

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANİSA MERKEZDE 2006 YILINDA İZLEMİ  
TAMAMLANMIŞ GEBE FİŞLERİNİN NİTEL VE  
NİCEL DEĞERLENDİRİLMESİ, İZLEMİ YAPAN  
KİŞİNİN NİTELİĞE ETKİSİ**

AYŞE NUR KUŞCU TUNCAL

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR - 2007

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANİSA MERKEZDE 2006 YILINDA İZLEMİ  
TAMAMLANMIŞ GEBE FİŞLERİNİN NİTEL VE  
NİCEL DEĞERLENDİRİLMESİ, İZLEMİ YAPAN  
KİŞİNİN NİTELİĞE ETKİSİ**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE NUR KUŞCU TUNCAL

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ  
Prof. Dr. GAZANFER AKSAKOĞLU

İZMİR - 2007

## İÇİNDEKİLER

	<u>sayfa no</u>
İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	iii
EKLER DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.DOĞUM ÖNCESİ BAKIM.....	4
2.1.1.DÜNYADA DÖB ALMA DURUMU.....	5
2.1.2.TÜRKİYE'DE DÖB ALMA DURUMU.....	6
2.2.DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİ.....	9
3. AMAÇLAR.....	13
4. YÖNTEM.....	13
4.1. Araştırmanın Tipi.....	13
4.2. Araştırmanın Bölgesi.....	13
4.3. Araştırmanın Evreni.....	13
4.4. Araştırmanın Örneği ve Örnek Seçimi.....	13
4.5. Değişkenler.....	15
4.5.1. Bağımsız Değişkenler.....	15
4.5.2. Bağımlı Değişken.....	16
4.6. Değişkenlerle İlgili Tanımlamalar.....	16
4.6.1. Bağımsız Değişkenler.....	16
4.6.1.1. Gebe Değişkenleri İle İlgili Tanımlamalar.....	16
4.6.1.2. Ebe Değişkenleri İle İlgili Tanımlamalar.....	17
4.6.2. Bağımlı Değişkenle İlgili Tanımlamalar.....	18
4.7. Veri Toplama Yöntemi.....	19
4.8. Verilerin Analizi.....	20
4.9. Araştırmanın Zaman Düzenneği.....	20
4.10. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları.....	20
5. BULGULAR.....	22
5.1. Form 005 Gebe-Lohusa İzleme Fişleri'nin Doldurulmasına İlişkin Bulgular.....	22
5.2. Gebelerin Sosyo-demografik ve Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	22
5.3. Ebelerin Sosyo-demografik ve Hizmet Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	24
5.4. Gebe İzleme Fişlerindeki Bilgilere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	26

	<b><u>sayfa no</u></b>
5.5. Nitelik Ölçütleri.....	29
5.6. Nitelik Ölçütlerini Etkileyen Ebe Değişkenlerine İlişkin Bulgular.....	33
5.7. Nitelik Ölçütlerini Etkileyen Gebe Değişkenlerine İlişkin Bulgular.....	39
6. TARTIŞMA.....	42
6.1. Gebeye İlişkin Sosyo-demografik Özellikler.....	42
6.2. Ebeye İlişkin Sosyo-demografik ve Hizmet Özellikleri.....	45
6.3. Gebe İzleme Fişlerine İlişkin Özellikler.....	50
6.4. Nitelik Ölçütleri.....	59
6.5. Gebe Değişkenlerinin Nitelik Puanına Etkisi.....	60
6.6. Ebe Değişkenlerinin Nitelik Puanına Etkisi.....	62
7. SONUÇLAR.....	63
8. ÖNERİLER.....	64
9. KAYNAKLAR .....	65
10. EKLER.....	71

## **TABLULAR DİZİNİ**

	<b><u>sayfa no</u></b>
Tablo 1. Dünyada DÖB hizmetlerinde var olan durum.....	5
Tablo 2. En az bir kez DÖB alanlarda bölgelere göre DÖB'in sayısı ve başlama zamanı...	6
Tablo 3. Türkiye'de DÖB alma durumu ve DÖB sayısı, 1993, 1998, 2003.....	6
Tablo 4. Türkiye'de DÖB almada ilk izlem zamanı (TNSA 2003).....	7
Tablo 5. Bazı temel özelliklere göre DÖB alma durumlarının dağılımı, 2003.....	8
Tablo 6. Tabakalı örnekleme yöntemi ile örnek seçimi ve örnek aralığı .....	14
Tablo 7. Form 005 Gebe-Lohusa İzleme Fişi'nin doldurulma oranları.....	22
Tablo 8. İzlemlere ilişkin özelliklerin dağılımı.....	25
Tablo 9. Gebelerin Tetanoz aşısı bilgisine göre aşılama durumu.....	26
Tablo 10. Gebe izlem sayılarının dağılımı.....	27
Tablo 11. Gebenin yeterli izlem alma durumu.....	27
Tablo 12. Gebenin uygun izlem aralığı ile izlenme durumu.....	27
Tablo 13. Altı izlemden yapılan kontrollerin ortalamaları.....	28
Tablo 14. İzlemlere göre gebelere en çok verilen ilk üç öğütün dağılımı.....	28
Tablo 15. Nitelik ölçütlerinin doldurulma sıklıkları.....	29
Tablo 16. Nitelik ölçütlerinin kent ve kırsal yerleşimine göre dağılımı.....	30
Tablo 17. Nitelik ölçütlerinin gebelik sayısına göre dağılımı.....	31
Tablo 18. İzlem fişlerinin nitelik ölçütleri açısından değerlendirilmesi.....	32
Tablo 19. Nitelik puanlarının dağılımı.....	32
Tablo 20. Form 005'lerde kayıtlı toplam izlem sayısının dağılımı ve aya göre izlemlerin uygunluk durumu.....	32
Tablo 21. Nitelik puanlarının sınıflandırılması.....	33
Tablo 22. Ebelerin nitelik ölçütleri açısından değerlendirilmesi.....	33
Tablo 23. Ebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı.....	34
Tablo 24. Ebelerin hizmet özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı.....	35
Tablo 25. Hizmet bölgesinin özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı.....	36
Tablo 26. Ebelerin hizmet içi eğitim, meslek ve hizmet bölgesinden hoşnutsuzluk, görev yerinden ve görevinden uzak kalma özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı.....	37
Tablo 27. Gebe izlemlerine ve bölgeye çıkma sıklığına göre ortalama nitelik puan dağılımı	38
Tablo 28. Lojistik Regresyon Analizi'ne göre nitelikli olma durumunu etkileyen ebeye ilişkin etmenler.....	39
Tablo 29. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı....	39
Tablo 30. Gebelerin doğurganlık özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı.....	40
Tablo 31. Lojistik Regresyon Analizi'ne göre nitelikli olma durumunu etkileyen gebeye ilişkin etmenler.....	41

## **EKLER DİZİNİ**

	<b><u>sayfa no</u></b>
Ek 1. Gebe-Lohusa İzleme Fişi Veri Toplama Formu.....	71
Ek 2. Ebe Veri Toplama Formu.....	73
Ek 3. Gönüllü Bilgilendirme Formu.....	75

## **KISALTMALAR**

AP: Aile Planlaması

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

DÖBKİYİ: Doğum Öncesi Bakım Kullanımı Yeterlilik İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICPD: International Conference on Population and Development

MNSA: Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması

NNT: Neonatal Tetanoz

TT: Tetanoz Toksoidi

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

UNICEF: United Nations Children's Fund

## **TEŞEKKÜR**

İlk teşekkürüm eğitimim ve tez çalışmam süresince profesörlüğünü konuşuran ve koçluğu ile en iyi yönlendirmeleri yapan danışmanım Prof.Dr. Gazanfer Aksakoğlu'na.

Eğitimim boyunca hep yanımda olan, bilgilerini esirgemeyen, akademik olarak çok iyi yerlere geleceğini ve bilime çok şey katacağını düşündüğüm sevgili dostum Selda Yörük'e teşekkür ederim.

Tez süresince kendilerinden her konuda yanıt bulabildiğim Dokuz Eylül Üniversitesi ve Celal Bayar Üniversitesi'nin Halk Sağlığı Bölüm Çalışanlarına teşekkür ederim.

Veri toplama aşamasında kayıtlarını ve görüşlerini paylaşan hizmetlerin temel taşı oluşturan emektar ebelerimize teşekkürü bir borç bilirim.

Her zaman olduğu gibi eğitimim süresince de bir aile atmosferini paylaştığım müdürlerim ve değerli çalışma arkadaşlarım, teşekkürün büyüğü sizlere.

En büyük övgü, yaşamım boyunca her konuda destekçim olan eşim ve aileme....

## **ÖZET**

Bu çalışmada, Manisa merkezde 2006 yılında gebelere ilişkin izlemlerin nicelik ve nitelik açısından yeterliliğini incelemek, gebe izlemlerinin değerlendirilmesinde standart bir nitelik ölçütü tanımlayarak nitelik düzeyini belirlemek, fişlerin doldurulma niteliğini etkileyen ebeye ilişkin özelliklerin etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte planlanan çalışmada 232 gebeye ( $\leq 12$ .hafta ve  $\geq 32$ .hafta arasında izlemi yapılmış ve 2006 yılında izlemi tamamlanmış olan gebeler) ilişkin izlemler, 10 ölçütten oluşan Gebe İzlem Nitelik Puanı yönünden değerlendirildi.

Analizde Ki-kare, Fisher'in Kesin Testi, Bağımsız Gruplarda t Testi ve Lojistik Regresyon kullanılmıştır. Test sonuçları %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

İncelenen 232 fişteki ortalama gebe izlem sayısı  $6.8 \pm 1.5$  (en az 3, en çok 13 izlem)'tir. Gebelerin %45.3'ü altı ve daha az izlem almıştır. Yeterli gebe izlemi %81.0 olmasına karşın, uygun aralıklarla izleme %29.3'tür. Gebelere kontrol olarak en fazla kan basıncı ( $6.6 \pm 1.6$ ) ve ağırlık ölçümü ( $6.5 \pm 1.7$ ) yapılmıştır. Gebe izleme fişlerine göre genel doldurulma sıklığı %85.3, gebe izleminin niteliği değerlendiren ölçütlere göre ortalama doldurulma sıklığı %75.1'dir. İzlem fişlerinin nitelik ölçütleri açısından değerlendirilmesinde ortalama nitelik puanı  $7.4 \pm 1.2$  (en az 3.0, en çok 10.0), ortanca puan 8.0'dır.

Fişlerin %50.4'ü ortalamanın üstünde ( $\geq 7.4$ ) yer aldığından "nitelikli" olarak değerlendirilmiştir. Ebelerin doldurdukları fişlere göre nitelik değerlendirmesinde, hizmet verilen bölgesi kentsel yerleşimli olanların ortalama nitelik puanı, kırsal/gecekondu olanlarınkine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalanların ortalama nitelik puanı, kalmayanların ortalama nitelik puanına göre daha yüksek bulunmuştur.

Ancak bu iki anlamlılık lojistik regresyon analizinde kanıtlanamamıştır, yani izlemi yapan ebeinin izlem niteliğine etkisi yoktur. Gebelerden kentsel yerleşimli, 30 yaş ve üzeri, ilkokul ve üstü eğitilmiş, birden çok gebeliği olanların ortalama nitelik puanı referanslarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Lojistik Regresyon Analizi'ne göre ebeinin yaşı ve öğrenim durumu niteliği etkilemektedir. Gebe izlemlerinin değerlendirilmesinde standart bir yöntem olarak nitelik ölçütlerinin kullanılması bu konudaki farklı çalışmaların karşılaştırılması ve yorumunda ifade birliği sağlayabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Gebe izlemi, nitelik puanı, ebe, Form 005.



## **ABSTRACT**

### **Qualitative and Quantitative Evaluation of The Pregnancy Cards Follow-ups of Which Were Completed in 2006 and Effect of The Person Carrying Out Follow-ups on Quality**

In this study, our aim was to investigate the qualitative and quantitative adequacy of the pregnancy follow-ups carried in Manisa Center in 2006, to determine the quality level by defining standard quality criteria for evaluating pregnancy follow-ups and to study effects of pregnancy characteristics that may have an effect on filling the cards.

In the present cross-sectional study, follow-ups of 232 pregnant women (those whose follow ups were carried out between  $\leq 12$ th and  $\geq 32$ nd week and completed in 2006) were evaluated with regard to Pregnancy Follow-up Quality Point.

In the analysis were used with Chi-square, Fisher's Exact Test, Independent Samples t Test and Logistic Regression. 95% Confidence interval was used to evaluate the test results.

In 232 cards evaluated, the average number of pregnancy follow-ups was  $6.8 \pm 1.5$  (minimum 3, maximum 13 follow-ups). 45.3% of the pregnant women had six or less follow-ups. Although the adequate follow-up was 81.0%, follow-ups at adequate intervals were 29.3%. The most carried out controls were blood pressure ( $6.6 \pm 1.6$ ) and weight measurement ( $6.5 \pm 1.7$ ). According to follow-up cards, general filling frequency was 85.3% and average filling frequency according to criteri evaluating the quality of the pregnancy follow-up was 75.1%. In evaluating follow-up cards with respect to quality criteria, the average quality point was  $7.4 \pm 1.2$  (minimum 3.0, maximum 10.0) and median point was 8.0.

50.4% of the cards were rated as "quality cards" as they were above average ( $\geq 7.4$ ). In evaluating quality of the follow-ups cards filled by midwives, the average quality point of urban midwives were significantly higher that those of rural midwives. Moreover, the average quality point of those kept away from work during the previous 1 year due to health problems were significantly higher than those of not.

However, these two significances were not proven by logistic regression analysis which means that midwife carrying out the follow up had no effect. The average quality point of the pregnant women living in urban, at an age of 30 and above, having an educational background of primary school or higher level and having multiple pregnancies were significantly higher. Regression analysis revealed that age and educational level of the pregnant woman did not have any effect on the quality. Using quality criteria as standard criteria in evaluating pregnant follow-ups could provide a consensus in comparing and interpreting different studies on this subject.

**Key words:** Pregnancy follow-up, quality point, midwife, Form 005

## **1.GİRİŞ**

Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı sonucu yayınlanan Alma Ata Bildirge'sinde; kaynakları sınırlı olan ve bütün vatandaşlara aynı yüksek düzeyde hizmet götürülemeyen ülkelere "risk yaklaşımı" anlayışı içinde davranmaları önerilmektedir. Risk yaklaşımı Dünya Sağlık Örgütü'nün de özellikle üzerinde durduğu bir konudur. Risk yaklaşımında temel düşünce "*herkese biraz, gereksinimi olana daha fazla*" şeklinde belirlenmiştir. Kimlerin risk altında olduğu ülkelere göre farklılık arz eder. Ancak, çocuklar, gebeler, emzikli anneler, doğurgan çağdaki kadınlar özellik gerektiren gruplar olarak tanımlanabilir. Ülkemizde de Ana-Çocuk Sağlığı hizmetlerine özel önem verilmiştir<sup>1</sup>.

Tüm dünyada her yıl 500,000'den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece 4,000 kadarı gelişmiş ülkelerde, geri kalanı ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. 1980 yılında yapılan Dünya Doğurganlık Araştırması, kısa doğum aralığının, bebeklerin yaşam şansını %60-70, çocukların beş yaşına kadar yaşam şansını ise %50 azalttığını ortaya koymuştur. 20 yaşından küçük annelerden doğan bebeklerin ilk ay içinde ölüm riski, 25-34 yaş grubundaki annelerden doğanlara göre, yüzde 24 daha fazladır<sup>2</sup>.

Afrika ve Doğu Asya'da gebe kadınlar endüstrileşmiş ülkelerde yaşayan kadınlara göre 200 kat fazla gebelik ve ölüm riskiyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Az gelişmiş ülkelerde her yıl 150,000,000'dan fazla kadın gebe kalmakta ve bunların yaklaşık 500,000'i gebelik nedeniyle ölmekte, 50,000,000'u gebeliğe bağlı komplikasyon geçirmektedir<sup>3</sup>.

Ülkemizde de her yıl 2 milyona yakın (1,958,501) kadın gebe kalmakta, yılda 1,481,000 umut canlı olarak doğmakta, ancak bunlardan 48,280'inin bir yaşına bile gelmeden öldüğü görülmektedir. Yine her yıl bu umudu yeşertmek için didinen 700'den fazla anne kaybedilmektedir<sup>4</sup>.

Anne ve bebek ölümlerinin yüksekliği ülkelerin genel nüfus yapısı ve kalkınmışlık durumu ile yakından ilişkilidir. Anne ölümlerinin nedenlerine sağlık hizmetleri açısından baktığımızda sunulan hizmetin erişilebilirliği ve kalitesi önemli faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Bu hizmetler gebelik öncesi ve sırasında, doğum ve doğum sonrasında sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Diğer taraftan annelerin ve anne adaylarının beslenme ve genel sağlık durumu, sahip olduğu çocuk sayısı, eğitim düzeyi, sağlık bilinci, ailede kadına ayrılan kaynaklar ve kadının statüsü gibi birçok sosyal ve ekonomik faktör anne sağlığını ve ölümlerini etkilemektedir. Bu nedenlerle anne ölümleri ülkelerin kalkınmışlık düzeyinin bir göstergesi olarak kullanılmaktadır<sup>5</sup>.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1.DOĞUM ÖNCESİ BAKIM**

**Doğum Öncesi Bakım;** anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir<sup>6,7</sup>. Doğum öncesi bakım, diğer bir ifadeyle prenatal veya antenatal bakım, gebelerin belirli aralıklarla sağlık kontrolüdür<sup>8</sup>.

Tüm gebelikleri sırasında düzenli kontrol muayeneleri önerilme fikri, normal doğum eylemi ve doğum bakımının tanımlanmasından 30 yıl sonra, 1930'lu yılların sonlarına doğru ortaya çıkmıştır. Bu gelişme doğum bakımının; puerperal sepsis, kanama ve güç doğumlara bağlı anne ölümlerini azalttığına anlaşıldığından sonra daha da önem kazanmıştır<sup>9</sup>. Prenatal bakımın ilk çıkışındaki amaç, anne ve bebek ölümlerini azaltmak olması gerekirken, maternal mortaliteyi önlemektir<sup>10</sup>. Gebelik ve doğum hizmetlerinin niteliğinin düşük olmasının dolaylı olarak iki şekilde olumsuz etkisi vardır: Üreme sağlığında önlenemez morbidite ve mortaliteyi artırması ve hizmet kullanımındaki talebi düşürmesi (Campbell and Abu Sham, 1995; Salinas et al., 1997, Sundari, 1992)<sup>11</sup>.

Doğum öncesi bakım, ilk kez Boston'da yirminci yüzyılın başında gündeme gelmiştir. Boston Hemşire Birliği'nin hemşireleri gebe kadınların sağlığına katkıda bulunabilmek amacıyla Boston Lying-In Hastanesi'nde kayıtlı tüm gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamışlardır. Bu ev ziyaretleri ile büyük başarı sağlanmış, hekimlerin de desteğini kazanarak önemli bir koruyucu hekimlik uygulaması olarak DÖB hizmetinin ortaya çıkmasına yol açmıştır<sup>3</sup>. Günümüzde uygulanan doğum öncesi bakım modelleri 20.yüzyılın başlarında tanımlanmıştır<sup>9</sup>.

**Amacı:** DÖB'nin temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını ve gebelikte sağlığın korunmasını sağlamaktır. Bunun yanı sıra;

- Annede gebelikten önce var olan hastalıkları saptamak,
- Gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisini, gerekirse sevkini sağlamak,
- Riskli gebelikleri saptamak,
- Fetüsü intrauterin izlemek,
- Anneyi tetanoza karşı bağışık kılmak,
- Doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar vermek,

Anneyi beslenme, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda eğitmektir<sup>6,7,12</sup>.

Hiç DÖB almamış annelerin, DÖB alanlara göre doğumda daha fazla ölüm riski taşıdıkları, daha fazla erken doğum yaptıkları, daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları, bebeklerin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir<sup>13</sup>.

Normal ve doğal bir fizyolojik süreç olan gebelik dönemi boyunca, periyodik gebelik kontrolleri ve riskli gebeliklerin tespiti ile ana-çocuk sağlığı düzeyinde yükselmeler sağlanabilir<sup>14</sup>.

Doğum öncesi bakım ekonomik yarar da sağlamaktadır. Prenatal bakıma bir dolar harcamak, postpartum ve yenidoğan bakımına harcanan 1.50 dolara karşılık gelmektedir<sup>10</sup>.

### 2.1.1.DÜNYADA DÖB ALMA DURUMU

**Tablo 1. Dünyada DÖB hizmetlerinde var olan durum**

<b>Bölgeler</b>	<b>En az bir kez DÖB alan kadınlar (%)</b>
Az gelişmiş ülkeler	70.0
En az gelişmiş ülkeler	56.0
Türkiye	68.0
Dünya genelinde.	70.0

Kaynak: UNICEF([http://www.unicef.org/publications/files/SOWC\\_2005\\_\(English\).pdf](http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2005_(English).pdf))

Günümüzde tüm dünyadaki gebe kadınların ancak %70.0'ı gebelikleri boyunca en az bir kez bir sağlık personeli tarafından izlenmektedir (Tablo 1). Bu oran ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde en az bir izlem alan gebe oranı %98.0 iken az gelişmiş ülkelerde bu oran %65.0'dır<sup>15</sup>.

2004 yılında 19 yaş ve altındaki Nevadalı annelerin yaklaşık %44'ü gecikmiş bakım (2.ya da 3.trimester) ya da hiç prenatal bakım almamıştır. Tüm yaş gruplarında 11.3 olmasına karşın 15-17 yaş grubundaki gençlerde prenatal bakım ortalama sayısı 8.7'dir. Irk/etnik gruplarda, beyazlar büyük olasılıkla ilk trimesterde (%64.2) prenatal bakım almaktadır. İspanyollar %52.0, Yerli Amerikalılar %51.9, siyahlar (Afrikalı Amerikalılar) %51.7 ve Asyalılar %50.0 sıklıkta DÖB almaktadırlar<sup>16</sup>.

**Tablo 2. En az bir kez DÖB alanlarda bölgelere göre DÖB’in sayısı ve başlama zamanı**

	<b>4 ve üzeri DÖB alma (%)</b>	<b>İlk üç ayda DÖB almaya başlama (%)</b>
Sahra Altı Afrika	54.0	28.0
Uzak Doğu/Kuzey Afrika	55.0	65.0
Asya	50.0	48.0
Latin Amerika/Karayip	77.0	69.0

Kaynak: Antenatal care in developing countries promises, achievements and opportunities, an analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001.

Latin Amerika’da pek çok kadın dört ve üzerinde DÖB almaktadır. Özellikle Brezilya, Kolombiya, Dominik Cumhuriyeti ve Guatemala’daki yüksek oranlar bölge ortalamasını da yükseltmektedir. Sahra Altı Afrika’da kadınların yalnızca dörtte biri, Asya’da ise yarısı ilk üç ayda sağlık hizmeti almaya başlamaktadır (Tablo 2).

### 2.1.2.TÜRKİYE’DE DÖB ALMA DURUMU

Türkiye nüfusunun kabaca beşte birini doğurgan çağıdaki kadınlar (15-49 yaş grubu), beşte birini de 0-6 yaşları arasındakiler oluşturur. Yani, Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri nüfusumuzun % 40’ına götürülen hizmetlerdir<sup>12</sup>.

**Tablo 3. Türkiye’de DÖB alma durumu ve DÖB sayısı, 1993, 1998, 2003**

	<b>1993 (%)</b>	<b>1998 (%)</b>	<b>2003 (%)*</b>
<b>DÖB alma durumu</b>			
Bakım almayan	37.0	31.5	18.6
Bakım alan	62.3	68.1	81.1
Bilmiyor/Yanıtsız	0.7	0.4	0.2
<b>DÖB sayısı</b>			
DÖB almamış	37.0	31.5	18.6
1–3	26.5	24.8	26.4
4+	35.9	42.0	53.9
Bilmiyor/Yanıtsız	0.7	1.7	0.9
DÖB sayısı (Ortanca)	4.7	4.2	**

\* Son beş yıldaki son doğuma ilişkin verileri içermektedir. \*\* Veri yok

1993 ve 1998 TNSA’nda son beş yıl içindeki tüm canlı doğumlar için değerlendirme yapılırken, 2003 yılında sadece son canlı doğum için değerlendirilme yapılmıştır. 2003 TNSA verilerine göre annelerin %81.1’i en az bir kez doğum öncesi bakım almıştır. 1993 ve 1998 TNSA sonuçları ile karşılaştırıldığında DÖB alanların oranında belirgin bir artış olmuştur (Tablo 3).

2003 yılı verisinde DÖB alma durumu için son beş yıl içindeki tüm canlı doğumlar dikkate alınarak düzeltme yapıldığında oran %77.0'a düşmüştür<sup>17</sup>.

Dört ve üzerinde bakım alan kadınların oranı ise yıllar içinde bir miktar artmakla birlikte istenilen düzeyde değildir. Dört ve üzeri DÖB alma açısından kır-kent arasında belirgin fark görülmektedir. Bu oran kentte %63.7 iken kırdaki %32.5'tir. Doğum öncesi bakım sayısı ortancası 1993'te 4.7 iken 1998 yılında 4.2 olarak bulunmuştur<sup>17</sup> (Tablo 3).

**Tablo 4. Türkiye'de DÖB almada ilk izlem zamanı (%) (TNSA 2003)**

İlk izlem zamanı	Toplam	Kent	Kır
<4. ay	57.5	66.5	37.8
4-5 ay	13.8	13.5	14.6
6-7 ay	7.2	6.2	9.6
8+	2.3	2.0	2.9
<b>DÖB başlama zamanı (Ortanca)</b>	<b>2.8</b>	<b>2.6</b>	<b>3.5</b>

DÖB alanların büyük bir bölümü altı aydan önce bu hizmeti almaya başlamışlardır. 1998 yılında kadınların %68.5'i ilk üç ay içinde DÖB almaya başlamışken 2003 yılında bu oran %57.5'e düşmüştür. Kent ve kır arasında ilk trimesterde bakım alma oranında yarı yarıya fark vardır. Doğum öncesi bakıma başlama zamanının ortanca değeri 2.8 aydır<sup>17,18</sup> (Tablo 4).

**Tablo 5. Bazı temel özelliklere göre DÖB alma durumlarının dağılımı, 2003**

<b>Özellik</b>	<b>Doğum Öncesi Bakım Alma (%)</b>
<b>Doğumda anne yaşı</b>	
< 20	85.3
20–34	81.8
35–49	69.4
<b>Annenin eğitim durumu</b>	
Eğitimi yok/ilkokul bitirmemiş	53.4
İlkokul mezunu	84.0
Ortaokul mezunu	94.3
Lise ve üzeri	98.6
<b>Doğum sırası</b>	
1	92.9
2–3	83.9
4–5	63.7
6+	48.7
<b>Yerleşim yeri</b>	
Kır	65.3
Kent	88.1

Doğum öncesi bakımın alınmasında kadınların temel özelliklerine göre belirgin farklar bulunmaktadır. Diğer taraftan gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar, tüm doğumların %22'sini oluşturmaktadır<sup>5</sup>. Genç anneler, 35 yaş ve üzerindekiyle karşılaştırıldığında daha fazla doğum öncesi bakım almaktadırlar. Eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alma oranı da arttığı görülmektedir. En az lise eğitimi almış kadınların neredeyse tamamı doğum öncesi bakım almışken ilkokulu bitirmemiş olanların yalnızca yarısı doğum öncesi bakım almıştır. Doğum öncesi bakım alma oranı doğumun sırasına göre de belirgin farklılık göstermektedir. Doğum sırası arttıkça doğum öncesi bakım alma oranı azalmaktadır. İlk doğumunu yapan kadınların doğum öncesi bakım alma oranı altıncı ve sonraki doğumlarını yapanların yaklaşık iki katıdır. Ülkede doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma konusunda bölgeler ve yerleşim birimleri arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Kırsal alanda ve ülkenin doğusunda yaşayan kadınlar daha az doğum öncesi bakım almaktadır. Doğu Anadolu'daki kadınların %39'u hiçbir doğum öncesi bakım hizmeti almazken Batı Anadolu'da bu oran %9'dur<sup>5,17</sup>.

## 2.2.DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinde temel birim sağlık ocaklarıdır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetlerin yürütülmesine dair yönergeye (154 sayılı yönerge) göre sağlık ocaklarında verilecek hizmetler şunlardır<sup>12</sup>:

- Ana ve çocuk sağlığı
- Aile planlaması
- Sıtma savaşı
- Verem savaşı
- Frengi ve lepra savaşı
- Trahom savaşı
- Çevre sağlığının düzeltilmesi
- Halkın sağlık eğitimi
- Aşı uygulamaları
- Diğer bulaşıcı hastalıklarla savaş
- Poliklinik hizmetleri
- Evde hasta bakımı
- Laboratuvar işleri
- İlk ve acil yardım
- Okul sağlığı
- Ücretsiz ilaçların dağıtımı
- İlaç satımı
- Hizmet içi eğitim işleri
- İstatistik işleri
- Yazı işleri
- Ayniyat işleri
- Sosyal yardım işleri
- Toplum kalkınması çalışmalarına yardım
- Gezi işleri
- Yapılması gerekli öteki işler
- Preparat, serum ve öteki materyalin gönderilmesi

Ülkemizde halen sağlık hizmetlerini düzenleyen kanun; 12.01.1961 tarihinde yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'dur. Bu kanunun uygulamasına yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından 20.12.2001 tarih ve 8597 sayı ile yayınlanan "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge"de ebenin gebe sağlığıyla ilgili görevleri şu şekilde tanımlanmıştır<sup>19</sup>.

### *a) Doğum öncesi bakım hizmetleri*

Doğum öncesi bakım, anne ve fetüsün gebelik süresince, düzenli aralıklarla muayene edilip uygun önerilerde bulunularak izlenmesidir. Doğum öncesi bakım ebelerin başlıca görevlerindedir. Bu konuda hemşire ve hekimler de görev alırlar.

Doğum öncesi bakımda şu hususların üzerinde durulmalıdır:

– Gebelik tespit edildikten sonra, gebe, gebeliği tespit eden ebe ile birlikte hekim tarafından görülür ve gerekli muayeneler yapılır.

– Anne adayını gebelik, genel hijyen, beslenme, hareket, dinlenme, tetanoza karşı bağışıklanma, doğumun sağlık kuruluşlarında ya da sağlık personelinin yardımıyla yapılması konularında bilgilendirilir ve eğitilir.

– Anne adayını doğumdan sonra kullanacağı aile planlaması yöntemleri konusunda eğitilir.

– Anne adayını, yeni doğacak bebeğin bakımı konusunda eğitilir.



- Anne adayını emzirme teknikleri konusunda bilgilendirilip, emzirmeye hazır hale getirilmelidir.
- Anne adayını psikolojik ve sosyal bakımdan doğuma hazır hale getirilir.
- Anneye olası sistemik hastalıklar hakkında bilgi verilir ve gerektiğinde sağlık ocağı hekimine sevk edilir.
- Anne adayını, gebeliğinin 12’inci haftasına kadar saptanıp kendisi ile ilgili bir “gebe izleme kartı” çıkartılır.
- Bundan sonra doğuma kadar, en az aşağıdaki sıklıkta izlenir:

<i>Gebelik haftası</i>	<i>İzleme sıklığı</i>
12 inci haftaya kadar	Tespit ve ilk izleme
24’üncü hafta (6’ıncı ay)	Bir kez
28’inci hafta (7’inci ay)	Bir kez
32’inci hafta (8’inci ay)	Bir kez
36’nci hafta (9’uncu ay)	Bir kez
39’uncu hafta (10’uncu ay)	Bir kez

Buna göre, her gebe doğum öncesi dönemde en az 6 kez izlenmiş olur. Ancak, kendisi ya da bebeği ile ilgili riskli (tehlikeli) bir durum saptananların daha sık izlenmesi gereklidir.

– Doğum öncesi dönemde, her ziyarette gebenin kan basıncı ve hemoglobini (Hgb) ölçülür, idrarda protein araştırılır, pretibial bölgede ödem olup olmadığına bakılır. Gebede anemi, preeklampsi, vajinal kanama, baş-pelvis uyumsuzluğu, kan grubu uyumsuzluğu, çoğul gebelik ve sistemik bir hastalık olup olmadığı araştırılır. Bebeğin geliş pozisyonu belirlenir ve anne tartılır. Gebe kadınlar yukarıda belirtilen konularda eğitilir ve kuşkulu durumlarda ocak hekimine sevk edilir.

Ebe’nin yukarıda belirtilen hizmetlere ilişkin **Gebe-Lohusa İzleme Fişi**’ni nasıl dolduracağı ve nasıl kontrol edileceği de ayrıntılı olarak belirlenmiştir:

**Madde 147** - Ebe, saptadığı bütün gebeler için bu formu doldurur. Kadının her gebeliği için ayrı bir form hazırlanır. Ebe kaydettiği gebelerin ilk ziyaretini ve kontrolünü yapar, gebeyi sağlık ocağına davet edip, hekimle birlikte sistemik ve jinekolojik muayenesini yaparak gebe takip ve muayene kartını hekime imzalatır. Formlar, ebe bölgesine ve adrese göre alfabetik sırayla bir zarfın içinde saklanır. Gebe takip ve muayene kartındaki bilgiler Ebe Aylık Çalışma Formunun kaynağını oluşturur.

Kadının doğum tarihi, öğrenim durumu, işi, evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı, toplam gebelik ve doğum sayısı, yaşayan ve ölen çocuk sayısı, varsa sistemik hastalığı, eşinin adı, eşiyle akrabalığı olup olmadığı ve varsa akrabalık derecesi ayrıntılı olarak sorgulanır. Varsa gebelikten önce kullandığı aile planlaması yöntemi de ilgili bölümde belirtilmelidir. Pelvis durumu, kadının ve eşinin kan grupları saptanır ve kaydedilir.

Gebeliğin sonucu ve tarihi, doğumun nerede, nasıl ve kimin tarafından yaptırıldığı, doğan bebekle ilgili bilgiler, doğuştan şekil bozuklukları (ayrıntılılarıyla) ve karşılaşılmış problemler ayrıntılı olarak kaydedilir.

Tetanoz aşılı bölümler kartın arka yüzünde yer alır. Buraya yapılan ya da daha önce yapılmış olan tetanoz aşılı kaydedilir.

İzleme ve öğütler, formun arka yüzünde yer alır. Gebenin ilk izlenmesi sırasında formun arka yüzünün üstündeki ilgili bölümlere risk durumu, son adet tarihi, beklenen doğum tarihi kaydedilir.

Bulguları normal olan bir gebe, biri tespit olmak üzere toplam 6 kez izlenmiş olacaktır. Ancak, risk durumu göz önüne alınarak izleme sıklığının ne olması gerektiği hekim ile birlikte saptanmalıdır. İzleme sırasında gebeye sağlık bakımı, sağlıklı doğum koşulları ve bebek bakımı konusunda eğitimler verilir. Doğum sonrası olası sorunları önlemek için, özellikle meme bakımı, emzirme tekniği, beslenme, bebek beslenmesi ve aile planlaması konusunda danışmanlık yapılması önemlidir. Her satıra bir izlem kaydedilir. İzlemin yapıldığı günün tarihi yazıldıktan sonra gebeliğin kaçınıcı haftası olduğu saptanır ve kaydedilir. Sütun başlıklarında yazan tetkik ve muayeneler yapılır ve ilgili sütuna kaydedilir. Geliş biçimi doğuma yakın haftalarda mutlaka saptanmalı ve kaydedilmelidir. Çünkü doğum hakkında verilecek kararı en çok etkileyecek faktörlerden birisi bebeğin geliş biçimidir.

Gebe takip ve muayene fişi doğumdan sonra Lohusalık döneminde de kullanılır. Doğum yapan kadınların Gebe ve Lohusa İzleme Kartları ayrı bir dosya içinde saklanır. Kadının bir sonraki gebeliğinde bu karttaki bilgiler gerekli olacaktır. Göç edenlerin formları ise Kişisel Sağlık Fişleri ile birlikte gittikleri yere yollanır.

Gebe-Lohusa İzleme Fişi ile birlikte tüm kayıtların doğru ve eksiksiz tutulması hizmetin planlanması ve toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesinde önemlidir. Bu nedenle kayıtlar konusunda Sağlık Ocağındaki tüm çalışanların özen göstermesi zorunludur.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan ölçütlerin büyük çoğunluğu yalnızca büyüklük ve kapsayıcılığı gösteren, ancak hizmetlerin etkililiği ve niteliği konusunda yeterli fikir vermeyen ölçütlerdir. Örneğin; bir bölgedeki gebe ya da çocuk izlem sayısı, yalnızca, o bölgedeki izlem sayılarını gösterir. Gebe ya da çocuklara verilen izlemlerin etkililiği ya da niteliği konusunda bir fikir vermez. Bu nedenle de, yalnızca izlem sayılarının yüksekliğine bakılarak hizmetlerde başarılı olduğu sonucu çıkarılamaz<sup>20</sup>.

Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı, Gebe izlemlerinin niceliğini ve niteliğini etkileyen bir ölçüttür. Gebelerin ortalama kaç kez izlendiğini gösterir. Büyüklük gösteren bir ölçüt olup, hizmet etkililiği ve kalitesi hakkında bir fikir vermez. Toplumun sağlık bilinç düzeyi, ulaştırma koşulları ile personelin niceliği ve niteliğinden etkilenir. Büyüklüğü (3 ile 9 arasında) değişir. Büyümesi sağlık birimi ve personelinin başarısının yükseldiğini gösterir. Değişikliğin küçülme yönünde olması halinde, bu düşüşe neden olabilecek sorunlar irdelenerek çözümü yoluna gidilir<sup>20</sup>.

### **3. AMAÇLAR**

1. Gebelere ilişkin izlemlerin nicelik ve nitelik açısından yeterliliğini incelemek, kayıtlardaki eksiklikleri ortaya çıkarmak,
2. Gebe izlemlerinin değerlendirilmesinde standart bir nitelik ölçütü belirlemek, bu ölçüte göre nitelik düzeyini belirlemek,
3. Fişlerin niteliğini etkileyen ebeye ve gebeye ilişkin özelliklerin etkisini incelemek.

### **4. YÖNTEM**

**4.1. Araştırmanın Tipi:** Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır.

**4.2. Araştırmanın Bölgesi:** Araştırma Manisa İli Merkez 11 adet (1-11 Nolu) Sağlık Ocağı'nda yapılmıştır.

**4.3. Araştırmanın Evreni:** Araştırma evrenini, 01.01 / 31.12.2006 tarihleri arasında merkez 11 adet sağlık ocağı tarafından izlemi tamamlanmış gebelere ilişkin Gebe-Lohusa İzleme Fişleri oluşturmaktadır. Evreni belirlemek için 2005 yılı 0 yaş grubu bebek sayısı (4,132) hedef alınmıştır.

**4.4. Araştırmanın Örneği ve Örnek Seçimi:** Evren, sağlık ocaklarında eşit dağılım göstermemektedir. Bu nedenle sağlık ocaklarından değerlendirmeye alınacak fiş sayısını belirlemede tabakalı örnekleme yönteminden yararlanılmıştır.

2003 TNSA'ya göre kentte doğum öncesi bakım alınan ilk gebelik ayı %66.5 ile 4 ve daha önceki aylardır. Kentte doğum öncesi bakım alanlarda ilk ziyaret sırasında ortalama gebelik ayı 2.6'dır<sup>17</sup>. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması (MNSA) 2005 verilerine göre doğum öncesi bakım alınan ilk gebelik ayı %82.7 ile 6.aydan önceki aylardır. Doğum öncesi bakım alanlarda ilk ziyaret sırasında ortalama gebelik ayı 2'dir<sup>21</sup>.

MNSA 2005 verilerine göre Manisa merkezde canlı doğumlar içinde erken doğum yapma oranı %7.8'dir<sup>21</sup>. Yine bu oran Manisa Sağlık Müdürlüğü 2005 İstatistik Yıllığı verilerine göre İl genelinde %0.75 bulunmuştur<sup>22</sup>.

Bu çalışmalar ışığında, gebe izlemlerinin sağlık ocakları ve ebelerin çalışmalarını tam anlamıyla yansıtması amacıyla ilk izlemi en geç 12.haftada başlamış ve en az 32.haftaya dek izlemi devam etmiş fişler çalışma kapsamına alınmıştır. Bu özelliği taşımayan fişler atlanarak örnek tamamlanmaya dek seçime devam edilmiştir.

Örnek büyüklüğü, niteliksiz hizmet oranı %20 (DÖB almama) uygun bulunulabilir oran %25 alınarak Epi Info 2002 programı yardımıyla %95 Güven Aralığı'nda 232 olarak belirlenmiştir.

Nitelik Puanı Oluşturma: Gebe-Lohusa İzleme Fişinde gebe izleminin niteliğini etkileyen ölçütlerin her birinin fişlerde doldurulup doldurulmadığı incelenmiş, her bir nitelik eşit ağırlıklı kabul edilerek, bilgi olanlar 1 puan, olmayanlar 0 puan üzerinden; toplam 10 puan üzerinden değerlendirilerek her bir fişin toplam nitelik puanı hesaplanmıştır. Fişler, nitelik puanı ortalamasının altı ve üstü olarak “nitelikli ve nitelikli değil” olarak gruplandırmaya alınmıştır.

Ebelerin Özelliklerinin Belirlenmesi: Manisa Merkez sağlık ocaklarından örneğe çıkan fişleri dolduran/izleyen ebelerin özelliklerinin yüz yüze anket uygulama yöntemiyle belirlenmesi.

Form 005-Gebe-Lohusa İzleme Fişlerinin Değerlendirilmesi: Manisa Merkez sağlık ocaklarında 2006 yılında izlemi tamamlanmış Gebe-Lohusa İzleme Fişlerinden tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen fişlerin yapılandırılmış değerlendirme formuna göre incelenmesi.

**Tablo 6. Tabakalı örnekleme yöntemi ile örnek seçimi ve örnek aralığı**

SAĞLIK OCAĞI	EVREN (0 YAŞ GRUBU NÜFUS)	SO.0 YAŞ GRUBUNUN TOPLAM 0 YAŞ GRUBUNA ORANI	SEÇİLECEK FİŞ SAYISI	ÖRNEK ARALIĞI
MERKEZ 1 NOLU SO	449	11	25	18
MERKEZ 2 NOLU SO	315	8	18	
MERKEZ 3 NOLU SO	519	13	29	
MERKEZ 4 NOLU SO	423	10	24	
MERKEZ 5 NOLU SO	335	8	19	
MERKEZ 6 NOLU SO	570	14	32	
MERKEZ 7 NOLU SO	421	10	24	
MERKEZ 8 NOLU SO	449	11	25	
MERKEZ 9 NOLU SO	182	4	10	
MERKEZ 10 NOLU SO	291	7	16	
MERKEZ 11 NOLU S. O.	178	4	10	
TOPLAM	4,132	100.0	232	

Tablo 6'da 232 olan örnek büyüklüğünün sağlık ocaklarına göre dağılımı yer almaktadır. 2006 yılında merkez sağlık ocakları tarafından izlemi tamamlanmış gebe sayısına ulaşamayacağından bu veriyi sağlayacak en yakın ölçütlerden biri olan 2005 yılı 0 yaş grubu bebek sayısı (4,132) alınmıştır<sup>22</sup>. 1.aşamada; sağlık ocaklarının 0 yaş grubu bebek sayısının toplam 0 yaş grubundaki yüzdelik dağılımları belirlenmiştir. Daha sonra bulunan yüzdelik

dilimleri toplam örnek sayısına orantılanarak her bir sağlık ocağına dűŖen fiŖ sayıları bulunmuŖtur. Üçüncü aŖamada; sistematik örnekleme yöntemi ile incelenecek fiŖ sayısı evrene oranlanarak, 1/18 oranı ile fiŖlerin seçilmesi sonucuna varılmıŖtır. Örneđe alınan formlar, her sağlık ocağında ebelerden rasgele bir sayı söylenmesi istenerek toplanan formlardan 1/18 oranında sayılarak seçilmiŖtir (Tablo 6).

#### **4.5. DeđiŖkenler**

##### **4.5.1. Bağımsız DeđiŖkenler**

###### **Gebe deđiŖkenleri:**

1. Öğrenim durumu
2. İŖi
3. Evlenme yaŖı
4. İlk gebelik yaŖı
5. Canlı doğum sayısı
6. YaŖayan çocuk sayısı
7. Ölü doğum sayısı
8. DűŖük sayısı
9. Ölen çocuk sayısı
10. Risk durumu

###### **Ebe deđiŖkenleri:**

1. YaŖı
2. Medeni durum
3. En son bitirdiği okul
4. Mesleksel deneyim süresi
5. Manisa ilindeki deneyim süresi
6. Hizmet verdiği nüfus
7. Hizmet verdiği bölgede çalıŖma süresi
8. Hizmet verdiği bölgede oturma durumu
9. Hizmet verdiği bölgenin yerleŖim özelliği
10. Hizmet verdiği bölgenin kuruma uzaklığı
11. Hizmet verdiği bölgenin sosyo-ekonomik durumu
12. Hizmet içi eğitim alma durumu
13. Meslek ile ilgili süreli yayın takip etme durumu
14. Mesleğini sevme durumu
15. Ebe bölgesinde çalıŖma güdüsü
16. Son bir yıl içerisinde sağlık ocağı bölgesi dıŖında, geçici görev ile çalıŖma durumu

17. Son bir yıldır herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle sağlık ocağındaki görevinden uzak kalma
18. Gebe izlemlerinin yapıldığı yer
19. Çalışılan kurum içerisinde gebe izlem kartlarının hekimler tarafından denetlenme sıklığı
20. Bölgede bir hafta içerisinde mahalleye çıkma sıklığı

#### **4.5.2. Bağımlı Değişken**

Nitelik puanının hesaplanmasında aşağıda belirtilen niteliklerin her birinin fişlerde doldurulup doldurulmadığı incelenmiş, her bir nitelik eşit ağırlıklı kabul edilerek, bilgi olanlar 1 puan, olmayanlar 0 puan üzerinden; toplam 10 puan üzerinden değerlendirilerek her bir fişin toplam nitelik puanı hesaplanmıştır.

1. Gebenin doğum tarihinin izleme kartına işlenmiş olması
2. Gebe ve eşinin akrabalık öyküsünün izleme kartına işlenmiş olması
3. Gebenin ve eşinin kan grubu bilgisinin izleme kartına işlenmiş olması
4. Gebenin kaçınıcı gebeliği olduğunun izleme kartına işlenmiş olması
5. Gebenin sistemik hastalığının izleme kartına işlenmiş olması
6. Gebenin yeterli Tetanoz (TT) bağışıklamasının yapıldığı tarihlerin izleme kartına işlenmiş olması
7. Gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma tarihinin izleme kartına işlenmiş olması
8. Gebenin yeterli sayıda (gebenin en az 6 kez izlenmesi) izleminin yapılmış olması
9. Gebenin uygun izlem aralığı (gebenin ilk 12 haftada bir kez, 24-28-32-36-39.haftalarda olmak üzere toplam 6 kez izlenmesi) ile izleminin yapılmış olması
10. Her izlemede kontrollerin yapılmış olması

#### **4.6. Değişkenlerle İlgili Tanımlamalar:**

##### **4.6.1. Bağımsız Değişkenler**

**4.6.1.1. Gebe Değişkenleri İle İlgili Tanımlamalar:** Form 005'lerin doldurulma yüzdesini etkileyebileceği düşünülen gebeye ait değişkenler aşağıdaki ölçütlerle değerlendirilmiştir:

1. **Öğrenim durumu:** Gebenin öğrenim bilgisi olan 226 fiş, okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve yüksek öğrenim/üniversite mezunu olarak gruplandırılmıştır. Nitelik puanlarıyla ilgili değerlendirmelerde ise ilkokul altı ve ilkokul ve üstü olarak iki grupta değerlendirilmiştir.
2. **İşi:** Gebenin işi bilgisi olan 221 fiş, çalışıyor ve çalışmıyor biçiminde iki grup olarak değerlendirilmiştir.
3. **Evlenme yaşı:** gebenin evlenme yaşı bilgisi olan 209 fiş, 20'den küçük, 20-34 yaş arası ve 34'den büyük olmak üzere üç grupta, nitelik puanlarıyla ilgili değerlendirmelerde ise 29 yaş ve altı, 30 yaş ve üstü olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

4. **İlk gebelik yaşı:** gebenin yaşı bilgisi olan 208 fiş, 20'den küçük, 20-34 yaş arası ve 34'den büyük olmak üzere üç grupta, nitelik puanlarıyla ilgili değerlendirmelerde ise 29 yaş ve altı, 30 yaş ve üstü olarak iki grupta değerlendirilmiştir.
5. **Canlı doğum sayısı:** Gebenin canlı doğum sayısı bilgisi olan 214 fiş, 0, 1, 2, 3, 4 ve üstü olarak gruplandırılmış, nitelik puanlarıyla ilgili değerlendirmelerde ise 1 ve daha az, 1'den çok çocuk olarak iki grupta değerlendirilmiştir.
6. **Yaşayan çocuk sayısı:** Yaşayan çocuk sayısı bilgisi olan 225 fiş, 0, 1, 2, 3, 4 ve üstü olarak gruplandırılmıştır.
7. **Ölü doğum sayısı:** Gebenin ölü doğum sayısı bilgisi olan 225 fiş, 0, 1, 2, 3, 4 ve üstü olarak gruplandırılmıştır.
8. **Düşük sayısı:** Gebenin düşük sayısı bilgisi olan 222 fiş, 0, 1, 2, 3, 4 ve üstü olarak gruplandırılmıştır.
9. **Ölen çocuk sayısı:** Gebenin ölen çocuk sayısı bilgisi olan 221 fiş, 0, 1, 2, 3, 4 ve üstü olarak gruplandırılmıştır.
10. **Risk durumu:** Gebenin risk durumu bilgisi olan 38 fiş, risk durumu var ve yok biçiminde iki grupta değerlendirilmiştir.

#### **4.6.1.2. Ebe Değişkenleri İle İlgili Tanımlamalar:**

1. **Yaşı:** 30 yaş ve altı, 31-40 yaş arası ve 41 yaş ve üstü olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir. Nitelik değerlendirmesinde 30 yaş ve altı, 31 yaş ve üstü olarak gruplandırılmıştır.
2. **Medeni durum:** Evli, bekar ve bul, boşanmış ve diğer olmak üzere 3 grupta değerlendirilmiştir. Nitelik değerlendirmesinde evli ve bekar/dul/boşanmış olarak gruplandırılmıştır.
3. **En son bitirilen okul:** Sağlık Meslek Lisesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (Önlisans) olarak gruplandırılmıştır.
4. **Birinci basamakta mesleksi deneyim süresi:** Birinci basamakta çalışma süresi 4 ve 4'den az, 5-9 yıl, 10-14 yıl, 15-19 yıl ve 20 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Nitelik değerlendirmesinde 10 yıldan az, 10 yıl ve üstü olarak gruplandırılmıştır.
5. **Manisa İli'ndeki çalışma süresi :** 4 ve 4'den az, 5-9 yıl, 10-14 yıl, 15-19 yıl ve 20 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Nitelik değerlendirmesinde 10 yıldan az, 10 yıl ve üstü olarak gruplandırılmıştır.
6. **Hizmet verdiği nüfus:** 2000 ve altı, 2001-3000, 3001 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. 10-14 yıl, 15-19 yıl ve 20 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Nitelik değerlendirmesinde ise 3000 ve altı, 3001 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır.
7. **Hizmet verilen bölgede çalışma süresi:** 4 ve 4'den az, 5-9 yıl, 10-14 yıl, 15-19 yıl ve 20 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Nitelik değerlendirmesinde 10 yıldan az, 10 yıl ve üstü olarak gruplandırılmıştır.



8. **Hizmet verdiği bölgede oturma durumu:** Evet / Hayır olarak gruplandırılmıştır.
9. **Hizmet verdiği bölgenin yerleşim özelliği:** Kentsel ve Kırsal/gecekondu olarak gruplandırılmıştır.
10. **Hizmet verdiği bölgenin kuruma uzaklığı:** 1 km ve altı, 2 km ve üstü olarak gruplandırılmıştır.
11. **Hizmet verdiği bölgenin sosyo-ekonomik durumu:** Ebenin sosyo-ekonomik durum algısına göre Kötü / İyi / Orta olarak gruplandırılmıştır. Nitelik değerlendirmesinde iyi ve orta/kötü olarak gruplandırılmıştır.
12. **Hizmet içi eğitim alma durumu:** Herhangi bir eğitim alan ve almayan olarak gruplandırılmıştır.
13. **Meslek ile ilgili süreli yayın takip etme durumu:** Evet/ Hayır olarak gruplandırılmıştır.
14. **Mesleğini sevmeye durumu:** Hiç, Çok Az, Orta Derecede, Çokça ve Son Derece olarak gruplandırılmıştır. Nitelik değerlendirmesinde orta derecede ve üstü, hiç/çok az olarak gruplandırılmıştır.
15. **Hizmet bölgesinde çalışma güdüsü:** Hiç, Çok Az, Orta Derecede, Çokça ve Son Derece olarak gruplandırılmıştır. Nitelik değerlendirmesinde orta derecede ve üstü, hiç/çok az olarak gruplandırılmıştır.
16. **Son bir yıl içerisinde sağlık ocağı bölgesi dışında, geçici görev ile çalışma durumu:** Evet / Hayır olarak gruplandırılmıştır.
17. **Son bir yıldır herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle sağlık ocağındaki görevinden uzak kalma:** Evet / Hayır olarak gruplandırılmıştır.
18. **Gebe izlemlerinin nerede yapıldığı:** Evde ve Sağlık Ocağında olarak gruplandırılmıştır.
19. **Çalışılan kurum içerisinde gebe izlem kartlarının hekimler tarafından denetlenme sıklığı:** Hiç, Günlük, Haftada bir, On beş günde bir ve Ayda bir olmak üzere beş grupta değerlendirilmiştir. Nitelik değerlendirmesinde denetleniyor ve denetlenmiyor olarak gruplandırılmıştır.
20. **Bir hafta içerisinde bölgeye çıkma sıklığı:** Hiç, Bir kez, İki kez, Üç kez, Dört kez ve Her gün olmak üzere dört grupta değerlendirilmiştir. Nitelik değerlendirmesinde 3 gün ve altı, 4-5 gün olarak gruplandırılmıştır.

#### **4.6.2. Bağımlı Değişkenle İlgili Tanımlamalar:**

1. **Doğum tarihi:** Form 005'de gebenin yaşı bilgisi olan 230 fiş, 20'den küçük, 20-34 yaş arası ve 34'den büyük olmak üzere üç grupta, nitelik puanlarıyla ilgili değerlendirmelerde ise 29 yaş ve altı, 30 yaş ve üstü olarak iki grupta değerlendirilmiştir.
2. **Eşle akrabalık durumu:** Gebe ve eşinin akrabalık durumuyla ilgili bilgi olan 228 fiş, akrabalık var ve akrabalık yok biçiminde iki grup olarak değerlendirilmiştir.
3. **Gebenin kan grubu-Rh:** Gebenin kan grubu bilgisi olan 193 fiş, kan grubu var ve yok biçiminde iki grup olarak değerlendirilmiştir.

4. **Eşinin kan grubu-Rh:** Gebenin eşinin bilgisi olan 154 fiş, kan grubu var ve yok biçiminde iki grupta değerlendirilmiştir.
5. **Kaçıncı gebeliği olduğu:** Gebenin kaçınıcı gebeliği olduğu bilgisi olan 232 fiş, 1, 2, 3, 4 ve üstü olarak gruplandırılacak, nitelik puanlarıyla ilgili değerlendirmelerde ise 1 ve 1'den çok gebelik olarak iki grupta değerlendirilmiştir.
6. **Gebelik öncesi sistemik hastalığı:** Gebenin gebelik öncesi sistemik hastalığı bilgisi olan 198 fiş, sistemik hastalığı bilgisi var ve yok biçiminde iki grup olarak değerlendirilmiştir.
7. **Tetanoz aşısı:** Daha öncesinde Tetanoz aşılama öyküsü olmayan kadının iki doz aşı olması gerektiği kabul edilerek, hiç aşılammışsa "aşısız", bir doz aşı yapılmışsa "eksik aşı", iki doz aşı yapılmışsa "tam aşı" olarak alınmıştır. Gebenin Tetanoz aşılama bilgisi olan 232 fiş, aşısız/eksik aşı ve tam aşı biçiminde iki grupta değerlendirilmiştir. "Tam aşı" olma durumu, nitelik değerlendirmesinde "yeterli TT bağışıklaması" olarak alınmıştır.
8. **Bir önceki gebeliğin sonlanma tarihi:** Gebenin bir önceki gebeliğin sonlanma tarihi bilgisi olan 164 fiş, bir önceki gebeliğin sonlanma tarihi bilgisi var ve yok olarak değerlendirilmiştir.
9. **İzlem sayısı:** Fişlerde izlem bölümünde yazılmış toplam izlem sayıları değerlendirilmiştir. Nitelik puanlarıyla ilgili hesaplamada 5 izlem ve altı "yetersiz izlem", 6 izlem ve üstü "yeterli izlem" olarak iki grupta değerlendirilmiştir. "evde yok, not bırakıldı" gibi ifadeler bulunan izlemler sayılmamıştır.
10. **İzlem aralıkları:** Fişlerde izlem bölümündeki izlem aralıkları 12.hafta ve öncesi, 13-24, 25-28, 29-32, 33-36 ve 39.hafta ve üzeri olarak 6 grupta değerlendirilmiştir. Nitelik puanı hesaplamasında belirtilen aralıklarla izlenmişse "uygun", izlenmemişse "uygun değil" olarak değerlendirilmiştir.
11. **İzlemde yapılan kontroller:** Her bir izlemde yapılan kontroller (ağırlık, kan basıncı, ödem, varis, idrarda protein, hemoglobin, çocuk kalp sesleri) "var" ve "yok" olarak değerlendirilmiştir. Nitelik ölçütlerinden her izlemde kontrollerin yapılmış olma bilgisi, Antenatal Kılavuzuna göre ÇKS 11-14.gebelik haftaları içerisinde kontrol edilmeye başlandığından bu ölçüt değerlendirilmeye alınmış, geliş biçimi 36.gebelik haftasında kontrol edilmeye başlandığından değerlendirilmeye alınmamıştır<sup>9</sup>.

**4.7. Veri Toplama Yöntemi:** Çalışmada veriler, 2006 Aralık ayı sonu itibari ile Manisa Merkez sağlık ocakları tarafından izlenen 232 gebeye ait izlemi tamamlanmış Gebe-Lohusa İzleme Fişlerinin (Form 005) lohusa bilgileri dışındaki bilgilerin incelenmesi ve bu fişleri dolduran ebeler anket uygulanması yoluyla elde edilmiştir.

**4.8. Verilerin Analizi:** Gebe-Lohusa İzleme Fişi'ndeki tüm bilgi kutucukları birer veri kaynağı olarak alınmış ve her birinin içerdiği bilgiler değişken ölçütlerine göre kodlanmıştır.

Gebe izlemlerinin değerlendirilmesinde standart bir uygulama sağlayabilmek amacıyla uygun nitelik ölçütleri belirlenip, veriler ayrıca bu ölçütler doğrultusunda da değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde istatistik program olarak SPSS 10.0 for Windows ve Epi Info 2002 Statcalc kullanılmıştır. Analiz yöntemi olarak gruplar arası karşılaştırma ve nitelik ölçütlerinin değişkenlere göre dağılımı Ki kare, Fisher'in Kesin Testi ile yapılmıştır. Ebe ve gebe değişkenleri ile nitelik ölçütlerinin karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplarda t Testi ve Lojistik Regresyon kullanılmıştır. Test sonuçları %95 güven aralığında değerlendirilmiştir. Ortalamalar aritmetik ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.

Dört gözlü düzenlerde Ki kare uygulanmış, gözlerden birinde 5'ten küçük beklenen değer bulunduğu durumlarda Fisher'in Kesin Testi dikkate alınarak anlamlılık değerlendirilmiştir<sup>23</sup>.

**4.9. Araştırmanın Zaman Düzenneği:** Konu seçimi Eylül 2006 tarihinde yapılmış, üç aylık ön çalışmanın ardından, Ocak-Mart 2007 tarihleri arasında veri toplanmıştır. Veri girişine veri toplama aşamasında başlanmış olup Mayıs 2007'de de tamamlanmıştır. Verinin analizi Haziran-Ağustos 2007 tarihleri arasında yapılmış, tezin yazım aşaması da Kasım 2007'de bitirilmiştir.

	2006				2007											
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Konu Seçimi	■															
Kaynak İnceleme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Hazırlık-Ön çalışma		■	■	■												
Veri Toplama					■	■	■									
Veri Girişi -Değerlendirme						■	■	■								
Çözümleme										■	■	■				
Yazım													■	■	■	

#### **4.10. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları:**

Doğum öncesi bakım hizmetlerine ilişkin çok sayıda araştırma vardır. Bu çalışmada doğum öncesi bakım hizmeti kullanımının değerlendirilmesine yönelik olarak nitelik değerlendirilmesi yapılmaya çalışılmıştır. Gebe izlemlerine dikkat çekerek niteliğinin geliştirilmesi, gebe izlemlerinin değerlendirilmesinde standart bir uygulama sağlayabilmek amacıyla uygun nitelik ölçütü belirlemek hedeflenmiştir.

Araştırma verisi tek bir araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bu da araştırma verisinin tutarlılığını artırması açısından önemlidir.

Çalışma bir kayıt araştırmasıdır. Gebe izleme fişlerine ebelerin yaptıkları kayıtlar değerlendirilmiştir. Niteliğin sahada karşılaştırmasının yapılmaması bir kısıtlılıktır.

Araştırmada elde edilen bilgiler sağlık ocağı kayıtlarından elde edildiği için araştırma bu kayıt verileriyle ve bu kayıtları yapan personelin hatalarıyla sınırlıdır. Düzenli bir arşiv sisteminin olmaması nedeniyle tüm kayıtlara ulaşılamaması istemeden bir yan tutmaya yol açmış olabilir.

## **5. BULGULAR**

### **5.1. Form 005 Gebe-Lohusa İzleme Fişleri'nin Doldurulmasına İlişkin Bulgular**

Form 005 Gebe-Lohusa İzleme Fişi'nin doldurulma oranları Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7. Form 005 Gebe-Lohusa İzleme Fişi'nin doldurulma oranları**

<b>Bilgi kutucuğu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Bilgi kutucuğu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Muhtarlık	224	96.6	Son adet tarihi	224	96.6
Doğum tarihi	230	99.1	Beklenen doğum tarihi	215	92.7
Öğrenim durumu	226	97.4	Gebenin kan grubu	193	83.2
Çalışma durumu*	221	99.6	Eşinin kan grubu	154	66.4
Akrabalık derecesi	228	98.3	Önceki gebeliğin sonlanma tarihi	164	70.7
Boyu*	222	100.0	Tetanoz aşısının yapıldığı tarihler	232	100.0
Evlenme yaşı*	209	94.1	Kurumu	203	87.5
İlk gebelik yaşı*	208	93.7	Sağlık evi	177	76.3
Gebelik sayısı	232	100.0	Düzenlendiği tarih	217	93.5
Canlı doğum sayısı*	214	96.4	Sıra no*	0	0.0
Yaşayan çocuk sayısı	225	97.0	Sokak	229	98.7
Ölü doğum sayısı	225	97.0	Telefon no	202	87.1
Düşük sayısı	222	95.7	Ebenin adı soyadı	223	96.1
Ölen çocuk sayısı	221	95.3	Ebenin imzası	220	94.8
Gebelik öncesi sist. hast.	198	85.3	Hekimin adı soyadı	146	62.9
Risk durumu*	38	17.1	Hekimin imzası	142	61.2
<b>Genel doldurulma sıklığı</b>				<b>85.3</b>	

\* 10 adet fişte (%4.3) bu bölüm yer almamaktadır.

Tablo 7'de belirtilen Gebe-Lohusa İzleme Fişleri'ndeki tüm bilgilerin doldurulma sıklığının ortalaması, genel doldurulma sıklığı olarak tanımlanmıştır. Bu bilgiler incelendiğinde, gebenin boyu, gebelik sayısı, tetanoz aşısının yapıldığı tarih bilgileri %100.0 ile en fazla doldurulan kutucuklardır. Risk durumu (%17.1), gebenin (%83.2) ve eşinin kan grubu (%66.4), önceki gebeliğin sonlanma tarihi (%70.7), sağlık evi (%76.3), sıra no (%0.0), hekimin adı soyadı (%62.9) ve imzası (%61.2), genel doldurulma sıklığı olan %85.3'ün altında kalmıştır (**Tablo 7**).

### **5.2. Gebelerin Sosyo-demografik ve Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular**

Form 005'den edinilen bilgilere göre gebelerin sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri aşağıda açıklanmıştır.

Gebelerin %60.8'i kentsel yerleşimli, % 39.2'sinin ise kırsal/gecekondu yerleşimlidir.

Gebenin yaşı bilgisi olanların (n=230) %87.4'ü 20-34 yaş arasında (n=201) yer almaktadır. Gebelerin %3.9'u 20 yaşın altındayken, 35 yaş ve üstü gebeler %8.7'dir. Gebelerin yaş ortalaması  $27.0 \pm 5.1$ 'dir. En genç gebe 17, en yaşlı anne 55 yaşındadır.

Annelerin %7.5'inin okur yazar olmadığı, %1.3'nün okur yazar olduğu, % 59.3 (n=134) ile en büyük grubu ilkokul mezunlarının oluşturduğu görülmektedir. Ortaokul mezunlarının %8.0, lise mezunlarının %18.1 ve üniversite mezunlarının %5.8'lik bir grup oluşturduğu belirlenmiştir.

Akrabalık bilgisi soruşturulanların (n=228) %11.0'ında akrabalık olduğu öğrenilmiştir.

Gebelerin %11.3'ü herhangi bir işte çalışmakta (memur/işçi), %88.7'sinin ise ev hanımı olduğu görülmektedir (n=221).

Gebelerin %32.5'i 19 yaş ve altında, %67.5'i (n=141) 20-34 yaş arasında evlendiği görülmektedir. Gebelerin evlenme yaşı ortalaması  $21.0 \pm 3.4$ 'dür. En genç evlilik 14 yaşında yapılmışken en yaşlı evlilik 34 yaşında gerçekleşmiştir.

Gebelerin %23.6'sının ilk gebeliklerini 20 yaşından önce, %75.5'inin (n=157) ise 20-34 yaşları arasında geçirdikleri görülmektedir. Gebelerin ilk gebelik yaşı ortalaması  $22.2 \pm 4.0$ 'dür. İlk gebelik en genç 15 yaşında gerçekleşmişken en yaşlı 46 yaşında gerçekleşmiştir.

Gebelerin gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısı bilgileri incelendiğinde, %44.0'ının (n=102) 1 gebelik geçirdiği, %47.2'sinin (n=101) hiç canlı doğum yapmadığı ve %49.3'ünün hiç yaşayan çocuk öyküsü olmadığı görülmektedir. Gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısı 4 ve üzerinde olan gebelerin oranı ise sırasıyla, %10.3, %2.3, %1.8'dir. Gebelik sayısı ortalaması  $2.0 \pm 1.4$ , canlı doğum sayısı ortalaması  $1.4 \pm 0.9$ , yaşayan çocuk sayısı ortalaması  $1.4 \pm 0.8$ 'dir. Ölü doğum öyküsüne bakıldığında %2.6'sının 1 ve daha fazla ölü doğum yaptığı, düşük öyküsünde ise %18.9'unun 1 ve daha fazla düşük yaptığı, %1.4'ünün 1 ve daha fazla çocuğunun öldüğü görülmektedir.

Gebe İzleme Fişlerinin sistemik hastalık kutucuğu doldurulanların %93.9'unda (n=186) herhangi bir sistemik hastalık belirtilmemiştir. Fişlerin %6.1'inde belirtilen gebelik öncesi sistemik hastalık bilgisinde ilk sıralarda, boşaltım (böbrek hst.), dolaşım (hipotansiyon, kalp kapakçığında çökme) ve solunum (astım, tbc) sistemi hastalıkları gözlenmektedir.

Form 005'lerin %17.1'inde (n=38) gebeliğin risk durumu belirtilmiştir. Risk durumu belirtilenlerin %92.1'inde herhangi bir risk faktörü (var) tanımlanmıştır. Risk durumu "var"

olarak sınıflandırılanlar arasında ilk sıraları, sık gebelik aralığı, kan uyuşmazlığı, ilk gebelik, düşük öyküsü almaktadır.

### **5.3.Ebelerin Sosyo-demografik ve Hizmet Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular**

Örneğe çıkan Form 005'leri dolduran ebelerden (n=60) edinilen bilgilere göre sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri aşağıda açıklanmıştır.

Ebelerin %53.3'ü 31-40 yaş arasındadır. Ebelerin yaş ortalaması  $36.4 \pm 5.9$ 'dur. En genç ebe 26 yaşında iken, en yaşlısı 52 yaşındadır.

%91.7'sinin evli, %54.2'sinin iki yıllık yüksek öğrenimli olduğu görülmektedir.

Ebelerin %28.8'i (n=17) birinci basamakta 10-14 yıl arasında görev yapmıştır. 5-19 yıl arasında çalışma %72.8'dir. Birinci basamakta çalışma süresi ortalaması  $14.2 \pm 7.0$ 'dir.

Manisa'da en fazla çalışılan yıl olan 5-9 yıl %31.7'lik (n=19) bir dilimi oluşturmaktadır. İlde çalışma süresi ortalaması  $9.5 \pm 6.3$ 'dür.

Ebelerin %56.6'sı 2,001-3,000 arası, %35.0'ı ise 3,001'nin üzerinde nüfusa hizmet sunmaktadır. Ortalama hizmet verilen nüfus  $2825.2 \pm 541.7$ 'dir.

Hizmet verilen bölgede çalışma sürelerine bakıldığında, ebelerin yarısının (%50.8) 4 ve 4 yıldan daha az sürede şu an hizmet verdikleri bölgede çalıştıkları gözlenmektedir.

Ebelerin büyük çoğunluğu (%85.0) hizmet sunduğu bölgede oturmamaktadır.

Ebelerce, hizmet verdikleri bölgelerin %78.3'ünün kentsel yerleşim, %21.6'sının ise kırsal ya da gecekondü olarak değerlendirildiği gözlenmektedir.

Hizmet verilen bölgelerin yarıdan fazlası (%55.2) sağlık ocağına 1 km ve altında uzaklıktadır.

Ebeler tarafından hizmet bölgelerinin %61.0'ı sosyo-ekonomik açıdan orta sınıfta değerlendirilmiştir. %10.2'si kötü sosyo-ekonomik sınıftadır.

Ebelerin hizmet içi eğitim durumları incelendiğinde %71.7'si herhangi bir konuda eğitim almıştır. Alınan hizmet içi eğitim konularının başında BCG uygulaması, Genel Bağışıklama Programı, Aile Planlaması-RIA Uygulaması ve Emzirme gelmektedir.

“Takip ettiğiniz süreli bir yayın var mı?” sorusuna ebelerin tamamı “hayır” yanıtını vermiştir.

Ebelerin %81.7’si mesleğini orta ve üstü bir derecede sevmektedir. Hiç sevmeyenler %13.3’lük bir dilimi oluşturmaktadır.

Ebelerin hizmet sundukları bölgeden orta ve üstü bir derecedeki hoşnutlukları %86.7’dir. Hizmet bölgesini hiç sevmeyenler %6.7’lik bir dilimi oluşturmaktadır.

Son bir yıl içerisinde sağlık ocağı bölgesi dışında geçici görev ile çalışma, ebelerin %21.7’sinde gözlenmektedir. Bu süre, en fazla bir-iki günlük (%16.7) geçici görevi kapsamaktadır.

Ebelerin %16.7’si, son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalmıştır. İki-dört gün arasındaki görevden uzak kalmalar %8.3 sıklıktadır.

**Tablo 8. İzlemlere ilişkin özelliklerin dağılımı**

	Sayı	%
<b>Gebe izlemlerinin genellikle yapıldığı yer (n=58)*</b>		
Evde	22	37.9
Sağlık ocağında	36	62.1
<b>Kurum içerisinde gebe izlem kartlarının hekimler tarafından denetlenme sıklığı (n=60)</b>		
Hiç	9	15.0
Günlük	10	16.7
Haftada bir	1	1.7
Onbeş günde bir	31	51.7
Ayda bir	9	15.0
<b>Bir hafta içerisinde bölgeye çıkma sıklığı (n=60)</b>		
İki kez	10	16.7
Üç kez	32	53.3
Dört kez	11	18.3
Her gün	7	11.7

\*iki ebe tarafından belirtilmemiştir.

Ebeler gebe izlemlerini %62.1 sıklıkla sağlık ocağında yapmaktadır (**Tablo 8**).

Kurum içerisinde gebe izlem kartlarının yaklaşık yarısı (%51.7) hekimler tarafından onbeş günde bir denetlenmekte, % 15.0’i ise hiç denetlenmemektedir (**Tablo 8**).

Ebelerin yaklaşık yarısı (%53.3) hizmet bölgesine haftada üç kez, %11.7’si ise her gün çıktığını belirtmiştir (**Tablo 8**).



Ankete katılan ebelerden sağlık ocağı izlemlerini etkileyen belli başlı etmenleri sıralamaları istenmiştir. Ebeler (n=30) tarafından anketlere yansıtılan ilk üç etmen, tek başına sahaya çıkma (%20.0), insanların duyarsızlığı (%18.2), bölgenin uzaklığı ve kişilerin özel doktoru tercih etmeleridir (%14.5). İş yoğunluğu (%12.7), motivasyon eksikliği (%7.3), döner sermaye eşitsizliği (%5.4), hava şartları (%3.6), dil sorunu (%1.8) ve aile hekimliği uygulaması (%1.8) diğer etmenler olarak sıralanmıştır.

#### 5.4. Gebe İzleme Fişlerindeki Bilgilere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Nagele kuralı: Son adet tarihine 7 gün ilave edip 3 ay geri sayılması yöntemiyle hesaplanan Nagele kuralına göre<sup>24</sup>, beklenen doğum tarihinin doğru hesaplanıp hesaplanmadığı incelendiğinde sadece %59.5'inin doğru hesaplandığı görölmüştür. %37.1'i ise yanlış hesaplanmıştır. Son adet tarihi belirtilmeyenler "hesaplanamaz" grubunda gösterilmiştir (%3.4).

Gebe izlem fişlerinin %83.2'sinde gebenin kan grubu bilgisi belirtilmiş olmasına karşın gebenin eşinin kan grubu bilgisi %66.4'ünde yer almaktadır.

**Tablo 9. Gebelerin Tetanoz aşısı bilgisine göre aşılanma durumu**

Tetanoz aşı bilgisi (n=232)	Sayı	%
Tam aşılı	224	96.6
Eksik aşılı	8	3.4
<b>Toplam</b>	<b>232</b>	<b>100.0</b>

Gebe izlem fişlerinde gebelerin %96.6'sının tam aşılı olduğu, %3.4'ünün eksik aşılı olduğu, aşısız gebe bulunmadığı görölmektedir (**Tablo 9**).

**Tablo 10. Gebe izlem sayılarının dağılımı**

İzlem sayısı (n=232)	Fiş Sayısı	%
3	1	0.4
4	12	5.2
5	31	13.4
6	61	26.3
7	57	24.6
8	36	15.5
9	29	12.5
10	1	0.4
11	3	1.3
13	1	0.4
<b>Toplam</b>	<b>232</b>	<b>100.0</b>

Tablo 10’da gebe izlem fişinin arka yüzüne işlenen, gebelere yapılan izlemlerin sayıları yer almaktadır.

**Ortalama izlem sayısı:** Gebe izlem sayısının ortalaması  $6.8 \pm 1.5$ ’dir. Gebelere en az 3 izlem, en çok 13 izlem yapılmıştır. Ortanca 7’dir.

**Tablo 11. Gebenin yeterli izlem alma durumu (n=232)**

İzlem sayısı	Sayı	%
Yeterli*	188	81.0
Yetersiz	44	19.0
<b>Toplam</b>	<b>232</b>	<b>100.0</b>

\* gebenin 12 haftadan başlamak şartı ile en az 6 kez izlenmesi

Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen gebenin 12. haftadan başlamak şartı ile en az 6 kez izlenmesi “yeterli izlem”, diğerleri “yetersiz izlem” olarak değerlendirildiğinde, gebelerin %81.0’inin yeterli izlem aldığı görülmektedir (**Tablo 11**).

**Tablo 12. Gebenin uygun izlem aralığı ile izlenme durumu (n=232)**

İzlem aralığı	Sayı	%
Uygun*	68	29.3
Uygun değil	164	70.7
<b>Toplam</b>	<b>232</b>	<b>100.0</b>

\* gebenin ilk 12 haftada bir kez, 24-28-32-36-39.haftalarda olmak üzere toplam 6 kez izlenmesi

Fişlerde izlem bölümündeki izlem aralıkları 12.hafta ve öncesi, 13-24, 25-28, 29-32, 33-36 ve 39.hafta ve üzeri olarak 6 grupta değerlendirilmiştir. Gebeler belirtilen aralıklarla izlenmişse “uygun izlem aralığı” olarak tanımlanmıştır. Buna göre Tablo 12’de gebelerin %70.7’sinin uygun izlem aralıkları ile izlenmediği gözlenmektedir (**Tablo 12**).

Yeterli izlem olabilmesi için gebenin en az altı kez izlenmesi gerektiğinden, gebelere yapılan kontrollerde altı izleme kadar olanlar değerlendirilmeye alınmıştır. 232 gebe izlem fişinde, altı izlemde en çok kan basıncı (%86.2) ve ağırlık ölçümü (%84.0) yapılmıştır. En az yapılan kontroller hemoglobin ölçümü (%22.0) ve geliş biçiminin değerlendirilmesidir (%12.1).

**Tablo 13. Altı izlemde yapılan kontrollerin ortalamaları**

<b>Kontroller</b>	<b>X ± S</b>	<b>En az</b>	<b>En çok</b>
Ağırlık	6.5±1.7	2.0	17.0
Kan Basıncı	6.6±1.6	2.0	13.0
Ödem	5.4±2.7	0.0	12.0
Varis	5.3±2.7	0.0	11.0
Nabız	5.4±3.8	0.0	27.0
İdrarda Protein	3.4±3.1	0.0	9.0
Hemoglobin	2.8±2.7	0.0	9.0
Çocuk Kalp Sesleri	4.4±2.2	0.0	9.0
Geliş Biçimi	1.7±2.6	0.0	9.0

Gebelere en fazla yapılan kontrollerden kan basıncı ölçümünün ortalaması 6.6±1.6 (en az 2.0, en çok 13.0), ağırlık ölçümünün ortalaması 6.5±1.7 (en az 2.0, en çok 17.0)’dır. (**Tablo 13**).

**Tablo 14. İzlemlere göre gebelere en çok verilen ilk üç öğütün dağılımı**

<b>İZLEMLER</b>	<b>ÖĞÜTLERİN SIRALAMASI</b>		
	<b>1. öğüt</b>	<b>2. öğüt</b>	<b>3. öğüt</b>
1.izlem	beslenme	gebelik şikayetleri	ilaç kullanımı
2.izlem	beslenme	ilaç kullanımı	gebelik şikayetleri
3.izlem	ilaç kullanımı	beslenme	giyim
4.izlem	ilaç kullanımı	beslenme	giyim
5.izlem	ilaç kullanımı	beslenme	anne sütü emzirme
6.izlem	doğum ve hazırlık	anne sütü emzirme	ilaç kullanımı
<b>Toplam</b>	beslenme	ilaç kullanımı	gebelik şikayetleri

İzlemlere göre gebelere en çok verilen ilk üç öğütün dağılımı incelendiğinde, 1.ve 2. izlemde en çok beslenme, 3., 4. ve 5. izlemde ilaç kullanma, tetanoz aşılması, tetkik ve tahliller, 6.izlemde ise doğum ve doğuma hazırlık hakkında öğütler verildiği görülmektedir (**Tablo 14**).

### 5.5. Nitelik Ölçütleri

1. Gebenin doğum tarihinin izleme kartına işlenmiş olması
2. Gebe ve eşinin akrabalık öyküsünün izleme kartına işlenmiş olması
3. Gebenin ve eşinin kan grubu bilgisinin izleme kartına işlenmiş olması
4. Gebenin kaçınıcı gebeliği olduğunun izleme kartına işlenmiş olması
5. Gebenin sistemik hastalığının izleme kartına işlenmiş olması
6. Gebenin yeterli TT bağışıklamasının yapıldığı tarihlerin izleme kartına işlenmiş olması
7. Gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma tarihinin izleme kartına işlenmiş olması
8. Gebenin yeterli sayıda (gebenin en az 6 kez izlenmesi) izleminin yapılmış olması
9. Gebenin uygun izlem aralığı (gebenin ilk 12 haftada bir kez, 24-28-32-36-39.haftalarda olmak üzere toplam 6 kez izlenmesi) ile izleminin yapılmış olması
10. Her izlemde kontrollerin yapılmış olması

**Tablo 15. Nitelik ölçütlerinin doldurulma sıklıkları**

Nitelik Ölçütü	Sayı	%
Doğum tarihi bilgisi	230	99.1
Gebe ve eşinin akrabalık öyküsü bilgisi	228	98.3
Gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi	148	63.8
Gebenin kaçınıcı gebeliği olduğu bilgisi	232	100.0
Gebenin sistemik hastalığı bilgisi	230	99.1
Gebenin yeterli TT bağışıklamasının yapılması	224	96.6
Gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma bilgisi	164	70.7
Yeterli sayıda gebe (gebenin en az 6 kez izlenmesi) izlemi	188	81.0
Uygun gebe izlem aralığı	68	29.3
Her izlemde kontrollerin yapılmış olma bilgisi*	31	13.4
<b>Nitelik ölçütlerinin ortalama doldurulma sıklığı</b>		<b>75.1</b>

\* Altı izleme kadar kontroller değerlendirilmiştir. Geliş biçimi 24. hafta ve sonrasında bakıldığından nitelik ölçütlerine alınmamıştır.

Nitelik puanını oluşturan ölçütlerin doldurulma sıklıkları Tablo 15’de yer almaktadır. Gebenin kaçınıcı gebeliği bilgisinin en fazla doldurulan (%100.0), her izlemde kontrollerin yapılmış olma bilgisinin ise en az doldurulan ölçüt olduğu (%13.4) görülmektedir. Nitelik ölçütlerinin ortalama doldurulma oranı %75.1 olan fişlerde gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi, gebenin bir önceki

gebeliğinin sonlanma bilgisi, uygun izlem aralığı ve her izlemde kontrollerin yapılmış olma bilgisi ortalamanın altında kalmaktadır (**Tablo 15**).

**Tablo 16. Nitelik ölçütlerinin kent ve kır yerleşimine göre dağılımı**

Nitelik Ölçütü		Kent (n=141)		Kır (n=91)		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Doğum tarihi bilgisi	Var	140	99.3	90	98.9	0.632*
	Yok	1	0.7	1	1.1	
Gebe ve eşinin akrabalık öyküsü bilgisi	Var	140	99.3	88	96.7	0.168*
	Yok	1	0.7	3	3.3	
Gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi	Var	99	70.2	49	53.8	<b>0.011#</b>
	Yok	42	29.8	42	46.2	
Gebenin kaçınıcı gebeliği olduğu bilgisi	Var	141	100.0	91	100.0	
	Yok	0	0.0	0	0.0	
Gebenin sistemik hastalığı bilgisi	Var	126	89.4	72	79.1	<b>0.031#</b>
	Yok	15	10.6	19	20.9	
Gebenin yeterli TT bağışıklamasının yapılması	Var	140	99.3	84	92.3	<b>0.007*</b>
	Yok	1	0.7	7	7.7	
Gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma bilgisi	Var	101	71.6	63	69.2	0.695#
	Yok	40	28.4	28	30.8	
Yeterli sayıda izlem	Var	114	80.9	74	81.3	0.929#
	Yok	27	19.1	17	18.7	
Uygun gebe izlem aralığı	Var	44	31.2	24	26.4	0.430#
	Yok	97	68.8	67	73.6	
Her izlemde kontrollerin yapılmış olma bilgisi'	Var	25	17.7	6	6.6	<b>0.015#</b>
	Yok	116	82.3	85	93.4	

\* Fisher'in Kesin Testi-tek yönlü # Ki-kare ' Geliş biçimi dışında " Sütun yüzdesi

Doğum tarihi bilgisi (p=0.632), gebe ve eşinin akrabalık öyküsü bilgisi (p=0.168), gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma bilgisi (p=0.695), yeterli sayıda izlem (p=0.929), uygun gebe izlem aralığı (p=0.430) yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (**Tablo 16**).

Kent ve kır yerleşimli gebeler arasında, gebenin ve eşinin kan grubu (p=0.011), gebenin sistemik hastalığı (p=0.031), gebenin yeterli TT bağışıklamasının yapılması (p=0.007) ve her

izlemde kontrollerin yapılmış olma ( $p=0.015$ ) bilgilerinin doldurulma oranları yönünden anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 16).

**Tablo 17. Nitelik ölçütlerinin gebelik sayısına göre dağılımı**

Nitelik Ölçütü		1 gebelik (n=102)		1'den çok gebelik (n=130)		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Doğum tarihi bilgisi	Var	101	99.0	129	99.2	0.687*
	Yok	1	1.0	1	0.8	
Gebe ve eşinin akrabalık öyküsü bilgisi	Var	102	100.0	126	96.9	0.097*
	Yok	0	0.0	4	3.1	
Gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi	Var	71	69.6	77	59.2	0.103#
	Yok	31	30.4	53	40.8	
Gebenin kaçınıcı gebeliği olduğu bilgisi	Var	102	100.0	130	100.0	
	Yok	0	0.0	0	0.0	
Gebenin sistemik hastalığı bilgisi	Var	90	88.2	108	83.1	0.270#
	Yok	12	11.8	22	16.9	
Gebenin yeterli TT bağışıklamasının yapılması	Var	99	97.1	125	96.2	0.501*
	Yok	3	2.9	5	3.8	
Gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma bilgisi	Var	41	40.2	123	94.6	<b>0.000#</b>
	Yok	61	59.8	7	5.4	
Yeterli sayıda izlem	Var	85	83.3	103	79.2	0.429#
	Yok	17	16.7	27	20.8	
Uygun gebe izlem aralığı	Var	31	30.4	37	28.5	0.748#
	Yok	71	69.6	93	71.5	
Her izlemde kontrollerin yapılmış olma bilgisi	Var	10	9.8	21	16.2	0.158#
	Yok	92	90.2	109	83.8	

\* Fisher'in Kesin Testi-tek yönlü # Ki-kare ' Sütun yüzdesi

Tablo 17'de yer alan nitelik ölçütlerinin gebelik sayısına göre dağılımı incelendiğinde, gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma tarihi bilgisi ile bir gebelik ve birden çok gebelik arasında anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir ( $p=0.000$ ).

**Tablo 18. İzlem fişlerinin nitelik ölçütleri açısından değerlendirilmesi**

Fiş sayısı	Ortalama nitelik puanı	Ortanca	En az	En çok
232	7.4±1.2	8.0	3.0	10.0

Nitelik puanlarının fişlere göre dağılımında, ortalama puan 7.4±1.2 (en az 3.0, en çok 10.0), ortanca puan 8.0'dır (**Tablo 18**).

**Tablo 19. Nitelik puanlarının dağılımı**

Nitelik puanı	Fiş sayısı	%
3.0	1	0.4
4.0	2	0.9
5.0	17	7.3
6.0	27	11.6
7.0	68	29.3
8.0	80	34.5
9.0	33	14.2
10.0	4	1.7
<b>Toplam</b>	<b>232</b>	<b>100.0</b>

Fişlerin %50.4'ü ortalama nitelik puanının (7.4±1.2) üstünde yer almaktadır. Fişlerin nitelik puanları 6.0–9.0 puan arasında yoğunlaşmıştır (**Tablo 19**).

**Tablo 20. Form 005'lerde kayıtlı toplam izlem sayısının dağılımı ve aya göre izlemlerin uygunluk durumu**

İzlem sayısı	Fiş sayısı	%	Aya göre izlem	
			Uygun	Uygun değil
3	1	0.4		1
4	12	5.2	1	11
5	31	13.4		31
6	61	26.3	3	58
7	57	24.6	9	48
8	36	15.5	23	13
9	29	12.5	27	2
10	1	0.4	1	
11	3	1.3	3	
13	1	0.4	1	
<b>Toplam</b>	<b>232</b>	<b>100.0</b>	<b>68</b>	<b>164</b>

Gebe başına ortalama izlem: 6.8±1.5    Ortanca: 7    En Az:3    En Çok:13

Form 005 Gebe İzlem Fişleri'nin izlem bilgileri değerlendirildiğinde gebe başına ortalama izlemin  $6.8 \pm 1.5$  olduğu görülmektedir. Gebelerin 188'i 6 ve daha fazla kez izlenmiştir (%81.0). Form 005'de ayına göre uygun sayıda izlem bilgisi, sadece 68 gebede vardır (%29.3) ve bu gebelerin de 67'si altı ve daha fazla kez izlenmiştir (**Tablo 20**).

**Tablo 21. Nitelik puanlarının sınıflandırılması**

Nitelik durumu	Sayı	%
Nitelikli	117	50.4
Nitelikli değil	115	49.6
<b>Toplam</b>	<b>232</b>	<b>100.0</b>

Nitelik puanlarının sınıflandırılması, gebe izlem fişlerinin nitelik ortalamasının eşiti ve üstü ( $\geq 7.4$ ) “nitelikli”, ortalamasının altı ( $< 7.4$ ) “nitelikli değil” olarak değerlendirilmiştir. Buna göre fişlerin %50.4'ünün “nitelikli”, %49.6'sının “nitelikli değil” olduğu görülmektedir (**Tablo 21**).

### 5.6. Nitelik Ölçütlerini Etkileyen Ebe Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Tablo 22'de gebe izleme fişlerini dolduran ebelerin nitelik ölçütlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

**Tablo 22. Ebelerin nitelik ölçütleri açısından değerlendirilmesi**

Ebe sayısı	Ortalama nitelik puanı	Ortanca	En az	En çok
60	$7.5 \pm 0.9$	7.7	4.7	9.0

Doldurdukları fişlere göre belirlenen nitelik puanı ortalaması  $7.5 \pm 0.9$  (en az 4.7, en çok 9.0)'dur. Ortanca puan 7.7'dir (**Tablo 22**).

Ebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre nitelik puanlarının dağılımı Tablo 23'de gösterilmiştir.



**Tablo 23. Ebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı**

Özellik	Ortalama Nitelik Puanı	p*
<b>Yaş (n=60)</b>		0.784
30 yaş ve altı (n=11)	7.4±1.2	
31 yaş ve üzeri (n=49)	7.5±0.8	
<b>Medeni durum (n=60)</b>		0.231
Evli (n=55)	7.4±0.9	
Bekar/dul/ boşanmış (n=5)	<b>7.9±0.7</b>	
<b>En son bitirilen okul (n=59)**</b>		0.371
Sağlık Meslek Lisesi (n=27)	7.4±1.1	
SHM Yüksek Okulu (n=32)	7.6±0.7	

\*Bağımsız Gruplarda t Testi \*\* Bir ebe yanıtlamamıştır.

Yaşı 30 ve daha küçük olan ebelerin doldurduğu fişlerin ortalama nitelik puanı 7.4±1.2 iken, 31 yaş ve üzeri ebelerde 7.5±0.8'dir. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.784) (**Tablo 23**).

Evli olanlarla evli olmayanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.231). Bekar/dul/boşanmış grubundaki ebeler en yüksek ortalama nitelik puanının (7.9±0.7) olduğu değişkendir. (**Tablo 23**).

Sağlık Meslek Lisesi mezunu ebelerin ortalama nitelik puanı 7.4±1.1 iken, iki yıllık (önlisans) Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu mezunu ebelerin ortalama nitelik puanı 7.6±0.7'dir. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.371) (**Tablo 23**).

**Tablo 24. Ebelerin hizmet özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı**

Özellik	Ortalama Nitelik Puanı	p*
<b>Birinci basamakta çalışma süresi (n=59)**</b>		0.335
<10 yıl (n=15)	7.3±0.9	
≥10 yıl (n=44)	7.6±0.8	
<b>Manisa ilinde çalışma süresi (n=60)</b>		0.081
<10 yıl (n=34)	7.3±1.0	
≥10 yıl (n=26)	7.7±0.6	
<b>Hizmet verilen nüfus (n=60)</b>		0.084
3000 ve altı (n=39)	7.4±1.0	
3001 ve üzeri (n=21)	7.7±0.4	
<b>Hizmet verilen bölgede çalışma süresi (n=59)**</b>		0.431
<10 yıl (n=47)	7.7±0.8	
≥10 yıl (n=12)	7.4±0.9	
<b>Hizmet bölgesinde oturma durumu (n=60)</b>		0.541
Hizmet bölgesinde oturuyor (n=9)	7.4±0.4	
Hizmet bölgesinde oturmuyor (n=51)	7.5±1.0	

\*Bağımsız Gruplarda t Testi \*\* Bir ebe yanıtlamamıştır.

Birinci basamakta 10 yıldan az çalışan ebelerin ortalama nitelik puanı 7.3±0.9 iken, 10 ve daha fazla süre birinci basamakta çalışanların 7.6±0.8'dir. Birinci basamakta çalışma süreleri açısından anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.335) (**Tablo 24**).

Manisa ilinde çalışma süresinde 10 yıldan az çalışanların ortalama nitelik puanı 7.3±1.0 iken, 10 ve daha fazla süre çalışanların ortalama nitelik puanı 7.7±0.6'dır. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.081) (**Tablo 24**).

Hizmet sunulan nüfusu 3000 ve altında olanların ortalama nitelik puanı 7.4±1.0 iken, 3001 ve üstü nüfusta 7.7±0.4'tür. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.084) (**Tablo 24**).

Hizmet verdikleri bölgede 10 yıldan az çalışan ebelerin ortalama nitelik puanı 7.7±0.8 iken, 10 ve daha fazla süre birinci basamakta çalışanların ortalama nitelik puanı 7.4±0.9'dur. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.431) (**Tablo 24**).

Hizmet verdiği bölgede oturan ebelerin ortalama nitelik puanı 7.4±0.4 iken, oturmayanlarınki 7.5±1.0'dır. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.541) (**Tablo 24**).

**Tablo 25. Hizmet bölgesinin özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı**

Grup	Ortalama Nitelik Puanı	P*
<b>Bölgenin yerleşim özelliği (n=60)</b>		<b>0.053</b>
Kentsel (n=47)	7.6±0.8	
Kırsal/gecekondu (n=13)	<b>6.9±1.1</b>	
<b>Bölgenin kuruma uzaklığı (n=58)**</b>		0.993
≤1 km (n=32)	7.5±1.0	
>1 km (n=26)	7.5±0.7	
<b>Bölgenin sosyo-ekonomik özelliği (n=59)**</b>		0.508
İyi (n=17)	7.6±0.9	
Orta/Kötü (n=42)	7.5±0.9	

\*Bağımsız Gruplarda t Testi \*\* Sırası ile iki ebe, bir ebe yanıtlanmamıştır.

Hizmet verilen bölgesi kentsel yerleşimli olanların ortalama nitelik puanı 7.6±0.8 iken, Kırsal/gecekondu olanlarınkı 6.9±1.1'dir. Bu iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (**p=0.053**) Kırsal/ gecekondu yerleşimi, en düşük ortalama nitelik puanının (6.9±1.1) olduğu değişkendir (**Tablo 25**).

Hizmet sunulan bölgenin kuruma uzaklığı 1 km ve altında olanların ortalama nitelik puanı 7.5±1.0 iken, 1 km'den daha uzak olanların ortalama nitelik puanı 7.5±0.7'dir. İki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.993) (**Tablo 25**).

Hizmet bölgesini iyi sosyo-ekonomik sınıfta gösterenlerin ortalama nitelik puanı 7.6±0.9 iken, orta/kötü sınıfta gösterenlerin ortalama nitelik puanı 7.5±0.9'dır. İki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.508) (**Tablo 25**).

**Tablo 26. Ebelerin hizmet içi eğitim, meslek ve hizmet bölgesinden hoşnutluk, görev yerinden ve görevinden uzak kalma özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı**

<b>Grup</b>	<b>Ortalama Nitelik Puanı</b>	<b>p*</b>
<b>Hizmet içi eğitim alma durumu (n=60)</b>		0.611
Herhangi bir eğitim alan (n=43)	7.5±0.9	
Eğitim almayan (n=17)	7.4±0.9	
<b>Mesleğini sevme durumu (n=60)</b>		0.483
Orta Derecede ve üstü (n=49)	7.4±1.0	
Hiç/ Çok Az (n=11)	7.7±0.5	
<b>Hizmet bölgesinden hoşnutluk durumu (n=60)</b>		0.256
Orta Derecede ve üstü (n=52)	7.5±0.9	
Hiç/ Çok Az (n=8)	7.1±1.0	
<b>Son bir yıl içerisinde sağlık ocağı bölgesi dışında geçici görev ile çalışma durumu (n=60)</b>		0.427
Hayır (n=47)	7.5±0.8	
Evet (n=13)	7.8±0.7	
<b>Son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalma durumu (n=60)</b>		<b>0.048</b>
Hayır (n=50)	7.4±1.0	
Evet (n=10)	7.8±0.3	

\*Bağımsız Gruplarda t Testi

Herhangi bir konuda hizmet içi eğitim alanların ortalama nitelik puanı 7.5±0.9 iken, almayanların ortalama nitelik puanı 7.4±0.9'dur. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.611) (**Tablo 26**).

Mesleğini orta derece ve üstü bir seviyede sevenlerin ortalama nitelik puanı 7.4±1.0 iken, çok az sevenler ve hiç sevmeyenlerin ortalama nitelik puanı 7.7±0.5'dir. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.483) (**Tablo 26**).

Hizmet sunduğu bölgeyi orta derece ve üstü bir seviyede sevenlerin ortalama nitelik puanı 7.5±0.9 iken, çok az sevenler ve hiç sevmeyenlerin ortalama nitelik puanı 7.1±1.0'dır. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.256) (**Tablo 26**).

Son bir yıl içerisinde sağlık ocağı bölgesi dışında geçici görev ile çalışanların ortalama nitelik puanı  $7.8 \pm 0.7$  iken, çalışmayanların ortalama nitelik puanı  $7.5 \pm 0.8$ 'dir. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0.427$ ) (**Tablo 26**).

Son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalanların ortalama nitelik puanı  $7.8 \pm 0.3$  iken, kalmayanların ortalama nitelik puanı  $7.4 \pm 1.0$ 'dir. Bu iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0.048$ ) (**Tablo 26**).

**Tablo 27. Gebe izlemlerine ve bölgeye çıkma sıklığına göre ortalama nitelik puan dağılımı**

Grup	Ortalama Nitelik Puanı	p*
<b>Gebe izlemlerinin genellikle yapıldığı yer (n=58)**</b>		0.383
Evde (n=22)	$7.6 \pm 0.7$	
Sağlık ocağında (n=36)	$7.4 \pm 0.9$	
<b>Kurum içerisinde gebe izlem kartlarının hekimler tarafından denetlenme durumu (n=60)</b>		0.148
Denetleniyor (n=51)	$7.5 \pm 1.0$	
Denetlenmiyor (n=9)	$7.3 \pm 0.3$	
<b>Bir hafta içerisinde bölgeye çıkma sıklığı (n=60)</b>		0.577
3 gün ve altı (n=42)	$7.4 \pm 1.0$	
4 gün ve üzeri (n=18)	$7.5 \pm 0.8$	

\*Bağımsız Gruplarda t Testi \*\* İki ebe yanıtlanmamıştır.

Gebe izlemlerini genellikle evde yapanların ortalama nitelik puanı  $7.6 \pm 0.7$  iken, sağlık ocağında yapanların ortalama nitelik puanı  $7.4 \pm 0.9$ 'dur. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0.383$ ) (**Tablo 27**).

Kurum içerisinde gebe izlem kartları hekimler tarafından denetlenenlerin ortalama nitelik puanı  $7.5 \pm 1.0$  iken, denetlenmeyenlerin ortalama nitelik puanı  $7.3 \pm 0.3$ 'dür. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0.148$ ) (**Tablo 27**).

Bir hafta içerisinde 3 gün ve daha az bölgeye çıkan ebelerin ortalama nitelik puanı  $7.4 \pm 1.0$  iken, 4 gün ve üzeri bölgeye çıkan ebelerin ortalama nitelik puanı  $7.5 \pm 0.8$ 'dir. Bu iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0.577$ ) (**Tablo 27**).

**Tablo 28. Lojistik Regresyon Analizi'ne göre nitelikli olma durumunu etkileyen ebeye ilişkin etmenler<sup>a</sup>**

		$\beta$	p	Olasılıklar oranı	%95 GA
Bölgenin yerleşim özelliği	Kentsel	-0.161	0.804	0.851	0.24 – 3.05
Son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalma	Hayır	2.037	0.062	7.667	0.90 – 65.13
sabit		-2.197	0.037		

<sup>a</sup> bölgenin yerleşim özelliği için kırsal/gecekondu yerleşim yeri, son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalma için kalanlar referans grup olarak alınmıştır.

Nitelikli olma durumu, nitelik puanı ortalamasının üstü ( $\leq 7.4$ ) olarak alınmıştır. Analiz sonucunda hiçbir değişken modelde kalmamıştır (**Tablo 28**). Ebeye ilişkin özellikler gebe izlemlerindeki niteliği etkilememektedir.

### 5.7. Nitelik Ölçütlerini Etkileyen Gebe Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Tablo 29'da gebelerin nitelik ölçütlerine ilişkin bilgileri yer almaktadır.

**Tablo 29. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı**

Grup	Ortalama Nitelik Puanı	p*
<b>Yerleşim (n=232)</b>		<b>0.002</b>
Kentsel (n=141)	7.6±1.0	
Kırsal/gecekondu (n=91)	7.0±1.4	
<b>Yaş (n=230)**</b>		<b>0.008</b>
29 yaş ve altı (n=158)	7.3±1.2	
30 yaş ve üstü (n=62)	7.7±1.1	
<b>Öğrenim Durumu (n=226)**</b>		<b>0.004</b>
İlkokul ve üstü (n=206)	7.5±1.1	
İlkokul altı (n=20)	6.7±1.5	
<b>Çalışma Durumu (n=221)**</b>		0.994
Çalışıyor (n=25)	7.4±1.0	
Çalışmıyor (n=196)	7.4±1.3	
<b>Akrabalık Derecesi (n=228)**</b>		0.539
Akrabalık var (n=25)	7.3±1.1	
Akrabalık yok (n=203)	7.4±1.2	

\*Bağımsız Gruplarda t Testi \*\*Sırası ile iki, altı, bir, dört fişte bilgiler doldurulmamıştır.

Kentsel yerleşimli gebelerin fişlerinin ortalama nitelik puanı  $7.6\pm 1.0$  iken, Kırsal/gecekondu yerleşimlilerin ortalama nitelik puanı  $7.0\pm 1.4$ 'tür. İki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0.002$ ) (Tablo 29).

30 yaş ve üzeri gebelerin fişlerinin ortalama nitelik puanı  $7.7\pm 1.1$  iken, 29 yaş ve altı gebelerinki  $7.3\pm 1.2$ 'dir. Bu iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0.008$ ) (Tablo 29).

İlkokul ve üstü eğitilmiş gebelerin fişlerinin ortalama nitelik puanı  $7.5\pm 1.1$  iken, ilkokuldan daha az eğitilmişlerin ortalama nitelik puanı  $6.7\pm 1.5$ 'dir. Bu iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0.004$ ) (Tablo 29).

Çalışan gebelerin ortalama nitelik puanı  $7.4\pm 1.0$  iken, çalışmayanlarınki  $7.4\pm 1.3$ 'dür. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0.994$ ) (Tablo 29).

Eşi ile akrabalığı olan gebelerin ortalama nitelik puanı  $7.3\pm 1.1$  iken, akrabalığı olmayan gebelerin ortalama nitelik puanı  $7.4\pm 1.2$ 'dir. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0.539$ ) (Tablo 29).

**Tablo 30. Gebelerin doğurganlık özelliklerine göre ortalama nitelik puan dağılımı**

Grup	Ortalama Nitelik Puanı	p*
<b>Evlenme Yaşı (n=209)**</b>		0.517
29 yaş ve altı (n=207)	$7.4\pm 1.2$	
30 yaş ve üstü (n=2)	$8.0\pm 1.4$	
<b>İlk Gebelik Yaşı (n=208)**</b>		0.212
29 yaş ve altı (n=201)	$7.4\pm 1.2$	
30 yaş ve üstü (n=7)	$8.0\pm 0.8$	
<b>Gebelik Sayısı (n=232)</b>		<b>0.028</b>
İlk gebelik (n=102)	$7.2\pm 1.1$	
1'den çok gebelik (n=130)	$7.5\pm 1.3$	
<b>Canlı Doğum Sayısı (n=214)**</b>		0.428
$\leq 1$ canlı doğum (n=185)	$7.5\pm 1.1$	
$>1$ canlı doğum (n=29)	$7.2\pm 1.6$	

\*Bağımsız Gruplarda t Testi

\*\*Sırası ile yirmi bir, yirmi iki, on sekiz fişte bilgiler doldurulmamıştır.

30 yaş ve üstü bir yaşta evlenen gebelerin fişlerinin ortalama nitelik puanı  $8.0 \pm 1.4$  iken, 29 yaş ve altı bir yaşta evlenen gebelerinki  $7.4 \pm 1.2$ 'dir. Bu iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0.517$ ) (**Tablo 30**).

30 yaş ve üstü bir yaşta ilk gebeliğini yaşayan gebelerin fişlerinin ortalama nitelik puanı  $8.0 \pm 0.8$  iken, 29 yaş ve altında ilk gebeliğini yaşayan gebelerinki  $7.4 \pm 1.2$ 'dir. Bu iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0.212$ ) (**Tablo 30**).

İlk gebeliği olan gebelerin ortalama nitelik puanı  $7.2 \pm 1.1$  iken, birden çok gebeliği olan gebelerin ortalama nitelik puanı  $7.5 \pm 1.3$ 'dür. Bu iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0.028$ ) (**Tablo 30**).

Canlı doğum sayısı bir ve birden az gebelerin ortalama nitelik puanı  $7.5 \pm 1.1$  iken, birden çok canlı doğumu olan gebelerin ortalama nitelik puanı  $7.2 \pm 1.6$ 'dır. Bu iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0.428$ ) (**Tablo 30**).

**Tablo 31. Lojistik Regresyon Analizi'ne göre nitelikli olma durumunu etkileyen gebeye ilişkin etmenler <sup>a</sup>**

		$\beta$	p	Olasılıklar oranı	%95 Güven aralığı
Yerleşim	Kentsel	-0.177	0.557	0.84	0.46 - 1.51
Yaş	30 yaş ve üzeri	0.838	<b>0.009</b>	2.31	1.24 - 4.32
Öğrenim Durumu	İlkokul ve üstü	1.090	<b>0.036</b>	2.97	1.07 - 8.24
Gebelik Sayısı	>1 gebelik	0.479	0.100	0.62	0.91 - 2.86
Sabit		-0.757	0.007		

<sup>a</sup> yerleşim özelliği için kırsal/gecekondu yerleşim yeri, yaş için 29 yaş ve altı, öğrenim durumu için ilkokul altı, gebelik sayısı için ilk gebelik referans grup olarak alınmıştır.

Nitelikli olma durumu, nitelik puanı ortalamasının üstü ( $\leq 7.4$ ) olarak alınmıştır. Yapılan Lojistik Regresyon Analizi'ne göre yaş ( $p=0.009$ ) ve öğrenim durumu ( $p=0.036$ ) niteliği etkilemektedir (**Tablo 31**). 30 yaş ve üzerindeki gebeler 29 yaş ve altındaki gebelere göre 2.31 kat, ilkokul ve üstü eğitilmiş gebeler ilkokul altı eğitilmiş gebelere göre 2.97 kat daha nitelikli izlenmiştir.



## **6. TARTIŞMA**

Uluslararası Nüfus ve Gelişme Konferansı (ICPD)'nda gündeme gelen Üreme Sağlığı kavramı, üreme sisteminin sağlığını ifade ettiği kadar, bireylerin tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamları olmasını, üreme yeteneğine ve üreme yeteneklerini özgürce kullanabilme hakkına sahip olmalarını da ifade eder. Üreme sağlığı kavramı dünya gündemine girmeden önce ülkeler, geleneksel yaklaşımla hizmet programlarında özel grupları (örneğin:15-49 yaş grubu evli kadınlar daha çok gebelik, doğum ve AP hizmetlerinin verildiği AP/Anne Sağlığı hizmet grubu gibi) ele alırken, ICPD eylem planı üreme sağlığı hizmetlerini, kadının doğumundan ölümüne kadar yaşamını bir bütün olarak ele almayı öngörmüştür<sup>25</sup>.

Tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da hizmetlerin planlanması, başarılı bir şekilde yürütülmesi ve değerlendirilmesi, yapılan araştırmaların bilimsel temele oturtulabilmesi, güvenilir bir kayıt sisteminin varlığı ile mümkündür. Sağlık kayıtlarının kullanılabilmesi için, doğru, tam, istatistiksel analize elverişli, kolay ulaşılabilir olmalı ve uygun bir arşiv sistemiyle saklanmalıdır (Saka O. 1977; 1-5)<sup>26</sup>.

Manisa merkez sağlık ocaklarında gebe izlemlerinin niteliği ve izlemleri yapan kişinin ve gebenin niteliğe etkisinin belirlenmesi amaçlanan bu çalışmada, tartışma üç bölümde sunulmuştur:

### **6.1. Gebeye İlişkin Sosyo-demografik Özellikler**

Gebelerin çoğunluğu 20-34 yaş arasındadır. 2000 yılı Genel Nüfus Sayımına göre kadınların %25.0'ı bu yaş grubundadır<sup>27</sup>. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003'de (TNSA-2003) 20-34 yaş arası kadın sıklığı % 49.6'dır. 29 yaş ve altı gebeler 7.3±1.2 nitelik puanı almışken 30 yaş ve üstündekiler 7.7±1.1 almıştır (p=0.008). Lojistik regresyon analizinde de bu sonuç desteklenmiştir. Şanlıurfa'da kadınların %29.6'sı, Muş'ta %37.4'ü adolesan gebelik yaşamaktadır. Elazığ'da ise gebelerin %7.1'i adolesan dönemdedir. Bu çalışmada 20 yaş altındaki gebe oranı (%3.9) Doğu illerinden düşük bulunmuştur<sup>28,29,30</sup>. Geleneksel toplumumuzun kadına biçtiği en uygun rol eş ve annelik olduğu için eğitimi olmayan kadın erken yaşta evlendirilmekte ve hemen çocuk doğurması beklenmektedir. Kadın böylece toplumda kabul ve saygı görmektedir. Böyle bir sistemde çok çocuğu olan kadının toplumsal konumu yükselirken eğitim, sosyal ve meslekle ilgili alanlarda ilerlemesi de engellenmektedir<sup>25</sup>.

Hizmetlerin altyapısındaki yetersizlikler nedeniyle, kırsal bölgelerde yaşayanlar, kentlerde yaşayanlara kıyasla, sağlık hizmetlerini daha az kullanabilmektedir. Bu eşitsizlik giderek derinleşmektedir. Kent merkezlerinde son 2 yılda ulaşılan yıllık ortalama 5 hekim ziyareti kırsal kesimde eski (1-2) düzeyini korumaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet

ilkesinin zedelenmesine yol açmaktadır. Sağlık hizmetleri nüfusa göre ve “*dar bölgede çok yönlü hizmet*” esasına uygun olarak örgütlenmelidir<sup>31</sup>.

DÖB almada kadının yaşadığı yer önemli bir yer tutmaktadır. Kentteki kadınların %86’sı en az bir kez DÖB alırken, kırdakilerde bu oran %65’dir. Kentteki kadınların %61’i dört ve daha fazla sayıda bakım alırken, kırdakilerde bu oran %39’dur. Örneğin, Bangladeş, Etiyopya, Fas, Pakistan, Yemen’de dört ve daha fazla DÖB alma, kentte kıra göre en az altı kat daha fazla bulunmuştur<sup>32</sup>. Çelik ve Hotchkiss, Türkiye’de coğrafik yerleşim alanlarına göre, doğum öncesi bakım almada farklılıkların olduğundan bahsetmiş ve ülkenin doğu bölgesinde yaşayan kadınların, batı bölgesinde yaşayan kadınlara göre, doğum öncesi bakım ünitelerini daha az kullandıklarını saptamışlardır. Literatür incelendiğinde, 20 yaş altı, evli olmayan, lise eğitiminden daha az eğitimi olan kadınlarda yetersiz doğum öncesi bakım alma oranı, daha yüksek bulunmuştur<sup>8</sup>.

Araştırma nüfusunun ağırlıklı olarak kent yerleşimli olmasının (%60.8) eğitim durumuna etkili olduğu düşünülmektedir. Özcebe ve ark.’nın çalışmasında kent yerleşiminde annelerin %58.5’i ortaokul ve üstü eğitimi olarak belirtilmiştir. TNSA-2003’de %21.8 olan okur yazar ve ilkokulu bitirmemiş annelerin oranı, bu çalışmada daha düşük bulunmuştur. İlkokul mezunu olma durumu TNSA-2003 bulguları ile benzerdir. Aynı şekilde, kadının statüsü iyileştikçe obstetrik hizmetlerden yararlanma oranı da artmaktadır. Buna Türkiye’den örnek verilecek olursa, 1998 TNSA İleri Analiz Sonuçlarına göre kadının öğrenim düzeyi yükseldikçe doğum öncesi bakım alma ve sağlıklı koşullarda doğum yapma oranlarının arttığı görülmektedir. Ortaokul ve üstü düzeyde doğum öncesi bakım alma %96.0’dır<sup>2</sup>. Yapılan lojistik regresyon analiz sonucuna göre gebenin öğrenim durumu gebe izlem niteliğinde anlamlı fark oluşturmaktadır (p=0.036). Bu durum, öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlık hizmetinden yararlanma istemlerinin daha iyi işlediğini, sunulan sağlık hizmetini daha iyi aldıklarını göstermektedir. Elazığ’daki çalışmaya göre kadınların %11.7’si okuma-yazma bilmemektedir<sup>30</sup>. İlkokul ve altı eğitimi lohusaların %4.3’ü yeterli DÖB alırken, ilkokul ve üzeri eğitimlilerde bu oranın %33.3’e çıktığı gözlenmiştir. Kırsal alanda yaşayan lohusaların hiçbiri, “yeterli” olarak nitelendirilebilecek DÖB almamıştır<sup>33</sup>. 2003 TNSA sonuçlarına göre halen üreme çağındaki kadınların sadece %62’si ilköğretimin birinci basamağını oluşturan 5 yıllık eğitimi tamamlamıştır. Doğu bölgesinde cinsiyetler arası eğitim eşitsizliği daha da artmaktadır<sup>25</sup>.

Kadının eğitimi DÖB almayı artırmasına karşın, çok önemli bir değişken değildir, uygun girişimlerle var olan hizmetlerin kullanımı sağlanabilir. Eğitim almış kadınlar daha fazla sayıda DÖB almaktadırlar, eğitimin en az etkisi Sahra Altı Afrika’da görülmektedir. Pek çok ülkede eğitim almamışlarda, ilkokul düzeyinde eğitim almış kadınlar arasında çok büyük farklılıklar vardır. Ancak aynı eğitim düzeyindeki kadınların DÖB alma sayısı ülkeler arasında farklıdır.

Bangladeş'te eğitimsiz kadınların dört ve üzeri DÖB alması %2 iken, Dominik Cumhuriyet'inde %72'dir<sup>32</sup>.

Maloni ve arkadaşları, doğum öncesi bakım almayı etkileyen kişisel faktörler arasında en önemli faktörün, kadının gebelik hakkındaki bilgi eksikliği olduğunu söylemektedirler. Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalar doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımında eğitimin büyük etkisi olduğunu göstermektedir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'nın 1998 verilerine göre, okuryazarlığı olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınlarda, doğum öncesi bakım alma oranı %31.5 olmasına karşılık, sekiz yıllık ve üzerinde eğitim almış kadınlarda, bu oran, %96'ya çıkmaktadır. Gebeliği boyunca hiç doğum öncesi bakım almayanların oranı ise %32'dir. Bunun %61.4'ünü ilkokulu bitirmemiş kadınlar oluşturmaktadır. Cindoğlu ve Sirkeci, ortaokul ve üstü eğitim almış kadınların, ilkokul terk veya okuryazar olmayan kadınlara göre, daha yüksek oranda doğum öncesi bakım aldıklarını göstermişlerdir<sup>8</sup>.

Gebeye ilişkin risk faktörleri iyi değerlendirilememektedir. "Herkes, ama gereksinimi olana daha çok" anlayışının hizmetin daha verimli olmasını sağlayacağı unutulmamalıdır. Bu doğrultuda, gebelerin risk durumlarının daha iyi sorgulanması ve önemszenmesi gerekmektedir. Araştırmaya alınan gebelerin %11.0'ında akrabalık olduğu görülmüştür. Genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir ve tahminlere göre, dünya toplumunun %20'si tarafından yeğlenmektedir. Akrafa evlilikleri, genetik hastalıklara neden olmasının yanında, özellikle kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkilemektedir. 1998 TNSA'nda, araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönem içerisinde olan doğumların %27'sinde eşler arasında akraba evliliği, %17'sinde ise konjenital anomali görülme sıklığı açısından daha fazla risk taşıyan birinci derece akraba evliliği olduğu görülmektedir. Birinci derece akraba evliliği yapmış olanların %46'sı doğum öncesi bakım almamıştır. Ayrıca, eşyle akraba olan kadınların %27.7'si doğum sağlıklı koşullarda yapmamıştır. Doğan çocukların en azından %8.4'ü akraba evliliklerinden doğmaktadır. Özellikle, Batı Akdeniz ve Güney Hindistan'da çok yaygındır. Eş seçiminin, tamamen serbest olduğu ve kişilerin kendi eğilimlerine bırakıldığı toplumlarda, insanların çok azının akrabaları ile evlendikleri sonucu çıkarılmıştır. Akrafa evliliği yapan popülasyonda özürülü çocuk doğma riski diğer popülasyona göre iki kat artarak %8-9 olmaktadır. DÖB nitelik puanı değerlendirmesine göre, riskli gebelik olarak tanımlanması gereken eşleri ile birinci derece akraba olan kadınların %15'inin DÖB nitelik puanı "kötü", %37'sinin "orta", %48'inin ise "iyi" olduğu bulunmuştur. Türkiye'de yüksek oranda görülen (%27) akraba evlilikleri için, genetik danışma hizmetinin sağlık hizmetleri içinde, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında planlanması uygun bir yaklaşım olacaktır<sup>34</sup>.

Elazığ'daki çalışmada olduğu gibi çalışan kadın oranı düşüktür<sup>30</sup>. Dünyada, gelişmekte olan 99 ülkede yapılan bir araştırmaya göre, kadının toplumsal statüsü ve doğurganlığı arasında doğrudan bir ilişki vardır denilmektedir. Kadının statüsü iyileştikçe doğurduğu çocuk sayısı azalmaktadır. Çok çok düşük kadın statüsünde 5.9 olan Toplam Doğurganlık Hızı, orta statüde 2.9, çok iyi statüdeki kadınlarda 1.9'dur (Kaynak: Population Crisis)<sup>2</sup>. 2003 TNSA'sına göre üreme çağındaki kadınların % 58.3'ü halen çalışmamaktadır<sup>25</sup>. Çalışma hayatı tek başına gebelik sırasında risk oluşturmamaktadır. Çalışan kadınlar arasında, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, fetal malformasyon ve prenatal mortalite oranlarında artış olmamaktadır<sup>9</sup>. Gebelerin sosyal güvenceleri sorgulanamamıştır, ancak çalışan gebelere göre bu konuya değinmekte yarar vardır. Maloni ve arkadaşları, ekonomik problemleri annenin yeterli doğum öncesi bakım almasını engelleyen en önemli faktör olarak tanımlamaktadırlar. Kadının parasal durumu, sigortalı olup olmaması ve sigorta içeriği, ekonomik durumunu gösterir. Tıp Enstitüsü raporlarına göre ABD'deki kadınların %26'sının sigortası, maternal bakımı karşılamamakta ve üçte ikisinin ise zaten sağlık sigortası bulunmamaktadır. Her ne kadar tıbbi yardım programları fakir kadınların doğum öncesi bakım ücretlerini karşılasa da, bürokratik işlemlerin fazlalığı, kadınların bu programlara kayıt olmasını engellemektedir. Böylece, doğum öncesi bakıma en çok ihtiyacı olan kadınlar, bu bakımı alamamaktadır. Ülkemizde de, durum çok farklı değildir. Ekonomik durumu iyi olan kadınlar, daha yüksek oranda doğum öncesi bakım almaktadırlar<sup>8</sup>.

Gebelerin ortalama evlenme yaşı diğer çalışmalarda olduğu gibi 21.0±3.4 iken, 2000 Genel Nüfus Sayımında Türkiye genelinde 24.1, Manisa ilinde 24.0'dır<sup>27,30,35</sup>. Diğer çalışmalarla benzer şekilde 15-19 yaş grubundaki kadınların %23.6'sının doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir<sup>35,36</sup>. Bu oran, 2003 yılı TNSA'nda Batı bölgesi için %7.0 olarak saptanmıştır. Gecekondu bölgesinde özellikle doğu bölgesinden göç edenlerin fazla oluşu, adolesan evliliği ve doğurganlık davranışında kültürel faktörlerin etkisini düşündürmektedir. Halen evli adolesan kadınların %87.5'i ya anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe kalmıştır. Bu oran 17 yaş grubunda %75.0, 18 yaş grubunda %97.4 ve 19 yaş grubunda %86.6 olarak saptanmıştır. Gecekondu bölgelerinde yaşayan ve eğitim düzeyi daha düşük olan adolesanlar arasında çocuk doğurmaya başlayanların oranı diğer gruplara göre daha yüksektir<sup>21</sup>.

Gebe izleme fişlerinin %6.1'inde belirtilen gebelik öncesi sistemik hastalık bilgisi Adana'daki çalışmada %19.8 olarak bulunmuştur<sup>37</sup>.

## **6.2. Ebeye İlişkin Sosyo-demografik ve Hizmet Özellikleri**

Ebelik mesleği insanlığın geçmişi kadar eskidir. Bu mesleğin üç kurumca yapılan tanımlarına bakacak olursak<sup>38</sup>;

DSÖ'ne göre EBE, gebelik öncesi, gebelik sırasında, doğumda ve doğum sonrası dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak ve yeni doğanın bakımını yapmak üzere eğitilmiş kişidir.

Uluslararası Ebeler Birliği (Internatinal Confederation Midwives-ICM)'ne göre ise EBE, ülkesinde yer alan ebelik eğitim programına düzenli olarak devam eden, ebelik için zorunlu olan teorik ve uygulamaları başarılı şekilde tamamlayan, yasal olarak gerekli olan yeterlilikleri için resmi olarak diploma ile onay alan kişidir.

T.C.Sağlık Bakanlığına göre EBE, Sağlık Bakanlığı'nca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan, ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, doğum yaptıran, doğum sırasında ve doğum sonrasında hizmet veren kişidir.

Ebeler, sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin temel görevlilerindedir. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de yakın zamana kadar ebenin tek işlev ve rolünün "doğum yaptıрма" olduğu düşünülmüştür. Toplumda ebellekle özdeşleşen "doğum yaptıрма" rolü aslında ebenin uygulayıcı rolünün içerisinde yer alan bakım işlevlerinden yalnızca birisidir<sup>39</sup>.

Büyük çoğunluğu evli olan ebelerin yarısı 31-40 yaş arasındadır. Türkiye genelindeki sağlık personellerinin iş anlayışlarının ve tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada, ebelerin %38.6'sını 18-25 yaş grubundakilerin oluşturduğu bildirilmiştir<sup>40</sup>.

2003 yılında Manisa'da yapılan bir araştırmada ebelerin % 94.2'si Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olmuş ve benzer şekilde yaklaşık yarısı iki yıllık (önlisans) öğrenimini tamamlamıştır. Manisa genelinde yapılan çalışmada %1.9'u lisans mezunu ebelerden oluşmakta iken Manisa merkezindeki çalışmada hiç lisans mezunu ebe tanımlanmamıştır. %76.6'lık bir oranının Lisans düzeyini, %13.0'ının Ön Lisans düzeyini istemesi, ebelik mesleğinin günümüzde artık adolesan dönemi eğitimiyle verilmemesi gerektiğinin önemli bir göstergesidir. Ebeler eğitimlerinin artık liseye temellenmiş akademik bir ortama gereksinim duyduğunu, böylece kendi mesleklerinde gelişme ve yükselme olanağına sahip olabileceklerini düşünmektedir<sup>41</sup>. Ebelerin son bitirdikleri okul dağılımında çoğunluğu Meslek Lisesi ve Açık Öğretim Ön Lisans programı oluşturmaktadır. Ebelerin aldıkları yüksek eğitim uygulamadan uzak kuramsal özellikte ve geçerli meslek uygulamasından çok gelir, statü katkısı getirmektedir<sup>42</sup>. Yüksek Sağlık Şurası Kararları doğrultusunda Ebe-Hemşire okullarına öğrenci alımı 1995 yılında durdurulmasına karşın, Sağlık Meslek Liselerinin 24'ünde Ebelik eğitimi halen verilmektedir. Ancak bu bölüme öğrenci alımı çok az düzeye inmiştir (<http://sdb.meb.gov.tr>). Yine bu kararlar doğrultusunda, YÖK Başkanlığı-Sağlık Bakanlığı 1996 protokol gereği, üniversiteler bünyesinde kurulan Sağlık Yüksekokulu (79 adet) Ebelik Bölümleri 1997-1998 Eğitim-Öğretim Döneminde Lisans düzeyinde eğitime başlamıştır.

İlde çalışma süresi ortalaması İl genelindeki çalışma ile benzerdir ( $8.2 \pm 5.6$ )<sup>41</sup>. Ülke genelindeki çalışmaya göre ebelerin yaklaşık üçte biri (%35.2) 0-5 yıl arasında, yarısından fazlası ise 10 yıldır çalışmaktadır<sup>40</sup>.

Türkiye’de ebe başına düşen nüfus 2003 yılı verisine göre 3,690, 2005 yılı verisine göre 3,216’dır. Marmara bölgesinde ebe başına düşen nüfus (5,552) en yüksek oranda iken, Ege bölgesinde en düşük (1,944) seviyededir<sup>43</sup>. AB standartlarına göre bu sayılar çok fazladır. 1961 yılından bu yana yürürlükte olan 224 sayılı yasaya göre sağlık ocaklarında yaklaşık her 1,500 kişiye bir ebenin çalışması öngörülmektedir. 2001 yılı verilerine göre, ortalama nüfuslara bakıldığında ebe başına 5,471 kişi düştüğü görülmektedir<sup>44</sup>.

Bölgede daha uzun süre çalışan ebenin, hizmet verdiği bölgeyi daha iyi tanıyıp benimsediği düşünülebilir. Kayseri’de yapılan çalışmada bölgedeki hizmet süresi 6 yıl ve üzerinde olan, yüksek okul mezunu, sosyo-ekonomik düzeyi orta derecedeki bölgede çalışan ve çok katlı bloklara hizmet veren ebelerde yeterli izleme oranı daha yüksektir.<sup>45</sup>

Hızla değişen bir toplumun ve mesleğin koşullarını uzun süre önce görmüş oldukları öğrenim ile yürütmekte güçlük çeken personelin hizmet içinde yetiştirilmesi zorunluluğu giderek artmaktadır. Ebelerin sadece %32.7’sinin kendi isteği ile ebeliği seçtiğini bildiren bir çalışmada mesleklerine ilişkin eğitim alma oranı %69.3 bulunmuştur. Eğitimlerin daha çok uygulamaya yönelik beceriyi artırıcı kurslar olduğu dikkati çekmektedir. Ayrıca hizmet içi eğitimin sürekliliği de önemlidir. Bu çalışmada hizmet içi eğitimin yetersizliği %44.6 olarak bulunmuştur<sup>42</sup>. Ebelerin mesleksi gelişimi, kendilerini yenileyebilmeleri ve motivasyonları için hizmet içi eğitim önemlidir. Yine ildeki bir araştırmada ebelerin %79.0’ının herhangi bir hizmet içi eğitim aldığı görülmektedir. Bu oldukça iyi denilebilecek bir orandır. Ayrıca %77.5’i eğitim programlarına katılmak istediklerini belirtmiştir. Yani eğitime açık bir meslek grubu olduğu görülmektedir<sup>41</sup>. Ebelerin hizmetiçi eğitimleri hekimin sorumluluğundadır. Hekim, eğitim teknikleri kullanarak ebelerin bilgi ve becerilerini arttırmalıdır<sup>12</sup>. Ankara birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşire/ebelerin sağlık hizmetleriyle ilgili en fazla eğitim ihtiyacı hissettikleri konu başlıkları sırasıyla bağışıklama (%80.9), ebe ve hemşirenin görev ve sorumlulukları (%76.8) ve sağlıkta yeni gelişmelerdir (%69.9)<sup>46</sup>. Ebelerin % 87.2’si hizmet-içi eğitimin zorunlu olması gerektiğini, bunun da periyodik toplantı şeklinde verilmesi gerektiğini düşünmektedirler<sup>40</sup>.

Ebelerin çoğunluğu mesleğini ve hizmet sunduğu bölgeyi orta ve üstü bir seviyede sevmektedir. Mesleğini hiç sevmeyenlerin oranı ise azımsanmayacak derecededir (%13.3). Manisa genelinde yapılan bir çalışmada ebelerin %65.1’inin mesleklerini kendilerinin tercih ettiği, bu dönemdeki ebelerin büyük çoğunluğu sağlık meslek lisesi çıkışlı bireyler olduğu ifade edilmektedir.

Mesleğe girişleri ortaokul sonrasına dayanır<sup>41</sup>. Ebelerin mesleklerinden hoşnutlukları memnun ve çok memnun kategorisinde %44.0'dır<sup>40</sup>. Aksakoğlu, ebenin iyisini “eve kapıyı çalmadan, evin hanımının adını sesleyerek doğrudan girebilen, evde düzenli izleyen ve eğitendir” diye tanımlamaktadır<sup>47</sup>. Kadınların %73.4'üne doğum öncesi bakım amacı ile ev ziyareti yapılmamış olup, veriler ebeler tarafından izlenen gebelerin çoğunlukla sağlık ocağında izlendiğini gösteren çalışmayı, çalışmamız da desteklemektedir<sup>48</sup>.

İzlemler kentsel yerlerde sağlık kuruluşlarında, kırsal yerlerde ise, sağlık personeline (ebe, hemşire, hekim) evlerde yapılabilir. Kırsal yerlerde de, eğer gebelerin sağlık ocaklarına ya da sağlık evlerine gelmeleri sağlanabilirse, izlemler buralarda yapılabilir. Ancak kırsal bölgelerde, kadınların izlemlerini aksatabilecekleri, başvurmayan gebelerin kendi sağlıklarına daha az önem verecekleri akıldan çıkarılmamalıdır. Böyle kişiler aynı zamanda toplumun alt sosyal tabakalarını oluşturan kişilerdir. Bu kişilerde riskli gebelik olasılığı daha fazladır. Dolayısıyla, kendisi başvuran gebelerden daha öncelikle, başvurmayanların izlenmeleri gerekir<sup>12</sup>.

Sağlık ocağı, aynı zamanda, kadınların gebelik izlemleri için de en çok tercih ettikleri kurumdur. %94.3'ünün sağlık ocağında izlem yaptırmış olması, %52.4'ünün sağlık ocağı ebesi tarafından en az bir defa evde ziyaret edilmiş olması, sağlık ocaklarının sosyo-ekonomik düzeyi iyi olmayan kesimlerin DÖB'a ulaşmasında oldukça önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir. Özel hekime gidenlerin %33.7'sinin sadece bir defa, %13.5'inin ise 6 ve daha fazla sayıda kontrole gitmiş olması, buna karşılık sağlık ocağı tarafından bir defa izlenenlerin oranı %4.2 iken, 6 ve daha fazla sayıda izlenenlerin %55.7 oranında olması, hizmetin devamlılığı açısından da sağlık ocaklarının önemini vurgulamaktadır<sup>36</sup>.

16-24 yaş grubunda yer alan, ilkokul ve altında eğitime sahip olan, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan ve SSK'ya bağlı olan gebelerin izlemlerinde sağlık ocağını sürekli olarak kullandıkları saptanmıştır. Sağlık ocağını sürekli kullananlarda tam aşıllı olma ve DÖB izlemlerine ilk trimesterde başlama oranı yüksektir. DÖBKYİ'ne göre fazla izlem alanlar sağlık ocağı dışındaki kurumları sürekli kullanmaktadır<sup>49</sup>. Bornova'da, Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Okulu (ACOG) tarafından geliştirilen Prenatal Bakımdan Yararlanma Yeterlilik İndeksi (APNCUI) kullanılarak yürütülen çalışmada, yeterli doğum öncesi bakım hizmetini, nitelikli ve yeterli alan kadınlar araştırma grubunun %25.9'unu oluşturmaktadır<sup>50</sup>.

Halkın birinci basamak hizmetlerini sunan sağlık ocaklarından yeterince yararlanmadığı, sevk zincirinin gerçekleşmediği, üst basamak hizmeti sunan hastanelerin birinci basamak sağlık hizmeti vermek durumunda kaldıkları çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Gebelerin % 83'ü bağlı olduğu sağlık ocağını bilmekte, % 17'si bilmemektedir. Yine gebelerin %36.3'ü daha önce sağlık ocağına gitmediklerini ifade etmişlerdir. Gebelerin, %28'i sağlık ocaklarında ne tür

hizmetlerinin verildiğini bilmemektedir<sup>51</sup>. Annelerin en son gebeliklerinde antenatal bakım aldıkları kaynaklar incelendiğinde, %34.3'ünün sağlık ocağı ve %1.8'inin evde ebe izlemiyle antenatal bakım aldığı saptanmıştır.

Hizmetin herkese ulaşmasında insan gücü en önemli faktörlerden biridir. Sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin ev ziyaretinde verdiği hizmetler incelendiğinde ilk sırada %89.3 oranı ile kayıt tutma gelmiştir. Kartoğlu ve arkadaşları ebelerin sağlık eğitiminde etkinliklerini değerlendirdikleri araştırmalarında; annelerin; “*ebeler eve gelir gelmez, kartı kalemi çıkararak soru sormaya ve not almaya başladıklarını*” açık bir dille ifade ettiklerini belirlemiştir. Ebelerin en fazla oranda kayıt tutma amacıyla ev ziyareti yapması, ebe hizmetlerinin kayıtlardan değerlendirilmesinden, hizmetin verildiği esnada hizmetin yerinde değerlendirilmemesinden kaynaklanabilir<sup>52</sup>.

Kılıç'ın Yozgat il merkezinde oturan annelerde yürüttüğü çalışmada, gebelerin yarısının son gebeliklerinde ebeler tarafından evlerinde ziyaret edildiğini ve ziyaret süresi ortalamasının 2.23 dakika olduğunu belirlemiştir. Bu süre içerisinde gebelere herhangi bir hizmet verilemeyeceği ve verilmediği ifade edilmiştir. Ebelerin ev ziyareti sıklığı ortalaması ise 1'dir<sup>53</sup>.

İzlemlerde, gereken muayene ve incelemeler titizlikle yapılmaz ise, izlemler yalnızca bir görevi tamamlamış olma anlayışı içinde yapılırsa hiçbir yarar sağlamaz. O nedenle ocak hekiminin, izlemlerin niteliğinden emin olması gerekir. Bu nedenle, zaman zaman ebeleri iş başında denetlemekte ve gebe izlem ve muayene fişlerini kontrol etmekte yarar vardır<sup>12</sup>. Ebelerin % 15.0'ı kurum içerisinde gebe izlem kartlarının hiç denetlenmediğini ifade etmiştir.

Sahada sağlık ocağı izlemlerini etkileyen sorunlar diğer çalışmalarla benzer sonuçları göstermiştir. Saha çalışmasındaki güçlükler sırasıyla, başıboş hayvanlar, alanda tek başına çalışma, görüşmenin kabul edilmemesi, mesafenin uzak olması, yolların kötü durumda olması, insanların rahatsız etmesi, aylık formların net olmamasıdır<sup>42</sup>. Aksakoğlu, kentte, kırsal alanda karşılaşılmayan ve akla gelmeyen yeni sorunların ortaya çıkabileceğinden söz etmektedir. Kent insanı evine ebe-hemşire girmesinden hoşlanmıyordur! Bazen çalınan kapı açılmaz, bazen “bizim özel doktorumuz var” yanıtı alınır. Kentte sabah geç olmaktadır, ebe-hemşireler doğurgan kadınlara ulaşmak için öğleye yakın saatlerde yola çıkarlar. Gebelere tetanoz aşısı yapılması neredeyse olanaksızdır, çünkü özel kadın-doğum uzmanı tetanoz aşısı yapılmasını yasaklamıştır, ebenin de uzman hekimi aşma olanağı yoktur; bu nedenle soruşturma konusu olan ölüm bile görülür. İş apartman girişlerine “seyyar satıcılar ve ebeler giremez” yazıları konmasına dek gider. Gecekondu alanlarında da -başta kültürel- sorun vardır; en çok sağlık sorunu yaşayan genç evli kadın, kaynana ve koca engellemesi ya da evde çok sayıda çocuk bırakacak olması nedeniyle Sağlık Ocağı'na ulaşamaz, büyük bir bölümü de dil sorunu



yüzünden iletişim kuramaz.<sup>54</sup> Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde ise doğum öncesi bakımın yetersizliği kadınların öğrenimlerinin azlığına, iletişim yetersizliğine, parasal imkansızlıklara ve ihtiyaç duyulmamasına bağlı olabilir. Aksakoğlu'nun açıklamasının yanı sıra, çok katlı bloklarda oturan kadınlarda izleme oranının yeterli olması, bu kadınlara ulaşmanın kolay olmasından kaynaklanabilir. Dağınık yerleşimlerde, yeterli izleme oranı anlamlı derecede düşüktür; bu bölgelerdeki hizmet açığı, bir ebenin daha az nüfusa hizmet vermesi sağlanarak kapatılabilir<sup>45</sup>.

İzlemeleri etkileyen sahadan kaynaklanan etmenler dışında performans ve aile hekimliği gibi uygulamaların da etkili olduğu dile getirilmiştir. Performans uygulaması, tedavi hizmetlerinin ön plana çıkmasında rol oynamış, sonuç olarak sağlık ocağı hekimleri kendilerini mümkün olduğu kadar fazla sayıda hasta bakmaya yönlendirmişler ve koruyucu hizmetleri aksatmışlardır. Artık, özellikle kentsel sağlık ocaklarında ev ziyaretleri, esnaf denetimleri, çevre sağlığı hizmetleri hemen hiç verilmemekte, çocuk ve gebe izlemeleri olabildiği kadarıyla sağlık ocaklarına gelebilen kişilere verilmektedir. Oysa halk sağlığı ve sosyalleştirmenin ilkelerinden birisi, sağlık kuruluşuna başvurmayanlara hizmet verebilmektir. Çünkü asıl risk altında olanlar, sağlık kuruluşlarına başvurmayan ve sağlığının değerini bilmeyen kişilerdir. Halen, sağlık ocaklarında görev yapan hemşireler, hekim odalarında poliklinik defteri tutan sekreterlerden başka bir şey değildir<sup>55</sup>. Ebeler, yakın tarihte pilot il olarak başlayacak aile hekimliği uygulamasının izlemelerini %1.8 oranında olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Hasuder'in raporuna göre aile hekimliğinde, kayıtlar sözleşme yapılan bireylerle sınırlı olarak tutulmamakta, demografik ve yerleşim yeri temelinde hizmet denetlenememekte, dolayısıyla planlama yapılamamakta ve değerlendirilememektedir. Aile hekimliği pilot uygulaması, kent-kır ve kentsel-gecekondu eşitsizliğini daha derinleştirmiş, kırsal kesimin sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği daha kısıtlanmıştır. "Herkes-her yerde ve her zaman sağlık hizmeti ve başvur(a)mayanlara da hizmet" ilkesi yerine "yalnızca başvuranlara, ulaşabilenlere sağlık kurumunda hizmet" ilkesi getirilmektedir<sup>31</sup>.

### **6.3. Gebe İzleme Fişlerine İlişkin Özellikler**

Ebe, gebeleri olabildiğince erken dönemlerinde tespit etmeli ve tespit ettiği her gebe için bir "gebe izleme ve muayene fişi" çıkartmalıdır. Bazı yerlerdeki ebeler, çocuk kalp sesleri duyulmadan gebeye izleme fişi çıkartmazlar. Bunun nedeni, gebeliğin kesin tanısının çocuk kalp seslerinin (ÇKS) duyulması olmasıdır. Bu uygulamanın olduğu yerlerde, tespit edilen gebeler fiş çıkartılmadan izlenir, ÇKS'nin duyulmaya başladığı gebeliğin dördüncü ayında fişleri çıkartılır. Aslında, böyle bir uygulamaya gerek yoktur. Hangi ayında olursa olsun, gebe olduğu belirlenen her kadın için bir "gebe izleme ve muayene fişi" çıkartılmalıdır. Unutulmaması gereken şey, gebeliğin ilk trimesterinin sağlık açısından önemli olduğu ve gebelerin mutlaka bu dönemde de izlenmeleri gerektiğidir<sup>12</sup>.

Gebelerin takibinde doğru ve tam bilgiye ulaşmak, gelişebilecek komplikasyonların ön görülmesi, önlenmesi ve uygun şekilde tedavisinde en önemli etkidir. Türk Perinatoloji Derneği tarafından bu olanağı sağlamak amacı ile ulusal akademisyen ve araştırmacıların katıldığı Perinatoloji Çalıştayları'nın sonuç bildirgelerinin bir ürünü olan "Gebe Takip Kılavuzu" iyi bir kaynaktır<sup>56</sup>.

İzleme kartlarının doğru ve tam olarak doldurulması, hizmetin planlanması ve değerlendirilmesi açısından önemlidir.

### ***Tetanoz bağışıklaması***

Maternal Tetanoz (MT), güvenli ve temiz olmayan doğumlar ve düşüklerle ilişkili olarak gebelik süresince ya da herhangi bir şekilde gebeliğin sonlanmasından sonra altı hafta içinde açık yaralardan tetanoz sporlarının bulaşı sonucu oluşur. MT, gebe kadının bağışıklanması ile en kolay önlenabilir anne ölümü nedenlerinden biridir. MT nedeniyle yılda yaklaşık 30,000 ölüm görülmekte, bu da maternal ölümlerin en az %5.0'ını oluşturmaktadır. Neonatal Tetanoz (NT) doğum öncesi bakım hizmetlerinin sınırlı verildiği, doğumların kirli ortamlarda, eğitimsiz kişilerce yaptırıldığı ve tetanoza karşı bağışıklamanın yetersiz olduğu birçok az gelişmiş ülkede önemli bir halk sağlığı sorunudur<sup>3</sup>.

Tetanoz aşılması, bağışık olmayan her gebeye en az iki doz olarak yapılmalıdır. Birincisi gebeliğin olası en erken sürecinde, ikincisi birinciden dört hafta sonra ve doğumdan en az iki hafta önce uygulanır. Tetanoz aşılama öyküsüne bakıldığında, fişlerde aşısız gebe bulunmaması ve gebelerin tamamına yakınının tam aşıllı (%96.6) olduğunu görmek sevindiricidir.

Önlenilebilir bir hastalık olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde hala ölümlere neden olan neonatal tetanozdan korunmanın en etkili ve amaçlanması gereken yolu her gebeyi en az bir defa tetanoz toksoidi ile aşılmaktan geçür<sup>57</sup>. İzmir'de gebe-lohusa izleme fişlerinin taranması ile yapılan çalışmada tam aşıllı olanlar %76.8'dir<sup>58</sup>. Bornova Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında tespit edilmiş olan gebelerin %4.9'u hiç aşılanmamış, %12.7'si eksik aşıllı, %82.4'ü tam aşıllıdır<sup>49</sup>.

TNSA 1998'de tetanoza karşı bağışıklaması yeterli olanların oranı %40'tır. Tetanoz aşılması, gebelerin %15'ine bir doz, %29'una iki ve daha fazla doz olarak yapılmıştır. Tetanoz bağışıklaması 1993'e göre az da olsa artmasına karşın, gebelerin yarısından fazlasına tetanoz aşısı yapılmamıştır<sup>32</sup>. MNSA 2005'e göre son beş yılda yapılan doğumların %15.7'sinde tek doz, %65.1'inde iki doz tetanoz toksoidi uygulandığı belirlenmiştir. 1999 yılı MNSA'sında da bu oranlar benzerdir<sup>21</sup>.

### *İzlem sayısı*

154 sayılı yönergeye göre, gebelerin gebelikleri boyunca en az 13 kez izlenmeleri gerekir. Ancak, şimdiye kadarki uygulamalar bunun mümkün olmadığını göstermiştir. Aslında, normal giden bir gebeliğin bu kadar sık izlenmesine de gerek yoktur. Gebelerin sık izlenmelerinden çok, izlemelerin niteliği önemlidir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, 1986 yılından başlayarak izlem sayılarını 6'ya indirmiştir. Bu izlem sayıları normal gebeler içindir. Riskli gebelerin daha sık ziyaret edilmeleri gerekeceği açıktır<sup>12</sup>.

Ebe kayıtlarına göre Manisa merkezde gebe izleme sayısı Aydın<sup>33</sup> ve Kayseri'deki<sup>45</sup> çalışmalar gibi iyi derecede sayılır. İzmir'de kadınların tüm kurumlardaki toplam izlem sayılarının ortalaması  $9.7 \pm 4.6$  (0-31) olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı standardı olan "en az 6 defa" izlenen gebelerin oranı %82.6 idi<sup>36</sup>.

Bornova Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında tespit edilmiş olan gebelere ilk trimesterde ve gebelik sonunda telefon görüşmesiyle yürütülen çalışmada, DÖB düzeyini belirlemek üzere Doğum Öncesi Bakım Kullanımı Yeterlilik İndeksi (DÖBKİYİ) (APNCU=Adequate Perinatal Care Utilization) kullanılmıştır. DÖBKİYİ, DÖB'ın başladığı ayı dikkate alarak, doğumdaki gebelik haftasına göre gözlenen ve beklenen DÖB ziyaretlerinin oranını tanımlar. Beklenen DÖB ziyaretlerinin sayısı da Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji'nin önerilerine dayanır. Gebelerin % 15.1'i gebelik öncesinde sağlık kontrolünden geçmiş, bu gebelerin %80'i de hizmeti özel sağlık kuruluşlarından almıştır. Annelerin ortalama olarak  $7.89 \pm 2.33$  (En düşük:3, en yüksek:13) kez DÖB aldığı belirlenmiştir. Ortanca izlem sayısı 8'dir. DÖBKİYİ'ne göre kadınların %1.1'i yetersiz izlem alırken, %54.6'sı orta, %23.9'u yeterli, %4.4'ü ise fazla izlem almıştır. Sağlık Bakanlığı standartlarına göre yeterli olarak değerlendirilen 116 gebenin izlemi, aya göre yeterliliği değerlendiren DÖBKİYİ'ne göre yetersiz ve orta yeterlilik sınıfına girmektedir<sup>49</sup>.

İzmir'de 103 gebe (%50.2) en az bir defa evde ziyaret edilmiş olmasına karşın, bu gebelerin ortalama ziyaret sayısı 2.36'dır<sup>49</sup>.

Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre ilde son beş yılda gerçekleşen doğumların %88.3'ünde en az bir kez doğum öncesi bakım alındığı izlenmektedir. Yine aynı çalışmaya göre dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım hizmetinin %66.4 oranında verilmesi, izlenen gebelerin ortalanca izlem sayısının ise 7 olması, çalışmamızı desteklemesi ve doğum öncesi izlem yapılan kişilerde izlem sayılarının düşük olmadığını göstermesi açısından değerlidir<sup>21</sup>.

Aydın ili merkezindeki bir sağlık ocağı bölgesinde ortalama gebelik öncesi izlem sayısı  $5.9 \pm 2.8$  olarak tespit edilmiştir. Gebelerin % 48.1'i "yeterli" doğum öncesi bakım almışken %85.3'ü

“iyi”, %10.3’ü “orta” ve %4.5’i “kötü” nitelikte doğum öncesi bakım almışlardır<sup>59</sup>. Ayrıca antenatal bakımı yetersiz olan adolesan annelerde doğum sonrası depresyon insidansının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>60</sup>.

Sezaryen olan kadınların %96’sı antenatal bakım almış olup, izlem sayısı ortalaması  $5.16 \pm 4.49$ ’dur. Yeterli bakım almayanların %52.1’i bakım almayı gereksiz gördüğünden bakım almamıştır. %62.7’si ilk bakımını 1. trimesterde almış ve %47’si üç trimesterde de bakım almaya devam etmiştir<sup>61</sup>.

Laos’ta gebe kadınların sadece %29’u, Etopya’da ise %27’si antenatal bakım almaktadırlar<sup>62</sup>.

Bölge hastanesi konumundaki Diyarbakır Doğumevi Hastanesi’nde doğum yapan 764 kadından 326’sı (%42.67) doğum öncesi bakım almadığını belirtmiştir<sup>63</sup>. Yenidoğan Ünitesinde izlenen toplam 200 bebeğin annesi ile görüşmede, %80’inin izlem amacıyla bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, bunların %61’inin ise dört veya daha fazla kez kontrol edildiği belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki annelerin tümünün sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilme olanağına sahip olması göz önüne alındığında bu oranın daha yüksek olması beklenebilir<sup>64</sup>.

Doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirmek amacıyla iki indeks kullanılmaktadır:

**Kessner İndeksi:** En az dokuz izlem yeterli, dört ve daha az izlem yetersiz olarak değerlendirilmektedir. Gebeliğin ilk trimesterinde tespit edilmesi, 36. hafta sonuna kadar ayda en az bir izlem, 28. hafta sonra başlanmış gebelik izlemi yetersiz izlemdir. Yeterlilik kategorileri, Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Fakültesi ve DSÖ’nün önerilerine dayanır.

**Kotelchuck İndeksi:** İzlemlerin ilk dört ay içinde başlaması, beklenenin en az %80’i kadar izlem gerçekleşmesi yeterli olarak değerlendirilir. DÖBKYİ, DÖB’in başladığı ayı dikkate alarak, doğumdaki gebelik haftasına göre gözlenen ve beklenen DÖB ziyaretlerinin oranını tanımlar. Beklenen DÖB ziyaretlerinin sayısı da Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Fakültesi’nin önerilerine dayanır. İndeksin çıktı ölçütleri ise Düşük Doğum Ağırlığı ve Erken Doğumdur<sup>65</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü geliştirmekte olan ülkelerde maternal ve fetal mortaliteyi etkilemeden doğum öncesi muayene sıklığını azaltarak daha etkin ve kolay doğum öncesi bakım modeli sunmaktadır. Farklı antenatal bakım modellerinin etkiliklerini test etmek için DSÖ, 2001 yılında randomize kontrollü çalışmaları sistematik olarak gözden geçirmiştir. Bu yeni modelde etkinlik yönünden standart bakım modeline göre benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yeni modelde doğum öncesi 4 adet muayene ve doğum sonrası 1 adet muayene öngörülmektedir. İlk muayene 12.haftadan önce yapılmalıdır. İkinci muayene 26.haftaya yakın, üçüncü muayene 32. hafta

civarında ve dördüncü muayene ise 36-38.haftalar arasında yapılmalıdır. Azaltılmış antenatal muayenelerin yer aldığı sistemin maliyeti, standart modele eşdeğer ya da biraz daha düşüktür<sup>9,66</sup>. Bu model Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmiş ancak uygulamaya geçmesi sürünceme de kalmıştır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki perinatal problemler hala kabul edilemez farklılıklar göstermektedir. Geçtiğimiz yüzyıl içinde her ülke antenatal bakım prensiplerini kabul etmiş ve uygulamıştır. Ancak gelişmekte olan ülkelerdeki kaynak yetersizliği ve kadınların katılımlarındaki yetersizlik gibi önemli engeller bu ülkeleri değişik programlar uygulamaya itmiştir. Ne yazık ki bu programlar maternal mortaliteyi önlemede yetersiz kalmışlardır. Antenatal kontrollerin sayısının sabitlenmesi ve pasif yaklaşım antenatal bakımın kalitesini çok yakından etkilemiştir.

Uzun yıllar boyunca obstetrik incelemelerin gerekliliği ve sıklığı tartışılmıştır. Bu incelemeler tüm gebelik boyunca üç sefer ile sınırlandırılabilirler gibi 2-4 haftada bir düzenli kontrollerin yapılması da önerilmiştir. Günümüzde dünyada uygulanan antenatal bakım modellerinin çoğu etkinlikleri yönünden bilimsel değerlendirmeye tabi tutulmamışlardır. Gelişmekte olan ülkelerde uzun bekleme süreleri ve gebeye faydası az düzensiz klinik kontroller nedeniyle antenatal bakım programları verimli olarak uygulanamamaktadır. Bu önemli noktayı aydınlatmak amacı ile UNDP/UNFPA/Dünya Sağlık Örgütü/ Dünya Bankası tarafından "İnsan Üremesinde Araştırma Geliştirme ve Araştırma Eğitimi Özel Programı" oluşturulmuştur. Bu program çok merkezli randomize kontrollü bir çalışma olup batı dünyasına ait standart antenatal bakım modelini Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen yeni model ile karşılaştırmaktadır. Yeni modelde 8 olan klasik vizit sayısı 5 ile sınırlandırılmakta ve sadece anne ve bebek sağlığında bilimsel etkinlikleri kanıtlanmış klinik ve laboratuvar uygulamalar ile takip prensiplerine yer verilmektedir. Her iki yöntem karşılaştırıldığında ağır postpartum anemi, preeklampsi/eklampsi, üriner sistem enfeksiyonları, düşük doğum ağırlığı yönünden arada anlamlı bir fark saptanmamıştır. Maternal ve neonatal ölüm de dahil olmak üzere sekonder prognoz yönünden de fark saptanmamıştır. Anneler ve sağlık personeli her iki bakım yöntemini de tatminkar bulmuşlardır. Yeni yöntemde bakım masrafları artmadığı gibi bazı yönlerden masraf azalmıştır. Yeni yöntem maternal ve perinatal sonuçları değiştirmemiştir. Takip edenler ve edilenler tarafından ciddi bir direnç olmaksızın uygulanabileceği ve masrafları azaltılabileceği bulunmuştur<sup>57</sup>.

### ***Yeterli izlem***

DÖB değerlendirilirken, bakımı sunan kişi, bakım sayısı, DÖB'a başlanan gebelik haftası, gebelik süresi ve uygulanan gebelik toksoid dozunun sayısı gibi göstergeler kullanılabilir. DÖB gebeliğin erken dönemlerinde başlar ve gebelik süresince devam ederse daha etkili olur<sup>49</sup>.

İlk üç ayda tespit edilen ve en az beş kez izlenen gebelerin oranı %34.7 olan araştırmada, yeterli gebe izlemi yapma, ebenin mezun olduğu okula, bölgedeki hizmet süresine, bölgenin sosyo-ekonomik durumuna ve yerleşim özelliğine göre farklılık göstermektedir. Bu oran kentsel ya da kırsal alanda çalışma, hizmet verilen nüfus ve hizmet verilen bölgede oturmadan etkilenmemektedir<sup>45</sup>. Sağlık Bakanlığı'na göre, ebeler, normal gebeleri ortalama 6 kez, riskli gebelikleri ise daha fazla kez ziyaret etmelidirler. Kayseri'deki araştırmada ortalama gebe izleme sayısı  $4.85 \pm 2.1$ 'dir. Antalya'daki çalışmada bu ortalama  $3.0 \pm 1.9$  ile daha düşüktür. Çalışmamızda gebe izleme ortancası 7'dir. Türkiye bütününde 4.2 olan gebe izleme ortancasının<sup>45</sup> bizde yüksek olması, çalışmanın sadece tespit edilmiş gebeleri kapsamına bağlıdır.

Gebeliğin ilk trimesterinde tespit ve sağlık personeli tarafından 5 ve üzeri izlem yeterli DÖB alma olarak kabul edildiğinde, kadınların 1993'te %25'i yeterli DÖB alırken, 1998'de yeterli DÖB alma sıklığı %31'e yükselmiştir. 1998'de yeterli DÖB alma sıklığı açısından bölgeler arasındaki farklar belirgindir. Batı'da yeterli DÖB alma sıklığı %49.5 iken, Doğu'da bu sıklık %11'dir. Ayrıca Doğu'da kadınların %62'si DÖB almamıştır. TNSA 2003'te DÖB alanlarda il ziyaret sırasındaki gebelik ayı ortancası 2.8'dir. Kentte 2.6 iken, kırdaki 3.5 aydır. DÖB sayısı kadınların ancak %54'ünde 4 ve üzeridir, %26.4'ü 1-3 izlem almıştır<sup>32</sup>.

Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada ise 6 ve daha fazla sayıda DÖB alan kadınların oranı %79.2, ortalaması 8.7'dir. Araştırma grubundaki kadınlarda aynı oranın %81.0 olması, Manisa'da bu hizmetin daha iyi olduğunu göstermektedir<sup>36</sup>.

### ***Uygun izlem aralığı***

Doğum öncesi bakımda izleme sayısı kadar, nitelik açısından izleme aralığı da önemlidir. Uygun aralıkla izlenen gebelerin oranı %29.3 iken bu oran Kayseri'deki çalışmada %18.5 bulunmuştur<sup>45</sup>. Yeterli izleme seviyesinin iyi olmasına karşın, uygun aralıklarla izleme kaygı vericidir. Performans uygulamasında nicelik olarak izlem sayısı bir önceki yıllarla karşılaştırıldığından bu nitelik ölçütü önemsizdir. Ayrıca bu uygulamaya karşın Bakanlığın öngördüğü teorikte olan pratikte olmayan yeni DÖB modelinde izlem sayısının 4'e indirilmesi bu yetersizliğe neden olmuş olabilir.

DÖB'in hiç alınmaması anne ölümlerinin %25.5'inde, düşük kaliteli DÖB hizmetleri anne ölümlerinin %23.6'sında etki edici faktör olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar her dört anne ölümünden birinin yeterli ve nitelikli DÖB hizmeti verilmesi ile önlenebileceğini göstermektedir<sup>67</sup>.

### ***Kontroller***

Gebeliğin hem anne hem de bebek için sağlıklı devam etmesi gebeliğin başlangıcından sonuna kadar tıbbi kontrolleri gerektirir.

Gebelikte ağırlık ölçümünün iki amacı vardır: Birincisi, preeklampsiyi erken tanımlayabilmek, ikincisi annenin sağlıklı beslenmesini kontrol altına almak ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumunu önlemek. Doğum öncesi dönemde kan basıncı ölçümünün amacı, tokseminin erken dönemde saptanabilmesini sağlayan hipertansiyonu önlemektir<sup>68</sup>.

Doğum öncesi bakımın, içeriği ile ilgili gelişmekte olan ülkelerden kısıtlı veri bulunmaktadır. 14 ülkeden alınan veride, DÖB'da en sık yapılan ağırlık ve tansiyon ölçümü, en az yapılan ise kan ve idrar testleridir. Bunun yanında bütün ülkelerde en az kadınların yarısının kilo ve tansiyon ölçümleri yapılmıştır. Kamboçya, Mısır, Etiyopya, Malawi, Nepal ve Uganda da kadınların yarısından azına idrar ve kan testleri yapılırken, Raunda'da bu oran %4 ve %8'dir<sup>32</sup>.

TNSA 1998'de araştırmanın kapsadığı son iki yıllık dönem içinde DÖB alan kadınların %76'sının ağırlığı, %27'sinin boyu, %96'sının kan basıncı ölçülmüştür. TNSA 2003'te de benzer sonuçlar bulunmuştur. TNSA 1998'de kadınların %72'sine kan, %68'ine idrar tahlili bakılmışken TNSA 2003'te bu oranlar %77 ve %73 bulunmuştur. TNSA 1998'de ÇKS dinlenme sıklığı %88 iken TNSA 2003'te bu oran %91'e çıkmıştır<sup>32</sup>.

Gebelikte kan basıncı ölçümü, idrarda protein aranması, eklampsi ve preeklampsinin erken tanısı açısından önemlidir. Gebelik boyunca şu işlemler en az bir kez yapılmıştır: %97.5'inde kan basıncına, %98.1'inde ödeme, %88.7'inde varislere, %56.4'ünde ağırlığa bakılmış, %84.1'ine idrar tetkiki yapılmış, %92.1'inde çocuk kalp sesi dinlenmiştir. Bu oranlar diğer çalışmalardan iyi olmasına rağmen, daha da yüksek olması arzu edilir<sup>45</sup>.

İzmir'de gebe-lohusa izleme fişlerinin taranması ile yapılan çalışmada Sağlık Bakanlığı kriteri olan 6 izlemi ayına göre tam yapılan ağırlık ölçümü %7.6, kan basıncı ölçümü %9.1, ÇKS bakışı %14.6'dır. Trimestere göre tam yapılan kan tahlili izlemi %5.6'dır<sup>58</sup>.

Gebe izlem fişlerinin çoğunda gebenin, yarıdan fazlasında da eşinin kan grubu bakılmıştır. Kayseri'de gebe izlem fişlerinin incelenmesi yoluyla yapılan araştırmada %84.5'inde gebenin kan grubu, %65.5'inde eşinin kan grubu kaydedilmiştir<sup>45</sup>. Gebelerde hemoglobin ölçümlerinin (%15.1-%47.8), çocuk kalp sesi dinleme durumlarının (%15.1-%38) son derece düşük oranlarda olduğu görülmüştür. 6 ay altında gebe olan her üç kadından birinde kan basıncı ölçümü yapılmadığı tespit edilmiştir<sup>33</sup>.

ABD’de yapılmış başka bir araştırmada yeterli doğum öncesi bakım almayan kadınlarda, gebelikte yapılması gereken tetkiklerle (hepatit B, sfiliz, kızamıkçık geçirilip geçirilmediğini gösteren testler gibi) ilgili olarak kaçırılmış fırsatların 14.6 kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir<sup>33</sup>.

Ebeler tarafından doğum öncesi izlemlerde yapılan muayene ve tetkiklerin en az bir uygulanma oranları kilo ölçümü için % 86.7, nabız ve kan basıncı ölçümü için %87.5, ödem kontrolü için %68.1, idrar tahlili için %45.6, kan tahlili için %37.9, ÇKS dinlenmesi için %56.9, karın muayenesi için %39.9 ve meme muayenesi %17.7 olarak saptanmıştır<sup>48</sup>.

Muğla’da yapılan bir araştırmada ebeler tarafından gebelere gözlem sırasında ayrılan sürenin ortalama 11.5 dakika olduğu belirlenmiştir<sup>69</sup> Gebeliğin 12. haftasında veya ilk 12 hafta içerisinde 30 dakika süre ile gebeliğin 24-26. haftaları arasında 20 dakika, gebeliğin 30-32. haftaları arasında 20 dakika, gebeliğin 36-38. haftaları arasında 20 dakika süre ile izlem yapılmalıdır<sup>70</sup>.

### **Öğütler**

Gebenin aldığı DÖB’den memnun kalmasını etkileyen önemli unsurlardan birisi DÖB’ı veren sağlık çalışanı ile gebe arasındaki iyi iletişimdir. Gebeye uygun ve erişilebilir bilginin verilmesi ise iyi iletişimin sağlanması önemli etkenlerden birisidir. Gebelere DÖB aldığı sağlık biriminde en sık bilgi verilen konular ve bilgi verilme oranları ‘gebelik muayeneleri (%82.6)’, ‘gebelikte beslenme ve kilo alımı (%80.0)’, ‘aşı yaptırma (%70.2)’ olurken en az bilgi verilen konular ‘egzersiz (%39.5)’, ‘cinsel yaşam (%39.3)’ ve ‘kromozom anomali taraması (%26.7)’ olmuştur. Gebelik esnasında en çok bilgi edinme ihtiyacı duyulan konular ve ihtiyaç duyma oranları ‘beslenme (%44.0)’, ‘gebelikte tehlike işaretleri (%34.3)’ ve ‘doğum (%32.4)’dur. DÖB alınan yerin dışında gebelik, doğum, doğum sonrası dönem ile ilgili en sık bilgi alınan kaynaklar ise kitap/dergi (%54.0), televizyon (%40.0) ve arkadaş/tanıdık (%22.4) olmuştur. Karataş’ın, grup eğitimi yöntemiyle hemşire tarafından verilen doğum öncesi bakım ve eğitim etkinliğinin incelenmesi amacıyla gerçekteştirdiği çalışmada, kadınların anne ve çocuk sağlığı konusunda bilgi eksikliğinin olduğu ve bilgi almak istedikleri ortaya konularak gereksinimleri doğrultusunda sürekli eğitim verilerek bilgi düzeylerinde önemli artış sağlanabileceği gösterilmiştir<sup>71</sup>.

Gebelikte fetusun gelişimi ve büyümesi annenin iyi beslenmesine bağlıdır. Gebelikte ideal beslenme normal bir ağırlık artışı ile ortalamaya uygun bir fetus gelişimi sağlamalı ve perinatal komplikasyonları azaltmalıdır. Gebelikte idealin altında kazanılan ağırlığın prematürite ve düşük doğum ağırlığı ile ilgisinin kanıtlanması ile 1970’li yıllara kadar dünya genelinde



uygulanan ağırlık artışının sıkı kontrolü prensibi artık daha liberal uygulamalara yerini bırakmaktadır. Günümüzdeki uygulama gebelik öncesi vücut kütle indeksini temel almaktadır<sup>57</sup>.

TNSA 1998'e göre DÖB alan kadınların %65'ine beslenme, %52'sine gebelikteki tehlike belirtileri, %35'ine emzirme, %40'ına doğum, %27'sine doğum sonu aile planlaması konusunda bilgi verilmiştir<sup>32</sup>.

Sağlık eğitimi, gebenin kendi bakımının sorumluluğunu almasına yardımcı olabilir. Ebeler, gördükleri kadınlara, daha çok beslenme ve doğuma hazırlık konusunda eğitim vermişlerdir. Gebeliğin son üç ayında sık doğumları önlemek için mutlaka verilmesi gereken aile planlaması eğitimi, gebelerin %61.2'sine verilmiştir. Gebelere doktora danışmadan ilaç kullanmaması, hamileliğin özellikle ilk üç ayında röntgen çekmeme, sigara ve alkol içmeme konusunda hiçbir öğüt verilmemiştir. Bunun nedeni, ebelerin bu konuların önemini kavramamış olmaları olabileceği gibi, gebelerin bunları bildiğini varsaymaları, belki de söyledikleri halde kartlara işlememiş olmaları olabilir. Nitekim Ankara'da yapılan bir araştırma, ebelerin sağlık eğitimini plansız bir şekilde yaptıklarını ve sağlık eğitimindeki rollerinin yetersiz olduğunu göstermiştir<sup>45</sup>.

Doğum öncesi izlemlerde kadınların %72.6'sına aile planlaması, %39.3'üne yeni doğan tetanozu, %63.5'ine beslenme, %57.9'una meme bakımı ve %70.0'ına doğumun yapılacağı yer konusunda ebeler tarafından eğitim ve danışmanlık verilmiştir<sup>48</sup>.

DÖB hizmetleri içinde gebe kadına verilen eğitimlerden %90.0 ile tetanoza karşı bağışıklama ilk sırada yer alırken, bunu %73.1 ile gebelikte beslenme konusu takip ediyordu<sup>36</sup>.

Tansuğ ve arkadaşlarının Manisa ilinde yürüttüğü çalışmada, çalışmaya alınan tüm annelerin %42.1'inin doğum öncesinde, % 30.1'inin de doğum sonrasında emzirme eğitimi almadığı belirlenmiştir. Tüm anneler arasında hamilelikte ve doğum öncesinde sağlık personelinin emzirme eğitimi aldığını belirten anneler ise sırası ile %44.1 ve %53.7'tür. Doğum öncesi ya da sonrasında eğitim alanlar ile almayanlar arasında emzirme uygulamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır<sup>72</sup>.

Doğum öncesi bakım sırasında, annelere doğum ve doğum sonu bakımın önemi ile ilgili bilgi verilmesi gerekmektedir. Araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönemde, annelere DÖB sırasında, doğum ve doğum sonu bakım ile ilgili bilgi verilmesine göre doğumların yapıldığı koşullar karşılaştırılmış ve bu konularda bilgi verilenlerde, bilgi verilmeyenlere göre, hastane doğumlarının sıklığı daha yüksek (sırasıyla %84, %87), sağlıksız koşullarda doğumların sıklığı (sırasıyla %3, %2) ise daha düşük bulunmuştur<sup>7</sup>.

İzmir ve Bolu’da gebe-lohusa izleme fişlerinin taranması ile yürütülen araştırmalarda gebelere en fazla beslenme eğitimi verilmiştir<sup>58,73</sup>. Beslenme konusunda yeterli ve doğru bilgi en çok 4.ayda verilmiş (%81.5), 5.aydan itibaren oran oldukça azalmıştır. Yürüyüş ve egzersiz, tetanoz aşısı ve doğuma hazırlık konusunda daha az oranda yeterli ve doğru bilgi verilmiştir. Yürüyüş ve egzersizler 4.ayda (%41.3), tetanoz aşısı 6.ayda (39.7), doğuma hazırlık ise 9.ayda (38.8) yeterli ve doğru olarak açıklanmıştır. Gebelerin büyük çoğunluğuna hijyen, meme bakımı, kramplar ve diş sağlığı konusunda herhangi bir bilgi verilmemiştir<sup>74</sup>. Doğumdan önce bebek beslenmesi konusunda bilgi alanların oranı %40 olup, bunların %57’sinin bilgi kaynağını sağlık görevlileri oluştururken, %43’ünün ise basın yayın araçları veya yakın aile çevresi oluşturmaktadır<sup>64</sup>.

Gebelikteki tehlikeli durumlarla ilgili bilgi verme Raunda’da %6 iken, Kolombiya’da %83’tür. Kadınların yarısından fazlasının gebelikteki tehlikeli durumlarla ilgili bilgi aldığı ülkeler sadece Kolombiya, Malawi ve Peru’dur<sup>32</sup>.

#### **6.4. Nitelik Ölçütleri**

Sağlık ocaklarında kullanılan gebe izlem fişlerinin (Form 005) doldurulma sıklıkları ve bunları etkileyebilecek gebe ve ebe değişkenleri araştırılarak, her fişin değerlendirilmesinde standart bir yöntem sağlamak amacıyla nitelik ölçütleri önerilmiştir.

Nitelik ölçütlerinin doldurulma sıklığıyla ilgili görülen en önemli nokta doldurma oranı düşük olan bilgilerin, gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma bilgisi dışında, izlem ve ölçüme dayalı bilgiler olmasıdır. Kıy yerleşimli gebelerin fişlerinde bu durum daha belirgindir. Bu bulgular izlemlerin muayene, ölçüm ve değerlendirme boyutunun eksik kaldığını düşündürmektedir.

İzlem niteliği bu ölçütler doğrultusunda iyi değerlendirilememiş olabilir. Özellikle her izlemde tüm kontrollerin yapılmış olma bilgisi, ağırlıklı puan olarak uygulandığında nitelik, farklı sonuçlar verebilir.

Yeterli sayıda gebe izleminin (gebenin en az 6 kez izlenmesi) yüksek çıkmasında gebe izlem fişlerini seçme ölçütünün etkisi olduğu düşünülebilir ki uygun fişleri seçerken birçok fiş bu nedenle seçim dışı bırakılmıştır. Seçme ölçütünü uygulamadan yapılacak tüm fişleri kapsayan bir araştırmada bu oran daha düşük bulunacaktır.

Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetlerinin araştırıldığı 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nın (TNSA) ileri analizinde gebeliğin 3. ay ve öncesinde tespit edilmiş olması, bir sağlık personeli tarafından izlenme, 5 ve daha fazla sayıda izlem “Yeterli DÖB”, bunlardan herhangi biri sağlanmamış ise “Yetersiz DÖB” olarak değerlendirilmiştir. Doğum Öncesi Bakım

Nitelik Puanı hesaplamasında ise DÖB sırasında tetanoza karşı bağışıklama, izlemlerin herhangi birinde ağırlık, hemoglobin, kan basıncı ölçülmesi, bebeğin kalp sesinin dinlenmesi ve gebelikte demir hapti alınması durumuna göre DÖB ile ilgili toplam 6 puan üzerinden “DÖB nitelik puanı” tanımlanmıştır. Bu puanlar, “1-2”, “3-4” ve “5-6” puan olarak gruplandırılmıştır. annelerin %9’unun aldığı DÖB’in nitelik puanı “1-2”, %33.5’inin “3-4”, %37’sinin “5” tir, annelerin sadece beşte birinin(%20) ise, doğum öncesi kontrollerinin herhangi birinde de olsa, seçilen bu hizmetlerin tamamını aldığı saptanmıştır<sup>7</sup>.

Özvarış ve Akın’ın yöntemini kullanarak Aydın’da yapılan çalışmada, doğum öncesi bakımın niteliğinde son trimesterdeki gebelerin %12.0’ı 1-2 puan, % 60.0’ı 3-4 puan, % 26’sı 5-6 puan almış, %2’si ise hiç puan alamamıştır. Bu çalışmada gerek gebelik gerekse lohusalık döneminde olan kadınların bir kısmı doğum öncesi takiplerinde bazı tahlil veya ölçümlerin (hemoglobin, kan basıncı veya ağırlık ölçümleri gibi) hiç yapılmadığını belirtmiştir. Kentsel alanda yaşayan, sosyal güvencesi olan ve ilkökul üzeri eğitilmiş kadınların, kırsal alanda yaşayan, sosyal güvencesi olmayan ve düşük eğitilmiş kadınlara göre daha fazla “yeterli” nitelikte DÖB aldığı saptanmıştır<sup>33</sup>.

Kartlarda, kadınların sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık ölçütleri, kendinin ve eşinin kan grubu, ailevi özellikleri, kan uyumsuzluğu olup olmadığı tam olarak belirtilmemiştir. Edirne’de gebe-lohusa izleme fişlerinin gebelikle ilgili bölümleri %65.9, oranında doldurulduğu saptanmıştır<sup>45</sup>.

### **6.5. Gebe Değişkenlerinin Nitelik Puanına Etkisi**

Kentsel yerleşimli, 30 yaş ve üzeri, ilkökul ve üstü eğitilmiş ve birden çok gebeliği olan gebelerin fişlerinin ortalama nitelik puanları t testi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur. Ancak Lojistik Regresyon Analizi’ne göre sadece yaş ve öğrenim durumu niteliği etkilemektedir.

Bölge, DÖB alma için istatistiksel olarak önemli bir belirleyicidir. Kentsel yerleşim yerlerinde oturan annelerin DÖB alma olasılığı kırsal yerleşim yerlerine göre %70 daha artmaktadır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır<sup>7</sup>. Kırsal yerleşim yerlerine göre, diğer bölgelerdeki ve kentsel yerleşim yerlerindeki bu durumun, kadınların DÖB hizmetlerine daha kolay ulaşabilmelerine ve aynı zamanda kadınların eğitim düzeyinin daha yüksek olması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Annelerin eğitimi de DÖB için belirleyici bir etkidir. Annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe, antenatal hizmetleri kullanma oranının arttığı ve eğitim düzeyine göre antenatal hizmeti kullanma bakımından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır<sup>52</sup>. Giresun

bölgesinde doğum yapmış kadınlarda kendilerinin ve eşinin eğitim düzeyi arttıkça anlamlı olarak (sırası ile  $p=0.019$ ,  $p=0.017$ ) daha fazla doğum öncesi bakım alındığı belirlenmiştir<sup>74</sup>.

Daha çok risk taşıyan adolesan yaş grubundakilere göre, anne ve bebeğin sağlığı açısından en uygun dönem olan 20-34 yaş grubundakilerin DÖB alma olasılığı %53, 35 yaş ve üzerindeki ise %68 daha fazladır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır<sup>7</sup>. Annelerin yaş gruplarına göre antenatal hizmetleri kullanma durumları incelendiğinde, 25-29 yaş grubundaki annelerin (%73.5) diğer yaş grubundaki annelere göre daha yüksek oranda antenatal hizmetleri kullandıkları saptanmış ve annelerin yaş gruplarına göre antenatal hizmetleri kullanma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur<sup>52</sup>.

Dört ve üzerindeki gebeliklere göre, ilk gebelikte kadınların yeterli DÖB alma olasılığı anlamlı olarak 2.9 kat, ikinci veya üçüncü gebeliklerde ise %93 daha fazladır<sup>7</sup>. Çalışmada ilk gebeliği olan 92 kadından 4'ünün yeterli izlemi olmadığı bulunmuşken, iki veya daha fazla gebeliği olan 108 kadından 7'sinin izlem sayısı yeterli değildir. Bununla birlikte toplam gebelik sayısı arttıkça da yetersiz izlem sıklığı artmaktadır. İkinci gebeliği olanlarda %3.9 olan yetersiz izlem sıklığı (2/52), 5 gebeliği olan kadınlarda %14.2'ye (1/7) çıkmaktadır<sup>75</sup>. Bir çocuğu olan annelerin %87.2'si antenatal hizmetleri kullanırken, çocuk sayısı artan annelerin antenatal hizmeti kullanma oranının azaldığı saptanmıştır<sup>52</sup>.

DÖB sırasında, gebelikteki risk faktörlerinin iyi değerlendirilerek DÖB'ın buna uygun bir şekilde düzenlenmesi, yani; DÖB'da "risk yaklaşımının" olması gerekir. Riskli yaş grubunda olan annelerin yaklaşık yarısının DÖB nitelik puanı "5-6" iken, 20-34 yaş grubundakilerin %59.5'inde DÖB nitelik puanı "5-6"dır. İlk doğumlarda annelerin üçte ikisinden fazlasının (%66) DÖB nitelik puanları "5-6" iken, 6 ve daha çok sayıdaki doğumlarda bu nitelikteki bakım hizmetini alma (%16) yüzdesi çok düşüktür. Anne ve bebeğin sağlığı için risk taşıması açısından, ilk doğumlardaki bu olumluluk, doğum sayısı arttıkça olumsuzluğa doğru değişmektedir. Beklenenin tersine; doğum aralığı açısından risk taşımayan gruba göre riskli grubun, nitelik puanı "5-6" olanların yüzdesi daha düşüktür. Çoğul gebelik, neonatal ölüm öyküsü ve akraba evliliği olması gibi riskleri olan annelerin, risk taşımayan gruba göre DÖB nitelik puanları daha düşüktür<sup>7</sup>.

Doğum Öncesi Bakım hizmetinin amacına ulaşabilmesi, olası sakıncalı durumların önceden saptanabilmesi, ancak yeterli obstetrik ve özgeçmiş bilgisi alma ve gebelik-lohusalık seyri sırasındaki muayenelerin yapılmasına bağlıdır. Yapılan muayenenin içeriği ve bilgilerin tartışılması erken tanı için gerekli ikinci aşamadır. Ancak bilgi toplama ve muayenelerin yeter sayıda yapılmış olması halinde erken tanı gerçekleştirilebilir. Gebe-lohusa izleme fişindeki bilgiler DÖB hizmetinin niteliğini tayin edici bilgilerdir. Bu bilgilerin eksikliğinde erken tanı

koyma ve gebeliğin esenlik içinde sonlandırılması zorlaşır. Ekip içinde mevcut sağlık örgütlenmesinde gebelerin izleminden ebeler kadar hekimlerin de sorumlu olduğu düşünülürse, hekimlerin DÖB hizmetlerinde bilgi ve becerilerinin artırılması hizmet içi eğitimin bir parçası olarak ele alınmalı ve hekimlerin konuya ilgisi çekilmelidir. Birinci basamakta toplanan veriler istatistik amaçlı toplanmamalı, kişilerin sağlıklı yaşam hakkını sağlamada öncelikli hizmetler olduğu vurgulanmalıdır<sup>37</sup>.

#### **6.6. Ebe Değişkenlerinin Nitelik Puanına Etkisi**

Ebelerin sosyo-demografik ve hizmete ilişkin özellikleri ile nitelik ölçütleri arasında Lojistik Regresyon analizine göre anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İzlem niteliğinin düşüklüğü o denli yaygın ki alt gruplar arasında fark ortaya çıkamamaktadır.

Hizmet sunulan bölgenin yerleşim özelliği nitelik puanını etkilemektedir. Kentsel yerleşim kestirileceği gibi daha yüksek nitelik puanını almıştır. Kırsal/gecekondu bölgesine ulaşımın zor olması, eğitim seviyesinin düşük olmasından, kadına verilen değerin daha düşük olmasından ve ekonomik özgürlüklerine sahip olmamaları gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir. Ancak yapılan lojistik analizinde bu anlamlılık kanıtlanamamıştır.

Son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalanlar ve geçici görev ile kurumdan uzak kalanlar, kalmayanlara göre daha yüksek nitelik puanı almıştır. Kurumdan uzak kaldıkları bu süreler içerisinde görevlerini üstlenen diğer çalışanların izlemleri daha nitelikli yaptıklarını ya da bu araştırma bir kayıt araştırması olduğundan çalışılmayan sürelerde bu kayıtların daha dolu dolu tutulmuş olabileceğini akla getirmektedir. Sağlık sorunu ile nitelik puanı arasındaki anlamlılık, lojistik analizinde kanıtlanamamıştır ( $p=0.062$ ).

## **7.SONUÇLAR**

1. Gebe ve Lohusa İzleme Fişlerindeki gebeye ilişkin bilgi kutucuklarının doldurulma oranı %0.0 ile %100.0 arasında değişirken, ortalama doldurulma oranı %85.3'tür.
2. Gebelerin izlem sayısı ortalaması Sağlık Bakanlığı standartlarına göre iyi düzeydedir.
3. Gebelerin büyük çoğunluğu yeterli izlem almasına karşın uygun aralıklarla izlenmemiştir.
4. Gebe izleminin niteliğini değerlendirmede standart olabilecek uygun nitelik ölçütleri ortaya konmaya çalışılmıştır.
5. Kent ve kır yerleşimli gebeler arasında nitelik ölçütlerinin doldurulma oranları bakımından gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi, gebenin sistemik hastalık bilgisi ve yeterli Tetanoz Toksoidi bağışıklaması anlamlı farklılık göstermektedir.
6. Gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma bilgisi, gebelik sayısından anlamlı düzeyde etkilenmektedir.
7. Kentsel yerleşime hizmet veren ebeler, kırsal/gecekondu bölgesine göre gebelere daha nitelikli hizmet vermişlerdir.
8. Analiz sonucunda hipotez, "ebeye ilişkin özellikler gebe izlemlerindeki niteliği etkilememektedir" şeklinde kanıtlanmıştır.
9. Lojistik Regresyon Analizi'ne göre gebenin yaşı ve öğrenim durumu, izlem niteliğini etkilemektedir.

## **8. ÖNERİLER**

1. Gebe izlemlerinin değerlendirilmesinde standart bir yöntem olarak nitelik ölçütlerinin kullanılması ve geliştirilmesi, bu konudaki farklı çalışmaların karşılaştırılması ve yorumunda ifade birliği sağlayabilir.
2. DÖB hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasında, hedeflenen sağlıklı sonuçlara ulaşmak için bu hizmetlerin yönetimi, planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi ve düzenli bir şekilde denetlenmesi gerekmektedir. Hizmetin tüm kademelerindeki yöneticilerin, sürekli biçimde yapması gereken, cezalandırmayı değil eksikleri saptamayı ve gidermeyi amaçlayan denetim ve değerlendirme uygulamaları hizmetin niceliğini ve niteliğini artırıcı etkiye sahiptir ve vazgeçilmeden sürdürülmelidir.
3. İzlemlerin fişlere eksiksiz kayıt edilmesi için konuyla ilgili sağlık çalışanlarının eğitimleri belli aralarla yenilenmelidir. İzlemlerin önerilen sıklıkta yapılmasının gebe ve toplum sağlığına yapacağı olumlu katkılar sağlık çalışanlarına anlatılmalıdır. Doğum öncesi bakım izlemlerinin niteliği açısından ebelerin eğitimleri gözden geçirilerek bilgi ve becerileri artırılmalıdır. Gereç desteği sağlanmalıdır.
4. Birinci basamakta çalışan ebelerin esas görev yerleri olan alanda hizmet sunabilmeleri için görev tanımları içinde yer almayan polikliniklerde doktorun yardımcılığı ya da döner sermaye uygulamalarında saymanlık gibi yükümlülükler verilmemelidir.
5. Sağlık ocağı ebelerinin alanda çalışmalarına yönelik yönetsel kararlılık olmalıdır.
6. Sağlık ocaklarında arşiv sistemi iyi işletilmelidir. İzlem fişleri genelde ebelerce saklanmakta ve sistematik bir saklama yapılmadığı için geriye dönük çalışmalar eksik kalmaktadır.
7. Sağlık görevlilerinin kayıtlarını, hem çalışmalarının belgesi hem de yeni çalışmaların planlanmasında yol gösterici olacağını bilerek tutması gereklidir. Kayıtların güvenilirliği konuya yönelik yapılacak araştırmalarla denetlenmeli ve kayıt güvenilirliği artırılmalıdır.

## 9. KAYNAKLAR

- <sup>1</sup> Temel Sağlık Hizmetleri Sunumu. Erişim Adresi: [http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik\\_Metinler/linkdetail.aspx?id=1383](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1383) Erişim Tarihi: 25.08.2007.
- <sup>2</sup> Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara: 2005.
- <sup>3</sup> Sönmez Y. Doğum Öncesi Bakım Alma ve Tetanoz Aşılama Durumu İle Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi (Çoğaltılmış Teksir) İzmir:Dokuz Eylül Üniv.;2005.
- <sup>4</sup> Taşyürek T. Türkiye’de Anne ve Çocuk Sağlığının Durumu. II. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Bildiri Kitabı. Manisa: 2004;XI-XII.
- <sup>5</sup> Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015. Erişim Adresi: [http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf\\_dokumanlar/01\\_USEP.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/01_USEP.pdf) Erişim Tarihi: 25.08.2007.
- <sup>6</sup> Bertan M., Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi;1997
- <sup>7</sup> Özvarış Ş.B., Akın A. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. Erişim Adresi: <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/yayinarsag.shtml> Erişim Tarihi:13.10.2006.
- <sup>8</sup> Üstünsöz A. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri. Gülhane Tıp Dergisi 2005; 47: 156-158.
- <sup>9</sup> Demir N. Antenatal Bakım Kılavuzu Tanı ve Tedavi Kılavuzları 2005. Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Güneş Kitabevi; 2005.
- <sup>10</sup> Timing and Adequacy of Prenatal Care Shasta County Public Health Last updated: Winter 2006. Erişim Adresi: <http://www.co.shasta.ca.us/Departments/PublicHealth/newspublications/countyhealth/pdffiles/TimingandAdequacyofPrenatalCare.pdf> Erişim Tarihi: 07.10.2006.
- <sup>11</sup> Turan Jm., Nalbant H., Ortaylı N., Bulut A. Gebelik ve Doğum Hizmetlerinin Niteliğini Değerlendirme. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25:4 Özel Eki.
- <sup>12</sup> Öztekin Z. Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin. 8. Basım Ankara;2001.
- <sup>13</sup> Alberta Reproductive Health: Pregnancy Outcomes (2001). Erişim Adresi: [www.asac.ab.ca/Pubs/reproductiveHealthStudy2001.pdf](http://www.asac.ab.ca/Pubs/reproductiveHealthStudy2001.pdf) Erişim Tarihi: 03.10.2006.
- <sup>14</sup> Çakmakçı A., Eser E. Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri: Bir Metodolojik Çalışma. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2003;6(3): 8-18.
- <sup>15</sup> UNICEF Maternal Care. Erişim Adresi: [http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreportpdf/11\\_MaternalCare\\_D7341Insert\\_English.pdf](http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreportpdf/11_MaternalCare_D7341Insert_English.pdf) Erişim Tarihi: 08.03.2006.
- <sup>16</sup> Prenatal Care Health Conditions and Health Care. Erişim Adresi: [http://kidscount.unlv.edu/2006/health-prenatal\\_2006.pdf](http://kidscount.unlv.edu/2006/health-prenatal_2006.pdf) Erişim Tarihi: 07.10.2006.
- <sup>17</sup> Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. Ankara, Türkiye.
- <sup>18</sup> Akın A, editör. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması–1998 İleri Analiz Sonuçları. Ankara, 2002.
- <sup>19</sup> Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara, 2001; 70-2.



- 
- <sup>20</sup> Akdur R. Sağlık Ocağı Hizmetlerinde İzleme Değerlendirme ve Eğitim Kılavuzu. Ankara:2003; 70.
- <sup>21</sup> Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 2005. Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Manisa:2007; 61-67.
- <sup>22</sup> Manisa Sağlık Müdürlüğü. 2005 İstatistik Yıllığı. Manisa:Yedikardeşler Form-Ofset;2006.
- <sup>23</sup> Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları. İzmir: 2006.
- <sup>24</sup> Ana Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. Unicef 1992; 62.
- <sup>25</sup> Taşkın L. Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8;2.
- <sup>26</sup> Antalya Kent Merkezi Yedi Sağlık Ocağı Bölgesinde Ev Halkı Tespit Fişi Kayıtlarının Değerlendirilmesi Raporu. Erişim Adresi: <http://www.ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/etf.pdf> Erişim Tarihi:08.10.2006.
- <sup>27</sup> Genel Nüfus Sayımı 2000. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do> Erişim Tarihi: 06.09.2007.
- <sup>28</sup> Kabalcıoğlu F., Petekkaya E., İçel S. Şanlıurfa Doğumevi'nde Doğum Yapan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları. Erişim Adresi: <http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=bildiriDetay&id=226> Erişim Tarihi: 23.10.2007.
- <sup>29</sup> Kurçer M.A., Kabalcıoğlu F., Kayahan M. Muş Doğumevi'nde Doğum Yapan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri, Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları ve Alınan Doğum Öncesi Bakımın Niteliği. Erişim Adresi: <http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=bildiriDetay&id=621> Erişim Tarihi: 23.10.2007.
- <sup>30</sup> Sevindik F., Oğuzöçül A.F. Elazığ İlinde Yaşayan Gebelerde Depresif Semptomlar Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Erişim Adresi: <http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=bildiriDetay&id=924> Erişim Tarihi: 23.10.2007.
- <sup>31</sup> HASUDER, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu 10 Temmuz 2007. Erişim Adresi: <http://www.toplumsagligi.com/ShowPage.aspx?id=raporlar> Erişim Tarihi: 23.10.2007.
- <sup>32</sup> Günay T. Doğum Öncesi Bakımda Durum. III.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, İzmir:2005; 89-92.
- <sup>33</sup> Beşer E., Ergin F., Sönmez A. Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(2); 137-141.
- <sup>34</sup> Özvarış Ş.B., Oktay Koçoğlu G., Akın A. Türkiye'de Akraba Evlilikleri. Erişim Adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m114.htm> Erişim Tarihi: 23.06.2006.
- <sup>35</sup> Küçük E., Balcı E., Özdemir M., Elmalı F., Kaya A., Öksüzkaya A. H.Güldüoğlu Sağlık Ocağına Başvuran Bir Grup Gebenin Sosyo-demografik Özellikleri. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Erişim Adresi: <http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=kabulEdilenBildiriler> Erişim Tarihi: 23.09.2007.
- <sup>36</sup> Erol N., Onmuş R.D., Ergin I., Döner B., Çiçeklioğlu M., Kırca Ü. Gebeliği İsteme Durumuna Göre Doğum Öncesi Bakım Düzeyi: İzmir Konak Doğumevi'nde Mayıs 2002'de Yapılmış Bir Araştırma. Erişim Adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m20.htm> Erişim Tarihi:18.09.2007.

- 
- <sup>37</sup> Ağrıdağ G., Alparslan Z.N., Apan E. Doğum Öncesi Bakım Hizmetinde Gebe-Lohusa İzleme Fişi (GİF) Bilgilerinin Değerlendirilmesi(I):Bilgilerin Yeterliliği. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Didim: 1994; 250-252.
- <sup>38</sup> Çeber E. Günümüzde Temel Sağlık Hizmetleri ve Ekibi Lisans Diplomalı Ebe. Erişim Adresi: <http://www.egeweb.com/sunum/TemelSaglikHizmetleriVeEkibiEbeler.ppt> Erişim Tarihi: 01.09.2007.
- <sup>39</sup> Gerçek S., Güler H. Çağdaş Ebeler Rollerini. I.Ulusal Ebeler Sempozyumu Bildiri Kitabı. Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu. İzmir:2007; 15.
- <sup>40</sup>Ergin C. Sağlık Personelinin İş Anlayışları ve Tutumları Araştırması. Erişim Adresi: [http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik\\_Metinler/linkdetail.aspx?id=2307](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2307) Erişim Tarihi: 25.09.2007
- <sup>41</sup> Seyhan L., Deveci B., Baydur H., Kuşçu A., Ertekin E. Ebelerde Çalışma Yaşantısı ve İş Doyumunun Değerlendirilmesi. II.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Bilimsel Program ve Özet Kitabı. İstanbul: 2003; 194.
- <sup>42</sup> Kitapçıoğlu G. Bornova Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Görev Yapan Ebelerin, İş Güçlüğüne Neden Olan Faktörler İle Tükenmişlik, İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi. I. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Manisa:2003; 34-44.
- <sup>43</sup> Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2005 İstatistikleri. Erişim Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/temel2005/index.doc> Erişim Tarihi: 25.09.2007.
- <sup>44</sup> Özdemir O., Ocaktan E., Akdur R. Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2003; 56, 4.
- <sup>45</sup> Çetinkaya F., Naçar M., Aslan A., Öztürk Y. Kayseri’de Ebelerin Gebe ve Bebek İzlemlerinin Etkinliği. Türk Aile Hekimliği Dergisi Turkish Journal of Family Practice 2004; 8(1): 14-19.
- <sup>46</sup> Yücel A., Acar S.R., Demirel R., Budakoğlu İ., Üner\_S. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü’ne Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşire/Ebelerin Sağlık Hizmetleriyle İlgili Eğitim İhtiyacı Saptama Araştırması. Erişim Adresi: XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi <http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=kabulEdilenBildiriler> Erişim Tarihi: 23.09.2007.
- <sup>47</sup> Aksakoğlu G. Kuşkusuz, Sağlık Ocağı. Erişim Adresi: <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-kuskusuzsaglikocagi.pdf> Erişim Tarihi: 23.09.2007.
- <sup>48</sup> Yalçı G., Lağarlı T., Dinç G., Karaman I., Seriner N., Ercan G., Tuna A., Avcıoğlu A., Kanat S., Demir A., Bakan Ö., Kardaşlar B. Manisa Kent Merkezinde Gecekondu Yerleşim Yerlerinde Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Erişim Adresi: XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi <http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=kabulEdilenBildiriler> Erişim Tarihi: 23.09.2007.

- 
- <sup>49</sup> Çiçeklioğlu M., Türk M. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde Gebelere Verilen Doğum Öncesi Bakım Yeterliliği ve Sürekliliğinin Değerlendirilmesi. Erişim Adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m89.htm> Erişim Tarihi: 23.09.2007.
- <sup>50</sup> Ciceklioglu M., Türk Soyer M., and Öcek Z. A. Factors Associated With The Utilization And Content Of Prenatal Care In A Western Urban District Of Turkey. International Journal for Quality in Health Care vol: 17,6.
- <sup>51</sup> Balcı E., Gün İ., Özçelik B., Öztürk A. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Sevk ve Sağlık Ocaklarını Kullanma Durumu. Erişim Adresi:[http://sagens.erciyes.edu.tr/dergi/SBD\\_14\\_2\\_2005/iskender\\_gun.pdf](http://sagens.erciyes.edu.tr/dergi/SBD_14_2_2005/iskender_gun.pdf) Erişim Tarihi: 15.10.2006.
- <sup>52</sup> Kılıç D., Ezmeci T. Erzurum İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Annelerin Sağlık Ocakları Tarafından Verilen Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Erişim Adresi: <http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uiob/article/viewPDFInterstitial/140/140> Erişim Tarihi: 07.10.2007.
- <sup>53</sup> Kılıç M. Yozgat İl Merkezi'nde Oturan Annelere Verilen Doğum Öncesi Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi. IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Manisa:2005; 92.
- <sup>54</sup> Aksakoğlu G., Giray H. Kentsel Alanda Sağlıkta Dönüşüm. Memleket Mevzuat 2007;2(21-22):3-12.
- <sup>55</sup> Öztekin Z. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri - Sorunlar ve Çözümler. Erişim Adresi: <http://www.toplumsaligi.org/Default.aspx> Erişim Tarihi: 25.10.2007.
- <sup>56</sup> Gebe İzlem Formu. Erişim Adresi: <http://www.perinatology.org.tr/uploads/Dosyalar/Gebe-Izlem-Formu.doc> Erişim Tarihi:21.05.2007.
- <sup>57</sup> Perinatal Bakım Antalya Sonuç Bildirgesi. II. Dünya Perinatal Tıp Kongresi (Gelişmekte Olan Ülkeler İçin) 2002 Antalya-Türkiye Erişim Adresi: <http://www.perinatology.org.tr/dergi/fulltext/20024/tmetin2.htm> Erişim Tarihi: 07.10.2006.
- <sup>58</sup> Döner B. Karabağlar Bölgesinde Haziran Ayında Doğum Yapan Kadınların Sağlık Ocaklarından Aldıkları Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. IX.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Ankara:2004.
- <sup>59</sup> Aksu H., Demiröz H., Ergin F. Aydın İli Merkez 9 No'lu Sağlık Ocağında Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetleri. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Erişim Adresi: <http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=kabuledilenbildiriler> Erişim Tarihi: 23.09.2007.
- <sup>60</sup> Bodur S., Ayvaz K. Adolesan Annelerde Erken Dönemde Postpartum Depresyon İnsidansı ve İlişkili Faktörler. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Erişim Adresi: <http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=kabuledilenbildiriler> Erişim Tarihi: 23.09.2007.
- <sup>61</sup> Sohbet R., Okumuş F. Doğum Yöntemi Sectio Olan Kadınlarda Antenatal Bakım Alma Durumunun Değerlendirilmesi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Erişim Adresi: <http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=kabuledilenbildiriler> Erişim Tarihi: 23.09.2007.

- 
- <sup>62</sup> Safe Motherhood 20 years of global commitment Margareta Larsson Making Pregnancy Safer, WHO Uppsala University, Sweden. Erişim Adresi: [www.egeweb.com/sunum/SafeMaterhood20YearsofGlobalCommitment.ppt](http://www.egeweb.com/sunum/SafeMaterhood20YearsofGlobalCommitment.ppt) Erişim Tarihi: 23.09.2007.
- <sup>63</sup> Saka G., Ertem M., İlçin E. Diyarbakır Doğum Evi Hastanesi'nde Doğum Yapan Gebelerde Risk Faktörleri:Ön Çalışma. Perinatoloji Dergisi 2001; 9(2):108-115.
- <sup>64</sup> Aliefendioğlu D., Hançer Ş., Çahin M., Çakmak F. Yenidoğan Servisinde İzlenen Bebeklerin Annelerinin Doğum Öncesi Bakımları. Perinatoloji Dergisi 2002; 10(1): 11-13.
- <sup>65</sup> Koroukian S.M., Rimm A.A. The "Adequacy of Prenatal Care Utilization" (APNCU) index to study low birth weight: Is the index biased?. Journal of Clinical Epidemiology 55 (2002) 296–305.
- <sup>66</sup> WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. Erişim Adresi: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR\\_01\\_30/antenatal\\_care\\_randomized\\_trial.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR_01_30/antenatal_care_randomized_trial.pdf) Erişim Tarihi: 15.11.20007.
- <sup>67</sup> Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON Institute Public Sector Gmbh ve BNB Danışmanlık, AÇSAP, Ankara:2006; 51-88.
- <sup>68</sup> Mcdonagh M.. Is Antenatal Care Effective İn Reducing Maternal Morbidity And Mortality?. Health Policy And Planning;11(1):1-15.
- <sup>69</sup> Arpacı A., Hazar H. Muğla Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı'nda Doğum Öncesi Gebe İzleminin Değerlendirilmesi. 1.Ulusal Ebelik Sempozyumu Bildiri Kitabı. Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu İzmir:2007; 10.
- <sup>70</sup> Doğum Öncesi Bakım Yönetimi. Erişim Adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/extras/birimler/acsap/dogumoncesibakimyonetimi.doc> Erişim Tarihi: 22.10.2007.
- <sup>71</sup> Atar Gürel S ve ark., Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu. Erişim Adresi: [http://www.perinatology.org.tr/online/dergi\\_front/showarticle.asp?AID=252&Sku=97544471](http://www.perinatology.org.tr/online/dergi_front/showarticle.asp?AID=252&Sku=97544471) Erişim Tarihi: 08.10.2007.
- <sup>72</sup> Tansuğ N., Yılmaz Ö., Kasırga E., İkizoğlu T., Gözmen S., Şerifhan M., Pesenvural Ş. Manisa Bölgesinde Emzirme Uygulamaları. Erişim Adresi: <http://www.millipediatri.org.tr/bildiriler/PP-044.htm> Erişim Tarihi: 20.04.2007.
- <sup>73</sup> Balkaya N.A., Vural G., Eroğlu K. Ebe Hemşireler Tarafından Antenatal Dönemde Kadınlara Verilen Bilgilerin Değerlendirilmesi. III.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi İzmir:2005.
- <sup>74</sup> Küçük E., Çan G., Topbaş M. Giresun 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Bakım Alma Sıklığı. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Ankara:2004.

---

<sup>75</sup> Kılıç S., Uçar M., Temir P., Erten Ü., Şahin E., Karaca B., Yüksel S., Özkır F. Hamile Kadınlarda Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007: 6 (2).

<sup>76</sup> Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Erişim Adresi: <http://www.tdk.gov.tr/TR> Erişim Tarihi: 20.04.2007.

## 10. EKLER

### Ek 1:

MANİSA MERKEZDE 2006 YILINDA İZLEMİ TAMAMLANMIŞ GEBE FİŞLERİNİN  
NİTEL VE NİCEL DEĞERLENDİRİLMESİ, İZLEMİ YAPAN KİŞİNİN NİTELİĞE ETKİSİ

#### Gebe-Lohusa İzleme Fişi Veri Toplama Formu

Sağlık Ocağı Adı :..... Anket No :.....

Mahalle Adı :..... Tarih :.....

#### A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

- |                              |               |        |
|------------------------------|---------------|--------|
| 1. Doğum Tarihi              | 1. VAR.....   | 0. YOK |
| 2. Öğrenim Durumu            | 1. VAR        | 0. YOK |
| 1. Okur-yazar değil          | 4. Ortaokul   |        |
| 2. Okur-yazar                | 5. Lise       |        |
| 3. İlkokul                   | 6. Üniversite |        |
| 3. Çalışma Durumu            | 1. VAR.....   | 0. YOK |
| 4. Eşinin Akrabalık Derecesi | 1. VAR.....   | 0. YOK |
| 5. Boyu                      | 1. VAR.....   | 0. YOK |
| 6. Evlenme Yaşı              | 1. VAR.....   | 0. YOK |
| 7. İlk gebelik yaşı          | 1. VAR.....   | 0. YOK |

#### B. GEBELİK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

- |  |  |        |
|--|--|--------|
| 8. Gebelik Sayısı                        | 1. VAR.....                            | 0. YOK |
| 9. Canlı Doğum Sayısı                    | 1. VAR.....                            | 0. YOK |
| 10. Yaşayan çocuk sayısı                 | 1. VAR.....                            | 0. YOK |
| 11. Ölü doğum sayısı:                    | 1. VAR.....                            | 0. YOK |
| 12. Düşük Sayısı                         | 1. VAR.....                            | 0. YOK |
| 13. Ölen Çocuk Sayısı                    | 1. VAR.....                            | 0. YOK |
| 14. Gebelik öncesi sistemik hastalığı    | 1. VAR .....                           | 0. YOK |
| 15. Risk durumu                          | 1. VAR .....                           | 0. YOK |
| 16. Son Adet Tarihi                      | 1. VAR.....                            | 0. YOK |
| 17. Beklenen Doğum Tarihi                | 1. VAR.....                            | 0. YOK |
| 18. Kan grubu-Rh                         | 1. VAR .....                           | 0. YOK |
| 19. Eşinin kan grubu-Rh                  | 1. VAR .....                           | 0. YOK |
| 20. Bir önceki gebeliğin sonlanma tarihi | 1. VAR.....                            | 0. YOK |
| 21. Tetanoz Aşısının Yapıldığı Tarihler  | 1. VAR                                 | 0. YOK |
| 1. Sadece 1.dozun tarihi var             | 6. 1.doz + 2.dozun tarihleri var       |        |
| 2. Sadece 2.dozun tarihi var             | 7. 1.doz + 2.doz+3.dozun tarihleri var |        |

3. Sadece 3.dozun tarihi var  
4. Sadece 4.dozun tarihi var  
5. Sadece 5.dozun tarihi var

8. 1.doz + 2.doz+3.doz+4.dozun tarihleri var  
9. 5 dozun tarihleri var

22. İzleme ve Öğütler

- 1.İzlemde:.....  
2.İzlemde:.....  
3.İzlemde:.....  
4.İzlemde:.....  
5.İzlemde:.....  
6.İzlemde:.....  
7.İzlemde:.....  
8.İzlemde:.....  
9.İzlemde:.....

23. Kurumu 1. VAR..... 0. YOK  
24. Sağlık Evi 1. VAR..... 0. YOK  
25. Düzenlendiği Tarih 1. VAR..... 0. YOK  
26. Sıra No 1. VAR 0. YOK  
27. Muhtarlığı 1. VAR 0. YOK  
28. Sokağı 1. VAR 0. YOK  
29. Telefon No 1. VAR 0. YOK  
30. Ebenin Adı Soyadı 1. VAR..... 0. YOK  
31. Ebenin İmzası 1. VAR 0. YOK  
32. Hekimin Adı Soyadı 1. VAR 0. YOK  
32.Hekimin İmzası 1. VAR 0. YOK

İZLEMLERİN SAYISI, ARALIĞI VE KONTROLLERİN BAKILMA DURUMU (var / yok)

Sıra	İzlem Tarihi	Gebelik Haftası	Ağırlık	Kan Basıncı	Ödem	Varis	Nabız	İdrarda Protein	Hgb	ÇKS	Geliş Biçimi
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

**Ek 2:**

MANİSA MERKEZDE 2006 YILINDA İZLEMİ TAMAMLANMIŞ GEBE FİŞLERİNİN  
NİTEL VE NİCEL DEĞERLENDİRİLMESİ, İZLEMİ YAPAN KİŞİNİN NİTELİĞE ETKİSİ  
Ebe Veri Toplama Formu

Sağlık Ocağı Adı :..... Anket No :.....  
Mahalle Adı :..... Tarih :.....

**A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1. Doğum tarihiniz : .....
2. Medeni durumunuz :
1. Evli 4. Boşanmış  
2. Hiç evlenmemiş 5. Diğer, lütfen belirtiniz.....  
3. Dul
3. En son bitirdiğiniz okul :
1. Sağlık Okulu 3. Sağlık Hiz.Mes.Yüksekokulu (Önlisans)  
2. Sağlık Meslek Lisesi 4. Sağlık Yüksekokulu (Lisans)
4. Mesleki deneyim süreniz :
1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde .....yıl  
2. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri .....yıl
5. Manisa ilindeki deneyim süreniz :.....

**B.HİZMET ÖZELLİKLERİ**

6. Hizmet verdiğiniz nüfus :.....
7. Hizmet verdiğiniz bölgedeki çalışma süreniz:.....
8. Hizmet verdiğiniz bölgede mi oturuyorsunuz? 1. Evet 2. Hayır
9. Hizmet verdiğiniz bölgenin yerleşim özelliği: 1. Kentsel 2. Kırsal 3. Gecekondu
10. Hizmet verdiğiniz bölgenin kuruma uzaklığı:.....km.
11. Hizmet verdiğiniz bölgenin Sosyo-ekonomik durumu: 1. Kötü 2. Orta 3. İyi
12. Mesleğiniz ile ilgili takip ettiğiniz süreli bir yayını yazınız.....
13. Hiç hizmet içi eğitim aldınız mı?  
1. Evet (Adları :.....lütfen yazınız)  
2. Hayır
15. Mesleğinizi ne kadar seviyorsunuz?  
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Son derece
16. Ebe bölgenizde çalışmaktan ne kadar hoşnutsunuz?  
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Son derece



- 
17. Son bir yıl içerisinde sağlık ocağı bölgenizin dışında, geçici görev ile çalıştınız mı?
1. Evet ,.....ay.....hafta süre ile
  2. Hayır
18. Son bir yıldır herhangi bir sağlık sorununuz nedeniyle sağlık ocağındaki görevinizden uzak kalmak zorunda kaldınız mı?
1. Evet.....gün
  2. Hayır
19. Gebe izlemlerinizi genellikle nerede yapıyorsunuz?
1. çoğunlukla evde
  2. çoğunlukla sağlık ocağında
20. Çalıştığınız kurum içerisinde gebe izlem kartları hekimler tarafından ne sıklıkla denetleniyor?
1. Hiç
  2. Haftada bir
  3. On beş günde bir
  4. Ayda bir
  5. Diğer, lütfen belirtiniz.....
21. Bölgenizde bir hafta içerisinde kaç kez sahaya çıkıyorsunuz?
1. Hiç
  2. Bir kez
  3. İki kez
  4. Üç kez
  5. Dört kez
  6. Her gün
22. Döner sermaye uygulaması izlemlerimizi
1. Olumlu etkiliyor
  2. Olumsuz etkiliyor
  3. Etkilemiyor
23. İzlemlerinizi etkileyen belli başlı etmenleri yazar mısınız?
- .....
- .....

Anketimiz bitmiştir. Teşekkür ederiz.

---

**Ek 3:**

### GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Merhaba,

Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim.

Tezim “Manisa merkezde 2006 yılında izlemi tamamlanmış gebe fişlerinin nitel ve nicel değerlendirilmesi, izlemi yapan kişinin niteliğe etkisi” başlığından oluşmaktadır.

Size sosyo-demografik özellikleriniz ve hizmet durumunuza yönelik sorular soracağım. Anket yaklaşık 5 dakika sürecektir. Ankete isim yazmanız istenmeyecektir. Vereceğiniz bilgiler yalnızca araştırma amaçlı kullanılacaktır, başkalarına verilmeyecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamakta ya da araştırma başladıktan sonra devam etmemekte özgürsünüz.

Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederim.

..../..../2007

Ayşe Nur K. TUNCAL

**Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteği ile katılmayı**

( ) onayladı

( ) onaylamadı