

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BOLU İL MERKEZİ SAĞLIK OCAKLARINDAKİ
GEBE-LOHUSA İZLEM FİŞLERİNİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM
HİZMETLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Ashhan ÇATIKER

Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

BOLU
2007

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BOLU İL MERKEZİ SAĞLIK OCAKLARINDAKİ GEBE-LOHUSA
İZLEM FİŞLERİNİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ

Aslıhan ÇATIKER

Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak
Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN
ORTAK TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ayşe AKIN

BOLU

2007

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jüriniz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN
(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Ortak Tez Danışmanı Prof. Dr. Ayşe AKIN
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi)

Üye Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN
(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Üye Prof. Dr. Ayşe AKIN
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi)

Üye Prof. Dr. Lale TAŞKIN
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Doğum - Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi)

Üye Yrd. Doç. Dr. Naile BİLGİLİ
(Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Üye Yrd. Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA
(Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Serap KÖYBAŞI

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda bana her türlü desteği veren tez danışmanım Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN'a, yardımcı danışmanlığımı kabul ederek bana büyük destek sağlayan Prof. Dr. Ayşe AKIN'a, araştırmam boyunca hem manevi hem de bilimsel katkı ve destekleri için Sevil ALBAYRAK ve Hümeysra KOCA'ya, bana her zaman güven duyan, destekleyen ve yanımda olan sevgili aileme ve aynı kaderi paylaştığım, bütün zorluklarda hep yanımda hissettiğim eşim Efkan ÇATIKER'e en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

BOLU İL MERKEZİ SAĞLIK OCAKLARINDAKİ GEBE-LOHUSA İZLEM FİŞLERİNİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Bu araştırma, Bolu il merkezindeki sağlık ocaklarına kayıtlı gebeler için kullanılan gebe-lohusa izlem fişlerinin doldurulup doldurulmadığı, fişlere göre gebelerin aldıkları doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetlerinin neler olduğu, bu hizmetlerin; istendik DÖB izlem sıklığına uygun ve içeriğinin gebe kadının gebelik durumuna göre yeterli olup olmadığı ve gebe-lohusa izlem fişlerine kayıt edilen gebelikle ilişkili durumlar ve varolan sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmıştır. Bolu ilindeki yedi sağlık ocağında çalışan 38 ebenin çıkardığı gebe-lohusa izleme fişleri Şubat - Mayıs 2006 tarihleri arasında taranarak 624 gebe belirlenmiş ve bu fişlerdeki kayıtlar hazırlanan forma aktarılmıştır.

Gebe kadınların %40'ının 25-29 yaş arasında, %51.3'ünün okur yazar/ ilkokul mezunu, %79.5'i ev hanımı, %50.8'inin ise ilk evlenme yaşının 20-24 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların %91.5'inin eşiyle akrabalık durumu bulunmazken, %7.0'ının Rh uyuşmazlığı riski saptanmıştır. Gebe kadınların yaklaşık yarısının (%54.2) gebelik öncesi herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığı bulunmuştur.

Çalışmadan çıkan sonuçlara göre, gebe kadınların %47.7'sinin 12. haftadan önce tespit edildiği, gebelerin %83.3'üne tüm izlemlerinde önerilerde bulunduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların %16.4'ü bulundukları gebelik haftasında olması gerekenden daha az izlenmiş, en fazla düşük tehdidi nedeniyle hekime sevk edilmiş ve ebelerin bütün trimesterlerde en çok beslenme eğitimi verdikleri belirlenmiştir. Ebelerin Gebe-lohusa izlem fişlerinde sadece adres bilgisini tam olarak (%100.0) doldurdukları görülmüştür. Bunun dışındaki tüm verilerde eksiklikler olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak gebe kadınların aldıkları DÖB hizmetleri belirlenerek, araştırmanın sonuçlarına göre sağlık ocaklarında DÖB hizmetlerinin sunulmasına ilişkin öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Doğum öncesi bakım, gebe sağlığı, gebe-lohusa izlem fişi, hemşirelik.

ABSTRACT

**INVESTIGATION OF THE ANTENATAL-POSTNATAL FOLLOW-UP
FORMS IN THE HEALTH CENTERS IN BOLU DOWNTOWN IN THE
ASPECT OF ANTENATAL CARE SERVICES**

The study was designed as a descriptive research to determine; whether the antenatal-postnatal follow-up forms used for the pregnant women registered in the health centers at Bolu downtown were registered or not, what antenatal care services are taken by the pregnant according to the antenatal-postnatal follow-up forms, whether the services are appropriate for expected antenatal care follow-up frequency or not, whether the content of the services are sufficient for the pregnancy condition of pregnant women or not, and the conditions and the existing problems related to pregnancy was registered to antenatal-postnatal follow-up forms. Antenatal postnatal follow-up forms kept by 38 midwives working seven health centers in the Bolu downtown have been examined in February-May 2006 and 624 pregnant women were identified. All the information in the follow-up forms have been transferred into the questionnaire developed for the study.

Forty percent of the pregnant women were in the range of 25-29 year age groups. Almost half of the women (51.3%) were graduated from primary school, 79.5% of the pregnant women were housewife. Fifty percent of the women married ages between 20-24 year. Although 91.5% of the pregnant women have no consanguine marriage, 7.0% of them have the risk of Rh incompatibility. It was found that almost half (54.2%) of the whole pregnant women didn't use any family planning methods before their last pregnancy.

According to the results obtained from the study, 47.7% of the pregnant women were determined before 12th week and 47.7 % of the pregnant women were made suggestions in all follow-up. It has been determined that 16.4% of pregnant women were followed up less than expected. They have been referred to physician due to especially risk of miscarriage. It has been also determined that midwives educate women on usually nutrition in the all trimesters. Although midwives have filled out completely (100%) the address column at the antenatal postnatal follow-up forms, there are missing data related to other information in the forms. In conclusion; after examining the

antenatal care services used by the pregnant women, recommendation related to the organisation of antenatal care services at the health centers have been made.

Keywords: Antenatal care, pregnancy health, antenatal postnatal follow-up forms, nursing.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	ix
ŞEKİLLER.....	x
TABLolar.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	11
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Doğum Öncesi Bakım Sıklığı.....	12
2.2. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Gerçekleştirilmesi.....	13
2.2.1. Öykü Alma.....	13
2.2.2. Fizik Muayene.....	16
2.2.3. Laboratuvar Testleri.....	25
2.2.4. İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama.....	26
2.2.5. Bilgilendirme ve Danışmanlık.....	26
2.2.6. Gebelikle ilişkili risk faktörleri.....	37
2.2.7. Gebe İzlem Fişi Kayıtlarının Tamamlanması ve Kontrol Edilmesi.....	38
2.2.8. Sonraki İzlemler.....	39
3. BİREYLER ve YÖNTEM.....	40
3.1. Araştırmanın Şekli.....	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	40
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	41
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	41
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	42

3.6. Verilerin Toplanması.....	42
3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	42
3.6.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	42
3.7...Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA.....	88
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	105
7. KAYNAKLAR.....	109
EK 1: Form.....	115
Ek 2: Gebe-lohusa İzleme Fişi.....	119
Ek 3: İl Sağlık Müdürlüğü’nden Alınan Araştırma İzinleri.....	121

SİMGELER ve KISALTMALAR

DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
ICD	International Statistical Classification of Diseases
KSGM	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa No
1. Gebelik Haftasına Göre İzlem Sıklığı.....	12
2. Gebelik Haftasına Göre Uterus Şekli.....	20
3. Birinci Leopold Manevrası.....	22
4. İkinci Leopold Manevrası.....	23
5. Üçüncü Leopold Manevrası.....	23
6. Dördüncü Leopold Manevrası.....	24
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Form No:005 Gebe-Lohusa İzleme Fişi Ön Yüzü...	38
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Form No:005 Gebe-Lohusa İzleme Fişi Arka Yüzü..	39
4.1. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Bulundukları Gebelik Dönemleri Bolu, 2006.....	69
4.2. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Bulundukları Gebelik Haftasına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006.....	70
4.3. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Tespit Edildikleri Gebelik Haftaları Bolu, 2006.....	72

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa No
1. Gebelikte Beden Kitle İndeksine Göre Önerilen Ağırlık.....	17
2. Birinci Trimester Yakınma Neden, Belirti ve Önerileri.....	28
3. İkinci ve Üçüncü Trimester Yakınma Neden, Belirti ve Önerileri.....	30
4. Gebelik Süresince Hiç Aşısı Olmayan ya da Aşıları Bilinmeyen Kadınlara Uygulanacak Aşılar.....	35
5. 15- 49 Yaş Arası Üreme Çağındaki Kadınlar İçin Doğurganlık Çağı Boyunca Bağışıklamalar.....	36
4.1. Araştırma Kapsamındaki Gebelerde İncelenen Bilgilerin/Bulguların Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Kaydedilme Durumu.....	45
4.2. Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocakları Bolu, 2006.....	47
4.3. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri Bolu, 2006	48
4.4. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Eşleriyle Olan Akrabalık Durumları Bolu, 2006.....	49
4.5. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Gebelik Öncesinde Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları Bolu, 2006	50
4.6. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Göre Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Evlenme Yaşları Bolu, 2006	51
4.7. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Evlenme Yaşlarının Dağılımı Bolu, 2006.....	52
4.8. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı Bolu, 2006.....	53
4.9. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı Bolu, 2006	54
4.10. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Gebelik Sayıları Bolu, 2006	55
4.11. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin İlk Gebelik Yaşları Bolu, 2006.....	56

4.12.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Daha Önce Gebelik Geçiren Gebelerin Doğurganlık Özellikleri Bolu, 2006	57
4.13.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Daha Önce Gebelik Geçiren Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Sayısal Ortalamalar.....	58
4.14.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Bir Önceki Gebeliği Canlı Doğumla Sonlanan Gebelerin Son İki Gebelik Aralıkları Bolu, 2006	59
4.15.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Kadınların Bir Önceki Gebeliklerine Ait Bilgiler Bolu, 2006	60
4.16.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebelik Sayıları Bolu, 2006	61
4.17.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı Bolu, 2006	62
4.18.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Geçirdikleri Düşük Sayıları Bolu, 2006	63
4.19.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Gebelik Sayılarına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı Bolu, 2006.....	64
4.20.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Son İki Gebelik Aralıklarının Dağılımı Bolu, 2006	65
4.21.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Gebelik Öncesi Sistemik Hastalık Durumları Bolu, 2006.....	66
4.22.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Pelvis Değerlendirilmesi Sonuçlarının Dağılımı Bolu, 2006.....	67
4.23.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Doğumun Nerede Yapılacağı İle İlgili Kararlar Bolu, 2006	67
4.24.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Boy Uzunlukları Bolu, 2006..	68
4.25.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerde Rh Uyuşmazlığı Riski Durumu Bolu, 2006.....	68
4.26.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Bulundukları Gebelik Trimesterine Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006.....	71
4.27.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin İlk Tespitlerindeki Bulguların Dağılımı Bolu, 2006	73

4.28.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Ebelerin Gebeleri İlk Tespit Ettiklerinde Verdikleri Sağlık Eğitimi Konuları Bolu, 2006	75
4.29.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Tüm İzlemlerinde Aldıkları DÖB Hizmetlerinin Yeterlilik Durumu Bolu, 2006	76
4.30.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Yaş Gruplarına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006	77
4.31.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006.....	78
4.32.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006	79
4.33.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Geçirdikleri Gebelik Sayılarına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006	80
4.34.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Düşük Sayılarına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006	81
4.35.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Bir Önceki Gebeliğin Sonlanış Biçimine Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006.....	82
4.36.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Son İki Gebelik Aralığına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006.....	83
4.37.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelere Birinci Trimesterde Verilmesi Gereken Eğitim Konularının Verilme Durumu Bolu, 2006.....	84
4.38.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelere İkinci Trimesterde Verilmesi Gereken Eğitim Konularının Verilme Durumu Bolu, 2006	85
4.39.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelere Üçüncü Trimesterde Verilmesi Gereken Eğitim Konularının Verilme Durumu Bolu, 2006.....	86
4.40.	Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Ebelerin Gebe Kadınları Hekime Sevk Etme Nedenleri Bolu, 2006	87

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Bir toplumda istenen sağlık düzeyine ulaşma yolunda atılması gereken öncelikli adımlardan biri toplumun sağlık düzeyini etkileyen ve değiştiren gruplara öncelik tanımaktır. Bu açıdan kadınlar, hem nüfusun yaklaşık yarısını oluşturmaları hem de dönemsel olarak bazı riskli durumlara maruz kalmaları nedeniyle öncelikli gruplardan birini oluşturmaktadır (Dirican, 1993; DİE, 1999; Özvarış, Ertan, 2003; TNSA, 2003; KSGM, 2004; DİE, 2005; WHO, 2005; UNİCEF, 2005; Akın ve Özvarış, 2006). Kavram olarak üreme sağlığı hem kadın hem de erkeğin gereksinimlerini içermesine karşın, dünyadaki üreme sağlığı sorunları incelendiğinde karşılaşılan güçlüklerin ve üreme sağlığı sorunlarının kadın ve erkek arasında eşit olarak dağılmadığı bilinmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların erkeklere göre kadınlarda daha fazla belirti vermesi ve sekel bırakması, kontraseptif yöntemleri erkeklere göre kadınların daha fazla kullanması, dünyadaki önemli sorunlardan birisi olan yoksulluktan en çok etkilenen gruplardan birisinin kadın olması, yoksun bırakılma, hiçe sayılma ve ayırımcılık gibi birçok sorunun kadınların sağlığını olumsuz etkilemesi gibi bazı sorunlara bağlı olarak kadınların daha fazla üreme sağlığı yükü altına girdiği bilinmektedir. Ayrıca kadınlar erkeklerden farklı olarak gebeliğe bağlı anne ölümlerine de maruz kalmaktadırlar (Öztürk, Günay, 2000; Özvarış, Ertan, 2003; WHO, 2005; Akın ve Özvarış, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üreme sağlığı sorunlarının büyük oranda ortadan kaldırılabilmesi için kadınların en önemli haklarından biri olan güvenli annelik hizmetlerine kadınların ulaşması gerektiği üzerinde durmaktadır (WHO, 1999). Güvenli annelik hizmetlerinin temel amacı gebelik ve doğumdaki morbidite ve mortalite oranlarını azaltmaktır. Dünya genelinde yılda 136 milyon doğum olmakta, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar sonucu 529 bin kadın yaşamını kaybetmektedir. Özellikle anne ölümlerinin ¼'ü gebelik sırasında meydana gelmekte ve anne ölümleri,

dünyadaki üreme sağlığı sorunları içinde ön sıralarda yer almaktadır (WHO, 1996; WHO, 2005).

Anne ölüm hızı; Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasına (ICD-10) göre (kaza sonucu ya da tesadüfen meydana gelen ölümler dışında), *“gebelik veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresi ve lokalizasyonuna bakılmaksızın gebeliğe bağlı veya gebeliğin ağırlaştırdığı bir hastalık nedeniyle veya onun tedavisi sırasında meydana gelen kadınların ölümü”* olarak tanımlanmaktadır (Dirican, 1993; Aksu, 1999; WHO, 1999; Committee On Population, National Research Council, 2000; WHO, 2004; Akın ve Özvarış, 2006). Anne ölüm hızı; kadın sağlığı, sağlık sistemi ve obstetrik hizmetlerin en iyi göstergelerinden biri olarak kabul edilmekte ve hesaplama yapılırken 100.000 canlı doğumda olarak ifade edilmektedir (Tezcan 1992; WHO, 1999; Çetin ve ark.,2003; Akın ve Özvarış, 2006).

Dünyadaki anne ölümleri incelendiğinde, anne ölümlerin de toplumsal cinsiyet ayrımcılığının etkilerinin olduğu, kadınların gerekli bakıma ulaşamamaları nedeniyle en önemli haklarından olan yaşama hakkının ellerinden alındığı ve gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında çok büyük farklar olduğu görülmektedir. Örneğin, anne ölümlerinin %1'i gelişmiş ülkelerde, %99'u ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir ve anne ölümlerinin uluslar arası oranı 100.000 canlı doğumda 400'dür (<http://www.unicef.org>; Rizzi ve ark., 1998; Aksu, 1999; WHO, 1999; Akın ve ark., 2000; Ünlü, 2004; UNDP, 2005; WHO, 2005; Akın ve Özvarış, 2006). Gerçekleşen bu insan hakkı ihlallerinin, yoksul, dezavantajlı ve güçsüz grupları etkilediği, özellikle ölümlerin, doğurganlığın yüksek, eğitim durumunun düşük, doğum öncesi ve doğum sonrası hizmetlerden yoksun fakir Afrika ve Güney Asya ülkelerinde olduğu görülmektedir. Bu ülkelerde dakikada ortalama bir kadın gebelikle ilgili nedenlerle ölmektedir. Örneğin, gebelikle ilişkili nedenlerden ölüm riski Nijerya'da 1/18, Kanada'da ise 1/8700 olarak bulunmuştur. Bu ölümlerin büyük bir bölümünün oldukça basit ve maliyeti düşük yöntemlerle önlenabilir sorunlar sonucu olduğu bilinmektedir (<http://www.unicef.org>; Rizzi ve ark., 1998; Aksu, 1999; WHO, 1999; Akın ve ark.,

2000; Ünlü, 2004; UNDP, 2005). Anne ölümlerinin yanısıra dünyada en az sekiz milyon kadının son bir yıl içinde sağlık durumlarını ağırlaştıran gebelik ve doğumun bazı komplikasyonları nedeniyle ciddi sorunlar yaşadığı bilinmektedir (UNDP, 2005).

Türkiye’de 1997 yılında Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, DSÖ ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) işbirliği ile yürütülen anne ölümlerinin belirlenmesi çalışmasında, araştırma kapsamındaki hastanelerden bildirilen toplam 6371 kadın ölümünden 323’ü anne ölümüdür. Anne ölüm hızı yüz binde 49.2 olarak bulunmuştur. Anne ölümleri, en sık görülen kadın ölüm nedenleri arasında ilk beş içinde yer almaktadır (Yiğitbaş, 1998; Akın ve ark., 2000; Akın ve ark., 2001). Araştırma sonucunda anne ölümlerinin %62.3’ünün yöredeki mevcut koşullarda, %24.2’sinin gelişmiş hastane koşullarında önlenebilir olduğu saptanmıştır (Yiğitbaş, 1998; Akın ve ark., 2000). Ulusal anne ölümleri çalışmasına göre ise, Türkiye geneli için anne ölüm hızı yüzbinde 28.5 olarak belirlenmiştir (Koç ve ark., 2005). Türkiye’nin durumu incelendiğinde, birçok gelişmemiş ülkeden iyi olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerin çok gerisinde olduğu ve halen istenen düzeyde olmadığı görülmektedir.

Önemli bir gelişim hedefi olarak çoğu ülke, anne ölümlerinin azaltılmasının gerekliliğini kabul etmektedir (WHO, 1999; WHO, 2004). Anne ölümleri; güvenli annelik ve kadının statüsünün yükseltilmesi ile azaltılabilir (WHO, 1994; Akın ve Mıhçıokur, 2003). Anne-bebek paketi, güvenli annelik kapsamında DSÖ tarafından geliştirilen anne ve çocuk sağlığına yönelik girişimlere ve eylemlere rehberlik yapan teknik bir araçtır. Anne-bebek paketi içerisinde DÖB en önemli müdahale alanlarından biri olarak kabul edilmektedir (WHO, 1993; SB, 2006). DÖB, anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak dikkatli bir şekilde bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Bu bakımla annelerin daha sağlıklı gebelik geçirmeleri ve daha sağlıklı bebekler doğurmaları sağlanabilir (Cunningham, et al.,1997; Akın ve Özvarış, 2006). Etkili ve yeterli DÖB ile anne ölümlerinin yaklaşık yarısının önlenebileceği, yetersiz DÖB alma durumlarında ise

neonatal mortalite ve infant mortalite oranlarının artacağı belirlenmiştir (Akın, 2000; Akın ve Özvarış, 2006). DÖB'ün temel amacı genel olarak gebelikte sağlığın korunmasıdır. DÖB alan gebelerde gebelikte ilgili risk faktörleri ortaya çıkarılıp, önlenabilir risk faktörlerinden korunabilirler. Böylece gebelerin ihtiyacı olan bilgiler verilir ve uygun tedavi sağlanır, gebe ve ailesinde olan sağlıkla ilgili doğru alışkanlıklar pekiştirilebilir, gebenin doğum ve çocuk bakımına hazırlanmasına yardım edilebilir (Aksayan ve ark, 1998; Simpson, Creehan, 2001; DeCherney, Nathan, 2003; Yücel, 2005; Akın ve Özvarış, 2006).

Doğum Öncesi Bakım; eğitim, destek, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme, maternal-fetal değerlendirme, doğumu planlama, ebeveynliğe hazırlanma, fiziksel ve duygusal aile değerlendirilmesinin geliştirilmesini içerir. DÖB hizmetlerinin amaçları ise, anne ve fetüs sağlığının sürdürülmesi için, gebelik süresince gebenin ve bebeğin izlenmesi, gebelik öncesi var olan hastalıkların tespit edilmesi, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanınması ve risk değerlendirilmesinin gerçekleştirilmesi, önlenabilir risk faktörlerinden korunmanın sağlanması, uygun müdahalelerin gerçekleştirilerek tedavinin sağlanması, gebe kadına uygun bakım hizmetlerinin belirlenmesi ve uygulanması, gebenin tetanoza karşı bağışıklığının sağlanması, hem gebe hem de ailesine doğru alışkanlıkların kazandırılması, gebeye gerekli bilgilerin verilmesi ve doğum ve doğum sonu döneme hazırlanması, doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar verilmesi, çocuk sahibi olan aile ile ilişkilerin geliştirilmesi ve gerekli olduğu takdirde uygun yerlere sevk edilmesidir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Aksayan ve ark, 1998; Simpson, Creehan, 2001; WHO, 2005; Yücel, 2005; Akın ve Özvarış, 2006).

Bazı ülkeler olumlu doğum sonuçları elde etmek için programlar uygulamaktadır. Bu programlar çoğunlukla doğum öncesi döneme odaklanmaktadır. Aslında iyi bir DÖB gebelikten önce başlar (Simpson, Creehan, 2001; Bankowski ve ark., 2002; Taşkın ve ark., 2004; Yücel, 2005). Fakat dünyada çoğu kadının istemeyerek

gebe kaldığı için konsepsiyon öncesi danışmanlık yerine gebelik süresince danışmanlık gerçekleştirilebilmektedir (Simpson, Creehan, 2001).

Doğum Öncesi Bakım alma oranları incelendiğinde, bu oranın dünya genelinde %71 olduğu, ülke ve bölgelere göre değişiklik gösterdiği, örneğin az gelişmiş ülkelerde bu oranın %59'lara kadar gerilediği bilinmektedir (UNICEF, 2007). Özellikle 1990'lı yıllarda gelişmekte olan ülkelerde DÖB alma oranlarında bir yükselme görülmektedir. Fakat bu artışın genellikle DÖB alma durumunun var olduğu ülkelerde olduğu görülmektedir. Öte yandan diğer ülkelerdeki artma son derece düşüktür. Yapılan araştırmalarda DÖB alma oranları göreceli olarak artsa da henüz önerilen standartlara ulaşamamıştır. Özellikle ülkelere önerilen gebelik süresince en az dört kez ziyaret edilen kadın sayısı çok düşüktür. Gebelikte ilk danışmanlık, sıklıkla gecikmektedir (WHO, 2005). Örneğin Alt-Sahra Afrika'da ilk ziyaret çoğunlukla ikinci trimesterde olmakta, hatta ilk ziyareti üçüncü trimesterde olan gebe kadınların oranının, ilk ziyareti ilk trimesterde olan gebe kadınlarla yaklaşık olarak aynı olduğu görülmektedir. Oysa DÖB erken aşamada en üst düzeyde yarar getirmektedir. Dünyadaki DÖB alma oranları ayrıntılı olarak incelendiğinde; kırsal kesimde yaşayan, yoksul, yaşı 20'den küçük ve 35'den büyük, iki ve daha fazla gebelik deneyimleyen ve eğitim düzeyi düşük kadınlarda düşük olduğu görülmektedir. Aynı zamanda DÖB almayı sürdürme oranları da bu gruptaki kadınlarda düşüktür. Bazı ülkeler açısından da etnik kökenin etkilediği düşünülmektedir. Bunun dışında dünya genelinde doğuma yardım eden kişi hakkında da çok az bilgi mevcuttur (Simpson, Creehan, 2001; WHO, 2003; Taşkın ve ark., 2004; WHO, 2005; Yücel, 2005).

Türkiye'de ise, 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre annelerin %81'i araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinin DÖB almıştır. Annelerin dörtte üçü DÖB doktordan almıştır. Diğer taraftan, annelerin yaklaşık beşte biri doğum öncesi herhangi bir bakım almamıştır. DÖB'ün alınmasında kadınların temel özelliklerine göre belirgin farklılıklar bulunmuştur. Genç anneler, 35 yaş üzerindeki kadınlarla

karşılaştırıldığında, DÖB'ü daha çok eğitilmiş sağlık personelinden almıştır. Anne yaşının 35 ve daha yukarı olduğu doğumların %30'unda, anne doğum öncesi hiçbir bakım almamıştır. DÖB'ün alındığı canlı doğumların oranı da doğum sırasına göre belirgin farklılık göstermiştir. Doğum sırası büyüdükçe DÖB alınan canlı doğumların oranı da azalmıştır. Üçüncü veya daha önceki bir sırada doğan çocuklarda DÖB alma olasılığı altıncı veya daha sonraki bir sırada doğan çocuklardakinin yaklaşık iki katı olarak bulunmuştur (TNSA, 2003).

Doğum Öncesi Bakım hizmetleri bütün gebelere götürülen koruyucu hizmetlerdir. Özellikle bu hizmetleri yerine getirmede sağlık personelinin önemli sorumlulukları vardır. Yürütülen birçok çalışmada ekip yaklaşımı ile yürütülen iş ve sorumlulukların bireysel gerçekleştirilen çalışmalardan daha etkin olduğu bulunmuştur. DÖB hizmetleri içerisinde de ekip yaklaşımının sürdürülmesi, anne-bebek sağlığının ve güvenliğinin devamı ve olası yan etkilerin azaltılması açısından büyük yarar sağlamaktadır (Simpson, Creehan, 2001). DÖB hizmeti ekibi içerisinde ebe ve hemşireler en aktif rol oynayan ve verecekleri hizmetlerle kadınlara destek olan meslek gruplarındandır (WHO, 1999; Mıhçıokur ve Akın, 2001; Akın, 2002; Taşkın ve ark., 2004). Bu hizmetlerde hemşire ve ebelerin görevi, riskli durumların gebeliğe getireceği zararları önlemek ya da en aza indirmek için riski en erken evrede tanımlamak ve alacağı önlemlerle anne ve bebeğin sağlığını korumak olmalıdır (Taşkın, 2005). Ayrıca, rahatı sağlama, aileye yeni gelecek üye için planlamalar yapma ve aile uyumu, anne bebek sağlığını artıracak davranışları sağlama, ilk gebeliği olan gebe kadınlara bilgi verme DÖB içinde hemşirelerin diğer önemli sorumluluklarındandır (Simpson, Creehan, 2001).

Bazı ülkelerde ayaktan tedavi edilen hasta birimlerinde çalışan uzman doğum öncesi hemşireleri; danışmanlık, hasta ve personel eğitimi, araştırma, koordinasyon ve ailelere ihtiyaç duydukları hemşirelik bakımını sunma açısından önemli bir yerdedir. Doğum öncesi hemşireleri, perinatal uzmanlık içinde ileri hemşirelik uygulamaları ile yeni rollere sahiptir (Simpson, Creehan, 2001).

Ülkemizde ise DÖB hizmetleri sağlık ocaklarında yerine getirilir. Sağlık Bakanlığının sağlık ocaklarında hizmetin yürütülmesi yönergesi'ne göre, DÖB hizmetlerinde ebe, hemşire ve hekimler görev alırlar (SB, 2001). Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak, bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak hem ebe hem de hemşirelerin en önemli görevlerinden bazılarıdır. Ayrıca ebeler, DÖB ve izlemi yapmak, gebelik tanısını koymak, takibini yapmak, riskli gebelikleri erken dönemde tespit etmek ve gerekli birimlere sevk etmek, ev ziyaretleri yaparak gebe ve bebekleri tespit etmek, düzenli aralıklarla ziyaret etmek ve izlemek, gebelere ait kayıt ve formları eksiksiz doldurmak ve bağışıklama hizmetlerinde görev almak zorundadır. Eğer sağlık ocağı ebe sayısı yeterli olmazsa hemşireler, ebelerin sorumluluk almış olduğu bölgelerin paylaşımına katılır ve bölgelerin tespit, takip ve bağışıklama hizmetleri ile kayıt bildirimlerini yapar (SB, 2001; SB, 2006).

Ebe ya da hemşireler tarafından gerçekleştirilecek izlemlerde, gebenin kan basıncı ve hemoglobini (Hb) ölçülür, idrarda protein araştırılır, pretibial bölgede ödem olup olmadığına bakılır. Gebede anemi, preeklampsi, vajinal kanama, baş-pelvis uyuşmazlığı, kan grubu uyuşmazlığı, çoğul gebelik ve sistemik bir hastalık olup olmadığı araştırılır. Bebeğin geliş pozisyonu belirlenir, anne tartılır ve her gebe için çıkarılması gereken gebe izleme kartı'na bu bilgiler kayıt edilmelidir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; SB, 2001).

Doğum öncesi bakım hizmetleri verilirken en az verilen hizmetler kadar önemli olan bir diğer nokta ise bu hizmetleri doğru, eksiksiz biçimde kayıt etmedir. Ancak hizmetler kayıt altına alındığı takdirde değerlendirilebilir ve planlamalar yapılabilir. Bu açıdan konuyla ilgili birimlerin, konuya ilişkin kayıtların ve toplanan verilerin bazı özellikleri olması gerekir. Bu özellikler, hizmeti yürüten birimlerin seçimi, personelin eğitimi, hizmete yönelik tutum ve davranışlarda da bazı kriterleri göz önüne almayı gerektirir (Sümbüloğlu ve ark., 1996).

Kayıt tutmanın üç önemli nedeni vardır. Birincisi hizmetlerin planlanmasında ve uygulanmasında verilecek bütün kararların veriye, daha doğrusu bilgiye dayanması gerekir. İkincisi, hizmetler devamlılık gösterir. Yapılmış işlerin kayıt edilmeleri ve bilinmeleri, çalışanlar değişse de çalışmaların devamı için gereklidir. Bu devamlılık hem yönetsel işler, hem de ailelerin ve kişilerin sağlık durumlarının izlenebilmesi için gerekir. Üçüncüsü ise, kayıtlar ve istatistiksel değerlendirmeler bir kuruluşun denetimi ve performansının değerlendirilmesi için de gereklidir (Öztek, 2001).

Sağlık alanında; ölçüm, kişilerle doğrudan görüşme (anket) ve kayıt olmak üzere üç temel veri kaynağı bulunur. Bunlardan en önemlisi ve en sık kullanılanı kayıtlardır. Sağlıklı ve güvenilir veri elde etmek için mutlaka kayıt sisteminin düzenli olması, gerekli sağlık kurumlarında aynı kayıt standartlarının bulunması ayrıca bu kayıtları dolduran kişilerin kayıt doldurma konusunda eğitilmiş olması, görev sorumluluğu ve görev bilinci ile hareket etmesi, bunu asli görevi olarak kabul etmesi, bu görevden kaçmaması, verilecek hizmeti doğrudan etkileyeceği bilincinde olması gerekir (Sümbüloğlu ve ark., 1996; Öztek, 2001; Aksakoğlu, 2006). Ülkemizde sağlık ocaklarından SB'na kadar uzanan bilgi sisteminin en temel parçalarından biri sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocaklarında rutin olarak bilgiler toplanır ve bu bilgilerin toplanmasında da ebe ve hemşirelerin büyük sorumluluğu vardır. Çünkü verileri toplayarak kayıtları tutan kişilerin bilerek ya da bilmeyerek yaptıkları hatalar kullanılan form nasıl olursa olsun sonucu direk etkiler. Bu nedenle ebe ve hemşire her izlemde gerekli işlemleri yaparak, kaydetmelidir (Sümbüloğlu ve ark., 1996).

Ülkeler anne ve bebeklerini takip için çeşitli formlar kullanmaktadırlar. DSÖ doğum öncesi dönemdeki eksiklikleri göz önüne alarak, ülkelerin kullanabileceği çeşitli örnek modeller geliştirmektedir. Bu modeller içinde; risk skorlama formları, ilk ziyarette özel bakım gerektiren gebeleri belirlemeye yarayan sınıflama formları ve gerçekleştirilmesi gereken dört ziyaret içindeki yapılan müdahale ve tetkikleri içeren çeşitli formlar yer almaktadır (WHO, 2002).

Ülkemizde ise, DÖB hizmetlerini sunan sağlık ocaklarında gebeler için kullanılan kayıt fişi “gebe-lohusa izleme fişi” dir. Bu fiş sağlık ocağı temel formlarından biridir ve ebe saptadığı tüm gebeler için doldurur. Kadınların her gebeliği için ayrı bir form kullanılır. Ebe kaydettiği gebelerin ilk kontrolünü yapar, hekimle birlikte sistemik ve jinekolojik muayenesini yaparak gebe-lohusa izleme fişi’ni hekime imzalatır. Bu fişteki bilgiler diğer doldurulacak formlarında kaynağını oluşturur. Sağlık kayıt sistemi bir bütündür ve tutulan kayıtlar birbiri ile bağlantılıdır. Bir kayıt formuna işlenen bir bilgi diğer bir formda da kullanılmaktadır. Bu nedenle formlar yanlış okumalara ve anlamalara yol açmayacak şekilde büyük harflerle ve okunaklı doldurulmalı, üzerinde gerekli değişikliklerin yapılabilmesi, silinti ve kazıntıdan doğabilecek yanlışlıkların kolaylıkla düzeltilebilmesi için kurşun kalemle doldurulmalı, unutkanlık gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek bilgi kayıplarını önlemek için zamanında doldurulmalı, yapılmayan ve denetlenmeyen işlemler olduğunda ilgili sütuna (-) konmalıdır (Sümbüloğlu ve ark., 1996; Öztekin, 2001; SB, 2001).

Ülkemizde DÖB hizmetlerini inceleyen çalışmalar bulunmasına karşın, Bolu il merkezinde DÖB hizmetleri ve kayıtlarına ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gebe-lohusa izlem fişleri ile yapılan araştırmaların ise çoğunlukla gebelerin gebelikleri sonlandıktan sonra, gebe-lohusa izlem fişlerinin doldurulma durumlarına ilişkin olduğu belirlenmiştir (Uysal, 1997; Çöl, 1998; Şahinöz, 1998; Bozkurt ve ark., 2001; Karataş, 2001; Terzioğlu, Karataş, 2001; Akın, Özvarış, Koçoğlu, 2002; Aliefendioğlu ve ark., 2002; Berberoğlu ve ark., 2002; Çetinkaya, 2002; Erol ve ark., 2002; Saka, 2002; Erci, 2003; Akış ve ark., 2004; Aslan, 2004; Baykan ve ark., 2004; Beşer, Ergin, 2004; Beyzadeoğlu ve ark., 2004; Biltekin ve ark., 2004; Bozkurt ve ark., 2004; Döner, 2004; Küçük, 2004; Nacarküçük, İrgil, 2004; Çetin ve ark., 2005; Çoban, 2005; Gün ve ark., 2005; İrge, 2005; Okyay ve ark., 2005; Omaç ve ark., 2005; Özdemir, 2005; Sağdıç, 2005; Sönmez, Aksakoğlu, 2005; Üstünsöz, 2005; Topuzoğlu ve ark., 2005; Mısıroğlu, ve ark., 2006).

Bu araştırma ile ebe ve halk sağığı hemşirelerinin yerine getirmesi gerekli hizmetlerden olan DÖB hizmetlerinin önemi vurgulanmaya çalışılmıştır. Ana ve çocuk sağığı hizmetlerinin sunulmasında, sağıık kuruluşlarında verilmekte olan hizmetleri alma durumları ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınması önemli bir gösterge olması nedeniyle Bolu il merkezine bağıık sağıık ocaklarına kayıtlı gebelerin aldıkları DÖB hizmetleri gebelikleri devam ettiğı süre içersinde incelenmiştir.

1.2. AMAÇ

Bu araştırma ile Bolu il merkezindeki sağlık ocaklarına kayıtlı gebeler için kullanılan gebe-lohusa izlem fişlerinin doldurulup doldurulmadığı, fişlere göre gebelerin aldıkları DÖB hizmetlerinin neler olduğu, bu hizmetlerin; istendik DÖB izlem sıklığına uygun ve içeriğinin gebe kadının gebelik durumuna göre yeterli olup olmadığı ve gebe-lohusa izlem fişlerine kayıt edilen gebelikle ilişkili durumlar ve varolan sorunların belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Öncesi Bakım Sıklığı

Kadın sağlığını yükseltmek için kadınlara yaşamlarının her döneminde sağlık bakımı verilmelidir. Kadın hayatının önemli dönemlerinden biri olan gebelik döneminde de kadınlara bakım verilmeli ve eğitim yapılmalıdır. Gebe kadınlar gebelikleri süresince izlenmeli, risk taşıyan durumlar belirlenmeli, sevk edilmelidir. Kadınlara gebelikleri süresince verilen bu hizmetler, DÖB hizmetleri içerisinde yer alır (Güler, Azak, 1995; Aksayan ve ark, 1998).

Uygun DÖB tanımlanan ve tedavi edilen gebelikle ilişkili problemlerin kapsamlı bir sürecidir. Anne adayı gebeliğinin 12. haftasına kadar saptanıp kendisi ile ilgili gebe izleme kartı çıkartılır. Bundan sonra doğuma kadar mevcut durumunda herhangi bir risk faktörü olmayan gebeler için en az aşağıdaki sıklıkta izlenir:

Şekil 1. Gebelik Haftasına Göre İzlem Sıklığı

<u>Gebelik haftası</u>	<u>İzleme sıklığı</u>
12. haftaya kadar	Tespit ve ilk izlem
24-26. haftalar arası	İkinci izlem
30-32. haftalar arası	Üçüncü izlem
36-38. haftalar arası	Dördüncü izlem

Kaynak: SB, 2006.

İlk gebelik izlemine mümkün olduğunca erken gebelik haftasında gebelik olasılığı düşünüldüğü andan itibaren başlanmalıdır (Cunningham, et al.,1997; Akın ve Özvarış, 2006; SB, 2006). Gebenin en az bir bakım ziyaretine, eşi veya aile büyüğüyle birlikte gelmesi konusunda destek verilmelidir. Gebelikteki risk durumları belirlenerek sonraki izlemler planlanmalıdır (SB, 2006). İzlemler esnasında gebeliğin normal

gitmediğine karar verildiği takdirde izlemler daha sık yapılmalıdır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Simpson, Creehan, 2001).

2.2. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Gerçekleştirilmesi

Doğum Öncesi Bakım hizmetleri gerçekleştirilirken öncelikle gebenin ayrıntılı bir öyküsü alınmalı, bu sırada beklenen doğum tarihi hesaplanmalıdır. Öykü alındıktan sonra gebenin fizik muayenesi, laboratuvar testleri yapılmalı, ilaç desteği, tedavileri ve bağışıklanması sağlanmalı, gerekli konularda bilgilendirme ve danışmanlık yapılmalı, gebelikle ilişkili risk faktörleri belirlenmeli, gebe izlem fişi kayıtları tamamlanmalı ve kontrol edilmeli son olarakta sonraki izlemler planlanmalıdır.

2.2.1. Öykü Alma: Doğum öncesi dönemde ilk kontrolde ve her kontrolde gebenin öyküsü alınmalıdır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Simpson, Creehan, 2001; Türk Perinatoloji Derneği, 2005; Yücel, Sivashioğlu, 2005; Akın ve Özvarış, 2006). Öykü almanın amacı gebenin anlattıklarını dinlemek ve gerekli soruların cevaplarını almaktır. Sorulan sorularla anne ve fetusun sağlığı için önemli olabilecek ipuçları elde edilir ve başarılı sonuçlara ulaşmaya ön ayak olunur. Öykü belli bir düzen içinde alınmalı ve elde edilen bilgiler kaydedilmelidir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Cunningham, et al.,1997; Yücel, Sivashioğlu, 2005). Öykü alma, gebelik öncesi döneme ait maternal hastalıkların saptanması, tedavilerinin planlanması ve sürdürülmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilecek risklerin belirlenmesi, gebelik dönemindeki anne ve bebek sağlığını etkileyen faktörlerin (beslenme madde bağımlılığı vb) hastalıkların (pre-eklampsisi vb.) saptanması, tedavilerinin planlanması ve sürdürülmesi, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması açısından önemlidir (SB, 2006).

Öykü alma ayakta acele bir şekilde sorguya çekme şeklinde yapılmamalı, sohbet havası içinde gerçekleştirilmeli ve bu sırada sabırlı ve güler yüzlü olunmalıdır. Ayrıca öykü alırken; toplumsal değerlere, kültürel özelliklere ve gebenin gereksinimine göre hareket edilmeli, mahremiyetine saygı gösterilmeli, nazik bir şekilde karşılanmalı, ilgelenen sağlık personeli kendine tanıtmalı, gebe kadının adı sorularak, her türlü

işlemede adı ile hitap edilmeli, sözel olan ve olmayan iletişim yolları kullanılmalı, yargılayıcı sorulardan ve ses tonundan kaçınılmalı, sorular kolaylıkla anlaşılacak şekilde sorulmalı, gebenin duygularına ve tepkilerine dikkat edilmeli, alınan öykü açık ve net olarak kayıt altına alınmalı, kayıtlara sadece yetkisi olan kişilerin ulaşması güvence altına alınmalı ve bu konuda gebe bilgilendirilmelidir (SB, 2006).

Kişisel Bilgiler: Adres ve telefon numarası, yaş (doğum tarihi), medeni hali, evli ise kaç yıldır evli olduğu, akraba evliliği durumu, eğitim düzeyi, mesleği ve çalışma durumu, ırk ve etnik grup, yaşadığı ev tipi büyüklüğü ve hane halkı sayısı, yaşadığı mekanın alt yapı koşulları, tuvalet su kaynağı, yaşadığı mekanın elektrik veya ısınma ve aydınlanma kaynağı, ekonomik düzey, eşinin yaşı, eşinin mesleği ve çalışma durumu, eşinin hastalık durumu, eşinin kan grubu, şiddet ve istismar durumu, destek sistemlerini içerir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Güler, Azak, 1995; Aksayan ve ark, 1998; Simpson, Creehan, 2001; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006; Gül, 2007).

Tıbbi Bilgiler: Kronik hastalıklar, çocukluktan itibaren geçirilmiş hastalıklar ve immünizasyon durumu, geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları, CYBE öyküsü, kanama bozukluğu ya da yatkınlığı, genel beslenme durumu ve yeme bozukluğu hikayesi, madde bağımlılığı, pika, psikiyatrik sorunlar, kan transfüzyonu, geçirilmiş operasyonlar, geçirilmiş jinekolojik operasyonlar, ilaç alerjisi, sürekli kullanmakta olduğu zorunlu ilaçları, gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi, infertilite mevcut ise süresi, gördüğü tedaviler, aile öyküsü (sistemik hastalık, çoğul gebelik, konjenital hastalık, sağlığı etkileyecek kültürel inanış ve davranış gibi) içerir (Güler, Azak, 1995; Aksayan ve ark, 1998; Simpson, Creehan, 2001; DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006; Gül, 2007).

Obstetrik Bilgiler: Gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, son gebeliğin sonlanma tarihi, her gebelik ile ilişkili öykü, doğumların kim tarafından nerede yapıldığı, DÖB hizmetini kaç kez nereden aldığı, gebeliklerin sonlanma şekli (canlı doğum, ölü doğum, kendiliğinden düşük, isteyerek düşük, ektopik gebelik, mol gebelik) bebek ölümü ve nedenleri, çocuk ölümü ve nedenleri, prematür doğum, postmatür doğum, ikiz veya çoğul gebelik, tekrarlayan birinci trimester düşüklüğü, tekrarlayan

ikinci trimester düşükleri, yasal tahliye ve isteyerek düşük ve komplikasyonları, gebelik sırasında yaşanan komplikasyonlar, doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar, doğumun şekli, doğum sonrası dönemde yaşanan komplikasyonlar, daha önceki canlı doğumlara ait yaşanan komplikasyonlar, daha önceki canlı doğumlara ait bilgiler (cinsiyet, doğum ağırlığı, anne sütü alma süresi, tetanoz toksoid immünizasyon uygulaması), kan grubu ve Rh faktörü, menstruasyon hikayesini, kontraseptif hikayesini içerir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Güler, Azak, 1995; Aksayan ve ark, 1998; Simpson, Creehan, 2001; DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006; Gül, 2007).

Mevcut Gebelik Bilgileri: Son adet tarihi (SAT), adetlerin düzeni, gebelik semptomları, gebeliğin olağan yakınmaları (tablo 1 ve 2), gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmalar, bebek hareketleri ve ne zaman başladığı, alışkanlıkları, bu gebelik için tedavi görme durumu, kullanılan ilaçlar, kaza geçirip geçirmediği, röntgen filmi çektilirip çektilirmediği, gebeliğe karşı tutumu/isteyerek-planlı, DÖB alma durumu, doğumun nerede gerçekleştirileceği, doğum sonrası AP yöntemi isteğini içerir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Aksayan ve ark, 1998; Simpson, Creehan, 2001; DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006; Gül, 2007).

Gebelik Tarihinin Hesaplanması: Son menstruasyonun ilk günü, gebeliğin başlama tarihi olarak kabul edilir. Gebelik süresi normal takvim aylarına göre 9 ay 10 gündür (DeCherney, Nathan, 2003; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005). Gebelik süresi 280 gün ya da 40 hafta olarakta hesaplanır (Cunningham, et al.,1997; Bankowski ve ark., 2002). Naegele formülüne göre tahmini doğum tarihi, son menstruasyonun ilk gününe yedi gün eklenip, üç ay geriye ya da dokuz ay ileri gidilerek hesaplanır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Cunningham, et al.,1997; Yüksel, 1997; Aksayan ve ark, 1998; Simpson, Creehan, 2001; Bankowski ve ark., 2002; DeCherney, Nathan, 2003; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006). Bu formül menstruasyon düzenini 28 günde bir, ovulasyonu siklusun tam ortası olarak kabul eder. Doğum tarihinin tahmininde, daha sağlıklı bir yöntem olan ultrason önem kazanmıştır (Yücel, Sivaslıoğlu, 2005). Doppler ultrasonografi aleti ve bir diğer fetal kalp seslerini duymayı

sağlayan fetöskop ile kalp sesleri duyulur, bebeğin hareketleri anne tarafından ilk gebelik geçiren kadınlarda yaklaşık 18-19. gebelik haftasında hissedilir (Bankowski ve ark., 2002; DeCherney, Nathan, 2003).

2.2.2 Fizik Muayene

Gebenin genel fizik muayenesi: Gebenin gözle muayenesinde öncelikli olarak gebenin postür ve yürüyüşüne bakılabilir. Gebenin postür ve yürüyüşü gebelikte değişebilir. Spinal kavis artıp, sırt ağrısı görülebilir. Daha sonra, ağız ve burun mukozasına bakılabilir. Östrojenin etkisi nedeniyle diş eti hipertrofikdir. Ağızda ödem, inflamasyon ve renk solukluğu anormal bulgu olarak kabul edilir. Burun mukozası ise ağızdan daha kırmızı ve ödemlidir. Bu nedenlerle burun kanaması ya da burun tıkanıklığı olabilir (Taşkın, 2005).

Göz konjonktivalarına, tırnak diplerinin soluk olup olmadığına, vücutta herhangi bir sakatlık olma durumuna, gebenin şişman ya da zayıf olup olmadığına, boyunun kısa olup olmadığına, meme uçlarının durumuna bakılabilir. Karında, vücudun herhangi bir yerinde ameliyat izi varlığına, bacakta, vulvada varis varlığına, yüz, karın ve memelerde gebelik belirtileri varlığına bakılabilir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Aksayan ve ark, 1998; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005). Ayrıca gözle strialara, makat vulva meme başı, alın ve yüzde pigmentasyon artışı olup olmadığı da incelenebilir (Yüksel, 1997).

Gebenin elle muayenesinde, Palpasyonla memelerde ele gelen kitle varlığına bakılabilir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Güler, Azak, 1995; Aksayan ve ark, 1998). Memelerin ölçü ve sınırları simetrik, meme ucu ve areola pigmentli olmalı, aksillar nodlar palpe edilmemelidir. Memedeki şekil değişikliği, sertlik, ısı ve hassasiyet istenmeyen anormal bulgulardır (Taşkın, 2005). Boyun elle muayene edilebilir. Nodlar küçük, mobil ve hassasiyeti yoktur. Trioidler trakeanın her iki yanında lateral loblar palpabl, gebeliğin 3. ayında hafif hiperplaziktir (Taşkın, 2005).

Diğer muayeneler içerisinde ise, gebenin kilosu ve boyu ölçülür, yaşam bulguları alınır (kan basıncı, vücut ısısı ölçülür, nabız ve solunum sayılır) ödem ve varis

değerlendirilir (Yüksel, 1997; Aksayan ve ark, 1998; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005).

Kilo ve boy ölçümü: Annenin boyu ve kilosu ilk kontrolde mutlaka ölçülmelidir. Gebeliğin ilk trimesterinde ortalama 1-1.5 kg, daha sonra ise haftada 400-500 gram kilo alınmasına dikkat edilmelidir (Yüksel, 1997; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005). Gebelik süresince ortalama kilo alımı değişebilir. Bunun için öncelikle gebenin BKİ'si (Beden kitle indeksi) hesaplanmalı ve sonra ideal kilo artışı belirlenmelidir. Gebelik öncesi normal kiloda olan bir kadın gebelik boyunca 11.5-16 kilo almalıdır (Cunningham, et al.,1997; DeCherney, Nathan, 2003). Beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanarak ideal kilo artışının belirlenmesi; Normal BKİ: 19.8-26 kg/m²

Tablo 1. Gebelikte Beden Kitle İndeksine Göre Önerilen Ağırlık

Gebelik öncesi BKİ	İdeal kilo artışı
< 19.8 kg/ m ²	12.5-18 kg
26-29 kg/ m ²	7-11.5 kg
> 29 kg/ m ²	6-8 kg

Kaynak: SB, 2006

Kilolu kadınların gebelikleri ya da gebelikte aşırı kilo alınması annede hipertansiyona ve gestasyonel diyabete, iri fetus nedeniyle güç doğum eylemi ve doğum travmalarına neden olabileceği gibi kilolu doğan bebeklerde ileri yaşlarda obezite görülme riskini artırmaktadır. Gebelikte kilo almama bir tehlike işareti olabilir. Gebeliğin 20. haftasına kadar 5 kg'dan az kilo alınmışsa beslenme alışkanlıkları gözden geçirilmelidir. Yetersiz kilo alımı düşük doğum ağırlığına, yenidoğan da hastalık ve ölüm riskinin artmasına neden olur (DeCherney, Nathan, 2003; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005).

Boy 1.50 cm'den az olan gebe kadınların doğumunda güçlükler yaşanabileceği için hastanede doğum planlanmalıdır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986).

Yaşam bulguları: Kadının pozisyonundan kan basıncı etkileneceği için, gebenin tansiyonu her kontrolde otururken, aynı koldan ve aynı pozisyonda ölçülmeli ve kaydedilmelidir. Diyastolik kan basıncı normal olarak birinci ve ikinci trimester de 7-10 mmHg düşer, üçüncü trimester de ise gebelik öncesi duruma döner. Normalde gebenin kan basıncı 110–120/70–80 mmHg arasında değişir. Tansiyonun 140/90 mmHg ya da yüksek olması hipertansiyon uyarıcısıdır (Yüksel, 1997; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005).

Kan basıncı ölçülürken gebe rahat bir yere oturtulmalı ve yapılacak işlem açıklanmalı, aktivitede bulunduyorsa dinlenmesi (5-10 dak) sağlanmalı, rahat edeceği pozisyonda oturtulmalı, kolu açılmalı ve avuç içi yukarı bakacak biçimde bir yastığın üzerine koyularak desteklenmeli, tansiyon aleti dirsekten iki parmak yukarı gelecek şekilde sarılmalı, dirsek iç yüzeyinden atım bulunmalıdır (brakiyal arter), steteskop yerleştirilmeli, tansiyon aletinin göstergesinin sıfırda olması sağlanmalıdır, manşet şişirilmeli, gösterge bitinceye, kan basıncı ölçümü ya da nabız atımı duyulmayana kadar devam edilmeli ve vida gevşetilerek ilk atımın başladığı nokta ve kuvvetini kaybettiği yer belirlenmelidir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Güler, Azak, 1995; Yıldırım, 2005).

Gebelikte normal vücut ısı axiller 36.2-37.6 °C civarındadır. Daha yüksek ısı enfeksiyon göstergesi olabilir (Taşkın, 2005). Vücut ısı ölçülürken öncelikle gebe kadına yapılacak işlem açıklanmalı, yatar ya da oturur pozisyon verilmeli, derece hazırlanmalı ve temiz bir pamukla silinmeli, civa ilerlemiş ise eli bilekten kuvvetlice sallayarak civa düşürülmeli, koltuk altı silinmeli ve koltuk altına derece yerleştirilmeli, 5-10 dak beklenildikten sonra değer okunmalıdır (Yıldırım, 2005).

Normal nabız hızı dakikada 60-90 atım arasındadır. Gebelikte nabız 10 atım artabilir. Apikal nabız ölçülürken gebenin kalbi tespit edilmeli (sol klavikulanın orta hattından aşağı doğru hayali bir çizgi çekildiğinde, bu çizgiyle sol beşinci ve altıncı kostaların kesiştiği nokta) steteskop alıcısı tespit edilen noktaya yerleştirilmeli ve bir dakika sayılarak hızı ve düzeni açısından değerlendirilmelidir. Heyecan durumlarında ve kardiyak bozukluklarda nabız artabilir (Taşkın, 2005, Yıldırım, 2005).

Solunum sayısı normalde dakikada 16-24 arasındadır. Gebelikte torasik solunum daha baskındır ve solunumun derinliğinde artma olabilir. Bu nedenle solunum alkolozuna yatkınlık vardır. Solunum sesleri bilateral olarak eşit alınmalı ve göğüs genişlemesi simetrik olmalı ve akciğerlerden anormal bir ses alınmamalıdır (Taşkın, 2005).

Ödem ve varis değerlendirilmesi: Doğum öncesi dönemde mutlaka her kontrolde gebenin ödem kontrolü yapılmalı ve sonuçlar kayıt edilmelidir (DeCherney, Nathan, 2003). Ödem kendini aşırı kilo artışı ile gösterir. Önce bacaklarda daha sonra ellerde, yüzde ve karında belirginleşir (Taşkın, 2005; SB, 2006). Patolojik ödem dinlenmekle azalmaz. Gebede ödem değerlendirilmesi yapılırken gebe sırtı desteklenir ve ayak tabanları yere basacak şekilde dik oturması sağlanır. Tibia kemiğinin ön orta hattı belirlenir, daha sonra belirlenen noktaya baş parmakla orta şiddette 5 sn süre ile bastırılır. Deride hemen kaybolmayan bir gode (çukur) oluyor ise bu godenin derinlik mesafesi parmak üzerine işaretlenir ve sonra ölçüm yapılarak ödemin derecesi belirlenir (2 mm = +1, 4 mm = +2, 6 mm = +3, 8 mm = +4). Ödem annede böbrek ve kalp hastalığı, çoğul gebelik ve preeklampsi belirtisi olabilir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005).

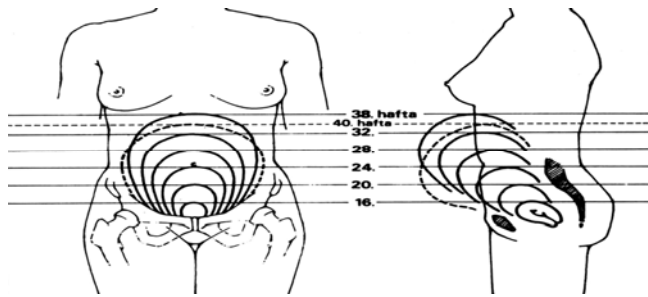
Vulvadaki varisler normal doğum sırasında yırtılarak büyük ven kanamalarına yol açma, bacadaki varisler ise tromboflebit gelişimi yönünden önemlidir (Yücel, Sivaslıoğlu, 2005). Varis değerlendirilmesi yapılırken öncelikle muayene için gebenin giysilerinin uygunluğu değerlendirilir sonra gebe ayağa kaldırılarak öne doğru eğilmesi ve parmak uçlarında yükselmesi istenerek bacağın gergin hale gelmesi sağlanır. Her iki bacağa aynı anda bakılır daha sonra gebeye vulvadaki varis varlığı sorularak varis değerlendirmesi yapılır (Yıldırım, 2005).

Karın muayenesi: Gebeliğin saptanması, bebek kısımlarının saptanması, bebeğin büyüklüğünün saptanması, bebeğin gelişiminin izlenmesi, bebek kalp seslerinin dinlenmesi, normal dışı durumların saptanması amacıyla yapılır. Karın muayenesine hazırlıkta, gebeye muayene açıklanmalı ve onayı alınmalı, kolay muayene edilmesi, fundus yüksekliğinin net ölçümü için gebenin mesanesini boşaltması istenmeli, gebe

kolları iki yanında ve vücudunun üst kısmı yastıklarla desteklenecek şekilde sırtüstü yatar durumda hazırlanmalı, muayene sırasında supine hipotansiyon gelişebileceği unutulmamalı, bu nedenle muayene mümkün olan en kısa sürede yapılmalı, muayene sırasında gebenin mahremiyetine dikkat edilmelidir (SB, 2006). Karın muayenesinde sırasıyla gözlem, dinleme ve elle muayene yapılır.

Gözlem içinde birinci olarak, uterus büyüklük ve şekli gözlemlenir. Gözlenen fundus yüksekliği gebelik haftası ile ilgili kabaca fikir verir. Fetusun duruşu uterusun şeklini etkiler. Transvers duruş kısa ve geniş, longitudinal duruş enine göre daha uzundur. Primigravidlerde ovoid şekli gözlenir, oksiput posterior gelişte göbek hizasında çökme gözlenir, iri bebekte uterus uzunluğu artmıştır. Obezite ve karında gaz gözlemlerde yanıltıcı olabilir (SB, 2006).

İkinci olarak, uterus şeklindeki değişiklikler gözlemlenir. Erken gebelikte uterus küre şeklinde, antevort ve antefleks pozisyonundadır. Uterus 12. haftaya kadar pelvik bir organdır ve diğer pelvik organlara bası yapar. 12. haftada düz ve abdominal bir organdır, fundus simfiz pubisten palpe edilir. 16. haftada fundus simfiz pubis ile göbek arasındaki mesafenin ortasındadır. Fundus 20. haftada göbeğin 2 parmak aşağısında, 28. haftada göbeğin 3 parmak üzerindedir. Uterus alt segmenti 30. haftada belirlemeye başlar. Fundus 32. haftada göbekte sternumun alt ucundaki ksifoid çıkıntı arasındaki mesafenin ortasında, 36. haftada sternumun ksifoid ucuna kadar ulaşır. Alt segment tam olarak oluşmuştur. Fundus 40. haftada 32-36 haftalık seviyeler arasındadır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Yüksel, 1997; DeCherney, Nathan, 2003; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006).



Şekil 2. Gebelik Haftasına Göre Uterus Şekli
Kaynak: SB, 2006.

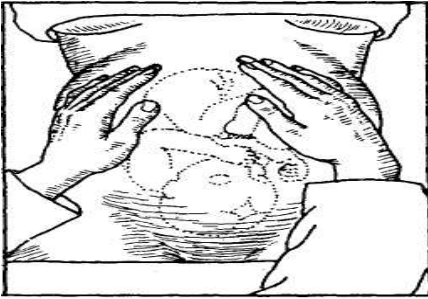
Gözlemde üçüncü olarak, karın duvarı yan kenarları gözlemlenir. Umblikus son haftalarda öne doğru çıkar. Multiparlarda karın yan duvarları sarkıktır (SB, 2006). Dördüncü ve son olarakta derideki değişiklikleri gözlemlenir. Böylece, genel cilt durumu (turgor- tonus) değerlendirilir. Eski çatlaklar beyaz-gri renkte, yeniler pembe renktedir. Geçirilmiş operasyonlara ait skarlar değerlendirilir. Bazı gebeliklerde linea nigra (karın ortasından yukarı göbeğe doğru uzanan çizgi şeklinde pigmentasyon) gözlenir. Orta hatta göbeğe uzanan kıllanma (Android tip pelvis) değerlendirilir (SB, 2006).

Dinleme: Fetal kalp sesi (FKS) fetoskop veya ultrason cihazlarıyla dinlenir. Normal FKS dakikada 120-160'dır. FKS'nin 100'ün altına inmesi ve ya 160'ın üzerine çıkması fetus sağlığı açısından tehlike belirtisidir (Yüksel, 1997; DeCherney, Nathan, 2003; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005). FKS 8. gebelik haftasından sonra doppler ile 17-18. gebelik haftasından sonra ise fetoskoplara duyulabilir. Fetal kalp sesleri gebeliğin ilk yarısında karnın en bombe olan noktasından, gebeliğin ikinci yarısında ise fetusun sırtının olduğu taraftan daha iyi duyulur (Cunningham, et al.,1997; Yüksel, 1997; Bankowski ve ark., 2002; DeCherney, Nathan, 2003). Ölçüm yapılırken: Fetal stetoskop bebek sırtı ve duruşu belirlendikten sonra uygun bölgeden karın üzerine dik olarak yerleştirilir. Anne nabızı ile karşılaştırılarak anne nabızı sayılmadığından emin olunur ve FKS çift ses şeklinde bir dakika süreyle sayılır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Güler, Azak, 1995; SB, 2006).

Elle muayene: Karnın elle muayenesi, eller temiz olarak, el avuçlarını karnın üzerinde düzgün bir şekilde dolaştırarak yapılmalıdır. Ellerin muayene sırasında soğuk olmamasına dikkat edilmelidir. Karnın elle muayenesinde Leopold manevraları bize fetusla ilgili bilgiler verir ve fetusun geliş şekli belirlenir. Leopold manevraları ile ayrıca gebelik fundus ilişkisi değerlendirilir (Yüksel, 1997; Aksayan ve ark, 1998; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006). Leopold manevraları gebeliğin 5. ayından sonra (22. hafta) uygulanır (DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005). Palpasyondan önce mesane boşaltılmalıdır. Palpasyonda el ve parmak hareketleri yumuşak olmalı ve eşit kuvvette bastırılmalıdır. Aksi takdirde hızlı ve sert hareketler kontraksiyonlara neden olabilir (Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005). İntrauterin

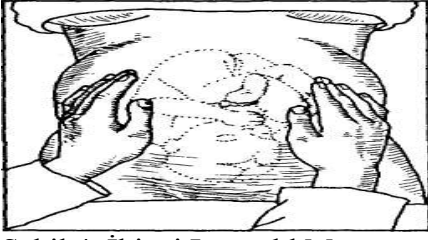
gelişme geriliği, polihidroamniyoz ya da çoğul gebeliğe bağlı olarak görülen karında aşırı büyüme leopold manevraları ile tespit edilebilir (Yüksel, 1997; Aksayan ve ark, 1998; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005).

I. Leopold manevrası: Gebe düz bir yere sırt üstü yatırılır ve bacakları hafif bükülür. Muayene yapanın yüzü gebenin yüzüne dönük olarak, iki elin parmak uçları birleştirilerek elin alt kenarları fundus uterinin üzerine konulur ve derine doğru bastırılarak, fundus yüksekliği ölçülür ve fundus da bebeğin baş veya makadı palpe edilerek bebeğin pozisyonu belirlenir (Şekil 2) (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Güler, Azak, 1995; Yüksel, 1997; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006). Bebeğin kalçaları sıkıdır, baş ise sert, düzgün ve keskin sınırlıdır (Taşkın, 2005; SB, 2006).



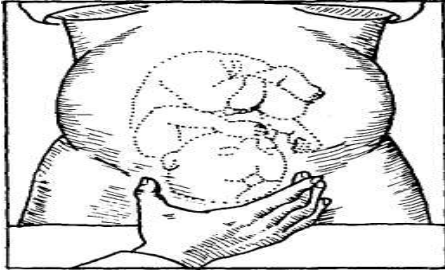
Şekil 3. Birinci Leopold Manevrası.
Kaynak: SB, 2006.

II. Leopold manevrası: Muayene yapanın pozisyonu gebenin yüzüne dönük olarak ellerin iç yüzleri karnın sağ ve sol iki yanına koyulur. Bir el elin altındaki fetusun kısımlarını hissetmeye çalışırken diğer elle uterus diğer taraftan tespit edilir (Şekil 3). Bu manevra ile fetusun sırtı hissedilebilir. Sırtın bulunduğu taraf düz, kol ve bacakların bulunduğu taraf ise girintili çıkıntılı olarak hissedilir. Bu manevra ile sırtın bulunduğu taraf saptanarak fetal kalp seslerinin dinleneceği yer belirlenir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Güler, Azak, 1995; Yüksel, 1997; Aksayan, 1998; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006).



Şekil 4. İkinci Leopold Manevrası.
Kaynak: SB, 2006.

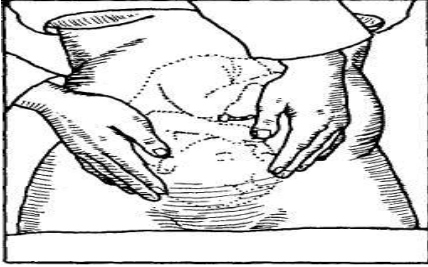
III. Leopold manevrası: Muayene yapanın pozisyonu gebenin yüzüne dönük olarak sağ elin başparmağı bir tarafta ve diğer parmakları bitişik olmak üzere simfisiz pubis üzerine yerleştirir. El bu pozisyonda iken önde gelen (prezante olan) fetus kısmı belirlenmeye çalışılır. Önde gelen bölüm küre şeklinde, sert, düzgün bir kitle olarak hissedilirse bu baş geliştir. Şekilsiz, yumuşak bir kitle hissediliyorsa, makat geliş düşünülmelidir. Eğer önde gelen bölüm hissedilmiyorsa yan gelişten kuşkulandır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Güler, Azak, 1995; Yüksel, 1997; Aksayan ve ark, 1998; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006).



Şekil 5. Üçüncü Leopold Manevrası.
Kaynak: SB, 2006.

IV. Leopold manevrası: Muayeneyi yapan gebenin başucuna geçer. Her iki el açık, parmaklar birbirine ve pelvis girimine yönelmiş olarak, karnın alt sağ ve sol yanlarına konulur. Zorlamadan pelvis girimine doğru bastırılır. Önde gelen fetus kısmının pelvise ne derece yerleştiğini belirlemek için yapılır. Parmak uçları ile başın pelvis içindeki durumu belirlenir. Bu manevrada iki elin parmak uçları birbirine değiyor, baş sağa sola kolay hareket ettirilebiliyorsa pelvis henüz yerleşmemiştir. Yani baş hareketli (mobil) dir. Parmaklar birleşmiyor ve gelen bölüm kısmen hareketli ise baş fiksedir ve pelvise tam oturmamıştır. Eğer baş hiç hareket ettirilemiyorsa, pelvis içine girmiş ve yerleşmiştir (angajedir) (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Güler,

Azak, 1995; Yüksel, 1997; Aksayan ve ark, 1998; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006).



Şekil 6. Dördüncü Leopold Manevrası.
Kaynak: SB, 2006.

V. Leopold manevrası: Bu manevra sadece kollum tam açık ve su kesesi açıldıktan sonra geçerlidir. Baş-pelvis uyumsuzluğunu saptamak amacıyla yapılır. Gebenin sağında ve solunda durulur. Bir elin parmakları pubis kemiğinin üzerine, diğer elin parmakları ise önde gelen kısmın (başın) üzerine konulur. Eğer başın üzerindeki parmaklar yüksekte ise baş-pelvis uyumsuzluğu varlığı tespit edilir (Yüksel, 1997; Yıldırım, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005).

Vajinal muayene: Gebeliğin ilk 4 ayında; gebeliği saptamak ve genital organlarda anormal bir belirti bulunup bulunmadığına, gebeliğin son aylarında ise kollumun durumuna ve bebeğin önde gelen kısmına bakılır. Ayrıca kanama ve enfeksiyon var olup olmadığına da vajinal muayene ile bakılabilir. Vajinal muayene daima mesane boşken yapılmalıdır. Jinekolojik masaya alınan gebe steril koşullara dikkat edilerek muayene edilmelidir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Yüksel, 1997; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005).

Vajinal muayenenin yapılması: Vajinal muayenede önce perine, vulva, klitoris, bartolin bezleri, vajen dikkatle incelenir (Yüksel, 1997). Dış genital organlar antiseptik solüsyon ile silinir. Sol el ya da muayeneyi yapacak elin parmakları ile labia ayrılır. Sağ elin orta ve işaret parmağı birleştirilir. Baş parmak dik tutulur. Vajina girişinden bitişik iki parmak sokularak vajinanın şekline uygun olarak önce önden arkaya, sonra yukarıya doğru bir kavis çizilerek portioya ulaşılır. Diğer el ise karın üzerinden muayeneyi

destekler. Vajinal muayene dışında rektal muayeneyle de kolum açıklığı ve başın ilerlemesi izlenebilir (Yücel, 2005).

2.2.3. Laboratuvar testleri: Gebeliğin ilk ziyaretinde idrar tahlilleri ve kan tahlilleri yapılmalıdır (Yüksel, 1997; Aksayan ve ark, 1998; Simpson, Creehan, 2001; DeCherney, Nathan, 2003; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; Akın ve Özvarış, 2006). Bu testlerin bir kısmı birinci basamak sağlık kurumlarında rutin olarak yapılan testlerdir. Bir kısmı ise gebeliğin seyrine göre ikinci ve üçüncü basamakta yapılmasına gerek duyulan testlerdir (SB, 2006).

İdrarda tahlilleri: İdrar glukoz, protein, keton ve lökosit yönünden incelenmelidir. Bu incelemeler idrar yolu enfeksiyonu, gebelikte hipertansif hastalık, böbrek hastalığı ve diyabet gibi sorunların belirlenmesini sağlar (Yüksel, 1997; Aksayan ve ark, 1998; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006). İdrar tahlili yapılırken; gebeye yapılacak test açıklanmalı, temiz idrar kabı verilmeli, herhangi bir sabun kullanmadan sadece su ile vulvasını yıkadıktan sonra orta idrarını kaba yapması söylenmeli, verilen idrar numunesi içerisine stik batırılmalı, kullanılan idrar tetkiki kitinin kullanım talimatına göre stikteki renk değişikliği değerlendirilmelidir (SB, 2006).

Kan tahlilleri:

Gebeliği süresince kadının, tam kan sayımı, sifilis, rubella, hepatit B ve HIV için serolojik testleri, glukoz tolerans testi, kan grubu ve Rh faktörü ve üçlü tarama testi yapılmalıdır (Cunningham, et al.,1997; Yüksel, 1997; Aksayan ve ark, 1998; Bankowski ve ark., 2002; DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006).

Tam kan sayımı: lökosit ve eritrosit düzeyi, plazma/volüm oranıyla ilgili bilgi verir. Eğer lökosit sayısı yüksekse enfeksiyon, eritrosit sayısı, hemoglobin ve hemotakrit düzeyi düşükse anemi varlığı düşünülebilir (Aksayan ve ark, 1998; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006).

Glukoz tolerans testi: gebeliğin 24-28. haftaları arasında gestasyonel diyabet yönünden kan şekeri kontrol edilmelidir. Ancak yüksek riskli gebelerde (belirgin obez, ailede diyabet hikayesi, kendisinin diyabetik olması ve persistan glukozüri varlığında) ilk antenatal kontrolde 100 g OGTT yapılmalıdır. Düşük riskli gebelerde ise (<25 yaş,

gebelikten önce normal kilo, gestasyonel diyabetin düşük prevalansta olduğu bir grup üyesi olanlar, kötü obstetrik anamnezi olmayanlar) glikoz taramasına gerek yoktur (Yücel, Sivaslıoğlu, 2005).

Kan grubu ve Rh faktörü: kan grubu uyumsuzluğu saptanır (Aksayan ve ark, 1998; Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006).

Üçlü tarama testi: Down sendromu ve nöral tüp defekti gibi kromozomal anomalileri belirlemek için gebeliğin 15-20. haftalara arası (ideali 16-18 haftalar) yapılabilir. Üçlü testte; AFP, HCG, Unkonjuge estriol (UE3= plasenta tarafından salgılanan kısa etkili bir estrojendir) değerlerine bakılmaktadır. (Bankowski ve ark., 2002; DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005).

2.2.4. İlaç Desteği, tedaviler: Gebelikteki kan hacmindeki artış ve fetüsün gereksinimleri nedeniyle demir tüketimi artmaktadır. Demir gereksinimi özellikle 2. ve 3. trimesterde artar. Gebelerde demir absorpsiyonu artmaktaysa da diyetle alınan miktar gereksinimi karşılamaya yetmez. Vücuttaki demir depolarının durumuna göre ek demir desteği gerekir. Annelere demir desteği yapılmadığı durumlarda demir depolarının gebelik öncesi düzeye gelebilmesi için 2 yıldan fazla bir süre geçmesi gerekmektedir (SB, 2006; Gül, 2007).

Bu nedenlerle gebelere ikinci trimesterin başından itibaren günde 50-60 mg demir ve 250-500 microgr folat başlanmalıdır. Özellikle folat kullanımına gebelik öncesi dönemden itibaren başlanması gerekmektedir (SB, 2006).

2.2.5. Bilgilendirme ve danışmanlık: Doğum öncesi bakım sağlıklı gebeliklerin saptanması ve devamlılığının sağlanması, normal dışı durumların belirlenmesi açısından önem taşımakla birlikte anne ve bebek sağlığı açısından olumsuz olabilecek faktörlerin saptanması ve giderilmesi aslında gebelik öncesi danışmanlıkla başlamalıdır (SB, 2006).

Doğum öncesi bakımda hem gebenin hem de çevresinin bilgilendirilmesi dikkat edilmesi gereken en önemli konulardan birisidir. Gebelik dönemindeki kadına verilecek eğitimlerde, öncelikli olarak gebe kadının yanlış bilgileri düzeltilmeli, sonra gebe kadının ihtiyaçları göz önüne alınarak, içindeki gebelik dönemide değerlendirilerek

gebeliğin olağan yakınmaları gibi konularda eğitim verilmeli ve danışmanlık yapılmalıdır (Aksayan ve ark, 1998; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; SB, 2006).

Doğum öncesi dönemde gerçekleştirilecek bu danışmanlıklara ilişkin gebenin ihtiyaçları ve verilmesi gerekliliği farklılıklar gösterebilir. Birinci trimesterde, sigarayı bırakma, alkol kullanımından kaçınma, uygun olmayan ilaç kullanımı, çalışma durumu, gebelikteki fizyolojik ve duygusal değişimler, sağlıklı yaşam biçimi, gözlem ve tanılama testleri, meme değerlendirilmesi, emzirme, teratojenlerden kaçınma, beslenme, emniyet kemeri kullanımı, güvenli seks, cinsellik, gebelikteki rahatsızlıklar, erken DÖB'ün önemi, DÖB'dan neler beklenmesi gerektiği konularında; ikinci trimesterde; sigarayı bırakma, alkol kullanımından kaçınma, uygun olmayan ilaç kullanımı, gebelikteki fizyolojik ve duygusal değişimler, fetal büyüme ve gelişme, emzirme, perineal egzersizler, teratojenlerden kaçınma, beslenme, doğum öncesi laboratuvar testleri, cinsellik, sağlıklı yaşam biçimi, aile rolleri, doğum eğitimi, giysi ve ayakkabılara ilişkin eğitim, vücut mekanikleri konularında; üçüncü trimesterde; sigarayı bırakma, alkol kullanımından kaçınma, uygun olmayan ilaç kullanımı, gebelikteki fizyolojik ve duygusal değişimler, gebelikteki rahatsızlıklar, fetal büyüme ve gelişme, emzirme, postpartum kendi kendine bakım, postpartum duygusal değişimler, teratojenlerden kaçınma, beslenme, doğum öncesi laboratuvar testleri, cinsellik, üreme sağlığı, sağlıklı yaşam biçimi, yenidoğan bakımı, doğum eğitimi konularında olabilir (Simpson, Creehan, 2001).

Gebeliğin olağan yakınmaları ve öneriler

Tablo 2. Birinci Trimester Yakınma Neden, Belirti ve Önerileri

Yakınmalar	Neden ve belirtiler	Öneriler
Bulantı kusma	Gebelik süresince herhangi bir zamanda ortaya çıkar ve 6-12 hafta sonra kendiliğinden sona erer. Gebe kadınlar özellikle sabahları şiddetli bir şekilde bulantı kusma şikayeti yaşarlar ve yemek kokuları gibi kokulara hassas bir hale gelirler. Bulantı kusmanın temel nedeni hormon düzeylerindeki değişimler ve kan glikoz düzeyindeki değişikliklerdir (Cunningham, et al.,1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Rahatsız edici kokulardan uzak durmalı, sabah kalkmadan önce bir dilim ekmek ya da kraker yemeli, katı ve sulu yiyecekleri aynı anda almamalı ve sık, küçük öğünlerle beslenmelidir. Yağlı ve kızartılmış besinlerden uzak durup aşırı baharatlı yemekten, ani pozisyon değişikliklerinden kaçınılmalıdır. Dişleri fırçalamak için acele edilmemelidir. Dinlenmeye özen gösterilmeli, yatma saatinde hafif yemek yemeli, eğer bulantı ve kusma 1. trimestirden sonra devam ediyorsa bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Cunningham, et al.,1997; Yüksel, 1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Bankowski ve ark., 2002; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Burun tıkanıklığı ve burun kanaması	Gebelikteki hormonlara bağlı olarak burun hiperemik ve ödemli olabilir ve burunla ilişkili yakınmalar ortaya çıkabilir (Taşkın, 2005).	Soğuk hava buharı kullanabilir, önerilen burun damlalarını damlatabilirler (Taşkın, 2005).
Yorgunluk	Gebeliğin erken dönemlerinde başlar ve artan metabolik hız nedeniyle meydana gelir. Nabız 10-15 dk daha fazla artar. Gebe kadınlar gece iyi uyusalar bile kendilerini yorgun hissedebilirler (Stanhope, Knollmueller, 2001; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Yaptıkları işlerde sık aralar vererek dinlenmek için her fırsatı değerlendirmeli, evdeki sorumlulukları aile üyeleri ile paylaşmalı, yeterli ve dengeli beslenmelidir. Gece en az 8 saat, gündüzleride kısa süreli uyumalıdır (Stanhope, Knollmueller, 2001; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Sık idrara çıkma	Gebelikte birlikte büyüyen uterus ve fetal kısımların mesane üzerine baskı yapmasıyla birlikte bu şikayet görülmeye başlanır. Uterusun gebeliğin pelvik alanın dışına çıkarak abdominal kaviteye ilerlemesiyle şikayetler azalmaya başlar. Gebeliğin son trimesterinde de bebeğin yerleşimiyle birlikte tekrar sıklık artar (Stanhope, Knollmueller, 2001; DeCherney, Nathan, 2003; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Herhangi bir şey yapmamalı, sıvı alımını kesmeden günlük yaşamına devam etmelidir. Gece idrara çıkmaları engellemek için yatmadan önce fazla sıvı alımını azaltmalıdır. Ayrıca gebelerin belli aralıklarla idrar tetkiki yaptırmaları ve idrara çıkamama, kanlı idrar yapma gibi durumlarda sağlık kurumuna başvurmaları konusunda uyarılmaları gereklidir (Yüksel, 1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Üriner sistem enfeksiyonu	Gebelikteki hormonların etkisine bağlı olarak üriner sistem enfeksiyonları görülebilir veya tekrarlayan bir enfeksiyon durumuyla karşılaşılabilir (Taşkın, 2005).	Üriner sistem enfeksiyonları oluşmadan bu enfeksiyonların belirti bulgularını öğrenebilirler. Herhangi bir şikayetleri olduğunda hemen sağlık kurumuna başvurabilirler. Ayrıca mesanelerinde idrarlarını tutmayarak sık sık boşaltabilirler (Taşkın, 2005).

Memelerde hassasiyet	Memelerde hassasiyet hormonal etkiye bağı olarak ortaya çıkar. Bu hormonal değişimler 6-8 haftalarda ortaya çıkar ve kendini göğüslerde ağrı ve sızlama olarak gösterir (Taşkın, 2005; SB, 2006).	Göğüslerini iyi saran ve destekleyen sütyen kullanabilirler (Yüksel, 1997). Göğüsleriyle ilgili şikayetleri arttığında soğuk uygulama yapabilirler. Ilık suyla göğüslerini yıkayarak, göğüs uçlarına önerilen pomadları sürerek hijyeninin devam ettirebilirler (Taşkın, 2005; SB, 2006).
Pityalizm	Aşırı tükürük salımı gebelerde nadir karşılaşılan fakat büyük sıkıntılara neden olan bir durumdur (DeCherney, Nathan, 2003; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005).	Belirgin bir tedavi yöntemi olmamakla birlikte önerilen solüsyonları kullanabilirler veya sakız çiğneme ya da sert bir şekerleme yiyerek bu sorunu aza indirmeye çalışabilirler (DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005).
Palmar eritem	Gebe kadının avuç içinde kırmızılık veya kaşıntıya neden olan bir rahatsızlıktır. Gebelikteki hormonal değişimler sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (Taşkın, 2005).	Kaşıntı yoğunlaştığında önerilen solüsyonları kullanabilirler. Bunun dışında gebe kadınlar her zaman kullandığı sabun veya deterjanı kullanılabilir, kaşıntıya neden olduğunu düşündüğü yiyecekleri yemeyebilirler (Taşkın, 2005).
Vajinal akıntıda artma	Çoğu gebe kadında herhangi bir patolojik neden olmaksızın, vajinal mukozanın hiperplazisi, hormonal değişimler ve müküs üretiminin artması nedeniyle görülebilir. (Cunningham, et al.,1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Taşkın, 2005).	Her gün banyo yapmalı, sık sık vajinal alanı temizlemeli, pamuklu iç çamaşırı tercih etmeli, sıkı, naylon külot, külotlu çorap, vajinal duştan kaçınmalı, tampon kullanmamalı, vajinal akıntıda anormal değişiklikler (pis koku, renk değişikliği) konusunda uyanık olmalı, bu durumlarda bir sağlık kurumuna başvurmalıdır (Cunningham, et al.,1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005).
Abdominal rahatsızlık	Abdominal bölgede basıncın artmasına bağı olarak ortaya çıkan abdominal rahatsızlık görülebilir (Taşkın, 2005).	Hafifçe uterusun fundusu üzerine basınç uygulayarak azaltabilirler (Taşkın, 2005).

Tablo 3. İkinci ve Üçüncü Trimester Yakınma Neden, Belirti ve Önerileri

Yakınmalar	Neden ve belirtiler	Öneriler
Mide yanması	Asidik mide içeriği özefagusa regürjite olması nedeniyle en yaygın şikayetlerden biri olan mide yanması yaşanabilir. Ayrıca mide yanması midenin yer değişikliği ve hormonal değişiklikler nedeniyle de olabilir (Cunningham, et al.,1997; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005).	Öğün sayısını arttırarak her bir öğün içinde de az beslenmeli, aldıkları besinlerin yağlı, baharatlı ve kızartılmış olmamasına dikkat etmeli, yemekten hemen sonra yatmamaya veya eğilmemeye çalışmalı, sıvı alımını arttırmalı, yemekle birlikte aşırı su alımı ve soğuk besin alımından kaçınılmalıdır. Eğer şikayetleri azalmadıysa sağlık kurumuna başvurmalı ve önerilen anti asitleri kullanılmalıdır (Cunningham, et al.,1997; Yüksel, 1997; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).
İştahta artma	Hormonal değişimlere bağlı olarak iştahta artma gebe kadınlarda meydana gelebilir. İştahta artma karşımıza pika durumunu çıkarabilir. Pika, normalde besin olarak kullanılmayan kil, nişasta, tebeşir, çamaşır kolası gibi maddelerin yenilmesidir (Cunningham, et al.,1997; DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Pika istenmeyen bir durumdur ve bu durumdaki gebe kadınlara zararları anlatılarak doğru beslenme alışkanlıkları kazandırılması gerekir (Cunningham, et al.,1997; DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Ayak bileklerinde ödem	Uzun süre ayakta kalma ya da oturma, varisler, alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, kapiller permeabilitenin artması ve hava koşulları ve uygunsuz giysiler nedeniyle ödem gebe kadınlarda meydana gelir (Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005).	Gebe kadınlar istirahat etmeli, uzun süre ayakta kalma ya da oturma durumlarında belli aralıklarla ayaklarını yükseltmeli ve ödeme neden olabilecek beslenme tarzından kaçınmalıdır. Sık ve rahatsız edici giysi ve ayakkabı kullanımından da kaçınılmalıdır (Yüksel, 1997; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005).
Variköz venler	Uterusun yaptığı basınç ve alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, hormonlar, çoğul gebelik, ailesel yatkınlık, kişinin fazla ayakta kalması ya da oturması gibi durumlar ve annenin yaşının ileri ve kilosunun fazla olması nedeniyle oluşur (Cunningham, et al.,1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, Ankara, 2006).	Gebe kadınlar gebeliklerinin ilk aşamalarından itibaren fazla ayakta kalmak ya da oturmaktan kaçınmalı, uygun vücut mekaniklerini kullanmalı, mümkün oldukça ayakları uzatarak ya da yükselterek dinlendirmelidir (gün içerisinde birkaç defa 10-15 dak). Bacak bacak üstüne atmaktan kaçınılmalı, sıkı giysiler ve lastikli çorap giymekten kaçınılmalıdır. Egzersiz yapmalı (yürüyüş gibi) özellikle kegel egzersizleri ve önerilen çorapları kullanılmalıdır (Cunningham, et al.,1997; Yüksel, 1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Taşkın, 2005; SB, 2006). Eğer pelvik bölgede de varisler mevcut ise yükseltme işlemi sadece bacaklar değil pelvik bölgede yükseltilmelidir. Gebe kadında vulvar varis varlığında varisleri travmalardan korumak amaçlı pedler kullanılmalıdır. Duş almalı sakinleştirici banyolar yapılmalıdır (Cunningham, et al.,1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006). Variköz venler için cerrahi bir müdahale gebelik süresince tavsiye edilmez. Genellikle bu tür işlemler doğum sonu dönemde yapılır (Cunningham, et al.,1997).

Gaz	Mide-bağırsak sisteminin motilitesinin azalması, kalın bağırsak üzerine uterus basıncı, bağırsak boşaltımının gecikmesi ve hava yutulması nedeniyle bu yakınma ortaya çıkabilir (Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005).	Beslenmeye dikkat etmelidir, özellikle kendisinde gaz yapan yiyecekleri azaltmalıdır. Yiyecekleri iyice çiğnemeli, egzersiz yapmalı ve düzenli tuvalet alışkanlığı kazanmalıdır (Taşkın, 2005).
Hemoroidler	Uterusun büyümesi ile venöz geri dönüşün azalması ve konstipasyon nedeniyle hemoroidler oluşabilmektedir. Bazende kadında önceden varolan hemoroidler gebelikle birlikte tekrarlayabilir ya da kötüleşebilir (Cunningham, et al.,1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Konstipasyonu önleyici uygulamalar yapmalı, tuvalette fazla oturur pozisyonda kalmamalı, oturma banyoları yapmalı perineal egzersizler yapmalı ve doktor tarafından önerilen ilaç varsa kullanmalıdır (Yüksel, 1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Bankowski ve ark., 2002; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Konstipasyon	Hormonlar nedeniyle bağırsak hareketlerinin azalması, büyüyen uterusun baskı yapması, sıvı alımının yetersiz olması, yanlış beslenme biçimi, hareketsiz yaşam ve Fe preparatlarının kullanılmasıdır (Cunningham, et al.,1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Doğru beslenme alışkanlıkları kazanmalıdır. Özellikle lifli gıda tüketimine dikkat edilmelidir. Yeterli sıvı alımına özen gösterilmeli (her gün en az 8 bardak su) aç karnına sabahları erik suyu ya da ılık içecekler tüketmelidir. Düzenli barsak alışkanlığı geliştirmeli ve tuvaleti gelince tutmamalıdır. Egzersiz, günlük yürüyüşler yapmalı, postürüne dikkat etmeli, doğru vücut mekaniklerini kullanmalı ve doktor tarafından önerilen ilaçları kullanmalıdır (Cunningham, et al.,1997; Yüksel, 1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Sırt ağrısı	Lumbar eğiminde artma gibi postürdeki değişimler, hormonların kartilaj dokuyu yumuşatması, yorgunluk, aşırı zorlama, eğilme, kaldırma ya da yürüme ve günlük yaşam içinde uygun vücut mekaniklerini kullanmama nedeniyle meydana gelir. Ayrıca aşırı kilo alımında sırt ağrılarını şiddetlendirir (Cunningham, et al.,1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Bankowski ve ark., 2002; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005).	Günlük hayatları içinde uygun vücut mekaniklerini kullanmalı, uzun süreli oturmalarından kaçınmalı, sırtı mümkün olduğu kadar desteklemeli, durumuna uygun kıyafet ve ayakkabı seçmeli (alçak topuklu), yorgunluktan kaçınmalı, vakit buldukça dinlenmeli, aşırı çömelme, ve yürüme gibi davranışlardan kaçınmalı, yan yatmalı, ılık duş almalı, masaj yaptırmalı ya da sırtı ovalatmalı, ağrı şiddetlendiği takdirde sert bir zeminde beli dinlendirmeli ve doktor tarafından önerilen ilaçları kullanmalıdır (Cunningham, et al.,1997; Yüksel, 1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Bankowski ve ark., 2002; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005).

Kas krampları	Beslenme yoluyla yetersiz kalsiyum alımı, kalsiyum/fosfor dengesizlikleri, uterusun büyümesi ile dolaşımda meydana gelen değişimler, yorgunluk ve bazı ilaçlar kramplara neden olmaktadır (Stanhope, Knollmueller, 2001; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005).	Doğru beslenme alışkanlıkları kazanmalı (kalsiyum ve fosfor açısından), belirli aralıklarla bacakları yükseltilecek dinlendirilmeli, yatarken bacaklarını sallamalıdır. Ağrıları azaltmak için gerilme egzersizleri yapmalı ve önerilen kalsiyum desteğini kullanmalıdır (Yüksel, 1997; Stanhope, Knollmueller, 2001; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Yorgunluk	Yorgunluğa birinci trimester nedenlerinin yanında, sıkışık ortamlar içinde bulunma neden olabilmektedir (Taşkın, 2005).	Yorgunluk ortamdan kaynaklanıyor ise, ortam değiştirmeli veya rahat bir ortamda bulunmalıdır. Yan yatarak dinlenmelidir (Taşkın, 2005).
Solunum Sıkıntısı	Büyüyen uterusun akciğerler üzerine yaptığı basınç sonucu ortaya çıkan bir yakınmadır (diyafram yaklaşık olarak 4 cm yükselir). Gebeler bu şikayeti soluklarının kesilmesi olarak ifade edebilirler (Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Gün içerisinde uygun vücut pozisyonlarını kullanılmalı, periyodik olarak oturmalı, başını kollarının altına alıp derin nefes almalı, yatarkende sol yan pozisyonda yatmalı ve başını yükseltmelidirler. Ayrıca kadına solunum sıkıntısı nedeni anlatılarak rahatlaması sağlanmalıdır (Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Uyuma güçlüğü	Gebelik süresince yaşanan yakınmalar (idrara çıkma, uterus büyümesi vb.) nedeniyle uyuma güçlüğü çekilebildiği gibi, gebeliğin psikolojik durumu nedeniyle de görülebilir (Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Gevşemeyi sağlayacak egzersizler yapmalı, yatmadan önce rahatlamayı sağlayacak sıvı içecekler almalı, masaj uygulamalı veya ılık bir duş alınmalıdır. Gün içerisinde de dinlenmeli veya uyumalıdır (Yüksel, 1997; Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Round ligament ağrısı	Ani pozisyon değişiklikleri ve büyüyen uterus nedeniyle oluşabilir. Bu ağrı karnın her iki alt yanında ani ve keskin şekilde bir ağrı hissedilmesiyle ortaya çıkar. Bazen çift taraflı olmayabilir (Bankowski ve ark., 2002; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Heyecanlanmamalı, bunun oluşabilecek bir durum olduğunu bilmelidir. Ani pozisyon değişiklikleri yapmaktan kaçınılmalı, bacakları karına doğru çekmeli, ılık duş almalı ve yan yatmalıdır (Varney, et al, 2004; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Karpal tunel sendromu	Gebelikte kilo alımı ve ödem orta sinir baskılanmasına yol açabilir ve çoğunlukla 30 yaş üzeri primigravidalarda özellikle 3. trimester sırasında sık görülür ve doğumun ikinci haftası içerisinde azalır (Bankowski ve ark., 2002; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Şiddetlendirici hareketlerden kaçınılmalı, el bileği desteklenmeli ve belirtiler arttığında sağlık kurumuna başvurulmalıdır (Taşkın, 2005; SB, 2006).
Baş ağrısı	Baş ağrısı gebeliğin erken dönemlerinde ortaya çıkabilen, artan kan volümü ya da sinüzit nedeniyle oluşabilir. (Cunningham, et al.,1997; Taşkın, 2005; SB, 2006).	Tedavisi çoğunlukla semptomatiktir (Cunningham, et al.,1997). Gebe kadınlar kendilerine sakin bir ortam sağlamalıdır. Temiz havada yürüyüşler yapmak baş ağrısını azaltabilir. Ayrıca soğuk uygulama yapabilir, dinlenebilir ve önerilen ilaçlar kullanılabilirler (Yüksel, 1997; Taşkın, 2005; SB, 2006).
Braxton Hicks kontraksiyonları	Uterusun aralıklı olarak kasılıp gevşemesidir (Taşkın, 2005; SB, 2006).	Sol yan pozisyonda dinlenmeli, eyleme yakın bir tarihte ve kasılmalar sıklaşırsa sağlık kurumuna başvurulmalıdır. (Taşkın, 2005; SB, 2006).

Beslenme ve diyet: Gebelikte annenin kazandığı kilo, fetüsün büyümesini, doğum kilosunu ve fetusun gelecekteki sağlığını etkiler (DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005). Annenin gebelik ilerledikçe yeterli miktarda kilo alması kalori alımının yeterli olduğuna işaret eder. Ancak bu durum annenin mutlaka dengeli beslendiğini göstermez. Gebeliğin erken dönemlerinde kazanılan kilonun çoğu artan kan hacmi, büyüyen meme ve uterus dokusu, intertisiyel sıvı ve yağ depoları ile ilgilidir. Son trimestirde ise annenin kazandığı kilolar esas olarak fetüs, plasenta ve amniyotik maye aittir. Gebelikte kazanılan toplam kilonun yalnızca 3,5 kg'ının vücut yağları ile ilgili olduğuna işaret edilmektedir. Gebelikte vücut yağlarındaki artış, laktasyon sırasında artan enerji ihtiyacını karşılamak içindir (Taşkın, 2005). Gebenin beslenme örüntüsü belirlenerek besin öğelerinden yeterli ve dengeli bir şekilde alması sağlanmalıdır.

Gebelik süresince kadın, demir, folik asit, kalsiyum ve çinko gibi ihtiyaçlarının farkında olarak dengeli beslenmesi gerekir (DeCherney, Nathan, 2003). Özellikle gebelikte demir ihtiyacı artar bu nedenle gebe kadınların karaciğer, kırmızı et, yumurta, kurutulmuş meyveler ve yeşil yapraklı sebzeler gibi demir yönünden zengin besinlerden tüketmesi gerekir (Bankowski ve ark., 2002). Gebenin normal diyetine ek olarak günde 2 bardak süt, 1 kase yoğurt ya da 2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir, normal bir porsiyon et, balık, tavuk, karaciğer, 1-2 yumurta ya da kuru baklagillerden birini, 2-3 meyve yemesi gereklidir (Aksayan ve ark, 1998). Ayrıca gebe kadının özellikle toksoplazmozis riski nedeniyle pişmemiş et yemekten kaçınması gereklidir (Bankowski ve ark., 2002).

Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları: Genel olarak, gebe kadının kendisinin ya da fetusun yaralanma riski ya da aşırı yorgunluğu olmadığı sürece aktiviteleri sınırlamak gerekli değildir (Cunningham, et al.,1997). Sorunsuz gebelikte gün içerisinde 1-2 saatlik dinlenme şartıyla orta derecede aktiviteye izin verilir. Ata binme gibi tehlikeli aktiviteler ve aşırı fiziksel yükten kaçınılmalıdır. Gebelikte en uygun egzersiz yürüyüştür. Haftanın birkaç günü 30 dakika yürüyüş ideal bir fiziksel aktivitedir. Yüzmenin herhangi bir sakıncası yoktur, ama dalmaya izin verilmemelidir (SB, 2006).

Bunların dışında, gebelikle ilişkili hipertansiyon, erken membran rüptürü (EMR), önceki veya şimdiki gebelikte erken doğum tehdidi, yetersiz serviks, devam eden ikinci

ve üçüncü trimester kanamaları, intrauterin gelişme geriliği (IUGG) durumlarında egzersiz yapılmamalıdır (Bankowski ve ark., 2002).

Gebelikte çalışılabilir ancak aşırı fizik aktivite annenin oksijen tüketimini artırır ve kalp rezervi üzerine artmış bir yük getirir. İşyerlerinde gebe kadınların durumlarına uygun düzenlemeler yapılmalı ve gebeler uygun işlere yönlendirilmelidir (Bankowski ve ark., 2002; SB, 2006).

Normal gebeliklerde seyahat sakıncalı değildir ama uzun süre oturmaktan ve 6 saatten fazla araba kullanmaktan kaçınılmalıdır. Her iki saatte bir 10 dakika mola verilerek yürünmelidir. Gerekli ise uzun yolculuklarda destek çorapları kullanılabilir (Bankowski ve ark., 2002). Ayrıca seyahatler sırasında gidilen yerlerde sağlık hizmetine ulaşma ile ilgili güçlükler de dikkate alınmalıdır. Kendiliğinden düşük veya mevcut gebelikte kanama öyküsü olan hastalar uzak mesafelere seyahatten kaçınmalıdır. (SB, 2006).

Gebelikte cinsel yaşam: Normal olarak devam eden gebeliklerde cinsel yaşamla ilgili bir yasaklama getirmeye gerek yoktur. İlişki sonrası gebe kadınlarda artan bir uterus aktivitesi görülmesi yaygındır. Gebeliğin son dönemlerindeki (32. hafta ve ileri) koitus doğumu başlatabilir. Halen kanaması olan veya erken doğum öykülü gebelerde cinsel ilişki yasaklanabilir. Cinsel yolla bulaşıcı hastalık riskinden kaçınmak için kondom kullanımı önerilmelidir (Bankowski ve ark., 2002; SB, 2006).

Hijyen ve genel vücut bakımı: Gebelikte genel hijyen kurallarına uyulmalıdır. Vajinal duş önerilmez. Son trimester de banyo veya duş sırasında kayma ve düşme riskine karşı anneler uyarılmalıdır. Bayıllara neden olabilecek sıcaklıkta ve vajen bölgesini tahriş edebilecek parfümlü ürünlerle banyolar yapılmamalıdır (SB, 2006).

Ağız ve diş sağlığı: Diş bakımına özen gösterilmelidir. Gebelikte diş etlerinde hipertrofi ve kanamalar görülebilir. Lokal anestezi altında yapılabilecek basit işlemler gebeliğin herhangi bir döneminde uygulanabilir. Ancak uzun sürecek girişimler ikinci trimesterde gerçekleştirilmelidir. Diş abselerinde, romatizmal kalp hastalığı ve mitral kapak yetmezliği olanlarda girişim öncesi antibiyotikler verilmelidir (SB, 2006).

Gebelikte sigara kullanımı: Sigara içen gebelerde doza bağımlı olarak düşük doğum ağırlıklı bebek görülme riski artar. Fetal ölüm ve ani bebek ölümü sendromu riski artar. Plasenta dekolmanı, plasenta previya ve EMR riski artar. Erken doğumlar ya

da kendiliğinden düşükler meydana gelebilir. Gebelere sigara içmemeleri tavsiye edilmeli ve gebeler bu konuda desteklenmelidirler (Bankowski ve ark., 2002; SB, 2006).

Gebelikte alkol/madde kullanımı: Kronik alkolik olan annenin bebeğinde doğum anında yoksunluk sendromu görülür. Kronik alkoliklerde bağımlılığa eşlik eden beslenme bozukluğu bebek ve anne sağlığını olumsuz etkiler. Alkol bağımlısı olan annelerin bebeklerinde fetal alkol sendromu gelişir. (Gelişme geriliği, yüzde dismorfik gelişim (şekil bozukluğu), santral sinir sistemi ve diğer bozukluklar). Gebeliğin 3. trimesterinden önce alkolün bırakılması bile olumlu etki yapar. Gebelikte eroin, kokain, methadon kullanımında ciddi anomali ve problemlere yol açabilir. Bu bağımlılıkları olanlar uygun merkezlere tedavi için yönlendirilmelidir (Bankowski ve ark., 2002; SB, 2006).

Gebelikte ilaç kullanımı: Gebelikte doktor tavsiyesi ile gereken durumlarda uygun ilaçlar kullanılabilir. Fakat gebelikte uyku ilaçları, amfetaminler gibi bazı ilaçların kullanımı teratojeniktir ve her birinin hem anneye hem de bebeğe önemli zararları olabilir (Cunningham, et al.,1997; Bankowski ve ark., 2002; SB, 2006).

Tetanoz toksoid bağışıklaması: Rutin uygulamalar içinde kabul edilen tetanoz-difteri aşısı toksiod bir aşıdır ve IM olarak uygulanır. Her gebeye doğumdan önce mutlaka tetanoz aşısı yapılır (Aksayan ve ark,1998). Tetanoz toksoidi ile bağışıklama 12. haftadan itibaren yapılmalıdır. Gebenin geç tespit edileceği düşünülürse ilk dozun 16. haftada veya ilk izleminde yapılması uygundur (SB, 2006). Son doz doğumdan 21 gün öncesine kadar yapılmalıdır. Doğumdan en az 6 hafta önce uygulanmış olması istenir. DSÖ geliştirmekte olan ülkeler için en az iki doz tetanoz aşısı uygulanmasını önermektedir (Aksayan ve ark,1998).

Tablo 4. Gebelik süresince hiç aşısı olmayan ya da aşıları bilinmeyen kadınlara uygulanacak aşılar

Doz Sayısı	Uygulama zamanı
TT1	Gebeliğin 4. ayında
TT2	TT1'den en az 4 hafta sonra
TT3	TT2'den en az 6 ay sonra

Kaynak: SB, 2006.

Tablo 5. 15- 49 yaş arası üreme çağındaki kadınlar için doğurganlık çağı boyunca bağışıklamalar

Doz Sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
TT1	Gebeliğin 4. ayında	Yok
TT2	TT1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
TT3	TT2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
TT4	TT3'ten en az 1 yıl sonra	10 yıl
TT5	TT4'ten en az 1 yıl sonra ya da sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

Kaynak: SB, 2006

Gelişmekte olan ülkelerde tetanozun en sık görülen şekli yeni doğanda ölümlere neden olabilen neonatal tetanozdur. Başta gebe kadınlar olmak üzere tüm doğurganlık çağındaki kadınlara bağışıklama hizmetleri yeterli uygulanmalıdır. Anne aşılanarak fetüs da korunmalıdır. Temiz ve hijyenik şartlarda bir doğum sağlanmalıdır. Göbek kordonu bakımı iyi uygulanmalıdır. Daha önce çocukluk ve okul aşılarının tamamını veya bir kaç dozunu aldığından emin olan kadına 1 doz TT aşısı uygulaması yeterlidir. Rapel dozlar 5-10 yıllık periyodlarla ya da en az 1 yıllık aralıklarla yapılır. 5 doz TT aşısı uygulaması ile doğurganlık çağı boyunca korunma sağlanır (SB, 2006).

Gebelikte tehlike işaretleri: Yüksek ateş, karın ağrısı, yüz, parmak ve bacaklarda şişme, annenin kendini kötü hissetmesi ve günlük aktivitelerini gerçekleştirememesi, çocuk hareketlerinin artık hissedilememesi durumlarında en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (SB, 2006).

Membranların rüptürü, vajinal kanama, fetal hareketlerde azalma, konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar), baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, üşüme veya ateş ve/veya ciddi güçsüzlük, ciddi karın ağrısı ve/veya sırt ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, sularının gelmesi durumunda ise acil bir şekilde sağlık kurumuna başvurulmalıdır (Cunningham, et al.,1997; DeCherney, Nathan, 2003; SB, 2006).

Travay ve doğum: Gebe kadınların özellikle ilk gebeliği olan kadınların en çok endişe yaşadığı ve merak ettikleri konulardan biridir. Gebe kadın doğum belirtilerini bilmeli ve nasıl gerçekleşeceği konusunda bilgilendirilmelidir. Doğumun belirtileri, kanlı sümüksü akıntı, her 20 dakika veya daha sık aralıklarla gelen ağrılı kasılmalar, suların gelmesidir (DeCherney, Nathan, 2003; SB, 2006).

Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıının planlanması: Gebe kadının doğumu nerede yapmayı düşündüğü, yapacağı yere nasıl ulaşacağı, destek kaynaklarının kimler olduğu öğrenilmelidir ve tüm gebe kadınlara doğumlarını sağlık kuruluşlarında yapmaları öğütlenmelidir. Doğumunu sağlık kuruluşunda yapacak gebelerde annenin acil çantasını hazırlaması gerekir. Bu çantada; annenin gebelikte yapılan muayene ve tetkiklerine ait kayıtlar, annenin devamlı kullandığı ilaçların kayıtları, anne ve bebek için gerekli çamaşır, giysi ve örtüler, anne ve bebek için gerekli ped ve bebek bezleri bulunmalıdır (SB, 2006).

Emzirme: Her gebelik için yapılması gereken bir danışmanlıktır (SB, 2006).

Doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı: Doğum öncesi dönem, doğum sonu aile planlaması için danışmanlığın verilmesi için uygun bir dönemdir. Danışmanlık hastanın onayı alınarak eş ile beraber yapılmalıdır. Danışmanlıkta aşağıdaki bilgiler verilmelidir: Emzirmese doğumdan 3-4 hafta sonra gebe kalabilir. Doğumlar arasında 2-3 yıl olması anne ve bebek sağlığı için çok önemlidir. Doğum sonrası kullanılacak aile planlaması yöntemi emzirmesine etkili olmamalıdır. Postplasental rahim içi araç uygulanması veya tüp ligasyonu isteyen kadınlar ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk edilir (SB, 2006).

2.2.6. Gebelikle ilişkili risk faktörleri: Gebelikle ilişkili en önemli risk faktörleri içerisinde: Düşük sosyo-ekonomik düzey, eğitim düzeyi, az ya da hiç DÖB almama, anne yaşının 18'den küçük 35'den büyük olması, dörtten fazla gebelik geçirme, son doğumun 2. ayı içinde gebelik, yüksek rakımda yaşamak, gebelikten önce varolan ya da gebelikle oluşan hastalıklar (kardiyak hastalıklar, DM, tüberküloz ya da akciğer hastalıkları, herpes simpleks, sifilis, viral enfeksiyonlar, herediter anormallikler ya da olası taşıyıcılık, ilaç kullanımı, alkol, nikotin bağımlılığı, fetotoksik ilaç alımı, radyasyon ya da toksik kimyasallara maruz kalma, Obezite) önceki gebelik komplikasyonları (pre-eklampsi, eklampsi, anemiler, pıhtılaşma bozuklukları, intrapartum, postpartum hemoraji, sefalopelvik uyumsuzluk) önceki kötü fetal sonuçlar, şimdiki gebelikteki sapmalar (ikiz ya da daha fazla gebelik, prematürite, postmatür doğum, kötü prezentasyon, polyhidroamniyoz ya da oligohidroamniyoz, membranların erken ya da geç ayrılması), boyun 1.50 cm'den kısa olması, kilonun gebelik başlangıcında boyuna göre az olması ve gebelik süresince az kilo alınması, Hb ölçümü

2.2.7. Gebe izlem fişi kayıtlarının tamamlanması ve kontrol edilmesi: Gebe izlem fişi gebe tespit edildiği zaman çıkarılan ve doğum öncesi dönemde yapılan izlemlerin işlendiği bir karttır (Şekil 7, Şekil 8) (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986). Gebe izlem fişinde anne ile ilgili genel bilgiler, doğum ve doğan çocukla ilgili bilgiler, muayenelerdeki bulgular, öğütler, lohusalık dönemi izlem bulguları yer alır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986). Gebe izlemlerinin kayıt altına alınması sırasında her izlem kayıt altına alınmalı, kayıtlar okunaklı ve anlaşılır şekilde tarih, saat ve hizmet sunanın isim ve imzası bulunacak şekilde yapılmalı ve kayıtlar mümkünse doğum sırasında hastanın yanında olmalıdır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Form No: 555		GEBE- LOHUSA İZLEME FİŞİ				Soyadı: _____	
Sıra No : _____		Kuşuma : _____		Adı : _____			
Multaflığı : _____		Sağlık Evi : _____		Eğitim Adı : _____			
Sokakı : _____		Düzenlendiği Tarih : _____		Eşinin Adı : _____			
Ev No : _____		Beyu : _____ cm.		Doğum Tarihi : _____			
Tlf. No : _____				Görevin Durumu : _____			
				İşi : _____			
				Evlene Yeri : _____			
				İlk Gebelik Yeri : _____			

Kaçınıcı Gebelikli	Cank Doğum Sayısı	Öld Doğum Sayısı	Yapayam Çocuk Sayısı	Döğük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Anamnez Stajistik Hastalığı Kırma Yaktuz	Paltuz Durumunu	Kan Grubu Rh	Eşinin Kan Grubu-Rh	Bir Öncesi Gebelikten Sonuçuna Taktik	Bir Öncesi Gebelikten Sonuçuna, Yeri ve Bilişimi	Doğumla İlgili Kanar
							Uygun ☐			_____ glir	Cank Doğum ☐	Sağlık Evi ☐
							Dar ☐			_____ ay	Öld Doğum ☐	Sağlık Cuağına ☐
							Süphe ☐			_____ yd	Döğük ☐	Hastanede ☐
Tuz : _____												
Bilçim : _____												

Gebelik Öncesi Kullandığı Koruyucu Yöntem		Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler							
		Gebelik Sonuçları ve Tarihli		Doğum Nasıl Yaptı?		Doğuma Yardım Eden		Doğan Bebek	
RIA ☐	Döğük ☐	Spontan ☐	Hastane ☐	Cesedyet ☐	Yok ☐		Var : _____		
Hap ☐	Öld Doğum ☐	Vakum ☐	Hekim ☐						
Kondom ☐	Cank Doğum ☐	Sezaryen ☐	Ebe ☐	Kilodu _____ gr.	Notlar : _____				
Yok ☐		Forseps ☐	Döğük Pers. Yardımı ☐	Boys _____ cm.					
Diğer: _____		_____		_____		Sağlık Pers. Yardımı Olmadın		Geliş Bilişimi : _____	

Evlene Adı Soyadı : _____

Tarih : _____

İmza : _____

Hekimin Adı Soyadı : _____

Tarih : _____

İmza : _____

38

[illegible]

Şekil 8. T.C. Sağlık Bakanlığı Form No:005 Gebe-Lohusa İzleme Fişi Arka Yüzü

2.2.8. Sonraki izlemler: İkinci izlem 12. haftadan sonra yapılır. Gebe ile iletişime girilerek ilk izlemdeki girişimler tekrarlanır (kilo alımı, kan basıncı, fundal yükseklik, leopold manevraları vb.). Laboratuvar testleri, glukoz tarama testi ve temel obstetrik ultrasonografi testi önerilir. Demir desteği ve immünizasyon sağlanır. Gerekli durumlarda da sevk edilir. İzlem fişine gerekli bilgiler kaydedilerek bir sonraki randevu tarihi planlanır (Aksayan ve ark, 1998; DeCherney, Nathan, 2003; Gül, 2007).

Üçüncü izlem 30-32. haftalarda yapılır. Aynı işlemler tekrarlanır. Anneye doğum ve bebek bakımı gibi ihtiyaç duyduğu konularda eğitim verilir, izlem fişlerine kaydedilir ve bir sonraki randevu tarihi planlanır (Aksayan ve ark, 1998; Gül, 2007).

Dördüncü izlem 36-38. haftalarda yapılır. Aynı basamaklar tekrarlanır. Fizik muayenede fetusun gelen kısmı değerlendirilir, leopold manevraları yapılır. Fetüsün büyümesi değerlendirilir. Doğumun nerede, nasıl olacağına anne ile birlikte karar verilir. Gerekli fizik muayenesi ve bilgilendirme ve danışmanlıklar yapılır. Özellikle doğum sonu aile planlaması yöntemleri tartışılır, izlem fişine kayıt yapılır. Primiparlarda başın 37. haftada fıkse olması beklenir. Anormal prezentasyonu, vajinal kanaması, amniyon sıvısı sızıntısı olan gebeler, 40. haftayı aşan gebeler hastaneye sevk edilir (Aksayan ve ark,1998; Gül, 2007).

3. BİREYLER ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma ile Bolu il merkezindeki sağlık ocaklarına kayıtlı gebeler için kullanılan gebe-lohusa izlem fişlerinin doldurulup doldurulmadığı, fişlere göre gebelerin aldıkları DÖB hizmetlerinin neler olduğu, bu hizmetlerin; istendik DÖB izlem sıklığına uygun ve içeriğinin gebe kadının gebelik durumuna göre yeterli olup olmadığı ve gebe-lohusa izlem fişlerine kayıt edilen gebelikle ilişkili durumlar ve var olan sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bolu ili, 8.294 km² yüzölçümü ile Batı Karadeniz Bölgesi'nde yer alır. Bolu'nun, Dörtdivan, Mengen, Mudurnu, Gerede, Göynük, Kıbrısçık, Seben, Yeniçağa ve Merkez olmak üzere toplam dokuz ilçesi bulunmaktadır. Genel Nüfus Sayımı (2000) sonuçlarına göre, Bolu ilinin toplam nüfusu 270.654 kişidir. Bolu İli Gelişme Planına (BİGEP, 2003) göre nüfusun %26.8'i kent merkezinde, %22.2'si ilçe merkezlerinde %51'i ise köylerde yaşamaktadır. Bolu ili nüfus piramidine bakıldığında, erkek ve kadınların 20-24 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir (www.bolusaglik.gov.tr). Bolu ilinde bir devlet (merkez ve köroğlu ünitesi), bir fizik tedavi ve rehabilitasyon, bir kadın-doğum ve çocuk, bir tıp fakültesi araştırma ve uygulama hastanesi olmak üzere beş hastane; 32 sağlık ocağı, iki verem savaş dispanseri, bir ana-çocuk sağlığı ve aile planlama merkezi, bir halk sağlığı laboratuvarı, bir SSK dispanseri bulunmaktadır.

Bolu il merkezinde yedi sağlık ocağı bulunmaktadır. Bu sağlık ocaklarında ebe, hekim, hemşire, sağlık memuru, memur ve laborant görev yapmaktadır. Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan bilgilere göre il genelinde 50 ebe, merkez sınırları içerisinde ise 38 ebe çalışmaktadır. Bu sağlık ocaklarında ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri (AÇS-AP) ebeler tarafından yürütülmektedir. Ebeler, antenatal dönemde gebeleri sağlık ocağına çağırarak izlemlerini sürdürmektedirler. İzlenen her gebe için takip eden ebe tarafından gebe-lohusa izleme fişi (Ek.2) doldurulmaktadır.

Ebeler gebe-lohusa izlem fişine, kadının doğum tarihi, öğrenim durumu, işi, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik ve doğum sayısı, yaşayan ve ölen çocuk sayısı, varsa sistemik hastalığı, geçmiş gebeliğine ilişkin bilgiler (gebeliğin sonucu ve tarihi, nerede, nasıl ve kim tarafından yapıldığı), eşinin adı, eşiyle akrabalık durumu olup olmadığı, varsa gebelikten önce kullandığı AP yöntemi, doğum ve doğan çocukla ilgili bilgileri kaydetmektedirler. Pelvis durumu, boyu, kadının ve eşinin kan grupları tespit edilerek, yapılan muayenelere ilişkin izleme ve öğütlerle ilişkin bilgiler de (risk durumu, tetanoz aşı tarihleri, gebelik haftası, ağırlık, kan basıncı, ödem, varis, nabız, idrarda protein, hemoglobin, ÇKS, geliş biçimi, öğütler, sonraki izleme tarihi, lohusalık bilgileri ve imza) bu forma kaydedilir (SB, 2001).

Bolu İl Sağlık Müdürlüğü 2006 yılı verilerine göre, Bolu il merkezinde 128.356 kadın yaşamaktadır. Bu kadınlardan 66.195'i 15-49 yaş grubunda yer almaktadır (<http://www.bolu.saglik.gov.tr/>) Aynı yılın kayıtlarına göre, Bolu ilinde toplam 4995 gebe bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmacının Şubat - Mayıs 2006 tarihleri arasında Bolu ilindeki yedi sağlık ocağında çalışan 38 ebenin çıkardığı gebe-lohusa izlem fişlerinin tümü oluşturmaktadır. Toplam 624 gebe-lohusa izlem fişi belirlenmiş ve verileri toplanmıştır.

Araştırmanın evreni örneklemini oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın olanak ve planına uygun ilçe ve köy sağlık ocakları ya da sağlık evlerindeki gebe-lohusa izleme fişleri evren içine alınmamıştır. Araştırma, Bolu il merkezindeki sağlık ocaklarına kayıtlı gebe kadınların gebe-lohusa izleme fişleri kullanılarak yapılmıştır. Verilerin toplandığı sırada saptanan ve kayıtlı olan gebelerin gebe-lohusa izlem fişleri kullanılmıştır. Veri toplama süresi dışında kayıt altına alınan gebelerin gebe-lohusa izlem fişleri araştırmanın evreni içinde yer almamıştır. Bolu il merkezinde yaşayan fakat sağlık ocağına başvuru yapmayan, ebeler tarafından tespit

edilemeyen ve takip edilmek istenmeyen gebelerin kayıtları sağlık ocaklarında olmadığı için bu gebeler araştırma kapsamında yer almamıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce gebe-lohusa izleme fişleri kullanılacağı için Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (Ek.3), sağlık ocağı başhekimisi ve ilgili birimlerde çalışan ebe ve hemşirelerden ise sözlü izin alınmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırma verilerinin toplanmasında, yedi sağlık ocağında çalışan ebelerin çıkardıkları gebe-lohusa izleme fişlerindeki verilerin aynen aktarıldığı bir form kullanılmıştır (Ek-1).

3.6.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırmanın verileri toplanırken herhangi bir sağlık ocağı belirlenmiş, sağlık ocaklarına gidildiğinde sorumlu hekim, ebe ve hemşireleriyle görüşülmüş, araştırmanın amacı anlatılmış ve sözlü izin alınmıştır. Sağlık ocağının toplam ebe sayısı belirlenmiş, kayıtların kullanılabileceği uygun günler için ebe ve hemşirelerden randevu alınmış, bu günlerde sağlık ocaklarında bulunularak bilgiler soru formuna geçirilmiştir.

Veriler Şubat - Mayıs 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Sağlık ocağında veriler toplanırken o günden sonra doğurma ihtimali olan bütün gebelerin gebe-lohusa izleme fişlerindeki veriler kaydedilmiştir. Sağlık ocağında bulunduğu süre içerisinde yeni gebe kayıtları olup olmadığı ebe hanımlarla iletişime geçilerek belirlenmiş, belirlenen gebe-lohusa izleme fişleri de kayıt altına alınmıştır. Verileri toplanan sağlık ocağına tekrar dönülmemiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler bilgisayara kaydedilmiştir. İzlem sıklığı, Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında uygulamaya geçirdiği toplam dört izlem sayısına göre değerlendirilmiştir.

Bu değerlendirme yapılırken, verilerin toplandığı gün gebe kadının bulunduğu gebelik haftası ve o güne kadar gerçekleştirilen toplam izlem sayısı kaydedilmiştir. Bu kayıtlar değerlendirilirken;

	Gebelik Haftası	İzlem sıklığı
Uygun izlem	27. gebelik haftasına kadar	1 kere izlem
	33. gebelik haftasına kadar	2 kere izlem
	39. gebelik haftasına kadar	3 kere izlem

Tabloda belirtilen haftalara kadar olması gereken izlem sıklığından az olanlar “uygun izlem sayısından az”, belirtilen haftalara kadar olması gereken izlem sıklığından fazla olanlar da “uygun izlem sayısından çok” olarak ifade edilmiştir (SB, 2006).

Gebe-lohusa izlem fişlerinde haftalara göre ebelerin vermesi gereken hizmetler (ağırlık ölçümü, kan basıncı ölçümü, ödem değerlendirmesi, varis değerlendirmesi, nabız ölçümü, idrarda protein değerlendirilmesi, Hb lm, FKS lm, geliş biçimi değerlendirilmesi ve öneride bulunma) belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın 2006 yılında gerçekleştirdiği hizmet içi eğitimlerde, gebelik haftalarına göre olması gereken izlem sıklığı yer almıştır.

<u>Gebelik haftası</u>	<u>İzleme sıklığı</u>
12. haftaya kadar	Tespit ve ilk izlem
24-26. haftalar arası	İkinci izlem
30-32. haftalar arası	üçüncü izlem
36-38. haftalar arası	Dördüncü izlem

Kaynak: SB, 2006.

Bu izlem sıklığına göre uygun verilen hizmetler “yeterli” olarak değerlendirilmiş, gebelik haftasına göre fazla sayıda verilen hizmetler dikkate alınmamış, izlem sıklığına göre az verilen hizmetler “yetersiz” olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma verilerinin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde yüzdeler ve niteliksel grup karşılaştırmalarında anlamlı bir fark olup olmadığı χ^2 (ki-kare) testi kullanılarak test edilmiş $p=0.05$ ve $p=0.01$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın verileri, gebelerin sosyodemografik ve kişisel özellikleri; geçmiş ve mevcut gebeliğindeki bilgiler; aldıkları doğum öncesi bakım hizmetleri, aldıkları hizmetlerin uygunluğu, aldıkları hizmetler ile istendik hizmetler arasındaki farklar ve gebe-lohusa izleme fişlerinin kullanım bilgilerine göre sınıflanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları, gebelerin bilgilerinin gebe-lohusa izleme fişlerine kaydedilme durumu, gebelerin sosyo-demografik ve kişisel özellikleri; geçmiş ve mevcut gebeliğindeki bilgiler; aldıkları doğum öncesi bakım hizmetleri ve alınan hizmetlerin uygunluğu ile istendik hizmetler arasındaki farklara göre sınıflandırılmıştır.

4.1. Gebe-Lohusa İzlem Fişleri Kullanımı

Bu bölümde sağlık ocaklarında ki 005 gebe-lohusa izlem fişlerinin kullanım ve doldurulma durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamındaki Gebelerde İncelenen Bilgilerin/Bulguların Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Kaydedilme Durumu Bolu, 2006 (n=624)

İncelenen Bilgi/Bulgu	Kayıt Edilmeyen Sayı	Kayıt Edilmeme %'si
Adres*	0	0
Tel*	54	8.7
Adı-Soyadı*	2	0.3
Eşinin Adı-Soyadı*	8	1.3
Eşin Akrabalık Durumu*	13	2.1
Doğum Tarihi*	10	1.6
Öğrenim Durumu*	12	1.9
Çalışma Durumu*	11	1.8
İlk Evlenme Yaşı*	19	3.0
İlk Gebelik Yaşı*	22	3.5
Kaçıncı Gebeliği*	6	1.0
Canlı Doğum Sayısı**	6	1.8
Ölü Doğum Sayısı**	6	1.8
Yaşayan Çocuk Sayısı**	6	1.8

Düşük Sayısı**	6	1.8
Ölen Çocuk Sayısı**	6	1.8
Sistemik Hastalık Durumu*	277	44.4
Boy*	191	30.6
Pelvis Durumu*	374	59.9
Gebenin Kan Grubu*	96	15.4
Eşinin Kan Grubu*	187	30.0
Bir Önceki Gebeliğin Sonucu**	38	11.3
Bir Önceki Gebeliğin Sonlanma Tarihi**	33	9.9
Bir Önceki Gebelikte Doğumun Sonlanma Şekli**	67	20.0
Bir Önceki Gebelikte Doğumun Yapıldığı Yer**	59	17.6
Doğumla İlgili Karar*	226	36.2
Gebelik Öncesi Kullandığı AP Yöntemi*	128	20.5
Gebelikte Risk Durumu*	624	100.0
Son Adet Tarihi*	18	2.9
Tahmini Doğum Tarihi*	19	3.0
TT Aşılama*	227	36.4
Bir Sonraki İzlem Tarihi*	624	100.0
Dr imza*	624	100.0

* n=624 ** n=335 *** n=359 (üçüncü trimester içindeki gebe sayısı)

Gebe-lohusa izlem fişlerindeki bilgilerin belirtilme durumlarının dağılımı incelendiğinde; gebe-lohusa izlem fişlerindeki bilgilerden sadece adres bilgisinin tam olarak (%100,0) doldurulduğu kalan tüm bilgilerde eksiklikler olduğu görülmektedir. Tabloda gebelikte risk durumunun (%100.0), pelvis durumunun (%59.9), gebenin bir sistemik hastalığının olup olmadığının (%44.4), TT aşılama durumunun (%36.4), doğumla ilgili kararların (%36.2) ebeler tarafından en az kayıt altına alınan veriler olduğu görülmektedir.

4.2. Sağlık Ocaklarına Kayıtlı Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Kişisel Özellikleri

Bu bölümde, sağlık ocaklarındaki 005 gebe-lohusa izlem fişlerine kayıtlı gebelerin bağlı oldukları sağlık ocakları, yaş grupları, öğrenim düzeyleri, iş durumları, evlenme yaşları, eşi ile akrabalık durumu, gebelik öncesi kullandığı doğum kontrol yöntemi, boy uzunluğu, kan grubu, eşinin kan grubu, Rh uyumsuzluğu ile ilişkili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2. Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Ocakları Bolu, 2006 (n=624)

Sağlık Ocağı	Sayı	%
1 nolu	113	18.1
2 nolu	96	15.4
3 nolu	54	8.7
4 nolu	39	6.3
5 nolu	176	28.2
6 nolu	42	6.7
7 nolu	104	16.6
Toplam	624	100.0

Bolu il merkezine bağlı yedi sağlık ocağında gebe-lohusa izlem fişlerine kayıtlı toplam gebe sayısı 624'dür. Gebelerin diğer sağlık ocaklarına göre 5 nolu sağlık ocağında daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri Bolu, 2006 (n=624)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
20 Yaş ↓	17	2.7
20–24 Yaş	187	30.0
25–29 Yaş	249	40.0
30- 34 Yaş	120	19.2
35 Yaş ve ↑	41	6.5
Kayıt Yok	10	1.6
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar Değil	6	1.0
Okur-yazar/ İlkokul	320	51.3
Ortaokul	65	10.4
Lise	138	22.1
Üniversite	83	13.3
Kayıt Yok	12	1.9
Çalışma Durumu		
Ev Hanımı	496	79.5
İşçi	44	7.1
Memur	35	5.6
Sağlık Çalışanı	14	2.2
Diğer	24	3.8
Kayıt Yok	11	1.8
İlk Evlenme Yaşı		
20 Yaş Altı	165	26.4
20–24 Yaş	317	50.8
25–29 Yaş	103	16.5
30- 34 Yaş	14	2.3
34 Yaş Üzeri	5	0.8
Evlenmemiş	1	0.2
Kayıt Yok	19	3.0

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre, bu araştırmada yer alan gebelerin %40'ı 25-29 yaş arasındadır. Yaş ortalamaları 26.9 ± 4.7 olup, (17-41 yaş) arasında değiştiği saptanmıştır (tabloda yer almamaktadır). Gebelerin yaklaşık yarısı (%51.3) okur yazar/ilkokul mezunu, büyük çoğunluğunun ise ev hanımı (%79.5) olduğu belirlenmiştir. Gebelerin evlenme yaşları açısından değerlendirildiğinde, yaklaşık yarısının (%50.8) 20-24 yaş arasında evlendiği, %26.4'ünün ise 20 yaşın altı evlendiği saptanmıştır. Evlenme yaşı ortalaması 21.84 ± 3.68 olup, yaş aralığının (12-37 yaş) arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Eşleriyle Olan Akrabalık Durumları Bolu, 2006 (n=624)

Akrabalık Durumu	Sayı	%
Yok	571	91.5
Var	40	6.4
Kayıt Yok	13	2.1
Toplam	624	100.0

Gebelerin %6.4'ünün eşiyle akraba olduğu belirtilirken, %2.1'inin ise eşiyle akrabalık durumu hakkında gebe-lohusa izlem fişlerinde kayıt bulunmamaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Gebelik Öncesinde Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları Bolu, 2006 (n=624)

Koruyucu Yöntem	Sayı	%
Kondom	70	11.2
Geri Çekme	35	5.6
RİA	29	4.6
Hormonal Kontraseptifler	24	3.9
Yöntem Kullanmıyor	338	54.2
Kayıt Yok	128	20.5
Toplam	624	100.0

Fişlere göre gebelerin gebelik öncesi kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin neler olduğu incelendiğinde; çoğunun herhangi bir yöntem kullanmadığı (%54.2), %11.2'sinin kondom, %5.6'sının ise geri çekme yöntemini kullandığı belirlenmiştir. Gebelerin %20.5'inin ise gebelik öncesi kullandığı yönteme ilişkin gebe-lohusa izlem fişlerinde kayıt bulunamamıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Göre Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Evlenme Yaşları Bolu, 2006 (n=603*)

Öğrenim Durumu	20 Yaş ↓		20-24 Yaş		25-29 Yaş		30-34 Yaş		35 Yaş ve ↑		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar D.	4	66.6	1	16.7	1	16.7	-	-	-	-	6	100.0
İlkokul	101	31.8	163	51.3	47	14.7	6	1.9	1	0.3	319	100.0
Ortaokul	28	43.1	26	40.0	7	10.7	2	3.1	2	3.1	65	100.0
Lise	29	21.6	82	61.2	19	14.2	2	1.5	2	1.5	134	100.0
Üni.	3	3.8	44	55.0	29	36.2	4	5.0	-	-	80	100.0
Toplam	165	27.4	316	52.4	103	17.1	14	2.3	5	0.8	603	100.0

χ^2 : 92.506; Sd: 16; P: 0.000

* Gebe lohusa izlem fişlerinde 21 gebenin öğrenim durumu ya da evlenme yaşları kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Gebelerin öğrenim durumlarına göre evlenme yaşları incelendiğinde; eğitimsiz kadınların en fazla 20 yaş altında evlendiği (%66.6), üniversite mezunlarının ise en fazla 20-24 yaş grubu arasında (%55.0), daha sonra ise 25-29 yaş grubunda evlendikleri (%36.2) görülmektedir. Öğrenim düzeyi arttıkça evlenme yaşının arttığı ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6, $p<0.01$).

Tablo 4.7. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Evlenme Yaşlarının Dağılımı Bolu, 2006 (n=604*)

Çalışma Durumu	20 Yaş ↓		20-24 Yaş		25-29 Yaş		30-34 Yaş		35 Yaş ve ↑		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev hanımı	149	30.3	255	51.9	75	15.3	9	1.8	3	0.6	491	100.0
İşçi	12	27.3	23	52.2	7	15.9	1	2.3	1	2.3	42	100.0
Memur	2	13.3	9	60.0	2	13.3	1	6.7	1	6.7	15	100.0
Sağlık Çalış.	2	3.7	30	55.6	19	35.2	3	5.6	-	-	54	100.0
Toplam	165	27.3	317	52.5	103	17.1	14	2.3	5	0.8	604	100.0

X²: 37.686; Sd: 12; P: 0.000

* Gebe lohusa izlem fişlerinde 20 gebenin çalışma durumu ya da evlenme yaşları kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerine kayıtlı gebelerin çalışma durumlarına göre evlenme yaşlarının dağılımı incelendiğinde; ev hanımlarının yaklaşık yarısının (%51.9) 20-24 yaş arasında, %30.3'ünün ise 20 yaşın altında evlendiği görülmektedir. Sağlık çalışanlarının ise yaklaşık yarısının 20-24 yaş arasında, daha sonra ise 25-29 yaş arasında evlendikleri görülmektedir. Meslek sahibi olundukça evlenme yaşının arttığı ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7, p<0.01).

Tablo 4.8. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı Bolu, 2006 (n=490*)

Yaş Grubu	Kondom	RIA	Geri Çekme	Hormonal Kontraseptif	Yöntem Kullan.	Toplam
	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %
20 Yaş ↓	1 7.1	- -	- -	- -	13 92.9	14 100.0
20–24 Yaş	19 13.3	2 1.4	8 5.6	4 2.8	110 76.9	143 100.0
25–29 Yaş	33 16.6	12 6.0	16 8.1	11 5.5	127 63.8	199 100.0
30- 34 Yaş	16 15.9	12 11.9	7 6.9	8 7.9	58 57.4	101 100.0
35 Yaş ve ↑	1 3.0	3 9.1	3 9.1	1 3.0	25 75.8	33 100.0
Toplam	70 14.3	29 5.9	34 6.9	24 4.9	333 68.0	490 100.0

* Gebe lohusa izlem fişlerinde 134 gebenin yaş ya da aile planlaması yöntemleri kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır. Bu nedenle de istatistik test yapılmamıştır.

Kayıtlı gebelerin yaş gruplarına göre kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde; gebe kadınlardan 20 yaş altında olanların %92.9'unun herhangi bir yöntem kullanmadığı, 30-34 yaş arasında olanlarda ise yöntem kullanmayanların %57.4, kondom kullananların ise %15.9 olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça yöntem kullanmanın arttığı, daha ileri yaşlarda ise tekrar azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı Bolu, 2006 (n=488*)

Öğrenim durumu	Kondom Sayı %	RİA Sayı %	Geri Çekme Sayı %	Hormonal Kontraseptif Sayı %	Yöntem Kullanm. Sayı %	Toplam Sayı %
Okur yazar D.	- -	- -	1 16.7	1 16.7	4 66.7	6 100.0
İlkokul	32 12.7	16 6.4	18 7.2	6 2.4	179 71.3	251 100.0
Ortaokul	6 10.5	3 5.3	4 7.0	4 7.0	40 70.2	57 100.0
Lise	15 13.9	7 6.5	6 5.6	6 5.6	74 68.5	108 100.0
Üni.	17 25.8	3 4.5	5 7.6	7 10.6	34 51.5	66 100.0
Toplam	70 14.3	29 5.9	34 7.0	24 4.9	331 67.8	488 100.0

* Gebe lohusa izlem fişlerinde 136 gebenin yaş ya da aile planlaması yöntemleri kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır. Bu nedenle de istatistik test yapılmamıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerindeki gebelerin öğrenim durumlarına göre kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde; gebelikten önce en son kullandıkları aile planlaması yöntemleri açısından tüm öğrenim düzeylerindeki kadınların çoğunlukla herhangi bir yöntem kullanmadığı görülmektedir. Okur yazar olmayanlarda yöntem kullanmayanlardan sonra geri çekmenin ve hormonal kontraseptiflerin izlediği (%16.7), lise ve üniversite mezunlarında ise kondomun kullanıldığı (%13.9, %25.8) belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça etkin yöntemleri (kondom, RİA, hormonal kontraseptif) kullanma sıklığının arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).

4.3. Gebelerin Geçmiş ve Mevcut Gebeliğine İlişkin Bilgiler

Bu bölümde, sağlık ocaklarındaki 005 gebe-lohusa izlem fişlerine kayıtlı gebe kadınların geçmiş ve mevcut gebeliğine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.10. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Gebelik Sayıları Bolu, 2006 (n=624)

Gebelik Sayısı	Sayı	%
İlk Gebelik	289	46.3
2-4	313	50.1
5 ve ↑	16	2.6
Kayıt Yok	6	1.0
Toplam	624	100.0

Kayıtlı gebelerin şu anki gebeliği de dahil olmak üzere gebelik sayıları incelendiğinde; yaklaşık yarısının 2-4. gebeliklerini (%50.1) geçirdikleri, yarısına yakınının ise ilk gebeliği (%46.3) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin İlk Gebelik Yaşları Bolu, 2006 (n=624)

Gebelik Yaşı	Sayı	%
20 Yaş ↓	97	15.5
20–24 Yaş	318	51.0
25–29 Yaş	149	23.9
30- 34 Yaş	29	4.6
35 Yaş ve ↑	9	1.4
Kayıt Yok	22	3.6
Toplam	624	100.0

Fişlere kayıtlı gebelerin ilk gebelik yaşları incelendiğinde; yaklaşık yarısının 20-24 yaş arasında (%51.0) ilk kez gebe kaldığı, bunu 25-29 yaş arasında olanların (%23.9) izlediği görülmektedir. Gebelerin %3.6'sının gebe-lohusa izlem fişlerine ilk gebelik yaşlarının kaydedilmemesi nedeniyle ilk gebelik yaşı belirlenememiştir. En düşük gebe kalma yaş grubu ise 35 yaş üstü (%1.4) olarak saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Daha Önce Gebelik Geçiren Gebelerin Doğurganlık Özellikleri Bolu, 2006 (n=335*)

Doğurganlık Özellikleri	Sayı	%
Canlı Doğum Sayısı		
Canlı Doğum Yok	47	14.0
1 Canlı Doğum	214	63.9
2 ve Üstü Canlı Doğum	68	20.3
Kayıt Yok	6	1.8
Ölü Doğum Sayısı		
Ölü Doğum Yok	322	96.1
1 Ölü Doğum	5	1.5
2 ve Üstü Ölü Doğum	2	0.6
Kayıt Yok	6	1.8
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Yaşayan Çocuk Yok	52	15.5
1 Yaşayan Çocuk	212	63.3
2 ve Üstü Yaşayan Çocuk	65	19.4
Kayıt Yok	6	1.8
Düşük Sayısı		
Düşük Yok	212	63.3
1 Düşük	88	26.3
2 ve Üstü Düşük	29	8.6
Kayıt Yok	6	1.8
Ölen Çocuk		
Ölen Çocuk Yok	319	95.2
Ölen Çocuk Var	10	3.0
Kayıt Yok	6	1.8

*İlk gebeliği olan 289 gebe kapsama alınmadığı için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Kayıtlı gebelerin bugüne kadar geçirdikleri bütün gebeliklerine ilişkin doğurganlık özellikleri incelendiğinde; daha önce gebelik geçiren gebelerin %63.9'unun

en az bir canlı doğumunun olduğu, %96.1'inin ölü doğumunun olmadığı, %63.3'ünün en az bir çocuğunun yaşadığı, %26.3'ünün en az bir düşük, %19.4'ünün ise 1'den fazla düşük yaptığı, %95.2'sinin ise ölen çocuğunun olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Daha Önce Gebelik Geçiren Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Sayısal Ortalamalar

	Üst Değer	X±Sd
Toplam Gebelik	9	1.86 ± 1.07
Canlı Doğum	5	1.30 ± 0.62
Ölü Doğum	2	1.29 ± 0.49
Yaşayan Çocuk	5	1.29 ± 0.61
Düşük	3	1.32 ± 0.61
Ölen Çocuk	1	1.00 ± 0.00

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre, gebelerin doğurganlık özellikleri incelendiğinde; mevcut gebeliği de dahil olmak üzere gebe kadınlar en çok 9 kez gebe kalmış, 5 canlı doğum, 2 ölü doğum ve 3 düşük yapmışlardır. Gebelerin ölen çocuklarının sayısı en fazla 1 olduğu görülmektedir (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Bir Önceki Gebeliği Canlı Doğumla Sonlanan Gebelerin Son İki Gebelik Aralıkları Bolu, 2006 (n=266*)

Gebelikler arası süre	Sayı	%
2 Yıldan az	64	24.1
2-4 Yıl	101	38.0
5-9 Yıl	64	24.0
10 Yıl ve ↑	9	3.4
Kayıt Yok	28	10.5
Toplam	266	100.0

*İlk gebeliği olan 289 gebe ve bir önceki gebeliği düşükle sonlanan 69 gebe kapsama alınmadığı için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Fişlere göre, bir önceki gebeliği canlı doğumla sonlanan gebelerin son iki gebelik aralıkları incelendiğinde; %38.0'ının gebelikleri arasında 2-4 yıl, %24.1'nin ise iki yıldan az bir süre olduğu görülmektedir. Bir önceki gebeliği canlı doğumla sonlanan gebelerin %10.5'inin bir önceki gebeliğin sonlanış şekli ya da son adet tarihi gebe-lohusa izlem fişine kaydedilmediği için gebelik arası süre belirlenememiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Kadınların Bir Önceki Gebeliklerine Ait Bilgiler Bolu, 2006 (n=335*)

Bir Önceki Gebeliğe Ait Bilgi	Sayı	%
Gebeliğin Sonucu		
Canlı Doğum	225	67.2
Düşük	69	20.6
Ölü Doğum	3	0.9
Kayıt Yok	38	11.3
Gebeliğin Sonlandığı Yer		
Hastane	262	78.2
Ev	11	3.3
Hekim Özel Muayenehanesi	3	0.9
Kayıt Yok	59	17.6
Gebeliğin Sonlanış Biçimi		
Normal Doğum	168	50.2
Sezaryen	55	16.4
Düşük	43	12.8
Dış Gebelik	1	0.3
Ölü Doğum	1	0.3
Kayıt Yok	67	20.0
Toplam	335	100.0

*İlk gebeliği olan 289 gebe kapsama alınmadığı için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Kayıtlardan gebelerin bir önceki gebeliklerine ilişkin bilgiler incelendiğinde; gebelerin %67.2'sinin bir önceki gebeliğinin canlı doğum, %20.6'sının ise düşükle sonuçlandığı görülmektedir. Gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%78.2) gebeliklerinin hastanede, az bir kısmının ise (%3.3) evde doğumla sonuçlandığı; %50.2'sinin sonlanış biçiminin normal doğum, %16.4'ünün ise sezaryen olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebelik Sayıları Bolu, 2006 (n=611*)

Yaş Grubu	İlk Gebelik		2-4 Gebelik		5 ve ↑ Gebelik		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20 Yaş ↓	14	82.4	3	17.6	-	-	17	100.0
20–24 Yaş	135	72.2	51	27.3	1	0.5	187	100.0
25–29 Yaş	105	42.5	138	55.8	4	1.6	247	100.0
30- 34 Yaş	24	20.2	88	73.9	7	5.9	119	100.0
35 Yaş ve ↑	9	22.0	29	70.7	3	7.3	41	100.0
Toplam	287	47.0	309	50.6	15	2.3	611	100.0

$X^2:109.379$; Sd:8 ; P:0.000

* Gebe-lohusa izlem fişlerine 13 gebenin yaş ya da gebelik sayısı kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Fişlere göre gebelerin yaş gruplarına göre geçirdikleri toplam gebelik sayılarının dağılımı incelendiğinde; 20 yaş altındaki gebelerin %82.4'ünün, 30-34 yaş arasındakilerin ise %20.2'sinin ilk gebeliği olduğu görülmektedir. Gebelerden 5 ve üstü gebeliği en çok 30-34 yaş arasında (%5.9) yaşadığı görülmektedir. Gebelerin yaşları arttıkça gebelik sayılarının arttığı ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.16, $p<0.01$).

Tablo 4.17. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı Bolu, 2006 (n=609*)

Öğrenim Durumu	İlk Gebelik		2-4 Gebelik		5 ve ↑ Gebelik		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur Yazar Değil	1	16.7	5	83.3	-	-	6	100.0
Okuryazar/ İlkokul	118	37.0	192	60.2	9	2.8	319	100.0
Ortaokul	35	53.9	29	44.6	1	1.5	65	100.0
Lise	78	50.9	56	40.9	3	2.2	137	100.0
Üniversite	54	65.9	27	32.9	1	1.2	82	100.0
Toplam	286	47.0	309	50.7	14	2.3	609	100.0

X^2 : 33.922; Sd: 8; P: 0.000

* Gebe-lohusa izlem fişlerine 13 gebenin öğrenim durumu ya da gebelik sayısı kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Fişlere göre gebelerin öğrenim durumlarına göre geçirdikleri toplam gebelik sayılarının dağılımı incelendiğinde; okur yazar olmayan gebelerin en çok 2-4 gebelik geçirdiği (%83.3), lise ve üniversite mezunlarının ise en çok ilk gebeliklerini yaşadıkları (%50.9 ve %65.9) saptanmıştır. Gebelerin öğrenim düzeyi arttıkça geçirdikleri gebelik sayılarının azaldığı ve bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17, $p<0.01$).

Tablo 4.18. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Geçirdikleri Düşük Sayıları Bolu, 2006 (n=324*)

Yaş Grubu	Düşük Yok		1 Düşük		2 Düşük		3 Düşük		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20 Yaş ↓	-	-	3	100.0	-	-	-	-	3	100.0
20-24 Yaş	31	59.6	19	36.5	2	3.8	-	-	52	100.0
25-29 Yaş	95	66.9	36	25.4	7	4.9	4	2.8	142	100.0
30- 34 Yaş	70	73.7	16	16.8	6	6.3	3	3.2	95	100.0
35 Yaş ve ↑	15	46.9	11	34.4	5	15.6	1	3.1	32	100.0
Toplam	211	65.1	85	26.2	20	6.2	8	2.5	324	100.0

χ^2 : 24.639; Sd: 12; P: 0.017

*İlk gebeliği olan 289 gebe kapsama alınmadığı ve yaş ya da düşük bilgileri gebe-lohusa izlem fişlerine kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Fişlere göre gebelerin yaş gruplarına göre geçirdikleri düşük sayıları incelendiğinde; 20 yaş altı ve daha önce gebelik geçirmiş gebelerin %100'ü 1 düşüğü olmuştur. 20-24 yaş grubunda düşük geçirmeyen gebelerin %59.6, 25-29 yaş grubunda %66.9 olup, 30-34 yaş gebelerin 3 düşük yapmaları ise %3.2 olarak tespit edilmiştir. Gebelerin yaşları arttıkça geçirdikleri düşük sayılarının arttığı ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.18, $p < 0.05$).

Tablo 4.19. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Gebelik Sayılarına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı Bolu, 2006 (n=496*)

Gebelik Sayısı	Kondom		RİA		Geri Çekme		Hormonal Kontraseptif		Yöntem yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk Geb.	27	12.5	-	-	10	4.7	11	5.1	167	77.7	215	100.0
2-4 Geb.	43	16.2	29	10.9	20	7.5	12	4.5	162	60.9	266	100.0
5 ve ↑ Geb.	-	-	-	-	5	33.3	1	6.7	9	60.0	15	100.0
Toplam	70	14.1	29	5.9	35	7.1	24	4.8	338	68.1	496	100.0

* Gebe-lohusa izlem fişlerine 128 gebenin gebelik sayısı ya da yöntem kullanım durumu kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır. Bu nedenle de istatistik test yapılmamıştır.

Fişlere kayıtlı gebelerin geçirdikleri gebelik sayılarına göre kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde; gebelerin 2-4 gebeliği olanların %60.9'unun bu gebeliklerinden hemen önce herhangi bir yöntem kullanmadığı, %16.2'sinin kondom kullandığı görülmektedir. 5 ve üstü gebelik geçiren gebelerin etkili yöntemlerden herhangi birini kullanım neredeyse yokken, çoğunlukla geri çekme kullanılmış (%33.3) ya da herhangi bir yöntem kullanılmamıştır (%60.0). Gebelerin gebelik sayıları arttıkça yöntem kullanmamanın azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Son İki Gebelik Aralıklarının Dağılımı Bolu, 2006 (n=211*)

AP Yöntemi	2 Yıl ↓		2-4 Yıl		5-9 Yıl		10 Yıl ve ↑		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kondom	12	33.3	11	30.6	12	33.3	1	28.1	36	100.0
RİA	2	7.7	12	46.2	10	38.5	2	7.7	26	100.0
Geri Çekme	7	36.8	10	52.6	1	5.3	1	5.3	19	100.0
Hormonal Kont.	1	11.1	5	55.6	3	33.3	-	-	9	100.0
Yöntem Yok	32	26.4	56	46.3	28	23.1	5	4.1	121	100.0
Toplam	54	25.6	94	44.5	54	25.6	9	4.3	211	100.0

* Gebe-lohusa izlem fişlerine 413 gebenin son iki gebelik tarihleri ya da yöntem kullanım durumu kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır. Bu nedenle de istatistik test yapılmamıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre, gebelerin son iki gebelik aralıklarına göre kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde; gebelikten korunma yöntemi olarak RİA kullanan gebelerin %46.2'sinin son iki gebelikleri arasındaki ara 2-4 yıl arasında değişmektedir. Hormonal kontraseptif kullanan kadınların %55.6'sının gebelikleri arasındaki sürenin 2-4 yıl olduğu görülmektedir. Gebelerin kullandıkları yönteme göre gebelikleri arasındaki sürenin değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Gebelik Öncesi Sistemik Hastalık Durumları Bolu, 2006 (n=624)

Sistemik Hastalık	Sayı	%
Hayır Yok	314	50.3
Tiroid Hastalıkları	10	1.6
Kan Uyuşmazlığı	10	1.6
Hipo/Hipertansiyon	3	0.4
Bel Fıtığı	3	0.5
Epilepsi	2	0.3
Astım Bronşit	2	0.3
Kan Pıhtılaşma Bozukluğu	1	0.2
Kalp Hastalığı	1	0.2
Böbrek Hastalığı	1	0.2
Kayıt Yok	277	44.4
Toplam	624	100.0

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelerin şu anki gebelikleri öncesi var olan sistemik hastalık durumları incelendiğinde; gebelerin yaklaşık yarısının (%50.3) bir sistemik hastalığının olmadığı, yaklaşık yarısının ise (%44.4) sistemik hastalık bilgilerinin kaydedilmediği görülmektedir. Kayıt edilen sistemik hastalıklar arasında gebelik öncesi gebelerin en çok tiroid hastalığı yaşadığı görülmektedir (%1.6) (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Pelvis Değerlendirilmesi
Sonuçlarının Dağılımı Bolu, 2006 (n=624)

Pelvis Durumu	Sayı	%
Uygun	192	30.8
Şüpheli	58	9.3
Kayıt Yok	374	59.9
Toplam	624	100.0

Ebeler tarafından gebe izlemleri esnasında yapılan ve doğumun nerede, nasıl yapılması gerektiğine işaret eden çok önemli bulgulardan biri olan pelvik değerlendirme gebe-lohusa izlem fişlerindeki kayıtlara göre incelendiğinde; gebelerin %30,8'inin pelvis durumu açısından uygun, %9.3'ünün ise şüpheli olarak değerlendirildiği görülmektedir. Ancak, bu çok önemli bulgu, gebe kadınların yarısından fazlasında (%59.9) kaydedilmemiştir (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Doğumun Nerede Yapılacağı İle İlgili Kararlar Bolu, 2006 (n=624)

Doğumla İlgili Karar	Sayı	%
Hastane	395	63.3
Sağlık Evi/Sağlık Ocağı	3	0.5
Kayıt Yok	226	36.2
Toplam	624	100.0

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre doğumun nerede yapılacağı ile ilgili kararlar incelendiğinde; gebelerin %63.3'ünün doğumunu hastanede yapması kararı verilirken, gebelerin %36.2'sinin doğumla ilgili karar bilgileri kaydedilmemiştir (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Boy Uzunlukları
Bolu, 2006 (n=624)

Boy	Sayı	%
1.50 m ↓	9	1.5
1.50 m ve ↑	424	67.9
Kayıt Yok	191	30.6
Toplam	624	100.0

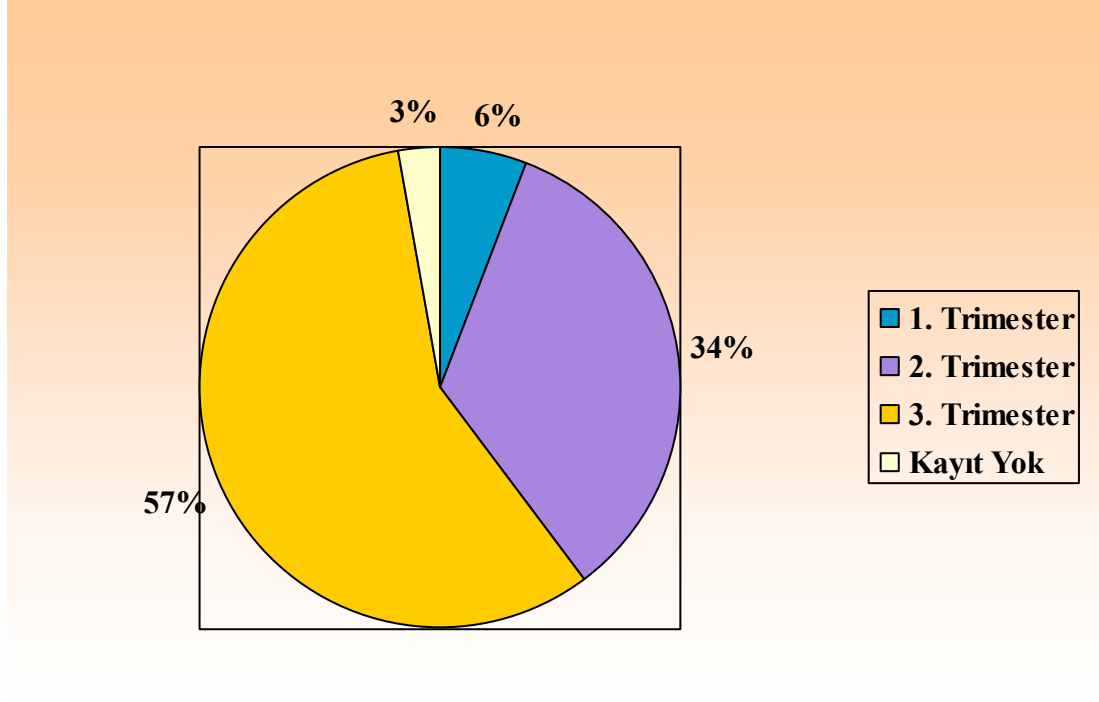
Gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelerin boy uzunlukları incelendiğinde; en önemli bulgu her üç gebeden birinin (%30.6) boyunun kaydedilmediğidir. Boyları kaydedilen gebelerin %67.9'unun 1.50 cm'nin üstünde olduğu bulunmuştur. Gebelerin boy uzunluğu ortalamaları 1.60 ± 5.6 olup, (1.45-1.77 m) arasında değiştiği saptanmıştır (tabloda yer almamaktadır) (Tablo 4.24).

Tablo 4.25. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerde Rh Uyuşmazlığı Riski
Durumu Bolu, 2006 (n=624)

Uyuşmazlık	Sayı	%
Var	44	7.0
Yok	479	76.8
Kayıt yok	101	16.2
Toplam	624	100.0

Gebe-lohusa izlem fişlerine kayıtlı gebelerin ve eşlerinin kan gruplarından yola çıkılarak belirlenen Rh uyuşmazlığı riski durumu incelendiğinde; araştırma kapsamındaki gebelerin %16.2'sinin eşleriyle olan Rh uyuşmazlığı riski kayıt edilmemiştir. Diğer taraftan gebelerin %7.0'ının Rh uyuşmazlığı riski olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.25).

Grafik 4.1. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Bulundukları Gebelik Dönemleri Bolu, 2006 (n=624)

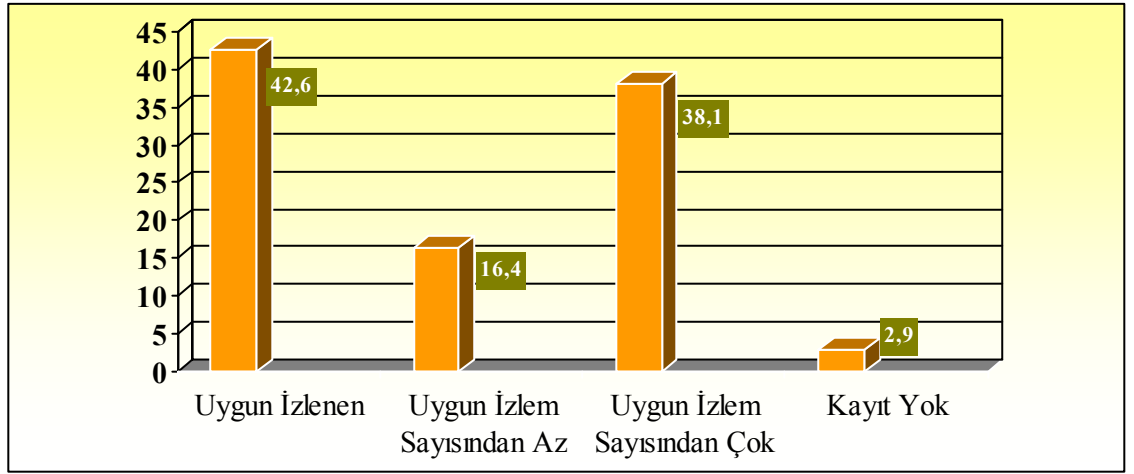


Gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelerin bulundukları gebelik dönemleri incelendiğinde; gebelerin yarısından fazlasının üçüncü trimester içinde bulunduğu (%57.5), %33.7'sinin ise ikinci trimester içinde olduğu görülmektedir (Grafik 4.1)

4.3. Sağlık Ocaklarına Kayıtlı Gebelerin Aldıkları DÖB Hizmetleri

Bu bölümde sağlık ocaklarında 005 gebe-lohusa izlem fişlerine kayıtlı gebelerin aldıkları DÖB hizmetlerinin neler olduğu ve bu hizmetlerin uygun olup olmadığını değerlendiren bulgular yer almaktadır.

Grafik 4.2. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Bulundukları Gebelik Haftasına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006 (n=624)



Gebe-lohusa izlem fişlerine kayıtlı gebelerin %42.6'sının Sağlık Bakanlığının önerdiği sıklığa uygun, %16.4'ünün olması gerekenden daha az, %38.1'inin ise olması gerekenden daha fazla DÖB hizmetlerini aldığı görülmektedir (Grafik 4.2).

Tablo 4.26. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Bulundukları Gebelik Trimesterine Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006 (n=606*)

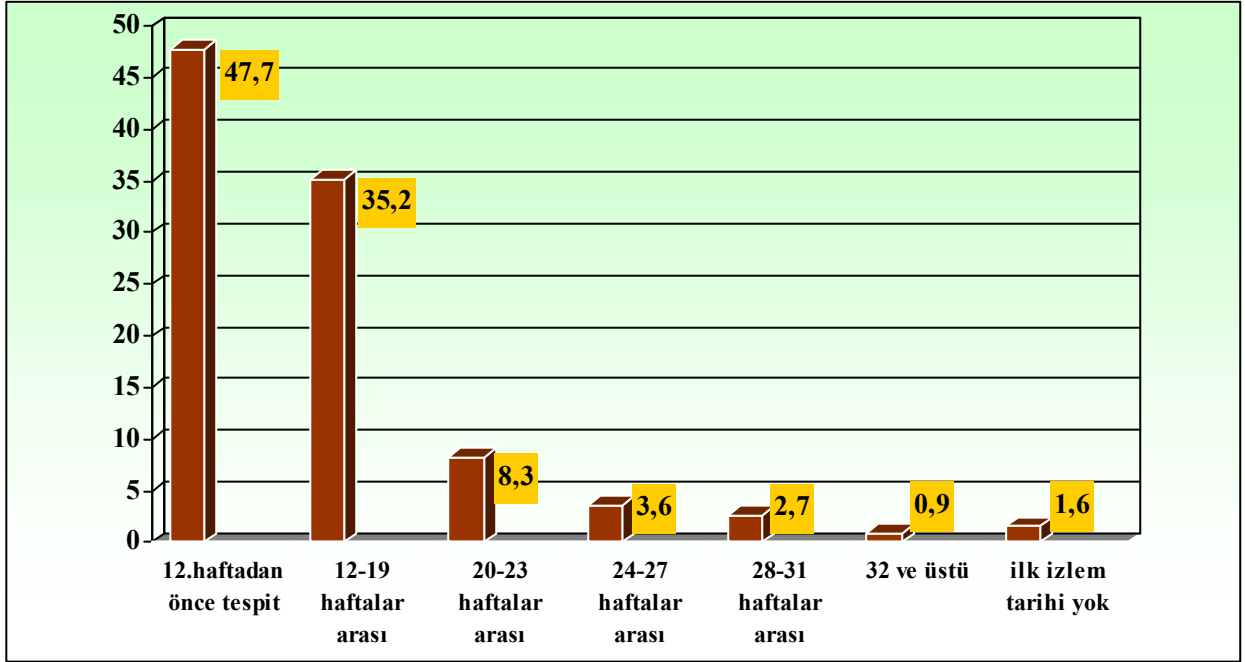
Trimester	Uygun İzlenen		Uygun İzlem Sayısından Az		Uygun İzlem Sayısından Çok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Birinci trimester	32	86.5	-	-	5	13.5	37	100.0
İkinci trimester	133	63.3	-	-	77	36.7	210	100.0
Üçüncü trimester	101	28.1	102	28.4	156	43.5	359	100.0
Toplam	266	43.9	102	16.8	238	39.3	606	100.0

χ^2 : 132.076; Sd: 4; P: 0.000

* Gebe-lohusa izlem fişlerine 18 gebenin son adet tarihi kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Fişlere kayıtlı gebelerin bulundukları gebelik trimesterine göre izlem sıklığı incelendiğinde; birinci trimesterde uygun izlem sıklığının %86.5, ikinci trimester de %63.3 ve üçüncü trimesterde %28.1 olduğu belirlenmiştir. Trimester arttıkça uygun izlem sayısının azaldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.26, $p<0.01$).

Grafik 4.3. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Tespit Edildikleri Gebelik Haftaları Bolu, 2006 (n=624)



Gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelerin tespit edildikleri gebelik haftaları incelendiğinde; %47.7'si 12.haftadan önce, %35.2'si 12-19. haftalar arası, %8.3'ü 20-23. haftalar arasında tespit edildiği görülmektedir. Bunun yanı sıra 28-31. haftalar arası (%2.7), 32 ve üstü haftalar arasında da (%0.9) tespitler bulunmaktadır (Grafik 4.3).

Tablo 4.27. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin İlk Tespitlerindeki Bulguların Dağılımı Bolu, 2006 (n=624)

Bakım Hizmetleri	Sayı	%
BKİ (n=624)		
Düşük Kilolu (BKİ < 19.8)	54	8.7
Normal (19.8–26.0)	254	40.7
Aşırı Kilolu (26.0-29.0)	71	11.4
Şişman (BKİ > 29.0)	40	6.4
Kilo ya da Boy Kaydı Yok	205	32.8
Kan Basıncı (n=624)		
Hipotansiyon (110-120/ 70-80 mm/Hg ↓)	154	24.7
Normal (110-120/70-80 mm/Hg)	408	65.4
Hipertansiyon Riski (140/90 mm/Hg ve ↑)	23	3.7
Kayıt Yok	39	6.2
Ödem Varlığı (n=624)		
Ödem Var	29	4.6
Ödem Yok	537	86.1
Kayıt Yok	58	9.3
Varis Varlığı (n=624)		
Varis Var	43	6.9
Varis Yok	523	83.8
Kayıt Yok	58	9.3
İdrarda Protein Varlığı (n=624)		
İdrarda Protein Var	2	0.3
İdrarda protein Yok	96	15.4
Kayıt Yok	526	84.3

Devam ediyor...

Bakım Hizmetleri	Sayı	%
Hb Değeri (n=624)		
11 g/dl ↓	17	2.7
11 g/dl ve ↑	122	19.6
Kayıt Yok	485	77.7
FKS (n=359)		
Değer (120-167 dk)	67	18.7
Var	24	6.7
Yok	2	0.5
Kayıt Yok	266	74.1
Geliş Biçimi Değerlendirme (n=359)		
Baş Geliş	7	1.9
Kayıt Yok	352	98.1

n=624 (toplam gebe sayısı) n=359 (üçüncü trimester içindeki gebe sayısı)

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelerin ilk tespit edildikleri gebelik haftasındaki bulguları incelendiğinde; gebelerin %8.7'si düşük kilolu, %11.4'ü aşırı kilolu ve %6.4'ü ise şişman olarak tespit edilmiştir. Gebelerin %32.8'inin kilo, boy ya da her ikisinin birden kayıtları eksik olduğu için BKİ hesaplanamamıştır. Kan basıncı ölçülen gebelerin ölçüm değerleri incelendiğinde gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%65.4) normal tansiyona sahipken, %24.7'sinin hipotansif ve %3.7'sinin ise hipertansif olduğu bulunmuştur. Ayrıca %6.2'sinin ilk izlemde tansiyon kaydı yapılmamıştır.

Fişlerdeki kayıtlardan ödem ve varis varlığı incelendiğinde; ebeler gebe kadınların %4.6'sında ödem, %6.9'unda varis tespit etmişlerdir. Gebelerin %9.3'ünün ise ödem ve varis kaydı bulunmamıştır. İdrarda protein açısından gebelerin değerlendirilmesinde, %0.3'ünde idrarda protein tespit edilmiş, %84.3'ünün herhangi bir kaydına rastlanmamıştır. Ebelerin DÖB hizmetleri içerisinde değerlendirmeleri gereken Hb, FKS ve geliş biçimi ile ilgili bulgular incelendiğinde, gebe kadınların %2.7'sinin Hb değerinin 11g/dl altında olduğu, %77.7'sinin kaydının bulunmadığı, %25.9'unun FKS ölçümünün yapıldığı, üçüncü trimester içinde olan gebelerin %1.9'unun geliş biçiminin değerlendirildiği görülmektedir (Tablo 4.27).

Tablo 4.28. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Ebelerin Gebeleri İlk Tespit Ettiklerinde Verdikleri Sağlık Eğitimi Konuları Bolu, 2006 (n=624)

Eğitim Konuları	Sayı	%
Beslenme	401	44.3
Gebeliğin Olağan Yakınmaları	125	13.8
Diğer (özel doktora gidiyor, nöbetçi ebeler tarafından takip edildi vb.)	79	8.7
Gebelikle İlişkili Genel Bilgiler	79	8.7
Gebelikte İlaç Desteği	43	4.8
Dr'a Sevk	37	4.1
Aşılar	32	3.5
Gebelikte Giyim	23	2.6
Gebelikte Bağışıklama	20	2.2
Anne Sütü Önemi ve Emzirme	20	2.2
Hijyen ve Genel Vücut Bakımı	17	1.9
Bir Sonraki İzlem ve Tahliller	12	1.3
Gebeliğe Bağlı Sorunlar ve Riskli Durumlar	5	0.6
Gebelikte Cinsel Yaşam	4	0.5
Ağız ve Diş Sağlığı	3	0.3
Varis	2	0.2
Gebelikte Sigara Kullanımı	1	0.1
Kayıt Yok	2	0.2
Toplam	905*	100.0

*Ebeler bir izlem sırasında birden fazla öneride bulundukları için toplam sayı fazla çıkmıştır.

Ebelerin gebeleri tespit ettiklerinde verdikleri sağlık eğitimi konuları gebe-lohusa izlem fişlerine göre incelendiğinde; ebelerin en çok (%44.3) beslenme konusunda önerilerde bulundukları, bunu bulantı, kusma gibi gebelik sırasında görülebilecek olağan yakınmalara ilişkin önerilerin (%13.8) izlediği görülmektedir. Bir sonraki izlem ve tahliller konusunda bilgi %1.3 verilirken herhangi bir olağan dışı durum nedeniyle doktora sevk önerilerinin %4.1 olduğu görülmektedir (Tablo 4.28).

Tablo 4.29. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelerin Tüm İzlemlerinde Aldıkları DÖB Hizmetlerinin Yeterlilik Durumu Bolu, 2006 (n=624)

Aldıkları hizmetler	Hizmetleri		Hizmetleri Yeterli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağırlık	501	80.3	123	19.7	624	100.0
Kan Basıncı	500	80.1	124	19.9	624	100.0
Ödem	480	76.9	144	23.1	624	100.0
Varis	477	76.4	147	23.6	624	100.0
Nabız	417	66.8	207	33.2	624	100.0
İdrarda Protein	117	18.8	507	81.2	624	100.0
Hb	142	22.8	482	77.2	624	100.0
ÇKS	228	36.5	396	63.5	624	100.0
Öneriler	520	83.3	104	16.7	624	100.0

Gebelerin SB'nın önerdiği izlem sıklık açısından, bulundukları gebelik haftasına kadar aldıkları hizmetleri yeterli alıp almadıkları gebe-lohusa izlem fişlerine göre incelendiğinde; ebelerin izlem sırasında en çok önerileri (%83.3) yeterli olarak verdikleri, bunu ağırlık takibi hizmetinin (%80.3) izlediği görülmektedir. Gebelerin izlemlerinde yapılması gerektiği halde en az idrarda protein değerlendirmesinin (%18.8) yapıldığı görülmektedir (Tablo 4.29).

Fişlere göre gebelerin 516'sının tetanoz aşısı yapılmıştır. Birinci tetanoz aşısı yapılan 343 kişinin sadece beşinin aşısı SB'nın önerdiği 4. ay içerisinde yapılmıştır. Geriye kalan gebelerin aşılarının önerilen zaman içerisinde yapılmadığı belirlenmiştir. İkinci tetanoz aşısı yapılan 173 kadından ise sadece dört kişinin 5. ay içinde yapıldığı saptanmıştır (tabloda yer almamaktadır).

Tablo 4.30. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Yaş Gruplarına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006 (n=599*)

Yaş Grupları	Uygun İzlenen		Uygun İzlem Sayısından Az		Uygun İzlem Sayısından Çok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20 Yaş ↓	7	43.8	4	25.0	5	31.3	16	100.0
20–24 Yaş	84	45.4	34	18.4	67	36.2	185	100.0
25–29 Yaş	105	43.2	33	13.6	105	43.2	243	100.0
30- 34 Yaş	53	15.0	19	16.4	44	37.9	116	100.0
35 Yaş ve ↑	15	38.5	10	25.6	14	35.9	39	100.0
Toplam	264	44.1	100	16.7	235	39.2	599	100.0

X^2 : 6.557; Sd: 8; P: 0.585

* Gebe-lohusa izlem fişlerine 25 gebenin yaş ya da son adet tarihi kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelerin yaş gruplarına göre izlem sıklığı incelendiğinde; 24 yaş altı gebelerin yarıya yakınının uygun izlendiği, 30-34 yaş arası gebelerin ise olması gerekenden çok (%37.9) izlendiği bulunmuştur. Yaş arttıkça izlem sayısının uygun yada çok olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.30, $p>0.05$).

Tablo 4.31. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Öğrenim Durumlarına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006 (n=597*)

Öğrenim Durumu	Uygun İzlenen		Uygun İzlem Sayısından Az		Uygun İzlem Sayısından Çok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar D.	4	80.0	1	20.0	-	-	5	100.0
İlkokul	134	42.8	43	13.7	136	43.5	313	100.0
Ortaokul	32	50.0	6	9.4	26	40.6	64	100.0
Lise	59	44.0	32	23.9	43	32.1	134	100.0
Üni.	35	43.2	18	22.2	28	34.6	81	100.0
Toplam	264	44.2	100	16.8	233	39.0	597*	100.0

X²: 17.039; Sd: 8; P: 0.030

* Gebe-lohusa izlem fişlerine 27 gebenin öğrenim durumu ya da son adet tarihi kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Kayıtlardan gebelerin eğitim durumlarına göre izlem sıklığı incelendiğinde; okur-yazar olmayanların %80'inin uygun, ilkokul mezunlarının %43.5'inin çok, %42.8'inin uygun izlendiği, lise mezunlarının %44.0'ının uygun, üniversite mezunlarının ise %43.2'sinin uygun, %34.6'sının ise çok izlendiği, öğrenim durumuna göre izlem sıklığının değiştiği ve bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.31, p<0.05).

Tablo 4.32. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006 (n=598*)

Çalışma Durumu	Uygun İzlenen		Uygun İzlem Sayısından Az		Uygun İzlem Sayısından Çok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev Hanımı	212	43.8	74	15.3	198	40.9	484	100.0
İşçi	25	55.6	4	8.9	15	35.6	45	100.0
Memur	6	40.0	5	33.3	4	26.7	15	100.0
Sağlık Çalışanı	21	38.9	17	31.5	16	29.6	54	100.0
Toplam	264	44.1	100	16.7	234	39.1	598	100.0

χ^2 : 15.871; Sd: 6; P: 0.014

* Gebe-lohusa izlem fişlerine 26 gebenin çalışma durumu ya da son adet tarihi kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Kayıtlardaki gebelerin çalışma durumlarına göre izlem sıklığı incelendiğinde; ev hanımlarının %43.8'inin ve memurların %40.0'inin uygun izlem sıklığında, memurların %33.3'ünün uygun izlem sayısından az ve sağlık çalışanlarının %31.5'inin uygun izlem sıklığından az olarak izlendiği belirlenmiştir. Gebelerden işçilerin diğerlerine göre daha fazla uygun izlendiği (%55.6) ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.32, $p<0.05$).

Tablo 4.33. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Geçirdikleri Gebelik Sayılarına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006 (n=605*)

Gebelik Sayısı	Uygun İzlenen		Uygun İzlem Sayısından Az		Uygun İzlem Sayısından Çok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk Gebelik	124	43.7	50	17.6	110	38.7	284	100.0
2-4 Gebelik	133	43.6	49	16.1	123	40.3	305	100.0
5 ve ↑ Gebelik	9	56.3	3	18.8	4	25.0	16	100.0
Toplam	266	44.0	102	16.9	237	39.2	605	100.0

χ^2 : 1.744; Sd: 4; P: 0.783

* Gebe-lohusa izlem fişlerine 19 gebenin gebelik sayısı ya da son adet tarihi kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelerin geçirdikleri gebelik sayılarına göre izlem incelendiğinde; ilk gebelik geçirenlerin izlemlerinin yaklaşık yarısının uygun (%43.7), %46.4'ünün ise uygun izlem sayısından çok olduğu görülmektedir. Gebelerden 5 ve üstü gebelik geçirenlerin %56.3'ü uygun izlenirken %18.8'inin uygun izlem sayısından az izlendiği belirlenmiştir. Gebelerin gebelik sayıları arttıkça uygun izlem sayısının azaldığı bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.33, $p>0.05$).

Tablo 4.34. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Düşük Sayılarına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006 (n=321*)

Düşük	Uygun İzlenen		Uygun İzlem Sayısından Az		Uygun İzlem Sayısından Çok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşük Yok	98	47.8	31	15.1	76	37.1	205	100.0
Bir Düşüğü Olan	32	36.8	18	20.7	37	42.5	87	100.0
İki Düşüğü Olan	6	30.0	3	15.0	11	55.0	20	100.0
Üç Düşüğü Olan	6	66.7	-	-	3	33.3	9	100.0
Toplam	142	44.2	52	16.2	127	39.6	321	100.0

χ^2 : 8.136; Sd: 6; P: 0.228

* İlk gebeliği olan 289 gebe kapsama alınmadığı ve gebe-lohusa izlem fişlerine 14 gebenin düşük ya da son adet tarihi kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Fişlere göre gebelerin düşük sayısına göre izlem sıklığı incelendiğinde; hiç düşük geçirmeyenlerin %47.8'inin uygun izlendiği, bir düşük geçiren kadınların %20.7'sinin uygun izlem sayısından az izlendiği bulunmuştur. Gerçekleşen düşük sayısı arttıkça kadınların şimdiki gebeliğinde uygun ya da çok izlem sıklığının arttığı ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.34, $p>0.05$).

Tablo 4.35. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Bir Önceki Gebeliğin Sonlanış Biçimine Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006 (n=289*)

Bir Önceki Gebeliğin Sonlanış Biçimi	Uygun İzlenen		Uygun İzlem Sayısından Az		Uygun İzlem Sayısından Çok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Canlı Doğum	99	45.6	34	15.7	84	38.7	217	100.0
Düşük	22	31.9	10	14.5	37	53.6	69	100.0
Ölü Doğum	-	-	1	33.3	2	66.7	3	100.0
Toplam	121	41.9	45	15.6	123	42.6	289	100.0

X^2 : 7.440; Sd: 4; P: 0.114

* İlk gebeliği olan 289 gebe kapsama alınmadığı ve gebe-lohusa izlem fişlerine 46 gebenin bir önceki gebelik sonlanış biçimi ya da son adet tarihi kaydedilmediği için toplam sayı düşük çıkmıştır.

Fişlere göre gebelerin bir önceki gebeliğin sonlanış biçimine göre izlem sıklığı incelendiğinde; canlı doğumu olanların %45.6'sının uygun, %15.7'sinin uygun izlem sayısından az izlendiği, düşüğü olanların %14.5'inin uygun izlem sayısından az, ölü doğumu olanların ise %66.7'sinin uygun izlem sayısından çok izlendiği görülmektedir. Bir önceki gebeliğin sonlanış biçimi düşük ya da ölü doğum oldukça uygun izlem sayısından daha fazla izlem yapıldığı ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.35, $p>0.05$).

Tablo 4.36. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerindeki Gebelerin Son İki Gebelik Aralığına Göre İzlem Sıklığı Bolu, 2006 (n=233*)

Doğum Aralığı	Uygun İzlenen		Uygun İzlem Sayısından Az		Uygun İzlem Sayısından Çok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2 Yıl ↓	30	49.2	14	23.0	17	27.9	61	100.0
2-4 Yıl	42	42.0	13	13.0	45	45.0	100	100.0
5-9 Yıl	31	49.2	10	15.9	22	34.9	63	100.0
10 Yıl ve ↑	4	44.4	1	11.1	4	44.4	9	100.0
Toplam	107	45.9	38	16.3	88	37.8	233	100.0

* İlk gebeliği olan 289 gebe kapsama alınmadığı ve gebe-lohusa izlem fişlerine 102 gebenin bir önceki gebelik sonlanış tarihi ya da son adet tarihi kaydedilmediği doğum aralığı belirlenememiş ve toplam sayı düşük çıkmıştır. Bu nedenle de istatistik test yapılmamıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelerin son iki gebelik aralıklarına göre izlem sıklığı incelendiğinde; gebelikleri arasına iki yıldan az süre olanların %23.0'ı uygun izlem sayısından daha az izlenirken, 10 yıl ve üstü gebelik intervali olanların %11.1'i uygun izlem sayısından az izlendiği belirlenmiştir (Tablo 4.36).

Tablo 4.37. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelere Birinci Trimesterde Verilmesi Gereken Eğitim Konularının Verilme Durumu Bolu, 2006 (n=37)

Eğitim Konuları	Sayı	%
Beslenme	22	48.9
Gebelikteki Fizyolojik ve Duygusal Değişimler	19	42.2
Uygun Olmayan İlaç Kullanımı	3	4.7
Gebelikteki Sorunlar	1	2.2
Toplam	45*	100.0

*Ebeler bir izlem sırasında birden fazla öneride bulundukları için toplam sayı fazla çıkmıştır.

Gebelere birinci trimesterde verilmesi gereken eğitim konularını alma durumları gebe-lohusa izlem fişlerine göre incelendiğinde; birinci trimesterde gebelere verilen eğitimlerden %48.9'u beslenme konusundayken, verilmesi gereken erken DÖB önemi, DÖB'den neler beklenmesi gerektiği, sigara ve alkol kullanımından kaçınma, sağlıklı yaşam biçimi, gözlem ve tanılama testleri, meme değerlendirilmesi, emzirme, teratojenlerden kaçınma, çalışma durumu gibi konular hakkında hiçbir gebeye bilgi verildiğine ilişkin kayıt mevcut değildir.

Bu bilgiler yerine kayıtlarda, gebe kadınlara aşı, giyim gibi önerilerde bulunulduğu ya da herhangi bir öneride bulunulmadığı saptanmıştır (Tablo 4.37).

Tablo 4.38. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelere İkinci Trimesterde Verilmesi Gereken Eğitim Konularının Verilme Durumu Bolu, 2006 (n=210)

Eğitim Konuları	Sayı	%
Beslenme	146	49.4
Gebelikteki Fizyolojik ve Duygusal Değişimler	78	26.4
Uygun Olmayan İlaç Kullanımı	35	11.8
Giysi ve Ayakkabı Seçimi	14	4.7
Emzirme	13	4.4
Doğum Öncesi Laboratuvar Testleri	6	2.0
Sigara ve Alkol Kullanımından Kaçınma	2	0.7
Cinsellik	1	0.3
Doğum Eğitimi	1	0.3
Toplam	296*	100.0

*Ebeler bir izlem sırasında birden fazla öneride bulundukları için toplam sayı fazla çıkmıştır.

Fişlere göre gebelere ikinci trimesterde verilmesi gereken eğitim konularını alma durumları incelendiğinde; ikinci trimesterdeki gebelere verilen eğitimlerden %49.4'ü beslenme konusundayken, verilmesi gereken fetal büyüme ve gelişme perineal egzersizler, teratojenlerden kaçınma sağlıklı yaşam biçimi, aile rolleri, vücut mekanikleri gibi konular hakkında hiçbir gebeye bilgi verildiğine ve önerilerde bulunulduğuna ilişkin kayıtlara rastlanmamıştır (Tablo 4.38).

Tablo 4.39. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Gebelere Üçüncü Trimesterde Verilmesi Gereken Eğitim Konularının Verilme Durumu Bolu, 2006 (n=359)

Eğitim Konuları	Sayı	%
Beslenme	300	43.2
Gebelikteki Fizyolojik ve Duygusal Değişimler	142	20.4
Uygun Olmayan İlaç Kullanımı	125	17.9
Emzirme	74	10.6
Doğum Eğitimi	26	3.8
Gebelikteki Sorunlar	16	2.3
Doğum Öncesi Laboratuvar Testleri	10	1.4
Cinsellik	3	0.4
Toplam	696*	100.0

*Ebeler bir izlem sırasında birden fazla öneride bulundukları için toplam sayı fazla çıkmıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelere üçüncü trimesterde verilmesi gereken eğitim konularını alma durumları incelendiğinde; üçüncü trimesterdeki gebe kadınlara verilen eğitimlerden %43.2'si beslenme konusundayken, verilmesi gereken fetal büyüme ve gelişme, sigara ve alkol kullanımından kaçınma, postpartum kendi kendine bakım, postpartum duygusal değişimler, teratojenlerden kaçınma, üreme sağlığı, sağlıklı yaşam biçimi, yenidoğan bakımı gibi konular hakkında hiçbir gebeye bilgi verildiğine ve önerilerde bulunulduğuna ilişkin kayıtlara rastlanmamıştır (Tablo 4.39).

Tablo 4.40. Gebe-Lohusa İzlem Fişlerine Göre Ebelerin Gebe Kadınları Hekime Sevk Etme Nedenleri Bolu, 2006 (n=69)

Doktora Sevk Etme Nedeni	Sayı	%
Düşük Tehdidi	40	58.0
İdrar Yolu Enfeksiyonu Riski	7	10.1
Kanama	7	10.1
Aşırı Akıntı	4	5.7
Karın Ağrısı	3	4.3
Şeker ↑	2	2.9
Kendini Rahatsız Hissetme	2	2.9
Travma	1	1.5
Boyun ve Bel Fıtığı Şikayetleri	1	1.5
Erken Doğum Riski	1	1.5
Sistit	1	1.5
Toplam	69	100.0

Gebelerin doğum öncesi izlemleri gerçekleştirilirken ebelerin fark ettiği ve gebelerin acilen hekime başvuru yapmasını önerdiği nedenler açısından gebe-lohusa izlem fişleri incelendiğinde; ebelerin en fazla düşük tehdidi riski (%58.0) nedeniyle gebeleri doktora sevk ettikleri bunu idrar yolu enfeksiyonu şikayetleri (%10.1) ve kanama şikayetlerinin (%10.1) izlediği görülmektedir (Tablo 4.40).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; gebe-lohusa izleme fişlerinin kullanım bilgileri, gebelerin sosyo-demografik ve kişisel özellikleri; geçmiş ve mevcut gebeliğindeki bilgiler; aldıkları DÖB hizmetleri ve alınan hizmetlerin uygunluğu ile istendik hizmetler arasındaki farklar ait bulgular literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Üreme sağlığı sorunlarına yönelik yapılan müdahale ve programların ülkemiz genelinde yoğunlaşmasına karşın hala istendik düzeye ulaşamadığı görülmektedir (GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı, 2003, TNSA, 2003, CBÜ, 2007). Üreme sağlığı sorunları ülkeler arasında, ülkelerin kendi içlerinde ve cinsiyetler arasında fark göstermekle birlikte, kadınlar için gebelik ve doğum sürecinden kaynaklanan sorunlar önemli bir yer tutmaktadır. Aynı zamanda gebelik ve doğum süreci, anne ölümlerine yol açarken hem kadının sağlığını hem de bebeğin sağlığını etkileyebilir. Bu nedenle gebelik ve doğum içerisinde yer alan hizmetler önceliklidir. Kadının bu süreci güvenli bir şekilde geçmesi gebelik süresince kadınlara verilen DÖB hizmetlerine önem verilmesi gerekir (Öztürk, Günay, 2000; Özvarış, Ertan, 2003).

Doğum öncesi bakım hizmetleri verilirken, verilen hizmetler kadar önemli olan noktalardan biri de hizmetleri doğru, eksiksiz biçimde kayıt etmedir. Ancak hizmetler kayıt altına alındığı takdirde planlama, müdahale ve değerlendirmeler yapılabilir (Sümbüloğlu ve ark., 1996). Bireylerden tüm yaşamları boyunca sağlık kurumları tarafından sağlıkla ilgili konularda bilgiler toplanır ve kaydedilir. Bu süreç başarılı bir şekilde yerine getirilirse, hem o bireyin sağlığı izlenebilir hem de toplumların sağlık sorunları ve bunların zaman içinde değişimleri saptanabilir ve izlenebilir. Daha sonra, önceliğe göre sağlık hizmetleri planlanır, müdahale programları uygulanabilir ve değerlendirilmesi yapılır. Bütün bu aşamaların yerine getirilmesi doğru ve güvenilir veri toplanmasıyla, kayıt ve bildirimlerle gerçekleştirilebilir (Tezcan, 1992, 2006). Araştırmadaki gebe-lohusa izlem fişindeki bilgilerin doldurulması değerlendirildiğinde, sadece adres bilgisinin tam olarak (%100.0) doldurulduğu geri kalan tüm bilgilerde eksiklikler olduğu görülmektedir. Risk durumu ile ilişkili verinin hiç toplanmadığı, pelvis durumu (%59.9), gebenin bir sistemik hastalığının olup olmadığı (%44.4), TT

aşılma durumu (%36.4), doğumla ilgili kararlar (%36.2) ile ilişkili verilerin en çok kaydedilmeyen veriler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Isparta’da gebe-lohusa izlem fişlerinin doldurulması açısından değerlendirildiği bir çalışmada benzer olarak bir çok verinin eksik toplandığı, geçmişteki TT aşılma durumunun %6.6, gebelikte risk durumu açısından değerlendirme alanının %8.3, gebenin boyunun %40.6 ve pelvis durumu değerlendirmesinin %53 ile en az toplanan veriler olduğu belirlenmiştir (Özdemir, 2005). Veri toplama açısından bu eksiklikler olduğu göz önüne alındığı takdirde verilen DÖB hizmetlerinin niteliği, müdahale programlarının planlanması ve değerlendirilmesinin yeterli düzeyde olamayacağı düşünülmektedir.

Doğum öncesi bakım hizmetleri ve bu hizmetlerden yararlanma gebenin yaşı, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir (Öztürk, Günay, 2000; Özvarış, Ertan, 2003). Gebelik yaşının 17’nin altında ya da 35’in üstünde olması, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, plasenta previa, zor doğum riski gibi çeşitli risklere neden olabilir (Aksayan ve ark, 1998; Akın, Özvarış, 2006). Türkiye genelinde yapılan araştırmalar incelendiğinde 19 yaş altı kadın nüfusunun %2.7 ile %6.5 arasında, yaş ortalamasının ise 26-27 arasında değiştiği görülmüştür (Bozkurt ve ark., 2000; Oğuzöncül ve ark., 2002; Küçük, 2004, İrge ve ark., 2005). Sunulan araştırma kapsamındaki gebelerin yaş gruplarının ve ortalamalarının diğer araştırmalara benzerlik gösterdiği görülmektedir (Tablo 4.3).

Sadece kadın sağlığı ve onun içinde gebe sağlığını değil onunla birlikte toplum sağlığını da yakından ilgilendiren faktörlerden olan eğitim düzeyi açısından gebe-lohusa izlem fişlerinden belirlenen gebeler incelendiğinde; yarısından fazlasının (%51.3) ilkokul mezunu olduğu bunu %22.1 ile lisenin izlediği belirlenmiştir (Tablo 4.3). Benzer olarak yapılan diğer çalışmalarda da kadınların %51.7-%72.3 arasında değişen oranlarda ilkokul mezunu oldukları, lise mezunu oranlarının ise %23'lere yaklaştığı görülmektedir (Mersin ve ark., 2002; Oğuzöncül ve ark., 2002; Küçük, 2004).

Kadınların aktif çalışma hayatı içinde olmaları sosyal güvence sahibi olmalarını, çeşitli özel kurumları kullanmayı ya da iş sahibi olma nedeniyle hizmetleri etkin

kullanamamayı beraberinde getirebilir. Yapılan çalışmalarda çalışma yaşamına kadınların aktif katılımlarının olmadığı %90'dan fazlasının ev hanımı olduğu görülmüştür (Mersin ve ark., 2002; Oğuzöncül ve ark., 2002; GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı, 2003; Küçük, 2004). Bu sonuçlara paralel olarak yürütülen araştırmada da grubun %79.5'i ev hanımıdır (Tablo 4.3).

Ülkemizde gebelik riski altına girmenin başlangıcı olarak kabul edilebilen evlenme yaşları açısından gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebeler incelendiğinde; yaklaşık yarısının (%50.8) 20-24 yaş grubu arasında evlendiği, %26.4'ünün ise 20 yaşın altında evlendiği belirlenmiş, evlenme yaşı ortalaması 21.84 ± 3.68 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Küçük'ün yaptığı araştırmaya göre ise, kadınların %38.1'inin 19 ve altı yaşlarda evlendiği ve ortalamanın sunulan çalışmaya paralel olarak 20.6 ± 3.1 olduğu görülmüştür (Küçük, 2004). Isparta'da gerçekleştirilen çalışmada evlenme yaşı 20 yaş altı grup içinde %39.6, 20-24 yaş grubu arasında ise, %46.5'dir. GAP bölgesinde gerçekleştirilen çalışmada ise ilk evlilik yaşı ortalaması 17.42 ± 3.21 olarak bulunmuştur (GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı, 2003; Özdemir, 2005). Diğer çalışmalara göre bu araştırma da evlenme yaşı ortalamasının yüksek çıkması, evlenme yaşının yükselmesine bağlı olabilir.

Yapılan araştırmalarda eğitim düzeyi ve meslek sahibi olma ile evlenme yaşı arasında önemli bir ilişki olduğu, öğrenim düzeyi yükseldikçe ve meslek sahibi oldukça evlenme yaşının yükseldiği bulunmuştur (Özdemir, 2005). TNSA 2003 verilerine göre, ortalanca evlenme yaşıyla eğitim düzeyi arasında doğru orantı olduğu belirlenmiştir (TNSA, 2003). Yürütülen çalışmada gebe-lohusa izlem fişlerine göre eğitim düzeyi arttıkça ve meslek sahibi oldukça evlenme yaşının arttığı ve bu farklılığının da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 6, Tablo 7).

Akraba evliliği, genetik geçişli hastalık riskinin artması ve doğuştan anomalili bebeklere yol açması nedeniyle bir sorundur. Akraba evliliği bulunmayan kadınların sayısı ne kadar yüksekse bebek sağlığı için o kadar iyidir. Dünya üzerinde bazı ülkelerde akraba evliliği bir sorundur. Birleşik Arap Emirlikleri'nde akraba evliliği %49.6, Ürdün'de ise %50 civarında bulunmuştur (Bener ve ark, 1998; Khoury, Massad, 2005).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda akraba evliliği oranları illere göre farklılıklar göstermektedir. Ege bölgesinde gerçekleştirilen çalışmada akraba evliliği %89 civarında görülmezken, bu oran Güneydoğu Anadolu bölgesinde %57’lere düşmekte, Akdeniz bölgesinde ise %67’lere çıkmaktadır (GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı, 2003; Alper ve ark, 2004; CBÜ, 2007). Isparta’da gebe-lohusa izlem fişlerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise gebelerin %93.2’sinin eşiyle akrabalık durumu bulunmadığı saptanmıştır (Özdemir, 2005). Bu araştırmadaki gebe-lohusa izlem fişleri incelendiğinde; Isparta’da gerçekleştirilen çalışmaya benzer olarak kadınların %91.5’inin eşiyle arasında akraba evliliği bulunmamaktadır (Tablo 4.4).

Hızlı nüfus artışı önemli sorunları beraberinde getirmekte, dolaylı ya da doğrudan sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Günümüzde gelişmiş ülkelerin nüfusunun iki katına çıkması uzun yıllar alırken, gelişmekte olan ülkelerde bu 20 yıla kadar düşmektedir. Bu nedenle dünya üzerinde pek çok ülke aile planlamasını desteklemektedir (Akın, Özvarış, 2006). Aile planlaması hizmetlerinin uygun şekilde sağlanması ile adölesan ya da ileri yaşta meydana gelebilecek istenmeyen gebelikler önlenmekte, bireylerin istenilen sayıda çocuk sahibi olmaları sağlanmakta, birçok hastalık açısından riskli durumlar önlenerek, bunlarla ilişkili sorunlar ortadan kaldırılabilmektedir. Bu nedenle aile planlaması yöntemlerinden özellikle de etkili olanların kullanımının arttırılması, toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır (Taşkın, 2005). TNSA 2003 sonuçlarına göre ülkemizde herhangi bir yöntem kullanma sıklığı %71, modern yöntemleri kullanma sıklığı %42.5, geleneksel yöntemleri kullanma %28.5’dir. Kadınların en fazla kullandığı yöntem %26 ile geri çekme, en çok tercih edilen modern yöntemler ise RİA (%20.0) ve kondomdur (%11) (TNSA, 2003). Manisa kent merkezinde gerçekleştirilen çalışma bulguları TNSA 2003 verilerine benzerlik gösterirken, GAP bölgesindeki illerde gerçekleştirilen araştırmada, kadınların %54.5’inin hiçbir yöntem kullanmadığı, halen gebeliği önleyici bir yöntem kullananlardan ise %32.5’inin RİA, %26.4’ünün geri çekme ve %19.3’ünün kondom kullandığı belirlenmiştir (GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı, 2003; CBÜ, 2007). Isparta ilinde gebe-lohusa izlem fişleri üzerinden gerçekleştirilen bir çalışmada ise

yöntem kullanmayanların oranı GAP bölgesindeki illerde gerçekleştirilen çalışmaya benzerlik gösterdiği (%53.2) belirlenmiştir (Özdemir, 2005).

Yürütülen araştırmadaki gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelerin gebelikten önce en son kullandıkları aile planlaması yöntemleri açısından değerlendirildiğinde, kadınların çoğunluğunun (%54.2) herhangi bir yöntem kullanmamakta olduğu, %11.2'sinin kondom, %5.6'sının geri çekme yöntemini kullandığı, %4.6'sının RİA belirlenmiştir. Gebelerin, %20.5'inin ise gebelik öncesi kullandığı yöntemin ne olduğu kayıt yetersizliği nedeniyle belirlenememiş, bu gebelerin yöntem kullanıp kullanmadığı anlaşılamamıştır (Tablo 4.5). Yöntem kullanma açısından araştırma nüfusundaki kadınların Türkiye geneli ve çeşitli illerde gerçekleştirilen çalışmalardan düşük, GAP ve Isparta'da gerçekleştirilen çalışmalara benzerlik gösterdiği görülmektedir (GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı, 2003; Özdemir, 2005). Yürütülen araştırmada yöntem kullanmanın düşük çıkması incelenen grubun gebe olması, gebelik isteyen grubun doğal olarak daha az kontraseptif yöntem kullanmasına bağlı olabilir. Sonuçların, Isparta ilinde gebe-lohusa izlem fişleri üzerinden gerçekleştirilen çalışma ile benzerlik göstermesi belirtilen görüşü güçlendirmektedir.

TNSA 2003'e göre kadınların yöntem kullanma durumlarının yaşa ve eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre, herhangi bir yöntem kullanmanın 15-19 yaş arasında en düşük olduğu (%44), 30-35 yaş arasında ise %81'lere çıktığı; eğitimi olmayan kadınların %56.7'sinin, lise mezunlarının ise %74.5'inin herhangi bir yöntem kullandığı bulunmuştur (TNSA, 2003). Manisa'da gerçekleştirilen çalışmada da herhangi bir yöntem kullanma oranının en yüksek olduğu yaş grubunun 25-44 yaş arası olduğu, modern yöntemleri ise en fazla 30-39 yaş arasında kadınların tercih ettikleri görülmüştür. Ayrıca aynı çalışmada TNSA 2003'te olduğu gibi eğitim düzeyi arttıkça kadınların yöntem kullanımının arttığı belirlenmiştir (CBÜ, 2007). GAP bölgesinde gerçekleştirilen araştırmada ise, yöntem kullanmayan kadınların oranının okur yazar olmayanlarda %62.4 iken, eğitim düzeyi arttığında düşerek lise ve üzeri eğitim alanlarda %19.6'ya gerilediği görülmüştür (GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı, 2003).

Yürütülen araştırmada gebe-lohusa izlem fişlerindeki gebelerin yöntem kullanımının yaş grubuna ve eğitim düzeyine göre farklılıklar gösterdiği, 20 yaş altı olanların %92.9'unun herhangi bir yöntem kullanmadığı, 30-34 yaş arasındakilerin ise yöntem kullanmamanın %57.4'e gerilediği görülmüştür. Öğrenim durumu arttığında ise, yöntem kullanmama oranının gerilediği ve etkili yöntemleri kullanımın arttığı belirlenmiştir (Tablo 8, Tablo 9). Araştırmaların tümü incelendiğinde, farklı bölgelerde yapılmış olmaları ve gebelikleri tamamlanmış ya da evli kadınlar üzerlerinde gerçekleştirilmiş olmaları dolayısıyla farklı oranlarda saptanmış olsa bile, yaş düştükçe yöntem kullanımının azaldığı, eğitim düzeyi arttıkça yöntem kullanmanın arttığı belirlenmiştir.

Aile planlaması yöntem kullanımı gebelik sayısı, yaşayan çocuk ve gebelikler arası verilen süreye göre de değişiklik göstermektedir. Manisa'da gerçekleştirilen çalışmada yaşayan çocuk sayısı arttıkça herhangi bir yöntem kullanma sıklığının arttığı, dört ve üstü gebeliklerde ise bu oranın gerilediği belirlenmiştir (CBÜ, 2007). Manisa'da gerçekleştirilen çalışmaya benzer olarak yürütülen araştırmada da gebelik sayısı arttıkça yöntem kullanmanın arttığı, 5 ve üstü gebelik geçiren kadınlarda etkili yöntemlerden herhangi birini kullanım neredeyse yokken, çoğunlukla geri çekmenin kullanıldığı (%33.3) ya da herhangi bir yöntemin kullanılmadığı (%60.0) belirlenmiştir (Tablo 4.19). Ayrıca gebelerin gebelik sayıları arttıkça yöntem kullanmamanın azaldığı belirlenmiştir.

Kadın sağlığı açısından en önemli evrelerden biri de gebeliktir. Kadınların gebelik ve doğum sayıları arttıkça sağlıkları olumsuz etkilenmektedir. İlk gebelik ve 5 ve daha fazla gebelik geçiren kadınların gebelikleri riskli olarak kabul edilmektedir. İlk gebelikler güç doğum eylemiyle sonuçlanabilir. Bu gebeler normal sıklıkta izlenmelidir. 5 ve fazla gebelik geçiren kadınlar ise, uterus rüptürü, anemi, bebeğin kötü prezentasyonu, tansiyon yüksekliği, doğum sonu kanama ve şok riskleri altındadır. Bu gebelerin normal sıklıkta takip edilmeleri herhangi bir risk durumu varlığında izlem sıklığının artırılması gerekir (Akin, Özvarış, 2006).

Araştırmadaki gebe-lohusa izlem fişlerine kayıtlı gebelerin yaklaşık yarısının (%50.1) 2-4 gebelik yaşadıkları, yarısına yakınının ise ilk gebeliği (%46.3) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Ayrıca, gebelerin yaklaşık yarısının (%51.0) 20-24 yaş arasında ilk gebeliğini yaşadıkları, bu sıklığı %23.9 ile 25-29 yaş arasında izlediği görülmektedir. Gebelerin %3.5'inin gebe-lohusa izlem fişlerinde belirtilmediği için ilk gebelik yaşı belirlenememiştir. En düşük gebe kalma yaş grubu ise 35 yaş üstü (%1.4) olarak saptanmıştır (Tablo 4.11). Isparta'da aynı yöntemle gerçekleştirilen çalışmada yürütülen araştırma ile benzer sonuçlar elde edilmiş olup, kadınların yaklaşık yarısının 20-24 yaş arasında ilk gebeliklerini geçirdikleri, en fazla 2-4. gebelik geçirdikleri belirlenmiştir (Özdemir, 2005).

Araştırmada, kayıtlı gebelerin yaş grupları arttıkça geçirdikleri gebelik sayılarının arttığı belirlenmiştir. 20 yaş altında ilk gebelik %82.4, 35 yaş ve üstünde %22.0 iken, 20 yaş altında 2-4 gebelik %17.6, 35 ve üstünde ise %70.7'dir (Tablo 4.16). Isparta ve Denizli'de gerçekleştirilen çalışmalarda da kadınların yaşları ilerledikçe gebelik sayılarının arttığı saptanmıştır. (Özen ve ark, 2002; Özdemir, 2005).

Araştırmada, okur yazar olmayan kadınların en çok 2-4 gebelik geçirdiği (%83.3), lise ve üniversite mezunlarının ise en çok ilk gebeliklerini yaşadıkları (%50.9 ve %65.9) belirlenmiştir (Tablo 4.17). Kayıtlı gebelerin öğrenim düzeyi arttıkça geçirdikleri gebelik sayılarının azaldığı ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Isparta'da gerçekleştirilen çalışmada da bu bulguları destekler nitelikte eğitimi olmayan kadınların, 4'den fazla gebeliğe sahip olma sıklığının yüksek olduğu, eğitim durumu yükseldikçe gebelik sayılarının azaldığı saptanmıştır (Özdemir, 2005).

Kayıtlardan elde edilen araştırma bulgularına göre Bolu il merkezinde düşüğün önemli bir sorun olduğu söylenebilir. Fakat bu düşüklerin isteyerek ya da kendiliğinden olduğuna dair herhangi bir veri bulunmamaktadır. Manisa'da gerçekleştirilen çalışmada, evlenmiş kadınların %1.2'si spontan, %1.7'si ise isteyerek düşük gerçekleştirmiş, %4.1'i ise ölü doğum yapmıştır. Manisa'da gerçekleştirilen çalışmada yaşa göre düşük ve ölü

doğum sayılarında değişiklik göstermiştir. 15-19 yaş grubundaki kadınların %9.4'ünün en az bir kendiliğinden, %3.1'inin ise en az bir isteyerek düşüğü varken, bu oranlar yaş arttıkça değişmekte ve 45-49 yaş arasında %21.9'unun en az bir kendiliğinden, %37.5 en az bir isteyerek düşük yaptığı ortaya konmuştur (CBÜ, 2007). Yürütülen araştırmada ise düşüğün şekli belirtilmemekle birlikte, diğer araştırmaya benzer olarak kadınların yaşları arttıkça geçirdikleri düşük sayılarının arttığı ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.18, $p<0.05$).

Kadınların gebelik intervalinin kısa olması anne ve bebekte komplikasyon görülmesini ve annedeki morbiditeyi arttırırken, bebeğin prematüre doğma olasılığı da yükselir. Bu nedenle bu gebelerde izlem sıklığının arttırılması gerekir (Akın, Özvarış, 2006). TNSA 1998 ileri analiz sonuçları ve Isparta'da gebe-lohusa izlem fişleri üzerine gerçekleştirilen çalışmalar da kadınların yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'ünün doğum aralığının 2 yıldan az olduğu belirlenmiştir (Özdemir, 2005; Özvarış, Akın, 2002). Yürütülen araştırmada da diğer araştırmaya paralel olarak gebelerin %38.0'nin gebelikleri arasına 2-4 yıl, %24.1'nin iki yıldan az bir süre varken, %3.4'ünün ise kayıt yetersizliği nedeniyle gebelik aralığı belirlenememiştir (Tablo 4.14). Kadınların gebelikleri arasına verdikleri sürenin benzer olması, sosyo-demografik özelliklerindeki benzerliklerin sonucu olabilir. İki yıldan az süre verilmesi oranının yüksekliği ise aile planlaması yöntemleri konusundaki yetersizlik nedeniyle olabilir.

Önceki gebeliklere ilişkin veri toplanması, bu gebeliğin seyri konusunda fikir sahibi olmayı sağlaması açısından önemlidir. Daha önceki gebeliklerinde yaşananlar kadınların bu gebeliklerini etkilediği gibi, gebelik süresince takip sıklığını ve doğuma ilişkin karar vermeyi de etkileyebilir (Akın, Özvarış, 2006; SB, 2006). Isparta'da gerçekleştirilen çalışmada kadınların bir önceki gebeliklerinin %75.7'sinin canlı doğum, %22.3'ünün düşükle sonuçlandığı, %92.1'inin hastanede ve %83.8'inin spontan, %15.4'ünün ise sezaryenle sonuçlandığı saptanmıştır (Özdemir, 2005). Yürütülen araştırmada da kayıtlı gebelerin %67.2'sinin bir önceki gebeliğinin canlı doğum, %20.6'sının ise düşükle sonuçlandığı saptanmıştır. Gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%78.2) gebeliklerinin hastanede sonuçlandığı, az bir kısmının ise (%3.3) evde doğumla

sonuçlandığı; %50.2'sinin sonlanış biçiminin normal doğum, %16.4'ünün ise sezaryen olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15). Yürütölen araştırma ile diğer araştırma bulguları arasında farklılıklar mevcuttur. Ancak yürütölen çalışmadaki kayıtların oldukça eksik olması bu farklılığın yorumlanmasını güçleştirmektedir.

Gebelikte sistemik hastalığın varlığı ciddi bir risk oluşturur ve bu kadınların daha sık, hekimin de işbirliği içinde izlenmesi gerekir. Çünkü, varolan eski hastalık şiddetlenebilir, bebek düşük doğum ağırlıklı doğabilir (Akın, Özvarış, 2006). Araştırmada kayıtlı gebelerin yaklaşık yarısının (%50.3) bir sistemik hastalığının olmadığı, yarısına yakınının ise (%44.4) kaydedilmemesi nedeniyle sistemik hastalık durumunun bilinmediği görölmektedir (Tablo 4.21). Gebelikten önce ya da gebelikte birlikte oluşun bir sistemik hastalık durumunda gebeler riskli kabul edilerek daha sık izlenmesi gerekir. Bu durum düşöndürücüdür. Bu bulgu Bolu'da riskli gebelikler açısından gebelerin yetersiz değeriendirildiğini, kayıt tutmanın eksikliğini ve DÖB hizmetlerinin niteliğinin belirsizliğine işaret etmektedir.

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre ebelerin, gebelerin %30,8'ini pelvis durumu açısından uygun, %9,3'ünü ise şüpheli olarak değeriendirildiği görölmektedir. Ayrıca gebelerin yarısından fazlasının (%59.9) pelvisin uygunluk yönünden değeriendirilmediği görölmektedir (Tablo 4.22). Isparta'da değeriendirilen çalışmada da benzer olarak gebelerin %47.0'ının pelvis durumunun değeriendirilmediği görölmüştür (Özdemir, 2005). Özellikle bu kadınların gebelikleri süresince pelvis durumlarını değeriendirerek riskli olanların mutlaka sevk edilmesi ya da hastanede doğum yapmaları konusunda bilgilendirilmeleri gerektiği bilinmektedir. Bu sonuçlar açısından araştırma bulguları düşöndürücüdür.

Gebelerin doğuma hazırlığı ve doğumun nerde ve kim tarafından yapılacağı doğum öncesi dönemde mutlaka gebe ile birlikte planlanmalı, gebeye gebelik döneminde destek olarak karar vermesine yardımcı olunmalıdır. Bu hazırlık ebe ve hemşirelerin doğum öncesi dönemdeki danışmanlıkları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır (SB, 2006). Araştırmada kayıtlı gebelerin %63.3'ünün doğumunu hastanede

yapmayı düşündüğü belirlenmiştir. Gebelerin %36.2'sinin doğumla ilgili kararları kayıtların yetersizliğinden dolayı tespit edilememiştir (Tablo 4.23). Bu eksikliğin bu konudaki danışmanlığın eksik olarak yürütülmesi ya da kayıtların iyi tutulmaması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

DÖB hizmetleri gerçekleştirilirken gebenin boy uzunluğunun mutlaka değerlendirilmesi gerekir. Kadınların boyunun kısa olması izlem esnasında saptanan risk faktörlerinden birisidir. Boyun 1.50 m'den az olan kadınlar olası pelvik darlık açısından değerlendirilmelidir (Taşkın, 2005; Akın, Özvarış, 2006). Araştırmada kayıtlı gebelerin %67.9'unun 1.50 m'nin üstünde olduğu, %1.5'inin ise 1.50 m'den az olduğu bulunmuştur. Literatüre göre değerlendirilmesi gerekli hizmetlerden biri olarak görülmesine karşın gebelerin %30.6'sının boy uzunluğu ölçülmemiştir (Tablo 4.24). Ayrıca boyu 1.50 cm'den kısa olan kadınlara izlem fişlerindeki kayıtlara göre konu ile ilişkili herhangi bir eğitim yapılmamış, sevk edilmemiştir.

Annenin Rh (-) babanın Rh (+) olduğu vakalarda Rh uyuşmazlığı görülür. Birinci gebelikte sorun çıkması nadir olsa da, düşükler de sorunun ortaya çıkmasında doğumlar kadar etkilidir. Rh uyuşmazlığı durumunda, gebelikte intrauterin bebek ölümü, ilk 7 gün içinde bebek ölümü meydana gelebilir. DÖB hizmetleri verilirken mutlaka anne ve babanın kan gruplarının Rh uyuşmazlığı açısından değerlendirilmesi, gelecekteki gebelikler açısından da hazırlıklı olunması gerekir. Eğer kadında Rh uyuşmazlığı durumu varsa, gerekli kurumlara sevki yapılarak kadınlar daha sık izlenmelidir (Akın, Özvarış, 2006). Yürütülen araştırmada kayıt edilmemesine bağlı olarak gebelerin %16.1'inin Rh uyuşmazlığı riski belirlenememiştir. Kayıt edilen gebelerin ise %7.0'ının Rh uyuşmazlığı riski olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.25). Bu riski bulunmasına rağmen, riskli olduğu belirlenen gebelerin gebe-lohusa izlem fişlerinde bu konu ile ilişkili herhangi bir eğitim verildiğine dair kayıt bulunmamıştır.

TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınların %81'i en az bir kez sağlık personelinin DÖB almıştır. DÖB almanın gebelerin demografik özelliklerine göre farklılıklar gösterdiği de görülmektedir. Yaşı genç olan, ilk gebeliğini geçiren ve eğitim düzeyi

yüksek kadınların doğum öncesi bakım alma oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (TNSA, 2003). Manisa’da gerçekleştirilen çalışmada kadınların %88.3’ünün DÖB aldığı, 20 yaşından küçük kadınlarda bu oranın %80.6 iken 20-34 yaş arasında %89.6 olduğu, doğum aralığı olarak 2 yıldan az verenlerde %78.3 iken, fazla verenlerde %89.0 olduğu, eğitimi olmayan kadınlarda %68.4 iken orta ve üstü olanlarda %88.3 olduğu görülmektedir (CBÜ, 2007). Giresun’da gerçekleştirilen bir çalışmada gebelerin aldıkları DÖB hizmetleri %47.4 eksik olarak değerlendirilmiş, düşük eğitim düzeyine sahip olan kadınların %48.9’unun, 19 yaşından küçüklerin %20.0’ının yeterli DÖB aldığı belirlenmiştir. Yeterli DÖB alma ile eğitim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Küçük, 2004). Kayseri’de gerçekleştirilen çalışmada ise kadınların %28.9’unun yetersiz DÖB aldıkları, 15-19 yaş grubu kadınlarda bu oranın %66.2, okur yazar olmayanlarda %43.4, ev hanımlarında %69.9 olduğu belirlenmiştir (Aslan, 2004). Isparta’da gebe-lohusa izlem fişleri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada ise gebe-lohusa izlem fişi çıkarılan gebelerin %98.8’i doğum öncesi dönemde en az bir kez ziyaret edilmiştir. Gebelerin %43.1’inin tam olarak izlemlerinin gerçekleştiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada riskli gebelik olarak değerlendirilebilecek 20’den küçük ya da 35’den büyük olma, dört’ten fazla gebelik geçirme, gebelikleri arasına iki yıldan kısa ara verme gibi durumlarda izlem sayısının artması gerekirken düştüğü belirlenmiştir (Özdemir, 2005).

Araştırmada gebe-lohusa izlem fişlerine göre gebelerin %42.6’sının SB’nin önerdiği sıklığa uygun, %16.4’ünün olması gerekenden daha az, %38.1’inin ise olması gerekenden daha fazla DÖB hizmetlerini aldığı görülmektedir (Grafik 4.2). Trimester arttıkça uygun izlem sayısının azaldığı ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 4.26). Diğer araştırmalara benzer olarak gebelerin 20 yaş altı ve 20-24 yaş grubu olanlarının izlemlerinin uygun (%43.8, %45.4) yapıldığı, gebelerin öğrenim düzeyi arttıkça izlem sıklığının değiştiği ve bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.30, Tablo 4.31). Araştırmada kadınların çalışma durumlarına göre izlem sıklığının değiştiği en çok işçi kadınların uygun izlendiği (%55.6) fakat diğer çalışan gruplarda uygun izlem sıklığının düştüğü ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.32). Bu

sonuç çalışan kadınların sağlık ocaklarını gündüz kullanamamaları ve ebelerin de ev ziyareti yapmamaları nedeniyle olabilir.

DÖB sıklığı kadar önemli olan bir noktada verilen hizmetlerin niteliğidir. İzlemler esnasında yapılması gereken hizmetler her izleme göre farklılık göstermektedir. İzlemlerde gerçekleştirilen hizmetlerden herhangi biri yapılmadığı takdirde verilen hizmetin etkin olduğu söylenemez. İstendik olan ilk izlemde öncelikle gebenin ayrıntılı bir öyküsünü alma, bu sırada beklenen doğum tarihini hesaplamadır. Öykü alındıktan sonra gebenin fizik muayenesi, laboratuvar testleri yapılmalı, ilaç desteği, tedavileri ve bağışıklanması sağlanmalı, gerekli konularda bilgilendirme ve danışmanlık yapılmalı, gebelikle ilişkili risk faktörleri belirlenmeli, gebe izlem fişi kayıtları tamamlanmalı ve kontrol edilmeli son olarak sonraki izlemler planlanmalıdır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986; Güler, Azak, 1995; Cunningham, et al.,1997; Aksayan ve ark, 1998; Simpson, Creehan, 2001; Bankowski ve ark., 2002; DeCherney, Nathan, 2003; Taşkın, 2005; Türk Perinatoloji Derneği, 2005; Yücel, Sivashioğlu, 2005; Akın ve Özvarış, 2006; SB, 2006). Sonraki izlemlerde ise ilk izlemde yapılan fizik muayeneler tekrarlanmalı, gerekli testler yapılmalı, veriler kayıt edilmeli, sonraki izlemler planlanarak gerekli konularda gebelere eğitim verilmelidir (Aksayan ve ark, 1998; DeCherney, Nathan, 2003; Gül, 2007).

Bu açıdan verilen hizmetler değerlendirildiğinde istendik hizmetlerin yeterince yerine getirilmediği ya da kaydedilmediği anlaşılmaktadır. İlk izlemde gerçekleştirilmesi gereken en önemli aşamalardan biri olan öykü alma, sağlık ocaklarında gebe izlemleri sırasında oldukça sınırlı ve yalnızca gebelerin sosyo-demografik ve bazı obstetrik bilgilerini içerdiği görülmektedir. Fizik muayene genel, karın ve vajinal muayene olarak ayrılarak her biri özel yapılması gereken muayeneler olduğu halde verilen hizmetin genel muayene ile sınırlı kaldığı görülmektedir. Laboratuvar testleri sınırlı kalmakta, gebelikte yaşanan durumlara ilişkin genellikle herhangi bir bilgi sorgulanmamakta ya da kayıt edilmemektedir (Tablo 4.27). Araştırmada gebelerin izlemlerinde aldıkları hizmetler incelendiğinde, tüm izlemlerinde ağırlık, kan basıncı, ödem, varis, nabız, idrarda protein, Hb değerlendirmelerinde önemli eksiklikler ya da yapıldığı halde

kaydedilmediği saptanmıştır. Şöyleki; gebelerin %18.8'inde idrarda protein için değerlendirmenin, %22.8'inde ise Hb ölçümü için SB'nın önerdiği sıklığa uygun olarak yeterli değerlendirildiği görülmüştür (Tablo 4.29). Bu araştırma bulgularına paralel olarak Isparta'da gerçekleştirilen çalışmada gebelerin %14.2'sinin idrarda proteinin değerlendirildiği, %40.8'inin Hgb'sinin değerlendirildiği belirlenmiştir (Özdemir, 2005). Bu araştırma bulgularına dayanarak gebelerin riskli durum varlığını tam olarak değerlendirebilmek, erken tanı koyabilmek, literatür bilgilerine göre tam bir DÖB aldıklarını söylemek güçtür.

Yeterli bir obstetrik bakımda anne adayları, gebeliğinin 12. haftasına kadar saptanıp kendisi ile ilgili gebe izleme kartı çıkartılmalıdır. İlk gebelik izlemine mümkün olduğunca erken gebelik haftasında; gebelik olasılığı düşünüldüğü andan itibaren başlanmalıdır (Cunningham, et al.,1997; Akın ve Özvarış, 2006; SB, 2006). Isparta'da gerçekleştirilen çalışmada ilk izleme 12. haftadan önce başlamanın %22.9 olduğu bulunmuştur (Özdemir, 2005). Kayseri'de gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da gebelerin %45.4'ü ilk trimesterde tespit edilmiş, az da olsa üçüncü trimesterde de tespitler olduğu görülmüştür (Çetinkaya ve ark, 2002). Araştırmadaki gebe-lohusa izlem fişlerine göre, ilk izlem gebelerin %47.7'sinde 12. haftadan önce, %35.2'sinin 12-19. haftalar arası, %8.3'ünün 20-23. haftalar arası olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra 28-31. haftalar arası (%2.7), 32 ve üstü haftalar arasında da (%0.9) tespitler bulunmaktadır (Grafik 4.3). Gebelerin tespitinin Isparta'daki çalışmadan erken haftalarda başladığı, Kayseri'deki çalışmaya da benzerlik gösterdiği görülmektedir. Araştırmadaki gebelerin yarısından azında ilk izlemin istenen zaman aralığında yapılmış olması ve 32. haftadan sonrada izlemler bulunması Bolu merkezinde verilen DÖB hizmetlerine başlama zamanının gebeliğin erken dönemlerinde olmadığını göstermektedir. Bu durumda, riskli gebelikleri erken aşamada belirleme, kadını gebeliğe hazırlama ve gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi gibi amaçlara ulaşmanın mümkün olamayacağı düşünülmektedir.

Beden Kitle İndeksi, beslenme ve gebelikte alınacak ideal kilo alımının belirlenmesi açısından önemlidir (SB, 2006). Buna rağmen, ebelerin gebelerin BKİ'lerini hesaplamadıkları kayıtlardan belirlenmiştir. Ayrıca gebe-lohusa izlem fişinde

BKİ değerlendirmesini kayıt altına alacak herhangi bir alan da bulunmamaktadır. Tespit edildikleri gebelik haftasındaki veriler kullanılarak gebelerin BKİ'leri incelendiğinde, %11.4'ünün aşırı kilolu, %6.4'ünün ise şişman olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin %32.8'inin kilo, boy ya da her ikisinin birden kaydı olmadığı için BKİ hesaplanamamıştır (Tablo 4.27). İrge ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer olarak gebelerin %17.3'ü aşırı kilolu, %9.9'u şişman olarak tespit edilmiştir (İrge ve ark, 2005).

Gebelikte hipertansiyon gebede önceden var olabilir ya da gebelikle birlikte ortaya çıkabilir. İnsidansı yaklaşık %5-10 arasında değişir. Erken aşamada sadece hipertansiyon mevcutken ilerleyen aşamalarda tabloya proteinüri ya/ya da ödem de eklenebilir. Hipertansiyon erken aşamada saptanıp tedavi edilmediği takdirde, eklampsi krizi gelişebilir ve ölümle sonuçlanabilir. Bebekte ise intrauterin ölüm, prematürelilik, ilk 7 gün içinde ölüm meydana gelebilir ve bu nedenle bu gebelerin DÖB'leri sık aralıklarla yapılmalıdır (Taşkın, 2005; Akın, Özvarış, 2006). İlk izlemi sırasında kan basıncı ölçülen gebelerin kayıtlardan ölçüm değerleri incelendiğinde; gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%65.4) normal tansiyona sahipken, %24.7'sinin hipotansif ve %3.7'sinin ise hipertansif olduğu bulunmuştur. Gebelerin %6.2'sinin ise kan basıncı ile ilişkili herhangi bir kaydı bulunmamaktadır (Tablo 4.27). Hipertansiyon saptanan gebelerin, bu sorununun gebelik öncesinde mi, gebelik sırasında mı geliştiği bilinmemektedir. Ayrıca bu gebelere herhangi bir müdahale de bulunulduğuna ya da sevk edilmeleri ile ilgili gebe-lohusa izlem fişlerinde bir kayıt bulunamamıştır.

Anemi, kanda Hb düzeyinin normal sınırların altına düştüğünü gösterir. Annede halsizlik, nefes darlığı, çarpıntı, bebekte intrauterin gelişme geriliği ve anemik bebeklerin doğumu ile sonuçlanabilir (Taşkın, 2005; Akın, Özvarış, 2006). Araştırmada ilk izlemde kayıtlı gebelerin %77.7'sinde Hb ölçümünün yapılmamış olması ya da bu konuda kayıt bulunmamış olması verilen DÖB hizmetinin yetersizliğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.27).

Gelişmekte olan ülkelerde tetanozun en sık görülen şekli yeni doğanda ölümlere neden olabilen neonatal tetanozdur. Başta gebeler olmak üzere tüm doğurganlık

çağındaki kadınlara bağışıklama hizmetleri yeterli uygulanmalıdır. Anne aşılansarak fetüs korunmalıdır (SB, 2006). Araştırmada gebe-lohusa izlem fişine kayıtlı gebelerin 516'sında tetanoz aşılansması ile ilişkili veriler elde edilmiştir (%82.7). Bu kadınlardan 343'ü birinci tetanozu olmuştur. Fakat yapılan bu aşılans tavsii edilen süre içerisinde gerçekleştirilmediğı belirlenmiştir. Isparta'da gerçekleştirilen çalışmada kadınları %80.1'i gebelikleri süresince tam aşılansmıştır. Gebelerin %58.0'ının üçüncü trimester de olmalarına rağmen aşılansma düzeyinin düşük olması ve istenilen zaman dilimi içinde yapılmaması, araştırmadaki gebelerin gebeliklerinin hala devam ediyor olması, yapılan uygulamaların gebe-lohusa izlem fişlerine kaydedilmemesi, Bolu'da yaşayan kadınların tetanoz aşılansmasına ilişkin bilgi eksikliğıinin olması ya da sağık personelinin bu konuya yeterince önem vermemesi nedeniyle olduğı düşünölmektedir.

Doğum öncesi bakımda hem gebenin hem de çevresinin bilgilendirilmesi dikkat edilmesi gereken en önemli konulardan birisidir. Gebelere doğum öncesi dönemde birçok konuda eğitim verilebilir. (Aksayan ve ark, 1998; Yücel, Sivaslıoğılu, 2005; SB, 2006). Verilecek bu eğitimler trimesterlere göre de farklılıklar gösterebilir (Simpson, Creehan, 2001). Doğum öncesi dönemde verilen eğitimlerle ilgili yapılan çalışmalarda, bu eğitimlere paralel olarak doğru uygulamaların arttığı ve gebelerin büyük çoğunluğunun doğum öncesi eğitim programlarına katılmak istediğı belirlenmiştir (Terzioğılu, Karataş, 2001; Hızel ve ark, 2004).

Doğum öncesi dönemde verilen eğitimler ile ilgili gerçekleştirilen çalışmalarda ebelerin en fazla beslenme konusunda gebelere eğitim verdikleri belirlenmiştir (Küçük, 2004; Özdemir 2005). Literatüre göre gebelik öncesi dönemde birinci trimesterde gebelere; sigarayı ve alkol kullanımından kaçınma, uygun olmayan ilaç kullanımı, çalışma durumu, gebelikteki fizyolojik ve duygusal değışimler, sağıklı yaşam biçimi, gözlem ve tanılama testleri, meme değıerlendirilmesi, emzirme, teratojenlerden kaçınma, beslenme, emniyet kemeri kullanımı, güvenli seks, cinsellik, gebelikteki sorunlar, erken DÖB önemi, DÖB'dan neler beklenmesi gerektiğı konularında eğitimler verilebilir (Simpson, Creehan, 2001). Buna göre kayıtlardan yürütölen araştırmada birinci tirmester de verilen eğitimlerin %48.9'unun beslenme konusunda olduğı, bunu bulantı, kusma

gibi gebelik sırasında görülebilecek olağan yakınmalara ilişkin önerilerin (%42.2) izlediği görülmektedir (Tablo 4.37). Verilmesi önerilen diğer konulardaki eğitimlerin verilmediği görülmektedir.

Literatüre göre gebelere ikinci trimester de; birinci trimesterdeki eğitimlere ek olarak fetal büyüme ve gelişme, perineal egzersizler, doğum öncesi laboratuvar testleri, sağlıklı yaşam biçimi, aile rolleri, doğum eğitimi, giysi ve ayakkabılara ilişkin eğitim, vücut mekanikleri konularında eğitimler verilebilir (Simpson, Creehan, 2001). Bu açıdan araştırma bulguları değerlendirildiğinde ikinci trimesterde verilen eğitimlerin birinci trimesterde olduğu gibi %49.4'ünün beslenme konusunda olduğu görülmektedir (Tablo 4.38). Ayrıca verilmesi gereken bazı konularda eğitimlerin verilmediği de bu konularda kayıt bulunmadığı tesbit edilmiştir.

Literatüre göre, üçüncü trimesterde gebelere; bir ve ikinci trimesterdeki eğitimlere ilave olarak postpartum kendi kendine bakım, postpartum duygusal değişimler, üreme sağlığı, sağlıklı yaşam biçimi, yenidoğan bakımı, doğum eğitimi konularında önerilerde bulunulabilir (Simpson, Creehan, 2001). Bu açıdan araştırma bulguları değerlendirildiğinde, ebelerin verdikleri eğitimlerin bir ve ikinci trimesterde olduğu gibi %43.2'sinin beslenme konusunda olduğu görülmektedir. Son trimesterde verilmesi gerekli eğitimlerden olan doğum ve doğuma hazırlık önerilerini içeren eğitimler ise %3.8 oranında verilmiştir (Tablo 4.39). Bu açılardan incelendiğinde gebelerin çoğunlukla gebelikleri süresince gereken bilgilerden çok standart bazı bilgiler aldıkları görülmektedir. Bu eksikliğin nedeni ebelerin sağlık eğitimi ve danışmanlığa önem vermemesi, eğitim verecek yeterlilikte olmamaları ya da ihtiyaçları yeterince belirleyememeleri olabilir. Fetal sağlığın değerlendirilmesi ile ilişkili gerçekleştirilen bir çalışmada ebelerin fetal sağlık ile ilgili büyük oranda danışmanlık rolleri olduğunu düşünmelerine rağmen, bu konulara ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır (Soğukpınar ve ark, 2003).

Ebeler izlemleri esnasında saptadıkları risk faktörlerine göre gebeleri hekime sevk etmeleri gerekir. Isparta'da gerçekleştirilen çalışmada ebelerin gebeleri en fazla kontrol amacıyla (%31.1), daha sonra ise pelvik ağrı ile (%28.8) doktora sevk ettikleri

belirlenmiştir. Yürütülen araştırmadaki gebe-loğusa izlem fişlerine göre ise, ebelerin en fazla düşük tehdidi riski (%58.0) nedeniyle gebeleri doktora sevk ettikleri bunu idrar yolu enfeksiyonu şikayetleri (%10.1) ve kanama şikayetlerinin (%10.1) izlediği görülmektedir (Tablo 4.40). Oysa istendik olan mutlaka her gebenin gebeliği süresince en az bir kez hekim tarafından değerlendirilmesidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bolu il merkezine bağlı yedi sağlık ocağında Şubat - Mayıs 2006 tarihleri arasında gebe-lohusa izlem fişlerine kayıtlı olan 624 gebenin, gebe-lohusa izlem fişlerinin doldurulup doldurulmadığı, fişlere göre gebelerin aldıkları DÖB hizmetlerinin neler olduğu, bu hizmetlerin; istendik DÖB izlem sıklığına uygun ve içeriğinin gebe kadının gebelik durumuna göre yeterli olup olmadığı ve gebe-lohusa izlem fişlerine kayıt edilen gebelikle ilişkili durumlar ve varolan sorunların belirlenmesi amacıyla incelendiği bu tanımlayıcı araştırmada elde edilen başlıca sonuçlar ve öneriler özetlendiğinde; gebelerin %40'ı 25-29 yaş arasında, ortalama 27 olup, yaklaşık yarısı okur yazar/ ilkokul mezunu, büyük bir çoğunluğu ise ev hanımıdır. Gebelerin ilk evlenme yaşı ortalamasının 21.84 ± 3.68 olduğu, eğitim düzeyinin düşmesiyle evlenme yaşının düştüğü, meslek sahibi olmayla evlenme yaşının arttığı saptanmıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre, gebelerin büyük bir çoğunluğunun son gebelikten önce herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı, yaş azaldıkça yöntem kullananların da azaldığı saptanmıştır. Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayanların ve geri çekme yöntemini kullananların ise ağırlıklı olarak ilkokul mezunları olduğu belirlenmiştir.

Gebe-lohusa izlem fişlerine göre, gebelerin yaklaşık yarısının ilk gebeliklerini 20-24 yaş arasında yaşadığı ve ilk gebeliği olduğu belirlenmiştir. Gebelerin yaşları arttıkça geçirdikleri gebelik sayısının arttığı, öğrenim düzeyi arttıkça geçirdikleri gebelik sayılarının azaldığı tespit edilmiştir. Yaklaşık her 4 gebede birinin bir ya da daha fazla sayıda düşük yaptığı belirlenmiş olup, kadınların yaşları arttıkça geçirdikleri düşük sayılarının arttığı saptanmıştır. Birden fazla gebeliği olan her 4 kadından birinin son gebelik aralığının 2 yıldan az olduğu saptanmıştır. Gebelerin büyük bir çoğunluğunun gebeliklerinin hastanede sonuçlandığı, yaklaşık yarısının sonlanış biçiminin normal doğum, %16.4'ünün ise sezaryen olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlardan en önemlisi, kayıtlara dayalı yapılan incelemede, gebelerle ilgili tutulan kayıtların son derece eksik olması, gebelik ve

izlem yönünden pek çok önemli bilgi ve bulguların gebe-lohusa izlem fişlerine kayıt edilmemiş olması idi. Bu durumda gebeye verilen DÖB hizmetinin de anlaşılması bazı durumlarda mümkün olamamıştır. Örneğin sistemik hastalık bilgisi, gebelik öncesi kullanılan AP yöntemi, pelvis durumu, doğumla ilgili karar gibi bilgilerin gebe-lohusa izlem fişlerinde çok eksik kaydedildiği saptanmıştır. Bu durumda kaydedilen bilgi ve bulgulardan; gebelerdeki bazı özellik ve komplikasyonların ve DÖB’de yapılanların gerçek hesaplanması yapılamamıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerindeki kayıtlardan, gebelerin yaklaşık yarısının 12. haftadan önce tespit edildiği, ilk izlemde normal BKİ’ye sahip olduğu, büyük bir çoğunluğunun kan basıncının normal olduğu belirlenmiştir. Gebelerin yapılan tüm izlemlerinde, çoğunlukla kilo ölçümünün yapıldığı ve önerilerde bulunduğu, çok az bir kısmının idrarda protein ve Hb açısından değerlendirildiği saptanmıştır.

İncelenen gebe-lohusa izlem fişlerindeki gebelerin yarısından fazlası üçüncü trimester içinde olup, %42.6’sının SB’nin önerdiği sıklığa uygun, %16.4’ünün olması gerekenden daha az izlendiği, 35 yaş ve üzerinde olanların ise %25.6’sının izlem sıklığının olması gerekenden az olduğu belirlenmiştir. Bir önceki gebeliği düşük ya da ölü doğumla sonuçlananların daha sık izlendiği, yüksek risk kategorisinde olması gereken son iki gebelik intervali 2 yıldan daha az olanların uygun izlem sayısından daha az izlendiği belirlenmiştir. Sonuç olarak riskli gruplarda uygun izlem sayısından az izlemin arttığı belirlenmiş olup bilinçsiz bir izlem yapıldığı belirlenmiştir. Ebelerin gebelere her üç trimesterde de en çok beslenme eğitimi verdikleri, trimesterlere göre gebelere verilmesi gereken eğitimlerde ve danışmanlıklarda eksiklikler olduğu belirlenmiştir.

Özetlenecek olursa; gebe-lohusa izlem fişlerinde bulunan her bilgi kadın sağlığı açısından önemli olmasına rağmen yapılan bu çalışmada bazı bilgilerin kayıt edilmesinde önemli boyutta eksikliklerin olduğu belirlenmiştir. Gebe-lohusa izlem fişlerinde sadece adres bilgisi tam olarak doldurulmuş, kalan tüm bilgilerde daha öncede belirtildiği gibi önemli eksiklikler olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak gebe-lohusa izlem

fişlerindeki kayıtlara dayanarak gebelerin DÖB hizmetlerini alma durumu, alınan hizmetin niteliği ve gebelikte görülen normal dışı durumların değerlendirilmesinin güç olacağı belirlenmiş olup, varolan kayıtlar değerlendirildiğinde sunulan hizmetlerin de çok nitelikli olmadığı sonucuna varılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlara göre;

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen kadın sağlığı hizmetlerinin en önemlilerinden olan DÖB’in değerlendirilmesi ve denetlenmesinde tutulan kayıtlar son derece önemli olup mutlaka kayıtların tam olarak tutulması sağlanmalıdır. Bu bağlamda sağlık ocaklarında çalışan bütün ekibin kayıtların önemi konusunda bilgilendirilmeleri, eğitim ve denetlenmeleri için sağlık müdürlüğü ve sağlık bakanlığı tarafından hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli, var olan hizmet içi eğitim programları içerisine bu konu entegre edilmelidir.
- Kadınların öğrenim düzeyi ile doğurganlıkları ve doğurganlığı düzenleme davranışları arasında doğrusal bir ilişki olduğundan kadınların eğitim ve öğrenim durumlarının iyileştirilmesi ülkenin toplumsal cinsiyet eşitliği ya da diğer bir ifade ile ayrımcılığı konusunda genel sorunu olarak ele alınmalıdır.
- Ebelerin verdiği DÖB hizmetinde çok önemli bazı bulguların kaydedilmemiş olması (pelvisin uygunluğu, sistemik hastalık varlığı vb.) verilen hizmetin niteliği yönünden düşündürücü olup, DÖB hizmetlerinde olumlu sonuçlar alınabilmesi için bu hizmetlerin niteliğini artırıcı önlemler alınmalıdır. Bu bağlamda sağlık ocağı hekiminin grup başkanlığı ve sağlık müdürlüğü’ndeki ilgili personelin mevcut durum farkında olarak bir amacı eğitim olan “denetleme” fonksiyonlarını yerine getirmelidirler.
- Gebelere verilen eğitimlerde gerekli her konunun ele alınması önemli olup yapılan araştırmada kayıtların yetersizliği nedeni ile bir sonuca varılamamakla

beraber ağırlıklı olarak “beslenme eğitim yapıldığı kaydedilmiştir. Ebelerin DÖB’ da verecekleri eğitim konularını standardize eden rehberlerin geliştirilmesi düşünülebilir.

- DÖB bakım sıklığının gebenin risk durumuna göre verilmesi konusu da ebelere yapılacak hizmet içi eğitimlere entegre edilmelidir.
- Yapılan bu çalışma Bolu il merkezi sağlık ocaklarındaki gebe-lohusa izlem fişlerine göre verilen DÖB hizmetleri açısından önemli ipuçları vermiştir. Ancak hizmet veren personel ve gebelerin birey olarak kendileri ile yapılacak ileri araştırmalarla kayıtlarının eksiklik nedenleri, uygulanan hizmet içi eğitim ve denetleme durumu, gebelerin DÖB’a ilişkin beklentileri ve memnuniyet durumu, gebelik komplikasyonları gibi konuların ayrıntılı olarak incelenmesi çözüm önerileri üretme yönünden yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, T.C.Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, T.C. Bolu Valiliği, Bolu Belediyesi, Bolu Ticaret ve Sanayi Odası. Bolu İli Gelişim Planı (BİGEP). 2003. Erişim: <http://www.ibu.edu.tr/analink/bigep.htm>. Erişim tarih: 29.03.2005.
2. Akın A. Türkiye’de Anne Ölümleri ve Nedenleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Diyarbakır-Türkiye, 2002:101-105.
3. Akın A et all. “Survey on Causes of Maternal Mortalities From The Hospital Records in Turkey” report. Mother-Child Health and Family Planing of Turkish Ministry of Health. Ankara-Turkey, 2000.
4. Akın A, Biliker M A, Doğan B G. Mihçioğur S. Türkiye’de Anne Ölümleri ve Nedenleri. Aktüel Tıp Dergisi, 2001;6(1):24-29.
5. Akın A, Mihçioğur S. Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri. Akın A. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003.
6. Akın A, Özvarış Ş B. Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Bölüm 6. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006:188-265.
7. Akın, A., Özvarış, Ş.B., Koçoğlu, G.O., Türkiye’de Kadının Statüsü ve Doğum Öncesi-Doğum-Doğum Sonu Bakım Hizmetlerinden Yararlanma, 1998 TNSA İleri Analiz Sonuçları, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23-28 Eylül 2002, Erişim adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/kongrecdsi.html>, Erişim tarihi, Kasım 2006.
8. Akış, N., ve ark., Bursa Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki Gebelerde Risk Etmenlerinin Saptanması ve Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum, 14(3):66-72, Temmuz-Eylül, 2004.
9. Aksakoğlu, G., Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, İkinci Baskı, İzmir, 2006.
10. Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A., Büyükcoşkun, A., ve ark. Erefe, İ., (Ed.), Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:14, Birlik Ofset, İstanbul 1998, s:156-169.
11. Aksu F. Maternal Mortalite, Morbidite-Tanım, Epidemiyoloji, Türkiye ve Dünya’da Durum ve Maternal Mortalite’yi Düşürmek İçin Yapılması Gerekenler. Aksu F. Maternal Mortalite ve Morbidite. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Maternal Mortalite ve Morbidite Sempozyumu. İstanbul-Türkiye,1999:9-16.Erişim:http://66.102.9.104/search?q=cache:6RTnmQH_9dsJ:www.ctf.edu.tr/stek/bb15.htm+feridun+aksu&hl=tr&lr=lang_tr. Erişim tarih: 03.03.2005.
12. Aliefendioğlu, D., ve ark., Yenidoğan Servisinde İzlenen Bebeklerin Annelerinin Doğum Öncesi Bakımları, Perinatoloji Dergisi, 10(1): 11-13, 2002..
13. Alper, Ö.M. ve ark., Consanguineous Marriages in the Province of Antalya, Yurkey, Annales De Genetique, 47:129-138, 2004.

14. Aslan, A. Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2004.
15. Bankowski, B.J., Hearne, A.E., Lambrou, N.C., Fox, H.E., Wallach, E.E. (ed) The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, II. Edition, Lippincott Williams&Wilkins, USA, 2002.
16. Baykan, Z. ve ark., Latif Başkal Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, IX. Halk Sağlığı Kongresi, Ankara, 2004.
17. Bener, A., ve ark., Consanguinity and the Age of Menopause in the United Arab Emirates, International Journal of Gynecology&Obstetrics, 60:155-160, 1998.
18. Berberoğlu, U. ve ark., Edirne Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Roman Kadınlar ve Öbürlerinin Sağlık Ocağı'ndan Aldıkları Ana Sağlığı Hizmetleri, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23-28 Eylül 2002, Erişim adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/kongrecdsi.html>, Erişim tarihi, Kasım 2006.
19. Beşer, E., Ergin, F., Aydın Merkezinde Doğum Öncesi Bakım ve Niteliği, IX. Halk Sağlığı Kongresi, Ankara, 2004.
20. Beyzadeoğlu, H. ve ark., Edirne Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Mayıs-Ağustos 2003 Döneminde Gebelik Yaşayan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Almasını Etkileyen Etmenler, IX. Halk Sağlığı Kongresi, Ankara, 2004.
21. Biltekin, Ö., ve ark., Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebeği Olan Annelerin Doğum Öncesi Bakımında Geleneksel Uygulamaları, STED, 13(5):166-168, 2004.
22. Bozkurt, A.İ., ve ark., Gaziantep'te Sağlık Ocaklarına Herhangi Bir Nedenle Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Alma Durumunun ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Erciyes Tıp Dergisi, 23(2): 59-67, 2001.
23. Bozkurt ve ark., Gaziantep Kent Merkezindeki Gebe Kadınlarda Preeklampsi Sıklığı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (4):170-176, Adana, 2000.
24. Bozkurt ve ark. Hamilelik Dönemindeki Kadınlarda Tetanoza Karşı Bağışıklık Durumunun Araştırılması, Van Tıp Dergisi, 11(2): 39-42, 2004.
25. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Dinç, G., Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması, Manisa; 2005.
26. Committee On Population, National Research Council. The Consequence of Maternal Morbidity and Maternal Mortality. Report of A Workshop. National Academies Press; 2000: 7-8.
27. Cunningham, F. G., et al., Williams Obstetrics, 20. Edition, McGrawHill, USA, 1997.
28. Çetin F. ve ark., Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma ve Emzirmeye Başlama Durumları ve Etkileyen Faktörler, İnönü Üni. Tıp Fakültesi Dergisi, 12(4): 247-252, 2005.
29. Çetin ve ark., Türkiye İçinde Bir Üniversite Hastanesinde Son On Yıl İçinde Anne Ölümleri, International Journal Of Gynecology&Obstetrics, 83:301-302, 2003.
30. Çetinkaya, F., ve ark., Kayseri İlinde Ebelerin Gebe ve Bebek İzlemlerinin Nicelik ve Niteliğinin Değerlendirilmesi, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23-28 Eylül 2002, Erişim Adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/kongrecdsi.html>, Erişim tarihi, Kasım 2006.
31. Çoban, A. ve ark., Gebelik Öncesi Danışmanlık, Kadın Doğum Dergisi, 3(4): 584-586, 2005.

32. Çöl, M., ve ark., Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 51(2):71-79, 1998.
33. DeCherney, A.H., Nathan, L. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9. Edition, Lange Medical Books/McGraw-Hill, USA, 2003.
34. DİE. Türkiye İstatistik Yıllığı 1999.
35. DİE. Türkiye’de Kadın ve Çocuk Bilgi Ağı, Erişim: <http://www.die.gov.tr/>, Erişim tarih: 18.03.2005.
36. Dirican R. Halk Sağlığı Toplum Hekimliği. II. Baskı, Bursa: Uludağ Üni. Basımevi, 1993:339-360.
37. Döner, B., Karabağlar Bölgesinde Haziran Ayında Doğum Yapan Kadınların Sağlık Ocaklarından Aldıkları Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, IX. Halk Sağlığı Kongresi, Ankara, 2004.
38. Erci, B. Barriers to Utilization of Prenatal Care Services in Turkey, Journal of Scholarship, 35(3): 269-273, 2003.
39. Erol, N., ve ark., Gebeliği İsteme Durumuna Göre Doğum Öncesi Bakım Düzeyi: İzmir Konak Doğumevi’nde Mayıs 2002’de Yapılmış Bir Araştırma, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23-28 Eylül 2002, Erişim adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/kongrecdsi.html>, Erişim tarihi, Kasım 2006.
40. GAP Bölgesi Halk Sağlığı Projesi Raporu, T.C. Başbakanlık Güneydoğu Anadolu Projesi Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı, 2003.
41. Gül, R. Ülkemizde Doğum Öncesi Bakım Parametreleri, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 2007; 108-109.
42. Güler Ç, Azak M. Doğum Aile Planlaması Jinekoloji Hemşireliği, Ankara, 1995.
43. Gün, İ., ve ark., Kayseri’de Son 5 Yılda Doğum Yapan kadınların Gebelikte Sağlık Hizmetinden Yararlanma ve Doğum Yöntemi Tercihlerinin Değerlendirilmesi, 9. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Ankara, 2005.
44. Hızıl, S., Şanlı, C., Bulduk, R., Yüzyüze Eğitim Anne Davranışını Değiştirebilir mi?, Çocuk Dergisi, 4(4):248-253, 2004.
45. http://www.unicef.org/turkey/untr/pc/_pc_nv.html?_mc4.html&2, Erişim tarih: 18.03.2004.
46. İrge, E. ve ark., Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi, STED, 14(7): 157-160, 2005.
47. Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSGM). İstatistiklerle Kadının Durumu, 2004.
48. Karataş, B., Hemşire Tarafından Verilen Doğum Öncesi Bakım Hizmeti ve Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi, Optimal Tıp Dergisi, 14(2): 47-50, 2001.
49. Khoury, S. A., Massad, D. Consanguineous Marriage in Jordan, *American Journal of Medical Genetics*, 43(5): 769-775, 2005.
50. Koç, İ., Schumacher, R., Campbell, O., Türkyılmaz, S., Ergöçmen, B., Yüksel, İ. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, Üreme Sağlığı Programı, 2005.
51. Küçük, E, Giresun I No’lu (Şehit Er Tekin Çınar) Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınların Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Dönemde Bakım Alma Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler, KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2004.

52. Mersin, S., Kuş, C., Yeşildal, N., Mayda, A.S., Şerifi, B.A., Konuralp Kamil Furtun Sağlık Ocağı Bölgesi Gebelerde Anemi Araştırması, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23-28 Eylül 2002, Erişim adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/kongrecdsi.html>, Erişim tarihi, Kasım 2006.
53. Mihçioğur S, Akın A. Dünya’da ve Türkiye’de Anne Ölümleri, Aktüel Tıp Dergisi, 2001; 6(1):37-44.
54. Mısıroğlu, E.D., ve ark., Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Antenatal Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumunun Değerlendirilmesi, Perinatoloji Dergisi, 14(1): 7-13, 2006.
55. Nacarküçük, S., İrgil, E., Bursa Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler, Bursa Devlet Hastanesi Bülteni, 19(3): 145-149, 2004.
56. Oğuzöncül, A.F., Güngör, Y., Açık, A., Güngör, L., Elazığ Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağına Bağlı Populasyona Ait Gebelerde Gebelik Diyabeti Taraması, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23-28 Eylül 2002, Erişim adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/kongrecdsi.html>, Erişim tarihi, Kasım 2006.
57. Okyay, P. ve ark., Aydın’da Bir Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Form 005-Gebe-Lohusa İzleme Fişlerinin Değerlendirilmesi, İnönü Üni. Tıp Fakültesi Dergisi, 12(1): 31-35, 2005.
58. Omaç, M. ve ark., Arapgir Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörler, 9. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Ankara, 2005.
59. Özdemir, R. Isparta İl Merkezinde Gebe Lohusa İzleme Fişlerinin Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2005.
60. Özen, İ., Bostancı, M., Zencir, M., Demirhan, H., Bağbaşı ve Kayhan Bölgesindeki Tamamlanmış Gebeliklerin Risk Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum, 12(2): 54-58, Nisan-Haziran 2002.
61. Öztekin, Z. Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi, Birinci Basamak Sağlık personeli için, 8. Basım, Ankara, 2001.
62. Öztürk, Y., Günay, O. (Ed) Sağlık 21, 21. Yüzyılda Herkese Sağlık, Kayseri, 2000.
63. Özvarış Ş.B., Akın, A., Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma, 2002, Erişim Adresi: www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/goto.aspx?id=2781, Erişim Tarihi: Ocak 2007.
64. Özvarış Ş.B., Ertan A.E. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım, Akın A. Ed, Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, HÜKSAM, Ankara, 2003
65. Pernoll M L. Benson&Pernoll’s Handbook of Obstetrics&Gynecology. Tenth Edition, McGraw-Hill Medical Publishing Companies, 2001:199-249.
66. Rizzi R G , Cordoba R R, Maguna J J. Maternal Mortality Due to Violence, International Journal of Gynecology&Obstetrics,1998; 63 (1):19-24.
67. Sağdıç, A., Emirler Sağlık Ocağı Ebe Çalışmalarının Değerlendirilmesi, STED, 14(3): 62-64, 2005.
68. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El kitabı, III. Baskı, Ankara, 1986.

69. Saka, G., GAP Bölgesinde Ana Sağlığı ve Aile Planlaması Durumu, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23-28 Eylül 2002, Erişim adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/kongrecdsi.html>, Erişim tarihi, Kasım 2006.
70. SB Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Ankara, 2006.
71. SB, Survey on Causes of Maternal Mortalities from The Hospital Records in Turkey, 2000.
72. SB, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Ankara, 2001.
73. Simpson K.R., Creehan P.A. Perinatal Nursing, AWHONN (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nursing), Second Edition, 2001: 53-67, 125-171.
74. Soğukpınar, N., Durgun, B., Özdemir, S., Kocaeli İli Merkez Sağlık Ocakları'nda Çalışan Ebelerin Prenatal Tanı ve Antepartum Fetal Değerlendirme Yöntemleri Konusunda Bilgi Düzeylerinin Araştırılması, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 17:175-179, 2003.
75. Sönmez, Y., Aksakoğlu, G., Gebelikte Tetanoz Aşılama Durumu ve Etkileyen Etmenler, STED, 14(9): 212-216, 2005.
76. Stanhope M., Knollmueller R. Handbook of Public and Community Health Nursing Practice, A Health Promotion Guide, II. Edition, Mosby, USA, 2001
77. Sümbüloğlu, V., Akyüz, K., Sümbüloğlu, K. Sağlık kayıtları ve Veri Toplama Formları Doldurma ve Denetleme Kılavuzu, 2. Baskı, Ankara, 1996.
78. Şahinöz, S. Sağlık Ocaklarında Gebe-Lohusa İzleme Kartlarının Değerlendirilmesi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, 1998..
79. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VII. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2005.
80. Taşkın L. ve ark. Hemşire ve Ebeler İçin Doğum ve Kadın Sağlığı Uygulama Rehberi, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004
81. Terzioğlu, F., Karataş, B., Gebe Kadınların Doğum Öncesi Dönemde, Gebelik-Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Almak İstedikleri Bilgilere Yönelik Beklentilerinin İncelenmesi, Optimal Tıp Dergisi, 14(2): 41-46, 2001.
82. Tezcan S, Epidemiyoloji, Hacettepe TAŞ, 1992.
83. Tezcan S. Epidemiyoloji, Bölüm 4. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006:188-265.
84. Topuzoğlu, A., ve ark., İstanbul Ümraniye'e Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Değerlendirilmesi: Teknolojinin Dayanılmaz Cazibesi, 9. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Ankara, 2005.
85. Türk Perinatoloji Derneği, Sağlık Personeli İçin Gebelikte İzlem ve Doğum, Perinatoloji Dergisi, 2005;13(4): 238-243.
86. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 2003.
87. UNDP. Human Development Report, 2005.
88. UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu, Ankara. 2005.
89. UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu, Ankara. 2007.

90. Uysal, M, Antenatal Bakım Hizmetleri ve Bu Hizmetlerde Hemşirenin Rolünün İrdelenmesi, İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.
91. Ünlü C. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, 2005
92. Üstünsöz, A., Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri, Gülhane Tıp Dergisi, 47, 156-158, 2005.
93. Varney, H., Kriebs, J.M., Gegor, C.L., Varney's Midwifery, Fourth Edition, Jones and Bartlett Publishers, UK, 2004.
94. WHO. Reduction of Maternal Mortality. Geneva, 1999.
95. WHO. Family & Reproductive Health. Geneva, 1996.
96. WHO. Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Health WHO. Geneva, WHO/FHE/MSM/94.11, 1993.
97. WHO. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, Geneva, WHO/RHR/00.7, 2003.
98. WHO, Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. WHO. Geneva, 2004.
99. WHO, New WHO Antenatal Care Model, 2002.
100. WHO, Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards The Attainment of International Development Goals and Targets, 2004, Erişim adresi: www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf, Erişim tarihi: 10.05.2007
101. WHO, The World Health Report, Make Every Mother and Child Count, 2005.
102. WHO-AFRO, Division of Family and Reproductive Health (DRH), Primary Health Care and Reproductive Health Challenges, Erişim adresi: http://www.afro.who.int/drh/primary_health.html, Erişim tarihi: 10.05.2007
103. www.bolusaglik.gov.tr, Erişim tarihi: 10 Ağustos 2006
104. Yıldırım, G. Ebe ve Hemşireler İçin Uygulama Becerileri Öğrenim Rehberi, Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, Sivas, 2005.
105. Yiğitbaş S. Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara-Türkiye, 1998.
106. Yücel, M, Sivashioğlu, A.A. (Ed.), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Palme Yayıncılık, Ankara, 2005, s:59-60.
107. Yüksel K. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1997.

EK.1

BOLU İL MERKEZİNDEKİ SAĞLIK OCAKLARINA KAYITLI GEBE KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNİ ALMA DURUMLARI

Bu araştırma, Bolu il merkezindeki sağlık ocaklarında gebe-lohusa izleme fişlerine kayıtlı gebe kadınların aldıkları DÖB hizmetlerinin belirlenmesi, verilen DÖB hizmetlerinin sıklık ve uygunluğunun gebelik dönemlerine göre değerlendirilmesi ve gebe izlemleri konusunda fikir sahibi olunması, gebelikle ilişkili durumların ve sorunların belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Ashhan ÇATIKER

Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket No:

Adres:

Mahalle		Apartman adı	
Cadde/Site		Daire/Kapı no	
Sokak		Telefon no:	

Gebenin adı soyadı:

A. SOSYO-DEMOGRAFİK VE KİŞİSEL ÖZELLİKLER

Bağlı olduğu sağlık ocağı:

1. Doğum tarihiniz ://
(Gün / Ay / Yıl)
2. Gebenin yaşı
3. Öğrenim durumu:
() Okur-yazar değil () Okuryazar/ ilkokul
() Ortaokul () Lise
() Üniversite () Lisansüstü
4. İşi:
() Ev hanımı () İşçi () Memur () Çiftçi
() Emekli () Diğer (belirtiniz).....

5. Evlenme yaşı:

6. Eşin akrabalık durumu:

() Hayır yok () Evet var ise nedir.....

7. Gebeliği önleyici kullandığı koruyucu yöntem nedir?

() RİA () Hap () Kondom

() Yok () Diğer.....

8. Boyu:

9. Kan grubu nedir?

() A Rh+ () B Rh+ () AB Rh+ () 0 Rh+

() A Rh- () B Rh- () AB Rh- () 0 Rh-

10. Eşinin kan grubu nedir?

() A Rh+ () B Rh+ () AB Rh+ () 0 Rh+

() A Rh- () B Rh- () AB Rh- () 0 Rh-

B. GEÇMİŞ VE MEVCUT GEBELİĞİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

11. İlk gebelik yaşı:

12. Kaçıncı gebeliği:

13. Canlı doğum sayısı:

14. Ölü doğum sayısı:

15. Yaşayan çocuk sayısı:

16. Düşük sayısı:

17. Ölen çocuk sayısı:

18. Bir önceki gebeliğin sonlanma tarihi nedir?

...../...../.....

(Gün / Ay / Yıl)

19. Bir önceki gebeliğin sonucu nedir?

() Canlı Doğum () Ölü Doğum () Düşük

20. Bir önceki gebeliğin sonlandığı yer nedir?

.....

21. Bir önceki gebeliğin sonlanış biçimi nedir?

() Normal Doğum () Sezeryan () Küretaj

22. Gebelik öncesi annenin sistemik hastalığı var mı?

() Hayır yok () Evet var ise nedir.....

23. Pelvis durumu:

() Uygun () Dar () Şüpheli

24. Doğumla ilgili karar nedir?

() Sağlık evi, sağlık ocağı () Hastane () Diğer.....

25. Son adet tarihi nedir?

...../...../.....

(Gün / Ay / Yıl)

26. Beklenen Doğum tarihi nedir?

...../...../.....

(Gün / Ay / Yıl)

C. GEBE KADINLARIN ALDIKLARI DÖB HİZMETLERİ ve UYGUNLUĞU

27. Tetanoz aşılı ve tarihleri nelerdir?

	Tetanoz 1.aşı	Tetanoz 2. aşısı	Tetanoz 3. aşısı	Tetanoz 4. aşısı
Tarih				

28. Risk durumu:.....

İZLEME VE ÖĞÜTLERLE İLGİLİ BİLGİLER

	1. izlem	2. izlem	3. izlem	4. izlem	5. izlem	6. izlem	7. izlem	8. izlem
Gebelik haftası								
Ağırlık (kg)								
Kan basıncı								
Ödem								
Varis								
Nabız/dak								
İdrarda protein								
Hemoglobin								
Çocuk kalp sesi (sayı/dak)								
Geliş biçimi								
Öğütler								

EK. 2

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Form No: 866		GEBE- LOHUSA İZLEME FİŞİ						Soyadı : _____			
Kunumu : _____ Sağlık Evi : _____		Adı : _____ Eğilim Adı : _____ Evlilik Durumu : _____ Doğum Tarihi : _____ Çocukların Durumu : _____ İşi : _____ Evlilik Yeri : _____ İlk Gebelik Yayı : _____									
Birey No : _____ Muhafaza : _____ Sokak : _____ Ev No : _____ Tlf. No : _____		Doğumlandığı Tarih : _____ Yaşı : _____ yıl									

Kaçınıcılık	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yasayan Çocuk Sayısı	Ölü Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Anamnezin Sırasında Hastalığı Var mı?	Pelvis Durumu	Kan Grubu Rh	Evlilik Kan Grubu Rh	Bir Önceki Gebeliğin Sonuçları Tarihi	Bir Önceki Gebeliğin Sonucu, Yeri ve Bilgisi	Doğumla İlgili Notlar
						Uygun ☐ Dar ☐ Şüpheli ☐			_____ gün _____ ay _____ yıl	Canlı Doğum ☐ Ölü Doğum ☐ Diğer ☐ Yeri : _____ Bilgi : _____	Sağlık Evi ☐ Sağlık Ocağında ☐ Hastanede ☐

Gebelik Öncesi Kullanılan Koruyucu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler				
	Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nasıl Yapıldı?	Doğuma Yardım Eden	Doğan Bebek	Doğumdan Şekil Değişikliği
RLA ☐ Hap ☐ Kondom ☐ Yok ☐ Diğer : _____ _____ _____ _____	Doğum ☐ Ölü Doğum ☐ Canlı Doğum ☐	Spontan ☐ Vakum ☐ Sezaryen ☐ Forseps ☐	Hastane ☐ Hekim ☐ Ebe ☐ Diğer Sağlık Personeli ☐ Sağlık Pers. Yardımı Olmadan ☐	Cinsiyet ☐ Kilo ☐ _____ gr. Boyu ☐ _____ cm. Genel Durum : _____ _____ Çoğul Doğum ☐	Yok ☐ Var : _____ _____ Notlar : _____ _____ _____

Evlilik Adı Soyadı : _____

Tarih : _____

İmza : _____

Hekimin Adı Soyadı : _____

Tarih : _____

İmza : _____

Baklaman Doğum Tarihi :

Tetanolis zygometri yapıldığı tarihler

1. Ağı :	4. Ağı :
2. Ağı :	5. Ağı :
3. Ağı :	

İZLEME VE ÖĞÜTLER

[illegible]

LOHUSALIK DÖNEMİ İZLEMESİ

Tarih	Kan Basıncı(mmHg)	Nabız/dakika	Ağız	Açıklama, diğer incelenme ve ölçüler	İmza

EK.3

T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Şube:B104ISM4140006
Konu:Araştırma İzni

06.12.05* 15422

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
DÜZCE

İLGİ:28.10.2005 tarih ve 185 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız gereği:Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aslıhan Çatıker'in tez konusu olan 'Bolu İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarına kayıtlı Gebe Kadınların Gebeliğini Etkileyen Sağlık Sorunlarının ve Buna İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi' başlıklı araştırmasını hazırlaması Müdürlüğümüzce uygundur.

Bilgilerinize arz ederim..


Dr.Dursun KOÇ
Sağlık Müdürü

5.../12/2005 G.YANIK

5.../12/2005 Sağ.Müd.Yrd.Dr.C.N.TUĞRUL *fr*

ADRES: Borazanlar Mh. Hattat Emin Barın Cad. No:108 BOLU
FAX: 0 374 21 512 52 e-posta:bolu @saglik gov.tr. Ayrıntılı bilgi için:G.YANIK Şef

T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Şube:B104ISM4140006
Konu:Araştırma İzni

06.12.05* 15460

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aslıhan Çatıker'in tez Konusu olan 'Bolu İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarına kayıtlı gebe Kadınların Gebeliğini Etkileyen Sağlık Sorunlarının ve Buna İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi' başlıklı araştırması için ebelerinizin doldurduğu 005 gebe-logusa izlem fişlerinden yararlanması gerekecektir.

Bu konuda yardımcı olunmasını rica ederim.


Dr. Dursun KOÇ
Sağlık Müdürü

DAĞITIM:
1,2,3,4,5,12 Kasım,80.Yıl Mrk S.O.

06./12/2005 G.YANIK

ADRES: Borazanlar Mh. Hattat Emin Barın Cad. No:108 BOLU
FAX: 0 374 21 512 52 e-posta:bolu@saglik.gov.tr. Ayrıntılı bilgi için:G.YANIK Şef
TELEFON : 0374 21 50340 /0374 2150341

