

Prof. Dr. HULUSI KOÇAK

T.C

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

BİLİM DALI

KIRSAL ALANDA GEBELİK VE DOĞUM KOMPLİKASYONLARINA ETKİ EDEN
FAKTÖRLER VE KONTRASEPTİF YÖNTEMLERLE İLGİLİ UYGULAMALAR.

UZMANLIK TEZİ

Dr.Veli TOPTAŞ

S A M S U N - 1982

Prof. Dr. HULUSI KOÇAK

T.C

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

BİLİM DALI

KIRSAL ALANDA GEBELİK VE DOĞUM KOMPLİKASYONLARINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER
VE KONTRASEPTİF YÖNTEMLERLE İLGİLİ UYGULAMALAR.

Rehber Öğretim Üyesi : Prof.Dr.Kemal ÜSTAY

UZMANLIK TEZİ

Dr.Veli TOPTAŞ

S A M S U N / 1982

ÖNSÖZ

Aşırı doğurganlığın kadın sağlığında önemli bir sorun olduğu ülkemizde toplumun genel sağlık düzeyi düşük, ana sağlığı ile ilgili sorunların boyutları daha da büyüktür.

Gebelik süresince anneye ait bazı faktörlerin ve özellikle annenin düzenli bir doğum öncesi bakım alınmasının gebelik ve doğumla ilgili ortaya çıkabilecek komplikasyonları doğrudan etkilediği bu gün kabul edilen bir gerçektir.

Genelde kadın sağlığını ilgilendiren tüm bu faktörlerin ve sonuçlarının toplum içindeki gerçek durumunu araştırmak amacı ile Çubuk Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde bir çalışma plânlandı. Daha çok kırsal kesim niteliğinde olan bu bölgede bir yıl içindeki tüm vakalar ve bu grubu temsil eden bir örnek incelendi.

Beni yönlendirmede ve çalışmalarımda büyük desteğini gördüğüm başta rehber öğretim üyem sayın Prof. Dr. Kemal ÜSTAY'a, bölüm başkanımız sayın Dr. Erdal MALATYALIOĞLU'na çalışmam süresince beni destekleyen sayın Prof. Dr. Ayşe AKIN ile ve Çubuk Merkez Sağlık Ocağının tüm personeline ve sayın Reha ALPAR'a teşekkür ederim.

GİRİŞ VE AMAC

Ülkelerin sağlık düzeyini en iyi gösteren ölçeklerin başında, ana ölüm hızı ve bebek ölüm hızının geldiği bilinmektedir. Ülkemizde bu konuda sağlıklı kayıtlar bulunmamasıyla birlikte ana ve bebek ölümlerinin diğer ülkelere kıyasla çok yüksek olduğu, bu ölümlerin çoğunda önlenabilir nedenlerden oluştuğu bilinen bir gerçektir. Ana ölümlerinin yüksek olmasının temelinde yetersiz bir doğum öncesi bakım, uygun olmayan koşullarda yapılan doğumlar ve bunlara bağlı komplikasyonlar, yetersiz bir doğum sonrası izlemin yattığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. ~~Bu durumlar~~ ise daha ziyade, geri kalmış veya gelişmekte olan ülkelerin sorunu olarak gözlenmektedir. Annenin ve ailelerin gebelikten korunma konusunda yetersiz bilgileri ve olanaksızlıkları, çocuk yaşamına verilen değerin yeterli olması, gebe ve çocuk beslenmesi konusundaki yanlış inanç ve tutumlar ana ve bebek ölümlerini artıran pek çok etkenden bazılarıdır.

İyi bir doğum öncesi bakım, gebeliklerin hastahane, sağlık personeli yardımıyla sonlandırılması, annelerin aile planlaması ve çocuk sağlığı konusunda yeterince eğitilmesi ve doğum sonrası izlemin yeterli olması, gebelik komplikasyonlarının en aza indirilmesinde ve sağlıklı ana ve çocukların topluma kazandırılmasında etkili olacaktır.

Nüfusun oldukça hızlı arttığı gelişme sürecinde olan ülkemizde henüz gebelere yeterince doğum öncesi bakım verilmemektedir. Kırsal kesimde halen çok çocuk iş gücü olarak değerini korumaktadır. Bununla beraber ülkemizde doğum yatağı sayısı ve yetişmiş personel sayısı ve dağılımı oldukça yetersizdir. Etkin bir nüfus planlaması uygulanırsa henüz söz konusu değildir.

Gebelik normal bir fizyolojik olaydır, fakat bazan anne ve fetüsün sağlığını tehlikeye düşürecek şekilde patolojik gelişmelerle komplike hale geçebilir. Doğum öncesi bakımın amacı anneye komplikasyonsuz bir gebelik dönemi geçirtmek ve canlı, sağlıklı bir bebek doğurmasına olanak sağlamaktır.

Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin beş yıldır örgütlü bir biçimde sunulduğu Çubuk Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde bu konulara ilişkin kayıtlar ülkemizin birçok yöresine kıyasla daha güvenilir ve sağlıklıdır. Buna karşın halen gebelik komplikasyonlarının ve sonlanma biçimlerinin denetim altına alınmadığı, doğum öncesi bakım ve gebelikten korunmada etkili olan yöntemlerin istenilen düzeye ulaşmadığı bilinmektedir. Sağlık hizmetlerinin örgütlü olması ve düzgün bir kayıt sisteminin bulunması nedeni ile bu yörede planlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı Çubuk Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde 1980 yılı içinde doğum yapan kadınlarda görülen gebelik ve doğum komplikasyonlarına etki eden faktörleri incelemek; doğum öncesi bakımın önemi ve kadınların gebelikten korunma konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmaktır.

GENEL BİLGİLER

Terminoloji: (6) Yaşama şansını kazanmış fetüsün vaginal yoldan dünyaya gelmesine "Normal doğum" diyoruz. Fetüsün henüz yaşama şansını kazanmadan dünyaya atılmasına "abortion" denir. Dışarı atılan gebelik durumuna da "abortus" ismi verilir.

20-28 haftalar arasında doğan ve 500-1500 gram ağırlığındaki bebeklere "immatür" bu şekilde sonuçlanan gebeliklere "partus immaturus" denir.

Doğan bebek 1500-2000 gram ağırlığında veya gebelik 28-37 gebelik haftasında sonlanmışsa "prematür doğum"dan söz edilir. Bu bebeklere de "prematür" denir.

Beklenen doğum tarihinin iki hafta veya daha uzun bir süre geçmesine rağmen sonlanmamışsa "Postmatürite" söz konusudur.

"Gravida" gebelik demektir. İlk çocuğuna hamile kalan kadın "Primigravida"dır. Birçok defa gebe kalmış kadın için "Multigravida" terimi kullanılır. İlk çocuğunu doğurmuş kadın "Primipar"dır. "Para" deyimini kullanmak için en az bir tane terimde doğum olması gerekmektedir.

Doğum yapan kadın "puerperia" veya lohusadır.

-NORMAL GEBELİK SÜRECİ

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olaydır. Gebe kadının vücudu gebeliğin getirdiği yükü karşılamak üzere bir takım değişiklikler gösterir. Bu değişikliklerin çoğu gebelik dışında olsalar patolojik kabul edilirler. Bütün bu değişiklikler kadının vücudu için önemli bir yük ve stress teşkil eder. Gerçi gebe kadın bu yükü tolere edebilmek için gerekli yetenek ve kapasiteye sahiptir. Yalnız organizmanın yeterli olduğu durumlarda bu söz konusudur. Aksi takdirde fizik ve psikolojik yönden güçlenmesini sağlamak için bilinçli bir yardıma ihtiyaç vardır. (6)

Gebelik semptomları, fizik belirtileri, komplikasyonlar ve bakım yönünden üç devrede incelenir. Üçer aylık bu devreler trimester olarak adlandırılır. (6,2,7)

1- Birinci trimester: Hastanın gebeliğe ve doğuma hazırlanması ve adaptasyon yönünden önemli bir devredir. Ayrıca bu devrede geçirilen bazı infeksiyöz hastalıkların gebeli-

ğın seyrini ve sonucunu önemli ölçüde etkilemesi söz konusudur. Bu devrede görülecek aborsiyon doğum olgusunun oluşmasına imkân vermediği için bizim konumuz dışında kalmaktadır.

2- İkinci Trimester: Gebeliğin seyrine bağlı olarak ortaya çıkan rahatsızlıkların en az görüldüğü devre ikinci trimesterdir. Hasta fizik ve psikolojik yönden gebeliğe adapte olmuştur. Bu devrede gebeliğin sonlanması aborsiyon veya immatür doğumlar olur. Bebek henüz dış dünyada yaşama yeteneği kazanmamıştır. Bu nedenle doğum olgusu söz konusu değildir ve konumuzun dışında incelenebilir.

3- Üçüncü trimester : Gebeliğin altıncı ayından terme kadar olan bu devre oldukça ciddi komplikasyonların gözlenebildiği bir devredir. Bu devrede gebelik immatür prematür ve matür olarak sonlanabilir. Artık doğum olgusu söz konusudur.

Annenin sistemik hastalıklarının dışında bu dönemde ortaya çıkabilecek pre-eklamsi, amnios kesesinin erken açılması, polihid amnios, plasenta previa, ablasyo plasenta, Rh/rh immunizasyon gibi komplikasyonlar gebeliğin sonucunu önemli ölçüde etkileyecek, fetüs ölümü, prematür eylem, postmatürite, bebek anomalilerine yol açabilecek nedenlerdir. Bu olguların yaş parite ile ilişkisi söz konusu olduğundan konumuz içinde kalmaktadır. Bu nedenle ayrı ayrı incelemekte yarar görüyoruz. Fakat bu konuları ayrı ayrı gözden geçirmeye başlamadan önce antenatal bakım hakkında kısa açıklama yapmak yararlı olur kanısındayım.

ANTENATAL(PRENATAL) BAKIM

Antepartum bakımın amaçları iki grupta yorumlanır.

MATERNAL AMAÇLAR:

- 1- Gebe kadının duygusal sağlığını geliştirmek.
- 2- Komplikasyonları azaltmak.
- 3- Doğumun emniyetini artırmak.
- 4- Daha iyi postpartum dönem sağlamak.
- 5- Anneyi fetüsün tüm gereksinimlerini karşılayacak duruma getirmektir.

FETAL AMAÇLAR:

- 1- Prematüre, ölü doğum ve neonatal mortalitenin önlenmesi.
- 2- Yeni doğanın optimal sağlığının temini.

Bugün bile yetersiz doğum öncesi bakım maternal morbidite de belirgin artışa yol açmaktadır. Bakımdaki eksiklikler sağlık servislerine rağbetin azlığından veya bu servislerin yetersiz çalışmalarından kaynaklanmaktadır.

Hastaların doğum öncesi bakımının önemi ve gerekliliğini komplikasyonlar çıkmadan anlayamamalarının sebebi eğitim sistemindeki yetersizliklerdendir.

Sağlık kurumları evlilik öncesi, gebelik öncesi ve periodik sağlık muayenelerinin yaş ve ekonomik statüye bakılmaksızın yapılmasına gayret etmemişlerdir. Maternal mortalitede tamamen veya kısmen önlenebilecek nedenler % 41 olarak saptanmıştır.

Bu önlenebilecek nedenler arasında karar vermede yetersizlik, teknikte veya doğum öncesi bakımda yetersizlik rol oynamaktadır. Bunlar ölümlerin %60'ını kapsamaktadır. Dolayısıyla bu olay standart bakım yöntemlerinin yeniden düzenlenmesini gerektirmektedir. Ölümlerin % 6 sı ise yetersiz hastahane koşulları sonucu olmaktadır. Doğum öncesi bakımın yaygın olarak uygulanmasının başka bir sonucuda perinatal mortalitedeki azalmadır. Doğum öncesi bakım sonucu prematürite ve perinatal mortalitenin azalması nedenleri kesinlik kazanmamıştır. Bazı medikal ve obstetrik durumların önceden teşhisi ile gebeliğin sonlandırılmasına yön verilmektedir. Fakat bu faktör aradaki fark için yeterli değildir. Primiparlarda prenatal ziyaret sayısı ile termde bebek doğurma ilişkisi önemli bulunmuştur. Prenatal ziyaret sayıları ile gebelik sayıları korele edildiğinde sıklıkla görülmektedir ki her başarılı gebelik sonucunda anne daha az prenatal bakıma rağbet etmektedir.

Artan gravida sayısı ile azalan prenatal bakım arasındaki direkt ilişki annenin evdeki sorumluluklarının artmasına bağlanabilir veya kısıtlı maddi olanaklar yol açmaktadır. Gerçekte daha az antenatal bakım gönen kadınlar aslında daha fazla bakıma ihtiyacı olanlardır.

Prematür infantların anneleri erken doğum nedeni ile antenatal bakım için daha az zamanları olmuştur ve onların infantlarında mortalite oranları en yüksektir.

Hastaların gelecek viziti erteleme nedenlerinin pek azı bilinmektedir. Daha olumlu davranışta bulunan hastalar gebeliğin ilk dört ayında antenatal bakıma önem verenlerdir. Öte yanda gebeliğin son aylarında bakım için gelen anneler gebe olduklarını öğrendiklerinde negatif yaklaşımda olan annelerdir.

Önceki gebeliklerinde prematürite, fetal ölüm, bebek ölümü hikâyesi olan anneler geçmiş tecrübelerine bağlı psikolojik durumları dolayısıyla medikal bakıma özen göstermektedirler. Kendilerini veya bebeği etkileyen gebelikle ilgili bir hastalık veya komplikasyonun doktor tarafından erken teşhis edilip tedavisine gidileceğine inananlardır.

Epidemiyolojik çalışmalar antepartum bakımın tipi, sıklığı ve süresi ile gebeliğin sonucu arasındaki spesifik ilişkiyi belirlemek gereğine ihtiyaç duyarlar. Hastanın sağlığının tam değerlendirilmesi için prenatal bakımın büyük ve tartışılmaz faydası vardır.

Yıllar boyu hekimler her kadının gebe kalmadan önce muayene olmasının gerekliliğini savunmuşlardır. Bu eğer rutin olarak uygulanırsa, düzeltilebilecek birçok ciddi hastalıkların tanısı konmuş olur. Primi graviddeki ilk muayene sıklıkla hastanın pediatrik bakımından sonra gördüğü ilk muayenedir.

Hamilelik kadının vücudundaki tüm organları etkilemektedir. Gestasyonel dönemde kadının karşılabileceği tüm medikal ve cerrahi durumları etkileyecektir. Dolayısıyla prenatal hikaye ve muayene dikkatli yapılmalıdır.

Anneye ilk yaklaşım tüm geçmiş sağlığını içeren bir hikaye olmakla olacaktır. Klinsiyenin hikaye almasını kolaylaştıracak standartlaştırılmış formlar geliştirilmiştir. Bu formlar sayesinde gebelikteki önemli olayları, doğum ve postpartum devredeki olaylar infantın postnatal seyri doğru olarak kaydedilebilir.

Geçmiş obstetrik hikâye ayrıntılı olarak kaydedilmelidir. Özellikle gestasyonların süresi antepartum komplikasyonlar, eylemin seyri, doğum ağırlığı ve perinatal seyir öğrenilmelidir. Kötü obstetrik performansın tekrarlanmasının önlenmesi için bozuklukların saptanması gereklidir. Tekrarlayan fetal kayıplar için anormal kromozomal faktörlerin incelenmesi, servikal yetersizlik, uterin anomaliler, maternal malnutrisyon ve bir kısım infeksiyöz ve immünolojik gebelik komplikasyonları incelenmelidir.

Anne yaşının obstetrik performanstaki büyük önemi otörlerce belirtilmiştir. Optimal doğurganlık yaşı 18-25 arasındadır. Gebeliğin kötü sonlanmasındaki en büyük riskli yaşlar 40 yaş üstündeki primigravidler ve 15 yaş altındaki primigravidlerdir. Multigravidlerde bir gebeliğin sonu ile diğerinin başlangıcı arasında yaklaşık iki yıllık bir interval primatürite, geçfetal ve neonatal mortalite insidensini düşürmek için gereklidir.

Ailenin sosya-ekonomik statüsü de belirlenmelidir. Zira bu annenin beslenme tarzını etkilemektedir. Önlenmeyen korku anksiyete ve suçluluk duygusu önceki tekrarlayan abortlara ve istenmeyen gebeliklere bağlı olarak bulunabilir.

Dikkatli sorgulama ve hastanın hekim tarafından iyi dinlenmesi duygusal stabiliteyi sağlayabilecektir.

Gebelik esnasında sigara içen annelerden doğan bebeklerin, sigara içmeyen annelerden doğan bebeklere oranla ağırlıkları azdır. Fetal gelişme geriliği prematürite ve prenatal ölüm anne sigara içtiği zaman daha fazla sıklıkta oluşmaktadır. (9)

Sigara içenlerde thiocyanete kan seviyeleri sigara içmeyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Thiocyanete konsantrasyonundaki yükselmeye sebep tütündeki mevcut hydrogen cyanide dir. Cyanide kanda hızla thiocyanete'ye dönüşür. Thiocyanate'in biolojik yarı ömrü yaklaşık 2 haftadır. Tütündeki nicotine, karbonmonoksit ve hydrogen cyanide gibi toksik

bileşikler gebeliği sırasında sigara içen annelerden düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğmasına neden olurlar.

Annenin alkol alması infant doğum ağırlığını azaltmaktadır. Düşük doğum ağırlıklı infant doğuran kadınlarda maternal risk faktör ağırlığı (Prematür ve termde düşük doğum ağırlıklarının karşılaştırılması). (12)

Annenin risk faktörü (17)

Risk faktörü sıklığının normal kontrollerle karşı mukayesesi.

	Prematüre	L.B.W
Yaş < 18	2,8	—
Önceden düşük yapmış ise	1,3	—
Orta-ağır EPH gestosis	1,7	3.0
Böbrek hastalığı öyküsü	1,7	2.4
Önceden Sterilite	1,5	2.4
İlk trimester kanaması	1,4	2.0
Yaş > 30	1,3	1,2
Boy < 155 cm	—	4,3
Hafif EPH Gestosis	—	1,4
Gebelikte alınan kilo < 7	—	1,4

Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda perinatal mortalite yüksektir. (20)

Kadının gebelik öncesi ağırlığı 45 kg altında ise prematür doğum %16.7 dir. Şişman kadınlarda da perinatal mortalite yüksektir.

Respiratuar distress sentromu (RDS) neonatal ölüm sebeplerinin önde geleni olmakta devam etmektedir. Porell ve Wood'un her yıl yaklaşık 12000 yeni doğanın hyalen membran hastalığından öldüğünü gösteren raporları, problemin büyüklüğünü belirtmektedir. Amniotik sıvı sürfaktanı kullanarak yapılan önlemler ve devamlı airway kullanılması şüphesiz mortalite üzerine azaltıcı etki yapmıştır. Belkide tedavide en ilgi çekici yol, hayvanlarda ve insanlarda denenen ve anneye doğumdan 24 saat evvel verildiği zaman RDS'nin ağırlığını ve insidansını azaltan kortikosteroidlerdir. Yapılan bütün çalışmalar kortikosteroidin yararını göstermektedir... (5)

GEBELİK VE SİSTEMİK HASTALIKLAR

Biz burada önemli bulduğumuz kalp hastalıkları, diyabet ve anemiyi incelemekle yetineceğiz.

GEBELİK VE KALP HASTALIĞI

Gebelikte anne mortalitesine yol açan başlıca komplikasyonlar infeksiyon, hemoraji ve toksemidir. Dördüncü sırayı gebelik ve kalp hastalıkları alır.

Gebelerde organik ve fonksiyonel kalp hastalıkları % 4-7 oranında görülür. Vakaların % 90'ı romatizmal kalp hastalığıdır. (2,7)

Gebelikteki fizyolojik değişiklikler üçüncü trimesterde en üst düzeyde bulunduğu için organizma için ek bir stress teşkil eder. Normal bir kalp bunu rahatlıkla tolere edebilir. Kalp hastalarında ise hastalığın derecesine göre akut kalp yetmezliğine kadar varan durumlar ortaya çıkabilir.

Kalp hastalıkları şu şekilde sınıflandırılır:

- I. sınıf: Normal aktivite sınırlanmaz. Fizik aktivite sırasında dispne, taşikardi ve ağrı görülmez.
- II. sınıf: Bu gruptaki gebeler istirahat halinde rahattırlar, orta derece fizik aktivite ile çarpıntı, yorgunluk ve nefes darlığı ortaya çıkar. Bu hastalıklarda fizik aktivite kısmen sınırlanır.
- III. sınıf: Fizik aktiviteleri belirli şekilde sınırlıdır. İstirahat halinde rahat iseler de çok basit bir aktivite ile klinik şikayetler ortaya çıkar.
- IV. sınıf: İstirahat halinde bile yetmezlik belirtileri gösteren, rahatsız olmadan hiçbir fizik aktivite yapamayan dekompanse hastalardır. %50 maternal mortalite söz konusudur.
- Üç ve dördüncü sınıf hastalar III. trimestri hastahane de geçirirler. Gerekli tıbbi tedavileri yapılır.

Doğumun birinci devresinde oksitosin kullanılmaz. Doğumun ikinci devresi kısaltılır, ikandırılmaz, genel anestezi tercih edilmez.

GEBELİK VE DİABETES MELLİTUS

İnsülin yetersizliği veya yokluğu sonucu teşekkül eder. Herediterdir. Gebelik ve diabet % 0,5-1 oranında görülür. Yaşlı gebelerde daha siktir. (2,7)

Diabetik gebelikler için perinatal mortalite %15-20 dir. Hylen membran teşekkülü ile sık ölüm görülür.

Diabetik gebelerin antenatal kontrolü iyi olursa perinatal mortalite düşük olur. (1972 de roversi 92 yenidoğanda perinatal mortaliteyi % 2,1 bulmuştur.) (19)
Gebelerde AKŞ % 100 mgr. civarındadır. İdrarın da şeker bulunan gebe aksi gösterilin-

ceye kadar diabet olarak kabul edilmelidir. Glikozürinin belirlenmesi antenatal diabetes mellitus taraması için uzun zamandan beri geleneksel bir metod haline gelmiştir. Normal sağlıklı kadınların yaklaşık % 50 sinde glikoz ekskresyonu artmıştır. Çoğu kez glikoz ekskresyonundaki artış anormal karbonhidrat metabolizmasından ziyade normal gebelikteki renal fizyolojinin değişmesine ait bir bulgudur. Bir oral glukoz yüklenmeyi takiben kan glukoz konsantrasyonlarında belirgin artış olduğu zaman Diabetes mellitus teşhis edilir.

Dünya sağlık teşkilatı (1980) teşhis için farklı standartlar saptamıştır. Kapiller kan glukoz konsantrasyonunun 7.0 m mol/L veya daha fazla oluşu veya 75 gr oral glukoz yüklemesinden 2 saat sonra 11.0 m mol / L bir değerde oluşu glikoz tolerans testleri yapılır. (11). Birinci trimesterde bulantı ve kusmalar hasta için tehlikeli olur. İkinci trimesterde böbrek eşiğinin düşmesi büyük ölçüde şeker kaybına neden olur. Glikoz toleransı azalır. İnsülin ihtiyacı artar.

Uzun süreli prognoz yönünden gebelik diabetin gerilemesine veya ilerlemesine yol açmaz. Zaten diabetli gebeler iki çocuk doğururlar bu da obstetrik komplikasyonları artırır.

Fetal aktivite çalışması diabetik kontrolün kalitesi için iyi bir indikasyon teşkil eder ve fetal iyilik indeksi olarak faydalı olabilir. Hipoksik fetus da total fetal aktivite insidensi önemli oranda azalmıştır. (18)

Diabetli gebede şu etkiler beklenebilir.

- 1- Spontan aborsiyon veya erken doğum. Diabete bağlı vasküler değişiklikler oluşmuş hastalarda erken düşük oranı oldukça yüksektir. İnsülin tedavisi bu komplikasyonları oldukça azaltmıştır.
- 2- Akut gebelik toksikozu daha sık teşekkül eder, % 25-50 oranında çıkabilir. Tedavi ile oldukça azalmıştır.
- 3- İntrauterin ölü fetus oranı artar. Uzun süreden beri diabetik olan gebelerde retinopati, glomerulo-skleroz veya femoral damarlarda kalsifikasyonlar gibi vasküler dejenere-rans gösteren hastalarda fetus ölümü % 100'e kadar çıkabilir.
- 4- Hidramnios daha sık görülür, İnsülin kullanmayan gebelerde daha sıktır.
- 5- Konjenital anomaliler daha sık görülür.

Prognoz yönünden diabetli gebeler altı grupta toplanır.

A Grubu: Sadece GTT bozukluğu gösterenler .

B Grubu:20 yaşından sonra diabete yakalanıp hastalık süresi 1-9 yıl olanlar, vasküler deği-

C Grubu : 9-19 yaşlarında diabete yakalananlar ve vasküler değişiklik bulunmayanlar.
D Grubu: 10 yaşından önce diabete yakalanan vasküler değişiklikler ve retinitis gösterenler

E Grubu: Pelvis damarlarında kalsifikasyon gösterenler.

F Grubu: Diabetle birlikte nefritli olan gebeler.

Bu grupta fetal mortalite %80 dir.

C,D,E gruplarında ise %30 kadardır.

Tedavi ile prognoz oldukça etkilenmektedir.

Diabetli gebelerde obstetrik indikasyon olmadıkça doğum vaginal yoldan yapılmalı ve term beklenmemelidir.

Diabetik annede C/S endikasyonları:(19)

1. Kötü bir obstetrik öykü (ölü fetüsler, injurili infantlar)
2. Önceki doğumda C/S
3. Makat prezentasyonu
4. Kronik böbrek hastalığı + şiddetli toksemi
5. Diabetin oftalmolojik komplikasyonları (Diabetik retinopati)

Eylemde gebeye 10 gram kadar glikoz verilerek hipoglesimi önlenir. Doğuma 3 saat kala insülin verilmez yeni doğanın sık kontrolü gerekir.

ANEMİ

Gebelikte % 10-75 oranında rastlanır.

Gebelikte teşekkül edenler ve herediter olanlar diye ikiye ayrılır. Gebelikte demir yetersizliğine, akut kan kaybına ve enfeksiyonlara bağlı olarak oluşur.

Gebelikte görülen anemilerin %95'i demir eksikliği anemisi dir. (2) Normal gebelikte 700-800 mgr demire gereksinim vardır. Bunun 300 mgr' fetüs için gereklidir. Normalde bu gereksinim depo demirden karşılanır. Demirin büyük kısmı transferrin olarak Hb sentezine katılır. Hb azalmışsa depo demirden yararlanılır. Depo demiri az olanlarda ve demirden fakir diyetle beslenenlerde anemi ortaya çıkar. Yapılan araştırmalar gebelik başlangıcında depo demirinin yetersiz olduğunu ortaya koymuştur.

Gebeliğin ikinci trimestrinde kan volümünün artması üçüncü trimesterde de fetüsün ihtiyacının artması sonucu demir talebi belirli bir artış gösterir.

Genellikle fetus demiri anneden alır.Bu da gebede aneminin derinleşmesine yol açar.Aşırı doğurgan kadınlarda beslenme de yetersizse her gebelikte anemi daha da artar.Hb'nin %10 gr/dl altında olması halinde anemi sözkonusudur.

Bu hastalarda serum demir konsantrasyonu %60 gamma altında ise anemi demir yetersizliğine bağlanabilir.Eritrositlerin morfolojisinde değişiklik olmaz.Tedavi amacıyla oral yoldan demir sülfat verilir.Doğum sırasında teşhis edilen derin anemide eritrosit süspansiyonu verilir.

Doğum^{da} akut kan kaybına bağlı hallerde uygun kan transfüzyonu yapılır.

GEBELİK TOKSEMİSİ

Gebelik toksemisi genellikle gebeliğin son trimestrinde yada puerperal devrede görülen hipertansiyon,yaygın ödem ve proteinüri ile karakterize bir sendromdur.(7)

Pre-eklampsi kon^ulüzif olmayan şekildedir.Kon^ulziyonların ve komanın gelişmesiyle hastalık eklampsi adını alır.Primigravidalarda daha sıklıkla görülmektedir.

Gebelik toksemisinin erken tanısı çok önemlidir.Çünkü hasta başlangıçta asemptomatiktir.Çoğunlukla üçüncü trimesterde tan^ı konulan fulminan toksemi,semptomların daha hafif olduğu daha erken bir devrede kontrol edilebilir.Kontrol altına alınmayan toksemi kalıcı bozukluklara neden olabildiği gibi maternal mortalitenin kanama ve enfeksiyonlarla beraber en önemli nedenlerinden biridir.ABD istatistiklerine göre gebe kadınların %6.7'sinde toksemi gelişmektedir.(2,7)

Gebelik toksemisinin nedeni bilinmemektedir.Olabilecek nedenlerle ilgili spekülasyonlar o kadar çoktur ki,hastalığa teoriler hastalığı adı verilmiştir.Predispozan faktörler arasında damar ve böbrek hastalıkları ve beslenme bozukluğu bulunmaktadır.Presipite edici faktörler eğer varsa plasenta ve belkide desidüadadır.Çünkü toksemi molhidatiform ve puerperiumda^{da} olabildiğinden fetusun varlığı zorunlu değildir.(2) Primigravidalarda,çoğul gebelikte, hidramniosta,molhidatiformda daha sıklıkla görülebilir.

Hipertansiyonlu olanlar veya böbrek hastalarında pre-eklampsimin süper empoze olması şansı yüksektir.

Akla yatkın olan teori E.W Poge'nin ileri sürdüğüdür.Plasental dolaşımın ve beslenmesinin ekstrensek (Uterus kan akımının bozulması) veya intrensek (Plasental dejenerasyon) nedeniyle bozulması plasenta ve desidüanın metabolizmasını bozar.

Bu durum plasentadan tuz tutucu kortikostreoidlerin ve histaminoid salgılanmasına neden olur. Bu durumda, duyarlılık kazanmış ve yatkın kadınlarda toksemının gelişmesine yol açar.

KLİNİK BELİRTİLERİ

Pre-eklamsi: Üç ana klinik semptom görülür. Bunlar hipertansiyon, ödem ve proteinüridir. Bunlarla beraber diğer semptomlar şöyle özetlenebilir.

İnatçı baş ağrıları, baş dönmesi, asabi belirtiler, görme bozuklukları, sinek uçuşması, tam yada kısmi körlük, bulantı, hipogastriumda ağrı ve karaciğerde duyarlılık dik-kati çeker. Arteriel tansiyon 140/90 mm Hg veya üzerindedir. Veya sistolik basınç 30 mm Hg, diastolik basınçta 15 mm Hg artış gösterir.

Vücudun bilhassa üst kısmında erken beliren ödemlerle beraber fazla kilo artışı vardır. Oligüri görülebilir. Günlük idrar 400 cc'nin altına düşerse durum ciddidir.

Proteinüri geç ortaya çıkar. Kantitatif olarak 24 saatlik idrarda litrede 0,2-5gr arasındadır.

Eklamsi: Pre-eklampsili bir gebede 24 hafta ile doğumdan sonraki ilk hafta arasında en az bir konvülsion nöbeti veya koma görülünce başka nedenler ekarte edilebilirse Eklamsi kabul edilir. Bu krizler çok kere eylemden önce, eylem sırasında veya daha seyrek olarak postpartum devrede (%90'ı ilk gün) görülebilir. Eklamsi tablosunda başlıca klinik safhalar şunlardır.

PRODROM SAFHASI: Bakışlar sabitleşir. Pupillalar midriyatik olur. Ağız etrafındaki kaslarda konvülsif hareketler başlar.

TONİK SAFHA: Bütün kaslar ve ekstremiteler gerilir, çene kilitlenir, nistagmus görülür. Hasta apneye girer, yüz siyanozedir, 15-20 saniye sonra birden gevşeme ve solunum hareketi ile apne açılır.

KLONİK SAFHA: Konvülsionlar ile bütün vücut sarsılır, dilin ısırılması ve idrar kaçırılması olabilir. Takriben devre bir dakika sürebilir.

KOMA SAFHASI: Konvülsiyonlar durur. Hasta komaya girer solunum uzun ve hırıltılıdır. Bu devre değişik süre devam edebilir.

Göz dibi muayenelerinde retina arteriollerinde spazm, kanamalar, ciddi vakalarda papilla ödemi, retina dekolmanı görülebilir.

Tedavinin amaçları eklampsiyi ve damar lezyonlarını önlemektir. Gebeliği yaşayabilir bir bebek doğana kadar korumaya çalışmalı normal yaşayan bir çocuk doğurtulmalıdır.

Tedavi palyatif girişimlerden ve gebeliğin uygun bir zamanda sonlandırılmasından ibarettir. Hasta yatak istirahatına alınmalı, bütün gereksiz temaslardan, gerilimlerden

ve aktivitelere alıkonmalıdır. Anksiyetayı ve hipertansiyonu sınırlamak için sedatifler verilir. Sürekli takip sıvı ve elektrolit retansiyonunun önlenmesi, tuzsuz diyet, vücut ağırlığının azaltılması genel prensiplerdir.

Fetus ve plasentanın doğurtulması gebelik toksemisini genellikle düzeltircede telaşlı yada zorlu doğum çok tehlikelidir.

Son zamanlarda bazı araştırmacılar pre-eklampsi tedavisinde plazma volümünü genişletme yönteminin ümit verici sonuçlarını rapor etmişlerdir. Bu tedavi yöntemi hastaların önemli bir çoğunluğunda en azından geçici olarak bu tabloyu geriye döndürür. Volümü genişletmek için plasmanate ve düşük molekül ağırlıklı dextran (Rheomacredex) kullanılır. (23)

PLASENTA PREVIA: Plasenta previa " gebeliğin üçüncü trimestrinde ağrısız, sebepsiz kanama ile kendini gösteren hastalık" olarak tarif edilir. Plasentanın kısmen veya tamamen uterus alt segmentine yapışması anlaşılır. Bu durumun gebelik seyrinde meydana getirdiği kanamalar anne ve fetus hayatını tehlikeye sokabilir. (6,7)

Aşağı implantasyon, parsiel plasenta previa ve komplet plasenta previa (marginal, lateral ve total) şekilleri vardır.

Çeşitli istatistiklerde % 0,5-1 arasında değişmekle beraber yaşlı gebelerde ve grand multiparlarda daha sık görülmektedir.

Etyolojide desiduanın damarlanmasını bozan durumlar yanında tümörlerin, atrofik değişikliklerin, nedbelerin bulunması rol oynar. Son zamanlarda diğer patolojik gebeliklerle birlikte yorumlanmakta ve bu olaylar siklusta normal zamanın dışında meydana gelen ovulasyon ve bunu takiben konsepsiona bağlanmaktadır.

KLİNİK BELİRTİLER: Üçüncü trimester de sebepsiz, ağrısız ve tekrarlayan kanamalar plasenta previyayı düşündürür. Kanama daima su kesesi yırtılmadan başlar, kontraksiyonların başlamasıyla plasentanın yer yer ayrılmasından dolayı kanamalar olabilir. Plasentanın alt segmente yerleşmesi sonucu çoğu kez yan ve makat gelişleri gibi prezentasyon anomalileri görülür. Başka gelişlerde çoğu kez başın yüksekte ve mobil oluşu dikkati çeker.

Tanı için mecbur kalınmadıkça vaginal tuşe yapılmamalıdır. Tuşe yapılması gerektiğinde ameliyathane hazırlanmalı ve kan hazırlanmalıdır.

Tanı metodlarından plasenta grafi, pelvikangiografi, amniografi, termografi, radyoizotopik metodlar ve ultrasonik metodlar kullanılır.

TEDAVİ : Uygulanacak tedavi kanamanın miktarına, gebeliğin süresine ve fetusun canlılığına, plasenta previanın derecesine, fetusun geliş şekline ve pozisyonuna, hastanın doğurganlığına, serviksin durumuna, doğum eyleminin başlamış olup olmadığına göre değişir.

Plasenta previa tanısı konulduğu zaman hasta doğum yapana kadar hastahane de tutulmalıdır. Mümkünse bebek 36. haftadan önce doğurtulmamalıdır.

Kanamaya bağlı şok, uterus ruptürü, enfeksiyon, emboli gibi komplikasyonlar prognozu kötüleştirir. Anne mortalitesi %5-1 kadar olabilir. Fetus ölümü ise %10-15 olabilmektedir. Fetus ölümü ekseriya erken doğum, inutero asfiksi ve doğum müdahaleleri sonucu meydana gelmektedir.

Plasenta previa tedavisinde sezaryen gerek anne gerekse fetus için en emin yolu teşkil eder.

Başlıca sezaryen endikasyonları şunlardır:

- Komplet plasenta previa
- Kanamanın kontrol edilemediği parsiyel ve aşağı implantasyon vakalarında
- Fetal anoksi belirtileri görülmesi halinde
- Prezantasyon anomalilerinde

Vaginal yolla doğum uygun vakalarda kan kaybının karşılanması için yeteri kadar kan hazır bulundurulmalıdır. Gerekinde derhal transfüzyon yapılmalıdır.

PLASENTANIN ERKEN AYRILMASI:

Plasentanın fetusun doğumundan önce kısmen veya tamamen uterus duvarından ayrılması halinde "Plasentanın erken ayrılması" (ablatio plasenta, abruptio plasenta) terimleri kullanılır. Gebeliğin son trimestrinde görülür. 175-200 gebelikte bir rastlanır ve anne ile fetus hayatı için ciddi tehlikeler doğurur.

Predispozan faktörler arasında uterusun aşırı gerilmesi, toksemi, böbrek hastalıkları, hipertansiyon, göbek kordonunun kısalığı, vasküler staz, beslenme bozukluğu, yaşlılık ve multiparite vardır.

Olayın meydana gelmesinde:

- 1- Vasküler devredeki ani değişiklikler
- 2- Paralitik vazodilatasyon, kan basıncındaki ani artışlar
- 3- Uterusun pasif konjesyonu
- 4- Uterusu etkileyen karın travmaları

- 5- Pre-eklampsi, kronik böbrek hastalığı,diabet gibi plasental dolaşımı yetersiz yapan durumlar,
- 6- İkizlerde birincinin hızla doğurtulması gibi nedenlerle uterus volümünde hızla azaltma yapan durumlar neden olabilmektedir.

Ablasyo plasentada iki tip bilinmektedir:

- 1- Retroplasenter kanın dışarı çıkmasının mümkün olmadığı gizli ağrılı kanama
- 2- Plasentanın ayrılmış olan kenarından veya lateral kenarından olan ve serviksten dışarıya drene olan ağrısız dış kanama

Bazı vakalarda iki şekil bir arada bulunabilir.

Bu olaylar sonucu uterus ve plasenta arasındaki bağlantı büyük ölçüde kesintiye uğradığından fetus hayatı tehlikeye girer.Çok kere asfiksi sonucu fetus ölür.

Gizli kanamalar ileri devrelerde myometriyum ve uterus serozasına kadar ilerleyebilir. Bu durumda uterus,tubalar,overler,ligamentum latum ve pelvis peritonunda peteşiyal kanamalar lara neden olur (Couvalaire Uterus).

Plasentanın erken ayrılması sonucu bazı vakalarda "hipofibrinogenemi" sonucu ciddi koagülasyon bozuklukları, buna bağlı ciddi kanamalar ve şok gelişebilir.

Hipofibrinogenemi şöyle izah edilebilir:Plasentanın yapışma yerinde meydana gelen lezyon fazla miktarda tromboplastin artımına sebep olmakta bu durum kapillerlerde yaygın bir koagülasyona ve fibrinojen sarfına neden olur.Oldukça bol miktarda plasminojen plazma dönüşür, bundan sonra sekonder fibrinoliz fibrinojen azlığından birlikte sorumludurlar.

Page'nin belirtilerin şiddetine göre sınıflandırması şöyledir:

- Derece 0: Çok hafif seyrederek ekseriya doğumdan sonra plasentanın tetkiki ile anlaşılır.
- Derece 1: Vaginal kanama görülür.Uterusta hafif kontraksiyon ve geçici hassasiyet bulunur
- Derece 2: Vaginal ve gizli kanama vardır.Uterusta tetani,hassasiyet ve fetal distress veya fetus ölümü tespit edilir.
- Derece 3: Vaginal veya gizli kanama bulunur.Şiddetli uterus tetanisi,annede şok,fetus ölümü ve genellikle hipofibrinogenemi görülür.

TEDAVİ:Teşhis edilir edilmez derhal kliniğe yatırılmalıdır ve süratle tedaviye başlanmalıdır.Duruma göre kanama,şok ve hipofibrinojenemi vakalarında taze kan ve plazma süsyonları verilir.Perfüzyonla 250 cc distile su içinde 5 gr fibrinojen verilir. Antifibrinolitik ilaçlar(trasyolol veya epsilon amino kaproik asit) verilir.

Doğum şekli ne olursa olsun uygun durumlarda amniotomi yapılır. Ve gerekirse indüksiyon uygulanır. Ciddi durumlarda sezaryen uygulanır. Doğumun süratle sonuçlandırılması mümkün vakalarda vaginal yol denenebilir.

HIDRAMNİOS:

Hidramnios veya poli-hidramnios terimleri amnios sıvısının patolojik artışını ifade eder. Terminde normal gebelikte 500-1000 cc olan amnios sıvısının 2000 cc'nin üstüne çıkışına bu isimler verilir. Gebeliklerin takriben %0.5 inde görülür.

PH 7.2 olan amnios sıvısında kalsiyumun %5.5 mgr. olmasına karşın diğer elektrolitler anne plazmasındaki değerlere yakındır. Epitel artıkları, verniks kümeleri, az miktarda albumin, ürat, organik ve inorganik tuzları içerir.

Hidramnios oluşmasında fetus ve anneye ait bir çok faktör rol oynar. Bunların başlıcaları şunlardır:

- Fetus malformasyonları: Özellikle fetal kavitede gelişim defektleri, kalp anomalileri, anensefali, hidrosefali, spina bifida, kurt ağzı.
- Fetusta yutma ve rezorpsiyon bozukluklarına neden olan prezentasyon anomalileri.
- Anneye ait patolojik durumlar: Kalp, akciğer, böbrek hastalıkları, diabet, toksikoz, sifiliz

Hidramnios akut ve kronik olabilir.

Hasta batında aşırı gerginlik hisseder. Dispne, çarpıntı, bulantı ve kusma görülür. Uterus gebelik ayına göre çok büyüktür. Fetus kısımları palpe edilemez, ÇKS alınamaz. Fetusa ait prezentasyon anomalileri görülür.

Komplikasyonlar: Ani poş yırtılmalarına bağlı plasenta seperasyonu, kordon sarkması, fetusta prezentasyon anomalileri, asfiksi, prematürite, eylemde primer inersia, postpartum atoni görülebilir.

Tedavi: Zaman zaman amniosentezle mayi azaltılabilir. Fetusta malformasyon tespit edilen vakalarda membran açılarak doğum provake edilebilir. Uygun vakalarda vaginal doğum yapılır. Obstetrik endikasyon bulunan vakalarda sezaryen yapılır. Uterus atonisine karşı hazırlıklı olmalıdır.

ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ :

EMR'yi tanımlayabilmek için önce latent periodun bilinmesi lazımdır. Latent period membranların rüptür olduğu zaman ile hakiki doğum eyleminin başlangıcı arasındaki süredir. Eğer bu süre 1 saat üzerinde olursa o zaman EMR'den bahsedilir.

EMR perinatal mortalite ve postpartum morbiditeyi artıran başlıca nedenlerden biridir. Tüm gebeliklerin %6 sı ile %13 ünde görülür. Prematür doğumlarda bu oran %20 ye ulaşır.

Etyoloji: Mc. LACHLAN ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre ortalama membran basıncı 390 mmHg olarak bulunmuştur. Rüptür basıncı ise 80-800 mmHg arasında değişmektedir. 40. gebelik haftasından sonrada direnç düşmektedir.

Enfeksiyon etyolojide rol oynayan en önemli sebepler arasındadır. Assendan yolla girer ve membran direncini azaltarak rüptüre yol açar.

Amnion mayii kültürü intranatal sepsise işaret etmez. İntrauterin çevre hakkında bilgi verir. Gram boyasında bakteri görülmesi ile kültürde üreme paraleldir. Pozitif smear trans oral olarak bebeğin kongenital enfeksiyon alma riskine işaret eder. Bu bilgi eylemde olan hastaların tedavisi ve 35. haftasından az gebelikteki prematür eylemin tedavisinde yardımcı olur. Gram boyasında bakteri görülmesi doğum için endikasyon yaratır. Bakteriyal kolonizasyon gösteren hastalarda C/S sonrası enfeksiyon vaginal doğumlardan fazladır. Çünkü doku travması daha yüksek enfeksiyon hızına neden olmaktadır.

Gösselin amniotik mayii florasının membranların açılmasından sonra vagen florasına benzettiğini bildirmektedir. Bakterilerin %52 sinin anaerob olduğu gösterilmiştir. Bir preterm ve üç term doğumda B grubu Beta-hemolitik streptokok saptanmış, bu bakteri perinatal enfeksiyona neden olmuş, fakat neonatal sepsis görülmemiştir. Saptanan diğer organizmalar ise E.Coli enterokok, klebsielladır. Amnion mayiinin kolonizasyonu ile pelvik muayene sayısı, eylem süresi ve membranların açılması ile geçen zaman arasında ilgi kurulmamıştır. Gösselin membranların rüptüründen sonra eylemin başlamasına kadar amnion mayiinin 58 saat steril kaldığını göstermiştir.

Sehlievert ve arkadaşları amnion mayiindeki kısa zincirli polipeptidin E.Coli'ye karşı bakteriostatik ve bakterisidal etki yaptığını göstermiştir. Bu inhibitör faktörün yokluğunda hemen kolonizasyon başlamaktadır. (13)

Polihidramnios, servikal yetmezlik, plasenta previa, pre-eklampsia, ikiz gebelik, travma (koitus) etyolojide sayılan sebeplerdendir.

Tanı: Steril spekulum muayenesi veya amnioskopi ile serviksten amnios suyunun veya amnios kesesinin gözlenmesi mümkündür. Nitrazin kağıdı ile pH tayini %93-95 doğru sonuç verir. Fern testi, Nil mavisi testi yapılmaklada tanı konabilir. İyi bir anamnezin %90 oranında tanıya götürülebileceği gösterilmiştir.

Latent Periot: Matür infantlarda %80 oranında spontan eylem 24 saat içerisinde başlar. Gebelik haftası düştükçe latent periot uzar.

EMR ve amniotomiden sonra eylem süresi kısalmır. Latent periodun süresi perinatal mortaliteyi önemli derecede etkiler. Latent periodun uzaması ile artan intrauterin enfeksiyon perinatal mortalitenin başta gelen sebebidir.

Lineal'e göre latent periodun 24 saati geçtiği vakalarda %28 klinik amnionitis gelişir. Enfeksiyon ajanları sıklıkla anaerobik streptokoklar, aerobik streptokoklar, E.Coli, Staf. albus, anaerobik staf., Staf. aureus, Clostridium perfringens'tir.

Tedavi: Amnios sıvısının akışından itibaren 24 saat içinde doğum tamamlanmalıdır. Bebek matür ise 12 saat içinde eylem başlamamışsa, herhangi bir kontrendikasyon da yoksa induksiyon başlanmalıdır. Oksitosin kontrendikasyon ise spontan eylem veya ateş beklenmeli, eylem başlarsa diğer hastalar gibi ele alınmalıdır. Eylem başlamaz, ateş yükselir ve oksitosin için kontrendikasyon devam ederse o zaman sezaryen tek başına veya histerektomi ile beral yapılır.

EMR ile birlikte amnionitis tanısı konursa hemen kültür alınmalı ve uygun antibiyotik seçilene kadar penicillin ile kanamycin başlamak en uygun yoldur.

Sezaryene gitmiş vakalarda ciddi enfeksiyon varsa histerektomi yapılmalıdır.

EMR de bebek yeteri kadar matür değilse beklenir. Eylem gelişirse diğer hastalar gibi ele alınır, ateş çıkarsa induksiyon yapılır, kontrendikasyon varsa sezaryen yapılır. Latent periotta proflaktik antibiyotik verilmesinin perinatal mortaliteyi değiştirmediği fakat postpartum morbiditeyi azalttığı gösterilmiştir.

GEBELİKTE Rh İZOİMMÜNİZASYONU :

Fetus ve yeni doğanın anne ile arasında mevcut olan kan grubu veya Rh uyumsuzluğuna bağlı olarak fetustaki antijenlere karşı annede antikorların meydana gelmesi olayına izoimmünizasyon denir. Bu olay genellikle gebeliğin ikinci yarısında görülür. Fetus veya yeni doğan bebekte hemolitik hastalığın ortaya çıkmasına ve perinatal ciddi komplikasyonlara yol açabilir. (2). Avrupa ve Amerika da beyaz ırkın %85'i Rh pozitifdir, geri kalan %15'i ise Rh faktörü taşımamaktadır. Evliliklerin %10'undan biraz fazlası Rh pozitif erkekle Rh negatif kadın arasında olmaktadır. Buna rağmen hemolitik hastalık bunların ancak %15'inde görülmektedir. (7). Koruyucu mekanizmanın başında ABO uyumsuzluğu gelir. İkinci faktör ise babanın heterozigot oluşudur. İlk gebelikte ve daha önce transfüzyon yapılmamışsa genellikle tehlike yoktur.

Rh antijeni Rh negatif olan bir insanın dokularına veya kanına verildiği zaman bu şahıs antijene karşı duyarlık kazanacak ve verilen antijenin miktarına ve verilme sıklığına bağlı olarak aglutine edici yada bloke edici antikorlar yapacaktır.

Aglutine edici antikorlar Rh antikor taşımayan eritrositleri invivo ve invitro olarak aglutine yada hemolize ederler. Bu olay gebelerde eritroblastozis fetalise neden olur

Eritroblastozisin en ağır nedeni Rh uyumsuzluğudur. ABO uyumsuzluğu daha sık görülür ve hafif seyredir. Buna benzer seyrek kan faktörlerinin uyumsuzluğuna bağlı vakalarda rapor edilmiştir.

Maternal ve fetal kan plasental barrier vasıtası ile ayrılmış olmasına rağmen fetal kan plasentanın bazı mesafelerinden ve özel durumlarından anne dolaşımına geçebilir ve böylece Rh pozitif olan fetusun kanının Rh negatif anneye geçmesi ile annede antikor teşekkül eder. Böylece duyarlık kazanmış kadının sonraki gebeliklerinde bu antikorların fetal sirkülasyona geçip çocuğun eritrositlerini hemolize etmesi sonucu çocukta anemi, kalp yetmezliği, hidrops ve intrauterin ölüme neden olur. (7).

Antikor gelişebilmesi için 0.1 ml kanın geçmesi yeterlidir. Ayrıca vakaların %35'inde önceden kan transfüzyonu hikayesi bir kısmında abortus vardır.

Teşhiste anamnez, seroloji ve amniosentez değer taşır. Anne ve babanın kan grupları saptanır. Anne Rh negatif ise daha önceki gebelikleri, transfüzyon yapıp yapılmadığı araştırılır. Babanın homozigot yahut heterozigot olup olmadığı saptanmaya çalışılır. Baba homozigot ise bütün çocuklar Rh pozitif olacak demektir.

Sonra annede antik or bulunup bulunmadığını saptamak için coombs testleri uygulanır. İndirekt coombs: Anne kanında antikor mevcudiyetini aramaya dayanır. Direkt coombs :Fetal kanda antikor mevcudiyetini belirtir. Coombs testlerinin menfi olması halinde sensitizasyon olmadığından bahsedilir.

Coombs bir aglutinasyon reaksiyonu olup belirli dilüsyonlarda yapılır.

Rh negatif kadınlarda serolojik testler ilk iki trimesterde birkaç defa yapılır, multiparlarda 34. haftadan sonra daha sık yapılmalıdır. Coombs testinin pozitif olduğu durumlarda amniosentez yapılarak amnios sıvısında spektrofotometre ile belirli dalga boylarında bilirubin tayini yapılır. Elde edilen sonuçlar Lilley grafiğindeki zonlara yerleştirilir. Elde edilecek E, D, C, B, A zonuna göre daha ilerdeki girişimler saptanır. Amniosentez 22. haftadan önce yapılmaz.

Fetusun erken doğurtulması söz konusu olduğu hallerde gebelik haftasını göz önünde tutmak lazımdır. 37. haftadan önce prematürite söz konusu olduğundan erken doğum düşünülmemelidir. Ayrıca:

1. Evvelki gebeliklerdeki Rh hikayesi,
2. Antikor titrajındaki aşikar yükselme,
3. Optik dansite yükselmeside verilecek kararda rol oynar.

Gebeliğin sonlandırılması gereken hallerde amniotomi yapılır, indüksiyon uygulanır. Gerekirse sezaryen yapılır. Doğumdan sonra exchange transfüzyon için O Rh negatif kan hazır bulundurulmalıdır.

Amniosentez sonucu delta OD 0,250 mikrondan yüksekse intrauterin transfüzyon yapılabilir. En erken 28. haftada uygulanır. Üç hafta sonra (daha sıkta olabilir) tekrarlanabilir. 35. haftada doğurtulur. Korunmak için Rh negatif kadınlara Rh pozitif transfüzyon yapmaktan sakınmalıdır.

Bebek kan grubu Rh pozitif ve direkt coombs negatif ise anneye doğumdan sonra Anti-D gammaglobulin yapılır (Rh-0- Gam). Bu globulin 300-400 mikrogramlık dozlarda ve ilk 72 saat içinde yapıldığında büyük ölçüde koruyucu olmaktadır. Annenin antikor yapıcı hücrelerine bağlanarak pasif bir immünizasyon oluşturmakta böylece aktif immünizasyonu önlemektedir.

PREMATÜR EYLEM :

28-37. haftalar arasında sonuçlanan gebeliklerde erken doğum (partus prematurus) bu süre içinde doğan 1000-2500 gr ağırlığındaki bebeklere prematüre adı verilir. Prematür eylem gebeliklerin %5-10'unda görülür.

Prematür eyleme yol açan nedenler başlıca şunlardır:

1. Hormonal faktörler
2. Yetersiz beslenme (özellikle folik asit yetersizliği)
3. Sosyo-ekonomik kötü hayat şartları
4. Konstitüsyonel predispozisyon
5. psikojenik faktörler
6. Anneye ait sistemik hastalıklar (Böbrek hastalıkları, kalp hastalıkları, diabet, hipertroidizm, akut enfeksiyonlar.)
7. Entoksikasyonlar (Sigara, alkol ve uyuşturucu maddeler kullanılır.)
8. Toksikoz, plasenta previa, ablatio plasenta.
9. Uterus anomalileri, tümörler, serviks yetmezliği, su kesesinin erken açılması
10. Mekanik travmalar, büyük cerrahi müdahaleler (2,7)

Prematür eylem ekseriya kontraksiyonların serviksini silinme ve açılması ile beraber gittiği durumlarda doğum kaçınılmaz bir durumdur.

Prematür eylemin erken tanınmasında vaginal sitolojik inceleme yararlı olabilir. Prematür eylem başlama durumlarında superfisyal hücreler belirerek KPI 'in arttığı dikkati çeker.

Bebekte prematüre belirtisi olarak ağırlığının yanısıra boy, kafa ve göğüs çevresi ölçümlerinden yararlanılır. Ağırlık 1000-2500 gr, boy 47 cm altında, baş çevresi 33 cm altında, göğüs çevresi 30 cm altında bulunur.

Prematür bebeğin başı vücuduna göre büyüktür. Deri buruşuk, deri altı yağ dokusu gelişmemiştir. Verniks kazeoza tabakası azdır. Bu bebekler özellikle hyalin membran ve solunum güçlüğü sendromu gösterirler. Enfeksiyonlara hassastırlar. Mortalite %40'a kadar yükselir.

TEDAVİ: Amaç erken başlamış eylemin durdurulması ve zaman kazandırmak için doğumun mümkün olduğu kadar ertelenmesidir.

Erken eylem konusunda kötü hikayesi olan gebelerde fizik aktivite baştan beri kısıtlanır. Tütün ve rakı yasaklanır, koitustan sakınılır.

Tedavide yaklaşım tıbbi, jinekolojik veya obstetrikal sebepler göz önüne alınarak plânlanır. Uygun gıda rejimi, vitaminler (özellikle folikasit), sedatif ve progesteron tedavisi olumlu sonuç vermektedir.

Kontraksiyonların başladığı vak'alarda duvadilon (isoxipurin) tedavisi denenilir. 30 mgr duvadılan 500 cc %5 Dextrose içinde bir saatte verilir. Daha sonra günde dört defa **IM** devam edilir. Sonra oral yola geçilir. Bu arada proluton da başlanır.

Prematür eylemin tedavisinde bir ara kullanılan ritodrin zararsız bir ilaç değildir. Yan etkileri yayınlanmıştır. Yapılan bir çalışmada 3 kardio-vasküler komplikasyon saptanmış Pies (1979) ritodrin tedavisi sırasında myokard iskemisi yayınlamıştır. Kortiko-steroidler ile B-sempatomimetik ajanlar maternal pulmoner ödem ve sağ kalp yetmezliğine neden olurlar.

Su kesesinin açıldığı durumlarda amniotik enfeksiyona karşı antibiyotik verilebilir.

POSTMATÜRASYON

40 haftalık normal gebelik süresini iki hafta aşan gebelikler sürmatürasyon veya postmatürasyon terimiyle ifade edilir.

Gebeliğin termini aşması doğumların % 3-8'inde görülür, fetus için ciddi tehlikeler doğurur. (2,7)

Genç kadınlarda ve primigravidlerde daha sık rastlanır.

Etyolojide konstitüsyon, yaş, paritenin etkileri, plasenta disfonksiyonu, endokrin faktörler, uterusu ait faktörler rol oynar.

Post matürasyonlarda plasental yetmezlik sonucu fetusun hayatı tehlikeye girebilir. Çok kere eylem sırasında mevcut hipoksi daha da artar. Post matür bebeklerde perinatal mortalite % 5 'e kadar yükselir. Ölüm, eylemdeki anoksi sonucu olur. Prezantasyon anomalileri, ağır zaafı gibi durumlar prognozu daha da ağırlaştırır.

Postmatür gebelerde fundus-pubis mesafesi küçülmüştür, Oligo-amnios mevcuttur. Prezante olan kısmı angaje olmamıştır. ÇKS' de bozulma olur. Postmatür bebekler normale kıyasla küçük ve dehidrate görünümündedirler. Deri üzerinde verniks kazeoza tabakası azalmış veya tamamen kaybolmuştur. Deri yeşilimsi renkte, gevşek kıvamda ve buruşuk olup çok kere kolayca soyulur. Eller çamaşırcı eli görünümündedir. Yüz hatlarında İhtiyar çehresini andırır. Saçlar el ve ayak tırnakları uzamıştır.

TEDAVİ:

Gerekli incelemelerden sonra vak'anın sürmatür olduğuna karar verildiği takdirde zaman geçirmeden doğum sonuçlandırılmalıdır. İndüksiyon veya sezaryen uygulanır.

TÜRKİYE'DE AİLELERİN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI

Ülkemizde aile planlaması konusunda halkın bilgi, tutum ve uygulamasını araştırmak üzere ilk araştırma, Türkiye'yi temsil eden bir örnek üzerinde, 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yapılmıştır. Bu araştırmadan sonra her beş yılda bir -1968, 1973, 1978 de Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Aile Planlaması bilgi, tutum ve uygulama durumunu saptayacak araştırmalar yapmıştır. Kadınlar için ideal çocuk sayısı 1963'den 1980 yılına kadar 15 yılda önemli ölçüde değişmemiştir. 1980 araştırması ortalama sayısının 3.03 çocuk olduğunu göstermiştir. Bu ortalama bir çocuğu olan kadınlarda 2.7, dokuz veya daha fazla çocuğu olanlarda 3.5 tir.

Ülkemizde kadınların gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgilerinin de oldukça fazla olduğu görülmektedir. Bilgi, en az bir yöntem bilen kadın olarak değerlendirilirse, kadınların yüzde 91 'inin en az bir yöntem bilgisi görülür.

Gebeliği önleyici yöntem kullanmaya gelince, gebeliği önleyici yöntemleri kullananların oranı yüzde 22 den yüzde 44 e yükselmekle beraber geleneksel ve koruma oranı düşük olan yöntemler, hala en yaygın olan yöntemlerdir.

Gebelik riski altında olan kadınların yüzde 50,4 ünün korunmakta olduğu görülür. Bu veriler gösteriyorki ülkemizde doğurganlığın yüksek oluşu ailelerin fazla çocuk istemelerinden değil, etkin yöntem kullanamamalarındandır.

1980 araştırmasında aile planlaması hizmet açığını saptama amacı ile kadınlara " Son gebeliğinizde çocuğunuz olsun istediğiniz için mi gebe kaldınız? " sorusunda sorulmuştur. Doğurganlık çağındaki evli kadınların yüzde 38'i çocuk istemedikleri halde gebe kaldıkları yanıtını vermiştir. Ülkemizde yılda 1,4 milyon doğum olduğu varsayılır sa her yıl 366000 istenmeyen çocuk doğduğu ortaya çıkar. Eğer, bu gebelikler önlense Türkiye'de kaba doğum hızı binde 30 yerine binde 19 olurdu ve Türkiye'de hızlı nüfus artışı bir sorun olmaktan çıkardı.

Hükümet düzeyinde nüfus planlanması hareketini ilk başlatan ülke Japonya'dır. Japonya 1948 yılında kürtajı serbest bırakmış ve ailelerden 2-3 çocuktan fazla çocuk sahibi olmamalarını istemiştir. Japonya on yıl içinde kaba doğum hızını binde 30' dan batı ülkeleri düzeyine binde 18'e düşürmüştür.

Nüfus planlaması programını başlatan ikinci ülke Hindistandır.

Türkiye'deki duruma gelince, ülkemizde nüfus planlanması programının uygulanmasına 1965 yılında başlanmış ve her kaynaktan oldukça önemli ölçüde dış yardım alın-

maştır. Buna karşın planın öngördüğü hedeflere ulaşılamamıştır. Ülkemizde nüfus planlaması konusunda başarının sınırlı oluşunun nedeni diğer az gelişmiş ülkelerden farklıdır. O ülkelerde küçük aile toplumsal norm değildir. Bu durum programların uygulanmasını olumsuz etkileyen ve giderilmesi güç bir engeldir. Türkiye'nin sorunu herkese kullanabileceği biçimde aile planlaması hizmeti sunulamamasıdır.

Türkiye gibi, küçük ailenin norm olduğu ve istenmeyen gebeliklerin önlenemediği ülkelerde nüfus planlaması programını sadece sosyo ekonomik gelişmeyi kolaylaştırıcı bir program olarak düşünmek doğru değildir. Bu ülkelerde istenmeyen gebelikler önlenmediği ölçüde ana sağlığı için büyük bir tehlike olan -çocuk düşürme olayları artmaktadır. Çocuk düşürmeleri önlemenin tek yolu başarılı bir aile planlaması programı uygulamaktır.

Hekim ve Sağlık Personelinin aile planlamasındaki görevleri şunlardır.

1- Ailelere yetiştirebilecekleri kadar-besleyebilecekleri kadar değil-çocuk sahibi olma konusunda eğitim

2- Gebelikler arasında en az iki yıl aralık olabilmesi için lohusalık döneminden sonra etkin bir yöntemle korunma zorunluğu konusunda eğitim .

3- Etkin çağdaş yöntemleri kabul etmeleri için eğitim.

4- Uterus içi araç, oral ve zerkedilen kontraseptif ve sterilizasyon yöntemleri ile korunmada klinik hizmet.

5- İstenmeyen gebelikleri sona erdirme.

Kadın ve erkeğe aile planlaması eğitiminde en etkin eğiticiler hekim ve ebe gibi halka sağlık hizmeti sunan kişilerdir. Yukarıda belirtilen klinik hizmetlerden zerk edilen kontraseptiflerin uygulanması, sterilizasyon ameliyatı ve sosyal nedenlerle uterusun boşaltılması bir çok ülkelerde serbet olmasına karşın ülkemizde yasaktır.

Ülkemizde oral kontraseptifler reçete ile satılabilecek ilaçlardandır, bununla beraber eczanelerde serbestçe satılmaktadır. Bu Hizmet hekimlerin önderlik ettiği ve denetlediği bir ekipte ebe ve hemşireler tarafından yürütülebilir.

Uterus içi araçın eğitimi görmüş ebe ve hemşireler tarafından başarı ile uygulanabileceğini gösteren pek çok araştırma vardır. Az gelişmiş ülkelerde hekim azlığı, kadınların erkek hekimin hizmetini kabul etmemeleri ve hizmetin kendi yerleşme yerlerinde sunulmasını istemeleri nedeni ile bu hizmetin de hekimin gözetim ve yönetiminde çalışan bir ekipte ebe ve hemşireler tarafından yürütülme zorunluğu vardır.

Az gelişmiş ülkelerde oral kontraseptifler ve uterus içi araç en yaygın olarak kullanılan yöntemlerdir. Hekim yetersizliği nedeni ile bu yöntemleri uygulama görevinin ebe ve hemşirelere devri hekimleri bu hizmet dışında bırakmaz. Hekimlerin görevi ebe ve hemşireleri eğitmek ve hizmet başında sürekli olarak denetleyerek bilgi ve beceri düzeylerini korumaktır.

Sterilizasyon ameliyatı ve Uterus'un boşaltılmasına gelince, bu müdahaleler, bu konularda eğitim görmüş hekimlerin görevidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

A- Çalışma bölgesinin tanıtımı ve özellikleri:

Çalışmanın yapıldığı Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi (ÇMSO), 1975 yılından beri temel sağlık hizmetlerini, Sağlık Ocağı biriminde 2 hekim, 1 hemşire, 1 Sağlık memuru, 1 tıbbî sekreter ve 1000-2000 kişiye 1 ebe den oluşan bir ekiple vermektedir. Temel Sağlık hizmetlerinin en ağırlıklı kısmı olan " Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Plânlaması" hizmetleri de bu ekipte Hekim-Hemşire-Ebe işbirliği ile yürütülür. Bu hizmetler ayrıca bölge hastahanesi uzman hekimlerince de desteklenmektedir.

Bölgedeki her gebe, mümkün olan en erken dönemde tesbit edilip doğuma dek periyodik olarak ebe ve hemşire tarafından rutin doğum öncesi muayene ve eğitimi yapılarak evinde izlenir. Bulguları gebe tesbit kartına düzenli olarak işlenir. Özelliği olan vakalar Ocak hekimi ve hastane uzmanına gösterilir. Gerektiğinde ise hastanede yatarak tedavisi sağlanır.

Bölgedeki doğumlarda ise, ya sağlık ocağı ebisi eve çağırılır, yada gebe doğum için hastaneye gelir. Bazen de evde tıp dışı kimselerin yardımı ile doğum olur. (Kendi kendine).

Bölgede, tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, ana sağlığı ve aile plânlaması hizmetlerinde de hastane uzmanı-ocak hekimi-hemşire ve ebe arasında sürekli ve etkin hizmet içi eğitim 7 yıldan beri sürdürülmektedir.

Bölge yarı kırsal nitelikte olup, tüm temel sağlık hizmetleri (Ana sağlığı ve aile plânlaması dahil) ve hastane doğumları halka ücretsiz olarak verilmektedir.

Halkın sağlık eğitimi de ferdi ve grup eğitimleri biçiminde sürekli yapılmaktadır.

B- Çalışma Kapsamı:

Araştırmanın temeli, Çubuk Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde, 1980 yılı içinde saptanan gebelerde, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonları ve olumsuz sonuçları etkileyen faktörlerin incelenmesine, ayrıca gebeliğin sonlanmasından sonraki kontraseptif uygulama durumunun incelenmesine dayanmaktadır. Çalışma, Çubuk M.S.O bölgesinde 1981 yılında Haziran-Ağustos ayları arasında yapılmıştır.

Çalışma kapsamına bölgede 1980 yılı içinde saptanan ve sonuçlanan tüm gebeler (384) kişi alınmış, daha sonra bu grubu temsil eden % 30 örnek üzerinde (88 kişi) kontraseptif uygulamalarla ilgili de ileri inceleme yapılmıştır.

Çubuk Merkez Sağlık Ocağının sağlık düzeyini gösteren bazı demografik verileri şöyledir.

Bölgenin toplam nüfusu 1980 sayımına göre 16.393 olup nüfusun yaş ve cins dağılımı ise şöyledir.

Yaş Grupları	Erkek	%	Kadın	%
15-24	1740	% 48	1882	% 52
25-44	1996	% 50.7	1941	% 49.3
45-64	1172	% 52.6	1056	% 47.4

Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinin sağlık düzeyini gösteren bazı veriler(1980):

Kaba Doğum Hızı	(% 0)	27.21
Kaba Ölüm Hızı	(% 0)	6.89
Bebek Ölüm Hızı	(% 0)	73.99
Perinatal Ölüm Hızı	(% 0)	22.22
Ana Ölümü	(Sayı)	—
Toplam Doğurganlık Hızı	(% 0)	3.06

C- Çalışma Yöntemleri, tanımlamalar ve bulgu standartları:

Ocak kayıtlarından 1980 yılı içinde saptanan tüm gebeler belirlenip, ocaktaki gebe izleme kartları ve bölge hastanesinde doğum yapanların hastane dosyaları da bulunup her ikisinde mevcut bilgiler özel olarak hazırlanan araştırma formuna aktarıldı. (ek-2 Araştırma formu). Bu bilgiler kodlanarak bilgi sayar aracılığı ile değerlendirilip gerekli analizler yapıldı.

Ayrıca 1980 yılı içinde gebeliği sonlanan tüm vakalardan % 30 örnek rastgele seçim (Random) yöntemi ile belirlenip bu vakalarla, kontrasepsiyonla ilgili bilgi tutum ve davranışlarını saptamak amacı ile eğitilmiş bir anketör tarafından görüşme yapılarak daha önce hazırlanan anket formu doldurulmuştur. (Ek. 3 Anket Formu). Bu bilgilerde kodlanıp bilgi sayar aracılığı ile değerlendirilmiştir.

Çalışmanın değerlendirilmesinde kabul edilen bazı standartlar şunlardır.

Anemi; Hafif-orta derecede anemi (Hemoglobin değerleri % 8,9,10 gr/dl) ve Ağır derecede anemi (Hemoglobin değeri % 7 gr/ dl ve altındaki) şeklinde gruplara ayrılmıştır.

Hipertansiyon; Hafif derece (minima 85-90 mm Hg) , orta derece (minima 95-110 mm Hg) ve ağır derece (minima 110- mm Hg) şeklinde gruplandırılmıştır.

B U L G U L A R

I- Tanıtıcı bilgiler:

1.1. İncelenen grubun özellikleri:

Çubuk Merkez Sağlık Ocağı (ÇMSO) Bölgesinde 1980 yılı içinde gebeliği sonlanan toplam 384 kadın incelendi.

Tablo:1.

TOPLAM GEBELİK SAYISI	YAŞ GRUPLARI				TOPLAM
	20 ↓	20- 29	30- 34	35+	
1 sayı	48	50	-	-	98
%	71.6	18.8	-	-	25.5
2-4	18	166	10	5	199
	26.8	62.4	30.3	27.5	51.8
5 +	1	50	23	13	87
	1.4	18.8	69.7	72.1	22.6
TOPLAM sayı	67	266	33	18	384
kolon %	100	100	100	100	100
satır %	17.4	69.2	8.5	4.6	100

Kadınların %25.5'i primigravida, %51.8 inin gebelik sayısı 2-4 ,%22.6'sı ise grand multipardı (Tablo 1).

Tüm doğum yapanların %17.4 ü 20 yaşından küçük, %69.2 si 20-29 yaşında, %8.5'u 30-34 ve %4.6'sı 35 yaşından büyüktür (Tablo 1). Yani yaş olarak kadınların toplam %22'si genç yada ileri yaş grubundaydı.

ÇMSO Bölgesinde kuramsal olarak her gebeye evde, eğitilmiş ebe tarafından rutin periyodik doğum öncesi bakım verilir. Bu izlemelerde saptanan bulgular gebe izleme fişine kaydedilir. Yine kuramsal olarak gebenin 1. trimesterde saptanarak 7. aya dek ayda 1 kez, 8. ayda ayda iki kez daha sonra doğuma kadar haftada bir izlenmesi gerekir. İzlemeler sırasında her hangi bir patoloji saptandığında gebe Ocak hekimine yada hastahane uzmanına sevk edilir.

Tablo:2.

DOĞUM ÖNCESİ EBBE İZLEM SAYISI	YAŞ GRUPLARI			TOPLAM
	20 ↓	20-34	35 +	
0 sayı	4	15	3	22
%	5.97	5	16.6	5.73
1-2	11	58	5	74
	16.4	19.4	27.7	19.2
3-4	27	80	2	109
	40.3	26.7	11,1	28.3
5 +	25	146	8	179
	37.3	48.8	44.4	46.6
TOPLAM sayı	67	299	18	384
%	100	100	100	100

Tüm kadınların % 46.6 sı 5 ve daha fazla doğum öncesi bakım almışken %5.7 sindi hiç izleme yapılmamıştır. Yetersiz sayılabilecek 1 -2 izleme ise kadınların %19.2 si yapılmıştır.(Tablo 2).

1.2. Gebelik ve doğumla ilgili olumsuz sonuçların görülme sıklığı:

Tablo : 3.

İncelenen kadınlarda gebelik süresince saptanan komplikasyonların görülme sıklığı:

	Olan vaka sayısı	Toplam vaka sayısına göre % (x)
Hiperemezis	9	2.3
Pre-eklamsi	96	25
3.Trimesterde Anemi	155	40.3
Antepartum Kanama	6	1.5
Erken Membran Ruptürü	18	4.6
Hidramnios	7	1.8
Prezantasyon Bozukluğu	14	3.6

(x) % ler Toplam vaka sayısı olan 384'e göre alınmıştır.

İncelenen kadınlarda doğum öncesi dönemde, gebelik ile ilgili en sık görülen komplikasyon Anemi olup 3. trimesterde anemik olanlar %40.3 dür. Anemi'yi %25 olarak pre-eklamsi izlemektedir. Bundan sonra sırası ile %4.6 EMR, %3.6 prezantasyon bozukluğu, %2.3 Hiperemezis, %1.8 Hidramnios ve %1.5 Antepartum Kanama gelmektedir.(Tablo.3).

Tablo: 4.

İncelenen kadınlarda gebeliğin sonucu ve doğumun oluş şekli:

	Vaka sayısı	Toplam vaka sayısına göre %(x)
Gebeliğin komplikasyonlu sonuçlanması	79	20.5
Normal doğum	360	93.7
Operatif doğum	24	6.2

(x) % ler Toplam vaka sayısı olan 384'e göre alınmıştır.

Tüm vakaların % 23.5'inde gebelik, düşük, ölü doğum, prematür doğum, sürmatürasyon yada düşük doğum ağırlıklı bebek gibi komplikasyonlu olarak sonuçlanmıştı. Yani gebeliklerin % 79.5'u normal miadında canlı bebekle sonlanmıştı. ~~XXXXXXXXXX~~

Doğumların oluş şekli ise % 93.7 normal vaginal, % 6.2 si sezaryen, forseps, vakum ekstraksiyon yada makat ekstraksiyon gibi müdahaleli, operatif olmuştur. (Tablo: 4).

II- Gebelik ve doğumla ilgili olumsuz sonuçları etkileyen faktörler :

2.1. Genel faktörlerle olumsuz sonuçların ilişkisi:

Anne ve bebekle ilgili komplikasyon ve olumsuz sonuçları etkileyen risk faktörlerini incelediğimizde annenin gebelik ve doğum sayısının, yaşının özellikle bazı komplikasyonlarda önemli etken olduğu görülmüştür.

Şöyleki; Hiperemezis gravidarum en sık olarak primiparlarda (% 5.4), (Tablo.5).

Tablo:5.

TOPLAM DOĞUM SAYISI	HİPEREMEZİS GRAVİDARUM		TOPLAM
	YOK	VAR	
0 sayı	105	6	111
%	94.5	5.4	100
1	107	2	109
	98.1	1.8	100
2-4	121	1	122
	99,1	0.8	100
5 +	42	-	42
	100	-	100
TOPLAM sayı	375	9	384
%	97.6	2.3	100

Tablo: 6.

TOPLAM DOĞUM SAYISI	PRE - EK L A M S İ				TOPLAM sayı %	
	YOK		HAFİF ve ORTA			
	sayı	%	sayı	%		
0	77	69.3	34	30.6	111	100
1	79	72.4	30	27.5	109	100
2 - 4	101	83	21	17.2	122	100
5 +	31	74	11	26	42	100
TOPLAM	288	75	96	25	384	100

Pre-eklamsi ise en sık olarak primiparlarda(%30.6) olup giderek azalmakta 5. doğum ve daha sonrakilerde tekrar artmaktadır.(Tablo.6).

Tablo:7.

TOPLAM GEBELİK SAYISI	ÜÇÜNCÜ TRİMESTER ANEMİ				TOPLAM
	İzlenmeyenler	Anemik olmayanlar	Hafif-Orta	Ağır	
1 sayı	6	56	35	1	98
%	6.1	57.1	35.7	1	100
2 - 4	27	90	81	1	199
	13.5	45.2	40.7	0.5	100
5 +	17	33	37	-	87
	19.5	37.9	42.5	-	100
TOPLAM sayı	50	179	153	2	384
%	13	47	39.8	0.5	100

Anne mortalitesinin en yaygın temel nedeni olan anemi incelediğimiz bölgede oldukça sık gözlenen bir gebelik komplikasyonu idi. Rutin doğum öncesi bakımın söz konusu olduğu bu bölgede ağır anemi vakalarının sadece % 0.5 inde saptanmış olup hafif ve orta şiddetdeki anemi primigravidalarda en az multigravidalarda ise daha sıklıkla (Tablo.7).

Tablo:8.

TOPLAM GEBELİK SAYISI	ANTEPARTUM		KANAMA	TOPLAM
	YOK	VAR		
I	97	1	1	98
	98.9			100
2 - 4	196	3	3	199
	98	1.5		100
5 +	85	2	2	87
	98	2.2		100
TOPLAM	378	6	6	384
	98	1.5		100

Çok sık olmayan Antepartum kanama komplikasyonları primigravidalarda en az multigravidalarda ise hafifce artıyordu (Tablo.8).

Tablo:9.

TOPLAM DOĞUM SAYISI	ERKEN MEMBRAN RUPTÜRÜ			TOPLAM
	YOK	VAR	BİLİNMEYEN	
0	99	10	2	111
	89.1	9	1.8	100
1	87	2	20	109
	79.8	1.8	18.3	100
2 - 4	90	5	27	122
	73.7	4.1	22.1	100
5 +	28	1	13	42
	66.6	2.3	30.9	100
TOPLAM	304	18	62	384
	79.1	4.6	16.1	100

Araştırma retrospektif değerlendirme ile yapıldığından 62 vakada EMR olup olmadığı tesbit edilememiştir. Ancak bilinen vakalarda en yüksek hız %9 olarak primiparlarda saptanmıştır (Tablo.9 , $\chi^2 = 32.4$ P(0.05)). Aradaki farkta istatistiksel olarak önemlidir.

Tablo :10.

TOPLAM DOĞUM SAYISI	H İ D R A M N İ O S		TOPLAM
	YOK	VAR	
0	109	2	111
sayı	98.2	1.8	100
%			
1	108	1	109
	99	0.9	100
2 - 4	121	1	122
	99.1	0.8	100
5 +	39	3	42
	92.8	7.1	100
TOPLAM	377	7	384
sayı	98.1	1.8	100
%			

Hidramnios da nadir komplikasyonlardan olup en fazla grand multiparlarda sap-
tarmıştır(% 7) (Tablo. 10).

Tablo: 11.

TOPLAM DOĞUM SAYISI	PREZANTASYON BOZUKLUĞU		TOPLAM
	YOK	VAR	
0	104	7	111
sayı			
%	93.6	6.3	100
1	106	3	109
	97.2	2.7	100
2 - 4	121	1	122
	98.1	0.8	100
5 +	39	3	42
	92.8	7.1	100
TOPLAM	370	14	384
sayı			
%	96.3	3.6	100

Annenin toplam doğum sayısı, prezantasyon bozukluğu görülme sıklığında etkendir. Şöyleki; Prezantasyon bozukluğu en fazla primiparlarla (%6.3), grand multiparlarda (% 7.1) saptanmıştır.(Tablo.11).

Tablo:12.

GEBELİĞİN SONUCU İLE YAŞ GRUPLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ.

GEBELİĞİN SONUCU	YAŞ GRUPLARI				TOPLAM
	20 İ	20-29	30-34	35 +	
NORMAL	46	218	27	14	305
sayı					
%	68.6	81.9	81.8	77.7	79.4
KOMP. LU	21	48	6	4	79
	31.4	18	18.2	22.3	20.5
TOPLAM	67	266	33	18	384
sayı					
%	100	100	100	100	100

Annenin yaşının 20 den küçük ve 35 den büyük olması gebeliğin seyri ve sonucuna etki eden önemli bir faktördür. Çalışma grubumuzda düşük, ölü doğum, sürmatürasyon, pre-matürite ve düşük doğum ağırlıklı bebek gibi tüm olumsuz sonuçlanmalar 20 yaşın altındaki grupta en yüksek(%31.4) olup bunu 35 yaşın üzerindeki grup (%22.3) izlemektedir.(Tablo.12)

Tablo: 13.

TOPLAM DOĞUM SAYISI İLE GEBELİĞİN SONUCU ARASINDAKİ İLİŞKİ.

TOPLAM DOĞUM SAYISI	GEBELİĞİN SONUCU		
	NORMAL SONUÇ	KOMPLİKASYONLU SONUÇ	TOPLAM
1 sayı	76	35	111
1 %	68.4	31.5	100
2	91	18	109
	83.4	16.5	100
3 - 5	104	18	122
	85	14.7	100
6 +	34	8	42
	81	19	100
TOPLAM sayı	305	79	384
TOPLAM %	79	20.5	100

Gebeliğin normal miadında, canlı doğumla yada düşük, ölü doğum, prematüre doğum, sürmatürasyon gibi komplikasyonlu sonuçlanması ile toplam doğum sayısı arasındaki ilişki incelendi. Gebeliğin komplikasyonlu sonuçlanması 1. doğumlarda en fazla (%31.5), 2. doğumda azalmakta (%16.5), 3 - 5. doğumlarda da yine az olup (%14.7), 6 ve daha sonraki doğumlarda komplikasyon sıklığı tekrar artmaktadır (%19). Olumsuz sonuçlanma özellikle primipar olanlarda istatistiki olarak anlamlı bulundu ($\chi^2 = 11.845$ P < .05 Tablo 13).

Table : 14.

TOPLAM DOĞUM SAYISI İLE DOĞUMUN OLUŞ ŞEKLİ ARASINDAKİ İLİŞKİ:

TOPLAM DOĞUM SAYISI		DOĞUMUN OLUŞ ŞEKLİ		
		SPONTAN	OPERATİF DOĞUM	TOPLAM
0	sayı	100	11	111
	%	90	9.9	100
1	sayı	104	5	109
	%	95.4	4.5	100
2 - 4	sayı	118	4	122
	%	97	3	100
5 +	sayı	38	4	42
	%	90	9.5	100
TOPLAM	sayı	360	24	384
	%	93.7	6.2	100

Doğumun operatif müdahale ile sonlanmasını da yine kadının doğum sayısı etkiliyordu. Şöyleki; Aradaki fark istatistikî olarak önemli olmamakla birlikte operatif doğum primiparlarda ve grand multiparlarda en yüksek hızda bulundu. (Tablo. 14).

2.2. Doğum öncesi bakımla olumsuz sonuçların ilişkisi:

Çalışmamızın temel amaçlarından biri de doğum öncesi dönemde annenin tıbbî bakım alması ile gebelik ve doğum komplikasyonları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Doğum öncesi bakım sayısı ile genel olarak anemi, pre-eklamsi, EMR, antepartum kanama v.s gibi gebelik komplikasyonları görülme sıklığı incelendiğinde;

Tablo:15.

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM SAYISI İLE GEBELİK KOMPLİKASYONLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ:

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM SAYISI		GEBELİK KOMPLİKASYONLARI		TOPLAM
		YOK	VAR	
2	sayı	8	11	19
	%	42.1	57.8	100
3	sayı	18	16	34
	%	52.9	47	100
4	sayı	24	8	32
	%	75	25	100
5 +	sayı	202	97	299
	%	67.5	32.4	100

TOPLAM	252	132	384
	65.6	34.3	100

Yetersiz diyebileceğimiz doğum öncesi bakım sayısı 2 olanlarda genel olarak gebelik komplikasyonlarının görülme sıklığı (%57.8) en yüksek olup bu grubun diğer gruplarla farklılığında istatistiki olarak önemlidir ($X^2 = 8.8$ $P < .05$ Tablo 15).

Tablo:16.

DOĞUM ÖNCESİ EBE İZLEM SAYISI İLE TOKSEMİ SIKLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ.

DOĞUM ÖNCESİ EBE İZLEM SAYISI	ÜÇÜNCÜ TRİMESTER HİPERTANSİYON		TOPLAM
	YOK	HAFİF ve ORTA	
0	17	5	22
	77.2	22.7	100
1 - 2	56	17	73
	77	23.2	100
3 - 4	86	26	112
	77	23.2	100
5 +	129	48	177
	72.8	27	100
TOPLAM	288	96	384
	75	25	100

Pre-eklamsi, erken tanı ile kontrol altına alınması mümkün olan bir gebelik komplikasyonudur. Bunun da ancak iyi ve düzenli bir doğum öncesi bakımla olabileceği bilinir. Araştırma grubumuzda ağır pre-eklamsi ve eklamsi vakalarının olmaması bunun bir göstergesi olabilir. Çok sayıda izlenen grupta tokseminin daha sık görülmesi bu grubun toksemik olması nedeni ile ebeden daha sık izleme yapması istenmesi ve bunun gerçekleştirilmesine bağlıdır. (Tablo. 16).

Tablo: 17.

DOĞUM ÖNCESİ EBE İZLEM SAYISI İLE ÜÇÜNCÜ TRİMESTER ANEMİ SIKLIĞI
ARASINDAKİ İLİŞKİ.

DOĞUM ÖNCESİ EBE İZLEM SAYISI	ÜÇÜNCÜ TRİMESTER ANEMİ				TOPLAM
	İZLENMEYENLER	ANEMİK OLMAYANLAR	HAFİF-ORTA	AĞIR	
0 sayı	6	13	3	-	22
%	27.2	59	13.6	0	100
1 - 2	13	29	31	-	73
	17	40	42	-	100
3 - 4	16	43	52	1	112
	15	38	46	1	100
5 - 6	10	61	42	1	114
	9	54	37	1	100
7 +	5	33	25	-	63
	8	52	40	-	100
TOPLAM	50	179	153	2	384
	13	47	39.8	0.5	100

Doğum öncesi izleme sayısı ile 3. trimesterdeki anemi arasında ilişki saptanmadı (Tablo. 17). Burada toplumda genelde anemi prevalansının yüksek olması, halkın sağlık eğitiminin düzeyinin düşük olması nedeni ile kendilerine rutin olarak önerilen ek demir tedavisini düzenli olarak uygulamalarının etkisi olabilir.

Tablo : 18.

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM SAYISI İLE GEBELİĞİN SONUCU ARASINDAKİ İLİŞKİ.

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM SAYISI	GEBELİĞİN SONUCU		
	NORMAL	KOMPLİKASYONLU	TOPLAM
2	14 73.6	5 26.4	19 100
3	27 79.4	7 20.6	34 100
4	23 71.8	9 28.2	32 100
5 +	241 80	58 19.4	299 100
TOPLAM	305 79.4	79 20.6	384 100

Gebeliğin düşük, ölü doğum vs. gibi komplikasyonlu sonuçlanması, doğum öncesi bakımın 5 ve daha fazla olduğu grupta %19.4 olarak en düşük bulunmuştur, ancak aradaki fark istatistiksel olarak önemsizdir. ($\chi^2 = 1.7$ P > .05 Tablo.18).

III. Doğum Hizmetinin Verilişi :

Ç M S O Bölgesinde periyodik doğum öncesi bakım gören gebeler daha o dönemde sağlık personeli tarafından doğumu nerede yapmaları gerektiği konusunda yönlendirilirler. Riskli kabul edilen grubun (gebeliğinde komplikasyonu olanlar, primipar yada grand multiparlar, çok genç yada ileri yaş grubu gibi) mutlaka hastanede doğum yapmaları, diğer normal gebelik kabul edilenlerin ise eve ebeyi çağırarak evde doğum yapabilecekleri izlemeleri yapan sağlık personelinde bilinir.

Bu hususu araştırmamızda incelediğimizde durum şöyle idi; Doğumların büyük bir çoğunluğu (%73.4) Çubuk hastanesinde, %3'ü başka bir hastanede, %3.9'u evde ebe yardımı ile ancak çok olumsuz olanı bu bölgede doğumların hala %19.5'u evde tıbbi yardımdan yoksun kendi kendine yapılmakta idi (Tablo.19).

Tablo: 19.

GEBELİK KOMPLİKASYONLARINA GÖRE DOĞUMUN OLUŞ YERİ.

DOĞUMUN OLUŞ YERİ	GEBELİK KOMPLİKASYONLARI		TOPLAM	
	VAR	YOK		
ÇUBUK HST.	sayı	85	197	282
	%	64.3	78	73.4
DİĞER HST.		6	6	12
		4.5	2.3	3.1
EVDE KENDİ KENDİNE		35	40	75
		26.5	15.8	19.5
EVDE EBE İLE		6	9	15
		4.5	3.5	3.9
TOPLAM		132	252	384
		100	100	100

Pre-eklamsi, anemi, hidramnios vs. gibi gebelik komplikasyonlarından en az biri olan vakaların büyük çoğunluğu sağlık personeli yardımı ile doğum yaptığı halde %26.5 gibi küçümsermeyecek bir bölümü ise evde kendi kendine doğumu tercih etmiştir.(Tablo.19).Buruda doğum öncesi bakım süresince bu gebelerin yeterli eğitilip ikna edilememeleri ve halkın sağlık eğitiminin yada geleneklerinin hizmetten yararlanmayı engelleyici nitelikte olduğu faktör olabilir.

Tablo:20.

PRE-EKLAMSI İLE GEBELİĞİN SONLANMA YERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.

PRE-EKLAMSI	GEBELİĞİN SONLANMA YERİ					
		EVDE KENDİ KENDİNE	EVDE EBE İLE	ÇUBUK HST.	DİĞER HST.	TOPLAM
YOK	sayı	71	12	196	9	288
	%	24.6	4.1	68	3.1	100
PRE-EKLAMPTİK		4	3	86	3	96
		4.1	3.1	89.5	3.1	100
TOPLAM		75	15	282	12	384
		19.5	3.9	73.4	3.1	100

Önemli bir risk faktörü olan pre-eklamside hastanın mutlaka hastahane koşullarında doğum yapması gerekir. Ç M S O Bölgesinde gerek ebelerin gerek halkın eğitiminde bu noktaya ağırlık verilmektedir. Tüm pre-eklamptiklerin %89.5`u Çubuk hastahanesinde, %3.1`i diğer hastahane de doğum yapmış ancak %7.2`si ise evde doğum yapmıştır (Tablo.20).

Tablo:21.

TOPLAM DOĞUM SAYISI İLE GEBELİĞİN SONLANMA YERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.

TOPLAM DOĞUM SAYISI	GEBELİĞİN SONLANMA YERİ				T O P L A M
	ÇUBUK HST.	DİĞER HST.	EVDE KENDİ KENDİNE +	EVDE EBE İLE	
0	sayı	100	5	6	111
	%	90	4.5	5.4	100
1		84	1	24	109
		77	0.9	22	100
2 - 4		75	3	44	122
		61.4	2.4	36	100
5 +		23	3	16	42
		54.7	7.1	38	100
TOPLAM		282	12	90	384
		73.4	3.1	23.4	100

Kadınların toplam doğum sayılarına göre doğumu yaptıkları yer incelendiğinde ; primiparların %5.4 ünün, grand multiparların ise %38 gibi çok yüksek bir oranda evde doğumu tercih ettikleri görülmektedir. Oysa primiparlarda güç doğum ve doğum travması, grand multiparlarda ise fena prezantasyon, kordon sarkması yada post partum kanama gibi anne ve bebek yönünden son derece tehlikeli olayların evde yapılan doğumlarda ortaya çıktığında yapılacak fazla bir şey olmadığı bilinen bir gerçektir (Tablo.21).

Tablo 22.

DOĞUMUN OLUŞ YERİ İLE GEBELİĞİN SONUCU ARASINDAKİ İLİŞKİ.

GEBELİĞİN SONUCU	DOĞUMUN OLUŞ YERİ					
		ÇUBUK HST.	DİĞER HST.	EVDE K.K.	EVDE EBE	TOPLAM
NORMAL	sayı	211	8	71	15	305
	%	74.8	66.6	94.6	100	79.4
KOMPLİKASYONLU	sayı	7	4	4	-	79
	%	25	33.3	5.3	-	20.6
TOPLAM	sayı	218	12	75	15	384
	%	100	100	100	100	100

Doğumun oluş yerine göre sonucunun komplikasyonlu olup olmadığı incelendiğinde sonucun en az komplikasyonlu olduğu, evde kendi kendine olan doğumlar olup, hastahane doğumlarında komplikasyon hızı daha yüksektir (Tablo.22).

Bu sonuç düzenli doğum öncesi bakımın uygulandığı Ç M S O Bölgesinde komplikasyonlu olabilecek vakaların doğum öncesi bakımı veren sağlık personeline iyi seçilebildiğinin bir göstergesi olabilir.

Diğer hastahanedeki komplikasyon hızının yüksek olması daha çok gece yada tatil günlerinde komplike vakaların Çubuk hastahanesinden diğer hastahanelere sevkine bağlıdır.

IV - Kontraseptif uygulamalar :

Ana-Çocuk sağlığı düzeyini yükseltmede, kontraseptif uygulamalara ağırlık verilmesi hem ucuz hemde en sağlıklı yoldur. MSO Bölgesinde 6 yıldan beri 15 - 49 yaş grubu kadınları 3 ayda bir kez ebe tarafından evde izlenip özellikle aile planlaması ile ilgili uygulamaları tesbit edilip gerekli eğitimleri yapılmaktadır. Her tür kontraseptif yöntem mevcut sağlık örgütünden temin edilebilmekte, uygulanmaktadır. Tüm araştırma grubundan gelişmiş güzel örneklerle seçilen 88 kadına özel anket uygulanarak kontraseptif uygulamaları araştırıldı.

İncelediğimiz 88 kadın yaklaşık 1 yıl önce gebeliği sonlanan grup olup bilgilerimiz göre bu grubun en az 2 yıl gebelik intervalini uzatmak amacıyla kontraseptif yöntem kullanması beklenirdi. Gerçektende tüm kadınların %72.8 gibi büyük bir çoğunluğu halen kontraseptif yöntem kullanıyordu. %27.2 si korunmuyordu. Ancak kullanılan yöntemler incelendiğinde bunların % 36.3'ü yani yarısı etkin olmayan yöntemlerdi.

Tablo:23.

KORUNMA YÖNTEMLERİNİN YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI.

KORUNMA YÖNTEMLERİ	YAŞ GRUPLARI			TOPLAM
	20 ↓	20 -34	35 +	
HAP	sayı	4	1	5
	%	5.4	20	5.6
RIA	3	23	1	27
	30	31.5	20	30.6
CI(Geri çekme)	1	12	2	15
	10	16.4	40	17
Korunma yok	5	18	1	24
	50	24.6	20	27.2
Diğer	1	16	-	17
	10	21.9	-	19.3
TOPLAM	10	73	5	88
	100	100	100	100

Yaş gruplarına göre kontraseptif yöntem kullanma incelendiğinde fertilitesi en fazla olan 20 - 34 yaş grubunda en yaygın kullanılan yöntem RİA olup %31.5 idi, ancak yine bu yaş grubundaki kadınların %62.9'u 1 yıl önce doğum yaptıkları halde ya korumuyor ya da etkin olmayan yöntemler kullanıyorlardı (Tablo. 23).

Tablo: 24.

DAHA FAZLA ÇOCUĞUNUZ OLSUN İSTERMİSİNİZ SORUSUNA VERİLEN YANITLA
KORUNMA YÖNTEMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.

DAHA FAZLA ÇOCUĞUNUZ OLSUN İSTERMİSİNİZ?		KORUNMA YÖNTEMLERİ			TOPLAM
		KORUNMAYAN	ETKİN YÖNTEM	ETKİN OLMAYAN YÖNTEM	
EVET	sayı	14	7	7	28 (%31.5)
	%	50	25	25	100
HAYIR	sayı	16	25	25	66 (%73.5)
	%	16.6	41.6	41.6	100
TOPLAM	sayı	24	32	32	88
	%	27.2	36.3	36.3	100

Kadınların %68'i daha fazla çocuk istemiyordu. Bu grupta toplam korunan oranı oldukça yüksekti (%83.4). Ancak bunların yarısı (%41.6) etkin olmayan yöntem uyguluyordu. Bu grupta daha çok ailedeki çocuk sayısını tamamlayanlar olup muhtemelen kendilerine eski alıştıkları geleneksel yöntemleri bıraktıracak kadar etkin bir sağlık eğitimi verilememiştir. (Tablo. 24)

Tablo: 25.

SON DOĞUMUN OLUŞ YERİ İLE KORUNMA YÖNTEMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.

SON DOĞUMUN OLUŞ YERİ	KORUNMA YÖNTEMLERİ			TOPLAM
	KORUNMAYAN	ETKİN YÖNTEM	ETKİN OLMAYAN YÖNTEM	
EVDE KENDİ KENDİNE	2 16.6	4 33	6 50.3	12 100
EVDE EBE İLE	1 14.2	3 43.7	3 42	7 100
ÇUBUK HST.	19 32.7	20 35.2	19 32	58 100
DİĞER HST.	2 25	5 45.4	4 36.3	11 100
TOPLAM	24 27.2	32 36.3	32 36.3	88 100

Doğumun oluş yerinin halen kullanılan kontraseptif yöntemlerle ilişkisi araştırıldı. En fazla etkin olmayan yöntem kullanan grup evde kendi kendine doğum yapanlardı (%50.3). Burada bu grubun sağlık örgütü ve personelini az kullanma alışkanlığının kontrasepsiyon içinde geçerli olduğu düşünülebilir. (Tablo.25).

Tablo: 26.

SON DOĞUMDAN SONRA KONTROL OLUP OLMAMAKLA KORUNMA YÖNTEMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ:

SON DOĞUMDAN SONRA KONTROL	KORUNMA YÖNTEMLERİ					TOPLAM
	HAP	RIA	CI	KORUNMA YOK	DİĞER YÖNTEMLER	
EVEET	2	23	5	10	2	42(%4)
%	4.7	54.7	11.9	23.8	4.7	100
HAYIR	3	4	10	14	15	46(%5)
	6.5	8.7	21.7	30.4	32.6	100
TOPLAM	5	27	15	24	17	88
	5.6	30.6	17	27.2	19.3	100

Postpartum kontrol gerek amenin genel sağlığı gerekse kontraseptif uygulamanın başarılı olması açısından çok önemlidir. Kadınların %47.7'si mevcut sağlık örgütüne gelip postpartum kontrollerini yaptırmışlardı.

Postpartum kontrolü olan kadınların %59.4'ü halen etkin yöntem uygularken, postpartum kontrole gelmeyenlerin sadece %15.2 si halen etkin yöntem kullanıyordu. Aradaki fark istatistik olarak çok önemli bulundu. (Tablo.26 $X^2 = 32.2$ $P < .01$).

Tablo: 27.

RAHİM İÇİ ARACIN OLUMLU VEYA OLUMSUZ ETKİSİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞ
İLE KORUNMA YÖNTEMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.

RIA'nın KÖTÜ ETKİSİ VARMIDIR?	KORUNMA YÖNTEMLERİ						
	HAP	RIA	Çİ	KORUNMA	YOK	DİĞER YÖNTEM	TOPLAM
EVET	sayı	1	5	8	9	8	31 (%35.2)
	%	3.2	16	25.8	29	25.8	100
HAYIR	sayı	4	22	7	15	9	57 (%64.7)
	%	7	38.6	12.2	26.3	15.7	100
TOPLAM	sayı	5	27	15	24	17	88
	%	5.6	30.6	17	27.2	19.3	100

Kontraseptif yöntemi seçme ve kullanmada kişinin sağlık, eğitim düzeyi ve yöntemle ilgili olumlu yada olumsuz bilgisi önemli faktörlerdir. Bizim çalışmamızda kadınların %35.2'si RIA'nın kötü etkisinin olduğunu, %64.7'si ise olmadığını belirttiler.

Etkin yöntem kullanmada toplumun yöntemlerle ilgili olumsuz inancı var ise genel olarak o yöntem daha az kullanılmaktadır. Çalışmamızda bunu tüm yöntemler için geçerli bulduk (Tablo. 27 ve Tablo. 28).

Tablo: 28.

DOĞUM KONTROL HAPININ OLUMLU VEYA OLUMSUZ ETKİLERİ HAKKINDAKİ
GÖRÜŞ İLE KORUNMA YÖNTEMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.

DOĞUM KONTROL HAPININ KÖTÜ ETKİSİ?		KORUNMA YÖNTEMLERİ					TOPLAM
		HAP	RIA	CI	KORUNMA YOK	DİĞER YÖNTEM	
EVET	sayı	1	17	8	12	9	47 (%53.4)
	%	2.1	36.1	17	25.5	19.1	100
HAYIR		4	10	7	12	8	41 (%46.5)
		9.7	24.3	17	29.2	19.5	100
TOPLAM		5	27	15	24	17	88
		5.6	30.6	17	27.2	19.3	100

Tablo:29.

RADYO YADA TV`DA GEBELİKTE KORUNMA HAKKINDA BİLGİ VERİLMESİNİ
İSTEME İLE KORUNMA YÖNTEMLERİNİN İLİŞKİSİ.

RADYO, TV`DA GEBELİKTE KORUNMA HAKKINDA BİLGİ ?		KORUNMA YÖNTEMLERİ					TOPLAM
		HAP	RIA	CI	KORUNMA YOK	DİĞER YÖNTEM	
EVET	sayı	5	22	15	19	13	74 (%84)
	%	6.7	29.7	20.2	25.6	17.5	100
HAYIR		-	5	-	5	4	14 (%16)
		-	35.7	-	35.7	28.5	100
TOPLAM		5	27	15	24	17	88
		5.6	30.6	17	27.2	19.3	100

Halkın sağlığı ile ilgili bilgilerinin arttırılmasında genel yayın araçlarının rolü önemlidir. Ancak ülkemizde bunun yeterli olarak sağlandığı söylenemez.

Araştırma grubunun %84`ü Radyo, TV gibi genel yayın araçlarından kontrasepsiyonla ilgili bilgi verilmesini istiyordu. İstiyenlerin büyük bir çoğunluğu ya hiç korumuyor yada koitus interruptus gibi etkisiz yöntemler kullanıyordu. (Tablo.29).

TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye 47.7 milyon nüfusu ve %2,1 net yıllık artış hızı ile aşırı doğurganlığın söz konusu olduğu popülasyonun %50'sinin kırsal alanda yerleştiği bir ülkedir.

Ana-çocuk sağlığı ile ilgili tüm göstergeler kırsal alanda daha olumsuz olduğu ülkemizde genelde Ana çocuk sağlığının düzeyi düşüktür ve bu konuda gerek koruyucu gerek tedavi edici sağlık hizmetleri ile ilgili yapılması gereken pek çok hizmetler sağlık sorumluluğu taşıyan her kademedeki personeli beklemektedir.

Türkiyede, esas araştırma konumuz olan ana sağlığı ile ilgili mevcut duruma çok kısa değinecek olursak; Özellikle kırsal alanda rutin doğum öncesi bakımın olması yani sıra doğumların bazı yörelerde %90'ı evde sağlıksız biçimde kendi kendine olmaktadır. Şehirselleşen kesimde bu % 10'a düşmektedir. Ülke genelinde ise bu ortalama % 50 olarak bilinmektedir.

Ana sağlığının iyi bir göstergesi olan Ana ölümleri ile ilgili istatistiksel verileri tüm ülke için bu gün bile bilememekteyiz. Devlet istatistik enstitüsünün topladığı il ve ilçe merkezlerindeki ölüm sayılarına göre ana ölüm hızımız 10.000 çocuk doğumunda 15-20 gibi çok yüksek bir hızdadır. Bu ölümlerinde % 72 sinin nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Bu durum pek çok gelişmiş ülke rakamları ile karşılaştırıldığında olayın boyutlarının büyüklüğü ortadadır. (26)

Araştırmamızda ana sağlığını ilgilendiren faktörler ve bunlarla ilgili genel sonuçlar incelenip konuya ışık tutulmaya çalışıldı. Çalışmanın yapıldığı Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi, 6 yıldan beri rutin doğum öncesi bakımın verilip doğumların sağlıklı koşullarda yapılması için özen gösterilen daha sonra da kontraseptif uygulamalara ağırlık verilen bir bölgedir. Yarı kentsel özellikte olup bulgularımızda da bunu yansıtmaktayız.

Ülkemizde olduğu gibi araştırma bölgelerimizde de 20 yaşın altındaki gebelikler oldukça fazladır (% 17.4)(Tablo 1). İlk evlenme yaşının ortalama 17.7 olduğu ülkemizde bu bulgu şaşırtıcı değildir. Gebeliğin yüksek risk taşıdığı 35 yaşın üzerinde ise gebeliklerin % 4,6 gibi az bir kısmı mevcuttur ki bu erken evlenme ile ailedeki çocuk sayısını tamamlama ve bu yaş grubunda özellikle sağlık örgütüne kontraseptif uygulamalara

ağırlık verilmesi faktör olabilir. Bu gruptaki kadınların %72 sini daha önce 5 ve daha fazla gebeliğinin olması da bunun kanıtı olabilir. (Tablo 1)

İncelenen bölgede kadınların nitelik olarak doğum öncesi bakım görme durumu ideal olmasa da oldukça iyidir hiç D.Ö.Bakım görmeyen kadın sayısı sadece 22 olur(%5.7) % 46.6 sı 5 ve daha fazla sayıda izlenmişlerdir. İzlemelerde Sağlık personeline öğretilmeye çalışılan risk yaklaşımının da yani riskli gruba daha fazla hizmet kuralına da tam olmasında uyulduğu saptanmıştır. (Tablo 2)

Çalışma grubumuzda gebelik komplikasyonlarından özellikle anemi ve preeklamsi en sık olanıdır. (Tablo 3) . Genel literatür incelendiğinde anemi gebelikte % 10-90 arasında sıklıkta görülen çok önemli bir komplikasyondur. Özellikle de aşırı doğurganlık, kısa gebelik intervali, isteyerek düşüklükler, ve doğumların sağlıksız biçimde yapılmasına bağlı ortaya çıkar. Tabii genelde bu popülasyonda (gebelik öncesi) anemi sıklığı da oluşması ve aneminin ağırlık derecesinde rol oynar.

Ülkemizde 1974 yılında yapılan Türkiye Beslenme Araştırmasında (28) toplam popülasyonun % 47.8'i anemik (Hb 11 gr'dan az) bulunmuş olup anemi oranı gebelerde %73,9 emzicklilerde ise % 65,4 olarak saptanmıştır. Gebelerde ağır anemi ise % 16.1 gibi küçümsenmeyecek ölçüdedir. (Tablo 30)

T A B L O 30

Türkiyede yaş ve Cins	göre	Hb Düzeyleri (gr) % Dağılımı			
		Toplam S.	7.9 ve ↓	8-9.9	10-10.9
5 yaş üzeri Erkek	3984	4.3	20.9	21.	53.8
5 yaş üzeri Kadın	8065	6.8	21.5	23.7	43.
Gebe	322	16.1	35.1	22.7	26.1
Emzikli	430	8.6	32.6	24.2	34.6
Toplam	15777	8.1	26.6	23.1	42.2

Bunda toplumun sosya-ekonomik durumu, beslenme alışkanlığı ve eğitimi ile yukarıda sayılan faktörler etkindir. Yine 1974 beslenme araştırmasında kadınların % 94'ünün gebelik ve emzilik dönemindeki ek gıda tüketiminde hiç bir değişiklik yapmadıkları saptanmıştır.

Çalışma bölgemizde rutin D.Ö bakımında anneye, beslenme eğitimi ve ek demir alması sürekli olarak vurgulanıp izlenmektedir. Belki bunun bir sonucu, grubumuzda genel anemi prevalansı % 43.3 olup ağır anemiye sadece 2 vakada rastlanmıştır. Bu sonuç Türkiye ortalamasına göre olumludur. (Tablo 3 ve 7)

Gebelik toksemisinin prevalansı, topluma dayalı araştırmaların azlığı nedeni ile tam olarak bilinmemektedir. Elimizdeki veriler daha çok hastane istatistiklerine dayanmaktadır.

Örneği bazı ülkelerin hastane istatistiklerine göre durum şöyledir. (29)

ÜLKE	PREEKLAMSI (100 doğumda)	EKLAMSI (1000 doğumda)
Nijerya	1.0-16.4	4- 10.6
Almanya	10.7-24.0	0.2-4.1
İtalya	2.0-8.3	0.1-8.4
Hindistan	7.8	10.0-12.0
AED	3.6-31.4	0.4-9.9

Genel olarakta preeklamsi 1000 doğumda 01-31.4 Eklamsi ise 1000 doğumda 0-12 arasında değişmektedir.

Az sayıda olsa da topluma dayalı bazı çalışma sonuçları ise şöyledir. (29)

ÜLKE	PREEKLAMSI (100 doğumda)	EKLAMSI (1000 doğumda)
İngiltere	26.0	1.3
Amerika	22.3	0.5
Küba	18.4	2.0

Preeklamsi hızında sınıflamadaki tanı da çok önemlidir. Biz çalışmamızda kan basıncını esas olarak aldık. Görüldüğü gibi sonuçlarımız hastane istatistiklerine kıyasla yüksek ancak topluma dayalı çalışma hızları ile yakındır. (Tablo 3)

Bilindiği gibi preeklamsi erken tanı ve tedavi ile progresi önlenabilen anne ve bebek yönünden olumsuz sonuçların büyük ölçüde kontrol edilebildiği bir gebelik komplikasyonudur. Kanada'da yapılan 241 ana ölümünün değerlendirilmesinde toksemiye bağlı 29 ana ölümü tesbit edilmiş olup bunun 24'u (% 83'ü) önlenabilir bulunmuştu. Daha ileri incelemede bu önlenebilir, 24'ün 23'ünde iyi bir D.Ö. Bakımın yapılmadığı saptanmıştır.

Bizim çalışma grubumuzda ağır toksemi vakasının ve Eklamsi vakasının hiç olmaması rutin doğum öncesi bakımda ebenin toksemisinin erken belirtilerini iyi değerlendirerek tavsiye, ocak hekimine yada hastane uzmanına vakasız sevk ederek gerekenleri sağlaması ile açıklanabilir. (Tablo 6)

Araştırmamızda genç ve ileri yaş ile primigravida yada grand multipar olmayı önemli olumsuz faktörler olarak saptadık. (Tablo 12-13) Bu faktörlerin varlığında gebeliğin önlenmesi en sağlıklı yol olmakla birlikte ülkemizin gelenek ve sosyal yapısı düşünülürse primigravidaların olduğu genç yaş grubuna gebeliği geciktirme fikrinin kabul ettirilmesi güçtür. İlk evlenme yaşının ileri kaydırılması düşünülebilir bu da hala çoğu kez imam nikahının geçerli olduğu kırsal alandan yasa ile sağlanabileceğini düşünmek doğru olmaz. Bu ancak kadının kültürel ve sosyo-ekonomik açıdan toplumdaki yerinin giderek değişmesi ile gelecekte mümkün olabilir. O halde sağlık ekibine, genç yaş grubuna sadece iyi bir D.Ö bakım vererek olumsuz sonuçları önlemek düşmektedir. Buna karşılık çoğu istenmeyen gebeliklerin olduğu ileri yaş grubunda kontraseptif uygulamalara özel ağırlık verilmeli, buna rağmen gebelik oluşursa sık iyi bir D.Ö Bakımdan sonra doğumlarının mutlaka hastanede olması sağlanmalıdır.

Anne ve fetusun tüm gebelik süresince, düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak dikkatli bir şekilde bir sağlık personeli tarafından izlenmesi olarak tanımlanan doğum öncesi bakım (D.Ö.B) , Çalışma bölgemizde oldukça iyi yapılyordu. Vakaların % 94.3 'ü doğum öncesi dönemde izlenmiştir. (Tablo 1)

Doğum öncesi bakım sayısı arttıkça genel olarak gözlenen gebelik komplikasyonlarının sıklığı ve gebeliğin olumsuz sonuçlanma ihtimali giderek azalıyordu(Tablo 15) .

Tüm literatür sonuçları da bizim bulgumuza uygundur. O halde araştırma bölgemizde D.Ö.B in niteliğinin daha da yükseltilmesi yanı sıra, ana sağlığı yönünden bu uygulamaların ülke düzeyinde yaygınlaştırılması için gerekli önlemlerin alınıp düzenlemelere geçilmesinde daha fazla gecikilmemelidir.

Yine çalışma bölgemizde Türkiye genelinde % 50 olan evde kendi kendine yapılan doğumları % 19.5 olarak saptadık. (Tablo 19)

Ülke geneline göre iyi olan bu sonuç pek çok gelişmiş ülke rakamları ile kıyaslandığında olumsuzdur. Şöyle ki gelişmiş ülkelerde artık ev doğumu kavramı kalmamıştır. Hele sağlık personelinin yardımının olmadığı bir ev doğumu yoktur. Örneğin İngiltere'de doğumların % 90-95' i hastanede olmakta, Macaristan'da ise % 99'u hastanede olup geri kalan % 1'i Ambulansta (!) doğmaktadır. Ülkemizde 10.000 nüfusa 23,4 yatağın düştüğü ve mevcut yataklarında ortalama sadece % 50 sinin işgal edildiği düşünülürse ülkemizde doğumların hastanede olmasını engelleyecek gerçek bir yatak eksikliği söz konusu değildir. (27) . Ancak ulaşım, yatakların ülke düzeyindeki dağılımının dengesizliği yanı sıra toplumun doğumu evde yapılacak doğal bir olay olarak kabul etme alışkanlığı sonucu etkileyen önemli faktörlerdir.

O halde ana sağlığı yönünden ileriye dönük çalışmalarda yatak dağılımının dengeli olması, mevcut yatak kapasitesinden azami yararlanma ve toplumun sağlık eğitiminin yükseltilmesi konularına ağırlık verilmelidir.

Çalışma bölgemizde, hastanede doğum yapması gereken riskli grupta oldukça iyi belirlenmiştir. (Tablo 19-20-21-22)

Ağır doğurganlığın söz konusu olduğu ülkemizde, tamamlanmış doğurganlık (doğmuş çocuklar) kır-kent ve doğu-batı arasında çok farklıdır. Şöyleki; Türkiye 1978 demografi araştırmasına göre 45-49 yaşındaki kadınlarda Tamamlanmış doğurganlık (TD.)

	<u>Kent</u>	<u>Kır</u>	<u>Batı A.</u>	<u>Ak D.</u>	<u>İç A.</u>	<u>Kara D.</u>	<u>Doğu A.</u>	<u>Toplam Türkiye</u>
T.D	5	7.3	5.7	7.4	7.4	7.5	8.8	6.3

Görüldüğü gibi fark kırla kent arasında 2 çocuktan fazla Doğu ile batı arasında 3 çocuktan fazladır. (25)

1965 yılından beri kontraseptif yöntem ve uygulamaların yasal olduğu ülkemizde bugünkü sonuç beklendiği kadar iyi değildir. Halen ülkede üreme çağındaki ailelerin % 50'si kontraseptif yöntem kullanmaktadırlar ancak kullanılan bu yöntemlerin sadece % 18'i etkin (modern bir yöntemdir).

Çalışma bölgemizde kadınların % 72.6'sı herhangi bir yöntem kullanıyordu bunların % 50 si etkin(modern) bir yöntemdi. Yine toplum sosyo ekonomik ve kültürel durum göz önü-

ne alındığından bu bölgede RIA araca en fazla ağırlık veriliyordu. Halen kullanılan yöntemlerin % 42'si RIA dır. (Tablo 23,24) Türkiye'de ise halen kullanılan yöntemlerin sadece % 8'i R.I. Aracıdır (25)

Gerek bizim araştırmaya gerekse Türkiye'de yapılan diğer çalışma sonuçlarına göre, toplum küçük aile normuna motive din ve doğurganlığını sınırlamak için bazı yollara baş vurmaktadır. Türkiye'de ailelerin %62'si daha fazla çocuk istememekte bunların sadece % 33'ü korunmaktadır (25) Bizim inceleme bölgemizde ise ailelerin % 68 i daha fazla çocuk istememekte ve % 83.4 'ü korunmaktadır. Bu da bize topluma etkin aile planlaması program alabileceği yakınlıkta götürüldüğü de halkın kullanımının önemli ölçüde arttığını göstermektedir. O halde ülkede zaten küçük aile normuna motive olan halka, sağlık eğitimi yanı sıra en uç noktaya dek etkin kantraseptifyöntemlerin yaygınlaştırılması hizmeti, ülkemizdeki aşırı doğurganlık sorununa çözüm getirirken ana ve çocuk sağlığının düzeyini önemli ölçüde yükselten bir faktör olacaktır.

Sonuç olarak denebilirki bir ülkede ana ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmede çok önemli yeri olan rutin doğum öncesi bakım ve doğumların sağlıklı koşullarda bir tıp personeli tarafından yapılmasının, ülke düzeyinde yaygınlaştırılabilmesi için gerekli önlemlerin alınıp özellikle riskli gruplara ağırlık verilmesi bir sağlık politikası olarak kabul edilip uygulanmalıdır. Buna ek olarak yine riskli gruplara öncelik verilerek kontraseptif uygulamaların ülke düzeyinde yaygınlaştırılması da ana ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmede ucuz sağlıklı ve en geçerli koruyucu yoldur.

Ö Z E T

Bu çalışma, 6 yıldan beri temel sağlık hizmetlerinin düzenli olarak verildiği Ankara'ya 40 km uzaklıkta olan yarı kırsal nitelikte ki Çubuk Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde 1981 yılı içinde yapıldı.

Araştırmanın amacı, Gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonların sıklığını saptamak ve bunları etkileyen faktörleri inceleyerek özellikle doğum öncesi bakımın önemi ve etkisini araştırmaktı. Çalışmada ayrıca incelenen grubun kontraseptif uygulamaları da araştırıldı.

1980 yılı içinde gebeliği sonlanan tüm kadınların (384) kişi gebe izlem kartları ve hastane dosyaları ile bu gruptan gelişi güzel örneklerle seçilen 88 kadına kontraseptif uygulamaları ile ilgili evlerinde anket uygulanarak araştırma gerçekleştirildi.

Bulguların analizinde; Anemi ve toksemi en sık gebelik komplikasyonu olarak saptandı. Tüm gebelik komplikasyonları ile doğumun olumsuz sonuçlanması anneye verilen doğum öncesi bakım sayısı ile ilişkili bulundu.

Kontraseptif uygulamalarla ilgili bulgular ise ülke geneline göre çok iyi düzeyde idi.

Tüm araştırma sonuçlarına göre bulgular literatür sonuçları ile tartışılıp ileriye yönelik özellikle ülkemizde önerilerde bulunuldu.

K A Y N A K L A R :

- 1 - Arisan, K. : Doğum Bilgisi, İstanbul Üniversitesi.
- 2 - Benson, Ralph o. : Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment 1976.
- 3 - Çanga, Ş. Ilgaz, N. : Aile Planlamasında metodların kullanılması.
- 4 - Danforth, D. : Obstetrics and Gynecology third Edition.
- 5 - Deep Richard M.D. : Antenatal corticosteroids to prevent neonatal respiratory distress syndrome (Am.J.Obstet.Gynec. 137:338,1980).
- 6 - Gürgüç, A. : Doğum Bilgisi. A.Ü.Tıp Fak.Yayın No: 284,1973.
- 7 - Helman,L.M.,Pritchard,J.A.,Wynn,RM.:Williams Obstetrics 14th.ed.Appleton Century- Crofts.New York,1971.
- 8 - John Dewhurst : Integrated Obstetrics and Gynecology for post-graduates.
- 9 - Jensen odd barald: Smoking in pregnancy. (Acta obstet.Gynecol.Scand 60:177-81,1981).
- 10 - Larsen.J. Falck. : Ritodrine in the treatment of preterm labour. British J.Obstet.Gynecol.November 1980.Vol.87.
- 11 - Lind,T. : Antenatal screening for diabetes mellitus by random blood glucose sampling. (British Journal of Obstetrics and Gynecology April 1981).
- 12 - Little Ruth E. : Maternal alcohol and tobacco use and nause and vomiting during preg. (Acta Obstet Gynecol.Scand 59:495-497,1980).
- 13 - Miller Jr. Joseph M.MD: Bacterial colonization of amniotic fluid in the presence of ruptured membranes.(Am.J. Obstet Gynecol.137:451,1980).
- 14 - Matthew M.Garrey: Resimli Doğum Bilgisi.
- 15 - Novak's : Text book of gynecology.
- 16 - Martin,J.E.: Management of premature rupture of the membranes. Cli.Obst.and Gynec. Vol.14,December 1973.
- 17 - Risk approach for maternal and child health care.(WORLD HEALTH ORGANIZATION GENOVA 1978)
- 18 - Roberts,A.B.: Fetal activity in pregnancies complicated by maternal diabetes mellitus (British Journal of Obstetrics and Gynecology,June 1980)
- 19 - Stembera Z.: High risk pregnancy and child.
- 20 - Stembera,Z.K.: Factors influencing length of gestation and fetal growth .Genova,1975

- 21 - Clinics in obstetrics and gynecology (April 1979):CONTRACEPTION.
- 22 - Yüksek Riskli Gebelikler: 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın-Doğum Bilim Dalı Yayınlarından,1980.
- 23 - Sehgal Narinder N.,M.D.:Plasma volume expansion in the treatment of pre-eclampsia. (Am.J.Obstet.and Gynec.138:165,1980).
- 24 - Akın,A. : Doktorlar için aile planlaması el kitabı.
- 25 - Turkish fertility Survey(1978):Hacettepe Institute of Population Studies(Volume 1).
- 26 - Akın,A. : "Ana Ölümleri"1981.:H.Ü.Toplum Hekimliği Bölümü
- 27 - Çelebioğlu A.T."1978 yılında Türkiye hastanelerinde yatak kullanımı" Doktora tezi (Çoğaltılmış)Ank.1980.
- 28 - "Türkiyede Beslenme" Türkiye 1974 Beslenme-Sağlık ve Gıda tüketimi araştırma Raporu. Köksal,O. 1977 Ankara (baskı:UNICEF).
- 29 - "The Hypertensive disorders of pregnancy"The WHO raporu (1978)

KONTRASEPTİF YÖNTEMLERLE İLGİLİ BİLGİ-TUTUM-DAVRANIS (AnketFormu)

- 1- No : Adı Soyadı :
- 2- Yaşı :
- 3- Öğrenimi : 1. Okur-yazar değil 4. Orta okul
2. Okur-yazar 5. Lise
3. İlk okul 6. Yüksek okul
- 4- Kocasının mesleği :
- 5- Toplam gebelik sayısı :
- 6- Toplam doğum sayısı :
- 7- Düşük sayısı :
- 8- Yaşayan çocuk sayısı : Erkek () Kız () Toplam ()
- 9- Son doğumun sonlarma tarihi :/..../....
- 10- Son doğumdan sonra emzirme süresiay
- 11- Halen emziriyormusunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Belirsiz
- 12- Son doğumu nerede ve kim yaptırdı? 1. Evde kendi kendine
2. Evde ebe ile
3. Çubuk hastahanesinde
4. Diğer hastahane
- 13- Son doğumdan sonra kontrol oldunuzmu? 1. Evet.....ay sonra
2. Hayır.....
- 14- Daha fazla çocuğunuz olsun istiyormusunuz? 1. Evettane
2. Hayır
- 15- Son doğumunuzda isteyerekmi gebe kalmıştınız? 1.Evet 2.Hayır
- 16- Sizin gibi bir ailenin kaç çocuğu olmalı?.....tane
- 17- Bildiğiniz gebelikten korunma yöntemlerini sayarmısınız?
1. 3.
2. 4.

18- Son doğumunuzda, gebe kalmadan önce korunuyormuydunuz?

1. Evetyöntemiyle

2. Hayır

19- Halen korunuyormusunuz? 1. Evetyöntemiyle

2. Hayır - Neden? - Halen gebe

- Kocası yanında yok

- Emziriyor

- Çocuk istiyor

- Diğer

20- Spiralin (Rahim İçi Araç) sizce kötü etkileri var mıdır?

1. Evet -Neler?

2. Hayır

21- Doğum kontrol hapının sizce kötü etkileri var mıdır?

1. Evet -Neler?

2. Hayır

22- Sizce, istemeden gebe kalan bir kadının çocuğu hastahane de alınmalı mı?

1. Evet -Neden?

2. Hayır -Neden?

23- Bugüne kadar hiç gebe iken Sağlık Ocağı Doktoruna muayeneye gittiniz mi?

1. Evet

2. Hayır

24- Gebelik nedeni ile hiç Çubuk Hastahanesinde muayene oldunuz mu?

1. Evet

2. Hayır

25- Radyo yada televizyonda gebelikten korunma konusunda bilgi verilmesini ister misiniz?

1. Evet

2. Hayır

1980 YILI İÇİNDE ÇUBUK MERKEZ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE GÖRÜLEN GEBELİK
KOMPLİKASYONLARI VE ANTENATAL BAKIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ .

Adı Soyadı : Yaşı :

Öğrenim durumu :

Mesleği : Adresi:

Obstetrik öykü : G: P: A: Y:

Antenatal izlem sayısı :

Tetanoz aşısı : 1. Yapılmış 2. Yapılmamış

A- DOĞUM ÖNCESİ DÖNEMDE VE DOĞUMDA SAPTANAN KOMPLİKASYONLAR :

	<u>1. Trim.</u>	<u>2. Trim.</u>	<u>3. Trim.</u>	<u>Doğum</u>
1. Anemi (Hb değeri) ...				
2. Hipertansiyon				
3. Proteinüri				
4. Ödem				
5. Aşırı kilo alma				
6. Az kilo alma				
7. Prezantasyon bozukluğu				
8. Hidramniöz				
9. Antepartum kanama ...				
10. CPD				
11. İn-utero ölüm				
12. Kordon sarkması				
13. EMR				
14. Uterus rüptürü				
15. Pyelitis gravidarum				

16. Hiperemezis gravidarum
17. Sistemik hastalık
18. Viral enfeksiyon
19. Trofoblastik hastalık
20. Kordon dolanması

B- BU GEBE :

1. Ocak doktoruna gitmişmi ? 0 1 2 3
2. Uzman doktora gitmişmi? 0 1 2 3
3. Hastaneye yatmışmi ? 0 1 2 3
4. Kaç kez izlenmiş? 0 1 2 3
5. Doğumun oluş şekli 1. Spontan 2. Operatif
6. Bebeğin geliş şekli 1. Vtx. 2. Makat 3. Transvers
7. Epizyotomi 0. Yok 1. ML 2. M
8. Annede sonuç 1. Ölüm 4. Mastit
2. Yüksek ateş 5. Epizyo acılması
3. Atoni kanaması 6. Diğer
9. Çocukta sonuç 1. Ölüm 5. Klavikula kırığı
2. Sarılık 6. Kalça çıkığı
3. Sefal hematom 7. Konj. anomali
4. Solumun güçlüğü 8. Kafa içi kanama
9. Diğer

C- GEBELİĞİN SONLANMA BİÇİMİ :

1. Düşük 4. Prematüre doğum
2. Canlı doğum 5. Sürmatürasyon
3. Ölü doğum 6. LBW

D- GEBELİĞİN SONLANMA YERİ :

1. Çubuk hastanesi 4. Evde ebe ile
2. Diğer hastane
3. Evde kendi kendine