

## 1. GİRİŞ

### 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada her yıl gebelikle ilgili komplikasyonları olan yaklaşık 600bin kadın ölmektedir. Ana ölümlerinin hemen hepsi gelişmekte olan ülkelerde ve en duyarlı ve en dezavantajlı toplum grupları arasında olmaktadır. Bu kadınların çoğu kanama, enfeksiyon, toksemi, engellenmiş eylem veya çocuk düşürmenin komplikasyonları yüzünden ölmektedir. Dünyada her yıl 50 milyondan fazla kadının, tıbbi dikkat gerektiren, gebelikle ilgili komplikasyonlar geliştiği tahmin edilmektedir. Tahminler gelişmekte olan dünyada sadece üç kadından ikisinin herhangi bir doğum öncesi bakım aldığını göstermektedir. Ayrıca yılda 7,6 milyon perinatal ölümler büyük ölçüde yetersiz yönetilen gebeliklerin ve doğumların yada yetersiz yenidoğan bakımının bir sonucudur (1). Bu problemler, özellikle temel alt yapının ve hizmetlerin yetersiz kaldığı bölgelerde, kırsal alanlarda daha belirgindir ( 2 ).

Ana ölümü DSÖ tarafından; “gebeliğin başlangıcından başlayarak doğumdan sonraki 42. güne kadar geçen süre içinde gebelik süresine ve yerine bakılmaksızın, doğrudan gebelikle ilgili ya da gebeliğin şiddetlendirdiği dolaylı nedenler sonucu ortaya çıkan ölümler” olarak tanımlanmaktadır ( 1,3,4 ).

Gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, dünyanın gelişmekte olan pek çok ülkesinde halen doğurgan yaştaki kadınların en önemli hastalık ve ölüm nedenlerinden biridir. Kadınların gebelikteki yaşı, doğumlar arasındaki süre, toplam gebelik sayısı, analık hizmetlerine erişilebilirlik, tıbbi bakımın niteliği ve içinde yaşanan sosyo-ekonomik ve kültürel koşullar, annelerin hastalık ve ölüm oranını etkilemektedir ( 1,5 ). Kadın sağlığı açısından en önemli devre kadın ve bebeğin sağlığını doğrudan etkileyen gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdir. Bu nedenle bu devrede gebelik ve doğumun güvenli hale getirilmesinde, kadının sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, hizmetlerin kalitesi ve kullanımı önem taşır ( 5 ).

Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerine yol açan faktörlerin başında çok ve sık doğumlar gelmektedir. Tüm dünya genelinde yapılan araştırma ve incelemeler göstermiştir ki; gebelikler “çok erken yaşta, çok geç yaşta, çok sayıda ve çok yakın aralıklı” olduğunda yüksek riskli gebeliklere dönüşmektedir. Ülkemizde bunun önemi gün geçtikçe daha iyi anlaşılmakta, halen büyük bir sorun olarak önemini korumaktadır ( 6,7 ).

Doğum öncesinde hekimden düzenli bakım alanlara risk oranına bağlı olarak sezaryen doğumu önerilmektedir. Günümüzde doğuma hazırlanan kadınların birçoğu da sezaryen olmayı istemektedir. Kadınların özellikle vajinal doğumla ilgili olduğu

düşünülen ürogenital sistemlerdeki yırtılma ve sarkmalar gibi ileriki yaşlarda ortaya çıkabilecek sağlık problemlerini önleyeceğine inanmaları, doğum ağrısını yaşamak istememeleri, bebeğin doğum zamanını planlamak istemeleri, sezaryen doğumun kendileri için güvenli olduğuna inanmaları sezaryen doğum talebini arttırmaktadır, denilebilir.

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olarak kabul edilirken, gebelikte veya eylem sırasında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeye sebep olabilecek komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu komplikasyonlar da çoğu zaman vajinal doğum yerine sezaryen ile doğum gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Cerrahi tekniklerde gelişim, tıbbi ilerlemeler, enfeksiyonla mücadelede başarı, kan transfüzyonu, anesteziye gelişmeler sayesinde sezaryen çok daha güvenilir duruma gelmiştir. Aynı zamanda kadın doğum uzmanları, sezaryen ile doğumda, zor bir vajinal doğuma göre anne ve bebeğin daha az riskle karşılaşacağını düşünmektedir. Bu da sezaryeni, gerektiğinde rahatlıkla endikasyonu konulabilen bir işlem haline getirmiştir.

Sezaryen ile doğumun artması hemen hemen bütün ülkelerde izlenmekle beraber oranlar; ülkelerin sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışındaki farklılıklar nedeniyle değişmektedir ( 8,9 ).

### **1.2. Araştırmanın Amacı:**

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadınların yaşadıkları en önemli sorunlar doğurganlıkla ilgilidir. Bu sorunların temeli daha çok kadının gebelik dönemine dayanmaktadır ( 1,2,3,4,5,7,8 ). Bundan dolayı kadınlarımızın gebelik döneminde daha iyi bir bakım ve izleme ihtiyaçları vardır. Ayrıca sezaryen olanlarda hem daha önceki risklerin hem de sezaryenin tekrarlama olasılığı yönünden antenatal bakım almaya daha fazla önem gösterilmesi gerekmektedir.

Literatür, antenatal bakımın yüksek riskli gebeleri tanımlamasının ötesinde kadınların kendi vücutlarındaki değişimlere daha kolay adapte olacaklarını, doğum öncesi bilgilendirme ile gebelerin anksiyetesinin azalacağını ve doğuma uyumlarının daha kolay olacağını vurgulamaktadır ( 5,7,10 ).

Bu çalışma özellikle sezaryen olan kadınlarda doktor takibi ve antenatal bakımın daha yoğun alındığı düşünüldüğünden; Gaziantep 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'ne başvuran ve doğum yöntemi sezaryen olan kadınlarda antenatal dönemde bakım alma durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **A. ANTENATAL BAKIM**

#### **A.1. Antenatal Bakımın Tarihsel Gelişimi**

Günümüzde antenatal bakım tıp dünyasında oldukça yeni bir gelişmedir. Kadın sağlığı ile ilgili ilk çalışmalar daha çok gebelik hastalıkları ve doğum üzerine yoğunlaşmıştır. Anne sağlığında antenatal bakımın önemi 20. yüzyıl başlarında anlaşılmış, ilk doğum öncesi ziyaretler ve gebelikte laboratuvar tetkikleri Amerika Birleşik Devletleri ( ABD )'nde yapılmaya başlanmıştır. Bu tarihlerden sonra ABD, İngiltere ve çeşitli Avrupa ülkelerinde anne sağlığı ile ilgili çalışmalar hızlandırılmış ve anne sağlığına hizmet verecek çok sayıda özel klinik açılmıştır.

Ülkemizde de antenatal bakım; kadın sağlığı alanında başlayan çalışmalardan temelini almıştır. 1846 yılında ebelik kursları başlamış, bunu 1909 yılında ebe mektebi ve kadın hastalıkları klinikleri, 1926 yılında kadın ve çocuk bakımevleri takip etmiştir. Kırsal kesimdeki kadınların sağlıklı koşullarda doğum yapmalarını sağlamak amacıyla 1937-1938 yıllarında köy ebe okulları açılmıştır.

1950'li yıllarda Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı ( SSYB )'nın WHO/UNICEF ile yaptığı anlaşma ile Ana ve Çocuk Sağlığı ( AÇS ) Merkezlerinin kurulması sağlanmıştır. Bu merkezler anne adaylarına gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde sağlık bakımı hizmetleri sunmayı amaçlamıştır. Bundan sonraki adım 1965 yılında "557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunu"nun kabulü ile atılmıştır. Bu kanunla birlikte gebeliği önleyici yöntemlerin satışı ve kullanımı serbest bırakılmıştır ( 10 ).

Tıbbın 1960 lı yıllarda geldiği aşamayı yakından izleyen dönemin Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı müsteşarı Prof. Dr. Nusret Fişek, İngiltere ve İsveç'teki sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinden esinlenerek, 1961 yılında "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa"nın çıkarılmasına öncülük etmiştir. Bu yasanın ilkeleri arasında tüm sağlık hizmetlerinin devlet görevi olarak kabul edilmesi, ilk basamak sağlık hizmetlerini ( koruma ve sağaltım birlikte ) köylere kadar yayarak herkesin hizmetten yararlanmasının sağlanması, koruyucu ve sağaltıcı hizmetlerin bütünleşik olarak ( iç içe ) yürütülmesi, kamu sektöründe hizmetlerin tek elden yürütülmesi, halkla bütünleşmesinin sağlanması, kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalıştırılmasının sağlanması vardır. Daha sonra Türkiye'de ilk kez Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Toplum Hekimliği Bölümü kurulmuştur ( 1 ).

Bunu 1978 yılında Alma-Ata'da 134 ülke ve 67 Uluslar Arası Örgüt temsilcisinin katılımıyla toplanan "Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı" izlemiştir. Bu konferansta "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefine ulaşılabilmesi için ilkeler belirlenmiş ve ülkelere

ve uluslar arası örgütlere 22 öneriyi içeren öneriler paketi hazırlanmıştır. Bu ilke ve öneriler Alma-Ata Bildirgesi olarak anılan bildirmede yer almaktadır. Bu bildirme incelendiğinde içerdiği ilke ve önerilerin, 1961’de yürürlüğe giren 224 sayılı yasa ile Türkiye’de gerçekleştirilmeye çalışılanların başka cümlelerle tekrarı olduğu görülür. Bu bildirmede Temel Sağlık Hizmetleri ( TSH ) şöyle tanımlanmıştır:

“TSH, toplumdaki birey ve ailelerin tam katılımı yoluyla ve toplumun ve ülkenin kendine güven ve kendi kararını kendi verme anlayışı içinde kendi kalkınmasının her aşamasında sürdürmek için gücünün yeteceği bir maliyette evrensel olarak kabul edilebilir duruma getirilen kullanışlı, bilimsel olarak doğru, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntemlere ve teknolojiye dayalı ana sağlık hizmetidir. Hem merkezi işlevi ve ana odağı olduğu ülkenin sağlık sisteminin hem de toplumun genel toplumsal ve ekonomik kalkınmasının bütünleşik bir parçasını oluşturur. Sağlık bakımını insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin olabildiğince yakınına getiren ulusal sağlık sistemiyle bireylerin, ailenin ve toplumun ilk başvuru düzeyidir ve sürekli bir sağlık bakımı sürecinin ilk ögesini meydana getirir” ( 1 ).

Bu sistem içinde yine sağlık bakımına en fazla ihtiyaç duyan Ana-Çocuk Sağlığı alanına hizmet götürülmesi planlanmış, 1982 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması ( AÇS/AP ) hizmetlerinin, TSH ile entegre bir şekilde yürütülmesine başlanmıştır ( 8,10 ). 1983 yılında ise 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun ile 10 haftalıktan küçük çocuk düşürmenin ve sterilizasyon ameliyatlarının aile planlaması yöntemi olarak kullanılması serbest bırakılmış ve bunların uygulanması için SSYB özel nüfus planlaması klinikleri kurmaya zorunlu kılınmıştır. 1992’de toplanan Bilimsel Kurul’da alınan karar gereği implantların ve enjektabl hormonal gebelikten koruyucu yöntemlerin kullanımı da 1993’den başlayarak serbest bırakılmıştır ( 1 ).

1987 yılında WHO ( Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ ) tarafından geliştirilen; anne ve çocuk sağlığına müdahale ve eylemleri yönlendiren ve rehberlik yapan "Güvenli Annelik Paketi”nde, antenatal bakım, anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almaktadır. Güvenli annelik yaklaşımı çerçevesinde; nitelikli antenatal bakım hizmetinin verilmesini, hizmete risk yaklaşımının getirilmesini, acil durumlarda ve gerekli hallerde bir sevk sistemi içinde uygun koşullarda sevklerin yapılmasını, kadın sağlığı, yenidoğan ve aile planlaması konularında uygulama ve entegre hizmetiçi eğitim verilmesini, hizmete uygun olarak alt yapının geliştirilmesini sağlamaktır. Aynı zamanda, ana ölüm hızının %50 oranında azaltılması yönündeki ulusal hedefe katkı sağlamak ve perinatal ölüm hızını düşürmektir ( 11 ).

1995 yılında Pekin’de 189 ülke temsilciliklerinin katıldığı IV. Dünya Kadın Konferansı’nda Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu isimli iki belgeyi Türkiye de hiçbir çekince koymadan imzalamıştır. Bu toplantıda cinsiyet ayrımcılığının kaldırılması ve kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşit haklara sahip olması hedeflenmiştir ( 12,13 ).

Antenatal bakım hizmetleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün sorumluluğundadır. İzlemler kentsel yerlerde sağlık kuruluşlarında, kırsal yerlerde ise, sağlık personeline ( ebe, hemşire,hekim ) evlerde yapılabilmektedir. Kırsal yerlerde de gebelerin sağlık ocaklarına ya da sağlık evlerine gelmeleri sağlanabilirse, izlemler buralarda yapılabilir. Ancak kırsal bölgelerde kadınların izlemleri aksatabilecekleri akıldan çıkarılmamalıdır. Başvurmayan kadınlar kendi sağlıklarına daha az önem veren kadınlar olabilir. Böyle kişiler aynı zamanda toplumun alt sosyal tabakalarını oluşturan kişilerdir. Bu kişilerin riskli gebelik olasılığı da fazladır. Dolayısıyla kendi başvuran gebelerden daha öncelikle başvurmayanların izlenmesi gerekir. Böyle kişilerin evlerinde ziyaret edilerek izlenmesi zorunludur ( 14 ).

#### **A.2. Antenatal Bakımın Tanımı ve Önemi:**

Doğum Öncesi Bakım ( DÖB ) da denir. DÖB; anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir ( 4,11,14,15,16 ). DÖB’la birçok potansiyel sorun doğum öncesinde belirlenebilir, tedavi edilebilir ya da bunlara ilişkin önlemler önceden alınabilir. Böylece ölümler ve özür lülük durumları önlenir ( 1 ).

DÖB, genelde, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını ve gebelikte sağlığın korunmasını hedefler. DÖB’ın temel amaçları ise; annede gebelikten önce var olan hastalıkları saptamak, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisini, gerekirse sevkini sağlamak, riskli gebelikleri saptamak, fetusu intrauterin izlemek, anneyi tetanoza karşı bağışık kılmak, doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar vermek, anneyi besleme, gebelik hijyeni, doğum ve doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda eğitmektir ( 4,10,11,12,14,15,16 ).

Gebelikte izlem sayılarına baktığımızda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir. Ülkemizde 154 sayılı yönergeye göre, gebelerin gebelikleri boyunca en az 13 kez izlenmesi gerekmesine rağmen şimdiye kadarki uygulamalar bunun mümkün olmadığını göstermiştir. Ancak normal giden bir gebeliğin bu kadar izlenmesine de gerek yoktur. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı 1986 yılından

başlayarak izlemlerin sayısını 6'ya indirmiştir. Buna göre gebe izlemleri 12. haftaya kadar ilk tespit ve izlem yapıldıktan sonra 10.aya kadar ayda bir kez şeklinde olmak üzere toplam 6 izlem olarak tavsiye edilmiştir ( 11,15,17 ). WHO'nun web sitesinde yayınlanan son verilere göre ise; gelişmiş ülkelerde riskli olmayan gebeliklerde ilk trimesterde ilk karşılaşmadan sonra 3 izlem yeterli bulunmaktadır. Bu izlemler; 26. haftada 1 kez, 32. haftada 1 kez, 38. hafta 1 kez olacak şekildedir ( 4 ).

Bu izlem sayıları normal giden gebelikler içindir. Gebelikte başlayan ve doğum eyleminden lohusalık döneminin bitimine kadar olan dönemde anne adayının kendisini ya da bebeğini ilgilendiren muhtemel normal dışı durumların ortaya çıkma olasılığı her anne adayı için eşit değildir. Gebelikte anne adayının kendisiyle veya bebeğiyle ilgili normal dışı durumların ortaya çıkma olasılığını artıran faktörlere “gebelikte risk faktörleri” adı verilir. Anne ya da bebekte, gebelik, doğum eylemi, doğum sonu dönem ( anne, yenidoğan ) ve bebeklik döneminde sağlık açısından herhangi bir risk faktörü mevcut ise bu gruba risk faktörünün özelliğine göre daha öncelikli, daha sık ve daha özel içeriği olan sağlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Riskli gebeliklerin doğum öncesi bakımların sayısını Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği ( ACOG ); gebelik boyunca 28 haftaya kadar 4 haftada bir, 36 haftaya kadar iki haftada bir ve daha sonra haftalık vizitler şeklinde önermektedir ( 18,19,20 ).

DÖB'da izleme sayısı kadar izlemin “niteliği” de önemlidir. Nitelikli bir izlem doğum öncesi bakımın amaçlarına uygun davranmakla yapılabilir. Gebelik ve doğum hizmetlerinin niteliğinin düşük olmasının, üreme sağlığında önlenebilir morbidite ve mortaliteyi artırarak, hizmet kullanımında talebi düşürerek dolaylı olarak iki şekilde olumsuz etkisi vardır ( 15,16 ).

DSÖ, normal gebeliği olanlarda izlem sayısının azaltılması yanında, gebelikte rutin USG kullanımının azaltılmasını ve sadece endikasyon varlığında kullanılmasını, vizitler sırasında kan grubu, TA, proteinüri ve fundus yüksekliğinin ölçümünün esas alınarak, diğer tetkiklerin endikasyon varlığında uygulanmasını, klinik anlamı olmayan testlerin uygulanmamasını önermektedir. Antenatal bakımda fazlalık olarak düşünülen rutinde devam edilmesi düşünülmeyen uygulamalar, daha ciddi problemlerin gözden kaçırılmasına neden olmaktadır. Bunlar; çok güvenilir olmayan glikozüri ve albüminüride kullanılan idrar dipstickleri, kardiyotokografi, doppler USG, TORCH taraması, pelvis ve meme muayenesidir ( 4,12 ).

### **A.3. Anamnez Alınması**

#### **a) Demografik Faktörler**

Yaş, parite, sosyal sınıf ve ırk, gebelik sonucunu etkiler. Sigara ve alkol tüketiminin etkileri de söz konusudur. Sosyoekonomik sınıf genellikle kadının ya da eşinin işinden anlaşılabilir ve yaşamın ilk dönemindeki beslenme, çocukluk hastalıkları, eğitim ve geçmişteki tıbbi bakım, bir grup etmenin etkisini yansıtır. Potansiyel doğum ağırlığı, konjenital anomali oranları ve perinatal mortalite ile ilgili işaretler de sağlar.

**b) Medikal Hikaye:** Hastaya geçmişinde özel hastalıklar, ilaç allerjisi, geçirilmiş operasyonlar, gebelikte tedavilerine devam edilmesi gereken hastalıklarının olup olmadığı (örneğin, epilepsi ve diabet) sorulmalıdır.

#### **c) Geçmiş ve Şimdiki Doğurganlık Hikayesi:**

Önceki gebeliklerin hikayesi, mevcut gebelikte ortaya çıkabilecek problemler için bir ipucu verebilir. Bu sebep ile gebelik süresi, doğum ağırlığı, prezantasyon, doğum eyleminin süresi, doğum şekli ve komplikasyonlar öğrenilmelidir.

Gebeliğin ortalama süresi, döllenmeden itibaren yaklaşık 280 gündür. Döllenme tarihi bilinmediğinde, klinikte gebelik süresinin ölçümünde, son adet ilk gününden yararlanır. Geniş kapsamlı birkaç çalışmanın verilerine göre, son adet ilk gününden itibaren hesaplandığında gebeliğin ortalama süresi 279–282 gündür. Döllenme zamanının tahmininde kullanılan pratik bir yöntem, Naegele formülüdür: Son normal adet ilk gününe yedi gün ekleyip üç ay geriye gidilir ve TDT'ni saptamak için bir yıl eklenir.

Düzensiz sıklara sahip kadınlarda bu hesaplama güvenilir değildir. Çünkü, ovulasyon günü siklusun 14. günden 28. güne doğru kayabilir. Bu tür kadınlarda hesaplanan tarih, gerçek biyolojik doğum tarihinden erken olabilir. Bu hesaplama, doğum kontrol hapı kullanan ve haplardan sonraki ilk siklusta hamile olan kadınlarda da güvenilir değildir. Ovulasyon son menstrüel periyodun başlamasından sonraki 2 haftadan daha uzun süre sonra oluşabilir.

#### **d) Aile Hikayesi**

Genetik hastalıklar, konjenital deformiteler, çoğul gebeliklerin olup olmadığı sorulmalıdır (21,22,23,24).

#### **A.4. Fizik Muayene**

Bütün organ ve sistemlerin bilhassa kalp, akciğer, böbrek, dolaşım sistemi hastalıklarının gözlem ve gereken tetkiklerle tespiti yapılmaya çalışılmalı, gerekirse ilgili bölümlerle konsülte edilerek gebelik esnasında uygulanacak tedavi şeması belirlenmelidir. Genel muayene ile boy, kilo, anemi, solunumun rahat olup olmaması, yağ dokusunun vücutta yayılımı, mukozaların kanlanma durumu, stria ve pigmentasyon gibi derideki gebelik değişiklikleri tespit edilmeli, kalça çıkığı, raşitizm, çocuk felci gibi kalça eklemi ve kemik pelvis patolojilerine neden olabilecek değişikliklerin varlığı halinde pelvis ölçülerinin alınması esnasında dikkatli olunmalıdır. Keza tüm endokrin glandların özellikle tiroid durumu, el ve ayaklarda ödem, varislerin mevcut olup olmadığı, ağız ve diş bakımı, derinin görünüşü, sarkık karın olup olmadığı, beslenme durumu, memelerin vaziyeti gözden geçirilmelidir. Nabız, TA ve kilo her vizitte kayıt edilmelidir ( 25 ).

#### **A.5. Abdomen Muayenesi**

Abdominal muayenede mezür ile ölçüm, Leopold manevraları için palpasyon ve çocuk kalp seslerini dinlemek amacıyla oskültasyon uygulanır.

Palpasyona, 2.trimesterden sonra başlanır ve doğuma kadar her vizitte uygulanmalıdır. Burada çocuğun pozisyon, prezantasyon, situs ve habitusu ( yeri ve duruşu ), büyüklüğü, fundus uterinin yüksekliği, çocuk başının pelvisten rahatça geçip geçemeyeceği araştırılır. Çoğul gebelik, hidramnios, ileri derecede obezite olmadığı takdirde abdomenin palpasyonu ile doğum prognozu hakkında birçok kıymetli bilginin elde edilmesi sağlanır ( 25,26 ).

Abdomen palpasyonu leopold manevraları denilen 5 özel muayene ile tamamlanır. Her gebe muayenesinde sırasıyla ve sistematik olarak yapılmalıdır ( Şekil 1 );

**1.Leopold Manevrası:** Gebe düz bir yere sırtüstü yatırılır. Muayene edenin yüzü annenin yüzüne dönük olacak şekilde, hastanın sağ tarafına oturur. İki elin dış kenarları ile belirlenen uterus fundusunun üst sınırının çevre oluşumlara ( Symphysis, göbek ve ksifoid ) uzaklığı yaklaşık olarak belirlenir.

Yeni belirlenmiş erken gebeliklerde 12. haftaya kadar pubis üzerinden uterus sınırları kolayca palpe edilmeyebilir. Karın her gebelik döneminde kesinlikle muayene edilmelidir. Beklenmeyen büyüklükte bir uterus veya başka bir kitle ya da öyküde değerlendirilmemiş cerrahi kesi izi bu sayede farkedilebilir. Gebelik haftasına göre beklenen fundus yükseklik düzeyleri tablo 1’de verilmiştir;

**Tablo 1: Gebelik Haftalarına Göre Fundus Yüksekliği ( 27 )**

<u>Gebelik haftası</u>	<u>Fundus Yüksekliği</u>
12 Haftalık:	Fundus pubis symphysisinin üstünden elle çok derin muayene ile ancak hissedilir.
16 Haftalık:	Fundus, symphysis pubis ile göbek arasının ortasındadır.
20 Haftalık:	Fundus, göbeğin 2 parmak aşağısındadır.
24 Haftalık:	Fundus tam göbek hizasındadır.
28 Haftalık:	Fundus, göbeğin üç parmak üzerindedir.
32 Haftalık:	Göbekte sternumun alt ucundaki kırık (ksifoid çıkıntı) arasının tam ortasındadır.
38 Haftalık:	Sternumun alt ucundaki çıkıntıya yakındır.
40 Haftalık:	32-36 haftalık seviyenin arasındadır, bu dönemde baş genellikle pelvis içine girdiğinden fundus 32 haftalık gibi hissedilebilir.

Spielberg, bir tablo hazırlayarak, symphysis -fundus mesafesiyle gebelik yaşı arasında bağlantılar saptamıştır ( Tablo 1 ). Mac Donald formülü bu yöntemin değişik bir yaklaşımıdır ( Tablo 2 ). Symphysis -fundus mesafesinin ( cm cinsinden ) 3,5'e bölünmesi 6. aydan sonra gebelik ayının yaklaşık hesaplanmasına yarar.

**Tablo2: Symphysis-Fundus Arası Düz Çizgiyle Belirlenen Mesafe ve Gebelik Süresi Arasındaki İlişkileri Gösteren Spielberg Tablosu**

<u>Symphysis -Fundus Mesafesi(cm)</u>	<u>Tahmini Fetal Yaş (hafta)</u>
26,7	28
30,0	32
32,0	36
37,7	40

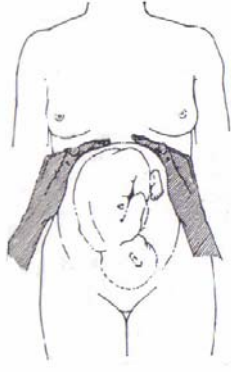
kaynak:(26)

**2.Leopold Manevrası:** Muayene eden aynı pozisyonudadır. Bebeğin sırtının hangi tarafta (sol veya sağ) olduğu II. Leopold manevrası ile belirlenir. İki elin parmakları ve ayakları ile karında düzgün olan kısım ( sırt ) ve hareketli düzgün olmayan ufak kısımlar ( ekstremite ) farkedilmeye çalışılır. Karın gergin ise ÇKS'nin duyulduğu kısım sırt olarak kabul edilebilir.

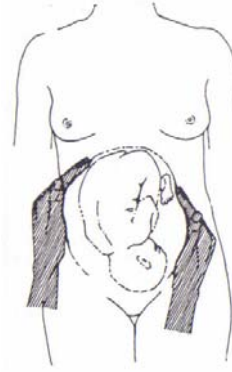
**3. Leopold Manevrası:** Pelvis boşluğuna prezante olan kısmın belirlenmesi amacıyla yapılır. Bir elin başparmağı ile diğer parmakları arasında pelvise yakın olan kısım palpe edilmeye çalışılır. Amnion içinde baş sert olarak ballote edilir. Makadi gelişlerde palpe edilen kısım yumuşak olarak ele gelir. Bazen de pelvis girimi baş olarak palpe edilebilir ki bu durumda oblik veya transvers gelişlerin olabileceği hatırlanmalıdır.

**4. Leopold Manevrası:** Bu manevra ile çocuğun önde gelen kısmının pelvis içinde bulunup bulunmadığı, pelvis içinde ise yükseklik durumu araştırılır. Bu manevranın yapılabilmesi için muayene edenin yüzü hastanın ayak ucuna bakacak şekilde, muayene masasının kenarına oturması lazımdır. Bundan sonra eller, pelvis giriminin hemen üstünde, uterusun alt kutbunun iki yanına yerleştirilir ve eller kaydırılarak pelvis girimine doğru girmeye çalışır. Dördüncü Leopold manevrası bilhassa orta derecede darlık gösteren pelvisli kadınlarda doğum prognozu bakımından önemli bir manevradır. İki elin parmak uçları birleşiyorsa baş "Mobil" parmaklar birleşmiyor ancak, önde gelen kısım tam pelvis içinde değilse bu duruma "fıkse olmuş", önde gelen kısım pelvis içine tam yerleşmişse ve hareket ettirilemiyorsa "angaje olmuş" denilmektedir ( 25,26,27 ).

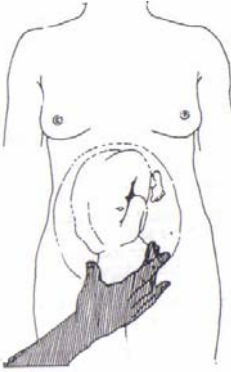
**5. Leopold Manevrası:** Muayene eden kişi gebenin sağında ya da solunda durur. Bir elin parmakları pubis kemiğinin üzerine, diğer elin parmaklarını da prezante olan kısmın üzerine koyar. Eğer prezante olan kısmın üzerindeki parmaklar yüksekte ise baş-pelvis uyumsuzluğı söz konusudur. Bu manevra gebeliğin son haftalarında prezentasyon gerçekteştikten sonra yapılır ( 27 ).



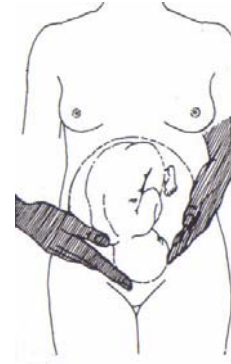
Leopold'un Birinci Manevrası:  
"Gebelik kaçınıcı haftasındadır?"  
sorusunun cevabını verir



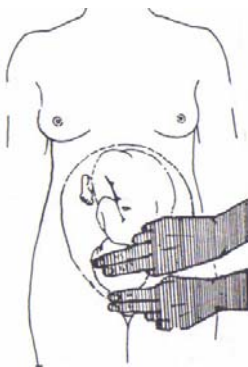
Leopold'un İkinci Manevrası:  
"Fetal sırt hangi taraftadır?"  
sorusunun cevabını verir



Leopold'un Üçüncü Manevrası:  
"Pelvis giriminde hangi fetal kısım  
bulunmaktadır?"  
sorusunun cevabını verir



Leopold'un Dördüncü Manevrası:  
"Gelen kısmın pelvise yerleşme dercesi  
(mobil mi, fiske mi, angaje mi) nedir?"  
sorusunun cevabını verir.



Leopoldun Beşinci Manevrası  
"Baş-pelvis uygunsuzluğu var mı?"  
sorusunun cevabını verir.

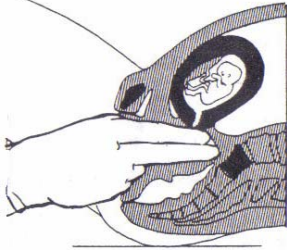
Şekil 1: Leopold Manevraları ( 27 )

#### A.6.Vajinal Muayene

Tuše yapılırken steril koşullara özenle uyulmalıdır.

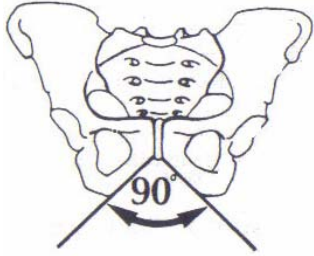
- Gebeliğin ilk 3 ayında vajinal tuše kadının gebe olup olmadığını, gebeliğin kaç aylık olduğunu saptamak için yapılır,
- Gebeliğin son aylarında vajinal tuše, kollumun durumunu, gelen kısmın ne olduğunu ve yüksekliğini saptamak, pelvisin iç çaplarını ve pubis açısını değerlendirmek için yapılır.

**Konjugata Veranın Değerlendirilmesi:** Bu, pelvisin en önemli çapı olup, gebeliğin son aylarında tuše yoluyla ölçülür ( Şekil 2 ). Bu ölçü en önemli bulgulardandır. Doğru ölçüldüğünde doğumun nasıl olacağı hakkında kesin bilgi verir. Normal bir pelviste vajinal tuše sırasında el parmakları promontoryuma ulaşmaz. Eğer orta parmak promontoryuma ulaşıyorsa, bu pelvis dardır.



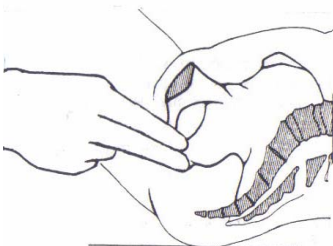
Şekil 2: Konjugata Veranın Tuše İle Ölçümü

**Pubis Açısının Değerlendirilmesi:** Normalde her iki pubis kemiğinin önde, symphysisde birleştiği kollar arasındaki açı 90 derecedir ( Şekil 3 ). Bu açı 90 dereceden dar yada geniş ise bu pelvis dardır.



Şekil 3: Pubis Açısının Değerlendirilmesi

**Spinaların Durumunun Değerlendirilmesi:** Normalde vajenin iç iki yan duvarında hafif belirgin olan kemiksi çıkıntılar vardır ( spina iskiadikalar ). Bunlar fazla çıkıntılı ise doğum kanalını daraltırlar ( Şekil 4 ).



Şekil 4: Spinaların Durumunun Değerlendirilmesi

Bu muayenelerden sonra bulgular tümü ile değerlendirilip doğumun ne şekilde olacağı konusunda karar verilir(27).

#### **A.7. Yapılması Gereken Laboratuvar Testleri**

**a) Hemoglobin, hematokrit:** Gebe kadında Hemoglobin ( Hb ) düzeyi 11 g/dL, hematokrit ( Hct ) %33'ün altında olursa anemik kabul edilmelidir. Rutin olarak ilk ziyarette, 28. haftada ve 36. haftada Hb ve Hct düzeylerine bakılmalıdır.

**b) Kan grubu:** Anne ve babanın kan grupları tespit edilmelidir. Annenin Rh negatif, babanın Rh pozitif olduğu durumlarda annede indirekt coombs testi yapılmalıdır.

**c) İrreguler antikor(atipik antikor) taraması:** Eritrosit membranı üzerindeki D antijeni dışında C,c, E, e, Keli antijeni gibi diğer eritrosit antijenlerine karşı da antikor gelişimi olabilir ve fetusta hemolitik hastalık ortaya çıkabilir. Başta multiparlar ve daha önce transfüzyon yapılan gebeler olmak üzere tüm gebeler irreguler antikorlar açısından taranmalıdır.

**d) İdrar analizi ve idrar tahlili:** Her vizitte; idrarda protein ve glikoz bakılmalıdır. Eğer hastada belirgin bulantı ve kusma varsa, ayrıca idrarda keton da aranmalıdır. Asemptomatik bakteriüri vakalarını yakalamak için hastaların tümünden idrar kültürü alınmalıdır. Kaide olarak, proteinüri değerlendirme gerektirir. Eğer proteinüri ile birlikte hipertansiyon varsa preeklampsi-eklampsi geçirme olasılığı gözönünde bulundurulmalı, hipertansiyon bulunmadığında, 5 g'ın üstündeki proteinüri, genellikle nefrotik sendroma işaret eder. Hipertansiyon yoksa, idrarda ufak miktar protein varsa, vajinal veya üriner enfeksiyon belirtisi olabilir. İdrarda glikozun olması, böbreklerden glikoz itrahının, absorpsiyon kapasitesini aştığını gösterir. Bu durum kan glikoz düzeyleri normale önemli değildir, ancak hiperglisemi de mevcutsa karbonhidrat intoleransı düşünülmelidir.

**e)Hepatit B virüsü:** Ülkemizde hepatit B virüs taşıyıcılığı %10lara kadar çıkmakla birlikte, bu oranların yüksek olmasında rutin tarama endikedir.

**f)Toxoplazmozis:** Rutin tarama ile ilgili ortak bir fikir birliği yoktur. Burada rutin taramada amaç semptomatik vakalar dışında akut enfeksiyonu yakalamak değil gebenin toxoplazmozis enfeksiyonuna antikor ( IgG ) geliştirip geliştirmediğini tespit etmektir. Tercihen hasta gebe kalmadan önce bakılmalıdır. Akut enfeksiyon tanısında zorluklar vardır. IgM düzeyleri yıllarca pozitif kalabilir. Keza IgG düzeyleri de uzun yıllar yüksek seyredebilir. En uygun yöntem 4 hafta ara ile alınan serumlarda IgG düzeylerinde artış gözlenmesidir.

**g)Rubella taraması:** Esasen gebelik öncesi kadının rubellaya karşı bağışık olup olmadığını anlamak için rubella IgG bakılmalıdır. Ancak ülkemizde hastaların büyük çoğunluğu gebe kaldıktan sonra ilk ziyaretlerini yapacakları için hasta gelir gelmez IgG antikör taraması yapılmalıdır.

**h)Üçlü tarama testi:**Down sendromlu gebeliklerde Maternal Serum Alfafetoprotein (MSAFP) in düşük olduğu tesbit edilmiştir. Bu nedenle MSAFP down sendromu taraması için kullanılır. MSAFP in spesifite ve sensitivitesini arttırmak için koryonik gonadotropin ve unkonjuge estriol ile kombine edilmiştir. Down sendromlu gebeliklerde median gonadotropin seviyeleri yüksek, unkonjuge estriol seviyesinin ise düşük olduğu tesbit edilmiştir. Üçlü taramada da verilen risk 1/270 ve daha yüksek çıkarsa amniosentez önerilmektedir. Trizomi 18 vakalarında ise her üç hormonunda da normal gebeliklere göre daha düşük bulunduğu tesbit edilmiştir.

**i)Diabet taraması:**Bu konuda tam bir fikir birliği yoktur. İdrarda glukoz taraması yaygın olarak kullanılsa da %60 gibi düşük bir sensitiviteye sahiptir. Gebelikte glukoz toleransının bozulması, özellikle 25 yaşın üstündeki ve fazla kilolu kadınlarda perinatal morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Gebeliğin 24.-28.haftalarında yapılan oral glukoz yükleme testi ( OGL ) 50 gram glukoz alımından sonra 1 saat plazma glukoz değerinin 140 mg/dL sınır değer alınması esasına dayanır. Plazma glukoz değerinin 140 mg/dL üstünde bulunması halinde 3 saat 100 gram oral glukoz tolerans testine ( OGTT ) geçilir. OGTT de sınır değerler açlık kan şekeri için 105 mg/dL, 1. saat için 190 mg/dL, 2.saat için 165 mg/dL, 3. saat için 145 mg/dL dir. Bu değerlerden 2 ya da daha fazlasının yüksek bulunması diabet tanısını koydurur.

**i)Ultrasonografi ( USG ):**Tüm gebe kadınların rutin USG ile taranması tartışma konusudur. Ancak erken dönem USG ile letal veya ağır malformasyonların tespitinin perinatal morbidite ve mortaliteyi azaltacağı bir gerçektir. Erken gebelik abdominal veya vajinal USG ile değerlendirilebilir. Vajinal USG ile gebeliğin 5. haftasında gestasyonel kese tespit edilebilir. Erken gebelikte transvajinal USG ile intrauterin-ekstrauterin gebelik ayırımı veya normal intrauterin gebelik ile kötüye giden intrauterin gebelik ayırımları yapılabilir. İlk trimester sonlarına doğru fetal ensede bakılan nuchal translucency ( >3 mm ) trizomiler için önemli bulgudur.

**j)Servikal Smear:**Gebelikte salgılanan hormonlara bağlı serviks kanserlerinde artış meydana gelmektedir. Bu nedenle gebelere ilk aylarında smear testi uygulanarak böyle bir durumun varlığı araştırılmalıdır. Servikal smear testi, serviks yüzeyinde yer alan hücrelerin normal olup olmadığını kontrol eden bir izleme testidir ( 21,26,28,30,31).

### A.8. Gebelikte Beslenme

**a)Enerji Gereksinimi:**Gebeliğin optimal kilo artışını karşılamak için, gerekli miktarda kalori tüketilmelidir. Bu kalorilere başlıca üç nedenle ihtiyaç vardır. Bunlar; gebeliğe bağımlı yeni dokuların temini, yeni dokuları koruyabilmek için artan metabolik enerji tüketiminin karşılanması ve gebe vücudun hareketi için gerekli enerjidir. Toplam yağ ve protein birikimi, gebelik süresince yaklaşık 41.000 Kcal gerektirir. Bazal enerji gereksinimi yaklaşık %20 artar. Yiyecek ve beslenme komitesi tarafından gebelik süresince günlük 300 Kcal'lık bir artış önerilmiştir. Bu gereksinimlerin toplamı, gebeliğin toplam enerji ihtiyacını 80.000 Kcal olarak belirler. Ağırılık kaldırıcı aktivitelere düzenli katılım, kalorik gereksinmeyi daha fazla artırır ( 26,32 ).

Gebelik esnasında, ağır maternal fizik aktivitenin fetusa etkileri yıllardır tartışılmaktadır. Ağır fizik iş yapan kadınların, bu tür aktivite göstermeyen gruba kıyasla, gebelik kiloları belirgin biçimde daha düşük ve yenidoğanları daha ufak bulunmuştur. Bu bebeklerdeki büyüme geriliğinin etiolojisinde, büyük olasılıkla, kalori yetmezliği vardır.

**b)Protein:**Gebelik sırasında, gebe olmayan kadının temel protein ihtiyacına, fetus, plasenta, uterus ve göğüslerin gelişim ve onarımı doğrultusunda eklem yapılır. Ayrıca artmış maternal kan hacmi de ek protein gerektirir. Gebeliğin son 6 ayında, günde 5-6 gr. olmak üzere ortalama 1 kg. protein depolanır. Embriyonik gelişme için protein şarttır. Yiyecek ve Beslenme Komitesi genç gebe olmayan kadınlar için günde yaklaşık 44 gr.lık bir protein alımı ancak gebelik sırasında günde ek 30 gr.lık bir protein alımı önermiştir. Bu WHO'nun önerdiği miktardan oldukça yüksektir ( 30,32,33 ).

**c)Kalsiyum ve D vitamini:**Gebenin günlük kalsiyum gereksinimi 1200 mg.dır. Bu miktar gebelik dışı normal yetişkinin kullanabileceği miktardan 400 mg. fazladır. Bu düzeye, süt ve süt ürünleri dışında doğal beslenmeyle ulaşmak imkansız gibidir. Günlük gereksinim olan 1200 mg. kalsiyum, 1 L. sütte bulunur. Gebelikte, süt veya süt ürünlerini tüketmeyen kadınlara kalsiyum takviyesi gerekir.

Kalsiyum/D vitamini yetersizliği olan hastalarda kısa aralarla sık gebeliklerin kemik mineral yoğunluğunu azalttığı ve uç vakalarda osteomalaziye yol açtığı görülmüştür. Ayrıca, yenidoğanın kemik yoğunluğuyla gebelikte annenin kalsiyum tüketimi arasında direkt ilişki saptanmıştır; bu gözlem, maternal beslenmenin fetal/ neonatal sağlık için önem taşıdığına bir diğer kanıtıdır ( 26,30 ).

**d)Demir ( Fe ):**Gebelik boyunca yaklaşık olarak 1000 mg. elemental demire ihtiyaç vardır. Bunun 500 mg.ı maternal eritrosit volümü artışı, 300 mg.ı fetus ve plasenta, 200 mg. ise maternal normal kayıplar ( deri, gaita v.s. ) için gereklidir. Gebe bir

kadının günlük elemental Fe ihtiyacı 6 mg. dır. Her günkü karışık diyet 10–15 mg. elemental Fe içerir; normal koşullarda bu demirin % 10–15’i emilime uğrar ( 26,28,30 ).

İntrauterin yaşamda fetus, ilk Fe depolarını annesinden sağlar. Fe’in büyük kısmı gebeliğin üçüncü trimesterinde fetusa geçer. Eğer annenin Fe düzeyi düşükse fetusa Fe sağlanması amacıyla annenin eritrositlerinde yıkım olur. Böylece anne daha anemik duruma gelir. Gebelik süresince herhangi bir zamanda, genellikle ikinci trimesterin sonu veya üçüncü trimesterin başında, gebe kadınların üçte biri veya fazlasında anemiye rastlanır. Gebelikte, anemiye bağımlı birtakım olumsuzluklar vardır. Anemik gebe erken doğuma eğilimlidir ve şiddetli kanamaları karşılamaya hazır değildir. Bundan ötürü, doğum esnası veya sonrası kan kaybı komplikasyonlarına, normal gebeden fazla açıktır. Ayrıca, enfeksiyonlara, normal gebeden az dirençli olduğundan, idrar yolları enfeksiyonu veya sepsis riski vardır. Böylece, besin ve depo Fe kaynakları gebeliğin gereksinimini sıklıkla karşılayamadığından, aneminin önlenmesi doğrudur ( 26,34 ).

**e)Folik Asit:**Folat, purin ve pirimidin metabolizmasının temel koenzimlerinden olduğundan, özellikle hızlı doku büyümesi dönemlerinde folik asite ihtiyaç artar. Bu nedenle, maternal eritropoezin gebelikte artması, trofoblastik büyüme, proliferasyon ve plasental transfer gebe kadında önemli ölçüde folat gereksinimini artırır.

Gebeliğin folat gereksinmesini tamamen besinlerden edinmek mümkündür. Sadece diyet ile alınabilececek olan günlük 400 mikrogram folik asit megaloblastik anemiye önleyecek miktardır. Bu açıdan bakıldığında yeterli beslenme ile folik asit takviyesine gerek yoktur. Fakat hemolitik anemi, çoğul gebelik, antikonvulsif ilaç tedavisi ve besi yoluyla giderilemeyen alımdaki azlık vakalarında takviye gereklidir. Özellikle döllenme civarında folat takviyesi ( tek başına veya diğer vitaminlerle birlikte), fetal nöral tüp defekti riskindeki hastalarda olumlu etki göstermektedir ( 26,30,33 ).

**f)Vitaminler:**Her ne kadar alışılmış vitamin desteklerinin anneye ya da fetusuna yararlı olduğu konusundaki bilimsel deliller oldukça yetersiz ise de prenatal vitamin desteği birçok obstetrisyen tarafından kuvvetle benimsenmiş bir alışkanlıktır. Vakaların çoğunda gebe kadınlara demir ve belki de folik asit dışında rutin farmakolojik vitamin ve mineral preperasyonları desteğinin değeri şüphelidir. Bu tür vitamin ve mineral preperasyonların yiyeceklerin yerini aldığı dşnlmemelidirler.

Gebelik sırasında artan vitamin ihtiyaçları hemen hemen her durumda hayvansal kaynaklı proteinleri de içeren, yeterli miktarda kalori ve protein sağlayan herhangi bir genel diyetle karşılanabilir. Uzamış kusma, hemolitik anemi ya da multipl fetusla komplike gebelikler gibi olağanüstü büyük ihtiyaçların söz konusu olduğu durumlarda tek muhtemel istisna folik asittir ( 32,35 ).

### A.9. Gebelikte Kilo Alımı ve Egzersiz

Her prenatal ziyarette, hastanın ağırlığı kaydedilmelidir. Kısa diet anamnezi, belli başlı besi yetmezliği veya fazlalığı varsa ortaya koyacaktır. Vücut kitle indeksi kategorilerine göre, gebelikte tavsiye edilen kilo alımları Tablo 3'te gösterilmiştir. Amerikan Pediatri Akademisi ve ACOG ( 1997 ) da bu tabloyu onaylamıştır.

Normalden şişman olanlar veya gebelik boyunca aşırı kilo alanların makrozomik bebek dünyaya getirme ihtimalleri fazladır ve bunun sonucunda da artmış sezaryen doğumlarla ilişkili olabilmektedir. Düşük kilo alımlarının ise gestasyonel yaşa göre küçük bebek sıklığında artışla ilişkisi bulunmuştur. Tavsiyeler doğrultusunda kilo alımları kötü sonuçları azaltmıştır ( 26,28,33 ).

**Tablo 3: Gebe Kadınlar İçin Tavsiye Edilen Toplam Kilo Alım Aralıkları\* ( 28 )**

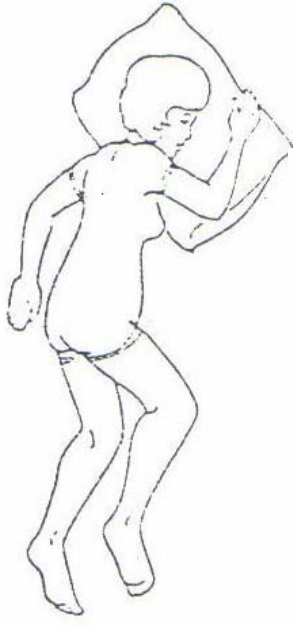
Gebelikte BMI**	Tavsiye Edilen Kilo Alımı	
	Pound	Kilogram
Düşük ( BMI <19,8 )	28-40	12,5-18
Normal ( BMI 19,8-26 )	25-35	11,5-16
Yüksek ( BMI >26-29 )	15-25	7-11,5
Obez ( BMI >29 )	<15	<7

\*İkiz gebelik için aralık 35-45 lb ( 16-20kg )'dir.

\*\*BMI = gebelikten önceki "vücut kitle indeksi". Tıp enstitüsü 1992.

Gebelikte aşırı kilo alımı ve fazla kiloları postpartum 6 ayda kaybedememek uzun süren obeziteye neden olmaktadır. Egzersiz ve dengeli beslenme, gebelik süresince istenen kilo artışını sağlamaktadır. Gebelikte yapılan egzersizler ( Şekil 5 ) gestasyonel diabetes ve uzun dönem obezite riskini azaltır, postür, kas tonusu, güç ve dayanıklılığı artırarak daha hızlı doğum eylemine ve daha hızlı bir iyileşme sürecine zemin hazırlar. Egzersiz ayrıca gebeliğin sık yakınmalarından olan bel ağrısı, gaz ve ayaklardaki şişmelere de iyi gelmektedir. Ancak gebe kadın egzersiz yaptığında ekstra olarak 300 Kcal/gün almalıdır. Gebelikte egzersize karşı davranışlar yıllar içinde değişiklik göstermiştir. 1985 yılında, ACOG aerobik egzersizlerin 15 dakikayı aşmayacak ve kalp hızı 140 atım/dk'yı geçmeyecek şekilde yapılmasını tavsiye etmiştir.

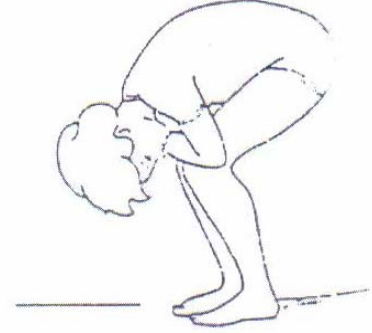
On yıl sonra ise aynı komite, fizyolojik kanıtı dayalı olarak, komplike olmamış gebeliğe sahip kadınların gebe olmayan kadınlarla eşit düzeyde egzersiz yapabileceklerini belirtmişlerdir ( 36 ).



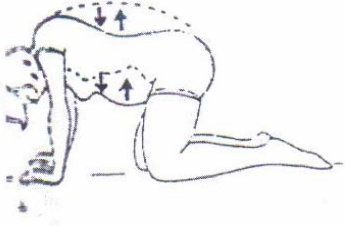
C  
Gevşeme Pozisyonu



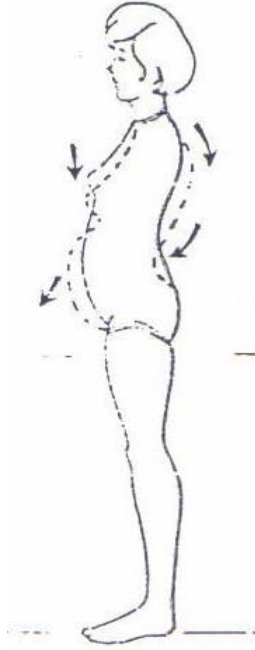
A  
Çömelme Pozisyonu



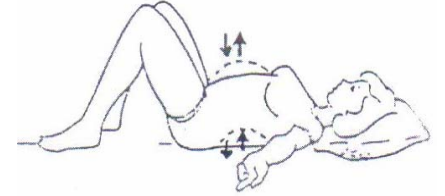
B  
Ayağa kalkarken dengeyi sağlayacak şekilde yükselme



A  
El diz Pozisyonu

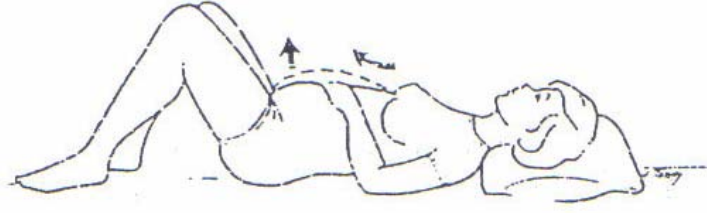


B Ayakta Durma Pozisyonu



C  
Sırtüstü Yatma Pozisyonu

Üç pozisyon da yapılan pelvisi sallama hareketi bel ağrısının azalmasını sağlar.



A

Karın Solunumu



B

Oturma Pozisyonu



C

İtme Pozisyonu

Bu pozisyonların üçü de gebenin gevşeme ve dinlenmesini sağlar.

Şekil 5: Gebelik Egzersizleri

Kaynak: ( Jensen, M.D.,Bobak,I.M.Maternity and Gynecolojik Care. St.Louis,Mosby Company,4.bs.,1985 ).

#### **A.10. Gebenin Ruhsal Durumu**

Gebelik ve doğum, kişinin süregiden hayat düzeninde değişiklik yapan, küçük veya büyük ölçüde uyum sağlamayı gerektiren stresli bir yaşam olayı olarak görülmektedir. Hemen hemen hiçbir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle yarışamaz. Yeni bir bebeğin dünyaya gelmesi genellikle olumlu ve doyurucu bir yaşantı olsa da, annelerin bir kısmı için bazı duygusal sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Bazı anneler için bebek beklemek geçirilen evrelerden dolayı çok stresli bir dönemdir. Bir çok araştırmacı, gebeliğin kadının yaşamında değişik ve yeni rollere uyumu gerektiren bir kriz dönemi olduğunu belirtmişlerdir. Gebelik sürecinde trimesterlere göre gebenin emosyonel reaksiyonları; belirsizlikler, içe dönüklük, pasiflik, kendini beğenmeme, bağımlılık, korku ve anksiyete olarak tanımlanmıştır. Gebeliğin ilk 3 ayında duygusal ve içgüdüsel sapmalar ön plandadır. Ambivalans ( zıt duygular ) yoğun şekilde yaşanır, ani neşe yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir. İlk trimesterde ambivalans duygularını ortaya çıkaran nedenler, menstruasyonun kesilmesi, mide bulantıları, kadının kendisini halsiz ve yorgun hissetmesidir. Bu rahatsızlıklar kadının gebeliği istememesine neden olur, bu devre bebekle ilgili çok az sevinç duyulan bir devredir. İkinci trimesterde görülen fiziksel değişiklikler ambivalans duyguların ortadan kalkmasını hızlandırır. Bu dönemde kadını gücü yavaş yavaş artmış, bulantıları geçmiş ve kadın kendini daha iyi hissetmeye başlamıştır. Bu dönemde kadın gebeliğini benimsemiştir. Gebeliğin son haftalarında ise kadın artık gebelikten bıkmaya başlamış, fiziksel görünümü büyümüş, hantallaşmıştır. Bu dönemde kadın daha çabuk yorulur ve doğum ile ilgili korku ve endişeleri belirlemeye başlar. İlk trimesterde yaşanan ambivalans duygular bu dönemde tekrar yaşanır.

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla beraber kadının eğitim düzeyi, aile içi ilişkileri, ailenin sosyoekonomik durumu, çocuk sayısı, gebeliğin istenen/istenmeyen bir gebelik olması, eşi ile ilişkileri, gebelikte yaşadığı sorunlar gibi bir çok faktör kadının duygusal durumunu etkileyebilmektedir.

Reaksiyonların patolojik ölçülere kayması, özel durumlarda daha sık görülür. Örneğin; istenmeyen gebelikler, mutsuz evlenmeler, töre dışı gebelikler, aşırı doğum korkuları, anomalili çocuk doğurma endişelerini sayabiliriz. Bu ağır ruhi zemin üzerinde ajitasyon, melankoli, hipomani gibi patolojiye çalan reaksiyonların ortaya çıkması intihar girişimlerine kadar götürebilir. Psikosomatik olumsuz reaksiyonlar çerçevesinde habituel düşükler, prematüre doğumlar, hatta inutero çocuk ölümlerinden bile söz edilmiştir.

Doğum karşısında ruhsal reaksiyonlar şiddetli olabilir ve doğumun normal gidişini bozacak ölçülere varabilir. Korku iç daralması, ağrı duyarlılığını artırır ve refleksle kaslarda kasılmalar, solunum ve kan dolaşımında yetersizliğe ve doğumu çıkmaza sokabilir. Ağrı korkusu ön plandadır. Her ağrıyı artan bir iç daralışı ile bekleyen anne, tam mental ajitasyona girebilir. Korku-gerilme refleksinin giderilmesinde doğum öncesi aydınlatma ve eğitimin önemi, modern doğum yardım yöntemleri arasında yer almıştır ( 37,38,39 ).

#### **A.11. Gebelikte Tetanoz Aşısı**

Gebe kadına tetanoz aşısı, anneyi özellikle yeni doğan bebeği Tetanozdan korumak için yapılır ( 40 ). Yenidoğanlar; temiz şartlarda yapılmayan doğumları takiben göbek kordonunun bakımının uygun yapılmaması veya üzerinin temiz olmayan maddelerle kapatılmasıyla tetanoza yakalanabilirler. Anneler ise, kesici-delici yaralanmalar, düşükler ve doğumlar sırasında kullanılan aletlerin kirli olması sonucunda tetanoza yakalanabilirler.

Hastalığa karşı korunmanın tek yolu tetanoz aşısıdır. Hastalığın geçirilmesi bağışıklık sağlamaz. Bir kişinin tetanoza karşı bağışık hale gelmesi için en az 3 doz TT ile aşılması gerekmektedir.

Anne adayları ve dolayısı ile bebekler de doğum esnasında mikroplarla karşılaşabileceğinden risk grubundadırlar.

Yenidoğanlar

- Evde sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar
- Göbeğin kirli aletlerle kesilmesi ( jilet, makas )
- Hastanede doğum olsa dahi göbek kordonu bakımının temiz yapılmaması
- Toprağa yatırma gibi yanlış alışkanlıklar gibi nedenlerle risk altındadırlar.

Anneler

- Gebelikleri sırasında sağlık kontrolüne gitmemeleri
- Kesici-delici alet yaralanmalarına maruz kalmaları
- Doğumun sağlıklı koşullarda ve temiz ortamda yapılmaması
- Lohusalık döneminde kirli yara bakımı gibi nedenlerle risk altındadırlar.

Yenidoğan Tetanozuna yakalanan bebekler normal doğarlar, ancak doğumdan sonraki 3–28 gün arasında emmeyi bırakırlar. Kaslarında kasılmalar ortaya çıktığında vücutları kaskatı, gergin bir hal alır.

Anne Tetanozu ise gebelik, doğum sırasında veya lohusalık döneminde annede; tetanoz belirtilerinin görülmesidir. Tetanozun ilk belirtisi çene kaslarında kasılmalardır. Bu belirtiyi, boyun kaslarında kasılma, yutma güçlüğü, karın kaslarında kasılma, kas spazmları, terleme, ateş ve havale izler.

Aşılama koldan enjeksiyon yolu ile yapılır. Ülkemizde yürütülmekte olan programa göre anne adayları doğum öncesi bakım esnasındaki kontrollerde en az iki doz TT almaktadırlar. Tek doz aşının hiçbir koruyuculuğu yoktur. Doğurganlık çağı boyunca tetanoza karşı bağışıklığın sağlanması için tetanoz aşılama takvimine uygun olarak toplam 5 doz tetanoz aşısı uygulanmaktadır ( 41 ). Gebelikte tetanoz aşısının ilk dozu 4. aydan sonra yapılır, ikinci doz ise doğumun 21 gün öncesine kadar yapılabilir. Tetanoz aşısının uygulama zamanı, doz sayısı ve koruma süresi Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4: Doğurganlık Çağı Kadınlar İçin Tetanoz Aşısının Uygulama Zamanı, Doz Sayısı Ve Koruma Süresi ( 40 )**

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
TT1	Gebeliğin 4. ayında	Yok
TT2	TT1den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
TT3	TT2den en az 6 ay sonra	5 yıl
TT4	TT3den en az 1 yıl sonra,bir sonraki gebelikte	10 yıl
TT5	TT4den en az 1 yıl sonra,bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

Daha önce çocukluk ve okul aşılarının tamamını veya bir kısmını alan, belgeli gebe kadına 1 doz TT aşısı uygulaması yeterlidir ( 32,40 ).

## **A.12. Gebelikte Dikkat Edilmesi Gereken Diğer Konular**

### **a)Meme Bakımı**

Gebelikte göğüslerde dolgunluk, duyarlılık, büyüme ve ağırlaşma gözlenir. Gebe kadın doğacak bebeğini, ister emzirmeyi, isterse biberonla beslemeyi düşünsün, göğüslerini uygun bir şekilde desteklemesi, rahatlığının sürdürülmesi, göğüs yapısının korunması ve artan gerginliğin önlenmesi için son derece önemlidir. Destekleyici ve sağlıklı bir sütyen askıları geniş ve elastik olmalıdır. Tüm göğüs dokusunu rahat bir şekilde sarmalı, istedik genişlemeye izin veren yan bağlara sahip olmalı, yan bağlar omuz ve dirsek arasında, aşağı yukarı orta noktadan göğüs çevresini desteklemelidir.

Özellikle, kadın gebeliğin 16. haftasından itibaren kolostrum üretmeye başlamıştır. Günlük banyo ya da duş sırasında kolostrumun oluşturduğu sert kabuk

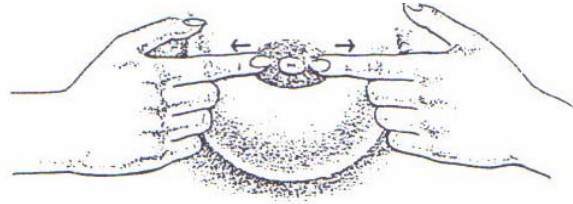
yıkayıp yumuşatılarak temizlenmelidir. Göğüs uçlarının kuru tutulmasına özen gösterilmelidir. Çatlamayı önlemek için yağlı kremlerden yararlanılabilir.

Kadınların çoğunda, göğüs uçları düzdür ( inversiyon ). Göğüs ucu inversiyonu olan kadın, Hoffman egzersizlerini yaparak, göğüs ucunu dışarı çıkarabilir ( Şekil 6 ). Bu egzersiz göğüs uçlarının kenarlarına işaret parmakları yerleştirilip 4-5 kez dikey ve yatay basınç uygulanması şeklinde yapılmaktadır. Bu egzersize de gebeliğin 5.-6. aylarında başlanması önerilir. Bu hareketin her gün birkaç kez tekrarlanması gerekir. Eğer göğüs ucu tamamen içe dönük ise, özel göğüs ucu aplikatörleri gebeliğin 6.-7. aylarında kullanılmaya başlanabilir. Göğüs ucu aplikatörü, göğüs ucunu areoladan bastırarak dışarı çıkarmak amacıyla kullanılır. Bazı ciddi göğüs ucu inversiyonu vakalarında göğüs ucunun çıkması birkaç ayı almaktadır.

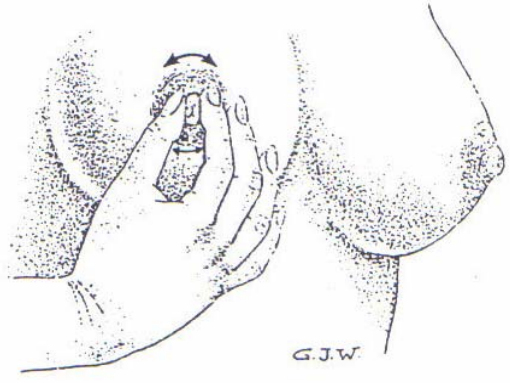
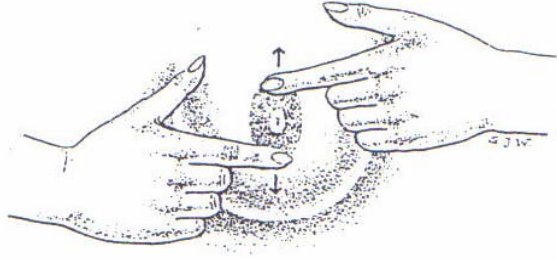
### **b) Çalışma ve Dinlenme**

Sedanter meslekleri olan kadınlar hamilelikte çalışmaya devam edebilirler. Fiziksel efor gerektiren işler dikkatli takip gerektirir. Gebelikte çalışma koşulları ile ilgili kesin sınırlar koymak zordur. Çünkü her hastanın kapasitesi, egzersiz toleransı, fiziksel yapısı ve gebeliğin seyri farklı olmaktadır. Fazla efor annenin oksijen tüketimini artırır, sonuçta uterusu ulaşan kan miktarı azalır. Doğum ağırlığındaki azalma en yüksek olarak doğumdan önce düşük kilolu ve gebelikteki kilo alımı az, hipertansif ve işleri ayakta durmayı gerektiren annelerde görülmektedir. Sağduyu, gebe kadını şiddetli fiziksel zorlamaya maruz bırakan herhangi bir meşguliyetten kaçınılması gerektiğini söyler. İdeal olarak hiç bir iş ya da eğlence istenmeyen bir bitkinlik durumuna kadar sürdürülmemelidir. İş günleri içerisinde yeterli dinlenme dönemleri temin edilmelidir. Mümkünse sabah ve öğleden sonra yarımşar saatlik uykular önerilir. Bu dinlenme kadının olanaklarına göre uzanarak ya da rahat bir şekilde oturarak sağlanabilir. Rahat bir oturuş için, sırt dik olacak şekilde yastıkla desteklenmeli, ayaklar venöz dönüşü kolaylaştıracak şekilde yükseltilmelidir. Daha önce tekrarlaması ihtimali olan gebelik komplikasyonları geçirmiş olan kadınların ( düşük doğum ağırlıklı enfant gibi ) fiziksel çalışmayı belki de alt düzeye indirmeleri gereklidir.

Özellikle ilk ve son trimestirlerde uyku ihtiyacı artar ve anne kolay yorulur. Son aylarda abdomenin büyümesi, idrar sıklığının artması ve fetüsün aşırı hareket etmesi nedenleri ile annenin uyuması güçleşir. Bu aylarda en uygun uyku pozisyonu, annenin sol yana yatması ve hafif bükülmüş sağ bacağın altının bir yastıkla desteklenmesi şeklindedir. Gevşeme teknikleri de uykuya dalmaya yardım eder ( 10,28,32 ).



A



B

C

Şekil 6: Meme Başı Masajı  
Kaynak: ( Jensen, M.D.,Bobak,I.M.Maternity and Gynecolojik Care.  
St.Louis,Mosby Company,4.bs.,1985 ).

### **c) Giyim**

Gebelikteki giyim pratik ve rahat olmalıdır. Karışık ve pahalı korseler artık rutin olarak kullanılmamaktadır. Memelerin giderek artan hacmi onların sarkık olmasına neden olabilir. Bu gibi durumlarda iyi uyum sağlayan destekleyici südyenler endikedir. Venöz dönüşü zarar verdiği ve varikositleri arttırdıklarından dolayı gebelikte dar pantolon ve sıkı jartiyer kullanımından kaçınılmalıdır. Etekler ve pantolonlar yumuşak elastik bel bantlarına sahip olmalı ve abdominal bölge üzerinde esneyebilmelidir Lordotik postür ve sarkık karına bağlı sırt ağrısı ve basınç duygusu uygun bir hamilelik korsesi ile giderilebilir. Yüksek topuklu ayakkabılardan kaynaklanan artmış lordozis sebebiyle sırt ağrısı olmadıkça ya da dengesini iyi bir şekilde koruduğu sürece gebe kadınların yalnızca alçak topuklu ayakkabılar giymesinde ısrar edilmesinde geçerli hiç bir neden yoktur. Özellikle son aylarda, baskının artmasına bağlı ayaklarda şişmeler görülür. Bu nedenle ayakkabılar, geniş ve alçak topuklu olmalıdır. İç çamaşırları özellikle külotlar, pamuklu olmalı ve her gün değiştirilmelidir. Gebelik korseleri günümüzde nadiren kullanılmaktadır. Sadece pendulus abdomene sahip olan kadınlar için destekleyici korseler yararlı olabilir ( 10,32 ).

### **d) Seyahat**

Bir komplikasyon yoksa, seyahate yönelik herhangi bir sınırlama getirilmez. Otomobille seyahat yorucu olabilir ve gebeliğin pek çok rahatsızlığını şiddetlendirebilir. Önerilen, her iki saatte bir durmak ve aşağı yukarı 10 dakika süreyle çevrede yürümeştir. Uçak ya da tren yolculukları, daha güvenilir ve rahat olduğundan tercih edilmelidir. Modern uçakların basıncı uygundur ve gebeyi etkilemez. Bunun yanında birçok havayolu özellikle 35 haftayı geçen gebe kadınları erken doğum riski nedeniyle taşımak istememektedirler. Otomobille seyahat sırasında emniyet kemerinin kucağa gelen kısmı, abdomenin altından yerleştirilmelidir. Araba kazalarındaki fetal kayıplar, uterin hasarın bir sonucu olarak plasental ayrılmaya bağlı gelişmektedir. Omuz kemerinin kullanımı, kadının vücudunun travmatik fleksiyon riskini azaltır. Böylece de plasental ayrılma riski de azalır. Seyahat çoğul gebelik, Pelvik İnflamatuvar Hastalık ( PID ) ya da kanama hikayesi olan kadınlar için kontraendikedir. Aynı zamanda şiddetli bulantı kusmaları olan, düşük ve erken doğuma eğilimi olan kadınlarda da seyahat kısıtlanabilir.

### **e) Seksüel Aktivite**

Klasik olarak ilk üç ayda düşükleri önlemek, son haftalarda da enfeksiyon tehlikesinden dolayı cinsel birleşme yasaklanmalıdır. Ancak anemnezinde prematüre doğum bulunan gebelere ikinci ve üçüncü trimestirde temastan kaçınmaları önerilebilir. Temasların orgazm nedeniyle ağrıları başlatabildiği, ilk aylarda göğüslerde ağrılı

dolgunluk yaptığı, orta trimesterde erotik eğilimlerin arttığı ileri sürülmektedir. Prematüre doğum tehlikesinden başka, habitüel düşük yapanlarda, kanaması olan gebelerde de tedbir olarak temastan kaçınmaları tavsiye edilir. Bazı spermalarda çok yüksek protoglandin bulunduğu ve ağrıları uyandırabileceği, gebelik dışı temasları izleyen şiddetli ağrıların da aynı sebebe bağlı olduğu anlaşılmaktadır ( 10,37 ).

#### **f) Hijyen**

Gebelikte ter bezlerinde görülen değişmelere bağlı olarak deride kuruluk ve irritasyon görülebilir. Olanak varsa hergün ya da haftada en az iki kez banyo yapılmalıdır. Banyo ayakta duş şeklinde ya da su dökülerek yapılmalıdır.

Gebeye vücudun herhangi bir yerinde kızarıklık, tırnak enfeksiyonu, yara ya da su toplaması gibi durumlar oluştuğunda hemen bir sağlık kuruluşuna gitmesi önerilidir. El ve ayak tırnakları kısa kesilmelidir.

Vajinal hijyene önem verilmelidir. Gebelikte vajinal duştan kaçınılmalıdır. Gebelikte vajinal akıntıda artış olması ve vajinal epitelyum hücrelerinin glikojen salgılaması nedeniyle gebeler genital enfeksiyona yatkındırlar. Kilotun hergün değiştirilmesi, her gün duş şeklinde banyo yapılması, tuvalet öncesi ve sonrası ellerin yıkanması, perine temizliğinde, önce genital bölgenin sonra anal bölgenin temizlenmesi, iç çamaşırın pamuklu olmasına dikkat edildiğinde, gebelikte genital enfeksiyon oluşumu engellenebilir.

Günlük bakımda önemli konu ağız hijyenidir. Çünkü gebelikte diş eti enfeksiyonu ve diş çürümleri çok sık görülür. Bu dönemde diş etleri artan estrojen hormonunun etkisiyle hiperemik, şiş, süngerimsi ve kanamaya eğilimlidir. Bu durum gebenin beslenme şekli, alınan besinlerin ağız pH'ının değişmesiyle birlikte diş eti enfeksiyonu ve diş çürümlerine neden olmaktadır. En büyük etken ağız hijyeni yetersizliğidir. Oysa her yemekten sonra yumuşak bir fırçayla dişlerin fırçalanması, diş eti enfeksiyonunu ve diş çürümlerini önleyebilir ( 42 ).

### **A.13. Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar**

Gebelikte görülen rahatsızlıkların çoğu fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar.

#### **A.13.1.1. Trimester Rahatsızlıkları:**

**a) Bulantı-Kusma:** İlk üç ayda bazı gebelerde bulantı-kusma olabilir. Bu durumda ilk üç ay bebeğin beslenmesinden endişe edilmemelidir. Eğer bulantı kusma, 1. Trimesterden sonrada devam ederse ( 14. Haftaya kadar ), “Hiperemesis Gravidarum” olarak adlandırılır. Klinik tablo dehidratasyon ve tehlikeli kusma, elektrolit bozukluğu ve

halsizlik ile seyrede bilir. Bu durum bir gebelik sorunudur ve hastane bakımı gerektirebilir. Gebelerin bu tür fiziksel belirti vermelerin temelinde büyük ihtimalle kişinin psikolojisine etki eden bazı nedenlerin varlığı etki edebilir. Kadın kusmakla bir oranda tepkisini dile getirmektedir. Bu tepki belki de istenmeyen bir gebelik, mutsuzluk bir evlilik, geçmişteki ölü çocuk hikayesi gibi bir nedene dayanabilmektedir.

Kadında günde bir defadan fazla kusma, ağız kuruluğu, idrar miktarında azalma ve buna benzer dehidratasyon belirtileri gözleniyorsa sağlık kuruluşuna baş vurması önerilir ( 43,44 ).

Gebelikte bulantı ve kusmayı önlemede yardımcı önerileri şöyle sıralayabiliriz:

- İki,üç saatte bir az miktarda yemek yenmelidir.
- Az yağlı proteinli yemekler yenmeli ( yağsız et, ızgara veya konserve balık, derisi alınmış tavuk, yumurta, haşlanmış fasulye gibi ) karbonhidratlı yiyecekler ( meyve, meyve suları, ekme, pirinç, patates, tahıl, makarna vb ) ve ilave B vitamini alınmalıdır. Bunlar kan şekerinin düşmesini engelleyecektir. Düşük kan şekeri bulantıya neden olabilen bir faktördür.
- Sıvılar yemeklerle birlikte değil, yemek aralarında alınmalıdır.
- Yağlı ve kızartılmış yiyeceklerden uzak durulmalıdır. Çünkü bu yiyeceklerin sindirimi zordur ve bulantıyı artırabilir. Hatta pişirme arasındaki koku ile gebenin bulantı ve kusmasını artırabilir.
- Kuru tost, kraker, peksimet ve nişastalı yiyecekler, tuzlu leblebi ve salatalık sabah uyanıldığında ve bulantının olduğu zamanlarda alınmalıdır.
- Günün erken saatlerinde ve bulantının olduğu zamanlarda sıvı alımından kaçınılmalıdır.
- Şiddetli açlık bulantıyı artırabileceği için öğünler atlanmamalıdır.
- Yataktan yavaş kalkılmalı, ani hareketlerden kaçınılmalıdır.
- Gece yatmadan önce hafif yiyecekler yenmelidir ( yoğurt, süt, meyve, küçük sandviçler gibi ).
- Yemeklerden sonra dik oturulmalıdır. Bu pozisyon gastrik reflüyü azaltarak bulantıyı önleyebilir.
- Yemeklerden hemen sonra diş fırçalamaktan kaçınılmalıdır.
- Bulantı hissi olduğunda karbonatlı içecekler alınmalıdır.
- Bitkisel çaylar içilmelidir ( taze sebze nanesi, ahı dudu yaprağı, sarı papatya, zencefil kökü gibi ).
- Açık havada kısa yürüyüşler yapılmalı, cam açıkken uyunmalı ve yemek yaparken pencere veya aspiratör açık olmalıdır ( 45 ).

**b)Burun Tıkanıklığı ve Burun Kanaması ( Epistaksiz ):**Burun mukozası estrojene duyarlı olduğundan gebelikte hafif hiperemik ve ödemlidir. Bunu sonucunda, burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve burun kanaması gelişebilir. Bu problem çoğunlukla tedaviye cevap vermez. Kadın uyuma gücünü çekebilir.

**c)Yorgunluk:**Yorgunlukta neden olan faktörler tam olarak bilinmemektedir. Gebenin, geceleri de idrara çıkmasıyla bu yorgunluk belirtisi artabilir.

**d)Sık İdrara Çıkmak ( Pollaküri ):**Büyüyen uterusun mesane üzerine baskı yapmasından dolayı görülen bir durumdur. Bu durum gebeliğin yaklaşık 12. haftasında uterusun pelvik alanın dışına çıkması ve abdominal kaviteye doğru ilerlemesiyle azalır. Glomerüler filtrasyon hızının gebelikteki artışı, idrara çıkmada bir artışa neden olmaz. Sık idrara çıkma son trimesterde büyüyen uterusun pelvise yerleşerek tekrar mesaneye baskı yapmasından dolayı görülür. Öksürme ve hışırtı idrar kaçırmaya neden olabilir. Gebe kadın, idrar yaparken ağrı, yanma yada idrarda kan gibi belirtilerden şikayet ediyorsa, idrar yolu enfeksiyonu yönünden incelenmelidir. Bunu için herhangi bir önlem bulunmamaktadır. Gebelikte sık idrara çıkmayı önleme için asla sıvı alımı kısıtlanmaz.

**e)Üriner Sistem Enfeksiyonları:**Gebelikte progesteronun düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi üreterlerde dilatasyona ve mesane tonüsünde azalmaya neden olur. Sonuçta üriner yolda hipotoni ve hipoperistalizmin etkisiyle mesane ve üreterlerde idrar stazı oluşur. Bu nedenle üriner enfeksiyon riski artmıştır.

**f)Göğüslerde Hassasiyet:**Erken dönemde başlar ve gebelik süresince devam eder. Estrojen ve progesteron düzeyinde artma, göğüs uçlarını duyarlılığın artmasına ve göğüslerde sızlama ve acı duygusunun hissedilmesine neden olur.

**g)Pityalizm:**Gebelikte nadiren görülen tükrük salgısının keskin ve acı üretimidir. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etkin bir tedavisi yoktur.

**h)Vajinal Akıntıda Artma ( Lökore ):**Gebelik döneminde yaygın olarak görülür. Akıntı renksiz, kaşıntısız, kokusuz ve vajinal epitel hücrelerini içerir. Nedeni; vajinal mukozanın hiperplazisi ve estrojen düzeyinin yükselmesinden dolayı endoservikal glandlar tarafından mukus üretiminin artmasıdır. Ayrıca sekresyonlarının asiditesinin artması, kandida albicans gelişimini uyarır ve böylece kadının gebelikte monial vajinitise yatkınlığı artar.

Gebeye vajinal akıntıda normal değişimler ( pis koku,renk değişikliği, yanma vb.) olması halinde bir sağlık kuruluşuna başvurması konusunda eğitim verilmelidir.

#### **A.13.2. II. Ve III. Trimester Rahatsızlıkları:**

**a) Mide Yanması ( Pirozis ):**Gebelikte gastrik motilitenin azalması sonucu, ters peristaltik dalgalanması, asidik mide içeriğinin özefagus içersine regürjitasyonuna, bu

durumda mide yanmasına neden olur. Genellikle asit regürjitasyonu, geğirme, bulantı ve epigastrik baskı gibi diğer gastro intestinal semptomlarla birlikte bulunur. Bazen ağızda kötü bir tat bırakır.

Nedeni;büyüyen uterus nedeni ile midenin yer değiştirmesi, progesteron üretiminde artma, gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerin yavaşlaması, ve midede kardiak sfinkterlerin relaksasyonu ile psikolojik faktörler, endişe, yorgunluk ve uygunsuz diet alımıdır.

**b) İştahta Artma:**Gebelik süresince hemen her zaman görülebilir. Hormon seviyesindeki yükselme yiyeceklere karşı beğeniği uyarır. Bazı yiyeceklere karşı özel ilgi duyulabilir. Buna aşırma ya da pika denir.

**c) Bacaklarda ödem:**Uterusun yaptığı baskım venöz dolaşımın bozulmasına ve bacaklarda şimeye neden olur. Çoğu kez istirahatle geçer. Ödemi önlemek için hamile kadın tuzlu yiyeceklerden kaçınmalı, bol protein içeren besinler almalı, ayakları yükselterek dinlenmelidir.

**d) Varisler:**Bunlar genellikle konjenital yatkınlığa bağlı olarak gelişir ve uzun süre ayakta durma, gebelik ve ilerleyen yaşla beraber artarlar. Varisler genellikle gebelik ilerledikçe, kilo arttıkça ve ayakta geçirilen süre uzadıkça daha belirgin hale gelirler. Varislerin neden olduğu semptomlar, alt ekstremitelerdeki kozmetik kusurlardan ve gün sonunda ortaya çıkan hafif rahatsızlıktan, ayağın yükseltilmesiyle uzun dinlenme periyodları gerektiren şiddetli rahatsızlığa kadar değişebilir.

Alt ekstremitte varislerinin tedavisi genellikle, bacakların yükseltilmesi ile sağlanan periyodik dinlenmeyle, elastik çoraplarla veya her ikisiyle yapılır. Durumun, gebelik sırasında cerrahi olarak düzeltilmesi genellikle tavsiye edilmez. Bazen semptomlar çok şiddetli olabilir ve varisler, gebe kadının ayakta kalmasını sağlayabilmek için, injeksiyon, ligasyon ve hatta venlerin çıkarılmasıyla düzeltilebilir. Genelde bu operasyonlar doğumdan sonraya ertelenmelidir. Vulvar varislere, vulvayı geçen sünger bir pedin, bir tip kuşakla perineal pede bağlanmasıyla yardım edilebilir. Büyük varisler nadiren yırtılıp, aşırı kanamaya neden olabilir.

Bazen yüzeyel tromboflebitler, daha önceden var olan varikoz verileri komplike hale getirebilir.

**e)Hemoroidler:**Rektal venlerin varisleri, bazen ilk olarak gebelik sırasında ortaya çıkabilir. Daha sıklıkla gebelik. Önceki hemoroidlerin alevlenmesine veya tekrarına neden olur. Gebelik sırasında ortaya çıkmaları veya alevlenmeleri, genişlemiş uterusun venöz dönüşü tıkanması sonucu rektal venlerdeki artan basınca ve gebelik sırasında kabızlığa olan yatkınlığa bağlıdır. Genellikle ağrı ve şişme topikal

olarak uygulanan anesteziklerle, sıcak uygulamalarla ve dışkıyı yumuşatan ajanlarla hafifletilebilir. Rektal venin trombozu önemli derecede ağrıya neden olabilir, fakat pıhtı genellikle, topikal anestezi altında etkilenen ven duvarının bir bisturi yardımı ile insize edilmesiyle boşaltılabilir.

**f) Abdominal Distansiyon:** Neden olan faktörler; gastrointestinal motilitenin azaltılması, büyüyen uterusun kalın barsaklar üzerinde baskının artması, barsakların boşaltılmasının geçikmesi ve hava yutmadır.

**g) Kabızlık:** Kabızlığın nedenleri progesteron düzeyindeki artışın barsak hareketlerini yavaşlatması, büyüyen uterusun barsaklar üzerinde baskı yapması, Fe preparatların kullanılması, yetersiz sıvı alınması, yetersiz egzersiz alışkanlığı ve beslenme alışkanlığıdır. Kabızlık sorunu varsa kepekli ekmek, bol sebze, meyve yemesi sabah aç karnına bir bardak ılık su içmesi, çok zorda kalırsa akşam yatmadan önce bir bardak limonata içine bir kaşık gliserin karıştırarak içmesi önerilir.

**h) Kas Krampları:** Gebe kadının günde 1,2 gr kalsiyum ve fosfora ihtiyacı vardır. Bu oran normal bir kadın gereksiniminden 0,4 gr daha fazladır. Ciddi bir beslenme yetersizliğinde bu maddelere olan ihtiyaç, gebe kadının kemik depolarından karşılanır. Bacak kramplarına neden olan faktörler tam olarak bilinmemektedir. Bazen günün diğer saatlerinde de görülebilir. Neden olan faktörler; ayağın uzun süre eksitasyonda bulunması, yetersiz kalsiyum alımı, kalsiyum/fosfor oranındaki dengesizlik, büyüyen uterusun pelvik sinirler yada pelvik damarlar üzerine baskısının artması nedeniyle dolaşımın bozulması ve yorgunluktur. Ayrıca fazla miktarda süt yada dikalsiyum fosfat içeren bazı ilaçların alınması, fazla miktarda kalsiyum içeren besinlerle birlikte fosfor alımındaki artış da kas kramplarına neden olmaktadır. Çünkü fosforun artması, kalsiyum emilimini engeller.

**i) Yorgunluk:** Gebeler, özellikle kalabalık ve sıcak yerlerde yorgunluk hissederler. Pozisyonun ani değişimi ve uzun süreli ayakta kalma yorgunluk hissetmesine neden olur.

**i) Solunum Sıkıntısı:** Solunum sıkıntısı, uterusun abdomen içerisine yükseldiği ve diyafram üzerine basınç uygulandığı durumlarda görülür. Diyafram uterusun baskısı ilçe 4 cm yükselmiştir. Akciğerlerde vital kapasite azalmıştır. Primigravidalarda gebeliğin son birkaç haftasında solunum sıkıntısı, fetus pelvise doğru indiği için azalır. Yine sırt üstü düz yatma, gebede sıkıntı hissi yaratabilir. Eğer sıkıntı hissi gebeliğin ilk aylarında rahatsızlık yaratıyorsa, kalp hastalığı yönünden araştırılmalıdır.

**j) Uyuma Güçlüğü:** Büyüyen uterus aktif bir fetus, sık idrara çıkma, solunum sıkıntısı ve bacak krampları gibi rahatsızlıklar uyumayı güçleştiren etkenlerdir.

**k)Round Ligament Ağrısı:**Gebelik sırasında genişleyen uterus,round ligamentlerde gerilmeye ve hipertrofiye neden olur.

**l)Karpal Tunel Sendromu ( CTS ):**Bu sendrom, el bileğinde orta sinirin baskılanmasıyla oluşur. Sendrom çoğunlukla bilateraldir. Ancak dominant kullanılan elde daha fazla görüldüğü söylenebilir. CTS'li kadın tipik olarak, avuç içinin baş parmağa yakın olan bölümünde yanma, sızlama, yada uyuşukluk hissi yaşar. Sendrom, daktilo yazar gibi elin tekrarlayıcı hareketleri ile şiddetlenir. Semptomlar doğumu takiben kaybolur ( 31,46,47 ).

#### **A.14.Gebelikte Anne-Bebek Sağlığını Olumsuz Yönde Etkileyen Maddeler**

Gebelik döneminde alınan alkolün kana geçen miktarı bebeğin kanına da aynı miktarda geçmektedir. Plasenta bir çok maddenin geçişi için bir bariyer görevi yapmasına rağmen alkol için böyle bir bariyer oluşturamamaktadır. Bu nedenle anne kanı yoluyla plasentaya gelen alkolün tümü bebeğe de ulaşmaktadır. Gebelikte alkol kullanan anne adaylarının bebeklerinde bir çok problem görülür. Günde 30-60 g veya fazlasını alanlarda risk %20'ye yaklaşır. Fetal Alkol Sendromu ( FAS ) özellikleri, kronik alkoliklerde olduğu gibi, çok az içenlerde de bulunmuştur. Fetal alkol sendromu ilk olarak 1973 de tanımlanmıştır. Bu sendromda doğum sonrası da devam eden gelişme geriliği, mikrosefali, kısa palpebral fissür, maksiller hipoplazi ve kardiyak anomaliler bulunmaktadır. Bunlarda daha sonraki yıllarda zeka geriliği de ortaya çıkmaktadır.

Sigaranın vücuda olan zararları içinde taşıdığı maddelerle ilgilidir. Özellikle dolaşım ve solunum sistemi için çok daha risklidir. Ayrıca sigaranın sebep olduğu kronik bronşitlerde, doğum yardımı için anestezinin doğurabileceği problemler de unutulmamalıdır. Gebelik boyunca sigara içilmemesi gerekmektedir. Rizikolu gebelerde kesinlikle yasaklanmalıdır. Kafeinin bilinen en önemli etkisi santral sinir sistemi uyarımı olmasıdır. Maternal kahve tüketiminin Fe emilimini azalttığı ve anemi riskini artırdığı saptanmıştır.Gebelikte ilaç kullanımı doktor kontrolünde olmalıdır ( 24,26,30,48 ).

#### **A.15. Antenatal Bakımda Ebe/Hemşirenin Rolü**

Antenatal bakımla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, ülkemizde yetişmiş ebe/hemşirelerden etkin koruyucu sağlık bakımı konusunda yeterince yararlanılmadığı sonucu çıkarılmaktadır. Nitelikli antenatal bakım gebe kadının eğitimi ve desteklenmesini, anne ve fetus sağlığının değerlendirilmesini, fiziksel ve ruhsal yönden ana-babalığa hazırlanmayı kapsamaktadır. Bu alanda özel eğitilmiş ebe/hemşireler

gebeye, ailesine gerekli bakımın verilmesi yanında, iyi bir iletişimci, danışman, eğitimci, koordinatör ve araştırmacı rollerini yerine getirmelidir.

Antenatal bakımda ebe/hemşirenin felsefesi şunlar olmalıdır;

- Çocuk sahibi olmak tüm aileyi ilgilendiren bir olaydır. Özellikle ihmal edilen gruplar yoksul, bekar, azınlık gebeler, gelişimsel komplikasyonu olan riskli gebeler ve aile üyelerinden babalar, büyükanne/baba/kardeş ele alınması gereken gruplardır.
- Üreme sağlığı toplum sağlığı açısından önemlidir, ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişmişliğini gösterir.
- Doğum normal fizyolojik bir süreçtir, az düzeyde tıbbi girişim gerektirir.
- Ebeveynlik öğrenilir; fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlama eğitimi gereklidir.
- Emzirme konusunda anne ve babalar bilinçlendirilmelidir. WHO/UNICEF anne sütü ile beslenmeyi koruma, yayma ve destekleme amacı ile başarılı emzirmede 10 adım kriterlerini açıklamış, bu konuda en büyük rolü hemşireye vermiştir ( 49 ).

Ebe/hemşire; anne ve çocuk sağlığı için önemli rolü olan doğum öncesi bakımın belli bir düzen içerisinde nitelikli olarak verilmesinden sorumludur. Bu görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi için aşağıda belirtilen bilgi ve becerilere sahip olmalıdır.

- Ebe/hemşire edindiği mesleki formasyona dayalı olarak gebeliği teşhis edebilmeli yada şüphe ettiği vakaları erken dönemde sevk edebilmelidir. Gebeliğin erken dönemde teşhisini sağlamak ebe/hemşirenin görevidir.
- Ebe/hemşireler belli aralıklarla gebeleri kuruma çağırarak ya da ev ziyaretleri yaparak onların muayene ve kontrollerini yapabilmelidir. Ebe/hemşire, gebe izlemi yaparken muayene ve kontrol sonucunda elde ettiği bulgulara göre gebeliğin normal yada riskli olup olmadığına karar verebilmelidir.
- Ebe/hemşirenin gebeyi izlerken yapması gereken en önemli işlevlerden birisi de gebeyi ve çevresini eğitmektir. Ebe/hemşire gebenin uygulanması gereken sağlıklı yaşam kuralları ile gebelik bakımı konularında gebeye ailesine eğitim yaparak bunların uygulanmasını sağlamalıdır.
- Ebe/hemşire , gerek muayene sırasında karşılaştığı gerekse gebenin kendisi tarafından belirtilen şikayetlerinin hangilerinin yapılacak eğitimle gebeyi rahatlatılabileceğini ve hangilerinin mutlaka sağlık kuruluşunda çözümlenebileceğini ayırt edebilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır.

- Anne ve çocuk sağlığı için önemli olabilecek bazı ipuçları yakalayabilmek için belli bir düzen içersinde gebenin anamnezini almak ebe/hemşirenin görevlerindedir. Ebe/hemşire her muayeneden önce, varsa önceki anamnez bulgularını gözden geçirerek yeni sorunlarla anamnez almalıdır.
- Annenin durumunu ve fetüsün intra uterin dönemdeki gelişimini belirleyebilmek amacı ile ebe/hemşire gebeyi içten ve dıştan muayene edebilmeli, ocuk kalp seslerini kontrol edebilmeli, meme muayenesini yapabilmeli ve kadına ğretebilmelidir. Ayrıca ebe/hemşire bazı laboratuvar muayenelerini her koşulda mutlaka ( idrarda protein [albümin] arama ve sağli cihazı ile kanda hemoglobin ölümü ) yapabilmelidir.
- Ebe/hemşire çocukluk ağı aşılarının uygulanmasının yanı sıra gebeyi ve doğacak çocuğu tetanosa karşı koruyabilmek için gebelik süresi içersinde tetanos aşısını yapmakla da görevlidir.
- Ebe/hemşire gebeyi izlerken gebeliği etkileyen anemi, tbc, sifiliz, gonore, toksoplazmozis, diabet, hiperemezis gravidarum, pre-eklamsi vb. gibi hastalıkları da araştırarak erken dönemde teşhis ve tedavi edilmesini sağlamakla görevlidir.
- Ebe/hemşire, beslenme eğitimine genel olarak gebeye nasıl beslenmesi gerektiğini daha açık bir deyişle yeterli ve dengeli beslenmenin temel kurallarını öğreterek başlamalıdır.
- Gebelik süresi içinde annenin ve bebeğin sağlıklı olması öncelikle ebe/hemşirenin bilinçli ve başarılı hizmet yürütmesine bağlıdır. Ebe/hemşire izlediği bir gebenin normal ya da riskli olup olmadığını ayırt edebilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır ( 50 ).

#### **A.16. Antenatal Eğitim**

Doğum ncesi eğitim ve doğuma hazırlık eğitimi yoluyla anne-babanın doğuma ve doğum sonu dönemine fiziksel, duygusal ve sosyal uyumu kolaylaşır. Ülkemizde resmi sağlık kuruluşlarının bünyesinde, Doğuma Hazırlık Sınıfları olarak adlandırılan, gebelik süresince eşleri birlikte doğuma hazırlayan özel sınıflar mevcut değildir. Ancak son yıllarda bazı özel sağlık kuruluşları bu hizmeti vermeye başlamışlardır. Doğuma Hazırlık Sınıfları gebeliğin erken ve geç dönem hazırlık sınıfları olarak iki aşamada organize edilir. Erken dönem, konsepsiyon öncesini ve ilk trimestrı, geç dönem ise, ikinci ve nc trimestrı kapsar.

Erken Dönem Doğuma Hazırlık Sınıflarında, gebeliğin erken döneminde görülebilecek değişiklikler, gebenin kendi bakımı, fetüsün gelişmesi, fetüs için çevresel tehlikeler, gebelikte seksüalite, beslenme, istirahat ve egzersizler, gebelikte sık görülen rahatsızlıklar ve önlemler ile gebelikteki psikolojik değişiklikler gibi konular hakkında bilgi verilir. Bu bilgilerin yanında düşük ve erken doğum için risk faktörleri ve olası bulgu ve belirtileri hakkında da açıklama yapılır.

Geç dönem Doğuma Hazırlık Sınıflarında, daha çok doğuma hazırlanma, yenidoğanın bakımı ve beslenmesi postpartum bakım, doğum sırasında olabilecek işlemler, ( perinenin hazırlanması, lavman, medikasyon, fetüsün izlenmesi ve epizyotomi gibi ) hakkında bilgi verilir.

Bu sınıflarda "fetüsün uyarılması" kavramıda işlenir. Bu teknikle ebeveyleerin doğumdan önce ve doğumdan sonra bebekleri ile iletişim kurarak ona bağlanma hüneri geliştirmelerine yardım edilir. Bu teknikle dokunsal, işitsel, görsel ve vestibular uyarıların kullanılması yolu ile fetüs/yenidoğan uyarılır. Uterus duvarlarının incelendiği son aylarda, anne ve babanın fetusu hissetmeleri daha kolaylaşır, fetusun de abdominal duvardan vuruşları hissedilebilir. Abdominal duvara efloraj ( abdominal duvar çevresine parmak uçları ile hafif vurma hareketi ) fetusa dokunsal uyarım sağlayabilir.

Pelvisin sallanma hareketi fetusta vestibular uyarılma sağlar. Salıncaklı sandalyede sallanma hem annenin gevşemesini sağlar hem de fetüsün vestibular uyarılmasına yardım edebilir. Klasik müziğin de fetusu rahatlattığına ilişkin görüşler vardır. Seçilen müziğin yumuşak ve canlı olmasına ( Mozart,Beethoven,Bach gibi ) dikkat edilmelidir. Prenatal periyodda, fetüsün görsel stimülasyonu mümkün olmaz. Bununla birlikte, eşler fetusun amniyotik mayi içinde sakince yattığını, parmağını emdiğini, mayiyi yuttuğunu ve abdominal duvardan süzülen ışığa baktığını hissetmeye çalışmaları için desteklenmelidir.

Bu programların en önemli yönlerinden biriside anneleri emzirmeye özendirme dir.Bu sınıflarda anne sütünün avantaj ve dezavantajları,göğüslerin emzirmeye hazırlanması ve emzirme teknikleri hakkında bilgi verilir ( 10 ).

Sağlık alanında eğitimde en etkili yöntem grup halinde veya kişisel yüzyüze eğitimdir. Yüzyüze eğitimde de başarının temel koşulu eğiticinin niteliğidir. Eğitimin başarılı olması için eğiticide aşağıdaki nitelikler bulunmalıdır:

1. Eğitici halkın tanıdığı ve inandığı bir kişi olmalıdır.
2. Eğitici halka sağlık eğitimi yanında, halkın istediği bir hizmeti götüren kişi olmalıdır.

3. Eğitimi kolaylaştırmak için eğitici ile eğittiği kişilerin kültür düzeyleri, olanak çerçevesinde, birbirine yakın olmalıdır.
4. Eğitici, eğitim yaptığı konunun gereğine kendisi de inanmış olmalıdır.
5. Eğitici eğitim yaptığı kişilerin kültürünü, sorunlarını, beklentilerini çok iyi bilmelidir.
6. Eğitici, eğittiği kişilere saygılı olmalı ve onarlı incitecek, küçük düşürecek davranışlardan kaçınmalıdır ( 51 ).

## **B. SEZARYEN**

### **B.1.Sezaryenin Tarihsel Gelişimi**

Tarihçiler bugün Julius Caesar hikayesinin ve Numa Pompilius zamanında konu ile ilgili varsayımların sezaryen tarihçesinde fazla değerli olmadığını kabul ederler.

Sezaryenin ilk kez hangi çağda ve nerede uygulandığı kesinlik kazanmamakla birlikte, M.Ö. 8. yüzyılda Roma İmparatorluğunda gebeliğin son haftalarında ölen kadınların bebeklerinin abdominal yolla doğurtulduğu tarihçilerce belirtilmektedir. Fakat aynı dönemlerde yaşamış olan Hippokrates, Galen, Paulus ve Soranus gibi tıbbi yazar ve tarihçilerin bu konudan hiç bahsetmemeleri o dönemde bu tür bir operasyonun gerçekleştirildiği konusunda ciddi kuşkular doğurmaktadır ( 52,53 ).

Canlı bir kadında ilk başarılı sezaryen 1610'da yapılmış ve hasta 25. postpartum günde ölmüştür. O tarihten sonra bu ameliyat genelde ender yapılmışsa da zaman geçtikçe, maternal mortalitenin yüksek olmasına karşın uygulanmasında artış olmuştur. Canlı kadında sezaryen gerçekte 1800'lerin sonu ile 20.yy.ın bir ameliyatıdır.

18.yy.da dinsel nedenlerle sezaryen reddedilmiş, obstetrik hekimlerin çoğunluğu da canlı kadına sezaryen uygulamaktan kaçınmıştır. Anne hayatta iken bu girişimin yapılmasını onaylayan sayılı hekim meslektaşları tarafından suçlanmıştır.

19.yy.da doğum, jinekoloji ve genel cerrahinin her üçü de, başarılı bir cerrahi için zorunlu olan üç mutlak gereksinimin çözülmesi ile gelişip serpilmeye başladı. Bu üç gereksinim o zaman olduğu gibi bugün için de geçerli olup bunlar; kanamanın denetimi ( hemostaz ); ağrının denetimi ( anestezi ) ve enfeksiyonunun denetimi ( asepsi )dir.

Ancak bu gelişmeye karşın sezaryen mortalitesi hala çok yüksekti. Araştırmalar sürdürüldü, ilk ve en dramatik işlemlerden bir tanesi 1876'da Porro tarafından yaratılan doğum sonu histerektomi oldu.

İlk sezaryenlerde uterusu dikiş konulmazdı ve açık uterus sinüslerden olan başlangıç kanamasından hasta kaybedilmez ise daha sonra büyük bir olasılıkla sepsis

gelişirdi. 1876 ve 1882'deki iki yayın daha önceleri %50–85 arasında değişen mortalitenin düşmesinde büyük bir etki yapmıştır. Porro tarafından yapılan birincisinde kontrol edilemeyen bir uterin kanama nedeniyle korpus uteri eksize edilmiş ve serviks drenaj için insizyonun alt köşesine dikilmiştir. Operasyon son derece korkunç görünse de kanama kontrolü sağlamakta ve daha sonra gelişen, genellikle de peritonit ve ölümlerle sonuçlanan metritis ve parametritisi engellemekteydi.

1817'de, Barlow İngilterede uterus yarasına dikiş koyan ikinci kişiydi. ABD dışında pek az kişi bu ilaveyi kullandı; ABD'de sıklıkla başarılı şekilde kullanılmakta idi. sezaryene ikinci önemli katkı 1882'de yapıldı.

1882'de Almanya'da Kehrer ve Sanger uterin fundus ve uterus alt segmentini diktiler. 1908'de Pfannenstiel ( transvers insizyon şekli ) uterin serozayı histerektomideki gibi keserek mesaneyi uzaklaştırdı ve çocuğu başarıyla doğurttu. Aynı yazar 1912'ye kadar sadece 1 anne ölümü olan 33 olgu bildirdi ( 25,28 ).

## **B.2. Sezaryenin Tanımı**

Çeşitli kaynaklarda sezaryen seksiyon ( CS ), seksiyon sezaryen ( SC ) veya sezaryen seksiyon abdominalis ( CSA ) deyimleri kullanılmaktadır.

Sezaryen doğum; 20 haftadan büyük olan fetusun karın duvarına yapılan insizyondan doğurtulması demektir ( 25,28,32 ). Bu tanım serviksın alt segmentinin ön duvarı kesilerek fetusa transvajinal yaklaşımı öngören, fakat artık terkedilmiş olan vajinal sezaryen operasyonunu kapsamaz. Aynı zamanda sekonder implantasyon ve uterus rüptürü sonucu abdominal kavitede serbest olarak yatan fetusun abdominal insizyonla kurtarılması da bu terim kapsamına girmez. Yaşayabilirlik sınırına gelmemiş bir fetusun cerrahi girişimle doğurtulması için kullanılan doğru terim histerometridir.

Bir hastada ilk defa yapılan sezaryen primer sezaryen olarak, bunu izleyenler ise sekonder, tersiyer vs. olarak veya daha basitçe mükerrer sezaryen olarak bilinir. Doğum başlamadan önce veya kesin bir endikasyon olamadan yapılan sezaryene elektif sezaryen denilir ( 28 ).

## **B.3.Sezaryen Sıklığı**

Sezaryen operasyonu 1960'larda tüm doğumlarda %5 oranında yapılırken bu yıllardan sonra uygulanma oranı giderek artmış, 1980'lerde % 25–30 oranlarına kadar yükselmiştir. Bugün çoğu gelişmiş ülkede tüm doğumların % 15–25 kadarı sezaryenle yapılmaktadır. ABD'nde tüm doğumların 1/4'i, Kanada'da 1/5'i sezaryenle yapılmaktadır. Sezaryen oranı ABD'nde 1988'de %25 iken büyük çabalarla 1993'de

%22,8'e düşürülmüştür. İngiltere'de %13, Avustralya'da %20 oranında yapılmaktadır ( 25 ). Tayland'da sezaryen oranı 1990'da %15,9 iken 1990'da %22,44'e yükselmiştir ( 54 ). Türkiye'de sezaryen hızı 1965 ve 70'li yıllarda %3-4 iken 1998'de %14, 2003'te %24 olarak belirlenmiştir ( 55 ).

Kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, infertil kadınların tedavi ile gebe kalabilmeleri, "Riskli gebelik" ve "Kıymetli bebek" kavramının ortaya atılması, USG ve Fetal Monitorizasyon yöntemlerinin uygulanmaya başlaması ile uterus içindeki bebeğe daha kolay ulaşabilme olanağının doğması, "Fetal distres" kavramının ortaya çıkması sezaryen oranlarını artıran faktörlerdir.

Bunların yanında doğum travmasına bağlı olabilen sekelli çocukların doğumu hekimler aleyhine davaların açılmasına yol açmış, ciddi cezalar alınmıştır.

Bir kere sezaryen geçiren gebelerin tüm gebeliklerinde sezaryen uygulanması oranın katlanarak artmasına sebep olmuştur. Doğum operasyonları daha az uygulanır, makad doğumlarda vajinal yol çok nadiren kullanılır olmuştur.

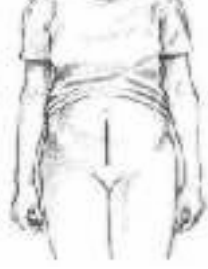
Sezaryen hafife alınması gereken bir işlem değildir ve bu nedenle endikasyonu kesin olmadığı sürece karar vermeden önce riskleri ve faydaları konusunda iyi düşünmek gerekir. Sezaryene bağlı mortalite oranı çeşitli serilerde 10.000 doğumda 4 ile 8 arasında değişmektedir. Bir çalışmada sezaryenden ölüm riski vajinal doğumdan 26 kez daha yüksek bulunmuştur. Fetal etkilerine gelince, sezaryenin güç vajinal doğuma tercih edilmesi gereği son derece açıktır ama sezaryenin serbest kullanımının mental performansı artırdığına ve popülasyonumuzda nörolojik kusurlu çocuk ve yetişkin insidansını azalttığına ilişkin herhangi bir kesin kanıt yoktur.

Bazı araştırmacılar son 20 yılda perinatal mortalitedeki azalmayı sezaryen oranındaki artışa bağlamaktaysa da diğerleri bu düşüncüyü reddetmektedir. ABD'nde bu doğru olabilir ama örneğin İrlanda'da sezaryen oranı artmamasına rağmen perinatal mortalite azalmıştır. Perinatal mortalitedeki azalmayı; eğitim seviyesinde artma, ekonomik durumun düzelmesi, perinatal bakımda düzelleme ve özellikle yenidoğan yoğun bakımı ve tedavisine bağlamak daha doğrudur.

Sezaryen oranlarındaki bu yükselmeler hastane ve doktor masraflarının aşırı artışına sebep olduğu için sezaryen sonrası vajinal doğum yapılabilmesi için yoğun bir çaba harcanarak oranların azaltılmasına çalışılmaktadır. Ayrıca farklı otörler maternal, perinatal ve yenidoğan mortalite ve morbiditesini artırmadan sezaryen doğum hızının güvenle azaltılabileceğini savunaktadırlar ( 25,28 ).

#### B.4. Sezaryen Tipleri:

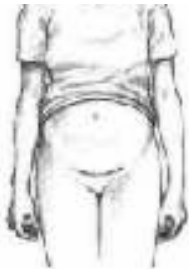
a) **Klasik Sezaryen Seksiyo:** Uterus korpusunun boydan boya vertikal insizyon yapılmasıdır ( Şekil:7 ). En kolay uygulanan yöntemdir. Fakat aynı zamanda en fazla kan kaybının görüldüğü ve izleyen gebeliklerde ve travay sırasında rüptürün en fazla görüldüğü yöntemdir. Ayrıca bir barsak segmenti uterin insizyona yapışarak barsak tıkanmasına neden olabilir ( 25,28,32 ).



Şekil 7: Klasik Sezaryen Seksiyoda Kesinin Yeri ve Şekli

Duruma göre doğumu sonuçlandırmak için klasik sezaryen seksiyon kullanmak gerekli olabilir. Örneğin; mesane sıkı şekilde önceki bir cerrahi müdahaleden dolayı yapışmış yada myom alt uterin segmenti işgal etmişse veya invaziv serviks karsinoması var, bunlardan dolayı ait uterin segment açığa çıkarılamıyor ve güvenli biçimde uterusu girilemiyorsa, fetüs büyük ve transvers duruyor ve özellikle membranlar rüptüre olarak omuz doğum kanalında sıkışmış ise ve plasentanın anterior implantasyonunun olduğu bazı plasenta previa vakalarında özellikle sterilizasyon da yapılacaksa.

b) **Alt Servikal Sezaryen Seksiyo:** Bu girişimle ilgili terminolojide karşılaşılan karışıklığın nedenleri açıktır. Eylemden önce serviks kapalı, silinmemiş ve spina ischiadica seviyesinde iken yapılan bir transvers uterin insizyon ( symphysis pubisin 2–3 cm üzerinden yapılan ) alt uterus segmentinden geçmek zorundadır ( Şekil:8 ). Serviks tam olarak açılmış ve retrakte olmuşken, ön dudak symphysis pubis'in üzerine kadar çıkmışken yapılan bir insizyon ise serviksdan geçmek zorundadır. Operasyon doğumun başlamasından sonra, fakat tam dilatasyondan önce yapıldığı zaman insizyonun serviksdan mi yoksa alt uterin segmentten mi geçmesi gereği konusunda kesin bir endikasyon yoktur.



Şekil 8: Alt Servikal Sezaryen Seksiyoda Kesinin Yeri ve Şekli

Genellikle karın duvarında pubis üzerinde transvers insizyon tercih edilir ( Pfannenstiel ). Bu insizyonun daha az kanaması, daha anatomik olması, postoperatif daha kolay iyileşerek fitikleşme gibi komplikasyonların görülme riskinin az olması avantajıdır. Hastanın obez olması durumunda veya genel olarak vertikal insizyon kadar eksplorasyonun mükemmel olmaması dezavantajlarıdır ( 25,28 ).

### **B.5.Sezaryen Endikasyonları**

Endikasyonların tam bir listesini hazırlamak mümkün değildir. Çünkü sezaryenle ilgisi olmayan bir obstetrik komplikasyon yok gibidir ( 28 ).

Ancak sezaryen endikasyonlarını basit olarak 5 ana grupta toplayabiliriz

1. Anneye endikasyonlar
2. Fetusa ait endikasyonlar
3. Fetus eklerine ait endikasyonlar
4. Diğerleri

#### **B.5.1.Anneye Ait Endikasyonlar :**

a) Baş-Pelvis Uygunsuzluğu: Pelvisden geçemeyecek kadar büyük bir kafanın olduğu olgular sezaryen sekiyo ile doğurtulmalıdır. Bazen bir endikasyon olarak tanımlanan dar pelvis terimi açık bir tanım değildir. Çünkü küçük bir bebek ufak bir pelvisden geçerken, geniş bir pelvis çok iri bir bebek için yetersiz olabilir.

Baş pelvis uygunsuzluğunun aşırı şekilleri doğum başlamadan önce saptanabilirken, diğerlerinde bir doğum denemesi veya testi gerekir. Eylem testi, doğumun ikinci evresinde zarlar açılmış şekilde 2 saatlik güçlü bir istemli ıkmaya denilir. Eylem denemesinde, bu kaniya tam dilatasyondan önce veya 2 saatlik ikinci evreden önce varılır. Eylem testi artık çok enderdir. Olası uygunsuzluk durumlarında fetal monitorizasyon kullanılır ve hemen her zaman test tamamlanmadan önce fetal distress ortaya çıkar. Eğer kafa beklenen bir hızda aşağı inmiyorsa sezaryen sekiyo izlenecek uygun yoldur ( 28 ).

- b) Perine plastiği yapılmış olanlar
- c) Vulva ve vaginanın hematoma, varis ve ödemlerinde
- d) Evvelce geçirilmiş fistül ameliyatlarından sonra
- e) Collum Ca
- f) Serviks'e ait distosiler (Rigiditede Coll)
- g) Doğum yolunu tıkayan tümörler ( 52 )
- h) Evvelce geçirilmiş uterus operasyonları: Myomektomi veya sezaryen şeklinde daha önceki uterus insizyonu eğer eyleme izin verilirse uterus duvarının zayıflamasına ve

rüptüre neden olabilir. “Bir kere sezaryen her zaman sezaryendir” şeklindeki eski inanın hala bir miktar savunucusu vardır. Halbuki birçok uterin skarın yeteri kadar sağlam olduğunu ve daha önce komplikasyonsuz sezaryen seksiyoyu geçiren birçok hastanın vajinal doğurtulmasının yeniden sezaryen seksiyoyu olmasından daha az tehlikeli olduğunu gösteren bol sayıda kanıt vardır. Bir kez sezaryen seksiyoyu geçiren hastalardan daha sonraki doğumlarında vajinal doğum için uygun olanlar, alt segment tipi ( klasik değil ) operasyon geçirenler, beklenen doğum tarihinde veya daha önce eylemi başlayanlar, doğum için başvurduklarında başın iyi angaje olduğu, serviksin yumuşak, anteriorda, yeterli silinmenin ve en az 3 cm açıklığın olduğu olgulardır. Bu gibi olgularda zarları açarak doğumun ilerlemesini izlemek en uygun yoldur. Eğer eylem ilerlemesinde bir gecikme, eylem sırasında herhangi bir anormallik, veya rüptür düşündürten vajinal kanama veya ağrı olursa acil sezaryen seksiyoya hazırlıklı olmak lazımdır.

Genel olarak elektif mükerrer sezaryen seksiyoyu şu hastalarda gereklidir: İlk sezaryen seksiyosu baş pelvis uygunsuzluğu nedeniyle yapılan olgular, doğumu uzun ve sıkıntılı olma olasılığındaki olgular ( örneğin hastaneye geldiğinde zarları açılmış, prezante olan kısmın yüksekte olduğu ve serviksin silinmediği, rijid olduğu olgular ), daha önce klasik sezaryen seksiyoyu veya myomektomi geçiren olgular ( kısa, kolay ve komplikasyonsuz bir vajinal doğum beklenmediği sürece ), bebek yaşayabilirlik düzeyine geldikten sonra uterin insizyon bölgesinde devamlı ağrı hissedenler. Eğer hasta vajinal doğuma bırakılırsa çok dikkatli izlem şarttır, çünkü bazı uterin skarlar eylem sırasında gerçekten rüptüre olur.

Elektif mükerrer sezaryen seksiyoyu yapılması sırasında majör tehlikelerden biri de zamanın yanlış hesaplanıp prematür bir bebeğin doğurtulmasıdır. Amniosentezle alınan amnion sıvısında surfaktan tayini yapmak fetal yaşta emin olmanın en güvenilir yoludur. Gebelik esnasında yapılan seri ultrasonografiler de ( ilki 21'inci haftada, diğeri 31 haftada ) fetal matüriteyi teyit etmede yararlı bir diğer yöntemdir. Bu cins ultrasonografik incelemeler eğer menstruel tarih veya gebelik yaşı belirsizse ( örneğin oral kontraseptif sonucu veya konsepsiyon öncesi amenoreden dolayı ) mükerrer sezaryen seksiyonun yapılabileceği makul zamanı saptamak yönünden gereklidir ( 28 ).

j) Preeklampsi- eklampsi: Preeklampsinin en sık görülen anne ölüm sebebi intraserebral kanamadır. Preeklampsinin kesin tedavisi doğumdur ( 57 ).

k) Ağrı zaafi ( Primer veya seconder, uterus inercisi ): Uterin ağrı zaafi ( gerek primer, gerekse de anormal fetal pozisyona sekonder ) sık rastlanılan bir sezaryen seksiyoyu endikasyonudur. Eylemin seyrini değerlendirmek ve uterin ağrı zaafının oluştuğu anı yakalamak için partogram son derece yararlıdır. Eğer serviks 1cm/saat hızında

açılmıyorsa disfonksiyonel eylem olasılığı akla gelmelidir. Bu olguların büyük bir kısmı oksitosin infüzyonu ile düzeltilebilir. Ancak olmazsa sezaryen sekiyo yapmak doğru olur ( 28 ).

l) Gebelik ve diğer anneye ait hastalıklar: Bu grupta özellikle diabet önem taşır. Diabetli annelerin bebekleri normalden iri olduğu için doğumda güçlük söz konusudur. Diabetik annelerin bebeklerinde ölüm sık görüldüğünden travmatik doğumdan kaçınmak amacıyla terme yakın veya termde sezaryen sık yapılır ( 52 ).

Kalp hastalıkları obstetrik nedenlere bağlı olmayan anne ölümlerinin etyolojisinde hipertansiyon ve pulmoner emboliden sonra üçüncü sırayı almaktadır. Bu nedenle kardiyak problemleri olan hastaların daha hamile kalmadan önce başlayıp doğum eylemi sonrasına kadar uzanan yakın ve özenli bir tıbbi bakım almaları gerekmektedir. Bu tıbbi bakımın önemli parçalarından biri de doğum şekli için yapılacak tercihin belirlenmesidir. Vajinal doğum ya da sezaryen arasında seçim yaparken başlıca üç faktör dikkate alınmalıdır. Bunlar; normal hamilelik esnasında oluşan fizyolojik değişiklikler; altta yatan kalp hastalığının taşıdığı risk ve son olarak da seçilen doğum şeklinin hemodinamik etkileri olarak sıralanabilir ( 58 ).

m) Başarısız vakum ve forseps tatbiklerinden sonra.

#### **B.5.2. Fetusa Ait Endikasyonlar:**

a)Situs ve prezentasyon anomalileri:Bu grup içinde en başta makat gelişi olmak üzere, yan geliş, omuz gelişi, kol sarkması, alın ve yüz gelişi gibi endikasyonlar sayabiliriz .

b)İri çocuk.

c)Çoğul gebelik: Son yıllarda ovulasyon indüksiyonu yardımcı üreme tekniklerinin yaygın olarak kullanımı ile birlikte çoğul gebeliklerin insidansında belirgin bir artış olmuş ve çoğul gebeliklerin oranı %3'lere ulaşmıştır ( 59 ). Çoğul gebelikler, artmış maternal ve perinatal morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğundan bu gebeliklerin takip ve yönetimi önem kazanmaktadır ( 60 ). Çoğul gebeliklerde yüksek perinatal morbidite ve mortalitenin en sık nedenleri; prezantasyon anormalliklerinin neden olduğu zor doğum, düşük doğum ağırlığı ve prematüritenin neden olduğu respiratuar distress sendromlarıdır ( 61 ).

d)Grup ve Rh izoimmünizasyonu: Eğer gebelik takibinde antikor titresi giderek artıyor, dolayısıyla fetus artan bir risk altında ise gebelik sezaryen ile sonlandırılmalıdır.

e)Sürmatürasyon: Önce indüksiyon denenir. Cevap alınmazsa veya indüksiyona engel bir durum söz konusu ise sezaryen endikedir ( 52 ).

f) Fetal Distres: Gerek eylem öncesi ( nonstres ve stres teknikleriyle ), gerekse de eylem sırasındaki fetal monitorizasyon başka türlü anlaşılabilen fetal sorunların açığa çıkmasına ve buna bağlı olarak fetal distres veya fetal tehlike nedeniyle yapılan sezaryen seksiyon oranının artmasına yol açmıştır ( 28 ).

g) Primipar makat.

#### **B.5.3. Fetüs Eklerine Ait Endikasyonlar:**

Kordon sarkması, kordon dolanması, plasenta previa, ablasyo plasenta ( Plasenta dekolmanı ), hidramnios, oligohidroamnios, erken membran rüptürü sezaryen endikasyonu oluşturabilir ( 28,62 ).

#### **B.5.4. Mediko-Sosyal Endikasyonlar:**

Sebebi belli olsun veya olmasın üst üste iki intrauterin ölüm vuku bulmuş olan gebede, primipar age ve primer infertilite ve annenin isteğine bağlı olarak son yıllarda sezaryen endikasyonlarında da bir genişleme göze çarpmaktadır.

#### **B.5.5. Diğerleri**

Önceleri istisna kabul edilen bazı hallerde bugün giderek artan oranda sezaryen uygulanmaktadır. Bunlar arasında:

- Prematür makad
- İdyopatik trombositopenik purpuralı anneler
- Aktif Genital herpes
- Tüm prematür bebekler ( 52 )

#### **B.6. Sezaryenin Kontrendikasyonları:**

Modern obstetrik pratiğinde sezaryen seksiyonun hemen hemen hiçbir kontrendikasyonu yoktur. Bununla birlikte şayet fetus ölü yada yaşamasına yeterli olmayacak derecede prematür ise sezaryen seksiyon ender olarak endikedir. Ayrıca karın duvarının pyojenik enfeksiyonları, ölü fetüs, anomalili fetüs, yeterli olanakların ve asistansın bulunmaması kontrendikasyon olarak ileri sürülmüştür. Bu genellemenin istisnaları, çoğu plasenta previa vakası, çoğu ihmal edilmiş transvers duruş ve vajinal doğumun hiçbir şekilde mümkün olmayacağı derecede pelvik kontraksiyon gibi vakaları içerir. Aksi olarak, maternal koagülasyon mekanizmasının ciddi olarak bozulmuş olduğu her durumda insizyonları minimize eden vajinal doğum çoğu vakada tercih edilebilir. Kontrendikasyon olarak ileri sürülen her bir durumda endike bir sezaryeni yapmanın tehlikesini yapmamanın getireceği tehlikelerle kıyasladıktan sonra karar vermek yerinde olur ( 28,32 ).

### **B.7. Sezaryenin Komplikasyonları:**

Sezaryenle ilgili maternal ölüm hızı değişkenlik gösterir. Hiç mortalite görülmeyen büyük seriler yanında 1–2/1000 mortalite hızı olan seriler de vardır. Maternal mortalitenin büyük bölümü elektif operasyonlardan çok acil sezaryen gerektiren durumlara aittir. Yanlış cerrahi teknik veya anestezi, hemostazın sağlanamaması, yetersiz kan replasmanı, enfeksiyon tedavisinin doğru olmayışı veya yanlış grup kan transfüzyonu mortalitenin en önemli nedenleridir. Sezaryende maternal morbidite de vajinal doğuma göre belirgin derecede artmıştır. Mesane zedelenmesi 1,4/1000, ureter zedelenmesi 0,3/1000'dir. Endomyometrit, yara enfeksiyonu, operasyona bağlı zedelenme, puerperal ateş, transfüzyon komplikasyonları, kanama, üriner enfeksiyon, tromboemboli diğer sezaryen komplikasyonlarıdır. Morbidite şişman kadınlarda daha fazladır. Hastanede kalış süresi ve ücreti de sezaryende artmıştır. Hastanede kalış süresiyle komplikasyonlara bağlı rehospitalizasyon arasında ilişki vardır. En uygun kalış süresi 3–5 gündür ( 33,63 ).

### **B.8. Sezaryenli Hastada Ebe/Hemşirelik Bakımı**

Çoğu kadın doğuma geldiğinde vajinal doğumu bekler, fakat beş kişiden biri sezaryenle doğum yapar. Ebe/hemşire en başta sezaryenli annenin “yeni bir anne” olduğunu düşünmelidir. Annelik rolüne uyum sağlamada ona yardım edilmesi postpartum dönemin daha pürüzsüz olmasını sağlar. Abdominal insizyon yükünün eklenmesiyle ortaya çıkan en büyük endişe, annenin bebeğine bakmada, kendini yetersiz hissetmesidir. Basit gözlemlerde anne çocuğuna bakım verecek rahat bir pozisyon bulur ve intravenöz tedavi almakta olan anne çocuğuna besleme başarısı gösterebilir.

Hastanın ameliyata alınmasında öğretim önemli bir unsurdur. İyi hazırlanmış olan hastaların çok az bilgi verilen hastalara oranla anestezi almalarında daha az güçlük çektikleri ve ameliyat sonrasında hastanede daha az süre yatmayı gerektirdikleri ve daha az komplikasyon gösterdikleri saptanmıştır.

Ameliyat öncesi dönemde, hastaya bilgi verilirken bir takım temel prensipler göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar:

a) Ameliyat öncesi dönemde hastanın bilmek istediği ve bilmesi gereken konular ebe/hemşire–hasta görüşmelerde saptanıp bilgi verilmelidir. Verilen bilgiler onun artan endişe ve korkularını azaltır.

b) Hasta ile görüşme yapılırken açık konuşulmalı, açıklamalar hastanın anlayabileceği bir dilde yapılmalıdır.

c) Pre-operatif dönemde annede görülen küçük üzüntülerin post-operatif devrede büyük kayıplar doğuracağı unutulmamalıdır. Bu nedenle annenin emosyonel durumuna bağlı olarak anneyi dinlemeli, sezaryen ameliyatlarına ait açıklamalar yapılmalı hatta bunlar yapılırken babanın katılımı sağlanmalıdır. Babanın katılımı ameliyat öncesinde annenin yalıtılmışlık duygusunu yaşamasını önleyecektir ( 64 ).

### **B.8.1. Preoperatif Hazırlık:**

Sezaryenle doğum girişimi gebelik sırasında gerekli durumlara göre planlanmış olabilir, ya da gebelik sırasında plansız olarak acil bir biçimde gerçekleştirilebilir, ancak her iki halde de anne ve diğer aile üyelerine sezaryenle ilgili gerekli bilgilerin verilmesi ve operasyon için kendisinden izin alınması gerekmektedir. Ameliyattan önce;

- Kan grubu tespiti ve cross yapılması için anneden kan örneği alınır. Ayrıca annenin rutin kan değerleri kontrol edilir.
- Planlanmış durumlarda, anne bir gece önceden aç bırakılır.
- Lavman yapılır.
- Ameliyat bölgesinin ve perinenin temizliği yapılır.
- Mesaneye idrar kateteri uygulanır.
- Damar yolu açılır.
- Annenin vital bulguları takip edilir.
- ÇKS sürekli olarak izlenir.
- Annenin psikolojik olarak da ameliyata hazırlanmasına yardım edilir.
- Annenin duygularını ifade etmesine fırsat verilmelidir.
- Annenin eşiyle ya da görmek istediği kişilerle bir arada olması, kısa bir süre için de olsa sağlanmalıdır.
- Annenin yanısıra anne için önemli olan aile bireyleri de bilgilendirilmeli ve psikolojik yönden desteklenmelidir.

### **B.8.2. Postoperatif Bakım**

Ameliyat sonrası bakımı, sezaryene neden olan faktörün ne olduğu, deneyimin ilk ya da, birden fazla yaşanmış olması, planlı olup olmaması gibi faktörler etkilemektedir.

Sezaryen ameliyatında önemlilik gösteren ve unutulmaması gereken bir durum, anne hem bir ameliyat geçirmiş, hem de doğum yapmıştır. Sezaryen sonrasında hemşirelik bakımı; fiziksel, psikolojik, sosyal gereksinimler doğrultusunda ve taburculuk eğitimine yönelik olarak planlanır.

Genel hemşirelik bakımı aşağıda belirtilen çerçevede yapılır, ancak bireysel farklılıklar gereği anne ile birlikte belirlenecek özel gereksinimler bunlara ilave edilir.

**a) Bakımın Amaçları:** Ameliyat sonrası annenin mümkün olduğu kadar çabuk iyileşmesine yardım edebilmek,

- Mevcut sorunları ile başedebilmesine yönelik uygulamalar yapmak ve destek olmak,
- Uterus involusyonunu değerlendirerek olası komplikasyonlardan korumak,
- Annenin içinde bulunduğu duruma uyum sağlamasına yardımcı olmak,
- Anne bebek ilişkisinin mümkün olduğu kadar erken kurulmasına yardımcı olmak,
- Anneyi taburculuk ve sonrası döneme hazırlamak,
- Doğum sonrası dönemin aile açısından sağlıklı ve olumlu bir deneyim olarak yaşanmasını sağlamak.

**b) Bakım:**

- Doğumdan sonraki ilk 2 saat içinde her 15 dakikada bir annenin vital bulguları izlenmeli ve kaydedilmeli, daha sonra en az 4 saatte bir izleme devam edilmelidir.
- Anne ilk 24 saat içinde I.V. beslenerek, oral beslenmeye geçilinceye kadar, sıvı elektrolit dengesinin korunması ve enerji gereksinimi sağlanır.
- Fundus pozisyonu ve sertliği kontrol edilir.
- Loşianın rengi ve miktarı kontrol edilir.
- İnsizyon bölgesinin ve perinenin pansumanı yapılır.
- Aldığı-çıkardığı sıvı miktarı izlenir ve kaydedilir.
- Ağrısı giderilir.
- Barsak hareketlerinin başlayıp başlamadığı kontrol edilir, başladığında oral beslenmeye geçilir.
- Akciğer sesleri kontrol edilir.
- Derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılır.
- Yatak içinde aktif-pasif hareketler yaptırılır.
- Uterus involusyonunun hızlanması ve dolaşım ile ilgili komplikasyonların önlenmesi için anne mümkün olduğu kadar erken mobilize edilmelidir.
- Anneye kişisel hijyenine yönelik gereksinimlerini karşılamasına yardım edilir.
- Annenin bebekle en kısa zamanda iletişim kurması için, bebek anneye getirilir.
- Erken dönemde annenin bebeğini emzirmesi sağlanır.

- Anneye bebek bakımı ile ilgili olarak yetersiz olduğu durumlarda yardım edilir.
- Anneye kendini ifade edebilmesi için fırsat verilmeli ve psikolojik yönden desteklenmelidir.
- Bebeği yanında olmayan annelerin ( kuvözde olması gibi ) bu yöndeki duygulan paylaşılır ve bebeğinin yanında olmamasından kaynaklanan bilgi İhtiyacı ve endişeleri giderilir.
- Anne–bebek ve babanın ( aile ) mümkün olduğu kadar kısa sürede bir araya gelmeleri, yaşadıkları deneyimle ilgili duygularını paylaşmaları sağlanır.
- Taburculuğa yönelik olarak kendisi ve bebeğinin bakımı ile ilgili bilgi gereksinimleri giderilir.
- Anne ve babanın gereksinimleri doğrultusunda aile planlaması eğitimi yapılır.
- Bunlara ilave olarak aile bireylerinin bireysel gereksinimlerini karşılayacak hemşirelik girişimleri planlanır.

#### **B.9.Anestezi :**

Sezaryen için anestezi yönteminin seçimi; girişimin nedenine, aciliyet derecesine, hastanın ve anesteziistin isteğine bağlıdır. Hiçbir anestezi yöntemi sezaryen için ideal değildir. Anesteziist anne için en emniyetli ve rahat, yenidoğan için en az depresan olduğuna inandığı ve cerrahi için optimal çalışma koşullarını sağlayan bir yöntem seçmek zorundadır. Sezaryen ameliyatlarında başlıca iki anestezi yöntemi uygulanabilir;

**B.9.1. Genel Anestezi:** Genel anestezi sırasında anne sezaryenle doğum süresince uyanık olmaz. Geçici olarak bilinç kaybı söz konusudur. Anne solunumun devamı için ameliyat süresince entübe edilmiş şekilde kalır. Ameliyat hazırlığının çabukluğu ile acil sezaryen sırasında ve sonrasında kanama beklenen myom, plasenta previa gibi durumlar olması, genel anestezinin tercih edilme gerekçelerindedir. Genel anestezi aynı zamanda makat prezentasyonu, transvers geliş ve çoğul gebeliklerde, gerekli ve yeterli uterus gevşekliğini sağlaması nedeniyle de tercih edilmektedir.

**B.9.2. Lokal Anestezi:** Lokal anestezi ile anne sezaryenle doğum süresince uyanık kalır. Vücudun bir bölgesi uyuşturulur. Sezaryenle doğum için iki tip lokal anestezi kullanılır.

**a)Spinal Anestezi :** Spinal anestezi ile anestetik bir ilaç lomber vertebranın 2. 3. ve 4. aralıklarına ve subaraknoid boşluğa enjekte edilir. İlaç, spinal sinir köklerine etki

eder ve hem sinir iletimini hem de ağrı hissini önler. Anestezinin etkisi, ayak parmaklarında başlar, bacaklara doğru yayılır ve perine ile abdomeni içine alır.

**b)Epidural Anestezi:** Epidural anestezide, kullanılan anestetik madde epidural aralığa enjekte edilir. Spinal anestezi gibi epidural anestezide tek bir dozda verilebilir. Anestezist tarafından epidural boşluğa yerleştirilen bir kateter yoluyla uygulanır. İstenildiğinde daha sonradan anestetik maddenin ve narkotiklerin uygulanma imkânı vardır ( 65,66 ).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma Sağlık Bakanlığı Gaziantep 75.Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine başvuran ve doğum yöntemi sectio olan kadınlarda antenatal bakım alma durumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı araştırma olarak planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Sağlık Bakanlığı Gaziantep İli 75.Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde yapılmıştır. Hastane 125 yataklı olup, 26 Kadın Doğum, 2 Anestezi, 2 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, 66 ebe, 25 hemşire görev yapmaktadır.

Gaziantep 75.Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde sezaryenle doğumlar gece nöbetlerinde acil vaka olarak, gündüz mesai saatlerinde ise elektif ve acil olarak yapılmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Sınırlılıkları**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Gaziantep 75.Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde, 01.10.2005- 31.12.2005 tarihleri arasında elektif ve acil sezaryen ayrımı gözetmeksizin kurumda sezaryen olan kadınlardan oluşmaktadır. Veri toplama aşamasında 581 loğusaya ulaşılmıştır.

##### **3.3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın verileri 01.10.2005- 31.12.2005 tarihleri arasında Gaziantep 75.Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde sezaryen olan kadınlardan toplanmıştır. Sözü edilen tarihlerde, kliniğe başvuran kadınlardan elde edilen verilere dayanan bulgular bu zaman dilimi ile sınırlıdır. Örneklemeye uyan kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Verilere araştırmacı tarafından hazırlanan; sosyo-demografik değişkenler, doğurganlık özellikleri, son gebelikte antenatal bakım alma durumları ve sezaryen özelliklerini içeren görüşme formu ( EK I ) kullanılarak toplanmıştır. Anket formunda 17 tanesi açık uçlu, 55 tanesi kapalı uçlu toplam 72 soru sorulmuştur.

### **3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması**

Bireylere sezaryen sonrasında; gerekli literatür taranarak soru formu hazırlanmıştır

Soru formunda; kadınların sosyo-demografik özellikleri, önceki ve şimdiki gebelik hikâyeleri, gebeliğe karşı tutumları, çevrenin desteği ve doğum öncesi bakımı algılamaları ile ilgili hazırlanan sorular yer almaktadır.

Soru formları kadınlara yüzyüze anket yöntemi kullanılarak soru cevap yöntemi şeklinde uygulanıp, verilen cevaplar kaydedilmiştir.

### **3.4.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması**

Uygulamaya önce, Gaziantep 75.Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmış ( EK II ), kadınlarla görüşmelerin yapılacağı tarih belirlenmiştir. Uygulama öncesinde sezaryen olan 10 kadınla deneme anketi yapıldıktan sonra, gerekli düzenlemeler yapılarak 01.10.2005-31.12.2005 tarihleri arasında, yüz yüze görüşme yoluyla kadınlara anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılacak kişilere araştırmanın amacı, beklenen yararları ve bu çalışmanın kendisine bir zararı olmayacağı belirtilip, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra izinleri alınmıştır. Her görüşme yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi:**

Veriler 10,0 SPSS istatistik paket programı kullanılarak bilgisayara yüklenmiş ve ana dağılımlar –çapraz tablolar oluşturulmuştur. Verilerin analizinde Yüzdelik dağılım, Aritmetik Ortalama ve Ki-kare testleri kullanılmıştır.

### **3.6. Süre Ve Olanaklar**

Araştırmamız 2005 yılı başında planlanmış, Ağustos ayında araştırma önerisi hazırlanarak ( EKIII ), çalışmanın yapılacağı kuruma sunulmuş ve Eylül ayında gerekli izin alınmıştır. 01.10.2005–31.12.2005 tarihleri arasında toplanan veriler araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

## BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan kadınların sezaryen özellikleri ve antenatal bakım alma durumlarını belirlemek amacıyla, sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, son gebelikte antenatal bakım almalarına ilişkin durumları, sezaryen özellikleri, kullandıkları aile planlaması yöntemleri, antenatal bakım alma sayıları ile sosyodemografik, doğurganlık ve son gebelik özelliklerinin karşılaştırılması, sezaryen özellikleri ile gebelik özelliklerinin karşılaştırılması ve sezaryen sonrası kullanacakları aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Tüm veriler uygun şekilde gruplandırılarak tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo5: Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımları**

Yaş	Sayı	%
15-19	32	5,5
20-24	172	29,6
25-29	185	31,8
30-34	95	16,4
35 ve↑	97	16,7
<b>Eğitim</b>		
OYD	131	22,6
Okur-yazar	42	7,2
İlkokul	341	58,7
Ortaokul	31	5,3
Lise+ Yüksekokul	36	6,2
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	565	97,2
Memur+ İşçi	16	2,8
<b>Sosyal güvence</b>		
Yok	109	18,8
Emekli Sandığı+ Bağ-Kur*	40	6,9
Yeşil Kart	300	51,6
SSK	132	22,7
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	398	68,5
Geniş aile	183	31,5
<b>Yerleşim Yeri</b>		
Köy/kasaba	115	19,8
İl/ İlçe merkezi	466	80,2
<b>Doğum Yeri</b>		
Araştırma yapılan il içi	359	61,9
Doğu ve Güneydoğu	192	33,0
Diğer Bölgeler	30	5,1
<b>Aylık gelir (YTL)**</b>		
Düzenli geliri olmayan	198	34,1
379 ve ↓	147	25,3
380-526	173	29,8
527 ve ↑	63	10,8
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

\*Sosyal güvenliği garanti altında olanlar birlikte verilmiştir.

\*\*Gelir dağılımını göstermek amacıyla kullanılan kesme noktaları, araştırmanın yapıldığı dönemde yürürlükteki asgari ücret olan 380 YTL, 4 kişilik bir aile için Türk -İş'in Aralık 2005 açlık sınırı olan 527 YTL kullanılmıştır.

Tablo 5’de araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %61,4’ü 20–29 yaş grubunda, %33,1’i 30 yaş ve üzeri, %5,5’i 19 yaş ve altında olup kadınların yaş ortalaması 27,31±5,57 ( min:15-max:45 )’dir. Kadınların %22,6’sı okuma yazma bilmediğini, %7,2’si okur-yazar olduğunu, %58,7’si ilkokul, %11,5’i ortaokul ve üzeri mezunu olduğunu, %97,2’si ev hanımı olduğunu, %2,8’i gelir getiren herhangi bir işte çalıştığını, %18,8’inin hiçbir sosyal güvenceye sahip olmadığını, %81,2’sinin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğunu ve %51,6’sının sahip olduğu sağlık güvencesinin yeşil kart olduğunu, %68,5’i çekirdek aile yapısında, %31,5’i geniş aile yapısında olduğunu, %80,2’si il/ilçe merkezinde, %19,8’i köy/kasabada yaşadığını, %61,9’u araştırmanın yapıldığı ilde, %33’ü doğu ve güneydoğu illerinde, %5,1’i diğer bölgelerde doğduğunu söylemişlerdir. %34,1’i düzenli gelire sahip olmadığını, %29,8’i ailesinin 380–526 YTL arasında, %25,3’ü ailesinin 380 YTL altında aylık gelire sahip olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 6: Araştırmaya Katılanların Eşlerinin Özelliklerine Göre Dağılımları**

<b>Eşinin Yaşı</b>	Sayı	%
19–24	69	11,9
25–29	209	36,0
30–34	144	24,8
35–39	96	16,5
40 ve↑	63	10,8
<b>Eşinin eğitimi</b>		
OYD	34	5,9
Okur-yazar	22	3,8
İlkokul	368	63,3
Ortaokul	74	12,7
Lise + Y.okul	83	14,3
<b>Eşinin mesleği</b>		
Memur	17	2,9
İşçi	350	60,3
Serbest Meslek	104	17,9
Çiftçi	46	7,9
İşsiz	64	11,0
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6’da araştırmaya katılanların eşlerinin özellikleri incelendiğinde; %36’sı 25–29 yaş, %24,8’i 30–34 yaş grubunda %10,8’u 40 yaş ve üzerinde olup, eşlerin yaş ortalaması 31,21±6,95 ( min:19-max:65 )’tir. Eşlerin %5,9’u okur-yazar değil, %3,8’i okur-yazar, %63,3’ü ilkokul mezunu, %12,7’si ortaokul mezunu, lise ve yüksekokul mezunu olanlar ise %14,3’tür. Eşlerin %60,2’si işçi, %17,9’u serbest çalışan, %7,9’u çiftçi, %2,9’u memur olduğunu ve %11’inin işsiz olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 7: Araştırmaya Katılanların Adet Olma Özelliklerine Göre Dağılımları**

Adet sıklığı (gün)	Sayı	%
20–25	58	10,0
26–30	448	77,1
32–40	12	2,1
Düzensiz	63	10,8
<b>Adet süresi (gün)</b>		
2–5	410	70,6
6–10	171	29,4
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

Tablo 7’de araştırmaya katılan kadınların adet olma özellikleri incelendiğinde; %10’u 20–25 gün arayla, %29,4’ü 6–10 gün adet gördüğünü, %10,8’i adetlerinin düzensiz olduğunu söylemiştir.

**Tablo 8: Araştırmaya Katılanların Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımları**

İlk evlenme yaşı	Sayı	%
19 ve↓	256	44,0
20–24	224	38,5
25–29	73	12,5
30 ve↑	28	5,0
<b>Eşi ile Akrabalık Durumu</b>		
Var	209	36,0
Yok	372	64,0
<b>Evlilik süresi (yıl)</b>		
< 5	275	47,3
5– 15	232	39,9
> 15	74	12,8
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

Tablo 8’de araştırmaya katılanların evlilik özellikleri incelendiğinde; %44’ü 19 yaş ve altında evlenmiş olup, ilk evlenme yaşı ortalaması 20,7±4,24 ( min:11-max:37 )’dür. Kadınların %36’sı eşi ile akrabadır ve %47,3’ü 5 yıldan kısa zamandır evli olup, evlilik süresi ortalaması 6,61±5,76 ( min:1- max:27 )’dir.

**Tablo 9: Araştırmaya Katılanların Sağlık Öyküsü Özelliklerine Göre Dağılımları**

Sürekli Hastalık	Sayı	%
Var*	55	9,5
Yok	526	90,5
<b>Sezaryen Dışı Ameliyat</b>		
Var	28	4,8
Yok	553	95,2
<b>Ailesinde Sezaryen</b>		
Var	304	52,3
Yok	277	47,7
<b>Önceki Sezaryenden Sonra Yara Enfeksiyonu</b>		
Var	42	7,2
Yok	539	92,8
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

\*%2,5 Astım, %1,4 Hipertansiyon, % 1,2 Diyabet, %1,2 Hepatit B, %1,1 Guatr, %1,0 Böbrek sorunu, %0,5 Epilepsi, %0,2 CMV, %0,2 Diyabet+ HT., %0,2 Hepatit B+ Astım+ HT

Tablo 9’da araştırmaya katılanların %9,5’i s¼rekli bir hastalığı olduğunu ( %2,5 Astım, %1,4 Hipertansiyon, % 1,2 Diyabet, %1,2 Hepatit B, %1,1 Guatr, %1,0 B¼brek sorunu, %0,5 Epilepsi, %0,2 CMV, %0,2 Diyabet+ HT., %0,2 Hepatit B+ Astım+ HT ), %4,8’i sezaryen dışında bir ameliyat geçirdiğini , %52,3’¼ ailesinde sezaryen olan kimse bulunduğunu, %7,2’si daha ¼nce sezaryen sonrası yara enfeksiyonu geçirdiğini s¼ylemiřtir

**Tablo 10: Araştırmaya Katılanların Doğurganlık ¼zelliklerine G¼re Dağılımları**

<b>İlk Gebelik Yaşı</b>	Sayı	%
19 ve↓	205	35,3
20–24	247	42,5
25–29	93	16,0
30 ve↑	36	6,2
<b>Gebelik Sırası</b>		
1–2	283	48,7
3–4	172	29,6
5 ve↑	126	21,7
<b>Canlı Doğum</b>		
0	180	31,0
1–2	265	45,6
3–4	95	16,4
5 ve↑	41	7,0
<b>Yaşayan</b>		
0	189	32,5
1–2	270	46,5
3–4	85	14,6
5 ve↑	37	6,4
<b>Kız ocuk</b>		
Var	307	45,8
Yok	85	21,7
ocuğu yok	189	32,5
<b>Erkek ocuk</b>		
Var	342	54,7
Yok	50	12,8
ocuğu yok	189	32,5
<b>¼l¼ Doğum</b>		
Var	64	11,0
Yok	517	89,0
<b>D¼ř¼k</b>		
Var	148	25,5
Yok	433	74,5
<b>K¼retaj</b>		
Var	44	7,6
Yok	537	92,4
<b>İdeal ocuk Sayısı</b>		
1–2	181	31,2
3–4	346	59,6
5–8	30	5,2
Kararsızlar	24	4,0
<b>D¼ř¼k Doğum Ağırlıklı Bebek ¼yk¼s¼</b>		
Var	123	21,2
Yok	458	78,8
<b>Dış Gebelik ¼yk¼s¼</b>		
Var	2	0,3
Yok	579	99,7
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

Tablo 10’da araştırmaya katılan kadınların ilk gebelik yaşı %58,5’inde 20–29 yaş arasında, %35,3’ünde 19 yaşının altında olup, ilk gebelik yaşı ortalaması 21,3±4,18 ( min:14-max:39 )’dir. Kadınların %48,7’si 1–2 defa , %21,7’si 5 ve daha fazla sayıda gebe kaldığını söylemiş ve gebelik sayısı ortalaması 3,16±2,18 ( min:1-max:14 )’dir. Kadınların %45,6’sı 1–2, %16,4’ü 3–4 arasında, %7’si 5 ve daha fazla sayıda canlı doğum yaptığını, %31’i daha önce canlı doğum yapmadığını söylemiş olup; canlı doğum sayısı ortalaması 2,36±1,69 ( min:1-max:10 )’dir. Kadınların %46,5’i 1–2, %14,6’sı 3–4, %6,4’ü 5 ve üzeri sayıda yaşayan çocukları olduğunu, %32,5’i yaşayan çocuğu olmadığını söylemiş olup; yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,24±1,52 ( min:1-max:8 )’dür. Çocuk sahibi olan kadınların %21,7’si kız çocuğu, %12,8’i erkek çocuğu olmadığını söylemiştir. Kadınların %11’i daha önce en az bir kez ölü doğum yaptığını, %25,5’i en az bir kez düşük, %7,6’sı en az bir kez küretaj olduğunu, %59,6’sı ideal çocuk sayısının 3–4 olduğunu, %4,0’ı kaç çocuk istediğine karar vermediğini söylemiş olup; ideal çocuk sayısı ortalamı 3,25±1,54 ( min:1-max:8 )’dür. Kadınların %21,2’si düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma öyküsü bulunduğunu, %0,3’ü dış gebelik öyküsü olduğunu söylemiştir.

**Tablo 11: Araştırmaya Katılanların Bir Önceki Doğum Özelliklerine Göre Dağılımları**

<b>Doğum Şekli</b>	Sayı	%
İlk doğum	211	36,3
Vajinal yolla	161	27,7
Sezaryenle	209	36,0
<b>Doğum Yeri</b>		
İlk doğum	211	36,3
Evde kendi kendine	9	1,5
Evde sağlık personeli yardımı ile	18	3,1
Devlet Hastanesi	262	45,1
Özel hastane	81	14,0
<b>Toplam</b>	581	100,0

Tablo 11’de araştırmaya katılan kadınların %36,3’ünün ilk doğumu olup; %27,7’sinin bir önceki doğumu vajinal yolla, %36’sının sezaryenle sonuçlandırılmıştır. Kadınlardan %1,5’i bir önceki doğumunu evde kendi kendine, %3,1’i evde sağlık personeli yardımı ile, %45,1’i devlet hastanesinde, %14,0’ı özel hastanede yapmışlardır.

**Tablo 12: Araştırmaya Katılanların Son Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımları**

Gebeliği İsteme Durumu	Sayı	%
İstenilen	442	76,1
İstenmeyen	139	23,9
<b>Gebelik Aralığı (Bir önceki gebeliğe göre)</b>		
İlk gebelik	137	23,6
< 24 ay	143	24,5
24-48 ay	183	31,6
> 48 ay	118	20,3
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

Tablo 12’de araştırmaya katılan kadınların %23,9’u son bebeğine istemeden gebe kalmış, her dört kadından birinin son gebelik aralığı 2 yıldan kısadır. Kadınların %23,6’sının ilk gebeliğidir.

**Tablo 13: Araştırmaya Katılanların Son Gebelikte Hastalık, İlaç, Sigara Kullanımına Göre Dağılımları**

Hastalık Durumu	Sayı	%
Gebelikte hastalık geçirmeyenler	549	94,5
Bulaşıcı hastalıklar	14	2,4
Gebelik Hipertansiyonu	9	1,5
İdrar Yolu Enfeksiyonu	5	0,9
Üst Solumun Yolu Enfeksiyonu	4	0,7
<b>İlaç Kullanımı</b>		
İlaç kullanmayanlar	126	21,7
Gebeliğin rutin ilaçlarını kullananlar	432	74,3
Sürekli hastalık tedavisi	23	4,0
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Var	57	9,8
Yok	524	90,2
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

Tablo 13’te araştırmaya katılanların %2,4’ü gebelik döneminde bulaşıcı hastalığa yakalandığını, %1,5’i gebelik hipertansiyonu olduğunu, %0,9’u idrar yolu enfeksiyonu, %0,7’si üst solunum yolları enfeksiyonu geçirdiğini söylemiş olup, %94,5’i gebelikte herhangi bir hastalık geçirmediğini söylemiştir. Kadınların 74,3’ü gebeliğin rutin ilaçlarını kullandığını, %21,7’si gebelikte ilaç kullanmadığını, %4,0’ı da gebelik sırasında sürekli hastalığıyla ilgili ilaç kullandığını ve kadınların %9,8’i gebelikte sigara içtiğini söylemiştir.

**Tablo14: Araştırmaya Katılanların Son Gebelikte Değişen Özelliklerine Göre Dağılımları**

<b>Beslenme Değişikliği</b>	Sayı	%
Var	157	27,0
Yok	424	73,0
<b>Ağırlık Artışı (kg)</b>		
Tartılmayanlar	325	55,9
1-9	95	16,4
10-15	119	20,5
16-20	33	5,7
21-31	9	1,5
<b>Diş Çürümesi</b>		
Var	209	36,0
Yok	372	64,0
<b>Ruhsal Durum Değişikliği</b>		
Var	221	38,0
Yok	360	62,0
<b>Cinsel Yaşam Değişikliği</b>		
Var	253	43,5
Yok	328	56,5
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

Tablo 14’te araştırmaya katılanların son gebelikte değişen özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %73’ü gebelik sırasında beslenme düzenini değiştirmediklerini, %55,9’u hiç tartılmadığını, tartılanların %46,4’ü 10-15kg. aldığını, kadınların %36’sı gebeliği sırasında dişlerinde çürüme, %38’i ruhsal durumunda değişiklik olduğunu, %56,5’i gebelikte cinsel yaşamında değişiklik olmadığını söylemiştir.

**Tablo 15: Araştırmaya Katılanların Son Gebelikte Yetersiz Antenatal Bakım Alma Sebeplerine Göre Dağılımları**

<b>Yetersiz Antenatal Bakım Alma Sebebi</b>	Sayı	%
Bakım almayı gereksiz görme	101	52,1
Maddi durum yetersizliği	65	33,5
Zaman bulamama	9	4,7
Bilgisizlik	8	4,1
Ulaşım zorluğu	5	2,6
Çalışan personelin ilgisizliği	3	1,5
Ailevi baskılardan dolayı	3	1,5
<b>Toplam</b>	<b>194*</b>	<b>100,0</b>

\* DSÖ’nün tavsiye ettiği sayıda bakım alanlar bu tabloda yer almamaktadır.

Tablo 15’te araştırmaya katılanlardan yetersiz bakım alanların yarısı antenatal bakım almayı gereksiz gördüğü, %33,5’i maddi durumu yetersiz olduğu, %4,7’si zaman bulamadığı, %4,1’i bilgisizlik, %2,6’sı ulaşım zorluğundan dolayı bakım almadığını söylemiştir. Çalışan personelin ilgisizliği ve ailevi baskılardan dolayı bakım almayanlar ise %1,5 ile benzer dağılım göstermektedir.

**Tablo 16: Araştırmaya Katılanların Son Gebelikteki Şikayetlerine Göre Dağılımları**

<b>Kan Basıncı Sonucu</b>	Sayı	%
Ölçülmeyen	90	15,5
Düşük	77	13,3
Yüksek	49	8,4
Normal	365	62,8
<b>Ödem</b>		
Var	312	53,7
Yok	269	46,3
<b>Proteinüri</b>		
Tahlil yaptırmayanlar	335	57,6
Var	5	0,9
Yok	241	41,5
<b>Varis</b>		
Var	109	18,8
Yok	472	81,2
<b>Anemi</b>		
Var	333	57,3
Yok	248	42,7
<b>Akıntı</b>		
Var	351	60,4
Yok	230	39,6
<b>Vajinal kanama</b>		
Var	107	18,4
Yok	474	81,6
<b>Kabızlık</b>		
Var	194	33,4
Yok	387	66,6
<b>Mide Yanması</b>		
Var	448	77,1
Yok	133	22,9
<b>Bulantı– Kusma</b>		
Var	406	69,9
Yok	175	30,1
<b>Bulantı– Kusmanın Görüldüğü Dönem</b>		
Bulantı –kusması olmayanlar	175	30,1
1. trimester	253	43,5
2. trimester	6	1,1
3. trimester	30	5,2
1.-2.- 3. trimester	117	20,1
<b>Toplam</b>	581	100,0

Tablo 16’da araştırmaya katılanlardan tansiyon ölçtürenlerin %10’u tansiyonunun yüksek çıktığını, %53,7’si ödemi olduğunu, idrar tahlili yapılanların %2’si idrarında protein tespit edildiğini, kadınların %18,8’i varis, %57,3’ü anemi, %60,4’ü akıntı, %18,4’ü vajinal kanama, %33,4’ü kabızlık, %77,1’i mide yanması, %69,9’u bulantı–kusma şikayeti olduğunu, bulantı ve kusmanın %43,5 ile en çok birinci trimester, %1,1 ile en az 2. trimesterde görüldüğünü, %20,1’i her üç trimesterde bulantı ve kusması olduğunu söylemiştir.

**Tablo 17: Araştırmaya Katılanların Son Gebelikte Bakım Alma Özellikleri Göre Dağılımı**

<b>Gebelik Öncesi Danışmanlık Alma</b>	Sayı	%
Var	121	20,8
Yok	460	79,2
<b>Antenatal Bakım Alma Sayısı</b>		
0	23	4,0
1-2	171	29,4
3-6	216	37,2
7-9	67	11,5
10 ve ↑	104	17,9
<b>İlk Kez Bakım Alınan Dönem</b>		
Bakım almayanlar	23	4,0
< 13 hafta ( 1.trimester)	364	62,7
13-24 hafta (2.trimester)	143	24,6
> 24 hafta (3.trimester )	51	8,7
<b>İlk Başvuru Sebebi</b>		
Başvurmayanlar	23	4,0
Gebelik testi	71	12,2
Normal muayene	221	38,0
Gebelik şikayetleri	219	37,7
Bebeğin cinsiyeti	16	2,8
Olumsuz doğurganlık deneyimi	20	3,4
Doğum günü öğrenmek	11	1,9
<b>Bakım Alınan Dönemler</b>		
Bakım almayanlar	23	4,0
1. trimester	16	2,8
2. trimester	51	8,8
3. trimester	51	8,8
1.- 2. trimester	49	8,4
1.- 3. trimester	27	4,6
2.- 3. trimester	91	15,6
1.-2.-3. trimester	273	47,0
<b>Bakım Alınan Yer</b>		
Bakım almayanlar	23	4,0
Sağlık evi/Sağlık Ocağı/AÇSAP	48	8,3
Hastane	132	22,6
Özel Muayenehane	378	65,1
<b>Bakım Alınan Sağlık Görevlisi</b>		
Bakım almayanlar	23	4,0
Hekim	504	86,7
Ebe	17	2,9
Ebe-Hekim	37	6,4
<b>Ebenin Ev Ziyareti</b>		
Var	54	9,3
Yok	527	90,7
<b>Bakım Alırken Gebenin Yanında Bulunan Kişiler</b>		
Bakım almayanlar	23	4,0
Tek başına	51	8,8
Eşi	325	55,9
Kayınvalidesi	39	6,7
Annesi	51	8,8
Kardeşi	30	5,2
Görümce/Elti	42	7,2
Arkadaşı	20	3,4
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

Tablo 17’de araştırmaya katılanların %20,8’i gebelik öncesi danışmanlık aldığını, %96’sı antenatal bakım aldığını, antenatal dönemde %37,2’si 3–6 defa, %29,4’ü 1–2 defa, %17,9’u 10 ve daha fazla sayıda, %11,5’i 7–9 defa bakım aldığını, %4’ü bakım almadığını belirtmiş olup; gebe başına düşen izlem sayısı ortalaması 5,16±4,49 ( min:0-max:20 )’dur, %62,7’si ilk antenatal bakımını 1.trimesterde aldığını belirtmiş olup, ilk antenatal bakım alma hafta ortalaması 12,35±8,5 ( min:1-max:40 )tir. Kadınların %38’i ilk başvuru sebebinin normal gebelik muayenesi, %37,7’si gebelik şikayetleri olduğunu, %47’si her üç dönemde bakım aldığını, , %65,1’i antenatal bakım için özel doktora, %8,3’ü birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurduğunu, %86,7’si antenatal bakımı doktordan, %9,3’ü ebeden aldığını, %55,9’u antenatal bakım almaya eşiyle beraber gittiğini söylemiştir.

**Tablo 18: Araştırmaya Katılanların Son Gebelikte Yaptırdıkları İşlemlere Göre Dağılımı**

USG Sayısı	Sayı	%
0	41	7,0
1–3	270	46,5
4–6	119	20,5
7–9	61	10,5
10–↑	90	15,5
<b>Kan Basıncı Ölçülme Sayısı</b>		
0	90	15,5
1–3	235	40,4
4–6	100	17,3
7–9	53	9,1
10–↑	103	17,7
<b>Kan Tahlili Sayısı</b>		
0	252	43,4
1	171	29,4
2–3	116	20,0
4–↑	42	7,2
<b>İdrar Tahlili Sayısı</b>		
0	335	57,7
1	166	28,6
2–3	64	11,0
4–↑	16	2,7
<b>Tetanoz Aşısı</b>		
Açı yaptırmayanlar	323	55,6
1 doz	92	15,8
2 doz	166	28,6
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

Tablo 18’de araştırmaya katılanların %93’ü gebeliğinde en az bir kez USG baktırdığını, %7,1’i USG baktırmadığını, %15,5’i TA ölçtürmediğini, %43,4’ü kan tahlili, %57,7’si idrar tahlili yaptırmadığını, %55,6’sı tetanoz aşısı olmadığını, %15,8’i 1

doz, %28,6'sı 2 doz aşılandığını söylemiştir. Kadınların USG ortalaması 4,79±4,33 ( min:0-max: 20 ), TA ölçülme ortalaması 4,81±4,91 ( min:0-max:24 ), kan tahlili ortalaması 1,11±1,41 (min:0-max:8), idrar tahlili ortalaması 0,65±1,00 ( min:0-max:5 ) 'dır.

**Tablo 19: Araştırmaya Katılanların Bu Sezaryen Özelliklerine Göre Dağılımları**

<b>Sezaryen Olacağını Öğrenme Zamanı</b>	Sayı	%
Gebelik sırasında	241	41,5
Eylemde	340	58,5
<b>Sezaryeni İsteme Durumu</b>		
Kendi isteğiyle	37	6,4
Hekim tavsiyesiyle	544	93,6
<b>Sezaryen Sayısı</b>		
1	359	61,8
2	151	26,0
3 –5	71	12,2
<b>Sezaryen Olma Sebebi</b>		
Geçirilmiş sezaryen	209	36,0
Anneye ait sebepler*	129	22,2
Bebek ve eklerine ait sebepler**	184	31,7
Mediko-sosyal sebepler***	59	10,1
<b>Sezaryen Haftası</b>		
< 38 hf	43	7,4
38–40 hf	478	82,3
> 40 hf	60	10,3
<b>Anestezi şekli</b>		
Genel anestezi	499	85,9
Spinal Anestezi	82	14,1
<b>Toplam</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

\* Baş- pelvis uygunsuzluğu, Kontraksiyonların yetersizliği, Preeklampsi- Eklampsi, Diabet, Servikal distosi, Bölge ile ilgili geçirilmiş operasyonlar, Primipar makat , Uterus rüptürü,

\*\* Plasenta previa, Ablasyo plesanta, Situs ve prezantasyon anomalileri, Fetal distres, Kordon komplikasyonları, Erken membran rüptürü ,Postmatürite, Çoğul gebelik, Fetusta anomali,

\*\*\* Yaşlı primigravida, infertilite sorunu, Habituel düşükler veya bebek ölümleri, ,Korku,Tüpligasyon istemi.

Tablo 19'da araştırmamıza katılan kadınların %58,5'i sezaryen olacağını eylem sırasında öğrenmiş, %93,6'sı hekim tavsiyesiyle, %6,4'ü kendi isteğiyle sezaryen olmuştur. Kadınların %61,8'i 1, %26'sı 2, %12,2'si 3–5 defa sezaryen olmuştur. Kadınların %36'sının sezaryen olma sebebi geçirilmiş sezaryen, %31,7'si bebek ve eklerine ait, %22,2'si anneye ait, %10,1'i Mediko-Sosyal sebeplerdir. Sezaryenlerin çoğunluğu ( %82,3 ) gebeliğin 38–40. haftası arasında olmuştur ve %10,3'ününki 40haftadan sonra, %7,4'ününki 38 haftadan önce olmuştur. Kadınların sezaryene alınma hafta ortalaması 39,21±2,47 ( min:20-max:44 ) %85,9'unun sezaryeni genel anestezi, %14,1'i spinal anestezi altında yapılmıştır.

**Tablo20: Araştırmaya Katılanların Bu Sezaryendeki Bebeğin Ağırlığına Göre Dağılımları**

Bebeğin Doğum Ağırlığı(gr)	Sayı	%
Tartılmayan*	18	3,1
≤ 2500	78	13,4
2600–3900	438	75,4
≥ 4000	47	8,1
<b>Toplam</b>	581	100,0

\* Ölü doğan bebekler tartılmamıştır

Tablo 20’de araştırmaya katılanların dörtte üçünün bebeği 2600–3900 gr. arasında, %13,4’ünün 2600 gr.’ın altında, %8,1’inin 3900gr. üzerinde olup; bebeklerin ortalama ağırlığı 3201,65±567,21 ( min:1060-max:4700 ) gramdır. %3,1’inin bebeği ölü doğduğu için tartılmamıştır.

**Tablo 21: Araştırmaya Katılanların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları**

Gebelikten Önce Kullanılan A.P. Yöntemi	Sayı	%
Yöntem kullanmayanlar	256	44,0
Emzirenler	39	6,7
RİA	65	11,2
Hormonal yöntemler (Hap, Enjeksiyon)	37	6,4
Kondom	33	5,7
Geri çekme	151	26,0
<b>Doğumdan Sonra Kullanacağı A.P. Yöntemi</b>		
Yöntem kullanmayacak olanlar	46	7,9
Hangi yöntemi kullanacağına karar vermeyenler	182	31,3
Tüpligasyon yaptıranlar	87	15,0
RİA	142	24,4
Hormonal yöntemler(Hap, Enjeksiyon)	32	5,5
Kondom	23	4,0
Geri çekme	69	11,9
<b>Tüpligasyon Yaptırmaya Bakış</b>		
Olumlu	176	30,3
Olumsuz	405	69,7
<b>Gebelikten Korunmaya Eşin Katkısı</b>		
Var	391	67,3
Yok	190	32,7
<b>Toplam</b>	581	100,0

Tablo 21’de araştırmaya katılanların %44’ü son gebeliğinden önce gebelikten korunma yöntemi kullanmadığını, %26’sı geri çekme, %11,2’si RİA kullandığını, %6,7’si emzirdiğini, doğumdan sonra %24,4’ü RİA, %11,9’u geri çekme yöntemi kullanmayı planladığını, %31,3’ü kullanacağı aile planlaması yöntemine karar vermediğini, %7,9’u hiçbir yöntem kullanmayacağını söylemiş, kadınların %15’i sezaryenle birlikte tüpligasyon yaptırdığını, %69,7’si çocuk istemese de tüpligasyon yaptırmayı düşünmediğini, %32,7’si gebelikten korunurken eşi katkısı görmediğini söylemektedir.

**Tablo 22: Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri(yaş,eğitim,meslek,sosyal güvence, aile tipi, yerleşim merkezi, aylık gelir )ne Göre Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı Dağılımları**

Demografik Özellikler	Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı										Toplam	
	Bakım Almayan		1-2		3-6		7-9		10 ve ↑			
Yaş	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-19	1	3,1	10	31,3	15	46,9	3	9,4	3	9,4	32	100,0
20-24	7	4,0	49	28,5	72	41,9	18	10,5	26	15,1	172	100,0
25-29	6	3,3	55	29,7	70	37,8	22	11,9	32	17,3	185	100,0
30-34	3	3,2	22	23,2	33	34,7	12	12,6	26	26,3	95	100,0
35 ve ↑	6	6,2	35	36,1	26	26,8	12	12,4	18	18,7	97	100,0
$\chi^2=15,639$ SD=16 p=0,478												
<b>Eğitim</b>												
OYD	10	7,6	47	35,9	44	33,6	11	8,4	19	14,5	131	100,0
Okur-Yazar	5	11,9	15	35,7	12	28,6	4	9,5	6	14,3	42	100,0
İlkokul	7	2,1	99	29,0	141	41,3	45	13,2	49	14,4	341	100,0
Ortaokul	0	0	8	25,8	10	32,2	2	6,5	11	35,5	31	100,0
Lise+Y.okul	1	2,8	2	5,5	9	25,0	5	13,9	19	52,8	36	100,0
$\chi^2=66,013$ SD=16 p=0,000												
<b>Meslek</b>												
Ev Hanımı	23	4,1	169	29,9	213	37,7	65	11,5	95	16,8	565	100,0
Memur+İşçi	0	0	2	12,5	3	18,7	2	12,5	9	56,3	16	100,0
$\chi^2=17,288$ SD=4 p=0,002												
<b>Sosyal Güvence</b>												
Yok	9	8,3	41	37,6	44	40,4	6	5,5	9	8,2	109	100,0
E.S.+B.K.*	0	0	3	7,5	10	25,0	6	15,0	21	52,5	40	100,0
Yeşil Kart	13	4,3	101	33,7	110	36,7	33	11,0	43	14,3	300	100,0
SSK	1	0,8	26	19,7	52	39,4	22	16,6	31	23,5	132	100,0
$\chi^2=71,167$ SD=12 p=0,000												
<b>Aile Tipi</b>												
Çekirdek	11	2,8	106	26,6	142	35,7	52	13,1	87	21,8	398	100,0
Geniş aile	12	6,6	65	35,5	74	40,4	15	8,2	17	9,3	183	100,0
$\chi^2=22,326$ SD=4 p=0,000												
<b>Yerleşim Yeri</b>												
Köy/Kasaba	7	6,1	46	40,0	36	31,3	12	10,4	14	12,2	115	100,0
İl/İlçe mer.	16	3,5	125	26,8	180	38,6	55	11,8	90	19,3	466	100,0
$\chi^2= 11,188$ SD=4 p=0,025												
<b>Aylık Geliri (YTL)**</b>												
Düzenli geliri yok	12	6,1	77	38,9	65	32,8	21	10,6	23	11,6	198	100,0
379 ve ↓	6	4,1	45	30,6	60	40,8	14	9,5	22	15,0	147	100,0
380-526	4	2,3	46	26,6	71	41,0	23	13,3	29	16,8	173	100,0
527 ve ↑	1	1,6	3	4,8	20	31,7	9	14,3	30	47,6	63	100,0
$\chi^2=64,435$ SD=12 p=0,000												
<b>Toplam</b>	23	4,0	171	29,4	216	37,2	67	11,5	104	17,9	581	100,0

\* Sosyal güvenliği garanti altında olanlar birlikte verilmiştir.

\*\* Gelir dağılımını göstermek amacıyla kullanılan kesme noktaları, araştırmanın yapıldığı dönemde yürürlükteki asgari ücret olan 380 YTL, 4 kişilik bir aile için Türk -İş'in Aralık 2005 aylık sınırı olan 527 YTL kullanılmıştır.

Tablo 22'de araştırmaya katılan kadınların demografik özelliklerine göre son gebelikte antenatal bakım sayısı dağılımları incelendiğinde; her yaş grubunda 3-6 defa bakım almanın daha yüksek olduğu, 30 yaşına kadar bakım alma sayısının arttığını, 30-

34 yaş arasında 3–6 defa bakım almanın ( %34,7 ), 35 yaşından sonra 1–2 defa bakım almanın ( %36,1 ) daha yüksek olduğu, hiç bakım almamanın 35 yaşından sonra ve 20–24 yaş grubunda yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların yaş grupları ile son gebelikte antenatal bakım sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur (  $p=0,478$  ).

İlkokul mezunu olan annelerin %41,3'ünün 3–6 bakım alırken, %29'unun 1–2, %14,4'ünün 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı, %2,1'inin bakım almadığı; okur-yazar olmayanların %35,9'unun 1–2, %33,6'sının 3–6 bakım aldığı, %7,6'sının bakım almadığı, ortaokul mezunlarının %35,5'inin, lise ve yüksekokul mezunlarının %52,8'inin 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı, ilkokulun üzerinde eğitim görenlerin sadece %2,8'inin bakım almadığı görülmektedir. Kadınların eğitim durumları ile son gebelikte aldıkları antenatal bakım sayıları arasında önemli derecede istatistiksel ilişki bulunmuştur (  $p=0,000$  ). Yapılan ileri ki kare analizinde, lise ve yüksekokul mezunlarının çoğunluğunun 10 ve daha fazla sayıda bakım almasının bu anlamlılığı sağladığı bulunmuştur.

Ev hanımlarının %37,7'si 3–6, %29,9'u 1–2, %16,8'i 10 ve daha fazla sayıda bakım alırken, %4,1'inin bakım almadığı; çalışan annelerden bakım almayan kimse bulunmadığı, %56,3'ünün 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı, %18,7'sinin 3–6 defa, 1–2 ve 7–9 defa bakım alanların %12,5 ile benzer dağılım gösterdiği görülmektedir. Kadınların mesleği ile son gebelikte antenatal bakım alma sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (  $p=0,002$  ). Yapılan ileri ki kare analizinde bu anlamlılığı; çalışan kadınların çoğunluğunun 10 ve daha fazla sayıda bakım almasının sağladığı bulunmuştur.

Sosyal güvencesi olmayanların %40,4'ünün 3–6, %37,6'sının 1–2 bakım aldığı, bakım almayanların %8,3, 10 ve daha fazla sayıda bakım alanların %8,2 olduğu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'a bağlı olan annelerden bakım almayan kimse bulunmazken; %52,5'inin 10 ve daha fazla sayıda, %25'inin 3–6, %15'inin 7–9 defa bakım aldığı, Yeşil Kartlı annelerin %36,7'sinin 3–6, %33,7'sinin 1–2 defa, SSK'lı annelerin %39,4'ünün 3–6, %23,5'inin 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı görülmektedir. Kadınların sosyal güvencesi ile son gebelikte aldıkları antenatal bakım sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (  $p=0,000$  ). Yapılan ileri ki kare analizine göre; bu anlamlılığı, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'a bağlı annelerde 10 ve daha fazla sayıda bakım alanların yüksek olması sağlamaktadır.

Geniş aile tipine sahip olan annelerin %40,4'ünün 3–6, %35,5'inin 1–2 bakım aldığı, çekirdek aileye sahip annelerin %35,7'sinin 3–6, %26,6'sının 1–2, %21,8'unun 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı görülmektedir. Kadınların aile tipleri ile son gebelikte

aldıkları antenatal bakım sayıları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki vardır (  $p=0,000$  ). Yapılan ileri analizlerde bu anlamlılığı geniş aile tipine sahip annelerin çoğunluğunun 10 ve daha fazla sayıda bakım almasının sağladığı anlaşılmıştır.

Köy/kasabada yaşayanların %40'ının 1-2, %31,3'ünün 3-6 bakım aldığı, il/ilçe merkezinde yaşayanların %38,6'sının 3-6, %26,8'inin 1-2, %19,3'ünün 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı, %3,5'inin bakım almadığı görülmektedir. Kadınların yerleşim yeri ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardır (  $p=0,025$  ). Yapılan ileri analizlerde bu anlamlılığın; köy/kasabada yaşayanların çoğunlukla 1-2 defa bakım almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Düzenli geliri olmayan ailelerde kadınların %38,9'unun 1-2, %32,8'inin 3-6, %11,6'sının 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı, ailesinin 380 YTL altında aylık geliri olan kadınların %40,8'inin 3-6, %30,6'sının 1-2, %15'inin 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı, 527 YTL üzerinde aylık geliri olanların %47,6'sının 10 ve daha fazla sayıda, %31,7'sinin 3-6, %14,3'ünün 7-9 defa bakım aldığı, bakım almayanların %1,6 olduğu görülmektedir. Ailelerin aylık geliri arttıkça kadınların antenatal bakım alma sayısının arttığı görülmektedir. Kadınların ailelerinin aylık geliri ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (  $p=0,000$  ). Yapılan ileri ki kare analizine göre; bunu sağlayan aylık geliri 526 YTL üzerinde olan ailelerde kadınların yarısının 10 ve daha fazla sayıda antenatal bakım almasıdır.

**Tablo 23: Araştırmaya Katılanların Eşlerinin Özellikleri(egitim, meslek)ne Göre Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı Dağılımları**

Eşlerinin Özellikleri	Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı										Toplam	
	Bakım Almayan		1-2		3-6		7-9		10 ve ↑			
Eş Eğitim	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	3	8,8	15	44,1	11	32,4	1	2,9	4	11,8	34	100,0
Okuryazar	3	13,6	11	50,0	7	31,8	0	0	1	4,6	22	100,0
İlkokul	15	4,1	119	32,3	142	38,6	38	10,3	54	14,7	368	100,0
Ortaokul	2	2,7	18	24,3	22	29,7	15	20,3	17	23,0	74	100,0
Lise+Y.okul	0	0	8	9,6	34	41,0	13	15,7	28	33,7	83	100,0
$\chi^2=60,290$ SD=16 p=0,000												
Eş Meslek												
Memur	0	0	1	5,9	2	11,8	4	23,5	10	58,8	17	100,0
İşçi	11	3,1	100	28,6	141	40,3	44	12,6	54	15,4	350	100,0
Serbest m.	3	2,9	28	26,9	35	33,7	14	13,5	24	23,0	104	100,0
Çiftçi	5	10,8	16	34,8	16	34,8	1	2,2	8	17,4	46	100,0
İşsiz	4	6,3	26	40,6	22	34,3	4	6,3	8	12,5	64	100,0
$\chi^2=46,598$ SD=16 p=0,000												
<b>Toplam</b>	23	4,0	171	29,4	216	37,2	67	11,5	104	17,9	581	100,0

Tablo 23’de araştırmaya katılanların eşlerinin özelliklerine göre son gebelikte antenatal bakım alma sayısı incelendiğinde; eşlerin eğitim durumu ilkokul altında kalan kişilerin ( okur yazar ve okur yazar değil ) antenatal bakım almama ya da 1–2 kez alma yönünden eğilimleri olduğu söylenebilir. Eşlerin eğitim durumu ilkokul olduğunda 7–9 bakım alma %10,3 , 10 ve daha fazla bakım alma %14,7 iken eşleri ortaokul mezunu olanlarda 7–9 bakım alma %20,3, 10 ve daha fazla bakım alma %23,0 , lise ve yüksekokul mezunu olanlarda 7–9 bakım alma %15,7 , 10 ve daha fazla bakım alma %33,7’dir. Eşlerin eğitim durumu okur yazar değil ve okur yazar olanlar en fazla 1–2 antenatal bakım almakta ve eşlerin eğitim durumu ortaokul ve üzeri olanlar ise 7–9 ve üzeri sayıda antenatal bakım almaktadır. Öyle ki; eşleri ortaokul mezunu olanların yarıya yakını ( %43,3 ) ve eşleri lise ve yüksekokul mezunu olanların yarıya yakını ( %49,4 ) 7–9 ve üzeri antenatal bakım almalarına karşın eşlerin eğitim durumu okur yazar değil ( %52,9 ) ve okur yazar ( %63,6 ) olanların yarısından fazlası antenatal bakımı 1–2 kez veya hiç almamaktadır. Dolayısıyla eşlerin eğitim durumu yükseldikçe antenatal bakım alma sayısının yükseldiği görülmektedir. Eşlerin eğitim durumu ile gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede ilişki bulunmaktadır (  $p=0,000$  ). Yapılan ileri ki kare analizinde bu anlamlılığın; lise ve yüksekokul mezunu olan kadınların çoğunlukla 3–6 defa bakım almasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların eşlerinin mesleklerine göre son gebelikte antenatal bakım alma sayısı incelendiğinde; eşinin mesleği ifti olanların %10,8’i ve işsiz olan kişilerin %6,3’ gebelikte antenatal bakım almazken, 1–2 bakım alanlar eşi ifti olanlarda %34,8 , işsiz olanlarda %40,6’dır. Eşlerin mesleki durumu memur ve serbest meslek olduğunda 7–9 bakım alma %23,5 ve %13,5 , 10 ve üzeri sayıda bakım alma %58,8 ve %23,0 olarak bulunmuştur. İşçi grubunda ise genel eğilim %40,3 ile 3–6 bakım alanlardadır. Eşlerinin mesleki statüsü ifti ve işsiz olanlar en fazla 1–2 kez antenatal bakım almakta yada hiç bakım almamakta, eşlerinin mesleki statüsü işçi olanlar 3–6 kez antenatal bakım almakta ve mesleki statüsü memur ve serbest meslek olanlar ise 7–9 ve üzeri sayıda antenatal bakım almaktadırlar. Kadınların eşlerinin meslek sınıfları, onların antenatal bakım alma sayısında etkilidir. Araştırmaya katılanların eşlerinin meslekleri ile gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur (  $p=0,000$  ). Yapılan ileri ki kare analizinde anlamlılığın; eşi memur olanların daha çok 10 ve daha fazla sayıda bakım almasından kaynaklandığı saptanmıştır.

**Tablo 24: Araştırmaya Katılanların Doğurganlık Özellikleri (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum, düşük, küretaj)ne Göre Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı Dağılımları**

Doğurganlık Özellikleri	Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı										Toplam	
	Bakım Almayan		1-2		3-6		7-9		10 ve ↑			
Gebelik Sayısı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-2	10	3,5	80	28,3	116	41,0	30	10,6	47	16,6	283	100,0
3-4	2	1,2	50	29,1	68	39,5	23	13,4	29	16,8	172	100,0
5 ve ↑	11	8,7	41	32,6	32	25,4	14	11,1	28	22,2	126	100,0
$\chi^2=19,810$ SD=8 p=0,011												
<b>Canlı Doğum Sayısı</b>												
0	6	3,3	51	28,3	73	40,6	14	7,8	36	20,0	180	100,0
1-2	6	2,3	67	25,3	111	41,9	38	14,3	43	16,2	265	100,0
3-4	5	5,3	36	37,9	24	25,3	10	10,5	20	21,0	95	100,0
5 ve ↑	6	14,6	17	41,5	8	19,5	5	12,2	5	12,2	41	100,0
$\chi^2=35,707$ SD=12 p=0,000												
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>												
0	6	3,2	52	27,5	75	39,7	16	8,5	40	21,1	189	100,0
1-2	7	2,6	70	25,9	113	41,8	38	14,1	42	15,6	270	100,0
3-4	4	4,7	32	37,6	22	25,9	9	10,6	18	21,2	85	100,0
5 ve ↑	6	16,2	17	46,0	6	16,2	4	10,8	4	10,8	37	100,0
$\chi^2=38,305$ SD=12 p=0,000												
<b>Ölü Doğum</b>												
Var	0	0	19	29,7	20	31,3	10	15,6	15	23,4	64	100,0
Yok	23	4,5	152	29,4	196	37,9	57	11,0	89	17,2	517	100,0
$\chi^2=5,805$ SD=4 p=0,214												
<b>Düşük</b>												
Var	5	3,4	39	26,4	48	32,4	19	12,8	37	25,0	148	100,0
Yok	18	4,1	132	30,5	168	38,8	48	11,1	67	15,5	433	100,0
$\chi^2=7,898$ SD=4 p=0,95												
<b>Küretaj</b>												
Var	1	2,3	9	20,4	16	36,4	7	15,9	11	25,0	44	100,0
Yok	22	4,1	162	30,2	200	37,2	60	11,2	93	17,3	537	100,0
$\chi^2=3,775$ SD=4 p=0,436												
<b>Toplam</b>	23	4,0	171	29,4	216	37,2	67	11,5	104	17,9	581	100,0

Tablo 24'te araştırmaya katılanların doğurganlık özelliklerine göre son gebelikte antenatal bakım alma sayısı incelendiğinde; 3-6 bakım almanın her grupta yüksek olduğu görülmektedir. Gebelik sayısı 1-2 arasında olanların %41 ile daha fazla 3-6 antenatal bakım alma eğiliminde olmasına karşın gebelik sayısı 5 ve üzeri olanlarda %8,7 ile antenatal bakım almamanın daha fazla olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, artan gebelik sayısının antenatal bakım alma eğilimini düşürdüğü söylenebilir. Araştırmaya katılanların gebelik sayısı ile gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ( p=0,011 ). Yapılan ileri ki kare analizinde bu anlamlılığın; 5 ve daha fazla sayıda gebeliği olanların daha çok 1-2 bakım almasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların canlı doğum sayısına göre son gebelikte antenatal bakım alma sayısı incelendiğinde; canlı doğum sayısı 1-2 arasında olanların %41,9 ile daha fazla 3-6 ve %14,3 ile 7-9 antenatal bakım aldığı ve canlı doğum sayısı 3-4 arasında olanların %37,9 ile daha fazla 1-2 antenatal bakım almasına karşın canlı doğum sayısı 5 ve üzeri olanlarda %14,6 ile antenatal bakım almama daha fazla görülmektedir. Canlı doğumu olmayanlarda ise belli bir sayıda antenatal bakım alma sayısı eğilimi gözükmemektedir. Dolayısıyla, artan canlı doğum sayısının antenatal bakım alma eğilimini düşürdüğü söylenebilir. Araştırmaya katılanların canlı doğum sayısı ile gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede ilişki olduğu söylenebilir (  $p=0,000$  ). Yapılan ileri ki kare analizinde bu anlamlılığın; 5 ve daha fazla sayıda canlı doğumu olanların daha çok 1-2 bakım almasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların yaşayan çocuk sayısına göre son gebelikte antenatal bakım alma sayısı incelendiğinde; yaşayan çocuk sayısı 1-2 arasında olanların %41,8 ile daha fazla 3-6 ve %14,1 ile 7-9 antenatal bakım aldığı ve yaşayan çocuk sayısı 3-4 arasında olanların %37,6 ile daha fazla 1-2 antenatal bakım almalarına karşın yaşayan çocuk sayısı 5 ve üzeri olanların %16,2 ile daha fazla antenatal bakım almadığı görülmektedir. Yaşayan çocuğu olmayanların ise belli bir sayıda antenatal bakım alma sayısı eğilimi gözükmemektedir. Dolayısıyla, artan yaşayan çocuk sayısının antenatal bakım alma eğilimini düşürdüğü söylenebilir. Araştırmaya katılanların yaşayan çocuk sayısı ile gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmaktadır (  $p=0,000$  ). Yapılan ileri ki kare analizinde bu anlamlılığın; 5 ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu olanların daha çok 1-2 bakım almasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Ölü doğumu olan kadınlarda bakım almayan bulunmazken; %31,3'ünün 3-6, %29,7'sinin 1-2 ve %23,4'ünün 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı, ölü doğumu olmayan kadınların %37,9'unun 3-6, %29,4'ünün 1-2, %17,2'sinin 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı görülmektedir. Kadınların ölü doğum yapması ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan ilişki yoktur (  $p=0,214$  ).

Düşüğü olan kadınların %32,4'ünün 3-6, %26,4'ünün 1-2, %25'i 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı, düşüğü olmayanların %38,8'inin 3-6, %30,5'inin 1-2, %15,5'inin 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı görülmektedir. Kadınların düşük yapması ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan ilişki yoktur (  $p=0,95$  ).

Küretajı olan kadınların %36,4'ünün 3-6, %25'inin 10 ve daha fazla sayıda, %20,4'inin 1-2 bakım aldığı, küretajı olmayanların %37,2'sinin 3-6, %30,2'sinin 1-2

bakım aldığı görülmektedir. Kadınların küretaj olması ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan ilişki yoktur (  $p=0,436$  ).

**Tablo 25: Araştırmaya Katılanların Bir Önceki Doğum Özellikleri(doğum şekli,doğum yeri)ne Göre Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı Dağılımları**

Bir Önceki Gebelikte	Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı										Toplam	
	Bakım Almayan		1-2		3-6		7-9		10 ve↑			
Doğum Şekli	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Vajinal yolla	12	7,5	47	29,2	58	36,0	14	8,7	30	18,6	161	100,0
Sezaryenle	4	1,9	64	30,6	78	37,3	30	14,4	33	15,8	209	100,0
$\chi^2=9,438$ SD=4 p=0,51												
Doğum Yeri												
Evdekendi ken	3	33,3	4	44,4	0	0	0	0	2	22,2	9	100,0
Evde sağlık personeli ile	3	16,7	5	27,8	6	33,3	2	11,1	2	11,1	18	100,0
Devlet hastane	8	3,1	78	29,8	103	39,3	30	11,4	43	16,4	262	100,0
Özel hastane	2	2,5	24	29,6	27	33,3	12	14,8	16	19,8	81	100,0
$\chi^2=32,860$ SD=12 p=0,001												
<b>Toplam</b>	16	4,3	111	30,0	136	36,8	44	11,9	63	17,0	370*	100,0

\* Kadınlardan 211 kişinin ilk doğumu olduğu için tabloda yer almamaktadır

Araştırmaya katılanlardan daha önce doğum yapanların doğum şekli ile gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (  $p=0,51$  ). Yani kişilerin antenatal bakım alma sayılarının doğum şeklini etkilediği söylenemez. Ancak istatistiksel olarak anlam taşımamakla birlikte, bakım almayanların ağırlıklı olarak ( %75 ) vajinal yolla doğum yaptıkları söylenebilir.

Araştırmaya katılanların doğum yerine göre son gebelikte antenatal bakım sayısı incelendiğinde; kişilerin antenatal bakım alma sayısına bakmaksızın ağırlıklı olarak ( %71 ) devlet hastanesini tercih ettikleri görülür. Ancak ayrıntılar incelendiğinde; özellikle antenatal bakım almayanlarda, evde kendi kendine doğum yapanların oranı beklenenden fazladır. Ayrıca 3-6 ve 7-9 antenatal bakım alanlarda evde kendi kendine doğum yapma oranlarının beklenenden az olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılanların doğum yeri ile gebelikte antenatal bakım sayısı almaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (  $p=0,001$  ). Yapılan ileri ki kare analizinde bu anlamlılığın; evde kendi kendine doğum yapanların çoğunluğunun 1-2 bakım almasından kaynaklandığı belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, 7-9 ile 10 ve üzeri antenatal bakım alanların diğer gruplara oranla özel hastanede doğum yapma tercihleri

daha yüksek olduğu söylenebilir. Son olarak ifade etmek gerekirse antenatal bakım sayısı arttıkça kişilerin devlet hastanesi ve hatta özel hastanelere yöneldiği söylenebilir.

**Tablo 26: Araştırmaya Katılanların Bu Sezaryen Özellikleri(sezaryen olma sebebi, sezaryen sayısı)ne Göre Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı Dağılımları**

Bu Sezaryen Özellikleri	Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı										Toplam	
	Bakım Almayanlar		1-2		3-6		7-9		10 ve↑			
Sezaryen Sebebi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Geçir- Sez	4	1,9	65	31,1	77	36,8	30	14,4	33	15,8	209	100,0
Anneye ait	5	3,9	42	32,5	54	41,9	8	6,2	20	15,5	129	100,0
Bebeğe ait	13	7,1	50	27,2	69	37,5	24	13,0	28	15,2	184	100,0
Med-Sosyl	1	1,7	14	23,7	16	27,1	5	8,5	23	39,0	59	100,0
$\chi^2=33,233$ SD=12 p=0,001												
Sezaryen Sayısı												
1	19	5,3	99	27,6	136	37,9	35	9,7	70	19,5	359	100,0
2	3	2,0	51	33,8	51	33,8	23	15,2	23	15,2	151	100,0
3-5	1	1,4	21	29,6	29	40,8	9	12,7	11	15,5	71	100,0
$\chi^2=10,631$ SD=8 p=0,223												
<b>Toplam</b>	23	4,0	171	29,4	216	37,2	67	11,5	104	17,9	581	100,0

Araştırmaya katılanların sezaryen olma sebeplerine göre antenatal bakım alma sayıları incelendiğinde; kadınların çoğunluğunun ( %36 ) geçirilmiş sezaryenden dolayı sezaryen olduğu görülmektedir. Son gebelikte antenatal bakım almada 3-6 bakım alanlar ( %37 ) daha yoğundur. Antenatal bakım almayanlara yapılan sezaryenlerin yarıya yakını (%56,5) bebeğe ait nedenlerden dolayıdır. Mediko-Sosyal sebeplerle sezaryen olanlar incelendiğinde bu grupta 10 ve daha fazla antenatal bakım alanların fazlalığı ( %38,9 ) göze çarpmaktadır. Araştırmaya katılanların sezaryen olma sebepleri ile antenatal bakım alma sayıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir ( p=0,001 ). Yapılan ileri ki kare analizinde bu anlamlığın; mediko-sosyal sebeplerle sezaryen olanların çoğunlukla 10 ve daha fazla antenatal bakım almasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların sezaryen sayısına göre antenatal bakım alma sayıları incelendiğinde; 1 kez sezaryen olanların %37,9'u 3-6 antenatal bakım alırken, %27,6'sı 1-2 bakım aldığı, %5,3'ünün bakım almadığı, 2 sezaryen olanlarda 1-2 ve 3-6 bakım alanların %33,8 ile benzer dağılımlar gösterdiği, 3-5 defa sezaryen olanların %40,8'inin 3-6 %29,6'sının 1-2 bakım aldığı görülmektedir. Sezaryen sayısı ile antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur ( p=0,223 ). Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber sezaryen sayısı arttıkça bakım almayan oranının azaldığı görülmektedir.

**Tablo27: Araştırmaya Katılanların Son Gebelik Aralığına Göre Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı Dağılımları**

Son Gebelik Aralığı (ay)	Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı										Toplam	
	Bakım Almayan		1-2		3-6		7-9		10 ve↑			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
< 24	6	4,2	43	30,1	54	37,7	17	11,9	23	16,1	143	100,0
24-48	8	4,4	62	33,9	59	32,2	22	12,0	32	17,5	183	100,0
> 48	3	2,5	28	23,7	46	39,0	16	13,6	25	21,2	118	100,0
$\chi^2=5,467$ SD= 8 p=0,707												
<b>Toplam</b>	17	3,8	133	30,0	159	35,8	55	12,4	80	18,0	444*	100,0

\* Kadınlardan 137 kişinin ilk gebeliği olduğu için tabloda yer almamaktadır

Araştırmaya katılanlardan daha önce gebe kalanların son gebelik aralığına göre son gebelikte antenatal bakım alma sayıları incelendiğinde; gebelik aralığı ile antenatal bakım alma sayısı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (  $p=0,707$  ). Yani son gebelik aralığının antenatal bakım alma sayısı üzerine etkisi yoktur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber 24 aydan kısa aralıkla gebe kalan kadınların %37,7 ile 3-6 , %30,1 ile 1-2 bakım almaya eğilim gösterdikleri ve 10 ve daha fazla bakım alanların çoğunlukla ( %21,2 ) 48 aydan uzun gebelik aralığına sahip olanlarda bulunduğu görülmektedir.

**Tablo28: Araştırmaya Katılanların Gebeliği İsteme Durumuna Göre Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı Dağılımları**

Gebeliği İsteme Durumu	Son Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayısı										Toplam	
	Bakım Almayan		1-2		3-6		7-9		10 ve↑			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İstenilen	15	3,4	129	29,2	163	36,9	47	10,6	88	19,9	442	100,0
İstenmeyen	8	5,8	42	30,2	53	38,1	20	14,4	16	11,5	139	100,0
$\chi^2=7,033$ SD=4 p=0,134												
<b>Toplam</b>	23	4,0	171	29,4	216	37,2	67	11,5	104	17,9	581	100,0

Araştırmaya katılanların gebeliği isteme durumuna göre son gebelikte antenatal bakım alma sayısı dağılımları incelendiğinde; son gebeliğine isteyerek gebe kalanların %36,9'unun 3-6, %29,2'sinin 1-2, %19,9'unun 10 ve daha fazla sayıda son gebelikte antenatal bakım aldığı, %3,4'ünün bakım almadığı, istemeden gebe kalanların %38,1'inin 3-6, %30,2'sinin 1-2, %14,4'ünün 7-9 bakım aldığı, %5,8'inin bakım almadığı görülmektedir.

Son gebeliği isteme durumu ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur (  $p=0,134$  ).

**Tablo 29: Araştırmaya Katılanların Sezaryen Haftasına Göre Bu Sezaryeni Olma Sebebi Dağılımları**

Sezaryen Haftası	Bu Sezaryeni Olma Sebebi								Toplam	
	Geçirilmiş sezaryen		Anneye ait sebepler		Bebek ve eklerine ait sebepler		Mediko-Sosyal sebepler			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
< 38 hf	8	18,6	5	11,6	28	65,1	2	4,7	43	100,0
38–40 hf	187	39,1	110	23,0	132	27,6	49	10,3	478	100,0
> 40 hf	14	23,3	14	23,3	24	40,0	8	13,3	60	100,0
$\chi^2= 30,798$ SD= 6 p=0,000										
<b>Toplam</b>	209	36,0	129	22,2	184	31,7	59	10,2	581	100,0

Araştırmaya katılanların sezaryen haftasına göre sezaryen sebepleri incelendiğinde; sezaryenler çoğunlukla 38–40. gebelik haftasında olduğu görülmektedir. Sezaryen olma nedenlerine bakıldığında %39,1'inin geçirilmiş sezaryenden dolayı, %27,6'sının bebek ve eklerine ait sebeplerden dolayı, %23,0'ının anneye ait sebeplerden dolayı ve %10,3'ünün mediko-sosyal sebeplerden dolayı sezaryen olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların sezaryen haftası ile sezaryen nedenleri arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur ( p=0,000 ). Yapılan ileri ki kare analizine göre bu anlamlılığı; bebek ve eklerine ait sebeplerden dolayı sezaryen olanların çoğunlukla gebeliğin 38. haftasından önce sezaryen olması sağlamaktadır.

**Tablo 30: Araştırmaya Katılanların Bu Sezaryendeki Bebeklerin Doğum Ağırlığına Göre Sezaryen Olma Sebebi Dağılımları**

Bebeğin Doğum Ağırlığı(gr)	Bu Sezaryeni Olma Sebebi								Toplam	
	Geçirilmiş sezaryen		Anneye ait sebepler		Bebek ve eklerine ait sebepler		Mediko-Sosyal sebepler			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
≤ 2500	23	29,5	9	11,5	37	47,4	9	11,5	78	100,0
2600–3900	169	38,6	102	23,3	121	27,6	46	10,5	438	100,0
≥ 4000	14	29,8	15	31,9	14	29,8	4	8,5	47	100,0
$\chi^2= 17,086$ SD= 6 p=0,009										
<b>Toplam</b>	206	36,6	126	22,4	172	30,5	59	10,5	563*	100,0

\*Bebeklerden 18 tanesi tartılmadığı için tabloda yer almamaktadır.

Araştırmaya katılanların sezaryen olma sebebine göre bebeğin doğum ağırlığına genel olarak bakıldığında; bebeklerin çoğunluğunun ( %77,8 ) doğum ağırlığının 2600–3900 gr arasında olduğu söylenebilir. 2600–3900 gr arasında bebek doğuran kadınların %38,6'sının geçirilmiş sezaryenden, %27,6'sının bebek ve eklerine ait, 4000 gr ve üzerinde doğum yapanların %31,9'unun anneye ait sebeplerden dolayı sezaryen olduğu, geçirilmiş sezaryen ile bebek ve eklerine ait sebeplerden dolayı sezaryen

olanların %29,8 ile benzer dağılım gösterdiği görülmektedir. Araştırmaya katılanların sezaryen olma sebebi ile bebeğin doğum ağırlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu söylenebilir (  $p=0,009$  ). Yapılan ileri ki kare analizinde bu anlamlılığın; 2500 gr ve altında bebek doğuranların çoğunlukla bebek ve eklerine ait sebeplerden dolayı sezaryen olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

**Tablo 31: Araştırmaya Katılanların Önceki Sezaryenden Sonra Yara Enfeksiyonu Görülme Durumuna Göre Sezaryen Sayısı Dağılımları**

Önceki Sezaryenden Sonra Yara Enfeksiyonu	Sezaryen Sayısı				Toplam	
	2		3-5			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	19	45,2	23	54,8	42	100,0
Yok	132	73,3	48	26,7	180	100,0
$\chi^2=12,357$ SD=1 $p=0,000$						
<b>Toplam</b>	151	68,0	71	32,0	222*	100,0

\*Kadınlardan 359 kişi daha önce sezaryen olmadığı için bu tabloda yer almamaktadır.

Araştırmaya katılanlardan daha önce sezaryen olan kadınların sezaryen sayısına göre önceki sezaryenden sonra yara enfeksiyonu görülme durumu incelendiğinde; daha önce sezaryen olan kadınların %18,9'unda yara enfeksiyonu olduğu görülmektedir. 2 sezaryeni olanların %12,5'inde enfeksiyon görülürken, 3-5 sezaryen olanların %32,3'ünde enfeksiyon görülmüştür. Araştırmaya katılanlardan daha önce sezaryen olan kadınların sezaryen sayısına göre önceki sezaryenden sonra yara enfeksiyonu görülme durumu arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmaktadır (  $p=0,000$  ). Yapılan ileri ki kare analizinde bu anlamlılığın; 3-5 arasında sezaryen olanların enfeksiyon görülme oranının yüksekliğinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

**Tablo 32: Araştırmaya Katılanların Son Gebelik Aralığına Göre Sezaryen Sayısı Dağılımları**

Son Gebelik Aralığı	Sezaryen Sayısı						Toplam	
	1		2		3 ve ↑			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
< 24 ay	78	54,5	47	32,9	18	12,6	143	100,0
24-48 ay	68	37,2	82	44,8	33	18,0	183	100,0
> 48 ay	76	64,4	22	18,6	20	17,0	118	100,0
$\chi^2=27,628$ SD=4 $p=0,000$								
<b>Toplam</b>	222	50,0	151	34,0	71	16,0	444*	100,0

\* Kadınlardan 137 kişinin ilk gebeliği olduğu için bu tabloda yer almamaktadır.

Araştırmaya katılanlardan daha önceden doğum yapanların son gebelik aralığına göre sezaryen sayısı incelendiğinde; kadınların yarısının 1 defa, %34'ünün 2 ve

%16'sının 3-5 defa sezaryen olduğu görülür. Son gebelik aralığının daha çok ( %41,2 ) 24-48 ay arasında olduğu görülmektedir. 3-5 arasında sezaryen olanlarda son gebelik aralığının bir fark yarattığı istatistiksel olarak söylenemez. Son gebelik aralığı 24-48 ay olanlarda 2 defa sezaryen olma beklenenden fazla iken, 1 defa olanların sayısı beklenenden azdır. 1 defa sezaryen olanların ise daha çok son gebelik aralığı 48 ay ve daha fazla olan kişiler olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılanların son gebelik aralığı ile sezaryen sırası arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmaktadır (  $p=0,000$  ). Yapılan ileri ki kare analizinde bu anlamlılığın; 48 aydan fazla ara verenlerin çoğunlukla ilk kez sezaryen olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

## TARTIŞMA

Gaziantep 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine 1.10.2005 - 31.12.2005 tarihleri arasında başvuran ve sezaryenle doğum yapan 581 kadının doğum öncesi bakım alma durumunun incelendiği bu çalışmada;

Kadınların %61,4'ü 20–29 yaş olarak belirlenmiştir. Kadınlar 15 ile 45 yaşları arasında olup, yaş ortalaması  $27,31 \pm 5,57$ 'dir. Kaya'nın 1999 yılında Çanakkale'de yaptığı çalışmada 35 yaş ve üzeri kadınlar %15'tir ve tüm kadınların yaş ortalaması  $26,31 \pm 0,68$ 'dir ( 67 ). Kadınların yaş ortalaması Çetin ve ark.'nın 2005 yılında Malatya'da yaptığı çalışmada 28,7, Çeber ve ark.'nın 2005 yılında Bornova'da yaptığı çalışmada  $25,8 \pm 4,64$ , Gerçek ve ark.'nın, 2005 yılında Sivas'ta yaptığı çalışmada  $27,6 \pm 5,4$ 'dür ( 68,69,70 ). Bulgumuz benzer çalışmalardaki kadınların yaş ortalaması ile uygunluk göstermektedir.

Kadınların; %22,6'sının okur-yazar olmadığı, %74,2'sinin okuma-yazma bildiği ve %70,2'sinin en az ilkokul okuduğu belirlenmiştir. Kadınlarda okuma-yazma oranı Kaya'nın 1999'da Çanakkale'de yaptığı çalışmada %89, , Karaçam'ın 1991 yılında Ankara'da yaptığı çalışmada %96, Kibar'ın Altındağ bölgesinde 1999'da yaptığı çalışmada %85 bulunmuştur ( 67,73,74 ). Kadınların eğitim durumu bizim çalışmamıza göre daha yüksektir. Bu durum Güneydoğu'da okula gitme oranının diğer bölgelere oranla daha düşük olmasından kaynaklanabilir.

Kadınların; %97,2'sinin ev hanımı olduğu; %2,8'inin çalıştığı görülmektedir. Kaya'nın 1999 yılında Çanakkale'de yaptığı çalışmada kadınların %81'i, Karadağ'ın 2001 yılında Balıkesir'de yaptığı çalışmada %83,7'si ev hanımı olarak bulunmuştur ( 67,75 ). Yapılan benzer çalışmalarda kadınların önemli bir bölümünün ev hanımı olmasına rağmen bizim çalışmamızda ev hanımı olan kadınlar daha fazladır. Araştırmamız bulgularının yüksek olmasının sebebi güneydoğuda geleneksel tutumlardan dolayı kadınların dışarıda çalışmaktan çok evde olmasının istenmesidir.

Sağlık hizmetlerine ulaşabilmede kadının sağlık güvencesinin olması etkin rol oynamaktadır. Kadınların sosyal güvence durumu incelendiğinde; %18,8'inin sosyal güvencesinin olmadığı, % 81,2'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu; %51,6'sının sahip olduğu sosyal güvencenin yeşil kart olduğu saptanmıştır. Kıran ve ark.'nın 2004 yılında Kahramanmaraş'ta yaptığı çalışma sonucu elde ettiği devlet hastanelerine daha çok yeşil kartlı dolayısıyla sosyo-ekonomik düzeyi düşük kadınlar başvurduğu için sezaryen oranının buralarda düşük olduğunu savunmasının tersine bizim çalışmamızda yeşil kartlıların yüksek olması sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kişilerde de sezaryen

olmanın yoğunluğunu göstermektedir ( 76 ). Boz'un 2002 yılında Sivas'ta yaptığı araştırmasına göre, yeşil kart sahibi olanlar %49,2 olup araştırmamızla uygunluk göstermektedir ( 77 ).

Kadınların %68,5'i çekirdek aileye sahip olmasının yanında, %31,5'inin geniş aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Turan ve ark.'nın 2003 yılında Sivas'ta yaptığı araştırmada %24'ü geniş aile tipindedir ( 16 ). Araştırmamızda yüksek bulunmasının sebebi burada güneydoğu yöresel özelliklere bağlı hala her üç kadından birinin akrabaları ile ortak yaşam alanı içinde yaşadığını görmekteyiz

Kadınların %80,2'sinin il/ilçe merkezinde, % 19,8 köy/kasabada yaşadıkları saptanmıştır. Türker ve ark.'nın 2001 yılında Balıkesir'de yaptığı araştırmada %43,4'ü il/ilçe merkezinde yaşamaktadır ( 75 ). Araştırmamızda merkezde yaşayan kesimin yüksek olması ilimizin çok fazla göç almasından kaynaklanmaktadır ( 71 ). Kadınların %61,9'u araştırmamızın yapıldığı ilde, %33'ü doğu ve güneydoğu illerinde doğmuştur. Bu durum da bize araştırma yapılan ilin doğu ve güneydoğudan büyük oranda göç aldığını göstermektedir.

Türk-İş'e göre, günümüzde kabul edilen 4 kişilik ailenin "açlık sınırı" 526YTL'dir ( 78 ). 2005 yılı sonu asgari ücret miktarı da 380 YTL olarak belirlenmiştir ( 79 ). Araştırmamıza katılan kadınların %25,5'i 380 YTL'nin altında, %29,8'i 380-526 YTL arasında aylık gelire sahiptir. Buna göre araştırmamızdaki kadınlar çoğunlukla sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlardır. Erol ve ark.'nın 2002 yılında İzmir'de yaptıkları araştırmada kadınların %45,5'i asgari ücretin altında, %39,5'i asgari ücret ile açlık sınırı arasında aylık gelire sahiptir ( 80 ). Bizim araştırmamızda bu oranların düşük olmasının sebebi düzenli gelire sahip olmayan ailelerin oranının fazla olmasından ( %34,1 ) kaynaklandığını düşünmekteyiz ( Tablo 5 ).

Araştırmamıza katılan kadınların; %60,8'inin eşinin 25-34 yaş grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Eşlerin yaş ortalaması  $31,21 \pm 6,95$  ( min:19-max:65 )'tir. Yıldız'ın çalışmasında bu oran %62,8 olup araştırmamızla uygunluk göstermektedir ( 65 ).

Kadınların eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında; eşlerin %5,9'u okur-yazar değil, %94,1'i okuma yazma bilmekte ve %90,3'ü en az ilkokul mezunudur. Erbil'in 2003 yılında Ordu'da yaptığı araştırmada kadınların %98'inin eşi en az ilkokul mezunudur ( 81 ). Türkiye'de erkeklerde okur yazarlık oranı %95,7 ve kadınlardan daha yüksektir ( 71 ). Araştırmamızda da erkeklerin eğitimleri kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Ancak diğer araştırmalara göre bizde erkeklerde de okuma yazma oranının düşük olması bölgemizde eğitim seviyesinin geri kaldığını göstermektedir.

Kadınların eşlerinin %60,3'ü işçi, %7,9'u çiftçi, %2,9'u memur ve %11'i işsizdir. Türkiye'de resmi kayıtlara göre erkeklerde işsizlik oranı %10,5'dir ( 71 ). Araştırmamızda erkeklerde işsizlik yönünden Türkiye ortalamasıyla uygunluk göstermektedir ( Tablo 6 ).

Araştırmamıza katılan kadınların %77,1'i normal kabul edilen 26–30 gün arayla adet görmekte, %70,6'sının adeti 2–5 gün arasında sürmekte ve %10,8'i adetlerini düzensiz görmektedir. Kadınlarımızın %10'u sık aralarla ( 20-25 günde bir ), %29,4'ü fazla ( 6-10gün ) adet görmektedir. Uzun süre ve sık adet görme kadınlarda anemi oluşmasında önemli bir etkidir ( 37 )( Tablo 7 ).

Araştırmamıza katılan kadınların %44'ünün 19 yaş ve altında evlendikleri saptanmıştır. Tüm kadınların ilk evlilik yaşları 11 ile 37 yaş arasında olup, ortalaması  $20,7 \pm 4,24$  bulunmuştur. TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de kadınların ilk evlenme yaşları ortalaması  $20,0$ 'dir ( 55 ). Çalışmamızdaki bulgular Türkiye verileri ile uyumludur.

Kadınların %36'sı eşleri ile akrabadır. Türkiye'de her 5 evlilikten biri akraba evliliğidir ( 82,83 ). Akraba evliliği oranı Yıldız'ın 1994 yılında Ankara'da yaptığı araştırmada %19, Özbaşaran ve ark.'nın 2002 yılında Manisa'da yaptığı araştırmada %16,6, Kara'nın 2004 yılında İstanbul'da yaptığı araştırmada %18'dir ( 65,84,85 ). Araştırmamızda akraba evliliğinin Türkiye geneline göre yüksek olması, Güneydoğuda akraba evliliğinin yüksek olduğu gerçeğinin bilinen bir sonucudur.

Ülkemizdeki toplumsal değer yargılarından ötürü kadınların cinsel ilişkiye girdikleri süre evlilik süreleriyle doğru orantılıdır ( 75 ). Araştırmamıza katılan kadınların %47,3'ü evliliklerinin ilk dört yılı içinde olup en az 1 yıl en çok 27 yıllık evliler bulunmaktadır. Kadınların evlilik süresi ortalaması  $6,61 \pm 5,76$  yıldır. Biri'nin 2005 yılında Ankara'da yaptığı araştırmada evlilik süresi ortalaması  $7,13 \pm 4,89$  olup, araştırmamızla uyumludur ( 86 )( Tablo 8 ).

Araştırmamıza katılan kadınların %9,5'inin sürekli bir hastalığı var (%2,5 Astım, %1,4 Hipertansiyon, % 1,2 Diyabet, %1,2 Hepatit B, %1,1 Guatr, %1,0 böbrek sorunu, %0,5 epilepsi, %0,2 CMV, %0,2 Diyabet+HT., %0,2 Hepatit B+Astım+HT), %4,8'i sezaryen dışında bir ameliyat geçirmiştir. Boz'un 2002 yılında Sivas'ta yaptığı araştırmaya göre sürekli hastalık oranı %3,0'dır ( 77 ). Araştırmamızda bu oranın diğer araştırmalardan yüksek olmasının sebebini ilimizde hastalıklardan korunma konusunda

halkımızın yeterince bilinçli olmamasına bağlayabiliriz. Kadınların ailesinde sezaryen geçirme oranı %52,3'tür. Ailede sezaryenli bulunan kişilerde sezaryene ilginin artıp, kadınların bilinç altında sezaryene özendiğini düşünmekteyiz. Daha önce sezaryen olanların %18,9'unda sezaryen sonrasında enfeksiyon gelişmiştir. Her 5 gebeden biri sezaryen sonu enfeksiyon geçirmiştir. Kara'nın 2004 yılında İstanbul'da yaptığı araştırmada sezaryen sonrası komplikasyonlar içinde yara yeri enfeksiyonu %3,1 ile birinci sırada gelmektedir ( 85 )( Tablo 9 ).

Araştırmamıza katılan kadınların %58,5'inin ilk gebelik yaşı doğurganlığın en yüksek olduğu 20–29 yaş arasında, %35,3'ü riskli kabul edilen adölesan çağda ( 19 yaş ve altında ) ilk gebelik deneyimlerini yaşamışlardır. İlk gebelik yaşı ortalaması  $21,3 \pm 4,18$ 'dir. TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de ilk gebelik yaşı ortalaması 21,8'dir ( 55 ). Araştırmamız Türkiye verileri ile uyumludur. 20 yaşından önce anne olan kadınların oranı birçok ülkede toplumsal sorun olarak kabul edilen adölesan doğurganlığın boyutunu gösteren bir ölçüdür ( 87 ).

Kadınların %48,7'si 1–2 defa gebe kalmış, %21,7'si 5 ve daha fazla sayıda gebe kalmış olup, gebelik sayısı ortalaması  $3,16 \pm 2,18$ 'dir. Kadınların en yüksek gebe kalma sayısı 14'dür. Araştırmamızdaki kadınların %23,6'sının ilk gebeliğidir. Bu oran Kara'nın 2004 yılında İstanbul'da yaptığı araştırmada %21'dir ( 85 ). Türker ve ark.'nın 2001 yılında Balıkesir'de yaptığı araştırmada %42,1'i ilk gebeliktir ( 75 ).

Kadınların %45,6'sının 1–2 , %16,4'ünün 3–4, %7'sinin 5 ve 5'ten fazla sayıda canlı doğumu vardır. %31'inin canlı doğumu yoktur. Canlı doğum sayısı ortalaması  $2,36 \pm 1,69$  ve en fazla canlı doğum sayısı 10'dur.

Araştırmamıza katılan kadınların %46,5'inin 1–2, %14,6'sının 3–4, %6,4'ünün 5 ve üzeri sayıda yaşayan çocukları olduğu, %32,5'inin yaşayan çocuğu olmadığı saptanmıştır. Yaşayan çocuk sayısı ortalaması  $2,24 \pm 1,52$  ve yaşayan çocuk sayısı en fazla 8'dir. Türker ve ark.'nın 2001 yılında Balıkesir'de yaptığı araştırmada kadınların %83,7'sinin 1–2 çocuğa sahip olduğu bulunmuştur ( 75 ). Araştırmamızda bu oranın düşük çıkması, bölgemizde çok çocuğa sahip olmaya eğilimden kaynaklanabilir.

Daha önceden çocuk sahibi olan kadınların %21,7'sinin kız çocuğu, %12,8'inin erkek çocuğu yoktur. Bu kadınların kız ve erkek çocuk istemelerinin fazla sayıda gebe kalmalarına sebep olabileceğini düşünmekteyiz.

Kadınların %11'i en az bir kez ölü doğum, %25,5'inin en az bir kez düşük, yaptıkları, %7,6'sının en az bir kez küretaj oldukları saptanmıştır..

Kadınlarda ideal çocuk sayısı %59,6'sında 3–4, %31,2'sinde 1–2 arasındadır. İdeal çocuk sayısı ortalaması  $3,25 \pm 1,54$  olup en fazla istenilen çocuk sayısı 8'dir. Türkiye genelinde ideal çocuk sayısı 2,5 ve Doğu illerinde 3,1'dir ( 55,71 ). Araştırmamız Türkiye genelindeki araştırmalarla uyumludur.

Araştırmamıza katılan kadınların %31,2'sinin düşük doğum ağırlıklı bebek hikâyesi vardır. %0,3'ü dış gebelik geçirmiştir ( Tablo 10 ).

Araştırmamıza katılan kadınların %36'sı bir önceki doğumunu sezaryenle yapmış, %1,5'i daha önce sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapmıştır. Haziran 2005 Türkiye'de sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar %3,8 oranındadır ( 41 ). Araştırmamızda bu oranın düşük olması Güneydoğu için sevindiricidir. Kadınların %36,3'ünün ilk doğumudur. Kara 2004 yılında İstanbul'da sezaryen olanlar üzerinde yaptığı araştırmada bu oranı %38 bulmuştur ( 85 )( Tablo 11 ).

Kadınların %23,9'u istemeden gebe kaldıklarını söylemişlerdir. Erol ve ark.'nın İzmir'de yaptıkları araştırmada kadınların %31,3'ü, Tekiner ve ark.'nın 2004 yılında Malatya'da yaptıkları araştırmada kadınların %38'i istemeden gebe kalmıştır ( 80,88 ). Araştırmamızda istenmeyen gebeliklerin diğer araştırmalara oranla daha düşük bulunmasının sebebini, araştırmamızda %23,6 oranında ilk gebelikler olduğundan kaynaklandığını düşünmekteyiz. İlk gebeliği olan kadınlar dışında son gebelik aralığı incelendiğinde; gebelik aralığı 2 yıldan kısa olanlar %32,2'dir. TNSA 2003 verilerine göre doğu illerinde bu oran %31,7 olarak ifade edilmektedir ( 55 ). Araştırmamız Türkiye verileri ile uyumludur ( Tablo 12 ).

Araştırmamıza katılan kadınların gebelikleri sırasında hastalık durumlarını incelediğimizde; %2,4 ile en fazla oranda bulaşıcı hastalıklar bulunmaktadır. Yöremizde hepatit, tifo, dizanteri gibi hastalıklar yaygındır ve bu durum gebeleri de etkilemektedir. Kadınların %4'ü gebeliğinde sürekli hastalık tedavisi görmüş, %9,8'i gebeliğinde sigara kullanmıştır. Biri ve ark.'nın 2005 yılında Ankara'da yaptığı araştırmada sigara içen gebeler %13; Ayrancı ve ark.'nın 2002 yılında Eskişehir'de yaptığı araştırmada %16,4'tür ( 86,89 ). Ülkenin batısına doğru gidildikçe gebelerde sigara içme oranının yükseldiği görülmektedir ( Tablo 13 ).

Araştırmamıza katılan kadınların %27'si gebelikleri sırasında önceki beslenme düzenini değiştirmiştir. Boz'un ve Karaçam'ın araştırmalarına göre her iki kadından biri

gebeliği sırasında beslenmesinde değişiklik yapmıştır ( 73,77 ). Bizim araştırmamızda bu oranın düşük olmasının sebebini araştırmamızda sosyo-ekonomik durumu düşük olan kadınların daha fazla oranda bulunmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Kadınların %55,9'u gebeliği sırasında tartılmamış, %16,4'ü 1-9kg, %7,2'si 15 kg'dan fazla kilo almışlardır. Kadınların %36'sının gebeliği sırasında dişlerinde çürüme olması gebelikte ağız ve diş hijyenine gereken önem verilmediğini göstermektedir. Şirin ve ark.'nın 2002 yılında Adana'da yaptığı araştırmada kadınların gebelikleri sırasında hafif düzeyde depresyon yaşadığını, fakat bu depresyon düzeyinin gebelik sorunlarını etkilemediğini belirlemiştir ( 90 ). Çalışkan 2003 yılında Park Sağlık Ocağı Bölgesinde yaptığı araştırmada gebe kadınların depresyon puanını ( 13,47±9,65 ), gebe olmayanlardan ( 12,92±9,69 ) hafif yüksek bulmuştur ( 91 ). Gölbaşı ve ark.'nın Sivas'ta doğurgan çağıdaki evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %44'ünün çeşitli düzeylerde depresif semptom yaşadığını belirlemiştir ( 92 ). Bizim araştırmamızda kadınların %38'inde gebelikte ruhsal durum değişikliği saptanmıştır. Buna göre kadınlarımızın hayatının her döneminde ruhsal olumsuzluklar yaşadıklarını, bunun gebelikte daha fazla olduğunu düşünmekteyiz. Kadınların %43,5'inin gebeliği sırasında cinsel ilişki sıklığında değişiklik olmuştur. Gerçek'in 2005 yılında Sivas'ta yaptığı araştırmada kadınların %61'i gebelik sırasında cinsel isteklerinde azalma olduğunu belirtmişlerdir ( 70 )( Tablo 14 ).

Araştırmamıza katılan kadınlardan antenatal bakım almayanların bakım almama nedenleri içinde, sorunu olmadığı için gerek görmeyenlerin %52,1, maddi durumu iyi olmadığı için bakım alamayanların oranının %33,5 olduğu gözlenmiştir Kaya'nın araştırmasında da bakım almayı gereksiz görme ve maddi durumu iyi olmadığı için kontrole gitmeme ilk sıralarda yer almaktadır ( 67 ). Bu durumun kadınların antenatal bakım almanın gerekliliği ve sağlık güvencesi ile ücretsiz bakım alınabileceği konusundaki bilgi eksikliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz ( Tablo 15 ).

Araştırmamıza katılan katılanlardan tansiyon ölçtürenlerin %10'unun tansiyonunun yüksek çıktığı, kadınların %53,7'si gebeliklerinde ödem, idrar tahlil yapılanların %2'sinde proteinüri olduğu belirlenmiştir. Kadınların %18,8'inde varis, %57,3'ünde anemi, %60,4'ünde akıntı, %18,4'ünde vajinal kanama, %33,4'ünde kabızlık, %77,1'inde mide yanması, %69,9'unda bulantı-kusma şikayeti olduğu belirlenmiştir. Bulantı ve kusma %43,5 ile en çok birinci trimesterde görülmüştür, Yanikkerem'in 2004 yılında Manisa'da yaptığı araştırmada gebelikte bulantı kusma oranını %72,2 bulunmuştur ( 93 ). Araştırma sonuçlarımız diğer araştırmalarla uyumludur ( Tablo 16 ).

Araştırmaya katılanların kadınların %20,8'inin son gebelikten önce danışmanlık aldığı belirlenmiştir. Kadınların %96'sının en az 1 antenatal bakım almasına karşın sadece %47'sinin her üç dönemde antenatal kontrole gitmiş olması ve sadece %66,6'sının 3 ve daha fazla sayıda antenatal bakım alması kadınlarımızın antenatal kontrollerine düzenli olarak devam etmediklerini göstermektedir. Antenatal bakım alanların %30,6'sı 1-2 kez dışında kontrole gitmemiştir. Kaya'nın 1999'da Çanakkale'de yaptığı araştırmada antenatal kontrollere sadece 1-2 kez gidenler %30,4 olup araştırmamızla uyumludur ( 67 ). Buran'ın 2005 yılında Bursa'da yaptığı araştırmada kadınların %62,2'si düzenli olarak antenatal kontrole gitmiştir, %6,4'ü bakım almamıştır ( 94 ). Bizim araştırmamızda bakım almayan oranının %4,0 ile daha düşük olması araştırmamızın sezaryen olgularını kapsamasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Araştırmamızda gebe başına düşen izlem sayısı ortalaması  $5,16 \pm 4,49$  ( min:0-max:20 )'dur. DSÖ normal giden gebeliklerde en az 3 antenatal bakımı önermesine rağmen bizim, güneydoğuda yaptığımız bu araştırmada gebe başına düşen izlem sayısının yüksek çıkması amacımızın doğru olduğunu, sezaryen olan kadınların normal doğumlara kıyasla daha çok antenatal bakım aldıklarını göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların %38'i normal gebelik muayeneleri için, %37,7'si gebelikle ilgili şikâyetlerinden dolayı ilk kez antenatal bakım almıştır. Bu kadınların üç tanesinden ikisi ilk trimesterde ilk kez antenatal bakım almış, %8,8'i ise 3. trimestire kadar hiçbir şekilde muayene ve kontrol olmamıştır. Araştırmamızda ilk antenatal bakım alma hafta ortalaması  $12,35 \pm 8,5$  ( min:1-max:40 )'tir. Anne ve bebeğin sağlığı açısından gebelik tespitinin mümkün olan en erken zamanda yapılarak, mutlaka gebeliğin birinci trimesterinde doğum öncesi bakıma başlanması gerekmektedir ( 12 ). Kaya'nın araştırmasına göre antenatal bakım alma hafta ortalaması  $12,0 \pm 8,15$  olup araştırmamızla uyumluluk göstermektedir ( 67 )

Kadınların %65,1'i antenatal bakım hizmetleri için özel doktora gitmişlerdir. Araştırmamızdaki kadınların %81,2'si herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmasına karşılık bu oranın yüksek çıkması şaşırtıcıdır. Kadınlarımız sahip oldukları sağlık güvencesi ile devlet sağlık kuruluşlarından ücretsiz antenatal bakım alabileceklerini bilmediklerini düşünmekteyiz. Erbil'in 2003 yılında Ordu'da yaptığı araştırmada özel doktordan bakım alma oranı bizim araştırmamıza göre daha düşük ( %44 ) bulunmuştur ( 81 ). Bunun ilimizdeki sağlık ocağı ev ziyaretlerinin düşmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz ( 95 ). Kadınlar %86,7 ile antenatal bakım almada hekimlerden faydalanmaktadır. Çalışmadaki kadınlardan %9,3'ü en az 1 kez ebe ziyareti almıştır. Bu oran Erbil'in araştırmasında %30'dur ( 81 ). İlimizde ev ziyaretlerinin yapılmaması ve

gebelerin ebeleri unutmaması, tanımaması geliri düşük olsa bile onları özel hekimlere yönlendirmektedir.

Kadınlar gebelikleri sırasında %55,9 oranında antenatal kontrollere eşleriyle gitmektedirler. Güneydoğuda yaptığımız çalışmada gebelik gibi kadına özel olduğu düşünülen durumda bile erkeklerin eşlerini yalnız bırakmamaları sevindiricidir ( Tablo 17 ).

Araştırmamıza katılan kadınlar %93,0 ile neredeyse tamamı gebelikleri sırasında USG baktırmıştır. Bu oran Türkiye için %91'dir ( 55 ). Kadınların %15,5'inin kan basıncının ölçülmediği, %43,4'üne kan tahlili, %57,7'sine idrar tahlili yapılmadığı belirlenmiştir. Kaya kan tahlili yaptırmayanları %43,4 bulmuştur ve araştırmamızla aynı değerdedir ( 67 ). Kadınların %55,6'sının hiç aşılanmadığı, %15,8'inin 1 doz aşılandığı saptanmıştır. Şimşek ve ark.'nın 2003 yılında Şanlıurfa'da yaptığı araştırmada %77,4'ü hiç aşılanmamış, %10,4'ünün 1 doz aşılandığı bulunmuştur ( 96 ). Kişioğlu ve ark.'nın 2003 yılında Isparta'da yaptığı araştırmada kadınların %80,1'i gebeliğinde tetanoz aşısını tam yaptırmıştır ( 97 ). Tosun ve ark.'nın Manisa'da yaptıkları araştırmada 169 anneden 163'ü, neredeyse tamamı yakını tetanoz aşısı yaptırmıştır ( 98 ). Buna göre ülkenin doğusuna doğru gidildikçe gebelikte tetanoz aşılanmasına daha az önem verildiği düşünülebilir. Araştırmalarda antenatal bakımın temel konuları olan kan ve idrar tahlilleri ile aşılanma durumları düşük orandadır. Bu tahlillerle bir çok komplikasyon erken dönemde tespit edilebilir ve korunma sağlanabilir. Antenatal bakım alma oranının yüksekliğine rağmen en temel işlemlerin yapılmadığı kişi sayısının yüksek olması bize antenatal kontrollerin yetersiz ve niteliğinin düşük olduğu sonucunu vermektedir ( Tablo18 ).

Araştırmamıza katılan kadınların %58,5'i sezaryen olacağını eylem sırasında öğrenmiş, %6,4'ü kendi isteğiyle sezaryen olmuştur. Yıldız'ın araştırmasında eylem sırasında endikasyon koyma oranı %52,4 olup bulgular benzerdir ( 65 ). Kadınların %61,8'i 1 kez, %38,2'si birden fazla sayıda sezaryen olmuştur. Kadınların sezaryene alınma hafta ortalaması  $39,21 \pm 2,47$ 'dir. Miadında ( 38-40 haftalık ) sezaryen olma oranı %82,3'dür.

Kadınların %36'sı daha önceden sezaryen olduğu için son gebeliğinde de sezaryen olmuştur. Her üç sezaryenden biri bebeğe ait nedenle sezaryen olmaktadır. Anneye ait nedenle sezaryen olma oranı %22,2'dir. Geçirilmiş sezaryen oranı; Zeteroğlu ve arkadaşlarının araştırmasında %20,9, Dayan'ın araştırmasında %21,9, Erdemtok'un

araştırmasında %22,3, Al-Nobani'nin araştırmasında %25,44'tür ( 56,99,100,101 ). Kıran ve ark.'nın 2004 yılında Kahramanmaraş'ta 3 hastanede ( Devlet,SSK, Araştırma Hastaneleri ) yaptığı araştırmada sezaryen endikasyonu olarak geçirilmiş sezaryen ilk sırada yer almaktadır ( 76 ). Türker ve ark.'nın 2001 yılında Balıkesir'de yaptığı araştırmada da geçirilmiş sezaryen %26,8 ile ilk sırada endikasyon olarak yer almaktadır ( 75 ). “Bir kere sezaryen daima sezaryen” görüşü hakimdir ve sezaryen oranının fazla olması ülke ekonomisi için kayıptır. Araştırmamızda geçirilmiş sezaryenden dolayı tekrar sezaryen olma daha yüksek bulunmuştur. Kadınların %85,9'una genel anestezi, %14,1 spinal anestezi uygulanmıştır. Yıldız'ın araştırmasında spinal anestezi olma %58,1'dir ( 65 ). Araştırmamızda spinal anestezi uygulamalarının düşük olması sezaryen olanların bu konuda bilgi sahibi olmadığından talep edilmemesinden kaynaklandığı düşünmekteyiz ( Tablo 19 ).

Araştırmaya katılan kadınların %13,4'ünün bebekleri düşük doğum ağırlıklı olmuş, %8,1'i 4000 gr ve üzerinde bebek doğurmuş ve bebeklerin ortalama ağırlığı  $3201 \pm 567$  gramdır. Kara'nın 2004 yılında İstanbul'da yaptığı araştırmada bebeklerin ağırlık ortalaması  $3213 \pm 609$ 'dur ( 85 ). Cebişi'nin 1998 yılında İzmir'de yaptığı araştırmasında düşük doğum ağırlıklı bebek oranı %11,3 bulunmuştur ( 42 ). Araştırmamızda düşük doğum ağırlıklı bebek oranının yüksek olması kadınlarımızın beslenme alışkanlıklarına bağlanabilir. Kadınların %3,1'inin bebeği ölü olduğu için tartılmamıştır. TNSA 2003'e göre son 20 yıl içinde ölü doğumlar bölgelere göre %1,4–1,7 arasında değişmektedir ( Tablo 20 ).

Araştırmamıza katılan kadınların %44'ü gebeliği önleyici yöntem kullanmamıştır. Herhangi bir yöntem kullananların %41,5'i gebelikten korunmak için modern yöntem seçmişlerdir. TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de modern yöntem kullanma oranı %42,5'dir ( 55 ). Araştırmamız Türkiye verileri ile uyumluluk göstermektedir. Kadınların 23,9'u son gebeliği istememesine rağmen sadece dörtte biri ( %23,3 ) etkili bir korunma yöntemi kullanmıştır. Gebelikten korunmada %26 ile en fazla oranda geri çekme, yöntem olarak kullanılmıştır.

Kadınların %24,4'ü doğumdan sonra RİA kullanmayı planlamakta, %31,3'ü doğumdan sonra hangi yöntemle gebelikten korunacaklarına henüz karar vermemişlerdir. Bu bize antenatal kontrollerde verilmesi gereken aile planlaması konusunda eğitim hizmetinin yeterince verilmediği göstermektedir. Kavak ve ark.'nın 2003 yılında Zeynep Kamil'de yaptığı araştırmada, kadınların doğum sırasında kontraseptif programları

uygulamaya çok istekli olduklarını ve iyi bir postpartum kontrasepsiyonun antenatal dönemde başlaması gerektiğini vurgulamıştır ( 102 ). Kadınların %15'i sezaryen sonrası tüpligasyon yaptırmıştır. Erbil ve ark.'nın 2004 yılında Ordu'da yaptığı araştırmada tüpligasyon yaptıran kadınların %80,6'sının bu operasyonu sezaryen operasyonu ile birlikte yaptırdığını bulunmuştur ( 103 ). Kıran ve ark.'nın 2004 yılında Kahramanmaraş'ta yaptığı araştırmada tüpligasyon yapılan sezaryenin tüm sezaryenler içindeki oranını devlet hastanesi için %10,5 olarak bulmuştur ( 76 ). Çalışkan ve ark.'nın Kocaeli'de yaptığı araştırmada sezaryen olan kadınların %34,5'i tüpligasyon olmayı kabul etmiştir ( 104 ). Kara'nın 2004 yılında İstanbul'da yaptığı araştırmada iki yıl sürede sezaryen olan tüm vakaların %28'ine tüpligasyon yapılmıştır ( 85 ). Diğer araştırmalarda olduğu gibi bizim araştırmamızda da kadınların sezaryen sonrası yüksek oranda tüpligasyon yaptırması sevindiricidir. Kadınlarımızın %32,7'sinin kocası gebelikten korunurken destek vermemektedirler ( Tablo 21 ).

Araştırmaya katılan kadınların demografik özelliklerine göre son gebelikte antenatal bakım sayısı dağılımları incelendiğinde; kadınların yaşları ile son gebelikte antenatal bakım alma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (  $p=0,478$  ). Her yaş grubunda 3–6 defa bakım alma daha yüksek, 30 yaşına kadar bakım alma sayısı artmakta, 30–34 yaş arasında 3–6 defa bakım alma, 35 yaşından sonra 1–2 defa bakım alma daha yüksektir. Hiç bakım almama adölesan gebeliklerde daha azken, 20–29 yaş grubunda artmaktadır. Bakım almayan sayısı 35 yaşından sonra ve 25–29 yaş grubunda benzer dağılım göstermekte ve 20–24 yaş grubunda da yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedenini üremenin yoğun olduğu çağlarda kadınların antenatal bakım almayı daha az önemsedikleri şeklinde değerlendirebiliriz. Kaya 1999 yılında Çanakkale'de yaptığı araştırmada 35 yaşından sonra bakım almayan sayısının fazla olduğu bulgulmuş olup araştırmamızla uyumludur ( 65 ).

Kadınların eğitim durumları ile son gebelikte aldıkları antenatal bakım sayıları arasında önemli derecede istatistiksel ilişki bulunmuştur (  $p=0,000$  ). Eğitim durumlarına baktığımızda kadınların çoğunluğunun ilkökul mezunu olduğunu görmekteyiz. Bunu okur yazar olmayanlar takip etmektedir. Bakım almayan sayısı okur yazar olmayanlarda ve ilkökul mezunu olanlarda yüksektir. İlkokulun üzerinde eğitim görenlerden sadece 1 kadın bakım almamıştır. İlkokul mezunu olan her 3 anneden ikisi 6 ve daha az sayıda bakım almıştır. Lise ve yüksekokul mezunu annelerin yarısı da 10 ve daha fazla sayıda bakım almıştır. Kadınlarımızda eğitim düzeyi yükseldikçe bakım alma sayısı artmakta ve bakım almayan sayısı azalmaktadır.

Kadınların mesleği ile gebelikte antenatal bakım alma sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (  $p=0,000$  ). Araştırmamızda ev hanımı kadınlar çoğunluğu oluşturmakta, çalışan kadınlar ise memur ve işçilerdir. Çalışan kadınlardan bakım almayan bulunmazken çoğunluğu 10 ve daha fazla sayıda bakım almıştır. Ev hanımı kadınların çoğunluğu 6 ve daha az sayıda bakım alanlardır. Kadınların ekonomik özgürlüğe sahip olması onların sağlık bakımı almaları üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Kadınların sosyal güvencesi ile son gebelikte aldıkları antenatal bakım sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (  $p=0,000$  ). Sosyal güvencesi olmayanların içinde bakım almayanlar, güvencesi olanların içinde bakım almayanlardan daha yüksektir. Kadınların çoğunluğunu Yeşil Kart sahipleri oluşturmaktadır. Emekli Sandığı ve Bağkur sahiplerinin yarısı 10 ve daha fazla sayıda bakım almıştır. Bakım almayanların çoğunluğu yeşil kartlılar olup bu kadınların üçte ikisi 7den az bakım alanlardır. Kadınların sosyal güvencesi olan olmayan arasında antenatal bakım alma durumunda fark olmasının yanında, sosyal güvence çeşidinin de büyük önemi vardır. Yeşil kartlıların sosyoekonomik düzeyi düşük olmasından dolayı sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadıklarını düşünmekteyiz.

Kadınların aile tipleri ile son gebelikte antenatal bakım sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (  $p=0,000$  ). Kadınların çoğunluğunun çekirdek aile tipinde olmasına rağmen geniş aile tipi de azımsanamayacak boyuttadır. Bakım almayan sayısı her iki grupta hemen hemen aynı, ancak yüzdeler dağılımlarına baktığımızda geniş aile tipinde bakım almayanların çoğunlukta olduğunu görmekteyiz. Geniş aile tipinde 7 den az bakım alanlar yoğun olarak bulunurken çekirdek aile tipinde 7 den fazla bakım alanların sayısı daha fazladır. Bu durumda kadınların aile tipinin onların gebelikte sağlık bakım hizmetini etkilediğini söyleyebiliriz.

Kadınların yerleşim yeri ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur (  $p=0,025$  ). İl/ilçe merkezinde yaşayan kadınlar çoğunluğu oluşturmaktadır. Köy/kasabada yaşayan kadınlar daha az bakım alırken il/ilçe merkezinde yaşayanlar daha fazla sayıda bakım almaktadır.

Kadınların ailelerinin aylık geliri ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (  $p=0,000$  ). Türk-İş'e göre, günümüzde kabul edilen 4 kişilik ailenin "açlık sınırı" 526YTL'dir(78). 2005 yılı sonu asgari ücret miktarı da 380 YTL olarak belirlenmiştir(79). Kadınların yarıdan fazlası açlık sınırının altında olup, üçte biri düzenli gelire sahip değildir. Buna göre araştırmamızdaki kadınlar çoğunlukla sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlardır. Düzenli geliri olmayanlarda bakım almayan sayısı düzenli geliri olanlardan daha fazladır. Açlık

sınırının üzerine çıktığımızda ise bakım almayan sayısı sadece 1 kişidir. Düzenli geliri olmayanlar ve asgari ücretin altında geliri olan ailelerde 1-2 ve 3-6 bakım alma daha yoğun bulunurken, açlık sınırının üzerinde gelire sahip ailelerde 10 ve daha fazla sayıda bakım alanlar çoğunluktadır. Ailelerin aylık geliri artıkça kadınların antenatal bakım alma sayısının arttığı görülmektedir ( Tablo 22 ).

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim durumu ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur (  $p=0,000$  ). Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de ilkökul mezunları çoğunluktadır. Bunu lise ve yüksekokul mezunları takip etmektedir. Kadınların eğitim düzeyinin eşlerine nazaran daha düşük olduğunu söyleyebiliriz. Eşleri ortaokul mezunu olanların yarıya yakını ve eşleri lise+yüksekokul mezunu olanların yarıya yakını 7-9 ve üzeri antenatal bakım almasına karşın, eşlerinin eğitimi ilkökul altında kalan kişilerin antenatal bakım almama veya 1-2 bakım alma yönünden eğilimleri söz konusudur. Bakım almayanların üçte ikisi ilkökul mezunudur.

Kadınların eşlerinin mesleklerine göre son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur (  $p=0,000$  ). Eşlerin çoğunluğu işçidir. Eşi işçi olanlarda 3-6 bakım oranı yüksektir. Eşi memur olan kadınlarda bakım almayan hiç bulunmadığı, yarısının ise 10 ve daha fazla sayıda bakım aldığı görülmektedir. İşsiz grupta ise 1-2 ve 3-6 bakım alma daha yoğundur. Eşleri mesleki statüsü çiftçi veya işsiz olanlar, en fazla 1-2 bakım almakta veya hiç bakım almamakta, eşleri serbest meslek ile ilgilenenlerin üçte birinden fazlası, memur olanların dörtte üçü 7-9 ve üzeri antenatal bakım almaktadır ( Tablo 23 ).

Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayıları ile son gebelikte antenatal bakım alma sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardır (  $p=0,011$  ). Kadınların yarısı 1-2 defa gebe kalmıştır. Bunların %70'i 6 ve daha az sayıda bakım alanlardır. Gebelik sayısı 1-2 olanların daha fazla 3-6 bakım alma eğiliminde olmasına karşın gebelik sayısı 5 ve üzerinde olanlarda daha fazla antenatal bakım almama oranı görülmektedir. Kadınların gebelik sayıları artıkça 10 ve daha fazla bakım alan oranlarının, gebelik sayısı azaldıkça 3-6 defa bakım alan oranının arttığını görmekteyiz.

Kadınların canlı doğum sayısı ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmaktadır (  $p=0,000$  ). Canlı doğum sayısı 1-2 olanlar çoğunluk grubu oluşturmaktadır. 5 ve daha fazla sayıda canlı doğumu olanlar antenatal bakıma daha az önem vermişlerdir.

Kadınların yaşayan çocuk sayısı ile son gebelikte antenatal bakım alma sayıları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur (  $p=0,000$  ). Yine en çok bakım almayanlar 1–2 yaşayanı olanlardır. 5'ten fazla yaşayanı olanlarda bakım alan oranı diğerlerine göre daha azdır.

Kadınların ölü doğum yapma durumu ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (  $p=0,214$  ). Ölü doğumu olmayanlarda bakım almayan yokken; bakım alma sayıları bakımından ölü doğum yapanlarla yapmayanlar arasında fark yoktur.

Kadınların düşük yapması ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur (  $p=0,650$  ). Düşüğü olmayanların çoğunluğu bakım almamıştır. Düşüğü olan ve olmayan her iki grupta ise 3–6 bakım alma yoğunluktadır.

Kadınların küretaj olması ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur (  $p=0,436$  )Bakım almayanlar küretajı olmayanlarda daha çoktur ( Tablo 24 ).

Araştırmaya katılanların bir önceki doğumlarının özelliklerine göre son gebelikte antenatal bakım alma sayıları incelendiğinde; kadınların bir önceki doğum şekli ile son gebelikte antenatal bakım alma sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (  $p=0,051$  ). Ancak istatistiksel olarak anlam taşımamakla birlikte, sezaryen doğum yapanların 3 katı oranında vajinal doğum yapanlar bakım almamakta ve daha önceden vajinal doğum yapanların da yarısından fazlası 1–2 ve 3–6 bakım alırken sezaryenle doğum yapanlar vajinal doğum yapanlara göre daha fazla oranda bakım almışlardır.

Kadınların bir önceki doğum yerine göre son gebelikte aldıkları antenatal bakım sayısı incelendiğinde; kadınların bir önceki doğum yaptıkları yer ile antenatal bakım sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (  $p=0,001$  ). Çalışma yaptığımız grubun ekonomik seviyesinin düşük olması önceki doğum için de devlet hastanelerini tercih etmelerine sebep olmuştur. Kadınların beşte bire yakını bir önceki doğumunu özel hastanede yapmıştır. Bakım almayanlar bir önceki doğumunu evde yapanlarda daha yüksek orandadır. Daha önceden evde kendi kendine doğum yapanların yarıya yakını 2den fazla bakım almamıştır. Sağlık personeliyle de olsa evde doğum yapanların üçte ikisi 1–2 ve 3–6 bakım alan gruptadır ( Tablo 25 ).

Araştırmaya katılan kadınların sezaryen olma sebebi ile antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (  $p=0,001$  ). Kadınların çoğunluğunun geçirilmiş sezaryenden dolayı sezaryen olduğu görülmektedir. İkinci sırada bebek ve eklerine ait sebeplerden dolayı sezaryen olanlar bulunmaktadır. Her iki grupta da 3–6 defa bakım almanın daha yoğun olduğunu görmekteyiz. Bakım almayanlarda ise sırasıyla bebek ve eklerine ait sebeplerle ve anneye ait sebeplerle sezaryen olanlar çoğunluktadır. Mediko-sosyal sebepler ve geçirilmiş sezaryenden dolayı sezaryen olanların tamamına yakını antenatal bakım almıştır. Anneye ait nedenlerden dolayı ameliyat olan her 4 kadından 3'ü daha az bakım almaktadır. Yapılan ileri analizlerde bebek ve eklerine ait sebeplerle anneye ait sebepler arasında bakım alma yönünden anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Bu durumda sezaryen geçirenlerin antenatal bakım almaya daha çok önem verdiğini söyleyebiliriz.

Sezaryen sayısına göre antenatal bakım alma sayısı incelendiğinde; aralarında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (  $p=0,223$  ). Bakım alma sayısı bakımından 1–2 ve 3–6 bakım alanlar her grupta fazladır. İlk sezaryeni olanlar daha fazla oranda bakım almamıştır ( Tablo 26 ).

İlk sezaryen ile 2 ve daha fazla sezaryen olanlar ayrılarak, bakım alan ve almayan ileri analizinde sezaryen sayısı ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (  $\chi^2=4,333$  SD=1 ). Bunu 2 ve daha fazla sayıda sezaryen olanların çoğunluğunun 3–6 bakım alması sağlamıştır. İlk sezaryeni olanlarda bakım almayanlar daha fazla bulunurken, sezaryen sayısı arttıkça bakım almayan sayısı azalmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan daha önce gebe kalanların son gebelik aralığına göre son gebelikte antenatal bakım alma sayıları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (  $p=0,707$  ). Yani gebelik aralığının antenatal bakım alma sayısı üzerine etkisi yoktur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber 24 aydan kısa aralıkla gebe kalan kadınlarda 1–2 ve 3–6 bakım almaya eğilim gösterdikleri ve 10 ve daha fazla bakım alanların çoğunlukla 48 aydan uzun gebelik aralığına sahip olanlarda bulunduğu görülmektedir ( Tablo 27 ).

Araştırmaya katılanların gebeliği isteme durumuna göre son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan fark yoktur (  $p=0,134$  ) ( Tablo 28 ).

Araştırmaya katılanların sezaryen haftası ile sezaryen sebepleri arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur (  $p=0,000$  ). Sezaryen olma sebeplerinde bebek ve eklerine ait sebeplerin ve geçirilmiş sezaryenin öne çıktığı görülür. Özellikle 38–40 haftalık dönem, gebeliğin sonlanmasında en büyük yüzdeye sahiptir. 38 haftadan önce sonlanan gebeliklerde bebek ve eklerine ait sebeplerin diğer nedenlere göre daha etkin olduğu söylenebilir. Yine bu süre zarfı içinde geçirilmiş sezaryen ve anneye ait sebeplerin beklenenden daha az gerçekleştiği görülür. 38–40 hafta arasındaki gebeliğin sonlanmasında sezaryen olma sebeplerinden hiçbiri öne çıkmamaktadır. Ancak bu zaman aralığında, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bebek ve eklerine ait sebeplerin beklenenden daha az, geçirilmiş sezaryenin ise beklenenden fazla sezaryene neden olduğu söylenebilir ( Tablo 29 ).

Araştırmaya katılanların sezaryen olma sebebi ile bebeğin doğum ağırlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır (  $p=0,009$  ). Araştırmaya katılanların sezaryen olma sebebine göre bebeğin doğum ağırlığına genel olarak bakıldığında; bebeklerin çoğunluğunun doğum ağırlığının 2600–3900 gr arasında olduğu görülmektedir. Sezaryen olma sebeplerinde de bebek ve eklerine ait sebeplerle ve geçirilmiş sezaryen öne çıkmaktadır. 2500 gr ve altında doğan bebeklerde, bebek ve eklerine ait sebepler etkindir( Tablo 30).

Araştırmaya katılanlardan daha önce sezaryen olan kadınların sezaryen sayısına göre önceki sezaryenden sonra yara enfeksiyonu görülme durumu arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmaktadır (  $p=0,000$  ). Daha önce sezaryen olan kadınların %18,9’unda yara enfeksiyonu olduğu görülmektedir. 2 sezaryen olanların %12,5’inde enfeksiyon görülürken, üç ve daha fazla sayıda sezaryen olanların %32,3’ünde enfeksiyon görülmüştür ( Tablo 31 ).

Araştırmaya katılanların son gebelik aralığı ile sezaryen sayısı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki bulunmaktadır (  $p=0,000$  ). Kadınların yarısı 1 kez sezaryen olmuştur. Kadınların %34’ünün 2 ve %16’sının 3–5 arasında sezaryen olduğu, son gebelik aralığının daha çok 24–48 ay arasında olduğu görülmektedir. 3–5 arasında sezaryen olanlarda son gebelik aralığının bir fark yarattığı istatistiksel olarak söylenemez. Son gebelik aralığı 24–48 ay olanlarda 2 sezaryen olma beklenenden fazla iken, 1 kez olanların sayısı beklenenden azdır. 1 kez sezaryen olanların ise daha çok son gebelik aralığı 48 ay ve daha fazla olan kişiler olduğu söylenebilir ( Tablo 32 ).

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Doğum yöntemi sectio olan kadınlarda antenatal bakım alma durumlarının değerlendirilmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Kadınların yarısından fazlası doğurgan yaşlar olan 20–29 yaş grubunda yer almaktadır. Yaklaşık beşte biri okuma yazma bilmemekte, tamama yakını ev hanımı, yarıya yakını yeşil kartlı, üçte biri kalabalık ailelerde yaşamakta, yine üçte biri düzenli gelire sahip değil ve dörtte birinin asgari ücret altında aylık geliri vardır.

Kadınların dörtte üçü normal sınırlarda adet görmektedir. Yarıya yakını 19 ve daha küçük yaşta evlenmiş, %36'sı eşi ile akraba, yarıya yakını 5 yıldan az süredir evli, %9,5'inin sürekli bir hastalığı var ( %2,5 Astım, %1,4 Hipertansiyon, % 1,2 Diyabet, %1,2 Hepatit B, %1,1 Guatr, %1,0 böbrek sorunu, %0,5 epilepsi, %0,2 CMV, %0,2 Diyabet+ HT., %0,2 Hepatit B+Astım+HT ), yarısının ailesinde sezaryen olan kimse bulunmakta, daha önce sezaryen olanların %18,9'unda daha önceki sezaryenden sonra yara enfeksiyonu geçirmiştir.

Kadınların üçte birinin ilk gebelik yaşı 19 yaş ve altındadır. En küçük ilk gebelik yaşı 14, en büyük 39 olup, ilk gebelik yaşı ortalaması 21,3±4,18'dir. Gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı 1–2 olanlar çoğunluktadır. Gebelik sayısı en fazla 14'tür ve gebelik sayısı ortalaması 3,16±2,18 bulunmuştur. Canlı doğum sayısı ortalaması 2,36±1,69, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,24±1,52'dir. Kadınların %11'inin ölü doğum, %7,6'sının küretaj, dörtte birinin düşük öyküsü olduğu, belirlenmiştir.

Kadınların çoğunluğunun ( %36,3 ) ilk doğumu olup, %27,7'si önceki doğumu vajinal, %36'sı sezaryenle, yarıya yakını daha önceki doğumunu devlet hastanesinde yapmıştır. Kadınların dörtte birine yakınının son gebelik aralığı 2 yıldan kısadır.

Kadınların %73'ünün son gebeliğinde beslenmesinde değişiklik yapmadığı, %55,9'unun tartılmadığı, %36'sında gebelikleri sırasında dişlerinde çürüme, %38'inde ruhsal durum değişikliği, %43,5'inin cinsel yaşantısında değişiklik olduğu belirlenmiştir.

Son gebelikte tansiyon ölçtürenlerin %10'unda yüksek tansiyon, tahlil yaptıranların %2'sinde proteinüri olduğu, kadınların gebelikteki şikayetleri arasında mide yanması, bulantı-kusma, akıntı, anemi ve ödem ilk sıraları almaktadır.

Antenatal dönemde kadınların çoğunluğu ( %37,2 ) 3–6 bakım almış olup bakım sayısı ortalaması 5,19±4,49'dur. Kadınların %62,7'sinin antenatal bakımı ilk kez birinci trimesterde aldığı belirlenmiştir. İlk antenatal bakım alma hafta ortalaması 12,35±8,5'tir. İlk başvuru sebepleri arasında normal gebelik muayeneleri ve gebelik şikayetleri ilk sıralarda yer almaktadır. Kadınların yarıya yakını her üç trimesterde bakım almaya devam

etmiştir. Kadınların %65,1'inin bakım için özel doktora gittiği, %8,3'ünün birinci basamak sağlık kuruluşlarından antenatal bakım aldığı, %9,3'ünün ebeye görüldüğü belirlenmiştir.

Kadınların tamamı yakınının son gebeliğinde en az bir kez USG yaptırdığı ve %84,5'inin TA ölçtirdüğü belirlenmiştir. Kadınların yarıya yakını kan tahlili, yarıdan fazlası idrar tahlili ve yine yarısı tetanoz aşısı yaptırmamıştır. Kadınların USG ortalamasının  $4,79 \pm 4,33$  ( min:0-max: 20 ), Tansiyon ölçülme ortalamasının  $4,81 \pm 4,91$  ( min:0-max:24 ), kan tahlili ortalamasının  $1,11 \pm 1,41$  ( min:0-max:8 ), idrar tahlili ortalamasının  $0,65 \pm 1,00$  ( min:0-max: 5 ) olduğu belirlenmiştir.

Kadınların üçte biri yetersiz sayıda antenatal bakım almıştır. Yetersiz bakım alanların bakım almama sebepleri arasında bakım almayı gereksiz görme ve maddi durum yetersizliği ilk sıralarda yer almaktadır.

Kadınların %6,4'ü kendi isteğiyle sezaryen olmuştur. Kadınların yarısından fazlasının ilk sezaryenidir, %12,2'si 3-5 arasında sezaryen olmuştur. Sezaryen olma sebepleri arasında ilk sırada geçirilmiş sezaryen daha sonra bebek ve eklerine ait sebeplerden dolayı endikasyon koyulduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunluğu ( %82,3 ) gebeliğinin 38-40. haftasında bu sezaryeni olmuştur.

Bebeklerin doğum ağırlığı çoğunlukla ( %77,7 ) 2600-3900 gr. arasında olup ortalama ağırlık  $3102 \pm 787$  gr.'dır.

Kadınların yarıya yakını gebelikten önce korunma yöntemi kullanmamış, dörtte biri doğumdan sonra RİA kullanmayı planlamaktadır. %15'i sezaryenle birlikte tüpligasyon yaptırmıştır.

Çalışmamızda kadınların yaşlarının son gebelikte antenatal bakım alma sayılarında etkili olmadığı belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Kadınların eğitim durumlarının son gebelikte antenatal bakım alma sayılarında etkili olduğu belirlenmiştir. Lise ve yüksek okul mezunlarının yarısı 10 ve daha fazla sayıda bakım almıştır.

Kadınların bir işte çalışmasının son gebelikte antenatal bakım alma sayıları üzerinde etkili olduğu saptanmış, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışan kadınlarda bakım almayan bulunmazken, çoğunluğu 10 ve üzerinde bakım almakta olup, çalışanlar ev hanımlarına göre antenatal bakım almaya daha çok önem vermektedir.

Kadınların sosyal güvencesinin son gebelikte antenatal bakım alma sayıları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'a bağlı annelerin 10 ve daha fazla sayıda bakım alanlar daha yüksektir.

Kadınların aile tipinin son gebelikte antenatal bakım alma sayıları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Bunu geniş aile tipine sahip kadınların 3–6 defa bakım almasının fazlalığı sağlamaktadır.

Kadınların yerleşim yeri son gebelikte antenatal bakım alma sayılarını etkilemektedir. Köy/kasabada yaşayanlar il/ilçe merkezinde yaşayanlara göre daha az bakım almaktadır. Köy/kasabada yaşayanlarda 1–2 bakım alanlar yüksek bulunmuştur.

Kadınların aylık geliri antenatal bakım alma sayılarını etkilemekte olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. 527 YTL ve üzerinde gelire sahip ailelerde kadınlar antenatal bakımı daha yoğun almıştır.

Kadınların eşlerinin eğitim durumlarının onların antenatal bakım almasını etkilediği görülmüştür. Sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Eşleri ortaokul ve üzerinde eğitim alanların yarıya yakını 7 ve daha fazla sayıda bakım alırken, eşlerinin eğitim durumu OYD ve okur-yazar olanların yarıdan fazlası 1–2 bakım almakta veya hiç almamaktadırlar.

Kadınların eşlerinin meslekleri onların antenatal bakım almasını etkilemiştir. Eşi memur olan kadınlar antenatal bakımı daha yoğun almıştır.

Araştırmaya katılanların doğurganlık özellikleri gebelikte antenatal bakım alma sayılarını etkilemekte olup gebelik sayısının, canlı doğum sayısının ve yaşayan çocuk sayısının artması antenatal bakım alma sayılarını azaltmakta veya antenatal bakım almama eğilimine neden olmaktadır.

Kadınların ölü doğum ve düşük yapması ile küretaj olması, son gebelikte antenatal bakım alma sayılarında etkili olmamıştır. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Kadınların önceki doğum şekline göre son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlam taşımamakla birlikte sezaryen doğum yapanların üç katı oranında vajinal doğum yapanlar bakım almamıştır. Sezaryenle doğum yapanlar vajinal doğum yapanlara göre daha fazla bakım almıştır.

Kadınların bir önceki doğum yerine göre aldıkları antenatal bakım sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Daha önceden evde kendi kendine doğum yapanların çoğunluğu 2den fazla bakım almamıştır. Bakım almayanlar evde doğum yapanlarda daha yüksek bulunmaktadır.

Kadınların sezaryen olma sebebi ile antenatal bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Medikososyal sebepler ve geçirilmiş sezaryenden dolayı tekrar sezaryen olanların tamamına yakını antenatal bakım almıştır. Yapılan ileri

analizlerde anneye ait sebepler ve bebek ve eklerine ait sebepler arasında bakım alma yönünden anlamlı farka rastlanmamıştır. Bu durumda daha önceden sezaryen olanların antenatal bakım almaya daha çok önem verdiğini söyleyebiliriz.

Kadınların sezaryen sayısı ile antenatal bakım almaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamakla beraber; İlk sezaryen ile 2 ve daha fazla sezaryen olanlar ayrılarak, bakım alan ve almayan ileri analizinde sezaryen sayısı ile son gebelikte antenatal bakım alma sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Kadınlardan daha önce doğum yapanların son gebelik aralığına göre gebelikte antenatal bakım alma sayıları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Kadınların gebeliği isteme durumuna göre son gebelikte antenatal bakım alma sayıları arasında istatistiksel açıdan fark yoktur.

Sezaryenler çoğunlukla 38–40.gebelik haftasında olmaktadır. Sezaryen haftası ile sezaryen olma sebebi arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. 38 haftadan küçük sezaryen olanların bebek ve eklerine ait sebeplerden sezaryen olmasının diğer nedenlere göre daha etkin olduğu söylenebilir.

Bebeklerin doğum ağırlığının da sezaryen olma sebebini etkilediği belirlenmiştir. 4000 gr.dan fazla bebeği olanların çoğunluğu bebek ve eklerine ait sebeplerden dolayı sezaryene alınmıştır.

Kadınlardan daha önce sezaryen olanların sezaryen sırasında göre önceki sezaryenden sonra yara enfeksiyonu görülme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır. İki'den çok sezaryen olanlarda enfeksiyona yakalanma oranının fazlalığı göze çarpmaktadır.

Kadınların son gebelik aralığının sezaryen sayısını etkilediği belirlenmiştir. Sonuç anlamlı bulunmuştur. 2–4 yıldan fazla ara vererek son gebeliğe sahip olan kadınlarda ilk kez sezaryen olma çoğunluktadır.

## 6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- Kadınların kendi sağlık bakımlarında sorumluluk sahibi olmalarında etkin olduğundan dolayı toplumsal konumlarının yükseltilmesi, aile ve toplumdaki etkinliğinin artırılması,
- Kadınların sağlık hizmetlerinden daha bilinçli faydalanmalarındaki rolü göz önünde tutulacak olursa, kadınların eğitim seviyesi ve sosyal statüsünün yükseltilmesi için toplum bilinci oluşturulması,
- Adölesan gebeliklerde ve sık aralarla çok sayıda gebeliklerin riskleri konusunda annelerin eğitilmesi,
- Doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanan kadın oranının artırılması için çaba gösterilmesi, sağlık eğitiminin etkili şekilde kullanılması,
- Sağlık hizmeti merkezlerinde DÖB konusunda gebelere eğitim merkezlerinin oluşturulması,
- Doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterli-nitelikli şekilde sunulması, personelin hizmet içi eğitimlerle geliştirilmesi,
- Doğum öncesi bakımın sadece “USG yapmak” olarak görülmemesi, her izlemde yapılması gereken temel işlevlerin ( tansiyon, tahlil vb.) yerine getirilmesi,
- Doğum öncesi bakım hizmeti veren sağlık personellerinin, gebelere doğru bilgiler verip yanlış bilgilerin düzeltilmesi ve kontrollere düzenli gelmelerinin sağlanması,
- Sağlık personelinin antenatal dönemde gebelerin beklentilerine yanıt verebilmesi, yaptığı antenatal işlemleri açıklayarak bazı kararların birlikte alınması,
- Sağlık personellerine geliştirme eğitimi yapılırken gebelikte risk yaklaşımının öğretilmesi ve duyarlılık oluşturulması,
- Gebe ve bebeğin risklerinin gebeye ve ailesine anlatılması, eşlerin de antenatal bakımda eğitici programlara katılmasının sağlanması,
- Halkın I. basamak sağlık kuruluşlarından yeterli ölçüde faydalanmasını sağlamak amacıyla bu kuruluşların verdiği sağlık hizmetlerinin halka tanıtılması ve özellikle gebelerin ebelik bakımı almaları için bu kuruluşlara özendirilmesi,
- Toplumun alt sosyal tabakasını oluşturan kişilerin riskli gebelikler yönünden daha fazla risk altında olmasından dolayı, kendisi başvuran gebelerden daha öncelikle başvurmayanların izlenmesi gerektiğinden, böyle kesimlerde ev ziyaretlerine özel önem verilmesi ve bu konuda ebelerde duyarlılık geliştirilmesi,

- Gebelerin hem kendi sağlıkları hem de bebeğin gelişimini takip etmeleri açısından gebeliğin başından sonuna kadar kilo takibine önem vermelerinin gerekliliğinin anlatılması,
- Kadınların gebelikleri sırasında bir şikayetleri olmadıkça bakım almanın gereksiz olduğu önyargısının ortadan kaldırılması amacıyla, olabilecek risklerin erken tespiti açısından herhangi bir rahatsızlıkları olmasa dahi gebelikte düzenli olarak bakım yaptırılmalarının gerekliliğinin basın/yayın ve sağlık personelleri tarafından halka duyurulması ve bilinç geliştirilmesi,
- Doğum öncesi bakım almamak için maddi yetersizliğin bir sorun olmadığı, I. basamak sağlık kuruluşlarında sosyal güvencesi olanlara ücretsiz, olmayanlara düşük ücretle bakım verildiği konusunda halkın bilgilendirilmesi,
- Gebelere yazılı eğitim araçları ve süreklilik taşıyan kayıt sistemi oluşturulması,
- Aşırı doğurganlığın önlenmesi için tüm kadınlara ve özelliklere sezaryen olanlara uygun gebelik aralığını sağlamak amacıyla aile planlaması eğitimi verilmesine özel önem gösterilmesi,
- Koruyucu sağlık hizmeti veren personeli sayısının artırılmasına ve niteliğinin geliştirilmesine önem verilerek, danışmanlık ve eğitim konusunda eğitilmesi,
- Bölgeler ve kırsal kent arası farkın azaltılması için özel programların uygulanması ve kırsal kesimde ebelerle hizmet içi eğitimlerle DÖB konusunda eğitim verilmesi,
- Yöresel özelliklere de bağlı olarak bulaşıcı hastalıklar konusunda halkın ve özellikle gebelerin eğitilmesine özel önem verilmesi,
- Sezaryen olanların hem daha önceki risklerin hem de sezaryenin tekrarlama olasılığı yönünden daha fazla antenatal bakım alması yönünde bilinçlendirilmesi,
- Sezaryen olanlara hastaneden taburcu edilmeden veya gebelikleri sırasında başta sezaryen kesisinin bakımı ve temizliği olmak üzere, genel vücut hijyeni ve beslenmeleri konusunda eğitim verilmesi,
- Bir defa sezaryenin hep sezaryen olmadığı konusunda kadınların bilinçlendirilerek, hekimlerin de böyle kişilere hemen sezaryen kararı vermeden önce hastanın sıkı takiple değerlendirilmesi konusunda hizmet içi eğitimlerle bu bilincin geliştirilmesidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. ÖZGÜR,S.: Halk Sağlığı Ders Kitabı, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Gaziantep, 2000
2. <http://www.un.org.tr/who/dgbrundlandrapor.html>- 56. Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu, 1998- 2003 Raporu
3. AÇIKALIN,İ.:Türkiye’de Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması. [http://saglik.tr.net/cinsel\\_saglik\\_turkiye\\_aile\\_planlamasi.shtml](http://saglik.tr.net/cinsel_saglik_turkiye_aile_planlamasi.shtml)-15.11.2005 tarihinde ziyaret edilmiştir.
4. [www.who.int/reproductive.health/publications/RHR\\_01\\_30/antenatal\\_care\\_randomized\\_trial.pdf](http://www.who.int/reproductive.health/publications/RHR_01_30/antenatal_care_randomized_trial.pdf)- The basic component of the new WHO antenatal care model – 25.11.2005’de ziyaret edilmiştir.
5. ÖZVARIŞ, Ş.B.ERTAN,A.E.: Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım, Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın, İn: Ayşe Akın, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları,Ankara,2003
6. YÜKSEL,K.:Kadın Hastalıkları. s:14-25, Hatipoğlu Basın Yayın San.Tic.Ltd. Şti., Ankara ,2003
7. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile planlaması ve üreme sağlığı,Cilt I. S:1-51, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000
8. İĞDE,F.A.: Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum, Sted Dergisi, 2004; 13 (4)
9. BEKSAÇ,S. Ve ark.:Doğum Hekimliği; Maternal ve Fetal Tıpta Etik ve Yasal Boyut, Mebas Basın Yayın Ltd. Şti.,Ankara, 2004,s:186-259, ISBN 975-98690-0-4
10. TAŞKIN,L.: Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 3.Bs. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara,1998, s: 1-3,83-199 ISBN 975-94661-0-4

11. Sağlık Bakanlığı Uyum Eğitim Materyali No:8, Sağlık Programları Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin, Aydoğdu Ofset, Ankara,1996 ISBN:975-7572-75-6
12. ÖZVARİŞ,Ş.B.,AKIN,A.Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma [http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/iligiliyayinlar/pdf/turkiyede\\_dogum\\_onesesi.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/iligiliyayinlar/pdf/turkiyede_dogum_onesesi.pdf)- 16.04.2006’da ziyaret edilmiştir.
13. TAŞKIN,L.: Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8 (2), Sivas, 2004
14. ÖZTEK,Z.: Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi, Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin, Sağlık Bakanlığı Uyum Eğitimi Eğitim Materyali No: 4, s:31-39, 6.Bs., Aydoğdu Ofset, Ankara, 1996 ISBN: 975-7572-74-8
15. BERTAN,M., GÜLER,Ç.: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, s. 119-155,Grafiker Ofset, Ankara 1997
16. TURAN,J.M. NALBANT,H.ORTAYLI,N., BULUT,A.;Gebelik Ve Doğum Hizmetlerinin Niteliğini Değerlendirme, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki
17. What is efficacy/effectiveness of antenatal care?, WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network(HEN), December 2003
18. ŞENGÜL,R.: <http://www.gebeyim.com/indexmakale.php> -
19. AKIN,A.ÖZVARİŞ,Ş.B.;Doğum Öncesi Bakım Ve Risk Yaklaşımı, [www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3098.doc](http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3098.doc)
20. KARAMÜRSEL,B.S.: Kadın Hastalıkları ve Doğum,s:14-19, ed:Günalp ve ark., Pelikan Yayınları, Ankara,2004 ISBN 975-8778-27-7
21. ASENA,U.:National Medical Series For Independent Study, Kadın Hastalıkları ve Doğum,s:21-30,Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul,1998

22. KİŞNİŞÇİ,H.: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s: 252-258, Güneş Matbaası, Ankara,1996
23. CHAMBERLAIN,G.:ABC Dizisi Doğum Öncesi Bakım, s. 1-14,Mısırlı Matbaacılık,İstanbul, 1993
24. COŞKUN.A.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, s:32-48, 2.bs., Birmat Matbaacılık San. Tic. Ltd.Şti.,İstanbul,2000 ISBN 975-94957-6-7
25. BEKSAÇ,M.S.: Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloji, s:568-588,1322-1330, MN Medikal & Nobel Basın Yayın Ticaret Ltd. Şti.,İstanbul,2001 ISBN 975-567-021-1
26. KOCHENOUR,N.K.: Normal Gebelik ve Prenatal Bakım. In: Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, Çev: R.Erez, 6th ed.,Alemdar Ofset, İstanbul, 1992 ISBN 975-411-253-3
27. Sağlık Bakanlığı, Ana Sağlığı ve aile Planlaması El Kitabı, 4. baskı,Ankara, 1991
28. PERNOLL,ML.:Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis ve Tedavi Cilt 1.s 211-235-673-712, Sistem YAYINCILIK Mat. San.Tic.A.Ş., İstanbul 1994 ISBN 975-95331-5-4
29. ÖNDER,İ.:Kadın-Doğum-Propedötik,7.bs.,s:305-365,YargıçoğluYamevi,Ankara, 1985
30. YAMAÇ,K. Ve ark.: Gebelik ve Sistemik Hastalıklar, s:12-33, MN Medikal Nobel Basın Yayın Ticaret ve Sanayi Ltd. Şti., İstanbul,2002 ISBN 975-567-019-X
31. DURAN,B ve Ark. Doğum Öncesi Bakımda Tartışmalı bir Konu. Torch Taraması-Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi dergisi 24 (4): 185-190,2002
32. PRITCHARD,J.A. and et all: Williams Obstetrics 17th, s:305-334,1081-1105,eds: Yılmaz ve ark. Appleton-Century-Crofts/Güneş Kitabevi,Ankara,1989 ISBN 0-8385-9734-3
33. CUNNINGHAM,FG.,GANT, NF., LEVENO, KJ.; Cesarean Section And Postpartum Hysterectomy In: Williams Obstetrics. 21st Ed 2001 p:537-65

34. ERCAN,A.Ş.: Beslenme Eğitimi Süresinin Gebe Kadınların Beslenme Ve Sağlık Durumları İle Bilgi Ve Alışkanlıklarına Etkisi, Ankara-1989
35. CUNNINGHAM,F.G.,MACDONALD P.C.,GANT,N.F.,LEVENO,K.J., GILSTRAP, L.C.,HANKINS,G.D.V.,CLARK,S.L.;Antepartum management Of Normal-Pregnancy, In: Williams Obstetrics 20th Ed.,Prentice-Hall International,Inc.1997, United States of America, pg: 227-246 ISBN:0-8385-9642-8
36. APİ,O.,ÜNAL,O.,ŞEN,C.;Gebelikte Beslenme Kilo Alımı Ve Egzersiz [http:// www.perinatology.org.tr/dergi/PDF/20052/01.pdf](http://www.perinatology.org.tr/dergi/PDF/20052/01.pdf)- Perinatoloji dergisi cilt 13, sayı:2haziran 2005,İstanbul
37. ARISAN,K.:Propedötik Kadın Doğum,1. Baskı, s.319-351,Çeltüt Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş.,İstanbul,1993
38. SERTBAŞ,G.: Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, İzmir,1998
39. YANIKKEREM, E. Ve ark.: Manisa 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Gebelerde Depreasyon Durumu,Kadın Doğum Dergisi s: 301,Cilt:2, Haziran 2004 ISBN:1304-1002
40. EREFE,İ.:Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı,s:156-167,Birlik Ofset Ltd.Şti., İstanbul, 1998 ISBN 975-94957-9-1
41. <http://www.saglik.gov.tr/> T.C. Sağlık Bakanlığı Resmi Web Sitesi – 01.06.2006 tarihinde ziyaret edilmiştir.
42. CEBİŞLİ,A.:Primiparlarda Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Uygulamalarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir,1998
43. HAYRAN,A.:0-3 yaş grubundaki çocukların beslenme ve sağlık durumunun, annenin hamilelik süresindeki beslenme ve sağlık durumu ile ilişkisinin araştırılması, Yüksek Lisans Tezi- İstanbul 1996

44. BABADAĞLI,B.:Gebelik Yaşının Fizyolojik, Psikolojik Değişikliklere, Komplikasyonlara ve Doğuma Yönelik Etkilerinin Belirlenmesi,Kocaeli,2003
45. EGE,E.:Erken Gebelik Döneminde Bulantı Ve Kusması Olan Gebelerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun İncelenmesi,Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 1999
46. TİMOTHY,R.,JOHNSON,B.,MARLENE,A.,WALKER,A.,JENNİFER,R.N.; Obstetrics Normal And Problem Pregnancies, Ed: Steven G. Gabbe, Jennifer R.Niebyl, Joe Leigh Simpson. Churchill Livingstone Inc., third ed., 1996 ISBN: 0-443-07690-1 pg:161-182
47. WEİNGOLD,A.B.,WAXMAN,B.,LARSEN,J.W.;Gynecology And Obstetrics Vol:2, ed:John J.Sciarra., Harber And Row Publishers, Philadelphia,1984 ISBN:0-06-148008-8
48. ARISAN,K.: Doğum Bilgisi, 1. bs., s:137-185, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1984
49. ASLAN,H.:Antenatal Bakımda Ebenin Rolü, Zeynep Kamil Tıp Bülteni,Cilt:35, Sayı:4 ,2004
50. COŞAR, G.; Köseli A.Ana Sağlığı. S. 1-16, SomGür Yayıncılık, Ankara, 1995
51. FİŞEK,N.: Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaacılık, Ankara, 1983
52. KILIÇ,M.: Sectio Abdominalis- 5 yıllık vakalarımız, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1986
53. EĞİLMEZ,M.:İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AnaBilim Dalında Sectio Cesarean Abdominalis Oran Ve İndikasyonlarındaki Değişimler, Uzmanlık Tezi, İstanbul,1996
54. HANVORAVONGCHAI,P.,LETİENDUMRONG,J.,TEERAWATTANANON,Y.,T ANGCHAROENSATHİEN,V.: Implication of Private Practice in Public Hospitals on The Cesarean Section Rate in Thailand, Thailand, 1998

55. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara,2004
56. AL-NOBANİ,A.: Sectio Sezaryen Vakalarının Artış Nedenleri ve Endikasyonlarının İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul,1993
57. ALVAREZ, N.R., MARIN, R.; Severe maternal complications associated with preeclampsia: an almost forgotten pathology? Nefrologia 21: 565- 573, 2001
58. AYAN,F.,İKİTİMUR,B.:Kalp Hastalıklarında Sezaryen Endikasyonları Yıl:2001/ Cilt:14/Sayı:4[http://www.turkiye-klinikleri.com/abstract\\_tr.php?id=31907&PHPSESSID](http://www.turkiye-klinikleri.com/abstract_tr.php?id=31907&PHPSESSID)
59. VENTURE, S.J., MARTİN, J.A., CURTİN, S.C., MATHEWS, T.J.; Report Of Final Natality Statistics,1996. Monthly Vital Statistics Report; Vol 46, No. 11 (Suppl) Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics,1998.
60. EVANS,M.I.,BERKOWİTZ,R.L.,WAPNER, R.J.,CARPENTER, R.J., GOLDBERG, J.D., AYOUB, M.A.; et al. İmrovement İn Outcomes Of Multifetal Pregnancy Reduktion With İncrased Experience. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 97-103
61. İMAİZUMİ, Y. A.: Comparative Study Of Twinning And Triplet Rates İn 17 Countries 1992-96. Acta Genet Med Gemello 1998; 47: 10-4.
62. DAFALLAH, S.E., BABİKİR, H.E.: Risk Faktors Predisposing To Abruption Placentae. Maternal And Fetal Outcome. Saudi Med J. 2004; 25:1237-40.S
63. DURFEE,R.: Cesarean Section, İn: Gynecologic And Obstetric Survey, 1993 by Mosby –Year Book,Inc.,Ed:David H. Nichols,s:1075-1121
64. ALTUĞ.S.:Sezaryenle Doğum Yapacak Annelerle Ameliyat Öncesinde Kurulan Eğitsel İlişkinin Ameliyat Sonrası Rehabilitasyonun Başarısına Etkisi,Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1988

65. YILDIZ, C.: Sezaryenle Doğum Deneyiminin Anne Bebek Ve Baba Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,1994
66. KORKMAZ,H.F.;Elektif Sezeryanlarda Genel Anestezi Veya Kombine Spinal Epidural Anestezinin Anne ve Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul,2004
67. KAYA,F.G.; Çanakkale Devlet Hastanesine Doğum Yapmak İçin Başvuran Kadınların Antenatal Bakım Alma Durumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1999
68. ÇETİN,F.,GÜNEŞ,G.,KARAOĞLU,L.,ÜSTÜN,Y.;Malatya'daÜniversiteHastanesi'nde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler, Malatya,2005
69. ÇEBER,E.,MERMER,G.,ASLAN,G.,YÜCEL,U.;Bornova'da İki Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Gebelerin Gebeliğe İlişkin Davranışlarının Belirlenmesi,İzmir,2005
70. GERÇEK,S.,DURUKAN,G.,YILDIRIM,G.,ARKALI,R.,NUR,N.; Gebe Kadınların Gebelik Döneminde Cinsel İlişki İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Sivas
71. <http://www.die.gov.tr/konular/secim01.htm> Mahalli İdareler Seçimi Sonuçları
72. KESKİNOĞLU,P.,BİLGİÇ,N.,GİRAY,H.,PIÇAKCİEFE,M.,KARAKUŞ,E.N.; Bir Kamu Hastanesinde 2004 Yılı İlk Altı Aylık Dönemde Gerçekleşen 19 Yaş Ve Altı ve 35 Yaş Üstü Doğumlar,İzmir,2004
73. KARAÇAM,Z.;Gebelerin Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Uygulamaları, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1991
74. KİBAR,M.; Altındağ Merkez Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 yaş Arası Gebe Kadınlarda Anemi Prevalansı, Ankara,1999

75. TÜRKER,S.,KARADAĞ,N.,KİŞİOĞLU,A.N.;Balıkesir Doğum Ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde 2001 Yılıının İlk Altı Ayında Yapılan Sezaryenlerin Kişi Özelliklerine Ve Endikasyonlarına Göre Dağılımı,Balıkesir,2001
76. KIRAN,G.,GÜVEN,A.M.,EKERBİÇER,H.Ç.,KÖSTÜ,B.,ARPACI,H.;Tüpligasyonu n Genel Sezaryen Oranları İçindeki Yeri,Kahramanmaraş,2004
77. BOZ,D.G.; Sivas Doğumevi Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Ve Doğuma İlişkin Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri,2002
78. <http://www.iscikonseyi.org/modules.php?name=SinifGunlugu>
79. <http://www.kamu-is.org.tr/guncel.html>- asgari ücret
80. EROL,N.;Gebeliği İsteme Durumuna Göre Doğum Öncesi Bakım Düzeyi, İzmir,2002
81. ERBİL,N.; Gebelerin Antenatal Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyi ve Beklentileri, Ordu,2003
82. ÖZVARIŞ, Ş.B., KOÇOĞLU, G.O., AKIN, A.: 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara, 1998
83. KAYAHAN,M., ŞİMŞEK,Z., ERSİN,F., GÖZÜKARA,F., KURÇER,M.A.; Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesinde Akriba Evliliği Prevalansı Ve 5 Yaş Altı Ölümlere Etkisi, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003, 7 (1)
84. ÖZBAŞARAN,F.YANIKKEREM,E.;Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Değerlendirilmesi,Manisa,2002
85. KARA,F.Ş.;Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi,Uzmanlık Tezi,İstanbul,2004

86. BİRİ,A.,BOZKURT,N.,KORUCUOĞLU,Ü.,AKSAKAL,F.N.,NAS,T.,KARABACA K,O., HİMMETOĞLU,Ö.; Gebe Kadınların, Doğum Kontrol Yöntemleri, Cinsel Organlar Ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgiler, Ankara,2005
87. BAŞER,M.; Adölesan Cinselliği Ve Gebelik, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4 (1)
88. TEKİNER,A.S.,ÇETİN,F.,AYHAN,A.G.,AYPAK,C.,KAFKASLI,A.;Planlanmamış Gebelikler İle Kontraseptif Yöntemler Arasındaki İlişki,Malatya,2004
89. AYRANCI.Ü.,ŞAHİN,F.,ÖZDAMAR,K.,YAZICIOĞLU,S.; Yenidoğan Ölçümleri Üzerine Annenin Sigara İçmesinin Etkileri, Eskişehir,2002
90. ŞİRİN,A., GÖZÜYEŞİL, E.Y.; Gebe Kadınlarda Deoresyon Durumu, Adana, 2002
91. ÇALIŞKAN,D.; Gebelikte Depresyon:Kontrollü Bir Çalışma, Ankara,2003
92. GÖLBAŞI,Z.,KELLEÇİ,M.;15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Bazı Sosyodemografik Ve Obstetrik Özelliklerine Göre Depresif Sendrom Yaşama Durumları, Sivas
93. YANIKKEREM,E.,ALTIPARMAK,S.,KARADENİZ,G.;Gebelikte Yaşanan Sorunların İncelenmesi,Manisa,2004
94. BURAN,G.,ERGİN,N.,SÜRENLER,S.;Bursa İl Merkezindeki Gebelerin Demografik Durumları Ve Obstetrik Anamnezleri,Bursa,2005
95. <http://www.gaziantep.saglik.gov.tr> – Gaziantep Sağlık Müdürlüğü Resmi Web Sitesi – 28.08.2005’de ziyaret edilmiştir.
96. ŞİMŞEK,Z.,KURÇER,M.A.,KABALCIOĞLU,F.;Şanlıurfa Doğumevinde Doğum Yapan Gebelerde Tetanoz Aşısı Durumu ve Aşılama Etkileyen Faktörler, Şanlıurfa, 2003

97. KİŞİOĞLU,A.N.,ÖZDEMİR,R.,ADİLOĞLU,A.K.,COŞKUN,H.Ş.; Isparta'da Sağlık Ocaklarında Tutulan Gebe Loğusa İzlem Fişlerinden Yararlanım:Antenatal,Postnatal Yapılan Hizmetler, Isparta,2003
98. TOSUN,S., ERGİN,D., ŞEN,N.;Gebelerde Ve Annelerde Tetanoz Aşılmasının Araştırılması Manisa,2004
99. ERDEMTOK,N.;Sezaryen Seksiyo Uygulanan Olguların Çeşitli Parametreler Yönünden İrdelenmesi,Uzmanlık Tezi, Adana,1997
100. DAYAN,A.;3. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniğinde Sezaryen İnsidansı Ve Endikasyonlarının Değerlendirilmesi, İstanbul,1999
101. ZETEROĞLU,Ş.,ŞAHİN,H.G.,SÜRÜCÜ,R.:Sezaeyen Operasyonlarında Fetal Kesici Yaralanmalar. Perinatoloji Dergisi 2003; 11(1-2): 33-36
102. KAVAK,Ş.,BARUT,A.,TANRIVERDİ,H.A.,AKTUNÇ,E.:ZKÜTF'de Antenatal Kontrasepsiyon Eğitim Aile Planlamasına Etkisi,2003
103. ERBİL,N.,YANMIŞ,S.,AKAR,R.;Tüp Ligasyonu ile Korunan Kadınlar Yöntem Hakkında Ne Düşünüyor? Pişmanlık Var Mı?,Ordu,2004
104. ÇALIŞKAN,E.,TÜRKÖZ,E.,DİLBAZ,S.,POLAT,A.,YALÇINKAYA,Ö.,ÇORAKÇI, A.;Çiftlerin Tekrarlayan Sezaryen Operasyonunda Tüp Ligasyonunu Kabul Etmesini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması,Kocaeli
105. ÖZGÜR,S; Sağlık Alanında Araştırma Yöntemleri ve İstatistik. 2.bs. Gaziantep Üniversitesi. Gaziantep, 2002 ISBN: 975-7375-19-5
106. SÜMBÜLOĞLU,K.,SÜMBÜLOĞLU, V.: Biyoistatistik, 10.bs., Hatipoğlu Basın ve Yayın Ltd. Şti.,Ankara, 2002 ISBN: 975-7527-12-2
107. AKSAKOĞLU,G.; Sağlıkta Araştırma. Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu Yayın No: 09.0100.0000.000/DK.01.042.252, D.E.U. Rektörlük Matbaası, İzmir, 2001

108. BAYIK,A.,UYSAL,A.; Bilgisayar Uygulamalı İstatistik Kursu(SPSS 10.0) Ders Notları, E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği A.D. İzmir, 2004
109. SÜMBÜLOĞLU,K.;Sağlık Alanında İstatistiksel Yöntemler, 3.bs. Hatipoğlu Basın ve Yayın Ltd. Şti.,Ankara, 1990 ISBN:975-7527-31-9
110. KOCATÜRK,U.: Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü, 5.bs. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1991 ISBN:975-7695-01-7