili yöntem kullanan kadınlara ait ortalamadan ( $2.50\pm 1.07$ ) ve diğer yöntemleri kullanan kadınlara ait ortalamadan ( $2.57\pm 1.27$ ) düşük olması, bu kadınların gebe kalmak istedikleri için kontraseptif yöntem kullanmadıklarını düşündürmektedir. Hiçbir yöntem kullanmayanların yüzdesinin en yüksek (% 80.1) olduğu grup ilk gebeliği olan kadınlar idi. Çalışmada gebelik sayısı 4'den fazla olan kadınlarda etkili yöntem (RİA, oral kontraseptif, kondom) kullanım sıklığı % 29.3, diğer yöntemleri kullanım sıklığı % 32.3 idi. Bu gruptaki kadınların % 38.5'i hiçbir koruyucu yöntem kullanmamaktaydı. Özellikle bu kadınlarda etkili yöntem kullanma prevalansının düşük olması istenmeyen bir sonuçtur ve elimizde aile planlaması hizmetlerinde yetersizlik olduğunu göstermektedir. Elimizdeki mevcut verilerle kadınların ne kadarının planlı bir şekilde gebe kaldığını anlama şansımız yoktur, fakat ülkemizde yapılan bazı araştırmalar bu konuda ciddi bir bilgi ve hizmet eksikliği olduğunu göstermektedir. 2002 yılında İzmir'de yapılan çalışmada, kadınların gebelik sayısı ortalaması  $2.4\pm 1.7$ , son gebeliklerini isteyen kadınların % 52.7, daha ileri dönemde bebek sahibi olmayı tercih edenlerin % 31.3 ve hiç çocuk sahibi olmak istemeyenlerin % 16.0 olduğu bulunmuş, plansız gebeliklerin sıklığının % 47.3 olmasına rağmen kadınların ancak % 23.1'inin gebe kaldığı dönemde aile planlaması yöntemi kullanıldığı saptanmıştır (79). 2001-2002 yılları arası GAP Bölgesi'nde yapılan çalışmada ideal çocuk sayısının 3 olarak belirtilmesine karşın, gebelik geçirmiş kadınlarda gebelik sayısı ortalamasının 6.4'e, canlı doğum sayısı

ortalamasının 5.5'e, yaşayan çocuk sayısı ortalamasının ise 4.7'ye ulaştığı, bu ortalamaların 45-49 yaş grubu gebelik geçirmiş kadınlarda ise sırasıyla 9.2, 8.1 ve 6.6'ya yükseldiği tespit edilmiştir (80). Ankara'da 1999-2001 yılları arasında evli erkekler üzerinde yapılan bir araştırmada % 67.7'sinin herhangi bir yöntem kullanmadığı, % 87.7'sinin artık çocuk istemediği ve bu bölgede gebeliklerin fazla olmasının sebebi olarak % 52.3 yöntem bilmeme olduğu saptanmıştır (81).

Çalışmada, gebeliği öncesi hiçbir yöntem kullanmayan kadınlar en fazla (% 72.4) eğitimi olmayanlar olup, bu sıklık ilkökul mezunlarında % 52.2, ortaokul mezunlarında % 61.6, lise mezunlarında % 53.2 ve yüksek okul mezunlarında % 54.6 idi. Etkili yöntem (RİA, oral kontraseptif, kondom) kullanım prevalansı eğitimi olmayan kadınlarda % 10.3, ilkökul mezunlarında % 25.3, ortaokul mezunlarında % 17.6, lise mezunlarında % 30.1, yüksek okul mezunlarında % 36.3 idi. RİA, eğitimi olmayan, ilkökul, orta ve lise mezunu kadınların en fazla tercih ettiği yöntem iken, kondom kullanımının en fazla olduğu grup yüksek okul mezunları idi. Eğitimi olmayan kadınlarda oral kontraseptif ve kondom kullanan hiçbir kadın bulunmamaktaydı (Tablo 28). 1993'te İstanbul'da yapılan araştırmada kadınların öğrenim durumu ile kontraseptif yöntem kullanma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamış, ancak öğrenim durumu ile tercih edilen yöntem arasında farklılık tespit edilmiştir. Bu araştırmaya göre ilkökul ve altı eğitim almış olanlar geri çekme ve diğer etkin olmayan yöntemleri tercih ederken; orta ve üzerinde eğitime sahip kadınlar kondom ve RİA'yı tercih etmişlerdir (71). 2000 yılında Ankara'da yapılan araştırmada eğitimi olmayan kadınlar için eşinin eğitim düzeyi arttıkça modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımının arttığı saptanmıştır (82).

Araştırma grubundaki kadınların % 16.5'i bir kez, % 5.9'u iki ve daha fazla sayıda olmak üzere % 22.4'ünün daha önce düşük yaptığı belirtilmiştir. Bu değer Kayseri'de % 17.7 olarak tespit edilmiştir (57). GAP Bölgesinde yapılan araştırmada evli kadınların % 8.6'sı isteyerek düşük, % 32.5'i kendiliğinden düşük yapmışlardır. İsteyerek düşüklerin Kilis ve Adıyaman illerinde, kendiliğinden düşüklerin ise Mardin, Şanlıurfa ve Gaziantep illerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır (83). Bizim bulduğumuz sonuç Kayseri'ye göre yüksek, GAP Bölgesine göre düşük olmakla birlikte, kadınların beşte birinden fazlasının en az bir kez düşük yapmış

olması, ilimizde düşüklerin önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Fakat araştırmada düşüklerin isteyerek ya da kendiliğinden gerçekleştiğini belirtir herhangi bir bilgi olmadığından dolayı bu konuda değerlendirme yapılamamıştır.

Çalışmada, kadınların yaşları ile düşük sayıları arasında pozitif yönde, anlamlı korelasyon saptanmış olup, yaşın ilerlemesi ile düşük sayısının arttığı belirlenmiştir ( $p=0.000$ ). En az bir kez düşük yapan kadınları yüzdesi 30-34 yaş grubunda % 26.4, 34 yaş üzerinde % 47.7 idi (Tablo 29). ABD’de kürtaj olma durumunun yaşla artış gösterdiği, 19 yaş altında % 25.3, 20-24 yaşlarda % 34, 25 yaş üzerinde % 40.7 olduğu bulunmuştur (84). Kayseri’de 15-24 yaş grubu kadınlarda düşük yapma yüzdesi % 10.0, 25-34 yaş grubu kadınlarda % 22.5 ve 35 yaş üzeri kadınlarda % 44.5 olarak saptanmış, kadınların yaşları ilerledikçe düşük sayısının anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (57). Görüldüğü gibi yaş ilerledikçe düşük ve küretaj sıklığı artış göstermektedir.

Kadınların son gebeliklerinin 20 tanesi (% 1.6) düşükle sonuçlanmıştır. Ancak İl Sağlık Müdürlüğü’nün 2003 yılı kayıtlarına göre araştırma kapsamındaki sağlık ocağı bölgelerinde 90 tane düşük meydana geldiği görülmektedir. Çalışmadaki düşük yapma yüzdesinin az olmasının bir nedeni ebelerin fişlere gebelik sonucunu yazmamaları olabilir fakat kadınların son gebeliklerinin sonucunun % 80.0 doldurulmuş olması bu fikrin doğruluk derecesini zayıflatmaktadır. Tahmini olarak ebeler düşük yapan kadınların oldukça az bir kısmına izlem fişi çıkarmış olabilirler. Bu da göstermektedir ki ilde düşük yapan kadınlara verilen hizmetlerde önemli bir yetersizlik vardır. Gebelikler en erken dönemde tespit edilerek riskli durumu olanlar belirlenmeli, kadınların düşük yapma nedenleri araştırılmalı, düşük sonrası bakımları sağlanmalıdır. Çalışmada düşük yapan 20 kadından 17’si (% 85.0) düşük sonrasında hiç ziyaret edilmemiştir. Özellikle bu dönemde aile planlaması hizmetlerinin verilmesi oldukça önem taşımaktadır. Bu sayede istenmeyen gebelikler önlenabilir ve aileler gebelik aralıklarını kendi isteklerine göre planlayabilir. İstenmeyen gebelikler düşüğün aile planlaması yöntemi olarak benimsenmesinde etkili olabilecek bir faktördür. İzmir’de yapılan bir çalışmada hiç istenmeyen gebeliklerin % 80’inin, zamanlaması yanlış olanların ise % 37.2’sinin istemli düşükle sonuçlandığı bulunmuştur (85).

Akraba evlilikleri genetik hastalıkların görülmesini etkileyen en önemli durumlardan biridir. Bu evliliklerin sıklığı Pakistan'da % 60.2'dir (86). 1998 TNSA sonuçlarına göre, ülkemizde akraba evliliği sıklığının % 27, konjenital anomali görülmesi bakımından daha fazla risk taşıyan birinci derece akraba evliliği sıklığının ise % 17 olduğu saptanmıştır. Birinci derece akraba evliliklerin Doğu (% 26) ve Güney (% 21) bölgelerinde diğer bölgelere göre, kırsal yerleşim yerlerinde (% 20) ise kente (% 14.6) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (17). Akraba evliliği sıklığı 1997'de Denizli'de % 20.3, 2002'de Manisa'da % 16.6, Eskişehir'de % 11.9 olarak belirlenmiştir (58,87,74). Çalışmada eşi ile akraba olan kadınlar % 6.8'dir. Bulunan sonucun ülke geneli ve yapılmış diğer araştırmalardan düşük olduğu görülmektedir, ancak ilimizde akraba evlilikleri kırsal kesimde daha yüksek olabilir.

Çalışmada kadınların eğitim durumu ile akraba evliliği yapma arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüş, ortaokul ve üzerinde eğitim almış kadınlarda belirgin olmak üzere, eğitim seviyesi yükseldikçe akraba evliliklerinin azaldığı saptanmıştır (p=0.000). Eğitimsiz kadınların yaklaşık beşte biri (% 19.4) akraba evliliği yaparken, bu sıklık ilkokul mezunlarında % 8.9, ortaokul mezunlarında % 4.1, lise mezunlarında % 3.4 ve yüksek okul mezunlarında % 2.1 idi (Tablo 30). Benzer şekilde 1998 TNSA'nda ortaokul ve üzerinde eğitimi olan kadınlarda bu evliliklerin düşük olduğu belirlenmiş, birinci derece akraba evliliği sıklığının eğitimi olmayan ve ilkokulu bitirmemiş kadınlarda % 26.0, ilkokul mezunlarında % 14.6, ortaokul ve üzeri eğitim alanlarda % 4.8 olduğu saptanmıştır (17). Ulaş Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yapılan araştırmada ise eğitim verilmesi ile 1. derece akraba evliliklerinde düşme sağlanmış, ancak toplam akraba evliliği yapma oranı üzerinde eğitimin önemli etkisinin olmadığı belirlenmiştir (88).

Anemi, ana sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre gelişmekte olan ülkelerdeki gebe kadınların % 50'sinden daha çoğunda anemi vardır (1). Anemi nedenleri arasında ilk sırayı demir eksikliği anemisi almaktadır (89). Ülkemizdeki gebe kadınlarda demir eksikliği anemi görülme sıklığı % 73.9'dur (90). 1992'de Aksu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yapılan çalışmada gebe kadınlardaki anemi prevalansını % 58, Konuralp Sağlık Ocağı Bölgesi'nde % 54.2, 1990'da Eskişehir'de % 59.2, Kayseri'de % 73.3, Afyon'da % 29.38 bulunmuştur (91,92,93,94,95). Çalışmada gebelerdeki anemi sıklığı % 25.5

olarak tespit edilmiştir. Bu sıklığın ülke geneli ve yapılmış diğer araştırmalara göre düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ilde doğurganlığın düşük olması, ailelerin sosyo-ekonomik durumlarının ve beslenmelerinin iyi olması ile açıklanabilir. Çalışmada, ailelerin ekonomik durumları ve beslenmeleri konusunda değerlendirme yapılamamıştır ancak Isparta merkezde 2001-2002 yılları arasında yapılan araştırmada ailelerin % 88.8'inin ekonomik durumlarının orta ve iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (61).

Düşük doğum ağırlığı, gebelik süresi ne olursa olsun doğan çocuğun 2500 gramdan daha hafif olması olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre her yıl 25 milyon bebek düşük ağırlıklı olarak doğmaktadır. Bu, bütün canlı doğumların % 17'sidir. Düşük doğum ağırlığı olaylarının % 95'i gelişmekte olan ülkelerde görülmekte ve dünyanın değişik bölgeleri arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Sıklığı Güney Asya'da % 32, Doğu Asya'da % 9, Afrika'da % 11-16, Latin Amerika ve Karayipler'de % 10-12'dir (1). 2002 yılında Manisa'da yapılan araştırma'da düşük doğum ağırlıklı bebekler % 13.2 olarak belirlenmiştir (87). Çalışmada, 2500 gramdan daha az ağırlığa sahip bebeklerin sıklığı doğum kilosunun yazıldığı gebe lohusa izlem fişlerine göre % 6.1'dir ve Manisa'da yapılan araştırmaya göre düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ilimizde adölesan ve ileri yaştaki gebeliklerin az olmasına bağlanabilir. Çünkü, genç ve ileri anne yaşı ile ilişkili preeklampsi, anemi, zor ve uzun doğum eylemi, kanama, prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna sık rastlanmaktadır (28). Ayrıca düşük sosyo-ekonomik yapı ve aşırı sigara içme düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır (28). Düşük doğum ağırlıklı bebek doğumunda sigaranın etkisi düşünüldüğünde sıklığın az olması, gebelerdeki sigara içme alışkanlığı düzeyinin düşük olması da olabilir fakat elimizdeki verilerle bunu değerlendirme imkanımız yoktur. Dünyada kadınların % 30.9'unun gebelikten önce, % 25.5'inin ise gebelik sırasında da sigara içtiği tahmin edilmektedir (96). Isparta'da yapılan çalışmada 20-50 yaş grubundaki kadınlarda sigara içme sıklığı % 13.25 olarak tespit edilmiştir (61).

2003 TNSA sonuçlarına göre ülkemizde kadınların % 81'i en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım almıştır. Doğum öncesi bakım almada kadınların demografik özellikleri, yerleşim yeri ve bölgelere göre belirgin farklılıklar



bulunmaktadır. Yaşı genç olan gebeler, az sayıda çocuk sahibi olan, kentsel alanlarda ve Doğu bölgesi dışındaki bölgelerde yaşayan kadınlar ve en az ilköğretim düzeyinde eğitimi olan kadınların doğum öncesi bakım almalarının, diğer kadınlarla karşılaştırıldığında daha fazla olduğu saptanmıştır (15). Bu çalışmada, İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarındaki mevcut gebe sayısına göre, gebelerin % 68.7'ine gebe lohusa izlem fişi çıkarılmıştı. GİF çıkarılan gebelerin % 98.8'i doğum öncesi dönemde en az bir kez ziyaret edilmişti. GİF çıkarılmayan gebelerin izlenip izlenmediği bilinmemektedir. Bir başka nokta da incelenen gebelerin tespit edilmiş gebeler olmasıdır. Gebeliği boyunca sağlık ocakları tarafından tespit edilmemiş kadınların olabileceği ve bu gebelerin sağlık ocağı dışında bir merkezden bakım almadığı varsayılırsa, ilimizde doğum öncesi bakımın yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir. 1998'de Antalya'da yapılan araştırmada, gebelerin % 76.2'sine izlem fişi çıkarıldığı saptanmış, gebe izlem fişine ulaşamayan kadınların gebelikleri boyunca tespit edilmedikleri belirlenmiştir (97).

Doğum öncesi bakım, gebelikten önce var olan veya gebelik sırasında ortaya çıkabilecek riskli durumların saptanabilmesi için en erken dönemde başlatılmalıdır. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'de her gebenin 12. haftadan önce tespit edilip ilk izleminin yapılması gerektiği belirtilmektedir. 2003 TNSA'na göre, araştırma tarihinden önceki beş yıl içerisinde yapılan son doğumlarda kadınların % 57.5'i gebeliğinin dördüncü ayından önce, % 13.8'i 4-5. aylarda, % 7.2'si 6-7. aylarda, % 2.3'ü ise 7. aydan sonra bakım almaya başlamaktadır. Gebeliğinin altıncı ayından önce bakım alan kadınlar ülke genelinde % 71, kentsel kesimde % 80, kırsal kesimde ise % 52'dir. Aynı araştırmaya göre, doğum öncesi bakım için yapılan ilk ziyaretin ortanca gebelik süresi kırsal yerleşim yerlerinde 3.5 ay, kentsel yerleşimlerde ise 2.6 aydır (15). 2001'de Adana'da yapılan araştırmada ilk trimesterde tespit edilen gebeler % 19.6, ikinci trimesterde % 49.8 ve üçüncü trimesterde % 39.6 olarak bulunmuştur (59). Kayseri'deki çalışmada gebelerin % 45.4'ü ilk, % 45.7'si ikinci ve % 8.9'u üçüncü trimesterde tespit edilmiştir (98). Bu çalışmada ise, Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği süre içerisinde, yani 12. haftadan önce tespit edilip ilk izlemi yapılan gebeler % 22.9 idi. Gebelerin büyük çoğunluğu (% 64.7) 12-24 haftalar arası, % 10.5'i ise 24. haftadan sonra ilk kez ziyaret edilmişlerdir. Ortalama tespit haftası  $15.89 \pm 7.02$  idi. Bu ortalama 1998'de

Antalya'da  $20.3 \pm 8.8$  (97) olarak saptanmıştır ve bu çalışmada bulunan ortalamaya göre hayli yüksektir. Gebelerin % 1.2'sine GİF çıkarıldığı halde, gebelikleri boyunca izlendiklerine dair hiçbir kayıt bulunmamaktaydı. Bu gebeler gebelikleri boyunca hiç görülmeyip, lohusalık dönemlerinde tespit edilmiş olabilecekleri gibi, ebeler yaptıkları izlemleri gebe izlem fişine kaydetmemiş olabilirler.

Sağlık Bakanlığı, normal gebelerde ortalama 6, riskli gebeliklerde ise daha fazla sayıda izlem yapılmasını önermektedir. Çalışmada gebelerin % 43.1'i 6 ve daha fazla sayıda ziyaret edilerek yeterli izlenmişlerdir. 1-3 kez izlenenler % 23.6, 4-5 kez izlenenler ise % 32.1 idi. 2001'de Kayseri'de yapılan araştırmada ilk trimesterde tespit edilip en az beş kez izlenen gebelerin % 34.7, Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aralıklarla izlenenlerin ise % 18.5 olduğu bulunmuştur (98). Çalışmada, gebelerin ortalama izlem sayısı  $5.04 \pm 2.18$  idi. Bu ortalama 1998'de Antalya'da  $3.0 \pm 1.9$ , 1998'de Kayseri'de 4.95, 2001 yılında Aydın'da 4.01'dir (97,57,99). İl merkezindeki izlem ortalaması, Antalya, Kayseri ve Aydın'a göre yüksektir fakat bu ortalama tespit edilmiş olan gebelere ait olduğu için gerçekte daha düşük olabilir.

Çalışmada risk faktörleri taşıyan gebelerin yarısının bile altı ve daha fazla sayıda izlenmediği görülmüştür. Hatta, yaş (20 yaşından küçük, 34 yaşından büyük) ve gebelik sayısı (ilk gebelikler, 4'den fazla sayıdaki gebelikler) bakımından riskli grupta olan kadınların izlem sayısı ortalamaları (sırasıyla  $4.67 \pm 2.25$ ,  $4.91 \pm 2.23$ ), risk durumu olmayan gebelerin izlem ortalamalarına (sırasıyla  $5.11 \pm 2.17$ ,  $5.16 \pm 2.14$ ) göre anlamlı biçimde düşük idi (sırasıyla  $p=0.006$ ,  $p=0.023$ ). İlk gebeliği olanlar, gebelik sayısı 4'den fazla olan kadınlar, 20 yaş altı ve 34 yaş üzerindeki gebeler, doğum aralığı iki yıldan kısa olanlar ve çoğul doğum yapan kadınlar % 28-49.5 arasında değişen değerlerde altı ve daha fazla sayıda, % 20.4-32.0 arasında ise sadece 1-3 kez ziyaret edilmiştir. Risk durumu olup ebeler tarafından hiç izlenmeyen 10 tane (% 1.6) ilk gebeliği olan, 4 tane (% 4.3) 20 yaşından küçük ve 1 (% 0.5) doğum aralığı iki yıldan daha kısa gebe bulunmaktaydı (Tablo 39). Ebeler, gebeye yaptıkları ilk izlemde dikkatli bir öykü ve fizik muayene ile gebede var olan riskleri belirleyerek bunu gebe lohusa izlem fişine kaydetmelidirler. Oysa fişlerin sadece % 8.3'ünde gebelerin risk durumlarını belirten bölüm doldurulmuş, % 7.2'sinde risk varlığı (sistemik hastalığı olma, ileri yaş gebelik, çok sayıda gebelik geçirme, fazla sayıda düşük yapmış olma, daha önce ölü doğum hikayesi) belirtilmişti. Bu durum, ana

sağlığı hizmetlerinin sunumunda en önemli konumda olan ebelerin görevlerini yerine getirmede oldukça yetersiz durumda olduklarını göstermektedir. Bu yetersizliğin nedeni, doğum öncesi bakımın gerekliliğinin benimsenememesi ya da bu konuda bilgi açığı olabilir. 1992'de Ankara'da yapılan araştırmada ebelerin % 79.3'ünün gebelik teşhisi, % 41'inin doğum öncesi bakımın amaçları, % 82'sinin gebelik öyküsü ve muayenesi, % 12'sinin gebelikteki küçük şikayetler, % 54'ünün riskli gebelikler, % 81.7'sinin gebelik hijyeni, beslenme, aşılama, aile planlaması, kayıtlar, % 67.2'sinin ise genel olarak doğum öncesi bakım konusundaki bilgi düzeyleri yeterli bulunmuştur (100). Van'da yapılan araştırmada ise ebe ve hemşirelerin çocuk izleme bilgi düzeyi açısından % 67.7, çocuk beslenmesi konusunda % 44.1 ve ana sağlığı bilgi düzeyi açısından % 81.7 başarılı oldukları saptanmıştır (101).

Ebeler, gebe izlemleri sırasında gebenin pelvis durumlarını değerlendirip, şüpheli veya dar bulunanların doğumlarını mutlaka hastanede yapmalarını sağlamalıdır. Çalışmada pelvis durumu değerlendirilen gebelerin oranı % 53.0 idi ve % 39.9 uygun, % 12.7 şüpheli, % 0.4 dar bulunmuştu. Boyu 150 cm'den kısa olan 6 gebeden 2'sinin pelvis durumu belirtilmemiştir.

Çalışmada ebeler tarafından pelvis durumu uygun bulunanların % 53.9'u spontan, % 26.4'ü sezaryen, % 0.8'i forsepe/vakum yardımı ile doğum yapmıştır. Pelvis durumu şüpheli bulunanlarda spontan doğum yüzdesi (% 47.3), sezaryen ile yapılan doğumlara (% 34.8) göre daha fazla idi. İlginç olanı ise pelvis durumu dar olarak belirlenen 7 gebeden 2'sinin spontan doğum yapmış olmasıdır (Tablo 33). Bu bulgu, ebelerin pelvis durumunu değerlendirme konusunda eğitime ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Bu bilgi açığının giderilmesinde en büyük görev sağlık ocağı doktorlarına düşmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde son yıllardaki en başarılı girişim, prenatal izlemeler sırasında yapılan tetanoz aşılımları uygulaması olmuştur. Bu sayede hem anneleri hem de yenidoğanı tetanoz enfeksiyonuna karşı koruma olanağı elde edilmiştir (3). 1980'li yılların başlarında 800 bin ile 1 milyon arasında yeni doğan bebek tetanozdan ölmüşken, günümüzde her yıl 730 bin kadar ölüm önlenmektedir. Bu durum, özellikle bağışıklama çalışmalarının yüksek riskli alanlara yoğunlaştırılmasıyla sağlanabilmiştir. 1997 yılındaki yeni doğan tetanozu ölümleri 250 bin olarak tahmin edilmektedir (1). Ancak gelişmekte olan ülkelerde neonatal tetanoz önemli bir sorun

olmaya devam etmektedir. Tetanoz aşısı olan gebeler artmışsa da halen % 50'nin altındadır (1). DSÖ Avrupa Bölgesi'nde neonatal tetanoz vakası bildiren tek ülke Türkiye'dir (102). 1998 TNSA'da tetanoza karşı bağışıklaması yeterli olan gebeler % 39.5 olarak tespit edilmiştir (17). 1991-1992 yılları arası Adana'da yapılan çalışmada bir ya da iki kez aşı yapılanlar ve bağışık sayılanlar % 82.3 bulunmuştur (59). 1998'de Denizli'de ise gebeliğinde aşı olmayanların oranı % 9.9 olarak saptanmıştır (58). Eskişehir'de doğum yapan kadınların % 24.1'inin tetanoz aşısı olduğu, sağlık ocaklarında izlenenlerin tamamının aşılandıkları, hastanede izlenenlerin ise hemen hiç birinin aşılanmadıkları saptanmıştır (74). Bornova'da gebelerin % 82.4'ü tam aşılanmış, % 12.7'si eksik aşılanmış, % 4.9'u ise hiç aşılanmamıştır (56). Çalışmada, gebelerin % 80.1'i tam aşılanmış, % 11.4'ü eksik aşılanmış, % 8.5'i ise hiç aşılanmamıştır. Aşılama yüzdesi, Türkiye geneli ve Eskişehir'e göre oldukça yüksektir. Bu oranın GİF çıkarılan, yani tespit edilen gebelere ait olması nedeniyle gerçek durumu temsil edip etmediğini bilmemekteyiz, fakat ildeki durumu yansıtıyor olsa bile istenen tüm gebelerin bağışıklanmasının sağlanmasıdır.

Ebeler yaptıkları ilk izlemde gebenin son adet tarihini sorgulayıp tahmini doğum tarihini gebe lohusa izlem fişine kaydetmelidirler. İncelenen fişlerin % 92.8'inde son adet tarihi belirtilmiş, % 91.4'inde ise tahmini doğum tarihi hesaplanmıştı. Ancak ebeler tahmini doğum tarihini % 24.0 yanlış, % 76.0 doğru hesaplamışlardır (Tablo 38). Kayseri'de beklenen doğum tarihinin doğru hesaplanma yüzdesi 37.8 olarak bulunmuştur (57). Bulunan sonuç Kayseri'den yüksek olsa da bu konuda ebelerde bilgi eksikliği olduğu görülmektedir.

Doğum öncesi bakımın niteliği çok önemlidir. Gebeye yapılan ziyaretlerin sayısından çok, bu ziyaretler sırasında yapılan işlemler değer taşımaktadır. İzlemler sırasında kan basıncına bakılmaması, aşılama, kan ve idrar tetkiki gibi işlemlerin yapılmaması durumunda doğum öncesi bakımın etkinliğinin olmayacağı açıktır. Ayrıca ebeler görevleri gereği bu işlemleri yapmakla yükümlüdürler ve bu yasal bir zorunluluktur. Kadınların % 96.0'ının (en az bir kez) kan basıncı ölçülmüş, % 74.7'sinde ödem, % 63.8'inde varis, % 40.8'inde hemoglobin kontrolü yapılmış, % 14.2'sinin idrarında protein aranmış, % 82.4'ünün ÇKS dinlenmiştir. Ağırlık ölçülen gebeler % 95.8, geliş biçimini değerlendirilenler % 40.0, nabızı sayılanlar % 60.7 idi. Bu işlemlerin tümünün bir arada en az bir kez yapıldığı gebelerin sayısı ise sadece 79

(% 5.0) idi. 2001 yılında Kayseri’de yapılan araştırmada ağırlığı ölçölen geber % 97.5, kan basıncı ölçölen % 98.1, Ödem bakılan % 88.7, varis bakılan % 84.1, idrar tetkiki yapılan % 56.4, ÇKS dinlenen % 92.1’dir (98). Kayseri’de tespit edilen sonuçların, bu çalışmada bulunanlara göre oldukça iyi düzeyde olduğu görölmektedir. Çalışmada ebelerin bu işlemleri altı ve daha fazla sayıda yapma yüzdesi 0.1-29.4 arasında değişmekteydi. Ebelerin çocuk kalp seslerini dinleyip sayı/dakika olarak kaydetmeleri gerekirken, ÇKS sayılan gebeler % 19.0 idi. Bunun nedeni ÇKS saymamaları olabileceği gibi fişlere kaydetmeyi önemsememeleri olabilir. Her trimesterde ölçölüp düşük olması durumunda önlem alınması gereken hemoglobin değeri gebelerin % 40.8’inde belirlenmiştir. Ana ölümlerinde önemli paya sahip olan preeklampsinin erken tanı ve tedavisinde idrarda protein bakılması ve tansiyon ölçümü oldukça önemlidir. Buna karşın gebelerin sadece % 14.2’sinde idrarda protein aranmıştır. Daha kötüsü, hipertansiyon durumu belirlenen 33 gebeden 26’ında (% 78.8) idrarda protein aranmamıştır. Doğum eyleminin en önemli belirleyicisi olan geliş biçimi gebelerin yarısında bile bakılmamıştır (% 40.0). Dolayısıyla gebe izlem fişindeki bilgilerle riskli bir durumda erken tanı koyma olasılığı düşüktür ve bu fişlere bakan bir hekimin patolojik durumlar konusunda karar vermesi güçtür. Gebe izlemlerinde yapılması gereken işlemlerin tümünün yapılması kriter alındığında ilde sağlık ocakları tarafından tam izlenen gebeler % 5 çıkmaktadır ki, tetanoza karşı aşılınmayan kadınlar buna dahil değildir. Onların da katılması halinde bu yüzde daha da düşebilir ve bu ciddi önlemlerin alınmasını gerektiren bir durumdur. Bu konuda en önemli görev yine sağlık ocağı doktorlarına düşmektedir. Personelin hizmet içi eğitim ve motivasyonlarının artırılması, etkinliği olan bir denetimin yapılması zorunludur.

Ebeler izlemler sırasında tespit ettikleri riskli durumlarda gebenin sağlık kuruluşu tarafından görölmesini sağlamalıdır. Çalışmada, genel olarak gebelerin % 19.2’si hekime sevk edilmişti. En fazla kontrol amacıyla (% 31.1) sevk edilirken, bunu pelvik ağrı olması (% 28.8) ve kalp-damar şikayetleri (% 14.4) izlemekteydi. Sağlık Hizmetlerinin Yürütölmesi Hakkında Yönerge’de, gebelik tespit edildikten sonra gebenin, gebeliği tespit eden ebe ile birlikte hekim tarafından görölmesi ve gerekli muayenelerinin yapılması gerektiği belirtilmektedir. Dolayısıyla her gebenin en az bir kez hekim kontrolünün yapılması zorunludur.

Gebelikte her kadının ve eşinin kan grubuna bakılıp, kan uyumsuzluğu durumunda hekime sevk edilmeli ve doğumlarını hastanede yapmaları sağlanmalıdır. Gebelerin % 79.8'inin, eşlerinin ise % 64.7'sinin kan grubuna bakılmıştır. Çiftlerin 126 (% 7.9)'unda Rh uyumsuzluğu tespit edilmiştir. Rh uyumsuzluğu nedeniyle sevk edilen gebeler ise % 1.3'dir. Rh uyumsuzluğu olan 100 tane gebenin doğumuna yardım eden kişi ve doğumun yapıldığı yer belirtilmiştir. Bu doğumlardan 8 tanesi ebe tarafından yaptırılmıştır. Fakat bununla hastanedeki ebe de kastedilmiş olabilir. Gebe lohusa izlem fişlerinde belirtilen bilgilere göre kan uyumsuzluğu olan kadınlardan birinin bebeği doğumdan sonra ölmüştür.

Ebelerin ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin verilmesinde en önemli görevlerinden biri de sağlık eğitimidir. İzlemler sırasında gebenin ihtiyaç duyduğu ya da ebe tarafından tespit edilen hatalı uygulamalar konusunda, doğumun güvenli koşullarda yapılması, bebek bakımı, emzirme tekniği, beslenme, aile planlaması gibi konularda eğitimler verilmelidir. Çalışmada ebeler, kadınların gebelikleri sırasında en fazla beslenme eğitimi (% 80.0) vermişlerdir. Gebe kadınlara beslenme eğitiminin verilmesi, aneminin önlenmesi bakımından ayrı bir önem taşımaktadır. Kayseri'de yapılan araştırmada verilen sağlık eğitiminin anemi prevalansını anlamlı ölçüde azalttığı, % 62.9'dan % 50.8'e düştüğü saptanmıştır (103). Kayseri'de yapılan başka bir araştırmada beslenme eğitimi alan gebeler % 43.2, bu konuda eğitim almak isteyen gebeler % 30.6 bulunmuştur (94). Bu çalışmada, gebeliğin üçüncü trimesterinde mutlaka verilmesi gereken aile planlaması konusunda ise gebelerin % 0.8'ine bilgi verilmişti. Kayseri'de aile planlaması konusunda bilgi alan gebeler % 61.2'dir (98). Araştırma grubundaki gebelerin % 29.3'ü anne sütünün önemi ve emzirme konusunda eğitilmişti. Isparta'da 1997 yılında doğum yapmış annelerle yüzyüze görüşülerek yapılan araştırmada, % 49'u primpar, % 51'i multipar olan kadınların % 77'sinin gebelikleri döneminde en az iki veya daha çok sayıda kontrole gittiği, kontrole gidenlerin ancak % 15'ine anne sütü ve bebek beslenmesi hakkında bilgi verildiği saptanmıştır. Aynı araştırmada kadınların anne sütü hakkında bilgileri daha çok aile içi yakınlarından öğrendikleri, ancak % 19'unun sağlık personelinin bilgi aldığı bulunmuş ve bu kadınların % 60'ı anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir (104). Çalışmada, doğum hazırlığı ve doğum konusunda % 61.4, hijyen

konusunda % 16.0 eğitim verilmiş, doktor kontrolü olmadan ilaç kullanması konusunda gebelerin sadece % 3.3'ü uyarılmıştır. İlde gebelere verilen sağlık eğitiminin daha etkin hale getirilmesi gerekmektedir.

2003 TNSA bulgularına göre doğumların % 78.2'si sağlık kuruluşlarında, % 21.2'si evde yapılmıştır. Doktor veya eğitimli sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen doğumlar % 83'tür. Doğum öncesi bakımın sayısı ile bir sağlık kuruluşunda doğum yapmanın pozitif ilişki içinde olduğu, dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım alanların % 96'sının son doğumlarını sağlık kuruluşunda yaptığı, bakım almayan kadınların ise sadece yarısının sağlık kuruluşunda doğum yaptığı tespit edilmiştir. Araştırmada, kadınların doğum sırasında aldığı yardımın büyük ölçüde doğumun yapıldığı yer ile ilişkili olduğu ve sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğumlarda doktor veya eğitimli sağlık personelinden yardım alma olasılığının düştüğü saptanmıştır (15). Kayseri'de yapılan araştırmada kadınların % 58.8'i hastanede, % 8.3'ü ebe yardımı ile % 1.1'i kendi kendine doğum yapmıştır (57). Bu çalışmada, doğumların % 89.8'i hastanede, % 0.9'u hekim yardımı ile, % 8.2'si ebe yardımı ile ve % 1.0'ı sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşmiştir. Türkiye geneli ve Kayseri'ye göre hastanede yapılan doğumların yüksek, ebe yardımı ile yapılan ve sağlık personeli olmadan gerçekleşen doğumların Kayseri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Gebe lohusa izlem fişlerine doğumlardan 12'sinin hekim tarafından yaptırıldığı yazılmıştır fakat İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre bu sağlık ocaklarında hekim tarafından yaptırılmış doğum yoktur. Çalışmadaki bu sonuç, ebelerin hastanedeki hekimin yaptırdığı doğumları, hastane yerine hekim tarafından yaptırıldığı şeklinde işaretlemeleri nedeniyle olabilir. Aynı şey ebenin yaptırdığı doğumlar için de düşünülecek olursa hastanede yaptırılan doğumların yüzdesi artmaktadır. Ancak bu durum, sağlık ocakları tarafından sağlık müdürlüğüne her ay bildirilen bilgilerle, gebe lohusa izlem fişlerindeki bilgilerin uyuşmaması gibi bir sorun ortaya çıkarmaktadır. İlimizde hastane doğumlarının fazla olması ailelerin gelir durumunun iyi olması veya sosyal güvencesinin olması nedeniyle olabilir. Gebe lohusa izlem fişlerinde sosyal güvenceyi belirtir bölüm bulunmadığından bu konuda değerlendirme yapılamamıştır.

Araştırma grubundaki kadınların % 61.7'si spontan, % 37.8'i sezaryen, % 0.5'i forseps/vakum yardımı ile doğum yapmıştır. Tüm dünyada doğumların

sezaryen ile gerçekleştirilmesinde giderek artan bir eğilim vardır (105). Bu fikri destekler nitelikte, çalışmada kadınların bir önceki gebeliklerin % 15.4'ünün sezaryen ile sonlandığı ve bunun iki kattan daha fazla arttığı görülmektedir. Anne ve bebeğin sağlığı açısından, sezaryen uygulanması için kesin endikasyon olmadıkça normal vajinal doğum tercih edilmeli, endikasyon olan durumlarda sezaryen uygulanmalıdır (106). Brezilya, sezaryenle doğumlarda % 36 ile dünyada en yüksek olan ülkelerden biri olup, özel hastanelerde % 80-90'a kadar çıkmaktadır (107). Türkiye'de 1998 yılında doğumların % 14'ü sezaryen ile gerçekleşirken, 2003 yılında % 21'e yükselmiştir (106,15). Ülkemizde, ileri yaşlarda doğum yapan, doğum sayısı az olan, kentsel yerleşim yerleri ile Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan ve daha eğitilmiş kadınlar arasında doğumların sezaryenle yapılması yaygındır. İstanbul, Batı Marmara ve Doğu Karadeniz'de doğumların % 30'dan fazlası sezaryen ile yapılmıştır (15). Manisa'da 2002 yılında Manisa Doğumevi ve Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan çalışmada sezaryen doğumlar % 49.7 bulunmuştur (87). Çalışmada bulunan sonucunun Türkiye geneline göre oldukça yüksek, Manisa'ya göre ise düşük olduğu görülmektedir. Çalışmada sezaryen ile doğumların endikasyonlarını belirleme imkanı yoktur, ancak oranın ülke geneline nazaran yüksek olmasında gebelerin eğitim seviyesinin yüksekliği, araştırmanın il merkezinde yapılması ve ailelerin ekonomik durumlarının iyi olması etkili olmuş olabilir. Bulgunun Manisa'ya kıyasla düşüklüğünün sebebi ise bu araştırmanın hastanede doğum yapan kadınlar üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmada doğumların % 89.8'i hastane sonlanmıştır.

Çalışmada, gebe izlem fişlerinin % 58.1'inde doktor imzası bulunmaktaydı. Doktor imzası bulunan gebe lohusa izlem fişlerinde, gebelerin daha erken dönemde tespit edildiği ve daha fazla sayıda izlendiği, tetanoza karşı aşılama yüzdesinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde ebelerin izlem sırasındaki yaptıkları işlemlerin (ÇKS dinleme ve nabız sayma haricinde) yapılma ortalaması, imza bulunan fişlerde anlamlı biçimde yüksek idi. Gebe lohusa izlem fişlerinde doktor imzası bulunmasının, gebelere verilen doğum öncesi bakımın niteliğini olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

Gebe lohusa izlem fişlerinin içerdiği bilgilerde eksiklik varsa ve yapılan işlemler anormal bulguların belirlenmesinde etkili olmuyorsa, her gebenin bir gebe



izlem fişinin olması ana sağlığı açısından bir anlam ifade etmemektedir. Gebe ilk ziyaret edildiğinde risk faktörü olabilecek durumlar sorgulanmalı ve lohusalık dönemi sonuna kadar elde edilen bulgular fişlere düzenli bir şekilde işlenmelidir. Çalışmada, kadınların doğurganlık ile ilgili bilgilerinin fişleri işlenme yüzdeleri yüksek (% 91.1-99.7) iken, bir önceki gebeliğe ait bilgilerin belirtilme durumu % 36.7-93.0 arasında bulunmuştur. Kadınların bir önceki doğumlarını nerede, hangi biçimde yaptığı, gebeliğin sonucu ve sonlanma tarihi sonraki gebeliğin gidişini etkileyen en önemli faktörlerdendir. Bu nedenle iyi bir şekilde ve tam olarak sorgulanmalıdır. Kadının son gebeliğine ilişkin bilgiler olan gebeliğin sonlanma tarihi, şekli, sonucu ve doğuma yardım eden kişi/yer % 80.0-91.4 arasındaki değerlerde fişlere yazılmış, doğan bebekle ilgili bilgiler % 22.1-84.3 arasında kaydedilmişti. Gebelerin % 89.5'inin sistemik hastalığının olup olmadığı sorgulanırken, gebenin eşinin adının yazılmadığı fiş bulunmamaktaydı. Kadınların % 40.6'nın boyu ölçülmüştü. Oysa gebenin kısa boya sahip olması zor doğumların en önemli nedenlerinden biridir ve ebelerce mutlaka bilinmesi gerekmektedir. 1996'da Konya'da yapılan araştırmada 150 cm'den kısa olan kadınlarda sezaryen ihtimalinin 2.38 kat arttığı saptanmıştır (108). Gebe izlem fişlerinin olması gereken şekilde doldurulmaması, bu konudaki bilgi eksikliği veya konunun önemsenmemesi nedeniyle olabilir.

Ebeler doğumun ertesi günü anneyi mutlaka ziyaret etmeli, bu ziyaretler lohusalık dönemi sonuna kadar (42 gün) en az iki kez daha yapılmalıdır. Dolayısıyla annenin lohusalık dönemi boyunca en az üç kez izlenmesi gerekmektedir. Annelerin ilk görüldüğü gün ortalaması  $8.98 \pm 9.08$  idi. Doğumun olduğu gün ve ertesinde görülen lohusalar sadece % 4.9 idi. Annelerin dörtte biri (% 25.9) 2-4 gün arasında, % 42.6'sı 5-14 gün arasında, % 11.2'si 15-29 gün arası, % 2.1'i 30-42 gün arası, % 1.3'ü ise 42 gün sonrası ilk kez ziyaret edilmişti. Ebelerin doğumun ertesi günü yapmaları gereken ilk lohusa izlemine bu kadar düşük seviyede gerçekleştirmelerinin nedeni doğumların büyük çoğunluğunun hastanede olması nedeniyle kadınların bu süreyi hastanede geçirmeleri, dolayısıyla ebelerin lohusalara ulaşamamaları olabilir. Ancak izleyen günlerde de lohusa ziyaretlerinin düşük olması bu konuda yetersizlik olduğunu göstermektedir. Lohusalığı boyunca izlenmeyenler % 3.8'dir, fakat 42. günden sonra ilk kez ziyaret edilenler lohusalığı boyunca hiç görülmemiş

olacağından bu % 5.1'e çıkmaktadır. İzlem sayılarına bakıldığında ise annelerin yarısının (% 50.5) yeterli sayıda izlendiği bulunmuştur. Lohusa izlem ortalaması  $2.34 \pm 0.91$  idi. Toplam lohusa izleminin % 8.9'u kadınların lohusalık dönemleri sona erdikten sonra yapılmıştı. Ebeler lohusaların % 59.2'sinin kan basıncını ölçmüş, % 46.6'sının nabzını saymış ve % 38.1'inin ateşini ölçmüştür. Bu işlemlerin üçünün bir arada en az bir kez yapıldığı lohusalar % 32.3 idi. Bu bulgular ilimizde lohusaların yeterli bakım almadıklarını göstermesinin yanında, hekim denetiminin eksikliğine de işaret etmektedir.

Annelere en fazla (% 71.0) aile planlaması konusunda bilgi verilmiş olup, bunu anne sütünün önemi ve emzirme konusu (% 48.7) izlemektedir. Lohusalık dönemindeki hijyen kuralları hakkında % 46.2, beslenme konusunda ise % 34.3 bilgi verilmiştir. Görüldüğü gibi ebeler aile planlaması eğitimini lohusalık dönemine bırakmışlardır. Oysa anne bu dönemde kullanacağı yönteme karar vermiş durumda olmalıdır. Doğum öncesi ve doğum sonu dönemde kadınların ruhsal yönden desteklenmesi de önem taşımaktadır. 2002 yılında Bornova'da yapılan araştırmada kadınların doğum sonu dönemde % 29 postpartum depresyon riski taşıdığı bulunmuş, 2002'de Samsun'da postpartum depresyon prevalansının % 23.1, Manisa'da yine 2002 yılında % 36.9 olduğu saptanmıştır (62,109,110). Çalışmada, gebe lohusa izlem fişlerindeki bilgilere göre, ebeler lohusalık döneminde bulunan 17 kadına (ölü doğum ve düşük yapan ya da doğumdan sonra bebeği ölmüş) ruhsal yönden destek verdiklerini belirtmişlerdir. Ebe ve hemşireler gebe, lohusa ve bebek izlemleri sırasında depresyon bulguları yönünden kadınları dikkatle izlemeli ve bu konu doğum öncesi ve doğum sonu bakım hizmetleri arasında yerini almalıdır.

Gebe lohusa izlem fişlerinde doktor imzasının bulunması lohusaları ilk görüldüğü gün ve izlem sayısını etkilememiştir. Buna karşın lohusa izlemleri sırasında yapılan kan basıncı ve ateş ölçme ve nabız sayma ortalaması imza bulunmayan fişlerde yüksek idi ( $p=0.000$ ). Kayseri'de yapılan araştırmada da doktor imzası bulunmasının gebe lohusa izlem sayısı ve niteliğini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (57). Çalışmada, gebe lohusa izlem fişlerinde doktor imzasının bulunması gebelikte verilen bakıma olumlu etkisi olurken, lohusalıkta etkilememiş, hatta olumsuz etkilemiştir. Bu sonuç, sağlık ocağı hekimlerinin doğum sonu dönemde yetersiz denetimleri nedeniyle ebelerin yapmadıkları izlem ve işlemleri

fişlere kaydetmeleri ile ilişkili olabilir. Lohusaların geç tespit edilmeleri, yetersiz izlenmeleri, yapılan izlemlerin onda birine yakın bir kısmının lohusalık süreci dışında yapılması bu fikri desteklemektedir. Fişlere bakan bir hekimin bunları fark edememesi olası değildir.

İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına dayanarak araştırma kapsamındaki 18 sağlık ocağının mevcut gebe sayılarına göre gebe lohusa izlem fişi çıkarma durumlarına bakıldığında, GİF çıkarma yüzdesi en düşük (% 36.1) Sanayi Sağlık Ocağı'dır ki, bu sağlık ocağı bölgesindeki gebelerin % 63.9'unun doğum öncesi bakım alıp almadıkları bilinmemektedir. Çelebiler, Mehmet Töngge ve Yenice sağlık ocaklarında gebelerin tümüne GİF çıkarılmıştır. Gebe izlem ortalaması en yüksek ( $7.12 \pm 2.45$ ) Çünür Sağlık Ocağı, en düşük ( $3.22 \pm 1.36$ ) Gülistan Sağlık Ocağı'dır. Sağlık ocaklarında yapılan işlemlerin yüzdelerine bakıldığında ise kan basıncı ölçümü % 85.2-100, ağırlık ölçümü % 83.6-100, ödem kontrolü % 18.1-100, varis kontrolü % 11.7-100, nabız sayma % 0- 100, hemoglobin ölçümü % 11.7-90.3, idrarda protein arama % 2.1-74.2, ÇKS dinleme % 45.2-98.5, geliş biçimi değerlendirmesi % 0-75.6 arasında yapıldığı görülmüştür. Lohusa izlem ortalaması en yüksek ( $3.00 \pm 0.96$ ) Mehmet Töngge, en düşük ( $1.32 \pm 0.72$ ) Gülistan Sağlık Ocağı'dır. Tetanoza karşı tam aşılama yüzdesi en düşük (% 60) Çelebiler Sağlık Ocağı, en yüksek (% 97.0) Çünür Sağlık Ocağıdır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1- Araştırma grubunun çoğunluğunu ilkokul mezunu (% 52.2) ve ev hanımı (% 84.2) kadınlar oluşturmaktadır. Tüm gebelerin toplam gebelik sayısı ortalaması  $2.11 \pm 1.26$ 'dir. Gebelik sayısı, yaşın ilerlemesi ile artış gösterirken, eğitim düzeyinin yükselmesi ile azalmaktadır.
- 2- Evlenme yaşı ortalaması  $20.83 \pm 3.48$  olarak bulunmuştur. Öğrenim düzeyinin yükselmesi ve kadınların meslek sahibi olmasının evlenme yaşını yükselttiği tespit edilmiştir.
- 3- Gebelerin % 53.2'si gebelik öncesi aile planlaması yöntemi kullanmamakta, % 27.4'ü etkili yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullanmayanların sıklığının en yüksek eğitimsiz kadınlar (% 72.4), ilk gebeliği olan kadınlar (% 80.1) ve doğum aralığı iki yıldan az olan kadınlara (% 57.4) ait olduğu belirlenmiştir.
- 4- Kadınların düşük sayısı ortalaması  $0.30 \pm 0.65$ 'dir. Son gebeliklerin % 1.6'sı düşükle sonuçlanmıştır. Tüm gebelerin % 22.4'ünün en az bir kez düşük yaptığı belirlenmiş, yaşın ilerlemesi ile düşük yapma sayısının arttığı saptanmıştır.
- 5- Akraba evliliği sıklığı % 6.8'dir. Ortaokul ve üzeri eğitim almış kadınlarda akraba evliliği anlamlı biçimde azalmaktadır.
- 6- Ebeler beklenen doğum tarihini gebe lohusa izlem fişlerinin % 76.0'ında doğru hesaplamışlardır.
- 8- Araştırmada gebelerin % 25.5'inde anemi olduğu saptanmıştır.
- 9- Doğumların % 89.8'i hastanede, % 0.9'u hekim yardımı ile, % 8.2'si ebe yardımı ile % 1.0'ı sağlık personeli olmadan gerçekleşmiştir. Sezaryen doğumların sıklığı % 37.8'dir.
- 10- Düşük doğum ağırlıklı bebekler % 6.1 olarak bulunmuştur.
- 11- Mevcut gebe sayısına göre gebe lohusa izlem fişi çıkarma yüzdesi 68.7 olarak bulunmuş, gebe lohusa izlem fişi çıkarılan gebelerin % 98.8 doğum öncesi dönemde ziyaret edilmiştir. İlk tespit haftası ortalaması  $15.89 \pm 7.02$ , toplam izlem sayısı ortalaması  $5.04 \pm 2.18$  olarak saptanmıştır. Doktor imzası bulunan gebe lohusa izlem fişlerinde gebelerin tespit edilme haftası düşerken, toplam izlem sayısı ortalaması yükselmektedir.

12- Tetanoza karşı tam aşılanan gebeler % 80.1'dir. Doktor imzası bulunan fişlerde gebelerin aşılama yüzdesi yüksektir.

13- Annelerin % 94.9'u lohusalık süresi içinde izlenmiştir. Lohusaların ilk ziyaret edildiği gün ortalaması  $8.98 \pm 9.08$ , toplam izlem sayısı ortalaması  $2.34 \pm 0.91$ 'dir. Tüm lohusa izlemlerinin % 8.9'u lohusalık süreci sona erdikten sonra yapılmıştır.

14- Gebe lohusa izlem fişlerinde bulunan her bilgi kadının sağlığı açısından önem taşımaya rağmen ebeler gebe lohusa izlem fişlerinde bulunan demografik ve standart bilgileri tam olarak doldurmamışlardır. Örneğin, gebelerin risk durumları % 8.3, kan grupları % 79.8, eşlerinin kan grupları % 64.7, sistemik hastalık durumu % 89.5, pelvis durumları % 53.0, bir önceki gebeliğine ilişkin bilgiler % 36.7-93.0 arasında, doğan bebeğe ilişkin bilgiler % 27.1-84.3 arasında belirtilmiştir. Bu türlü eksik bilgilerle patolojik durumların tespitinin güç olacağı sonucuna varılmıştır.

15- Doğum öncesi ve doğum sonu dönemlerde kadınlara verilmesi gereken eğitimlerde ve bu dönemlerde oldukça önem taşıyan işlemlerin yapılmasında yetersizlik olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 96.0'ının (en az bir kez) kan basıncı ölçülmüş, % 74.7'sinde ödem, % 63.8'inde varis, % 40.8'inde hemogloblin kontrolü yapılmış, % 14.2'sinin idrarında protein aranmış, % 82.4'ünün ÇKS dinlenmiş, % 95.8'ini ağırlığı ölçülmüş, % 40.0'ının geliş biçimi değerlendirilmiş ve % 60.7'nin nabızı sayılmıştır. Bu işlemlerin tümünün bir arada en az bir kez yapıldığı gebelerin sayısı ise 79 (% 5.0) olarak bulunmuştur. Sayılan muayenelerin altı ve daha fazla sayıda yapılma yüzdesi ise 0.1-29.4 arasında değişmektedir. Lohusaların % 59.2'sinin kan basıncı ölçülmüş, % 46.6'sının nabızı sayılmış ve % 38.1'inin ateşi ölçülmüştür. İşlemlerin tümünün bir arada en az bir kez yapıldığı lohusaların sayısı 513 (% 32.3)'tür. Gebe ve lohusaların izlem sayıları ve izlemlerde yapılan işlemlere dayanarak, ebeler tarafından verilen doğum öncesi ve doğum sonu bakım hizmetlerinin ana ve çocuk sağlığının korunması ve yükseltilmesi açısından nitelikli olmadığı söylenebilir.

Bu sonuçlar ışığında ana çocuk sağlığı düzeyinin iyileştirilebilmesi için aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Kadınların toplumsal konumlarının iyileştirilebilmesi için ülke çapında tutarlı politikalar belirlenmelidir. Kız çocukların eğitimi yönünde teşvik edici uygulamalar geliştirilmeli, kazanç getiren iş olanakları sağlanmalıdır. Böylece kadınların kendi

hayatları hakkında kararlar alabilen ve doğurganlık durumlarını istedikleri şekilde planlayabilen bireyler olarak toplumsal hayatta yer almaları kolaylaştırılmış olacaktır.

- Ebelerin mesleki eğitimine önem verilmelidir. Lisans düzeyinde öğrenim görme zorunluluğunun getirilmesi, mesleki bilgi ve becerilerini olumlu yönde etkileyeceğinden bu konuda düzenlemeler yapılmalıdır. Bu okullarda verilecek eğitim ile, ebelerin ana çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi yönündeki hizmetlerin gerekliliğini kavrayacak ve bu hizmetleri benimseyecek düzeyde yetişmeleri sağlanmalıdır. Hizmetin sunumu, zorunluluk bilinci ile yapıldığı takdirde gerçek amacına erişemeyeceği açıktır.

- Sağlık ocakları, fiziki alt yapı, teknik donanım ve nitelikli insan gücü açısından iyi bir şekilde desteklenmelidir.

- Kırsal kesimlerde sağlık alanında en önemli konumda olan kişiler ebelerdir ve halk her türlü sağlık sorununda ilk önce ebeye başvurmaktadır. Özellikle ulaşım sıkıntısı olan ve hastanelere uzak bölgelerde ebelerin verdiği hizmetler daha çok önem taşımaktadır. İl sağlık müdürlüğü, kırsal alanlarda görev yapan ebeler konusunda duyarlı olmalı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin sunumunda gerekli olan malzemeler tam olarak sağlanmalı, ebelerin belli aralıklarla denetimleri yapılmalıdır.

- Ana sağlığı düzeyinin geliştirilmesinde aile planlaması hizmetlerinin yeri oldukça önemlidir. Aile planlaması hizmetleri ile istenmeyen gebelikler önlenebilecek, kadınların riskli yaşlarda doğum yapması engellenecek, gebelik arası süre uzatılabilecek, isteyerek yapılan düşüklerin önüne geçilebilecek ve böylece hem kadınların hem de doğacak çocukların daha sağlıklı olmalarına imkan verilmiş olacaktır. Gebe lohusa izlem fişlerinde aile planlaması ile ilgili olarak kadınların gebelik öncesi kullandığı aile planlaması yönteminin sorgulanması istenmektedir. Ancak bu bilgilere göre kadınların ne kadar süredir kontraseptif kullandığı, yöntem kullanmama ve yöntem bırakma nedenleri, gebeliğin istenen gebelik olup olmadığı anlaşılmamaktadır. Bu nedenle gebe lohusa izlem fişleri, kadınların aile planlaması tutum ve davranışları konusunda daha ayrıntılı bir sorgulama yapmaya imkan verecek ölçüde düzenlenmelidir. Bu fişin 15-49 yaş izlem formu ile birleştirilmesi

yararlı olabilir. Böylece kadınların gebelik öncesi, gebelik süresince ve sonrasındaki sağlık durumları bütünlük içinde izlenebilecektir.

- Sağlık ocağı bölgelerindeki 15-49 yaş grubu kadınların izlemleri düzenli şekilde yapılmalıdır. Böylece aile planlaması hizmetlerinde gelişme sağlanıp yüksek riskli ve istenmeyen gebelikler önleneceği gibi, gebelerin erken tespiti edilmesi de mümkün olacaktır. Tespit edilen gebelerin en az bir kez olmak üzere doktor kontrolünden geçmesi sağlanmalı, Sağlık Bakanlığı'na belirtilen haftalarda ziyaretleri yapılmalı ve bu ziyaretler sağlık ocağı doktoru tarafından denetlenmelidir.

- Gebe lohusa izlem fişlerinde kadınların sosyal güvencesinin olup olmadığı, gebelik ile ilgili tutumu, zararlı alışkanlıkları ve kullandığı ilaçları belirten bölümler olmalıdır. Aynı zamanda eşinin eğitim durumu, mesleği, gelir durumları gibi bilgiler bulunmalıdır.

- Hizmet içi eğitimler etkinleştirilmelidir. Ana çocuk sağlığı hizmetleri, sağlık ocaklarında kayıt tutmanın önemi ve nasıl tutulacağı konusunda ebelerin sürekli eğitimi sağlanmalıdır. Gebe lohusa izlem fişleri hekimler tarafından düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Sağlık ocağı doktorları ebeleri mümkün olduğunca iş başında eğitmeli, eksik veya yanlış yapılan ya da yapılmayan işlemler konusunda ebeler uyarılmalı, bu konudaki bilgi eksiklikleri giderilmelidir.

- Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde, sağlık ekibinin en önemli üyesi ebelerdir. Bu hizmetlerin sunumunda en önemli unsurlardan biri halkın sağlık konusunda eğitilmesidir. İletişim becerilerinden yoksun olan bir ebe, kişileri doğru olan uygulamalara yöneltemeyecektir. Bu nedenle ebeler iletişim konusunda eğitilmeli ve öncelikle gebelerin güvenini kazanmalarını sağlayacak düzeyde iletişim becerileri geliştirmeleri sağlanmalıdır.

- Ebeler izledikleri gebelere gebelik haftasına uygun olarak sağlık eğitimi vermelidir. Özellikle ilk üç ayda doktor kontrolü olmadan ilaç kullanılmaması, röntgen çektirilmemesi, sigara ve alkolden uzak durulması konusunda gebeler mutlaka uyarılmalıdır. Aile planlaması konusunda kadınların gebelikleri sırasında danışmanlık yapılmalı, bu eğitim doğum sonu döneme bırakılmamalıdır. Yine bu dönemde meme muayenesi, anne sütü ve emzirme, bebek bakımı, hijyen kuralları, beslenme konularında gebelerin tümüne eğitim verilmeli ve bu eğitim gebe lohusa izlem fişlerine düzenli olarak işlenmelidir.

## ÖZET

### Isparta İl Merkezinde Gebe Lohusa İzlem Fişlerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma, Isparta merkezindeki 18 sağlık ocağı bölgesinde, gebe ve lohusa izlemleri hakkında bilgi sahibi olunması, gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin ve sağlık durumlarının belirlenmesi ve gebe lohusa izlem fişlerinin amacına uygun olarak doldurulma durumunun tespit edilmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışma, 01.01.2003-31.12.2003 tarihleri arasında bölgede doğum yapan tüm gebelerin gebe lohusa izlem fişlerinin incelenmesi ile yapılmıştır.

Gebelerin % 5.9'u 20 yaşın altında ve % 8.4'ü 34 yaşın üstünde idi. Çoğunluğu ilkokul mezunu olup (% 52.2), eğitimsiz kadınlar % 2.1 idi. Gebelerin evlenme yaşı ortalaması 20.83±3.48, toplam gebelik sayısı ortalaması 2.11±1.26 ve düşük sayısı ortalaması 0.30±0.65 olarak bulundu. Araştırma grubunun % 53.2'si gebelik öncesinde aile planlamaya yöntemi kullanmamıştı. İki yıldan az aralıklı doğumların sıklığı % 24.4 idi. Kadınların yaşı arttıkça, gebelik sayıları artmaktaydı.

Hemogloblin değerleri açısından anemi prevalansı % 25.5 bulundu. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin sıklığı % 6.1 idi.

Gebelerin ilk tespit edildikleri gebelik haftası ortalaması 15.89±7.02, toplam ziyaret ortalaması 5.04±2.18 olarak bulundu. 12. haftadan önce tespit edilen gebeler % 22.9 idi. Gebelerin % 80.1'ine tam doz tetanoz aşısı yapılmıştı.

Gebe lohusa izlem fişlerinin % 58.1'inde doktor imzası mevcuttu. Gebelerde ağırlık, kan basıncı, ödem, varis, idrarda protein, hemogloblin bakılma sayısı ve toplam ziyaret sayısı ortalaması doktor imzası bulunan fişlerde anlamlı olarak yüksek idi.

Doğumların, % 0.9'u hekim yardımı ile, % 8.2'si ebe yardımı ile, % 89.8'i hastanede, % 1.0'ı sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşmişti. Sezaryen doğumlar % 37.8 idi. Lohusaların tespit edildikleri gün ortalaması 8.98±9.08 ve toplam lohusa ziyaret sayısı ortalaması 2.34±0.91 idi.

Gebe lohusa izlem fişi çıkarılma yüzdesi 68.7 olarak bulundu. Fişlerin doldurulma oranları düşük idi.

**“Anahtar Kelimeler: Ana Sağlığı, Doğum Öncesi Bakım, Ebe, Gebe Lohusa İzlem Fişi, Sağlık Ocağı.”**



## SUMMARY

### **Evaluation of Antenatal Postnatal Follow-up Forms in Isparta**

This research has been carried out in 18 primary health care units in Isparta city center, to get knowledge about the pregnant women's and newly given birth women's visits, in order to determine the social state and health state of the pregnant women, to determine if the antenatal and postnatal follow-up forms are filled according to their purpose and it has been made by carrying out record review. The study was carried out among all pregnant women who gave birth between 01.01.2003 and 31.12.2003 by examining the antenatal postnatal follow-up forms.

5.9 % of the pregnant women were below 20 years of age and 8.4 % were over 34 years of age. The majority of women were graduated from primary school (52.2 %) and 2.1 % were illiterate. The arithmetical mean of married age was found to be  $20.83 \pm 3.48$  and the arithmetical mean of total pregnancy number was found to be  $2.11 \pm 1.26$  and the arithmetical mean of abortion was found to be  $0.30 \pm 0.65$ . It was found that 53.2 % of them didn't use any family planning method before their pregnancies. The percentage of children less than two year period was 24.4 %. When the women's age increased, their pregnancies increased.

The prevalence of anemia has been found as 25.5 % according to the hemoglobin levels. The percentage of low birth weight babies was 6.1 %.

The pregnant women's first detection pregnancy week arithmetical mean was  $15.89 \pm 7.02$  and the arithmetical mean of visits was  $5.04 \pm 2.18$ . The percentage of the pregnancies detected at first 12th week was 22.9 %. The vaccination against tetanus was adequate in 80.1 % of all pregnant women.

There is doctor's signature at 58.1 % of the forms. The midwives checking the women's weight, blood pressure, the existence of edema, the existence of varicose, the amount of protein in the urine, hemoglobin values and total visit number arithmetical means were statistically significantly high on the forms which had doctor's signature.

It has been detected that 0.9 % of the births were carried out by the help of doctors, 8.2 % by the midwives, 89.8 % in the hospital and 1.0 % without skilled help during childbirth. The percentage of cesarean deliveries was 37.8 %. The newly given birth women's first detection day arithmetical mean was  $8.98 \pm 9.08$  and the arithmetical mean of the visits made by the midwives was  $2.34 \pm 0.91$ .

It has been found that 68.7 % of women had antenatal postnatal follow-up forms. The filling out percentage of the forms was low.

**“Key Words: Maternal Health, Antenatal Care, Midwife, Antenatal Postnatal Follow-up Form, Primary Health Care Unit.”**

## KAYNAKLAR

- 1- T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı. Dünya Sağlık Raporu 1998. 21. Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon. Genel Direktör'ün Raporu. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre. çev. eds. Metin B. Akın A. Güngör I. Ankara 1998
- 2- Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). II.bs. Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993; 339-348, 372-373
- 3- Bilgel N. Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı. İstanbul: Güneş&Nobel Tıp Kitabevi, 1997; 21-95,196
- 4- Akın A, Bayar N. Güvenli annelik. Sağlık ve Toplum 1998; 8 (3-4): 33-36
- 5- Sağlık Bakanlığı. Sağlık Mevzuatı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun no: 224. Hacettepe Yayın Birliği. Ankara 1987: 216-23
- 6- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara: 2001; 32-33, 134
- 7- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 2.bs. Hatipoğlu Yayınları: 53, Ankara: 1989;1
- 8- Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Sağlık Personeli İçin Veri Toplama Bilgi ve Becerisi. Sağlık Enformasyon Sistemleri Eğitim Dizisi No: 2, 2. bs. Ankara: 1996; 2-13
- 9- WHO. Maternal mortality-worse than we thought. Safe Modherhood Newsletter 995;19:1-2
- 10- Maternal Mortality.  
[http://www..safemodherhood.org/facts\\_and\\_figures/maternal\\_mortality.htm](http://www..safemodherhood.org/facts_and_figures/maternal_mortality.htm) Erişim Tarihi: 19.09.2004
- 11- Akın A. Türkiye'de anne ölümleri ve nedenleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı I. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 101-105
- 12- Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. 2000 Genel nüfus sayımı kesin sonuçları. Görünüm TAB Vakfı Bülteni, Kasım 2002; (25): 8-9
- 13- Biliker MA. Türkiye'de kadın sağlığı ve aile planlaması. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı I. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 115-119
- 14- Güçüz Doğan B, Akın A. Türkiye'de aile planlaması yöntem kullanma davranışları, aile planlaması hakkındaki görüşler ve gelecekte yöntem kullanma. in Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: 1998-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. ed. Akın A. Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA. 2002; 81-149
- 15- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
- 16- Good Quality Maternal Health Services. [http://www.safemodherhood.org/facts\\_and\\_figures/maternal\\_health.htm](http://www.safemodherhood.org/facts_and_figures/maternal_health.htm) Erişim Tarihi: 19.09.2004
- 17- Bahar Özvarış Ş, Akın A. Türkiye'de doğum öncesi bakım. in Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: 1998-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. ed. Akın A. Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA. 2002; 183-241
- 18- TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Yıllığı 2003. Ankara: 2004; 41-43
- 19- Özyaydın N, Akın A. İstenmeyen gebelikler ve düşüklerin kadın sağlığına etkileri. Sağlık ve Toplum 1998; 8 (3-4): 55-60

- 20- Unsafe Abortion. [http// www.safemodherhood.org/facts\\_and\\_figures/unsafe\\_abortion\\_fact.htm](http://www.safemodherhood.org/facts_and_figures/unsafe_abortion_fact.htm) Erişim Tarihi: 19.09.2004
- 21- Akın A. Türkiye’de isteyerek düşükler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı I. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 105-111
- 22- TC Hükümeti-UNICEF İş Birliği Programı. Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi. Ankara, Nisan 1991; 119-139
- 23- Akın A, Enünlü T. Türkiye’de isteyerek düşükler. in Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: 1998-Türkiye Nüfus ve sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. ed. Akın A, Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA. 2002; 151-182
- 24- Maternal Health: A vital Sosial and economic Investment. [http// www.safemodherhood.org /facts\\_and\\_figures/good\\_maternal\\_health.htm](http://www.safemodherhood.org /facts_and_figures/good_maternal_health.htm) Erişim Tarihi: 19.09.2004
- 25- UNICEF. The State of World’s Children 2001; 78-82
- 26- Teziç HT. 2000’li yıllarda Türkiye’de çocuk sağlığı, [http//www.who.un.org.tr/ who/bulten/turk/bul4cocuk.HTM](http://www.who.un.org.tr/ who/bulten/turk/bul4cocuk.HTM) Erişim Tarihi: 05.10.2004
- 27- Akın A, Özvarış ŞB. Ana sağlığı ve aile planlaması. in Halk Sağlığı Temel Bilgiler. eds.Bertan M, Güler Ç. 2.bs. Ankara: 1997; 119-155
- 28- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem ofset, Ankara 1995:25-30,77,225
- 29- İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü (Unicef Türkiye Temsilciliği ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü önerisi ve desteği ile). Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. 1992; 48-141
- 30- Erman Akar M, Yapar Eyi EG, ‘Antenatal/Prenatal’ bakım; metarnal ve neonatal prognozu etkileyen faktörler. Klinik Bilimler&Doktor 2002; 8(5): 671-675
- 31- Güler Ç. Koruyucu hekimlikte sağlık ocaklarının yeri. I. Sağlık Ocakları ve Koruyucu Hekimlik Kurultayı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi, 1998; 23-29
- 32- Öztürk Y. Gelişmekte olan ülkelerde tıbbi bakım hizmetleri. T.T.B. Ankara Tabip Odası, Yayın no: 10, T.S.H. Yayın No: 5, Çağ matbaası, Ankara 1983; 12
- 33- Akın A, Özvarış ŞB, Kadın sağlığına genel bakış. [http//www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3061.doc](http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3061.doc) Erişim Tarihi: 01.11.2004
- 34- Koçoğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık. Cumhuriyet Üniversitesi Yayın No: 72, Sivas 1997; 17
- 35- UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu 1993; 50
- 36- Çağlar GS, Sezik M, Dingiloğlu BS, Avşar FA, Plasenta dekolmanında perinatal sonuçlara etkili antepartum risk faktörleri. Klinik Bilimler& Doktor: 9(3), 2003: 341-344
- 37- Mihçioğur S, Akın A. Dünya’da ve Türkiye’de anne ölümleri. Sağlık ve Toplum 1998; 8(3-4): 37-44
- 38- Kapernik PS. Doğum sonrası kanama ve anormal puerperium. Çağdaş Obstetrik&Jinekolojik Teşhis&Tedavi. ed. Pernoll ML. çev. Şatiroğlu H. I.cilt, Barış Kitabevi, 1994; 713-740
- 39- Mabie WC, Sibai BM. Gebelikte hipertansif durumlar. Çağdaş Obstetrik&Jinekolojik Teş his&Tedavi. ed. Pernoll ML. çev. Başer İ, Küçük T. I.cilt, Barış Kitabevi, 1994; 462-479
- 40- Koçoğlu GO, Düşükler. [http//www.thb.hacettepe.edu.tr/2001/200134.shtml](http://www.thb.hacettepe.edu.tr/2001/200134.shtml) Erişim Tarihi: 10.10.2004

- 41- Wayne Hess L, Bakersmith-Hess DI, Morrison JC. Gebelik sırasında genel tıbbi rahatsızlıklar. Çağdaş Obstetrik&Jinekolojik Teşhis&Tedavi. ed. Pernoll ML. çev. Koç A. I.cilt, Barış Kitabevi, 1994; 569-599
- 42- T.C. Sağlık Bakanlığı. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. 5. bs. Ankara: Ağustos 1992; 1-73
- 43- Öztekin Z. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Palme Yayıncılık, Ankara: 2004; 139-140, 329
- 44- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Programları İçin Bilgi-Eğitim-İletişim Rehberi (Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü-Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen 'ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması bilgi- eğitim-iletişim desteği' projesi kapsamında). eds. Akın A, Ermumcu Balkan G, Aytaç U. Mart 1997;119-157
- 45- Yüzbir N, Şen C. Gebelik ve Süt Verme Döneminde Beslenme. Perinatoloji Dergisi 2001; 9(1): 1-9
- 46- Ceylan S, Tekbaş ÖF. Aile planlamasında bütüncül bir yaklaşım; Erkeklerin katılımı. Sağlık ve Toplum 2000; 10(3): 16-21
- 47- Şaylıgil Elçioğlu Ö, Ünlüoğlu İ, Özalp S. Aile planlaması danışmanlık hizmetleri ve kalite. Sağlık ve Toplum 2000; 10(3): 3-7
- 48- Özvarış ŞB. Aile planlaması. Sağlık ve Toplum 1998; 8 (3-4): 49-54
- 49- Kayacan ES. Ulaş Eğitim Araştırma ve Uygulama Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesindeki sağlık ocakları kayıtlarının güvenilirliği üzerine bir araştırma. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Sivas 1989; 4
- 50- T.C. S.S.Y.B. Isparta Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü. Sağlık İstatistik Yıllığı 1987
- 51- Atalay İ, Mortan K. Türkiye Bölgesel Coğrafyası. Ed. Atalay İ. İstanbul: İnkılap kitabevi, 1997; 249
- 52- TC Sağlık Bakanlığı Isparta Sağlık Müdürlüğü Sağlık İstatistik Kayıtları 2003
- 53- Kumtepe Y, İnceç M, Coşkun S, Kadanalı S. 2000 yılına kadar son 10 yılda kliniğimizde doğumu gerçekleştirilen hastaların epidemiyolojik incelemesi ve meternal mortalite oranları. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2004; 18(2): 89-96
- 54- Roysten E, Armstrong S. Preventing Maternal Deaths. WHO, Geneva, 1989
- 55- Evküre C, Akdemir S, Demir SC, Temel M, Özgünen FT. Yüksek riskli gebeliklerin yaş, parite, doğum şekilleri ve tanıları açısından analizi. Klinik Bilimler&Doktor 2004;10(3): 330-334
- 56- Çiçekoğlu M, Türk M. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde gebelere verilen doğum öncesi bakım yeterliliği ve sürekliliğinin değerlendirilmesi, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı. Diyarbakır 23-28 Eylül 2002; 484-488
- 57- Şahinöz S. Sağlık ocaklarında gebe-lohusa izleme kartlarının değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Kayseri: 1998; 37-52
- 58- Özen İ, Bostancı M, Zencir M, Demirhan H. Bağbaşı ve Kayhan bölgesindeki tamamlanmış gebeliklerin risk faktörleri açısından değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2002; 12(2): 54-58
- 59- Ağrıdağ G, Alparslan ZN, Apan E. Doğum öncesi bakım hizmetlerinde gebe-loğusa izleme fişi (GİF) bilgilerinin değerlendirilmesi (I): Bilgilerin yeterliliği. IV. Halk Sağlığı Kongresi. Didim: 12-16 Eylül 1994; 250-252
- 60- Öztürk M, Kişioğlu AN, Çakmak A. Isparta Gönen'de kadınların aile planlaması uygulamaları ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum 1999; 9(2): 17-21
- 61- Aslan B. Yenice sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-50 yaş arası kadınların hipertansiyonla ilgili bilgi, tutum, davranışları ve hipertansiyon prevalansları, eğitimin hipertansiyon prevalansına etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Isparta: 2002; 57-60

- 62- Çeber Türkistanlı E, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir İli Bornova İlçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı II. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 858-861
- 63- Alparslan ZN, Ağrıdağ G, Apan E. Doğanşehir Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 15-49 yaş evli kadın izleme formları (I): Yöntem kullanma ve değiştirmeler yönünden değerlendirme. IV. Halk Sağlığı Kongresi. Didim: 12-16 Eylül 1994; 91-93
- 64- Özgür Y, Bozkurt Aİ, Özçırpıcı B. Gaziantep kırsal bölgede evli kadın ve erkeklerin aile planlaması konusundaki bilgi, tutum, davranışları ve farklı cins gruplarına yapılan eğitimin etkisi. V. Halk Sağlığı Günleri Beslenme Sorunları ve Yasal Durum Bildiri Özet Kitabı, eds. Öztürk M, Ünser E. Isparta, 8-9-10 Eylül 1997; 56
- 65- UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu 1986; 40,131-141
- 66- Eröktem E, Yaycı M, Çivi S. Kırsal ve kentsel alanda anne ile ilgili risk faktörlerinin bebek ve çocuk ölümleri üzerine etkisi. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 1992;2(4): 11-17
- 67- Saka G. GAP Bölgesi'nde ana sağlığı ve aile planlamasının durumu. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 41-47
- 68- Ayhan B, Tümerdem Y, Tümerdem B, Tümerdem B. Çok çocuklu kadınların istenmeyen gebeliği önlemede bilgi ve davranışları (Epidemiyolojik Çalışma I). IV. Halk Sağlığı Kongresi. Didim: 12-16 Eylül 1994
- 69- Türkiye'de Bölgelerin Gelişimi 2000 Supplement 3. UNICEF, Nisan 2000
- 70- Yüksel A. Doğu ve Güneydoğu'da kadının statüsü ve sağlığı. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı I. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 119-121
- 71- Yardımcı E, Sabuncu H, Yardımcı O, Baysal B, Onat I. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 15-49 yaş grubunda evli kadınların bildikleri ve kullandıkları kontraseptif yöntemler; Kullanımı etkileyen faktörler. IV. Halk Sağlığı Kongresi. Didim: 12-16 Eylül 1994; 77-81
- 72- Gözükara F, Ersin F, Kurçel MA, Şimşek Z, Kayahan M. Şanlıurfa Tıfındır sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş arası evli kadınlarda düşükler ve ölü doğumlar. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı I. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 214-217
- 73- Atlı K, Özvarış ŞB. Çalışma yaşamı ve kadın. Sağlık ve Toplum; 8(3-4) 1998: 79-84
- 74- Özdağ N, Öztekin Z. Eskişehir il merkezinde ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 1996; 6(4): 3-9
- 75- Keskinöglü P, Pıçakçı M, Bilgiç N, Kılıç B. 2001 yılında İnönü Sağlık Ocağı Bölgesi'nde gerçekleşen adölesan gebelikler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı I. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 230-234
- 76- Unwanted Pregnancy.  
[http://www.safemodherhood.org/facts\\_and\\_figures/unwanted\\_pregnancy.htm](http://www.safemodherhood.org/facts_and_figures/unwanted_pregnancy.htm) Erişim Tarihi: 19.09.2004
- 77- Özgür S, Bozkurt Aİ, Şahinöz S, Özçırpıcı B, Şahinöz T, Saka G ve ark. GAP Bölgesi'nde aile planlaması konusunda davranışlar. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 872-878
- 78- Kışioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Isparta ili Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin aile planlaması polikliniğine 2000 yılında başvuran hastaların değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı kongre Kitabı I. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 193-196

- 79- Erol N, Durusoy Onmuş R, Ergin I, Döner B, Çiçekoğlu M, Kırca Ü. Gebeliği isteme durumuna göre doğum öncesi bakım düzeyi: İzmir Konak Doğumevi'nde Mayıs 2002'de yapılmış bir araştırma. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı I. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 234-238
- 80- Özçırpıcı B, Özgür S, Şahinöz S, Bozkurt Aİ, Şahinöz T, İçlin E ve ark. GAP Bölgesi'nde aile planlaması konusunda tutumlar. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı II. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 878-881
- 81- Şankazan Ş, Yıldız A. Ankara ili Deliler Köyü'ndeki evli erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 55(1): 41-50
- 82- Biri A, Öztürk J, Budakoğlu İİ, Maral I. Kadınların ve eşlerinin eğitim durumuna göre aile planlaması yöntemlerinin kullanımı. Klinik Bilimler&Doktor 2002; 8(3): 392-395
- 83- Bozkurt Aİ, Özçırpıcı B, Özgür S, Şahinöz S, Şahinöz T, Saka G ve ark. GAP Bölgesi'nde düşükler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı II, Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 881-885
- 84- Cassens BS. Preventive Medicine and Public Health. U.S.A. 1992:162-163
- 85- Erol N, Ergin I, Döner B, Durusoy Onmuş R, Şakru N, Kırca Ü. İzmir Konak Doğumevi'ne istemli düşük için başvuran kadınların doğurganlık öyküleri ve aile planlaması davranışları. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı, Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 239-243
- 86- Grant JC, Bittles AH. The comparative role of consanguinity in infant and childhood mortality in Pakistan. Ann. Hum. Genet. 1997; 61
- 87- Özbaşaran F, Yanikkerem E. Doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumlarının değerlendirilmesi, Sendrom Dergisi 2004; 16(1): 50-56
- 88- Özgür S, Koçoğlu F, Polat H, Koçoğlu G, Sümer H, Kılıçarslan S. Ulaş Eğitim Araştırma Bölgesi'nde akraba evliliği durumu ve akraba evliliğini önlemede eğitimin rolü. IV. Halk Sağlığı Kongresi. Didim: 12-16 Eylül 1994; 180-184
- 89- WHO. Diet nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Tecnicl Report Series. Genova 1990;7
- 90- Köksal O. Türkiye 1974 Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketimi. Unicef, Ankara. 1974; 430
- 91- Özten F, Takmer B, Uysal B, Baharlı N, Dönmez L, Dedeoğlu N. Aksu Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki gebe kadınlarda demir eksikliği anemisi sıklığı. V. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı. esd. Öztürk M, Ünser E. Isparta: 1997; 4
- 92- Mersin S, Kuş C, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA. Konuralp Kamil Furtun Sağlık Ocağı Bölgesi gebelerde anemi araştırması. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı I. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 257-260
- 93- Metintaş S. Kırsal alan gebelerinde anemi görülme sıklığı. Anadolu Tıp Dergisi 1992; 14(2): 71-78
- 94- Başer M, Bayat M, Aydın T, Öztürk Y. Gebelerin beslenmelerinin değerlendirilmesi. V. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı. Esd. Öztürk M, Ünser E. Isparta: 1997; 35
- 95- Beştepe G, Bilgin N. Afyon ili 2 ve 4 No'lu sağlık ocaklarındaki gebelerde anemi prevalansı ve anemiyi etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Sağlık ve Toplum 2002; 12(2): 43-53
- 96- Werler MM, Pober LB, Holmes LB. Smoking and Pregnancy. Teratology.32, 1985: 473-481
- 97- Etiler N, Aktekin MR, Çapar H. Antalya kent merkezindeki bir sağlık ocağı bölgesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2000; 10(3): 41-45

- 98- Çetinkaya F, Naçar M, Aslan A, Öztürk Y. Kayseri ilinde gebe ve bebek izlemlerinin nicelik ve niteliğinin değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 510-514
- 99- Meteoglu D, Güngör F, Pehlivan A, Doyuran E. 2001 Yılında Aydın ilinde ana sağlığı ve aile planlaması. Sağlık ve Toplum. 2002; 12(1): 33-36
- 100- Mutlu Ş. Ebelerin gebe izlemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi: Ankara il merkezinde bulunan sağlık ocakları ve ana çocuk sağlığı aile planlaması merkezlerinde çalışan ebelerle yapılan bir çalışma. Sağlık Yönetimi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara: 1992; 65
- 101- Alparslan Z, Akman HN, Öner AF, Gürel SA, Cengiz N. Van il merkezinde ebe ve hemşirelerin ana çocuk sağlığı konusunda bilgi düzeylerinin saptanması. V. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı. esd. Öztürk M, Ünser E. Isparta: 1997; 144
- 102- TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl. Mayıs 1999- Mayıs 2002: 49-56
- 103- Kışioğlu AN, Aykut M, Öztürk Y. 15-49 yaş evli kadınlara verilen sağlık eğitiminin anemi prevalans ve insidansına etkisi. V. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı. esd. Öztürk M, Ünser E. Isparta: 1997; 62
- 104- Öktem F, Öztürk M, Beydilli ED. Isparta Bölgesi'nde yenidoğan bebek ve annelerinin anne sütü hakkındaki bilgileri ve uygulamaları. V. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı. esd. Öztürk M, Ünser E. Isparta: 1997; 129
- 105- Kayser Konakçı S, Kılıç B. Sezaryen ile doğumlar artıyor. Sted 2002; 11(8): 286-288
- 106- Akın A, Bahar Özvarış Ş. Türkiye'de doğum ve doğum sonrası bakım in Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: 1998-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. ed. Akın A. Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA. 2002; 243-293
- 107- Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? Soc Sci Med 2000; 51:725
- 108- Çivi S, Çetin S, Kanber G. Vajinal ve operatif doğumlara boy ve vücut kitle indeksinin etkisi. V. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı. esd. Öztürk M, Ünser E. Isparta: 1997; 126
- 109- Sünter TA, Güz H, Ordulu F, Öz H, Peşken Y. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı II. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 855-858
- 110- Erbay Dünder P. Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kongre Kitabı II. Diyarbakır: 23-28 Eylül 2002; 862-865

## EKLER

## EK 1: Kullanılmakta Olan Gebe Lohusa İzlem Fişinin Ön ve Arka Yüzü

**GEBE-LOHUSA İZLEME FİŞİ**

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
Form No: 005

Soyadı:

Adı:

Eşinin Adı:

Eşinin Akrabalık D.:

Doğum Tarihi:

Öğrenim Durumu:

İşi:

Evlenme Yaşı:

İlk Gebelik Yaşı:

Kurumu:

Sağlık Evi:

Düzenlendiği Tarih:

Sıra No:

Muhtarlığı:

Sokağı:

Ev No:

Tlf. No:

Boyu:  cm

Kaçıncı Gebeliği	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Annenin Sistemik Hastalığı Varsa Yazınız	Pelvis Durumu	Kan Grubu - Rh	Eşinin Kan Grubu - Rh	Bir Önceki Gebeliğin Sırlanma Tarihi	Bir Önceki Gebeliğin Sonucu, Yeri ve Biçimi	Doğumla İlgili Karar
							Uygun <input type="checkbox"/> Dar <input type="checkbox"/> Şüpheli <input type="checkbox"/>			..... gün ..... ay ..... yıl	Canlı doğum <input type="checkbox"/> Ölü doğum <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Yer:..... Biçim:.....	Sağlık evi, <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağında <input type="checkbox"/> Hastanede <input type="checkbox"/>

Gebelik Öncesi Kullandığı Koriyucu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler				
	Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nasıl Yapıldı ?	Doğuma Yardım Eden	Doğan Bebek	Doğuştan Şekil Bozukluğu
RIA <input type="checkbox"/> Hap <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diğer: .....	Düşük <input type="checkbox"/> Ölü doğum <input type="checkbox"/> Canlı doğum <input type="checkbox"/> .....	Spontan <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Sezaryen <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/> .....	Hastane <input type="checkbox"/> Hekim <input type="checkbox"/> Ebe <input type="checkbox"/> Diğer Sağ. Personeli <input type="checkbox"/> Sağlık Pers. Yardımı Olmadan	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Kilosu ..... gr. Boy ..... cm Geliş Biçimi: .....	Yok <input type="checkbox"/> Var: .....

Ebenin Adı Soyadı :

Tarih :

İmzası :

Hekimin Adı Soyadı :

Tarih :

İmzası :

Risk Durumu: .....

Son Adet Tarihi: .....

Beklenen Doğum Tarihi: .....

Tetanoz aşısının yapıldığı tarihler 1.Aşı: ..... 2.Aşı: ..... 3.Aşı: ..... 4.Aşı: ..... 5.Aşı: .....

## İZLEME VE ÖGÜTLER

Tarih	Gebelik Haftası	Ağırlık (Kg)	Kan Basıncı (mmHg)	Ödem	Varis	Nabız /dakika	İdrarda Protein	Hemoglobin %	Çocuk Kalp Sesi (sayı/dak)	Geliş Biçimi	Ögütler (Yan sütunlardaki ağırlık, kan basıncı, hemoglobin vb. normal mi?) (Geliş biçimi, Hekime Sevk)	Sonraki İzleme Tarihi	İmza

## LOHUSALIK DÖNEMİ İZLEMESİ

Tarih	Kan Basıncı /mmHg	Nabız/dakika	Ateş	Açıklama, diğer inceleme ve ögütler	İmza