



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VEREN
KURUMLARDA ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN
VERDİKLERİ DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİ VE İŞ
DOYUMLARININ BELİRLENMESİ**

TUĞBA AVCI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Nimet Sevgi GENÇALP

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

ÖRNEK

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD

Tez Sahibi : Tuğba Avcı

Tez Başlığı : "Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Verdikleri Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri ve İş yüklerinin Belirlenmesi"

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi : 22.12.2010

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi Gençalp

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan,

Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Nurdan Denizci

Yrd. Doç. Dr. Feride Enpm
Tıp.İt

Kurumu

Yeni yüzyıl Üniversitesi

İmza

Mr. Dr. Sağ. Bil. İst.

Maltepe. Üni. Hemşirelik Y.O.

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 20.12.2010. tarih ve 30. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Nimet GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince araştırmamın her aşamasında, gösterdiği sabır, anlayış ve bilimsel katkıları ile tez hazırlığım boyunca bana destek olan, beni daha iyi ve ileriye yönlendiren, değerli danışman hocam **Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi GENÇALP'e**,

Bilgi ve deneyimleri ile bizleri yönlendiren, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen **tüm bölüm hocalarıma, Doç.Dr.Halim İşsever'e, tüm ebe, hemşire ve hekim arkadaşlarıma**, ilgi ve sevgilerini eksik etmeyen değerli aileme, verdiği sonsuz destek, yardım ve gösterdiği sonsuz anlayıştan dolayı eşim **Kaan AVCI'ya**,

Sonsuz Teşekkürlerimi Sunuyorum.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Tarih

Tuğba AVCI

İÇİNDEKİLER

TESEKKÜR

TABLOLAR DİZİNİ

KISALTMALAR DİZİNİ

SAYFA

ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Doğum Öncesi Bakım	7
2.2. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Gerçekleştirilmesi	12
2.2.1. Öykü alma	12
2.2.2. Fizik muayene	14
2.2.3. Laboratuvar testleri	20
2.2.4. İlaç desteği, tedaviler	20
2.2.5. Bilgilendirme ve danışmanlık	21
2.3. İş Doyumu	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Yapılacağı Yer	31
3.2. Araştırmanın Şekli	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	32
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	32

4. BULGULAR	33
5. TARTISMA	52
5.1. Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Tartışma	52
5.2. İş Doyumuna İlişkin Tartışma	72
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	76
7. EKLER	80
7.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	80
7.2. Değerlendirme Anket Formu	81
7.3. Minnesota Doyum Ölçeği	87
7.4. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi	90
8. KAYNAKLAR	107
9. ÖZGEÇMİŞ	113
10. İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN ONAY	114
11. ETİK KURUL ONAYI	115

TABLÖLAR DİZİNİ

- Tablo 1. Ebe ve Hemşirelerin Yaşları
- Tablo 2. Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Durumları
- Tablo 3. Ebe ve Hemşirelerin Medeni Durumları
- Tablo 4. Ebe ve Hemşirelerin Memuriyet Durumları
- Tablo 5. Ebe ve Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Süreleri
- Tablo 6. Ebe ve Hemşirelerin Çalışmakta Oldukları Kurumda Çalışma Süreleri
- Tablo 7. Ebe ve Hemşirelerin Daha Önce Çalıştıkları Kurumda Görev Yaptıkları Bölümleri
- Tablo 8. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Öykü Almaya İlişkin Uygulamaları
- Tablo 9. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Fizik Muayeneye İlişkin Uygulamaları
- Tablo 10. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Laboratuvar Testlerine İlişkin Uygulamaları
- Tablo 11. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklamaya İlişkin Uygulamaları
- Tablo 12. DÖB Hizmeti Kapsamında Gebeliğe Bağlı Olağan Yakınmalar Hakkında Gebenin Bilgilendirilmesinde Değınilen Konular

- Tablo 13. DÖB Hizmeti Kapsamında Gebelere Verilen Danışmanlık Hizmetinin İçerdiği Konular
- Tablo 14. Gebelik Dönemlerine Göre Kurumda Sistemli Uygulama Durumları
- Tablo 15. Danışmanlık Verilen Gebelere Bir Sonraki İzleme Gelmelerini Sağlamak İçin Yapılan Uygulamalar
- Tablo 16. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Öykü Almaya İlişkin Uygulamalarda Tespit Ettikleri Eksiklikler
- Tablo 17. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Fizik Muayeneye İlişkin Uygulamalarda Tespit Ettikleri Eksiklikler
- Tablo 18. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Laboratuvar Testlerine İlişkin Uygulamalarda Tespit Ettikleri Eksiklikler
- Tablo 19. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklamaya İlişkin Uygulamalarda Tespit Ettikleri Eksiklikler
- Tablo 20. Ebe ve Hemşirelerin Tespit Ettikleri Eksikliklerin Kurumlarında Uygulanamama Nedenleri
- Tablo 21. Ebe ve Hemşirelerin Kayıt Tutma Durumları
- Tablo 22. Ebe ve Hemşirelerin Kurumlarında DÖB Hizmeti Haricinde Verdikleri Hizmetler
- Tablo 23. Ebe ve Hemşirelerin Ev Ziyaretlerinde Yaşadıkları Güçlükler
- Tablo 24. Ebe ve Hemşirelerin İşlerinde Yaşadıkları Güçlükler

KISALTMALAR DİZİNİ

AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FKS	: Fetal Kalp Sesi
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
HYO	: Hemşirelik Yüksek Okulu
RIA	: Rahim İçi Araç
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBY	: Sağlık Bakanlığı Yayınları
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

ÖZET

Araştırma, Haziran-Temmuz 2009 tarihinde İstanbul Kağıthane Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı yirmi iki sağlık ocağı ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde (AÇSAP) çalışan 60 ebe ve hemşire ile doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetlerindeki rolleri, yaşadıkları güçlükler, hizmet kapsamında uygulamaya ilişkin görüşleri ve iş doyumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanıp uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve Minnesota Doyum ölçeği ile elde edilmiştir. Veriler yüzdelerle t testi ile değerlendirilmiştir.

Ebe ve hemşirelerin % 41,7'sinin 26-30 yaş arasında, % 61,7'sinin lisans mezunu, % 71,7'sinin evli, % 53,3'ünün sözleşmeli olarak çalıştığı, % 40'ının meslekteki çalışma süresinin 1-5 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin % 100 oranında "kişisel bilgiler" öyküsünü aldığı, hekimin % 23,3 oranında göğüs ve kalp auskültasyonu yaptığı, gebelerin % 18,3'e vajinal muayene yapıldığı, % 98,3 oranında kan sayımı veya Hb-Hct ölçümünün alındığı belirlenmiştir. Gebelere verilen danışmanlık hizmetinin içerdiği konulardan; beslenme-diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, sigara alışkanlığı, fetüs hareketlerinin hissedilememesi konularına % 98,3 oranında değinildiği belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin DÖB hizmetlerine ilişkin güçlükleri ve işdoyumları belirlenerek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasına ve işdoyumlarının artırılmasına ilişkin öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Doğum öncesi bakım, ebe, hemşire, iş doyum, sağlık ocağı

SUMMARY

DETERMINATION OF JOB SATISFACTION AND PRENATAL CARE SERVICES GIVEN BY MIDWIVES AND NURSES WORKING IN PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS

Research has planned and implemented with 60 (sixty) midwives and nurses working in twenty-two clinics and Maternal and Child Health and Family Planning Center under the Department of Istanbul Kağıthane Health Group in order to define the roles in prenatal care services, challenges faced, comments on implementation in services and job satisfaction in June-July 2009. Data were obtained by Questionnaire Scale prepared by the researcher and Minnesota Satisfaction Scale. Percentage data were assessed by t test.

41.7 % of midwives and nurses between the ages of 26-30, 61.7 % to have a graduate degree, 71.7 % to have married, 53.3 % to work as indentured, and 40,0 % profession in the study period was between 1-5 years was determined. 100,0 % midwives and nurses receive the "personal information" story, the physician's take 23.3 % rate of chest and cardiac auscultation, 18.3 % of pregnant womens done a vaginal examination, rate of 98.3 % in the blood count or hemoglobin-hematocrit measurement is taken has determined. The subjects included consulting services given to pregnant women; nutrition-diet, physical activity and working conditions, smoking habits, can not be feeling fetal movement was set at a rate of 98.3 % mentioned. Difficulties related to prenatal care services and job satisfacton of nurses and midwives determined and proposals have been developed concerning to provide primary health services and to increase job satisfaction.

Key words: Antenatal care, midwives, nurses, job satisfaction, cottage hospital

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum Öncesi Bakımın (DÖB) temel amacı; annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Doğum öncesi bakım hizmetinin yeterli ölçüde ve uygun bir şekilde verilmesi gebelik sürecini, doğum eylemini ve doğum sonu dönemi primer olarak şekillendirmektedir. Anne ve bebeğin sağlığını tehlikeye sokabilecek risk durumlarından korunmaya yönelik sağlık davranışları ve var olan tehlikeli durumlar bu dönemde saptanır. Doğum öncesi bakım hizmetinin istendik şekilde verilmesi ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerinin en önemli kısmıdır. Bu hizmetin yaygın olarak verildiği birinci basamakta çalışan ve hizmetin götürülmesinde önemli role sahip ebe/hemşirelerin çalışma koşulları, yaşadıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi hizmetin iyileştirilmesi için önem kazanmaktadır.

DÖB tıp dünyasında oldukça yeni bir gelişmedir. İlk kez Boston'da yirminci yüzyılın başında gündeme gelmiştir. Boston Hemşire Birliği'nin hemşireleri gebe kadınların sağlığına katkıda bulunabilmek amacı ile Boston Lying-In Hastanesi'nde kayıtlı tüm gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamışlardır. Bu ev ziyaretleri ile büyük başarı sağlanmış, hekimlerin de desteğini kazanarak önemli bir koruyucu hekimlik uygulaması olarak DÖB hizmetinin ortaya çıkmasına yol açmıştır (Pernoll 1994).

Türkiye'de ana ve çocuk sağlığına önem verilmesi cumhuriyetin kurulmasıyla gerçekleşmiştir. İlk doğum ve çocuk bakımevi 1926 yılında Ankara'da açılmış ve aynı yıl bir ikincisi Konya'da hizmete girmiştir. Ancak bu kuruluşlarda daha çok sağaltım hizmeti verilmiştir. 1952 yılında DSÖ ve UNICEF'in yardımlarıyla, Sağlık Bakanlığı'nda özel bir örgüt olarak Ana ve Çocuk Sağlığı Başkanlığı kurulmuştur. Gebelerin ve okul öncesi çocukların izlenmesine önem vermesi beklenen bu örgüt, ülke genelinde hizmet sunamamıştır (Dirican 1993). 1961 yılı, sağlık alanında, özellikle kadın-anne-çocuk sağlığını çok yakından ilgilendiren koruyucu sağlık hizmetleri yönünden önemlidir. Bu yıl kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin

Sosyalleştirilmesi Yasası ile DÖB hizmetlerinin sağlık ocakları tarafından herkese ulaştırılması amaçlanmış, bu görev sağlık ocağı ebelerine verilmiştir.

Günümüzde tüm dünyadaki gebe kadınların ancak % 70.0'ı gebelikleri boyunca en az bir kez bir sağlık personeli tarafından izlenmektedir. Bu oran ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde en az bir izlem alan gebe oranı % 98.0 iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran % 65.0'dır (www.unicef.org, 2010).

Toplumun hemen içinde olan ebe ve hemşirelerimizin konuya ilişkin bilgi birikimlerinin, motivasyonlarının artırılması ve yeter sayıda istihdamlarının sağlanması ile DÖB hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak yeterliliğinin artacağı kuşkusuzdur.

DÖB esnasında kadınların önemli oranda bilgi edinme ihtiyacı hissettiği ve bilgi edinmek için klinik bilgilendirmenin dışında başka kaynaklara başvurduğu saptanmıştır. Başka kaynaklardan gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem ile ilgili bilgi edindiğini bildiren kadınların oranı % 82.1, bilgi edinme ihtiyacı hissetme oranı ise % 65.5 bulunmuştur.

Bu sonuçlar DÖB veren ebe/hemşire veya doktor tarafından yapılan klinik bilgilendirmenin yeterli olmadığını, gebelerin bilgi edinme ihtiyacı hissettiğini ve bunu başka kaynaklardan sağlamaya çalıştıklarını göstermektedir. Karataş'ın, grup eğitimi yöntemiyle hemşire tarafından verilen doğum öncesi bakım ve eğitim etkinliğinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, kadınların anne ve çocuk sağlığı konusunda bilgi eksikliğinin olduğu ve bilgi almak istedikleri ortaya konularak gereksinimleri doğrultusunda sürekli eğitim verilerek bilgi düzeylerinde önemli artış sağlanabileceği gösterilmiştir.

Doğum öncesi bakım hizmetinde yer alan ebe ve hemşirelerin işe, mesleğe ilişkin belirli bir yaşantı sonucu oluşturdıkları duygusal tepkilerini ve bilişsel değerlendirmelerini iş doyumu başlığı altında toplayabiliriz.

Sağlık hizmetlerinin belkemiğini oluşturan hemşirelik mesleği üyeleri çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş

ortamında büyük ölçüde stres yaşamaktadır. Bunun yanı sıra hemşirelik mesleğinin bir kadın mesleği olması, stresin boyutunu geliştirmekte ve iş yaşamından gelen zorluluklara ev yaşamından kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskılar eklenmektedir (Kosgeroğlu 1995).

Hemşirelik hem sağlık sisteminin hem de kamuoyunun tamamlayıcı bir parçası olarak görülmektedir. Bu alanlarda hemşireler daima halkla doğrudan bağlantı oluşturmaktadırlar ve oluşturmaya devam edeceklerdir (Cimete 1996). Gözlemlere ve hemşirelik araştırmalarına göre, hemşirelerin iş merkezli çalıştıkları, sadece rutinlere yöneldikleri ve bağımsız fonksiyonlarını ortaya koymadıkları ve doktorun yardımcısı olarak görüldükleri belirlenmiştir. Oysa hemşire mesleki bilgi ve becerisini gösterecek bağımsız fonksiyonlarını ortaya koymazsa toplumun gözünde kendisini kanıtlayamaz (Bertan 1997).

Bir hemşire hastası için yararlı olacağını düşündüğü ve yeteneği içinde olan faaliyetlerle ilgili kararları almakta bilgili ve özgür, yani otonomi sahibi olmalıdır. Hemşireler hizmet, eğitim, danışma ve araştırma görevlerini tam olarak yerine getirebildikleri zaman profesyonel niteliklerini ortaya koyma ve benimsetme şansını elde edebileceklerdir (Seren 1994). Nerede olursa olsun hemşirelerin çalıştıkları kurumun felsefesini benimsemeleri ve ait olma duygusuna sahip olmaları gerekir. Bu duygunun varlığı işi sevme, iş doyumu, işe bağlılık ve motivasyonu arttıracaktır.

Türkiye koşullarında hemşirelik çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak kabul edilmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stres kaynaklarını denetçi ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile ilgili sorunlar olarak tanımlanmaktadır (Pektekin 1998).

Hemşirelerin iş yaşamındaki sorunlarının araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde yurt içinde ve yurtdışında genel olarak aynı problemleri yaşadıkları belirlenmiştir.

Bu nedenle araştırmamızda birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda görevli ebe ve hemşirelerin doğum öncesi bakım hizmeti kapsamında kendi uygulamalarını ve konuya ilişkin düşüncelerini belirlemek, hizmet esnasındaki iş memnuniyetlerini saptamak **amaçlanmıştır**.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Öncesi Bakım

DÖB, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitimli bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir (Bertan 1997, Özvarış 2008). Prenatal ya da antenatal bakım hizmeti olarak adlandırılmaktadır (Bilgel 1997).

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).

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:

<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

Çizelge 1. Gebelik Haftasına Göre İzlem Sıklığı Kaynak: SB, 2006

Türkiye'de DÖB alma durumu ve DÖB'ye ilişkin özellikler Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerinden elde edilmiştir. 2003 TNSA verilerine göre annelerin % 81.1'i en az bir kez DÖB almıştır. 1993 ve 1998 TNSA sonuçları ile karşılaştırıldığında DÖB alanların oranında belirgin bir artış olmuştur. Dört ve

üzerinde bakım alan kadınların oranı ise yıllar içinde bir miktar artmakla birlikte istenilen düzeyde değildir (TNSA 1993, 1998, 2003). TNSA sonuçlarını bir tabloyla özetlersek;

GÖSTERGE	1993	1998	2003	2008
Doğum öncesi bakım (Araştırma tarihinden önceki son beş yılıda doğumu olan evlenmiş kadınlarda, son canlı doğumda en az bir kez DÖB alan kişilerin yüzdeleri)	62.3	67.9	80.9	92.0

Doğum öncesi bakım, doğum öncesi bakımı sunan kişiyi, bakım sayısını, doğum öncesi bakımda verilen hizmetleri ve bakım için ilk kez gidildiğindeki gebelik süresini içermektedir.

Doğum hizmetleri, doğuma yardım eden kişiyi, doğumun şeklini ve doğumun gerçekleştiği yeri; doğum sonrası bakım hizmetleri ise doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığını ve bu bakımı sunan kişiyi kapsamaktadır.

Araştırmadan önceki beş yıl içinde canlı doğum yapmış olan kadınların son canlı doğumlarında, gebelik sırasında alınan doğum öncesi bakımı sağlayan kişiye ve kadının bazı temel özelliklerine göre yüzde dağılımlarını göstermektedir. Doğum öncesi bakımı sağlayan kişiye ilişkin bilgi toplanırken, cevaplayıcının bir gebelik için farklı kişilerden doğum öncesi bakım aldığına dair bilgi vermesi durumunda, görüşmecilerin verilen tüm cevapları kaydetmeleri istenmiştir. Ancak bu bilginin tablolastırılma aşamasında, birden fazla kişinin belirtildiği durumlarda, sadece en nitelikli kişi değerlendirmeye alınmıştır. Bu sonuçlar incelenirken, doğum öncesi bakım hizmetlerinin kalitesinin yansıtılmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Görüldüğü gibi, kadınların % 92'si araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinin (doktor ve hemşire/ebe) doğum öncesi bakım almış olup bu kadınların neredeyse tamamına yakını (% 90) doğum öncesi bakımı doktordan almıştır.

Bu sonuçlar TNSA-2003 sonuçları ile karşılaştırıldığında, doğum öncesi bakımın kapsamında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Beş yıllık dönem içerisinde, en son doğumda doğum öncesi bakım alma oranı % 81' den % 92' ye yükselmiştir. Bu da, doğum öncesi hiçbir bakım almayan kadınların oranında yaklaşık olarak % 50' lik bir azalmaya işaret etmektedir.

Doğum öncesi bakım genel olarak yüksek seviyelerdedir. Ancak, sağlık personelinin doğum öncesi bakım alınmasında kadınların bazı temel özelliklerine göre farklılıklar olduğunu göstermektedir. Anne olma yaşı dikkate alındığında, genç kadınlar (% 92-93), 35 yaş üzeri kadınlara (% 86) göre daha yüksek oranlarda doğum öncesi bakım almışlardır.

Doğum sırasına göre bakıldığında ise daha belirgin farklılıklar görülmektedir. Kadınların neredeyse tamamı (% 96), ilk çocuklarına gebelikleri sırasında doktordan (% 96) ve hemşireden/ebeden (% 2) doğum öncesi bakım almışlardır. Ancak, doğum sırası büyüdükçe eğitilmiş sağlık personelinin doğum öncesi bakım alan kadınların oranı belirgin bir şekilde azalmaktadır. Bu oran, altıncı veya daha sonraki bir sırada doğan çocuklarda % 72 düzeyindedir.

Doğum öncesi bakımda, yerleşim yerine ve bölgelere göre de farklılıklar bulunmaktadır. Kırsal alanlarda doğum öncesi bakım almayan kadınların yüzdesi, ülke ortalamasının iki katından daha fazladır ve kentsel alanlarda yaşayan kadınların neredeyse üç katıdır. 2003-2008 yılları arasında doğum öncesi bakımın kapsamında önemli ilerlemeler olmasına rağmen, Doğu bölgesi ile diğer bölgeler arasındaki fark, hala göreceli olarak büyüktür.

Doğum öncesi bakımın kapsamı, Doğu bölgesi (% 79) hariç diğer bölgelerde % 90' nın üzerindedir. Doğum öncesi bakım Kuzeydoğu, Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu'da en düşük düzeylerdedir (sırasıyla % 73, % 76 ve % 82). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımı ile eğitim düzeyi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça, son canlı doğumda doğum öncesi bakım alanların oranı da artmaktadır. En az lise eğitimi almış kadınların neredeyse tamamı doğumlarında bir sağlık personelinin doğum öncesi bakım almışken, hiç

eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınlara, 10 doğumun 8'inde doğum öncesi bakım almıştır.

Benzer bir ilişki refah düzeyinde de görülmektedir. En düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlara (% 76) doğum öncesi bakım alma olasılığı orta ve daha yüksek refah düzeyindeki kadınlara (% 98 üstü) göre daha düşüktür.

İlk gebelik izlemine mümkün olduğunca erken gebelik haftasında gebelik olasılığı düşünüldüğü andan itibaren başlanmalıdır (Cunningham et al 1997, Akın ve zvarış 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).

DB hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılan iki ölçüt bulunmaktadır. Bunlar Kessner ve Kotelchuck tarafından geliştirilmiş olup kendi adlarıyla anılmaktadır (Kotelchuck 1994).

Her iki ölçütün de en büyük kısıtlılığı yeterliliği yalnızca nicelik olarak değerlendirmesidir. Oysa DB'nin yeterliliği için niteliğinin de göz önünde bulundurulması önemlidir.

Buna karşın DB'nin niteliksel yanını da dikkate alan yaygın kullanılan bir ölçüt bulunmamaktadır. Her iki ölçütün geliştirildiği tarihten günümüze kadar uzun zaman geçmiş olmasına karşın geçerlilikleri halen sürmektedir. Ancak bu ölçütlerin ülkemiz için uygulanabilirliği, yeterlilik için gerekli olan yüksek izlem sayılarının her gebe için gerekliliği tartışma konusudur.

Kadınlara yarısının gebelikleri sırasında dörtten az izlem aldığı ülkemiz için öncelikli hedef tüm kadınlara bakanlığın öngördüğü altı izleme ulaşmasını sağlamaktır. Bunun için de birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan ebelerin gebelerini ilk üç ayı içinde saptaması önemlidir. Gebelerin erken dönemde saptanabilmesi ise ancak 15-49 yaş kadın izlemlerinin düzenli olarak yapılması ile olasıdır.

Toplumun hemen içinde olan ebe/hemşirelerimizin konuya ilişkin bilgi birikimlerinin, motivasyonlarının artırılması ve yeter sayıda istihdamlarının sağlanması ile DÖB hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak yeterliliğinin artacağı kuşkusuzdur.

DÖB esnasında kadınların önemli oranda bilgi edinme ihtiyacı hissettiği ve bilgi edinmek için klinik bilgilendirmenin dışında başka kaynaklara başvurduğu saptanmıştır. Başka kaynaklardan gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem ile ilgili bilgi edindiğini bildiren kadınların oranı % 82.1, bilgi edinme ihtiyacı hissetme oranı ise % 65.5 bulunmuştur.

Bu sonuçlar DÖB veren ebe/hemşire veya doktor tarafından yapılan klinik bilgilendirmenin yeterli olmadığını, gebelerin bilgi edinme ihtiyacı hissettiğini ve bunu başka kaynaklardan sağlamaya çalıştıklarını göstermektedir. Karataş'ın, grup eğitimi yöntemiyle hemşire tarafından verilen doğum öncesi bakım ve eğitim etkinliğinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, kadınların anne ve çocuk sağlığı konusunda bilgi eksikliğinin olduğu ve bilgi almak istedikleri ortaya konularak gereksinimleri doğrultusunda sürekli eğitim verilerek bilgi düzeylerinde önemli artış sağlanabileceği gösterilmiştir.

Gebe iken başka kaynaktan bilgi edinen kadınların eğitim düzeylerinin daha yüksek olduğu, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olma, şehirde yaşama, sosyal güvenceye sahip olma ve işte çalışma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu etkenlerden en önemlisinin kadının eğitim düzeyi olduğu düşünülmektedir.

DÖB'ün en sık alındığı yer veya en sık kimden alındığı gebenin bilgilendirme durumunu önemli derecede etkilemiyor görünmektedir.

DÖB hizmetini en sık ebe/hemşireden aldığını ifade eden kadınların ikinci sıklıkta doktordan DÖB hizmeti aldığı gözlenmiştir. Bu nedenle gebeye DÖB esnasında bilgi verme oranı ve içeriğinin DÖB'in doktor veya ebeden alınmasına göre fark edip etmediğinin araştırılabilmesi için sadece doktor veya ebeden DÖB alan gebelerin karşılaştırılması uygun olacaktır (Karataş 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, Sivaslıoğlu, 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 1997; Yücel, Sivaslıoğlu 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 (preeklamsi 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, ilgilenecek sağlık personeli kendine tanıtmalı, gebe kadının adı sorularak, her türlü işlemde 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 düşükleri, tekrarlayan ikinci trimester düşükleri, yasal tahliye ve isteyerek düşük ve

komplkasyonları, gebelik sırasında yaşanan komplkasyonlar, doğum sırasında yaşanan komplkasyonlar, doğumun şekli, doğum sonrası dönemde yaşanan komplkasyonlar, daha önceki canlı doğumlara ait yaşanan komplkasyonlar, 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 çektirip çektirmediği, 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).

2.2.2 Fizik Muayene

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 hipertroftiktir. 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 ısı ölçülür, nabız ve solunum sayılır) ödem ve varis değerlendirilir (Yüksel 1997; Aksayan ve ark 1998; Taşkın 2005; Yücel, Sivaslıoğlu 2005).

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 (Bedenkitle indeksi) hesaplanmalı ve sonra ideal kilo artışı belirlenmelidir. Gebelik öncesi normal kiloda olan bir kadın gebelik boyunca 11.5-16 kilo almalıdır (Cunningham 1997; DeCherney, Nathan 2003). Beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanarak ideal kilo artışının belirlenmesi; Normal BKİ: 19.8-26 kg/m²

<u>Gebelik öncesi BKİ</u>	<u>İdeal kilo artışı</u>
< 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

Çizelge 2 . Gebelikte Beden Kitle İndeksine Göre Önerilen Ağırlık 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). Boyu 1.50 cm'den az olan gebe kadınların doğumunda güçlükler yaşanabileceği için hastanede doğum planlanmalıdır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1986).

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 vücut gevşetilerek ilk atımın başladığı nokta ve kuvvetini kaybettiği yer belirlenmelidir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1986; Güler, Azak 1995; Yıldırım 2005).

Gebelikte normal vücut ısısı axiller 36.2-37.6 0C civarındadır. Daha yüksek ısı enfeksiyon göstergesi olabilir (Taşkın 2005). Vücut ısısı 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).

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 başparmakla 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 bacağı aynı anda bakılır daha sonra gebeye vulvadaki varis varlığı sorularak varis değerlendirmesi yapılır (Yıldırım 2005).

Gebeliğin saptanması, bebek kısımlarının saptanması, bebeğin büyüklüğünün saptanması, bebeğin gelişiminin izlenmesi, bebek kalp seslerinin dinlenmesi, normal dışı durumların saptanması amacıyla karın muayanesi 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 gözlemde yanıltıcı olabilir (SB 2006).

İkinci olarak, uterus şeklindeki değişiklikler gözlemlenir. Erken gebelikte uterus küre şeklinde, antevert 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 belirmeye 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, Sivashoğlu 2005; SB 2006).

Gözlemde üçüncü olarak, karın duvarı yan kenarları gözlemlenir. Umblikus son haftalarda öne doğru çıkar. Multiparlarda karın yan duvarları sarkıktır. 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).

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 fetoskopla duyulabilir. Fetal kalp sesleri gebeliğin ilkyarısında karnın en bombe olan noktasından, gebeliğin ikinci yarısında ise fetusun sırtının olduğu taraftan daha iyi duyulur (Cunningham 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).

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. ayındansonra (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).

Gebeliğin ilk 4 ayında; vajinal muayene ile 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).

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).

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).

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 gebeliğın 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 değerişimler, 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).

Sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanabilmekle mümkündür ki bu da toplumun sağlık konusunda bilinçlenmesi ile ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinin yararlılığı, sunulan hizmetlerin kullanılabilirliği ile değerlendirilebileceğiden öncelikle sağlık hizmetlerinin herkes tarafından kullanılabilir olması gerekir. Sağlık hizmetlerinin varlığı ve kullanım oranı, toplumdaki ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin düzeyi ve niteliğini belirlemekte de önemli olmaktadır (Kaya 1995).

Bir ülkedeki ana çocuk sağlığı ile ilgili göstergeler toplumdaki ana çocuk sağlığı düzeyini olduğu kadar ülkenin çevre koşullarını, toplumun sosyoekonomik düzeyini ve gelişmişlik durumunu da çok iyi yansıtmaktadır. Bu nedenle ana çocuk sağlığı ile ilgili göstergeler ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile paralellik gösterir. Toplamların gerçek ekonomik ve sosyal kalkınmasından söz edebilmek ve sağlıklı bir toplum oluşturabilmek için risk faktörlerinden en çok etkilenen anne ve çocukların sağlık sorunlarının öncelikli olarak ele alınması ve iyileştirilmesi gerekir.

Sağlık durumlarının istenilen düzeyde olmaması nedeniyle, ana çocuk sağlığı, gelişmekte olan pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de genel sağlık sorunlarının önemli ve öncelikli konularından birini oluşturmaktadır. Bu düzeyi yansıtmada önemli verilerden birisi olan "Anne ölüm hızı" ülkeden ülkeye değişiklik göstermekte ve ülkemiz, yüzbinde 46.7 oranı ile anne-bebek sağlığı hizmetleri açısından oldukça gerilerde yer almaktadır. Ülkemizde anne ölüm nedenleri arasında ilk üç sırayı alan, kanamalar (%30.3), gebelik ve lohusalık toksemileri (%15.5) ve enfeksiyonlar (%9.6) gebelerin doğum öncesi ve doğum sonrası nitelikli izlemi ile önlenabilir nedenler arasındadır.

Doğum öncesi bakımın (DÖB) ilk trimesterde başlanılarak düzenli aralıklarla gebeliğin sonuna kadar sürdürülmesi gebelik boyunca annenin ve fetusun sağlık durumlarının değerlendirilmesi ve sağlıkla ilgili sorunların ortadan kaldırılması ile perinatal, maternal mortalite ve morbiditeyi azaltır. Ayrıca önceden tanımlanmış zamanlarda belirli tarama testleri ile olası gebelik komplikasyonları önceden tanınıp gerekli önlemler alınabilir. Böylece annenin sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesi ve sağlıklı bebek sahibi olması sağlanır. Sağlıklı bir gebelik sürecini izleyerek doğan ve doğum sırasında optimal koşullarda bakım alan bebekler sağlıklı toplumun temelidir.

Toplumun sosyal yapısı, evlilik ve toplumdaki en küçük birimi oluşturan aile kurulmasına ilişkin sosyal değerleri de toplum sağlığını yakından ilgilendirmektedir. Örneğin aile kurulurken eşin aynı kan bağına taşıyan bireyler arasından seçilmesi, yani akraba evliliği ülkemiz için halen önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Akraba evliliği, özellikle toplumdaki genetik hastalıkların görülme oranını artırmaktadır ve bu nedenle de toplum sağlığını etkileyen önemli bir faktör olarak değerlendirilmelidir.

2.3. İŞ DOYUMU

Çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin, beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeyini ifade eden iş doyumu; kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli koşullarından biridir. İş doyumu, çalışanın işini ve iş çevresini değerlendirmesi sonucunda geliştirdiği duygusal bir tepki olarak tanımlanabilir (Duxbury 1984).

İş doyumunu açıklamak amacıyla çeşitli kuram ve modeller geliştirilmiştir. Abraham Maslow tarafından geliştirilen gereksinimler hiyerarşisi kuramına göre; insan gereksinimleri beş temel sınıfta toplanmıştır. Bu gereksinimler sırasıyla; fizyolojik gereksinimler, güvenlik, sevgi, saygı ve kendini gerçekleştirme gereksinimleridir. Önceliği olan gereksinimler doyurulmadan bir sonraki gereksinim ortaya çıkmamaktadır.

Bu kurama göre, alt kademelerde çalışanlar ücret ve iş güvenliği gibi faktörlerle, daha üst kademelerde çalışanlar ise başarı faktörü ile daha fazla ilgilenmektedir (Misener 1996).

Adams tarafından geliştirilen eşitlik kuramına göre; bireyin kendi girdi-sonuç oranı ile diğer bireylerin girdi-sonuç oranlarını eşit olarak algılayıp algılamaması iş doyumunu oluşturur. Birey, işe verdikleri ile işten aldıklarını başkaları ile karşılaştırdığında eşitlik algılıyorsa doyum, aksi halde doyumsuzluk ortaya çıkacaktır. Bu kurama göre, doyum ve doyumsuzluk birbirinin karşıtı kavramlardır (Locke 1983).

Herzberg ve arkadaşlarının ortaya attığı çift etken kuramı, doyum ve doyumsuzluğun birbirinin karşıtı olmadığını, doyum ve doyumsuzluğu etkileyen faktörlerin birbirinden farklı olduğunu kabul etmektedir. Bu kurama göre; doyum sağlayan faktörler işin kendisine ilişkin, doyumsuzluk oluşturan faktörler ise iş çevresine ilişkin faktörlerdir (Misener 1996, Koelbel 1991). Locke, iş doyumunu, gerçek ve beklenen verimlilik düzeyleri arasındaki farkın işlevi olarak ele almıştır. Amaçlama kuramı olarak adlandırılan bu kurama göre, bireyin amaçlarına ulaşması ya da yüksek düzeyde verimlilik göstermesi doyum oluştururken, amaçlarına ulaşamaması doyumsuzluğa neden olmaktadır.

İş doyumunu etkileyen çeşitli faktörler, bireysel ve örgütsel faktörler olarak iki grupta toplanabilir. Bireysel özelliklerden başlıcaları; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, sosyo-kültürel çevre, zeka, kişilik özellikleri, meslekte veya işyerinde çalışma süresi, meslek seçimi, meslekle ilgili geleceğe yönelik düşünceler ve genel yaşam tutumudur. Örgütsel özellikler ise, ücret, işin niteliği, güvenlik, gelişme ve yükselme olanakları, çalışma ortamı ve koşulları, yönetim biçimi ve yöneticilerle ilişkiler ve grup etkileşimidir.

İş doyumsuzluğunun, genel yaşam doyumunu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık üzerine olumsuz etkilerinin yanı sıra, işe devamsızlık, işten ayrılma, iş veriminin düşmesi gibi örgütsel etkileri de olabilmektedir.

Çalışanların iş doyumu düzeyini belirlemek amacıyla, çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Bu konuda en sık başvurulanan yol, işin değişik yönleri ile ilgili sorulardan oluşan ölçeklerin kullanılmasıdır. İş doyumunun karmaşık yapısı nedeniyle, uygulamada birçok sorunla karşılaşmaktadır. Bazı araştırmacılar, bireyin işinden genel olarak ne kadar doyum sağladığını sorgulamaktadır (global doyum). Buna karşılık, çok yönlü yaklaşımı esas alan araştırmacılar, işin değişik boyutlarına ilişkin doyumu ölçmeye çalışmaktadır (Locke 1983).

Hangi kesimde ve düzeyde olursa olsun, çalışma, insana profesyonel ve sosyal yapı içinde yer ve rol kazandırır. Ayrıca ekonomik değeri yanında bir tatmin sağlama aracıdır. Meslek bireyin kendini gerçekleştirme, kendini ifade etmesi, yaşadığı toplumla işe yaradığını hissetmesi bakımından önemlidir (Külahçı 1991).

Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Bu gelişimin olumlu yönde olması bireyin sağlığı ve kurumun başarısı ile sonuçlanır (Gözüm 1997). Çalışan insanların beden ve ruh sağlığını sürdürebilmesi, bireyin çalışma yaşamının fizyolojik ve toplumsal kaynaklı zararlı etkilerden korunması, çağdaş bilimin temel amaçlarından biri olmuştur (Görgülü 1998).

Çalışma koşullarının olumlu oluşu hem çalışanın işyerine uyumunu hem de benimsemesini sağlar. İlgi, sevgi, saygınlık kazanma, güven duyma insanı mutlu eder işverimini arttırır (Köknel 1988).

İş doyumu işgörenin işe yada işin belirli yönlerine olan tepkisini yansıtır. İşgörenlerin çalışma yaşamında gerçekleşmesini arzuladıkları istekler ile iş çevresinden edindikleri izlenimler birbirine uyduğu zaman doyum oluşmaktadır. Ücret, işin kendisi, gözetim, çalışma grubu, çalışma koşulları genel yönetim biçimidir. Yüksek ücret, yükselme olanağı, iş arkadaşları, değişik görevler, çalışma yöntemi ve hızının sıkı biçimde denetiminin doyum sağlamanın temel güdüleyici faktörleridir (Varoğlu 1993, Eroğlu 2000, Erdoğan 1999, Baysal A. C. Tekarslan 1996).

Çalışanların iş doyumu düzeyini belirlemek amacıyla, çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. En sık başvurulanan yol, işin değişik yönleri ile ilgili sorulardan oluşan ölçeklerin kullanılmasıdır (Görgülü 1998, Locke 1983).

İş doyumu her meslekte önemlidir. Ancak hemşirelik mesleğinde, çalışma koşullarının ağır olması, düzensiz çalışma saatleri, düşük ücretle çalışma, mesleki saygınlığının yetersizliği gibi faktörler, iş doyumunun düşük olmasına neden olabilmektedir. Bu durumda, iş veriminde düşme, erken emeklilik gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Çalışanların iş doyumu, meslek grupları arasında değişiklik gösterebileceği gibi, aynı meslek grubunda, ülkeler, bölgeler ve kurumlar arasında da farklılıklar olabilmektedir (Lu 2005).

DÖB gereksinimleri çok çeşitlidir ve karşılanabilmesi için multidisipliner yaklaşımlı bir ekip çalışmasını gerektirir. Hekim, hemşire, ebe, psikolog, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, genetik danışman ve fizyoterapist gibi farklı disiplin üyelerinden oluşan ekipte, her bir meslek üyesinin kendine özgü fakat birbirini tamamlayan eşgüdümlü hizmet vermesi beklenir (Quiniette 1986; Velioğlu 1988).

DÖB alanında sunulan sağlık hizmeti, genel sistemin bir parçası olduğundan sağlık sisteminde yaşanan bazı sıkıntılar bu alan için de geçerlidir. Biz sağlık profesyonelleri öncelikle ulaşmak istediğimiz hedefi çok iyi belirlememiz gerekmektedir. Kime hizmet sunmayı hedefliyoruz? Sağlık sistemimizin odak noktasında bulunan kişi kimdir? Hekim mi, hemşire mi, birey mi? Bu soruya vereceğimiz doğru yanıt, başarımızın anahtarını oluşturacaktır.

Tüm sağlık profesyonelleri, birey ve onun gereksinimlerini karşılamak için vardır. 1984'te Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi "Herkes İçin Sağlık" stratejisi hedeflerinden 36'sında ısrarla vurguladığı gibi sağlık profesyonelleri, mesleki çıkar ve beklentilerini bir yana bırakıp tüm çabalarını birey, grup ve toplumun sağlık gereksinimlerini ve taleplerini karşılamaya yönelmelidir (SBY 1986). Bu hedefle, sağlık mesleklerinin, öncelikle, üyelerinin gururunu okşamak ve onların insani beklentilerini karşılamak için değil tüm insanların sağlık

gereksinimlerini, önceliklerini saptamak ve gereğini yapmak üzere var olduklarına dikkat çekilmektedir. O halde insan nasıl bir varlıktır ve ne gibi özelliklere sahiptir, hatırlamaya çalışalım.

İnsan bedensel, ruhsal, sosyal, kültürel boyutları olan bir varlıktır. Görüldüğü gibi insan faktörü, çok boyutlu ve gereksinimleri de o oranda çok yönlü olan bir varlıktır (Babadağ 1996). Bu nedenle ona sunulan hizmet de çok yönlü olmalıdır. Bu da sağlık hizmetlerinde multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Sağlık profesyonelleri bu hizmeti, bireyin bütünlüğünü bozmadan birlik ve beraberlik içinde sunmalıdır. Böylece beklenen hedefe ulaşmak daha kolay olacak ve birey de hak ettiği sağlık hizmetini alabilecektir. İşte sağlık hizmetlerinde ekip yaklaşımı, bu gereksinimden bir zorunluluk olarak ortaya çıkmıştır.

Konuyu genelden özele indirgediğimizde, DÖB’de hedef kitlenin, sağlıklı/hasta gebe, fetüs ile içinde bulundukları aile ortamı olduğunu görmekteyiz. Bu hedef kitle DÖB hizmetlerini nasıl ve nereden elde eder? Bilindiği gibi hastanelerimizin kadın doğum üniteleri AÇSAP merkezleri, Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri, perinatal bakım hizmetini sunan kaynaklardır. Ancak istatistiklere baktığımızda, hedef kitemizin bu kaynaklardan yeterince yararlanamadıklarını görmekteyiz. Gebelerimizin % 46’sının çeşitli nedenlerle antenatal kontrole hiç gitmediklerini, % 49’unun doğumlarını ev ortamında gerçekleştirdiklerini, loğusaların en fazla 48 saat içinde hastaneden taburcu edildiklerini göz önüne aldığımızda hedef kitemizin % 50’sinin perinatal bakım hizmetlerinden yoksun kaldığını söylememiz yanlış olmaz (SBY 1993).

Bu durumda DÖB hizmetleri etkin kılabilmemiz için hizmeti, ev ortamına ulaştırmamız gerekmektedir. Bunun için de yeterli bilgi ve beceri ile donatılmış sağlık insan gücüne gereksinim vardır. Ülkemizde bu hizmet, eğitim düzeyleri nedeniyle yardımcı sağlık personeli olarak nitelendirilen ebeler tarafından yürütülmektedir. Bağımsız ve nitelikli hizmet sunması beklenen bu grubun mesleki bilgi ve becerilerinin yeterlilik düzeyi tartışılabilir. Gelişmiş ülkelerde bu amaç için perinatoloji alanında uzmanlaşmış pratisyen hemşireler kullanılmaktadır. Böylece yüksek kalitedeki hizmet, düşük maliyetle sunulabilmektedir (Gennaro 1995).

Ülkemiz için de ilk aşamada ebelerin yanı sıra üniversiteler düzeyde eğitim görmüş profesyonel hemşirelerin bu alanda görev üstlenmeleri yerinde olur kanısındayım.

DÖB'ün genel amacı; anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir (Quiniette 1986, Ziegel, Krenely 1984).

Bu bağlamda DÖB hizmetlerinde hemşirelik yaklaşımı, gebe ve ailesinin bu yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyum sağlayabilmesi için bakım ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek ve rehber olmaktır (Gennaro 1995, Ziegel, Krenely 1984).

Gebelik, biyolojik olarak normal bir süreç olmasına karşın kadın yaşamında çok sık deneyimlenen bir durum değildir. Gebenin kendi ve fetüsün sağlığını yükseltmek için bu yeni duruma özel adaptasyonu gerekir. Ayrıca bebeğin doğumu sadece anne üzerinde değil, baba, kardeşler, büyükanne ve büyükbaba üzerinde de etkiler yapar ve onların tüm rollerinde, ilişkilerinde önemli değişikliklere yol açar. Bu nedenle perinatoloji hemşiresi, yenidoğanın da dahil olduğu bu yeni aile ünitesini bütünsel bir yaklaşımla ele alıp gereksinimlerini değerlendirmelidir.

DÖB'a ilişkin bakım gereksinimleri şöyle sıralanabilir (Quiniette 1986, Gennaro 1995, Ziegel, Krenely 1984):

- Sağlıklı ve güvenli ebeveynliğe hazırlık
- Gebelikten korunma ya da gebe kalma
- Gebelik ve doğuma anatomik, fizyolojik ve psikososyal adaptasyon
- Gebeliği sürdürme ve izleme
- Prenatal tanı yöntemlerine destek
- Önceden var olan ya da gebelikle birlikte oluşan sağlık sorunları
- Doğum eylemine yardım ve eyleme ilişkin sağlık sorunları
- Sağlıklı yenidoğan bakımı
- Yenidoğana ilişkin sağlık sorunları

- Loğusa bakımı ve sağlık sorunları
- Aile üyelerinin gebelik, doğum ve yenidoğana olumlu adaptasyon

Görüldüğü gibi doğum öncesi, doğum ve doğum sonuna ilişkin karşılanması gereken çok çeşitli sağlık bakım gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerin tanınması, ancak bireyin yakın gözlemiyle olasıdır. Profesyonel hemşire, mesleki yeterliliği ve kadının yanında, sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir. Belirlediği sağlık sorunlarının çözümünde disiplin içi ve disiplinlerarası sağlık ekibi üyeleriyle iş birliği yapar ve koordinatör rol üstlenir. Ayrıca bireyin kendi bakımına aktif katılımı için onun görüş ve onayını alır. Böylece sorunların çözümüne yönelik planlanan bakım, süreklilik ve anlam kazanır.

Disiplinlerarası ekip yaklaşımı; sağlık meslekleri üyeleri arasında hizmetlerdeki boşluk ve tekrarları ortadan kaldırmak için işbirliği yapmayı öngören anlayıştır (Velioğlu 1988, Oktay 1990).

Ekip çalışmasının üstünlükleri arasında;

- Ekip üyelerinin bilgi ve beceriklerinden en iyi biçimde yararlanılması,
- Sağlık profesyonelleri arasında haberleşme ve koordinasyon sağlaması,
- Çabaların birleşmesiyle sorun çözümünde sinerjik etki yaratması,
- Üyeler arasında destek, dayanışma, esneklik sağlaması,
- Sorumluluk duygusunu geliştirmesi,
- Bilimsel gelişme ve geri bildirimle denetleme fırsatı vermesi,

sayılabilir (Velioğlu 1988, Oktay 1990).

Çoğu hastanelerimizde halen mevcut olan "iş merkezli" yaklaşım, bizden sağlık hizmeti bekleyen hedef kitleyi yani sağlıklı/hasta bireyi, unutmamıza neden olabilmektedir. Bilindiği gibi dolaysız hemşirelik bakımı hemşireye, tıbbi tanı ve tedavinin planlanması hekime aittir. Ancak sağlık hizmetlerinin karşılanmasında katkıda bulunan ev idaresi hizmetleri, teknik hizmetler, sekreterlik, malzeme temini vb. pek çok beceri türü vardır. Bunlar tıbbi ve hemşirelik bakımının

oluşmasına destek olurlar. Sağlık kuruluşlarımızın birçoğunda bu destek hizmetler yetersizdir. Ne yazık ki çoğu ülkede olduğu gibi ülkemizde de bu açık, hemşireler tarafından karşılanmaktadır. Bu durumda kendi disiplinin gereğini yerine getiremeyen hemşireler, mesleki eğitimlerinde zahmetle ve özenle edilmiş oldukları profesyonel kimliklerini kullanamamaktadırlar.

Bundan en büyük zararı öncelikle bakım hizmetlerinden yararlanacak olan birey, daha sonra da hemşirelik mesleği görmektedir. Hemşireler esas görevlerini yerine getirmedikleri için iş doyumsuzluğu yaşarken; yetkililer de, yürütülen faaliyetlere bakarak "Hemşirelik Eğitimi" hakkında isabetsiz kararlara varabilmektedirler. Bu açmazdan kurtulmanın yollarını aramalıyız. Sorunun çözümü için iyi niyet, inanç ve ısrarla girişimlerimizi sürdürmeliyiz. Sağlık hizmetlerinde multidisipliner ekip yaklaşımı, sağlık meslekleri üyelerinin hizmetlerdeki boşluk ve tekrarları ortadan kaldırmak için işbirliği yapmalarını öngören anlayıştır.

Sağlık hizmetlerimizin birçok birimlerinde olduğu gibi DÖB alanında da bu anlamda bir ekip yaklaşımından söz etmek olanaksızdır. DÖB’de görev üstlenen sağlık profesyonelleri, öncelikle hizmet sunacakları hedef kitleyi doğru belirlemelidir. Ayrıca hizmetlerini esas görevlerinden ödün vermeden diğer sağlık disiplinleri ve destek hizmetlerle işbirliği içinde sürdürmelidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma, Kağıthane Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık hizmeti veren yirmi iki sağlık ocağı ve AÇSAP'ta Haziran- Temmuz 2009'da yapılmıştır.

Araştırmanın bu bölgede yapılma nedeni: Araştırmacının 2007-2008 yıllarında İstanbul Kağıthane Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Gültepe Sağlık Ocağında hizmet vermiş olması ve sağlık ocağı ve açsap merkezlerinin DÖB hizmetlerini birincil düzeyde uyguluyor olması nedeniyle bu bölge seçilmiştir.

3.2. Araştırmanın Şekli: İstanbul Kağıthane Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin DÖB hizmetlerini ne derece yerine getirdikleri, DÖB hizmetleri kapsamında yaşadıkları güçlükleri, DÖB hizmetlerinin yerine getirilmesinde bireysel ve çalıştıkları kurum açısından tespit ettikleri eksiklikleri, kurumlarında DÖB hizmeti kapsamında uygulamada yer alması gerektiğini düşündükleri hususları saptamak ve aynı zamanda ebe ve hemşirelerin iş doyumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmış ve uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini Kağıthane Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan yetmişüç (73) ebe ve hemşire oluşturmaktadır.

Evrendeki tüm ebe ve hemşirelere ulaşılmak istenmekte olup, bunlardan çalışmaya katılmayı kabul eden altmış (60) ebe ve hemşire araştırma örneklemini oluşturmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması: Araştırmanın verileri; sosyodemografik özellikleri içeren tanıtıcı bilgiler formu (EK 7.1), doğum öncesi bakım uygulamalarına dönük düşüncelerini ve güçlüklerini belirleyebilmek amacıyla hazırlanan değerlendirme anket formu (EK 7.2) ve iş doyumlarının belirlenmesi amacıyla, veri toplama aracı olarak Weiss, Dawis, England, Lofquist (1967) tarafından geliştirilen ve Baycan (1985) tarafından Türkçe'ye uyarlanan, Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,99 olan “Minnesota İş Doyum Ölçeği (MSQ)” kullanılmıştır. Hazırlanan minnesota doyum ölçeği (EK 7.3) ile toplanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan ebe ve hemşirelerin DÖB hizmetlerini kapsayan Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi EK 7.4'te belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmayı kabul edenler araştırma kapsamına alınmış ve veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır .

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde, t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Araştırmanın anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmaya başlamadan önce gerekli tüm izinler ve etik komite onayları alınmış, araştırma esnasında mahremiyet, yarar ve bilgi edinme ilkelerine bağlı kalınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Ebe ve Hemşirelerin Yaşları

Yaş	n	%
20-25	7	11,6
26-30	25	41,7
31-35	10	16,7
36-40	12	20,0
40 ve üzeri	6	10,0
Toplam	60	100

Ebe ve hemşirelerin yaşlarına bakıldığında 26-30 yaş arasındakilerin %41,7 ile yoğunlukta olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	n	%
Lise	12	20,0
Önlisans	7	11,6
Lisans	37	61,7
Yüksek Lisans	4	6,7
Toplam	60	100

Ebe ve hemşirelerin eğitim durumlarına bakıldığında %61,7 ile lisans mezunlarının en yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir.

Tablo 3. Ebe ve Hemşirelerin Medeni Durumları

Medeni Durum	n	%
Evli	43	71,7
Bekar	17	28,3
Toplam	60	100

Ebe ve hemşirelerin medeni durumlarına bakıldığında 17 kişiyle bekar sayısının evli sayısından daha az olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Ebe ve Hemşirelerin Çalışma Statüleri

Çalışma Statüsü	n	%
Kadrolu	28	46,7
Sözleşmeli 4/b	32	53,3
Toplam	60	100

Ebe ve hemşirelerin memuriyet durumları incelendiğinde %53,3 ile sözleşmeli 4/b personelin çoğunlukta olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Ebe ve Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Süreleri

Süre	n	%
1-5	24	40
6-10	13	21,7
11-15	6	10
16-20	11	18,3
20 ve üzeri	6	10
Toplam	60	100

Araştırmada yer alan ebe ve hemşirelerin meslekteki çalışma süreleri incelendiğinde; büyük bölümünün 1- 5 yıl süre ile çalıştığı , çalışma süresinin 11-15 yıl ve 20 yıl ve üzeri süre ile olanlarda en düşük oranda olduğu dikkati çekmektedir.

Tablo 6. Ebe ve Hemşirelerin Çalışmakta Oldukları Kurumda Çalışma Süreleri

Süre	n	%
1-2	39	65
3-4	8	13,3
5-6	3	5
7-8	2	3,3
9-10	3	5
11 ve üzeri	5	8,4
Toplam	60	100.0

Ebe ve hemşirelerin şuanda bulundukları kurumda çalışma süreleri incelendiğinde 1-2 yıl süreyle çalışanların en yüksek oranda olduğu görülmektedir.

Geriye kalan ebe ve hemşirelerin çalışma sürelerinin yıllara göre dağılımı oldukça düşük oranlardadır.

Tablo 7. Ebe ve Hemşirelerin Daha Önce Çalıştıkları Kurumda Görev Yaptıkları Bölümleri

Bölüm	n	%
Kadın-doğum	10	16,6
1. basamak	8	13,3
Yeni doğan	4	6,7
Diğer	34	56,7
Daha Önce Çalışmamış	4	6,7
Toplam	60	100

Ebe ve hemşirelerin daha önce çalıştıkları kurumda görev yaptıkları bölümleri incelendiğinde DÖB Hizmetine yönelik alanlarda çalışanların kadın doğumda 10 kişi, 1.basamak sağlık hizmetlerinde 8 kişi olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Öykü Almaya İlişkin Uygulamaları (n=60)

Öykü	n	%
Kişisel bilgiler	60	100,0
Tıbbi öykü	58	96,7
Obstetrik öykü	51	85,0
Mevcut gebelik öyküsü	58	96,7

Ebe ve hemşirelerin DÖB hizmeti kapsamında öykü almaya ilişkin uygulamalarına bakıldığında; “kişisel bilgiler” öyküsünün % 100 oranında alındığı, diğer öykülerin daha düşük oranlarda alındığı belirlenmiştir.

Tablo 9. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Fizik Muayeneye İlişkin Uygulamaları (n=60)

Fizik muayene	n	%
Gebenin boy ve kilosunun ölçümü	59	98,3
Kan basıncının ölçümü ve nabzın sayılması	59	98,3
Anemi bulguların kontrol edilmesi	59	98,3
Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerinin kontrol edilmesi	52	86,7
Göğüs ve kalp oskültasyonunun yapılması hekim tarafından	14	23,3
Gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapılması	11	18,3
Yaygın ödem kontrolünün yapılması	58	96,7
Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendirilmesi	30	50,0
Fetüs kalp seslerinin değerlendirilmesi	59	98,3
Diğer sistemik muayenelerin yapılması	40	66,7
Meme muayenesinin yapılması	46	76,7
Leopold manevralarının yapılması	51	85,0
Fetüs kalp seslerinin uygun teknikle değerlendirilmesi	48	80,0

Ebe ve hemşirelerin DÖB Hizmeti kapsamında fizik muayeneye ilişkin uygulamalarına bakıldığında, hekim tarafından göğüs ve kalp oskültasyonunun yapılmasının % 23,3 oranında , gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapılmasının % 18,3 olarak düşük oranlarda alındığı dikkati çekmektedir.

Tablo 10. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Laboratuvar Testlerine İlişkin Uygulamaları (n=60)

Laboratuvar Testleri	n	%
İdrar tahlili	54	90,0
Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü	59	98,3
Kan grubu tayini	5	8,3
Glukoz tarama testi	39	65,0
Temel obstetrik ultrasonografi	8	13,3

Ebe ve hemşirelerin DÖB Hizmeti kapsamında laboratuvar testlerine ilişkin uygulamalarına bakıldığında, kan sayımı veya Hb-Hct ölçümünün % 98,3 olarak yüksek bir oranda alındığı belirlenmiştir.

Tablo 11. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklamaya İlişkin Uygulamaları (n=60)

Bağışıklama	n	%
Demir preparatı desteği	58	96,7
Tetanoz profilaksi	59	98,3

Ebe ve hemşirelerin DÖB Hizmeti kapsamında gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklamaya ilişkin uygulamalarına bakıldığında, demir preparatı desteğinin 58 kişi ve tetanoz profilaksinin 59 kişi ile tamamına yakın olarak uygulandığı belirlenmiştir.

Tablo 12. DÖB Hizmeti Kapsamında Gebeliğe Bağlı Olağan Yakınmalar Hakkında Gebenin Bilgilendirilmesinde Değinilen Konular (n=60)

Konular	n	%
Yorgunluk	56	93,3
Bulantı kusma	55	91,7
Sık idrara çıkma	59	98,3
Baş dönmesi	58	96,7
Varis ve hemoroid	54	90,0
Kabızlık	53	88,3
Mide yanması	53	88,3
Bacaklarda kramplar	58	96,7
Nefes darlığı	55	91,7
Ciltteki değişiklikler	49	81,7
Memelerde hassasiyet	56	93,3
Meme başındaki glandlarda belirginleşme	47	78,3
Kolostrum salınımı	49	81,7
Toprak yeme vb. aşırma şikayetleri	52	86,7

DÖB Hizmeti kapsamında gebeliğe bağlı olağan yakınmalar hakkında gebenin bilgilendirilmesinde değinilen konular incelendiğinde, meme başındaki glandlarda belirginleşme 47 kişi ile en az sayıda,sık idrara çıkma 59 kişi ile en çok sayıda belirlenirken,değinilen diğer konuların ise 47-59 kişi aralığında seyrettiği belirlenmiştir.

Tablo 13. DÖB Hizmeti Kapsamında Gebelere Verilen Danışmanlık Hizmetinin İçerdiği Konular (n=60)

Konular	n	%
Beslenme diyet	59	98,3
Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları	59	98,3
Gebelikte cinsel yaşam	55	91,7
Hijyen ve genel vücut bakımı	55	91,7
Ağız ve diş sağlığı	51	85,0
Sigara alışkanlığı	59	98,3
Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı	52	86,7
İlaç kullanımı	58	96,7
Tetanoz toksoid immunizasyonu	56	93,3
Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem konusunda bilgilendirme	58	96,7
Doğum eylemi ve doğum	42	70,0
Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağına planlanması	52	86,7
Emzirme	57	95,0
Ebeveynliğe hazırlık	49	81,7
Postpartum aile planlaması danışmanlığı	57	95,0
Kontrol zamanlarını düzenleme	55	91,7
Gebelikte Tehlike İşaretleri		
Vajinal kanama	56	93,3
Konvülsiyon (sara nöbeti gibi kasılmalar)	42	70,0
Baş ağrısıyla beraber görmede bozulma	41	68,3
Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük	50	83,3
Ciddi karın ağrısı	49	81,7
Solunum güçlüğü veya sık solunum	46	76,7
Suyun gelmesi	57	95,0
Yüz, el ve bacaklarda şişme	53	88,3
Fetüs hareketlerinin Hissedilememesi	59	98,3
Hızlı kilo alımı	47	78,3
Fetal anomaliler, tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında bilgilendirme	52	86,7

DÖB Hizmeti kapsamında gebelere verilen danışmanlık hizmetinin içerdiği konulara bakıldığında, beslenme-diyet,fiziksel aktivite ve çalışma koşulları,sigara alışkanlığı, fetüs hareketlerinin hissedilememesi konularına %98,3 gibi büyük bir oranda değinildiği belirlenmiştir.

Tablo 14. Gebelik Dönemlerine Göre Kurumda Sistemli Uygulama Durumları (n=60)

Dönemler	n	%
İlk 3 ay içinde başvuran gebelere	42	70,0
İlk 6 ay içinde başvuran gebelere	38	63,3
6. aydan itibaren başlayan gebelere	39	65,0
Risk saptanan gebelere	39	65,0

Gebelik dönemlerine göre kurumda sistemli uygulama durumlarına bakıldığında, gebeliğin en önemli dönemlerinden olan ilk 3 ayda başvuran gebelere % 70 oranında sistemli uygulama sağlandığı belirlenmiştir.

Tablo 15. Danışmanlık Verilen Gebelere Bir Sonraki İzleme Gelmelerini Sağlamak İçin Yapılan Uygulamalar (n=60)

Uygulama	n	%
Kartlara izlem tarihi yazılması	48	80,0
Randevu ile davet etme	8	13,3
Uygulamayan	4	6,7

Danışmanlık verilen gebelere bir sonraki izleme gelmelerini sağlamak için yapılan uygulamalara bakıldığında,kartlara izlem tarihi yazılması %80,0 oranında belirlenmiştir.Randevu ile davet etme ise % 13,3 gibi düşük bir oranda görülmüştür.

Riskli bir durum saptandığında izlenen yol incelendiğinde, kadın doğum uzmanına/hastaneye sevk % 98,3 oranında belirlenmiştir.

İlk izlemin ardından yapılan diğer izlemlerde, gebelik süreciyle ilgili değişiklik varlığının sorgulanması incelendiğinde,59 kişi tarafından uygulandığı belirlenmiştir.

Gebe izlem fişinin kontrol durumu, % 98,3 olarak bulunmuştur.

DÖB hizmetlerinin çalışılan kurumda yeterli seviyede uygulandığını düşünme durumuna bakıldığında, %66,7 oranında kişinin uygulamayı yeterli bulduğu saptanmıştır.

Tablo 16. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Öykü Almaya İlişkin Uygulamalarda Tespit Ettikleri Eksiklikler (n=60)

Öykü	n	%
Kişisel bilgiler	8	13,3
Tıbbi öykü	12	20,0
Obstetrik öykü	9	15,0
Mevcut gebelik öyküsü	7	11,7
Diğer	2	3,3

Ebe ve hemşirelerin DÖB Hizmeti kapsamında öykü almaya ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksiklikler incelendiğinde, kişisel bilgiler alanında bile % 13,3 oranında uygulamada eksiklik olduğu görülmüştür.

Tablo 17. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Fizik Muayeneye İlişkin Uygulamalarda Tespit Ettikleri Eksiklikler (n=60)

Uygulama	n	%
Gebenin boy ve kilosunun ölçümü	6	10,0
Kan basıncının ölçümü ve nabzın sayılması	6	10,0
Anemi bulguların kontrol edilmesi	9	15,0
Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerinin kontrol edilmesi	9	15,0
Göğüs ve kalp oskültasyonunun yapılması hekim tarafından	26	43,3
Gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapılması	25	41,7
Yaygın ödem kontrolünün yapılması	7	11,7
Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendirilmesi	12	20,0
Fetüs kalp seslerinin değerlendirilmesi	5	8,3
Diğer sistemik muayenelerin yapılması	8	13,3
Meme muayenesinin yapılması	8	13,3
Leopold manevralarının yapılması	10	16,7
Fetüs kalp seslerinin uygun teknikle değerlendirilmesi	10	16,7

Ebe ve hemşirelerin Döb Hizmeti kapsamında fizik muayeneye ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksiklikler incelendiğinde, hekim tarafından göğüs ve kalp oskültasyonunun yapılması 26 kişi, gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapılması 25 kişi gibi yüksek sayılarda uygulanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 18. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Laboratuvar Testlerine İlişkin Uygulamalarda Tespit Ettikleri Eksiklikler (n=60)

Laboratuvar Testleri	n	%
İdrar tahlili	12	20,0
Kan sayımı veya Hb Hct ölçümü	7	11,7
Kan grubu tayini	39	65,0
Glukoz tarama testi	17	28,3
Temel obstetrik ultrasonografi	36	60,0

Ebe ve hemşirelerin Döb Hizmeti kapsamında laboratuvar testlerine ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksikliklere bakıldığında kan gurubu tayininin % 65,0 oranında uygulamada yer almadığı tespit edilmiştir.

Tablo 19. Ebe ve Hemşirelerin DÖB Hizmeti Kapsamında Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklamaya İlişkin Uygulamalarda Tespit Ettikleri Eksiklikler (n=60)

Bağışıklama	n	%
Demir preparatı desteği	8	13,3
Tetanoz profilaksi	8	13,3

Ebe ve hemşirelerin Döb Hizmeti kapsamında gebeye verilecek ilaç desteği,tedaviler ve bağışıklamaya ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksiklikler incelendiğinde demir preparatı desteği ve tetanoz profilaksinin % 86,7 oranında uygulamada yer aldığı belirlenmiştir.

Tablo 20. Ebe ve Hemşirelerin Tespit Ettikleri Eksikliklerin Kurumlarında Uygulanamama Nedenleri (n=60)

Nedenler	n	%
Hasta sayısının çok olması	26	43,3
Kurumun teknik yetersizliği	40	66,7
Çalışan sayısının yetersizliği	30	50,0
İş yoğunluğu	29	48,3
Çalışanlar arasındaki iletişim eksikliği	7	11,7
Çalışan hasta arasındaki iletişim eksikliği	0	0,0

Ebe ve hemşirelerin tespit ettikleri eksikliklerin kurumlarında uygulanamama nedenleri incelendiğinde çalışan hasta arasındaki iletişim eksikliği % 100 oranında ebe ve hemşireler tarafından neden olarak gösterilmediği belirlenmiştir.

Tablo 21. Ebe ve Hemşirelerin Kayıt Tutma Durumları (n=60)

Yöntem	n	%
İzlem fişi ile	52	86,7
Protokol defteri ile	46	76,7
Bilgisayar yardımı ile	40	66,7
Diğer	7	11,7

Ebe ve hemşirelerin kayıt tutma durumları incelendiğinde izlem fişi ile kayıt tutulması %86,7 ile ilk sırada yer almıştır.

DÖB hizmetlerinin kayıt altına alınmasının yeterli seviyede olma durumu incelendiğinde, % 65,0 sonucuna ulaşılmıştır.

Kayıt sisteminde tespit edilen eksiklik varlığı incelendiğinde, % 30,0 sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 22. Ebe ve Hemşirelerin Kurumlarında DÖB Hizmeti Haricinde Verdikleri Hizmetler (n=60)

Hizmetler	n	%
Laboratuvar	54	90,0
Pansuman	53	88,3
Enjeksiyon	54	90,0
Aşı	54	90,0
Sağlam çocuk	54	90,0
Yazışma	54	90,0
Gebe loğusa izlem	54	90,0
ETF	54	90,0

Ebe ve hemşirelerin kurumlarında DÖB hizmeti haricinde verdikleri hizmetlere bakıldığında yemek, bulaşık gibi hizmetlerin % 90,0 ile enjeksiyon, aşı gibi hizmetlerle aynı oranda yapıldığı görülmüştür.

Tablo 23. Ebe ve Hemşirelerin Ev Ziyaretlerinde Yaşadıkları Güçlükler (n=60)

Güçlük	n	%
Ulaşım	58	96,7
Bilmediğim yere gitmek	57	95,0
Ev halkının davranışları	54	90,0
Ek ödenek yapılmaması	52	86,7
Diğer (güvenliğin olmaması)	11	18,3

Ebe ve hemşirelerin ev ziyaretlerinde yaşadıkları güçlükler incelendiğinde ulaşımın %96,7 ile en yüksek oranda güçlük olarak görüldüğü belirlenmiştir.

Tablo 24. Ebe ve Hemşirelerin İşlerinde Yaşadıkları Güçlükler (n=60)

Güçlük	n	%
Çalışma koşullarının ağır olması	43	71,7
Düzensiz çalışma saatleri	20	33,3
Mesleki saygınlığın yetersizliği	54	90,0
İşin genel görünüm ve zorluk derecesi	35	58,3
Ücret yetersizliği	50	83,3
İlerleme olanağı	38	63,3
Uygun ödüllendirme	32	53,3
Kurumun sosyal yetersizliği	40	66,7
Çalışma koşulları ve iş güvenliği	45	75,0

Ebe ve hemşirelerin işlerinde yaşadıkları güçlükler bakıldığında düzensiz çalışma saatlerinin 20 kişiyle en az sayıda, mesleki saygınlığın yetersizliği 54 kişiyle en fazla sayıda belirtildiği görülmüştür.

DÖB Hizmeti kapsamında belirtilen eksiklikler haricinde uygulamada yer alması gerektiği düşünülen hizmetler kapsamında; kan grubu tayini, OGTT yapılması, hekimler tarafından ödem, varis, tetanoz profilaksi değerlendirilmesinin yapılması, idrar yolu enfeksiyonlarının gebelikteki öneminin hekim tarafından hastaya hatırlatılması, doğum öncesi bakım etkinliğini artırmak için ebe ve hemşireye daha çok yetkinlik verilmesi, hasta sayısının çok olması nedeniyle çalışan sayısının arttırılması, ebe ve hemşirelerin bilgi düzeylerinin arttırılması, ev ziyaretlerinin etkinliğinin arttırılması, izlemlerin görsel ve işitsel mekanizmalarla halka önceden bildirilmesi, kadın sağlığı ile ilgili televizyon programların arttırılması, Sağlık Bakanlığının DÖB Hizmeti konusunda özel programlar hazırlaması, laboratuvar hizmetlerinin geliştirilmesi, kadın doğum uzmanlarının hastaları daha fazla bilgilendirmeleri şeklinde cevaplar elde edilmiştir.

Çalışma ortamında iletişim içerisinde olunan kişilerle yaşanan güçlükler kapsamında; hastaların sağlık personeline yaklaşımı, hekim-hemşire arasındaki iletişim bozukluğu, eğitimin desteklenmemesi, iş yoğunluğu, personel sayısının yetersizliği, personel arası iş bölümünde yaşanan güçlükler, yardımcı sağlık

personelinin mesleki eğitim ve bilgi yetersizliği, sağlıkta dönüşüm projesi sonrası hastaların daha kötü davranışlar sergilemesi, sorumlu hekimlerin görev dışı işlere görevlendirme yapma çabaları şeklinde sorunlarla karşılaşmıştır.

Tablo 25. Ebe ve Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre t-Testi Sonuçları

DOYUM	MEDENİ DURUM	N	X	SS	Sd	t	p
İÇSEL	EVLİ	43	3,16	0,56	58	1,97	0,05
	BEKAR	17	2,84	0,60			
DIŞSAL	EVLİ	43	2,87	0,62	58	0,77	0,44
	BEKAR	17	2,73	0,64			
GENEL	EVLİ	43	3,22	0,56	58	1,74	0,09
	BEKAR	17	2,94	0,60			

Tablo 25'ten de anlaşılacağı üzere iş doyumunda belirtilen birinci soru "Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeylerinin medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılık göstermekte midir?" biçiminde ifade edilmiştir. Medeni duruma göre iş doyum düzeylerine yönelik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olup-olmadığını belirleyebilmek amacıyla t-testi uygulanmıştır. Yapılan t-testi sonucunda, hemşirelerin iş doyum düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Ebe Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerinin Memuriyet Durumlarına Göre t-Testi Sonuçları

DOYUM	MEMURİYET DURUMU	N	X	SS	Sd	t	p
İÇSEL	KADROLU	28	3,12	0,52	58	0,53	0,60
	SÖZLEŞMELİ	32	3,03	0,64			
DIŞSAL	KADROLU	28	2,90	0,63	58	0,92	0,36
	SÖZLEŞMELİ	32	2,76	0,62			
GENEL	KADROLU	28	3,20	0,53	58	0,84	0,40
	SÖZLEŞMELİ	32	3,08	0,62			

Araştırmanın ikinci sorusu “Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeylerinin memuriyet durumlarına göre anlamlı olarak farklılık göstermekte midir?” biçiminde ifade edilmiştir. Memuriyet durumuna göre iş doyum düzeylerine yönelik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olup-olmadığını belirleyebilmek amacıyla t-testi uygulanmıştır. Yapılan t-testi sonucunda, hemşirelerin iş doyum düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. Ebe ve Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre t-Testi (ANOVA) Sonuçları

DOYUM	EĞİTİM DURUMU	N	X	SS	df	F	p	ANLAMLI FARK
İÇSEL	LİSE	12	3,27	0,44	3	1,68	0,18	p>0,05
	ÖN LİSANS	7	3,37	0,68				
	LİSANS	37	2,99	0,44	56			
	Y.LİSANS	4	2,77	0,59	59			
	TOPLAM	60	3,07	0,69				
DIŞSAL	LİSE	12	3,17	0,69	3	2,68	0,06	p>0,05
	ÖN LİSANS	7	3,07	0,39				
	LİSANS	37	2,71	0,62	56			
	Y.LİSANS	4	2,44	0,22	59			
	TOPLAM	60	2,83	0,63				
GENEL	LİSE	12	3,42	0,52	3	2,84	0,04	(LİSE- LİSANS)- (LİSE- Y.LİSANS)
	ÖN LİSANS	7	3,46	0,39				
	LİSANS	37	3,03	0,60	56			
	Y.LİSANS	4	2,76	0,30	59			
	TOPLAM	60	3,14	0,58				

Araştırmanın üçüncü sorusu “Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeyinin, eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılık göstermekte midir?” biçiminde ifade edilmiştir. Hemşirelerin iş doyum düzeyinin, eğitim değişkenine göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olup-olmadığını belirleyebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Yapılan ANOVA testi sonucunda hemşirelerin iş doyum düzeyinin, eğitim değişkenine göre anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Tablo 27’den de görüleceği üzere, lise mezunu olan ebe ve hemşirelerin, iş doyum düzeyi puan ortalaması ($X=3,42$), lisans mezunu olan ebe ve hemşirelerin puan ortalamasından ($X=3,03$) ve yüksek lisans mezunu olan ebe ve hemşirelerin puan ortalamasından ($X=2,76$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 28. Ebe ve Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerinin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre t-Testi (ANOVA) Sonuçları

DOYUM	ÇALIŞMA SÜRESİ	N	X	SS	df	F	p	ANLAMLI FARK
İÇSEL	1-5 YIL	24	3,12	0,59	4	1,73	0,16	p>0,05
	6-10 YIL	13	2,76	0,53				
	11-15 YIL	6	3,38	0,57				
	16-20 YIL	11	3,23	0,50				
	20 YIL VE ÜZERİ	6	2,95	0,70	59			
	TOPLAM	60	3,07	0,59				
DIŞSAL	1-5 YIL	24	2,85	0,65	4	1,92	0,12	p>0,05
	6-10 YIL	13	2,49	0,36				
	11-15 YIL	6	3,25	0,73				
	16-20 YIL	11	2,98	0,51				
	20 YIL VE ÜZERİ	6	2,77	0,86	59			
	TOPLAM	60	2,83	0,63				
GENEL	1-5 YIL	24	3,17	0,62	4	2,38	0,06	p>0,05
	6-10 YIL	13	2,80	0,43				
	11-15 YIL	6	3,53	0,56				
	16-20 YIL	11	3,33	0,40				
	20 YIL VE ÜZERİ	6	3,03	0,75	59			
	TOPLAM	60	3,14	0,58				

Araştırmanın dördüncü sorusu “Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeyinin meslekte çalışma sürelerine göre anlamlı olarak farklılık göstermekte midir?” biçiminde ifade edilmiştir. Hemşirelerin iş doyum düzeyinin, meslekte çalışma sürelerine göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olup-olmadığını belirleyebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Yapılan ANOVA testi sonucunda hemşirelerin iş doyum düzeyinin, meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 29. Ebe ve Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerinin Yaşlarına Göre t-Testi (ANOVA) Sonuçları

DOYUM	YAŞ	N	X	SS	df	F	p	ANLAMLI FARK
İÇSEL	20-25	7	3,33	0,50	4	1,14	0,35	p>0,05
	26-30	25	3,02	0,57				
	31-35	10	2,86	0,67				
	36-40	12	3,27	0,52				
	40 VE ÜZERİ	6	2,95	0,70	59			
	TOPLAM	60	3,07	0,59				
DIŞSAL	20-25	7	3,09	0,34	4	1,73	0,16	p>0,05
	26-30	25	2,65	0,60				
	31-35	10	2,86	0,68				
	36-40	12	3,11	0,64				
	40 VE ÜZERİ	6	2,60	0,68	59			
	TOPLAM	60	2,83	0,63				
GENEL	20-25	7	3,43	0,42	4	1,67	0,17	p>0,05
	26-30	25	3,02	0,55				
	31-35	10	3,02	0,69				
	36-40	12	3,41	0,49				
	40 VE ÜZERİ	6	2,96	0,68	59			
	TOPLAM	60	3,14	0,58				

Araştırmanın beşinci sorusu “Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeyinin yaşlarına göre anlamlı olarak farklılık göstermekte midir?” biçiminde ifade edilmiştir. Hemşirelerin iş doyum düzeyinin, yaşlarına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olup-olmadığını belirleyebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Yapılan ANOVA testi sonucunda hemşirelerin iş doyum düzeyinin, yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır (p>0,05).

5. TARTIŞMA

5.1 Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Tartışma

Bu bölümde Kağıthane Sağlık Grup Başkanlığına bağlı birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli ebe ve hemşirelerin DÖB uygulamalarına ilişkin güçlükleri ve iş doyumlarına ait bulgular literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Daha öncede belirttiğimiz gibi DÖB anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunarak bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Böylece annelerin daha sağlıklı bir gebelik geçirmeleri ve daha sağlıklı bebeklere sahip olmaları sağlanmış olur. Her yıl yaklaşık 500 binden fazla kadın gebelik veya doğum nedeniyle hayatını kaybetmekte, milyonlarca kadın ise bu sebeplerle ya hasta, ya da sakat kalmaktadır. Kadınların güvenle gebe kalmaları, doğum yapmaları ve sağlıklı bebeklere sahip olmaları için gebelikleri boyunca eğitimli sağlık personelleri tarafından takip edilmeleri son derece önemlidir. Bu bilgiler doğrultusunda, kadın hayatının en önemli devrelerinden gebelik döneminde ve DÖB hizmetlerinde ebe, hemşire ve hekimlerin hem etkili hem de yetkin olmaları gerekmektedir.

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 için gebelik süresince kadınlara verilen DÖB hizmetlerine önem verilmesi gerekir (Öztürk 2000, Özvarış 2003).

DÖB hizmeti kapsamında ebe ve hemşirelerin yaşadıkları güçlükler ile ilgili bulguları incelediğimizde, ebe ve hemşirelerin yaşlarını gösteren Tablo 1’de, 20-25 ile 26-30 yaş arasındakiler araştırma grubunun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu sayının diğerlerinden daha yüksek olmasının nedeni son yıllarda lisans mezuniyeti sonrası 4b’li (sözleşmeli) alım yapılması ve bu alımların bu yaş gruplarındaki ebe ve hemşireleri kapsıyor olması düşünülebilir.

4/B; 657 sayılı kanunun 4/b maddesine tabi, sözleşmeli memurlardır. Sözleşmeli memurlar, muamelat ve özlük hakları bakımından 657 sayılı kanuna tabi olmalarına rağmen, sosyal güvenlik bakımından kadrolu işçiler gibi 5510 sayılı SGK ya tabidirler. İşverenle yıllık sözleşme yapılır ve 12 ay çalışırlar.

Sözleşmeli personel; kalkınma planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi, işletilmesi ve işlerliği için şart olan, zaruri ve istisnai hallere münhasır olmak üzere özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde, Bakanlar Kurulunca belirlenen esas ve usuller çerçevesinde kurumun teklifi ve Devlet Personel Başkanlığının görüşü üzerine Maliye Bakanlığınca vizelenen pozisyonlarda, mali yılla sınırlı olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen ve işçi sayılmayan kamu hizmeti görevlileridir (Devlet Memurları Kanunu 1965).

Devlet Memurları Kanunu’nda belirtilen hususlar dahilinde 4b’li personel alımı yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve birçok kurum bu kapsamda alıma devam etmektedir. 2006 yılından itibaren ise özellikle Sağlık Bakanlığı’nda merkezi bütçeye ve döner sermayeye dayalı kurumlarda 4b’li personel istihdam edilmektedir. Ayrıca 1955 yılında, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ile ülkemizde lisans düzeyinde eğitim başlamıştır (Yürügen 2005). 5634 Sayılı 25.04.2007 tarihinde kabul edilen “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un 1. maddesine göre; hemşirelik eğitimi lisans düzeyine yükseltilmiştir.

1997-98 eğitim öğretim yılında ebelik programları 4 yıllık lisans düzeyine çıkarılmıştır. Bu bilgiler; son yıllarda lisans eğitiminin yaygınlaşması, lisans mezunu ebe ve hemşirelerin sayısının artması ve SB’nin sözleşmeli personel alması sonucu, lisans mezuniyeti sonrası 4b’li alımları ve bu alımların bu yaş gruplarındaki ebe ve hemşireleri kapsıyor olması düşüncesini güçlendirmektedir.

Tablo 2’de ebe ve hemşirelerin eğitim durumlarına bakıldığında ise % 61,7 oranıyla lisans mezunlarının ilk sırada olması birinci basamakta çalışanların çoğunluğunun yüksek öğrenim mezunu olduğunu göstermektedir. 1955 yılında, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, ülkemizde ve Avrupa’da üniversite düzeyinde açılan ilk yüksekokuldur. Daha sonra 1961 yılında Ankara’da Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul’da Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu açılmıştır. 1982 yılında Atatürk ve Cumhuriyet Üniversiteleri HYO’ları açılmıştır. 1985 yılında “Muvazzaf Askeri Yüksek Hemşire” yetiştirmek üzere Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) HYO açılmıştır. Daha sonraki yıllarda Marmara, Dokuz Eylül, Gazi Üniversiteleri HYO’ları açılmıştır (Yürüden 2005).

Sağlık Bakanlığı’nın 1992 yılında gerçekleştirdiği 1. Ulusal Sağlık Kongresi’nde belirlenen hedefler doğrultusunda “sağlık eğitimini yeniden yapılandırma projesi” başlatılmış, ülkemizin gereksindiği hemşire ve ebe eğitiminin üniversitelerde yapılmasına karar verilmiştir (Erdil 2001).

Gerek 1. Ulusal Sağlık Kongresi, gerekse 2007 tarihinde kabul edilen “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” yüksek öğrenim gören ebe ve hemşire sayısının giderek arttığını kanıtlamaktadır.

Ülkemizde hemşirelikte lisansüstü eğitim, 1968 yılında hemşirelikte bilim uzmanlığı programlarının açılması ile başlamıştır. Sağlık yüksekokullarının sayısındaki artış paralelinde hemşirelik yüksek lisans programları da son yıllarda artmıştır. Araştırmamızda, yüksek lisans mezunu ebe ve hemşirelerin daha az sayıda olduğu belirlenmiştir. Yüksek lisans eğitiminin devam zorunluluğu gerektirmesi ve yaygın olmaması, neden daha az sayıda görüldüğünü açıklayabilir. Yüksek lisans eğitimi yapmak istemeyenlerinde olabileceği düşünölebilir. Birinci basamakta çalışanların hafta içi mesaide olması sebebiyle yüksek lisans eğitimine devam edememesi de karşılaşılan durumlardan biri olmaktadır.

Tablo 3’te, ebe ve hemşirelerin medeni durumlarına bakıldığında % 28,3 oranıyla bekar sayısının evli sayısından daha az olduğu belirlenmiştir. Evlilik yaşının giderek erken dönemlere çekilmesi bekar sayısının daha az olmasını etkileyen faktörlerden biri olabilir. Profesyonel bir meslek ile, birinci basamakta stabilize bir iş

hayatının olması da neden olarak gösterilebilir. Ayrıca kadrolu olarak görev yapan ebe ve hemşirelerin yaş aralıklarının daha büyük olması ve bu yaş aralıklarındaki bireylerin evli olmalarının tabi bir durum olduğuda düşünülebilir. Fırat Tıp Dergisi'nde yayınlanan bir çalışmada, evli olanların kişiler arası ilişki kurabilme kapasitesinin, sorunlarla başetme ve çözme becerilerinin daha gelişmiş olduğu belirtilmektedir. Bu durumun evliler için tükenmişliği azaltan bir etken olduğunu, bekar kişilerin aile ortamından uzak olmaları ve yalnızlık yaşamalarının bekarların daha tükenmiş olarak görülmelerinde bir etken olabileceği, evli olanlarda sorumlulukların artması, stres ve iş yükü iş hayatına yansyarak verimliliği azaltabileceği ve başarıyı düşürebileceği bildirmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda, evli olma durumunda, bekar olma durumunda, hem avantaj hem de dezavantajları beraberinde getirdiği söylenebilir.

Tablo 4'te ebe ve hemşirelerin memuriyet durumlarını incelediğimizde; 4b'li çalışanların kadrolulara göre daha çok sayıda olduğu belirlenmiştir. Yaş ve eğitim durumu memuriyet durumunu etkilemektedir. 20-30 yaş aralığında, lisans ve yüksek lisans eğitimi görmüş olanların sözleşmeli (4b) olarak görev yaptıkları görülmektedir. Yakın geçmişte sağlık meslek liseleri mezuniyeti sonrası kadrolu olarak memuriyete başlanmıştır. Henüz lisans ve lisansüstü programları bitirenler, mezuniyeti takiben devlet kurumlarına kadrolu olarak başlamamışlardır.

Tablo 5'te, ebe ve hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerine bakıldığında, 1-5 yıl arasında çalışanların 24 kişi ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Birinci basamakta görevli olan personelin yarısına yakın bir bölümü görevdeki ilk yıllarındadır. Bu durum, mezuniyet durumları göz önünde bulundurulduğunda daha donanımlı ve bilgili, aynı zamanda daha az tecrübeli personel varlığını düşündürmektedir. DÖB hizmetlerinin bilgi ve danışmanlık açısından yetkin ve etkin bir personel tarafından uygulanmasının gerekliliği düşünüldüğünde, 1-5 yıldır çalışanların etkili DÖB danışmanlığı verip vermediği tartışılabilir.

Tablo 6'da ebe ve hemşirelerin çalışmakta oldukları kurumda çalışma süreleri incelendiğinde 1-2 yıldır çalışanların 39 kişi olduğu belirlenmiştir. Bu durum ebe ve hemşirelerin % 65 oranıyla, son iki yıl içinde yeni atamalar, hizmet içi eğitim,

görevlendirme gibi nedenlerle kurumlarında kısa bir zamandır görev yaptıklarını düşündürmektedir.

Tablo 7’de, daha önce kadın doğumda çalışanların sayısı 10 kişi ile % 16,7 olarak belirlenmiştir. 1. basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların ise 8 kişi olduğu görülmektedir. Diğer bölümlerde çalışanlar ise % 56,7 olarak karşımıza çıkmıştır. Bu bölümler cerrahi, dahiliye, kardiyoloji, çocuk servisleri, yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri olarak belirtilmiştir. Kadın doğumda çalışan 10 kişinin DÖB konusunda önceden de bilgi sahibi olduğu ve bu konunun öneminin farkında olduğu düşünülebilir,

Tablo 8’de, ebe ve hemşirelerin DÖB hizmeti kapsamında öykü almaya ilişkin uygulamaları incelendiğinde, kişisel bilgilerin % 100 oranında alındığı, obstetrik öykünün %85,0 , tıbbi öykü ve mevcut gebelik öyküsünün % 96,7 oranında alındığı belirlenmiştir.

Bu veriler öykü almanın tamamına yakın oranda, az eksikle yapıldığını düşündürmektedir. Ama DÖB’da tıbbi, obstetrik öykü ve mevcut gebelik öyküsü tam anlamıyla soruşturulmalıdır. Atlanan herhangi bir bilgi gebeliğin seyrini, doğumu ve doğum sonunu etkileyebilmektedir.

Araştırmada, ebe ve hemşirelere DÖB Hizmeti kapsamında fizik muayeneye ilişkin uygulamaları sorulduğunda, gebenin boy ve kilo ölçümü, anemi bulgularının kontrol edilmesi, fetal kalp seslerinin değerlendirilmesi, kan basıncı ölçümü ve nabız sayılmasının yüksek oranda yapıldığı, göğüs ve kalp oskültasyonu ile gebelik haftası ve uterus büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayenenin ise daha düşük oranda yapıldığı dikkati çekmektedir (Tablo 9).

Kılıç tarafından yapılan araştırmada, ebeler tarafından verilen DÖB hizmetleri ve bu hizmetlerden yararlanma oranına bakıldığında; evde ziyaret % 8,9, muayene için sağlık ocağına gitme % 30,4 , 5 kez ve üstü tansiyon ölçümü % 42,3 , yatırarak muayene yapma (leopold) % 49,0 , fetüs kalp sesini dinleme (ÇKS) % 35,6 ,

bacaklarda ödem kontrolü % 66,6 , idrar tetkiki yapma veya yaptırtma % 46,8 , anemi için kan tetkiki yapma veya yaptırtma % 42,9 oranında belirtilmiştir. Ağırılık ölçümünün % 21,8 oranında, gebenin ve eşinin kan grubunun sorgulanmasının %38,0 oranında, yaygın ödem kontrolünün ise % 96,7 oranında yapıldığı belirtilmiştir. Hizmetten bir kez yararlanma oranı ise % 43,6 dır. Ebelerce verilen DÖB hizmetinden % 66,6 oranıyla yararlanılmadığı gösterilmiştir.

2008 TNSA ana raporu ise, doğum öncesi bakım alan kadınların % 92'sinin tansiyonunun ölçüldüğünü göstermektedir. Tansiyon ölçümü, anneler için doğum öncesi bakımda yapılan en önemli kontrollerden birisidir. İdrar ve kan tahlili yapılan kadınların oranı, sırasıyla % 82 ve % 86'dır. Kadınların % 96'sında doğum öncesi ziyaretlerin en az birinde ultrason çekilmiştir. Kadınların % 83'ünün de kilosu ölçülmüştür. Verilen ölçümler veya testler ile kıyaslandığında, doğum öncesi bakım sırasında yapılan karnın dışardan muayene oranının daha düşük (% 74) olduğu görülmüştür. 2003 TNSA ana raporunda ise, son beş yılda doğum öncesi bakım alınmış son doğumlar arasında, her dört kadından üçü doğum öncesi bakım sırasında tartıldıklarını belirtirken, kadınların sadece % 31'i boyunun ölçüldüğünü belirtmiştir. Bu kontroller sırasında çok önemli olan tansiyon ölçümü annelerin % 89'u için yapılmıştır. Kadınların % 90'dan fazlası ultrason çekildiğini ve bebeğin kalp atışlarının dinlendiğini belirtmişlerdir.

İçerden muayene yapılan ve karnı ölçülen kadın yüzdesi sırasıyla % 34 ve % 46'dır. Yaşları 20-34 arasında olan kadınlarda, yaşları daha ileri veya daha genç olan kadınlara göre, ultrason, karnın ölçülmesi ve içerden/alttan muayene hariç doğum öncesi bakım sırasındaki diğer tüm testlerin ve ölçümlerin daha fazla yapıldığı görülmektedir. Doğum sırası ile doğum öncesi bakım esnasındaki test ve ölçümlerin yapılmasının ters bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. İlk çocuğuna gebe olan kadınlarda, doğum öncesi bakımdaki tüm test ve ölçümlerin yapılma olasılığı daha fazladır. Benzer bir ilişki kentsel ve kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlarda da gözlenmektedir; kentte yaşayan kadınlara kırsal yaşayan kadınlara göre doğum öncesi bakımın test ve ölçümlerinin yapılma olasılığının daha fazladır. Tüm hizmetlerin

kullanımına ilişkin değerler TNSA-2008’de, TNSA-2003 ve TNSA-1998’deki değerlere göre belirgin bir şekilde daha yüksektir.

Araştırmamızda, gebenin boy ve kilosunun ölçümü, kan basıncının ölçümü ve nabızın sayılması, anemi bulguların kontrol edilmesi % 98,3 olarak belirlenmiştir. Bu veriler fiziksel bulgular bölümünün atlanmaması gereken alanlarıdır. Ebe ve hemşirelerin tamamının bu alanda yüksek oranda etkin oldukları görülmektedir. Kılıç’ın çalışması ve çalışmamız karşılaştırıldığında; çalışmamız doğum öncesi bakım hizmetlerine ilişkin hizmetin yüksek oranda verildiğini göstermektedir. Ancak araştırmamızda CYBE bulgusu değerlendirmesi (% 50) ve vajinal muayene yapılmasının (% 18,3) büyük oranlarda ihmal edildiği görülmektedir. DÖB rehberinin uygulandığında, bu hizmetlerin verilmesine katkısı olacağı şüphesizdir. Ayrıca son üç TNSA sonuçları karşılaştırıldığında, hem araştırmamızda elde edilen sonuçlar hem de 2008 TNSA sonuçları DÖB rehberinin olumlu etkilerini gösterir.

Tablo 10’da, ebe ve hemşirelerin DÖB Hizmeti kapsamında laboratuvar testlerine ilişkin uygulamalarına bakıldığında, kan sayımı veya Hb-Hct ölçümünün % 98,3 ,idrar tahlilinin ise % 90,0 oranında yapıldığı belirlenmiştir., Kılıç tarafından yapılan araştırmada kan tetkiki yapma veya yaptırtma, % 42,9 oranıyla hizmetten yararlanılmadığı şeklinde belirtilmiştir. Gebelik komplikasyonları anne ölümlerinin, erken neonatal ölümlerin ve morbiditenin önemli nedenleridir. Bu nedenle, güvenli anneliği sağlama konusunda doğum öncesi bakımın etkili olması, bu kontroller sırasında olası komplikasyonları belirlemek için yapılan testlere ve ölçümlere dayanmaktadır (TNSA 2008). TNSA 2008 ana raporunda, idrar ve kan tahlili yapılan kadınların yüzdesi, sırasıyla % 73 ve % 77 olarak belirlenmiştir. Araştırmamız hem Kılıç tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarından, hem de TNSA verilerinden daha yüksek oranlara ulaşıldığını göstermektedir.

Tablo 11’de ebe ve hemşirelerin DÖB Hizmeti kapsamında gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklamaya ilişkin uygulamalarına bakıldığında, demir preparatı desteğinin 58 kişi ve tetanoz profilaksinin 59 kişi ile tamamına yakın olarak uygulandığı belirlenmiştir. Demir preparatının % 96,7 ve tetanoz profilaksinin

% 98,3 oranında uygulanıyor olması birinci basamakta ulaşılabilirliklerinin kolay olduğunu göstermektedir.

Kılıç tarafından yapılan araştırmada ise gebelerin % 92,1'ine en az bir doz tetanos aşısı yapılırken, % 73,6'sına ise iki doz tetanoz aşısı yapıldığı belirlenmiştir. TNSA 2008 ana raporunda, DÖB alan ve almayan kadınlar birlikte düşünüldüğünde, % 80'inin demir hapi kullandığı bildirilmiştir. TNSA 2003 ana raporunda ise, beş yıl içinde doğum yapmış tüm cevaplayıcılara, doğum öncesi bakım alıp almadıklarına bakılmaksızın demir hapi veya şurubu alıp almadıkları sorulmuştur. Kadınların % 64'ü demir hapi aldıklarını veya şurubunu içtiklerini belirtmişlerdir. Araştırmamız, demir preparatı desteğinin % 96,7 ve tetanoz profilaksinin % 98,3 oranında uygulandığını ve karşılaştırdığımız diğer verilerden (TNSA sonuçları ve Kılıç'ın çalışması) yüksek oranda uygulamada yer aldığını göstermektedir.

Tablo 12'de, DÖB Hizmeti kapsamında gebeliğe bağlı olağan yakınmalar hakkında gebenin bilgilendirilmesinde değinilen konular incelendiğinde, meme başındaki glandlarda belirginleşme 47 kişi ile en az, sık idrara çıkma 59 kişi ile en çok olarak belirlenirken, değinilen diğer konuların ise 47-59 kişi aralığında seyrettiği belirlenmiştir. Araştırma yakınmalara bağlı olarak bilgilendirilen konular olduğundan ebe ve hemşirelerin karşılaştıkları yakınmalar kapsamında danışmanlık verdikleri düşünülmektedir.

Yorgunluk % 93,3 , bulantı kusma % 91,7 , sık idrara çıkma % 98,3 , baş dönmesi % 96,7 oranlarında belirlenmiştir. Bu yakınmalar en sık rastlanılan yakınmalardır. TNSA 2008'de, kadınların % 92'si araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinin (doktor ve hemşire/ebe) doğum öncesi bakım almış olup bu kadınların neredeyse tamamına yakını (% 90) doğum öncesi bakımı doktordan almıştır. Bu sonuçlar TNSA-2003 sonuçları ile karşılaştırıldığında, DÖB kapsamında önemli ilerlemeler kaydedildiğini gösterir. DÖB alma oranı % 81'den % 92'ye yükselmiştir. DÖB hizmetlerinde önemli ilerlemeler olması da, gebelerin bilgilendirilmesi ve danışmanlık hizmetlerinin artmasını ve paralelinde değinilen konularında artmasını

sağlar. Araştırmamız olağan yakınmalara en az % 78,3 oranında (Yadsınamayacak şekilde) değinildiğini gösterir.

Tablo 13'te, DÖB Hizmeti kapsamında gebelere verilen danışmanlık hizmetinin içerdiği konulara bakıldığında, beslenme-diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, sigara alışkanlığı, fetüs hareketlerinin hissedilememesi konularına % 98,3 gibi büyük bir oranda değinildiği belirlenmiştir. Bu konular, gebeler tarafından sıklıkla merak edildiği ve önem teşkil ettiği için yüksek oranda değinilmesi olağandır. DÖB alma oranı 2003 TNSA'da belirtildiği şekliyle % 81, 2008 TNSA 'da belirtildiği şekliyle ise % 92'dir. DÖB alma oranı gebelere verilen danışmanlık hizmetini direkt olarak etkiler ve araştırmamızda görüldüğü gibi yüksek oranlarda karşımıza çıkar. Bu oranların yüksek olmasında DÖB rehberinde etkisi olacağı düşünülebilir.

Tablo 14'te gebelik dönemlerine göre kurumda sistemli uygulama durumlarına bakıldığında, gebeliğin en önemli dönemlerinden olan ilk 3 ayda başvuran gebelere % 70 oranında sistemli uygulama sağlandığı belirlenmiştir.

Kılıç, araştırmaya katılanların % 88,1'ine en az bir kez DÖB verilirken, % 41,3'üne yeterli DÖB (en az dört kez) ve % 20,5'ine ise nitelikli DÖB verildiğini saptamıştır. Ebeler tarafından gebelerin % 70,6'sına en az bir konuda ve % 28,4'üne ise yeterli eğitim (üç temel konuda) verildiğini saptamıştır. Ebelerin, gebelere verdikleri DÖB hizmetlerinin sayısı ve düzeyi, gebelerin çeşitli özelliklerine göre istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir şeklinde belirtilmiştir.

Gebeliğin hem anne hem de bebek için sağlıklı devam etmesi gebeliğin başlangıcından sonuna kadar tıbbi kontrolleri gerektirir. DÖB'da amaç; annede olabilecek hastalıkları saptamak, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunlarının olup olmadığını belirlemektir. DÖB hizmeti temelde birincil koruyucu sağlık hizmetidir ve bu hizmetten yararlanmak tüm kadınların hakkıdır. DÖB ile ana ve perinatal mortalite ve morbidite azaltılabilir ve anne-çocuk sağlığı yükseltilebilir. Yeterli DÖB almamış annelerin bu hizmetten yeterince yararlananlara göre doğumda

daha fazla ölüm riski taşıdıkları ve bebeklerinin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Normal gebelerde doğum öncesi kontroller 28. gebelik haftasına kadar ayda 1 kez, 28-36. haftalar arasında 15 günde 1 kez, bundan sonra doğuma kadar haftada 1 kez yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın yaklaşımına göre; her gebenin gebeliğin başlangıcından itibaren saptanarak en az 6 kez izlenmesi hedef alınmıştır (TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006).

TNSA 2003 sonuçlarına göre, Türkiye genelinde gebelikte en az bir kez DÖB hizmeti alma sıklığı % 81'dir. Bu oran bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Batıda her 100 gebeden 91'i DÖB alırken, doğuda 61'i bu hizmetten yararlanmaktadır. Orta Anadolu'da ise bu sıklık % 80'dir. (TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006)

Doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasını önlemekte daha yararlı ve etkili olmaktadır. Doğum öncesi bakım için ilk ziyaret, gebeliğin üçüncü ayından önce yapılmalıdır. Gebeliğin erken belirlenmesi, kadının genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve normal olmayan herhangi bir durumun daha kolay ve erken teşhis edilmesi açısından yararlıdır.

Doğum öncesi bakımların toplam sayısı da, doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme açısından önemli bir göstergedir. Tavsiye edilen gebeliği önleyici bakım programı, gebeliğin 7. ayına kadar (ilk 28 hafta boyunca) her ay, daha sonra 36. haftaya kadar iki haftada bir ve daha sonra 40. haftaya veya doğuma kadar her hafta şeklindedir. Bu da gebelik süresince en az 10 doğum öncesi bakım anlamına gelmektedir. 2003 TNSA ana raporunda; beş yıl içinde yapılan son doğumda, sağlık personeline yapılan doğum öncesi bakım ziyaretlerinin sayısına ve zamanına ilişkin bilgi yerleşim yerine göre sunulmaktadır. Kadınların yarısından fazlasının dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım için ziyaret yaptıkları görülürken, tablo, doğum öncesi bakımın zamanlamasında ve sayısında yerleşim yerine göre belirgin farklılıklar olduğunu da göstermektedir. Dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi

bakım ziyareti yapan kadınların yüzdesi kentsel yerleşimde, kırsal alanda yaşayan kadınlarınkinin iki katı kadardır. Doğum öncesi hiçbir bakım almamış kadınların oranı kırsal yerleşim yerlerinde yüzde 12 iken kırsal yerleşimlerde yaşayanlarda bu oran üçte birdir.

2008 TNSA ana raporunda; önceki beş yıl içinde yapılan son doğumda, sağlık personeline yapılan doğum öncesi bakım ziyaretlerinin sayısına ve zamanına ilişkin bilgi yerleşim yerine göre verilmektedir. Türkiye’de kadınların yaklaşık dörtte üçü, dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım almışlardır. TNSA-2003 ve TNSA-2008 arasındaki dönemde kırsal alanda yaşayan kadınların doğum öncesi bakım sayısında belirgin gelişmeler gözlenmiştir. TNSA-2008’de kırsal yerleşimlerde dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım alan kadınların yüzdesinin TNSA-2003’deki değerin 1,5 katından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak, dört veya daha fazla bakım alan kadınların oranında kentsel ve kırsal alanlar arasında önemli farklılıklar hala mevcuttur (sırasıyla % 80 ve % 55).

Doğum öncesi bakımın zamanlamasına göre bakıldığında, araştırma tarihinden önceki beş yıl içinde yapılan doğumların sonucunda kadınların % 87’si gebeliğin altıncı ayından önce doğum öncesi bakım almışlardır. Yerleşim yerleri arasındaki farklılıklar dikkate alındığında, altıncı aydan önce doğum öncesi bakım alan kadınların oranı kentlerde % 91 iken kırsal yerleşim yerlerinde %76’dır. Bu da doğum öncesi bakımın düzeyinde TNSA-2003’den (ülke genelinde % 71, kentsel alanlarda % 80 ve kırsal alanlarda % 52) bu yana geçen süre içinde gözle görülür bir artışın olduğunu göstermektedir.

TNSA-2003 ile karşılaştırıldığında TNSA-2008 sonuçları, sadece doğum öncesi bakım alan kadınların sayısının artmadığını, aynı zamanda kadınların doğum öncesi bakımın erken dönemde yapılmasının öneminin daha fazla farkında olduklarını göstermektedir. Yalnızca doğum öncesi bakım alınan gebelikler dikkate alındığında, Türkiye’de ilk ziyarette ortalama gebelik süresi 2.2 aydır. Kırsal alanlarda (2.8 ay) yaşayan kadınlar ortalama olarak kentlerde (2.0 ay) yaşayan kadınlara kıyasla doğum öncesi bakım almaya daha geç başlamaktadırlar.

Doğum öncesi bakım, gebenin ve fetusun gebelik süresince, düzenli aralıklarla muayene edilip uygun önerilerde bulunarak izlenmesidir. Bu işlem Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'ye göre, başta ebeler olmak üzere, hekim ve hemşirelerin görevlerindendir. (Öztek 2004)

Bu bilgiler doğrultusunda, ortaya çıkan veriler gebelik dönemlerine göre kurumda sistemli uygulama varlığının yeterli seviyede olmadığını düşündürmektedir. Özellikle TNSA verileriyle karşılaştırıldığında, araştırmamızın sonuçlarının daha düşük çıkması düşündürücüdür. Çünkü, özellikle ilk trimesterde gebelerin yakalanması ve DÖB verilmesi önemlidir.

Tablo 15'te danışmanlık verilen gebelere bir sonraki izleme gelmelerini sağlamak için yapılan uygulamalara bakıldığında, kartlara izlem tarihi yazılması % 80,0 oranında belirlenmiştir. Randevu ile davet etme ise % 13,3 gibi düşük bir oranda görülmüştür. Bu veriler , % 80,0 oranıyla kartlara izlem tarihi yazılması uygulamada yer alsada bilgisayar yada diğer kayıt sistemleriyle destekleniyor olduğunda daha çok sayıda kişinin izlem kartına tarihin belirtilebileceğini göstermektedir. Gebelerin % 36,2'sinin doğumla ilgili kararları kayıtların yetersizliğinden dolayı tespit edilememiştir. Bu eksikliğin bu konudaki danışmanlığın eksik olarak yürütülmesi ya da kayıtların iyi tutulmaması nedeniyle olduğu düşünülmektedir (Öztek 2004). Bu bilgi doğrultusunda araştırmamıza baktığımızda, elde edilen sonuçlar, danışmanlığın eksik olarak yürütüldüğünü ya da kayıtların iyi tutulmadığını düşündürmektedir.

Riskli bir durum saptandığında izlenen yol, % 98,3 olarak kadın doğum uzmanına/hastaneye sevk şeklinde belirlenmiştir. Riskli bir durum varlığında ve bunun tespiti halinde bu durumun birinci basamakta kontrol edilmesi ve doğuma kadar ulaştırılması mümkün değildir. Hastanede ve uzman hekim desteğiyle sonuçlandırılacak bir durumdur. Bu şekilde doğum öncesi, doğum ve doğum sonu kontrol altına alınır (Williams Doğum Bilgisi El Kitabı 2004).

Doktora sevk etme nedenleri, düşük tehdidi % 58,0, idrar yolu enfeksiyonu riski %10,1 kanama % 10,1 ,aşırı akıntı % 5,7 , karın ağrısı % 4,3 ,diabet % 2,9 , kendini

rahatsız hissetme % 2,9, travma % 1,5 , boyun ve bel fıtığı şikayetleri % 1,5 , erken doğum riski % 1,5 sistit % 1,5 , gebe-lohusa izlem fişlerine göre ebelerin gebe kadınları hekime sevk etme nedenleri başlığı altında belirtilmiştir (Çatıker 2007). 2008 TNSA ana raporuna göre; kadınların neredeyse tamamı (% 96), ilk çocuklarına gebelikleri sırasında doktordan, (% 96) ve hemşireden/ebeden (% 2), doğum öncesi bakım almışlardır. Ancak, doğum sayısı büyüdükçe eğitilmiş sağlık personelinin doğum öncesi bakım alan kadınların oranı belirgin bir şekilde azalmaktadır. Bu oran, altıncı veya daha sonraki bir sırada doğan çocuklarda % 72 düzeyindedir. % 92'si araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinin (doktor ve hemşire/ebe) doğum öncesi bakım almış olup bu kadınların neredeyse tamamına yakını (%90) doğum öncesi bakımı doktordan almıştır. Bu sonuçlar TNSA-2003 sonuçları ile karşılaştırıldığında, doğum öncesi bakımın kapsamında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Araştırmada gebe izlem fişi kontrol durumu değerlendirilmiştir. % 98,3 oranı ve 59 kişiyle büyük bir oranda izlem fişinin kontrol edildiği belirlenmiştir.

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 2006).

Bireyin sağlığını izleyebilmek ve toplumların sağlık durumlarıyla ilgili doğru ve güvenilir bilgi sağlamak için verilerin kayıtların doğru tutulması gerekmektedir. Araştırmamızın sonucuna göre, % 98,3 gibi tama yakın bir oranda uygulanması gebe izlem fişinin atlanmadığını göstermektedir. Aynı zamanda gebe izlem fişinin doğru bir biçimde kontrolü, DÖB hizmetinin devamlılığına katkı sağlar.

Araştırmamızda, DÖB hizmetinin çalışılan kurumda yeterli seviyede uygulandığını düşünme durumu incelenmiştir. % 66,7 oranında ebe ve hemşirenin yeterli seviyede uygulandığını düşündüğü, % 33,3 oranında ebe ve hemşirenin yeterli seviyede uygulanmadığını düşündüğü belirlenmiştir. Ebe ve hemşireler, yeterlilik düzeyinin, kurum içi ve kurum harici gelişen nedenlere bağlı olarak değiştiğini ifade etmişlerdir.

Tablo 16’da, ebe ve hemşirelerin DÖB Hizmeti kapsamında öykü almaya ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksiklikler incelendiğinde; kişisel bilgiler alanında % 13,3 tıbbi öyküde % 20,0 , obstetrik öyküde % 15,0 , mevcut gebelik öyküsünde % 11,7 oranında eksiklik olduğu görülmüştür.

Öykü almada, T.C Kimlik Numarası (biliniyorsa), yaş (doğum tarihi) adres ve telefon numarası, medeni hali, akraba evliliği/derecesi birinci derece akraba (kardeş çocukları arasında) veya ikinci derece akraba (kardeş torunları arasında), yaşadığı ev tipi, büyüklüğü ve hane halkı sayısı, yaşadığı mekan, yaşadığı mekanın elektrik ve ısıtma kaynağı, eğitim düzeyi, ekonomik kaynakları; kendi mesleği ve çalışma durumu, eşinin mesleği ve çalışma durumu yaşadığı yerin en yakın sağlık kuruluşuna uzaklığı, ulaşım şartları, sosyal güvencesi sorgulanmalıdır.

Tıbbi öykü almada, kronik sistemik hastalıklar (diabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, kronik böbrek hastalığı, epilepsi, tiroid hastalıkları vb.), geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları (tüberküloz, brucella, paraziter hastalıklar, vb), CYBE öyküsü, madde bağımlılığı, toprak yeme, psikiyatrik hastalıklar, kan transfüzyonu, talasemi taşıyıcılığı, geçirilmiş operasyonlar, jinekolojik operasyonlar (histerotomi, myomektomi vb), ilaç alerjisi, aile öyküsü (diabetes mellitus, tekrarlayan fetal anomaliler, çift yumurta ikizi vb.), sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaçlar (antiepileptikler, insülin, antihipertansifler vb), gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi infertilite mevcut ise süresi, gördüğü tedaviler değerlendirilir (Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi 2010).

Araştırmada tıbbi öyküde % 20,0 oranında eksiklik tespit edildiği belirtilmiştir. Tıbbi öyküde eksiklik varlığında gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ciddi komplikasyonlarla karşılaşma riski artmaktadır. Anne ve bebek tehlikeye girebilir.

Obstetrik öyküde, toplam gebelik sayısı (gravida), daha önceki doğum sayısı (Parite), yaşayan çocuk sayısı, son gebeliğin sonlanma tarihi-yeri, gebenin her gebeliği ile ilgili öyküsünün ve gebelik sonucunun aşağıdakilere göre irdelenmesi; doğumların kim tarafından nerede yapıldığı, gebeliklerin sonlanma şekli ve gebelik haftası, (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 düşükleri, tekrarlayan ikinci trimester düşükleri, yasal tahliye ve isteyerek düşük ve komplikasyonları, gebelik sırasında yaşanan komplikasyonlar (kanama, preeklampsi, eklampsi, gestasyonel diyabet, tromboz, emboli).

Doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar (plasentanın erken ayrılması, plasenta previa, makat, transvers ve diğer prezentasyon anomalileri, uzamış doğum eylemi, üçüncü derece perine yırtıkları ve masif kanama, plasentanın elle çıkarılması), doğumun şekli, (normal doğum, sezaryen doğum, forseps veya vakumla müdahaleli doğum); doğum sonrası dönemde yaşanan komplikasyonlar (sepsis, kanama, depresyon, meme absesi vb.), daha önceki canlı doğumlara ait yaşanan komplikasyonlar (hidrops fetalis, resüsitasyon veya başka tedavi almış yenidoğan, kromozomal anomali veya malformasyon, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği ve makrozomi), daha önceki canlı doğumlara ait bilgiler (cinsiyeti, doğum ağırlığı, anne sütü alma süresi), tetanoz toksoit immünizasyon uygulaması sorgulanmaktadır (Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi 2010).

Obstetrik öykü almada % 15,0 , mevcut gebelik öyküsü almada % 11,7 oranında eksiklik tespit edildiği belirtilmiştir. Öykü alma bütün başlıklarıyla bir bütündür, ve DÖB'ın kaliteli olarak uygulanması için atlanmadan yapılmalıdır. Araştırmamızda tespit edilen eksiklik oranları konunun önemi düşünüldüğünde yadsınamayacak kadar yüksektir. DÖB Yönetimi Rehberi'nde konunun önemi anlatılmıştır. Öykü almanın hiçbir basamağının atlanmaması gerektiği özenle bahsedilmiştir. Bu veriler araştırmamızın sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, Kağıthane Bölgesi birinci basamak kurumlarında, öykü almanın yetersiz olduğu söylenebilir. Araştırma örneklemini oluşturan ebe ve hemşirelerin, meslekteki ilk yıllarında olanların sayıca fazlalığı ve Kamu Personeli Seçme Sınavı (KPSS) ile kamuya atanmış, daha önce özel sektörde

Çalışanların, kamuda daha rahat koşullarda çalışıldığını dūřınıp bu şekilde hareket etmeleri de eksiklik durumunu arttırır.

Tablo 17’de, ebe ve hemşirelerin DB Hizmeti kapsamında fizik muayeneye ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksiklikler incelendiğinde, hekim tarafından göğüs ve kalp oskültasyonunun yapılmasının 26 kiři, gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uygunluğnu değerdendirmek için vajinal muayene yapılmasının 25 kiři gibi yüksek sayılarda uygulanmadığı belirlenmiştir. Vajinal muayenenin % 41,7 oranıyla uygulanmaması, hastaların vajinal muayeneyi hastane koşullarında kadın doğum uzmanına yaptırdıklarını dūřndrr.

Tablo 18’de, ebe ve hemşirelerin DB Hizmeti kapsamında laboratuvar testlerine ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksikliklere bakıldığında kan grubu tayininin % 65,0 oranında, idrar tahlilinin % 20,0 oranında uygulamada yer almadığı tespit edilmiştir. Bunun sebeblerinden biri çoğunlukla birinci basamakta idrar tahlilinin çalışılamaması ve laborant olmaması olarak dūřnlebilir. Aynı zamanda kan grubu tayininin ve idrar tahlilinin iř yükünü arttırdığı dūřnlmektedir. Ebe ve hemşirelerin söylemleri doğrultusunda; kuruma her danışanın gelmişken kan grubumada baktırayım deyip laboratuvarı meşgul ettiklerinden yakınılmaktadır. Bu gibi nedenlerin, laboratuvar testlerine ilişkin eksiklik varlığını arttırdığı dūřnlebilir.

Tablo 19’da, ebe ve hemşirelerin DB Hizmeti kapsamında gebeye verilecek ilaç desteğı, tedaviler ve bağışıklamaya ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksiklikler incelendiğinde, demir preparatı desteğı ve tetanoz profilaksinin % 86,7 oranında uygulamada yer aldığı belirlenmiştir.

Kılıç tarafından yapılan araştırmada ise, gebelerin % 92,1’ine en az bir doz tetanos aşısı yapılırken, % 73,6’sına ise iki doz tetanoz aşısı yapıldığı belirtilmiştir. Hem araştırmamız sonuçları hem de Kılıç’ın çalışmasının sonuçları, gebeye verilecek ilaç desteğı, tedaviler ve bağışıklamaya ilişkin uygulamaların az bir eksikle yapıldığını gösterir.

Tablo 20’de, ebe ve hemşirelerin tespit ettikleri eksikliklerin kurumlarında uygulanamama nedenleri incelendiğinde; çalışan hasta arasındaki iletişim eksikliği %

100 oranında neden olarak gösterilmiştir. Hasta sayısının çok olması % 43,3 , kurumun teknik yetersizliği % 66,7 , çalışan sayısının yetersizliği % 50 , iş yoğunluğu % 48,3 , çalışanlar arasındaki iletişim eksikliği % 11,7 olarak belirlenmiştir.

Çalışan sayısının yetersizliği % 50 olarak yüksek bir oranda belirtilmiştir. Personel yetersizliği, bireysel iş yükünü arttırmakta, DÖB hizmeti ve diğer hizmetlerin eksik olarak verilmesine ya da verilememesine neden olmakta, kaliteli hizmet sunmayı engellemekte, personel içindeki uyumu güçleştirmekte, iş doyumunu azaltmaktadır.

Tablo 21’de ebe ve hemşirelerin kayıt tutma durumları incelendiğinde izlem fişi ile kayıt tutulması % 86,7 ile ilk sırada yer almıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerine kayıtlı gebelerin % 42,6’sının Sağlık Bakanlığının önerdiği sıklığa uygun, % 16,4’ünün olması gerekenden daha az, % 38,1 ise olması gerekenden daha fazla DÖB hizmetlerini aldığı belirtilmiştir (Çatıker 2007).

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 (Çatıker 2007). Araştırmamız bu verilerle karşılaştırıldığında, kayıt tutma durumunun oldukça yüksek oranlarda olduğu söylenebilir. Kayıt tutma ne kadar doğru ve düzenli bir şekilde yapılırsa DÖB hizmetlerinde bir sonraki izleme gelme sayısı o kadar artar.

DÖB hizmetlerinin kayıt altına alınmasının yeterli seviyede olma durumu incelenmiş ve % 65,0 oranında ebe ve hemşirenin yeterli bulduğu belirlenmiştir. Kayıt altına alma verilen hizmeti resmileştirirken, hem hastayı hemde sağlık personelinin koruma altına alır. Bir sonraki izleme gelme sayısı artar.

Kayıt sisteminde tespit edilen eksiklik varlığı incelendiğinde % 30 oranında ebe ve hemşirenin eksiklik olduğunu belirttiği görülmektedir. Kayıt sisteminde eksiklik,

kayıt altına alınmasını da olumsuz etkiler. Kayıt sisteminin sistemli çalışması özellikle verilerin toplanmasından doğan sorunların azalmasına yardımcı olur.

Tablo 22’de, ebe ve hemşirelerin kurumlarında DÖB hizmeti haricinde verdikleri hizmetlere bakıldığında, laboratuvar % 90,0, pansuman % 88,3 , enjeksiyon, aşı % 90,0, sağlam çocuk, gebe, lohusa izlem, yazışma gibi hizmetler % 90,0 olarak belirlenmiştir.

Hemşirenin görevleri hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak, bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak, sağlık ocağı ebe sayısının yeterli olmadığı durumlarda ebelerin sorumluluk almış olduğu bölgelerin paylaşımına katılmak ve bölgelerin tespit, takip ve bağışıklama hizmetleri ile kayıt bildirimlerini yapmak, evlilik öncesi ve evlilikte aile planlaması hizmetleri ile ilgili danışmanlık hizmetlerini yürütmek, gerekli uygulamaları yapmak, sertifikası varsa RİA uygulamak, ishali hastalıklar konusunda programlarda görev almak, sağlıklı beslenme ve beslenme bozuklukları konusundaki programlara katılmak, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde görev almak, iş ve işçi sağlığı hizmetlerinde görev almak, okul sağlığı hizmetlerinde görev almak, bağışıklama hizmetlerini yürütmek, acil müdahale hizmetleriyle ilgili uygulamaları yapmak, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde görev almak, poliklinik hizmetlerinin yürütülmesine yardımcı olmak, enjeksiyon ve pansuman hizmetlerini yapmak, yaşlı sağlığı hizmetlerini yürütmek veya bu hizmetlere katılmak, görevi ile ilgili istatistik kayıtları tutmak, bireysel ve grup eğitimlerine katılmak, kronik hastalıklar kontrol programı kapsamında kayıt, tarama ve tedavi hizmetlerine katılmak, sağlık ocağı hizmetlerinin gerektirdiği nöbet çalışmalarına katılmak, toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak, tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulması, usulüne uygun kullanılması ve korunmasını takip ve kontrol etmek, halk eğitimi materyalleri ihtiyacını belirlemek, temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak, planlanan mesai sonrası çalışmalara katılmak, görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak, nüfus tespiti çalışmalarında görev almak, hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmaktır (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge 2004).

Ebenin görevleri, hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak, bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak, evlilik öncesi ve evlilikte aile planlaması hizmetleri ile ilgili danışmanlık hizmetlerini yürütmek, gerekli uygulamaları yapmak, sertifikası varsa RİA uygulamak, 15-49 yaş evli kadınları saptayıp mevzuatta öngörülen aralıklarla izlemelerini yapmak, doğum öncesi bakım ve izlemi yapmak, gebelik tanısını koymak, takibini yapmak, riskli gebelikleri erken dönemde tespit etmek ve gerekli birimlere sevk etmek, doğum sırasında gerekli bakım ve izlemi yapmak, doğumu uygun şekilde yaptırmak, gerekiyorsa epizyotomi yapmak, riskli durumları değerlendirmek ve sevkine karar vermek, doğum sonrası bakım ve izlemi yapmak, 0-6 yaş grubu çocukların bakım ve izlemini yapmak, bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak, ishal ve ishallerli hastalıklar konusunda risk altındaki grupları saptayarak gerekenleri yapmak, beslenme bozukluğuna bağlı hastalıkları ve etkileyen faktörleri bilmek ve gerekenleri yapmak, yaşlı sağlığı hizmetlerine katılmak, bireysel ve grup eğitimlerine katılmak, ev ziyaretleri yaparak gebe ve bebekleri tespit etmek, düzenli aralıklarla ziyaret etmek ve izlemek, gebe, bebek ve çocuklara ait kayıt ve formlarını eksiksiz doldurmak, bağışıklama hizmetlerinde görev almak, tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulması, usulüne uygun kullanılması ve korunmasını takip ve kontrol etmek, enjeksiyon ve pansuman hizmetlerini yürütmek, planlanan mesai sonrası çalışmalara katılmak, toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak, görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak, nüfus tespiti çalışmalarında görev almak, halk eğitimi materyalleri ihtiyacını belirlemek, temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak, sağlık evlerinde çalışan ebeler için) sağlık evi binasının korunmasını ve bakımını sağlamak, hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmaktır (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge 2004).

Araştırma bu görevlerin haricinde tamirat, yemek yapma, bulaşık gibi hizmetlerin %90,0 oranında yapıldığını göstermektedir. Ebe ve hemşireler bu hizmetlerin personel yetersizliği, kurum içinde yemek verilmemesi gibi nedenlerle yapıldığını ifade etmektedirler. Bunlar gibi kamusal problemler ebe ve hemşirelerin meslek tanımlarının dışında yeralan hizmetleri yapmalarına neden olur.

Tablo 23'te, ebe ve hemşirelerin ev ziyaretlerinde yaşadıkları güçlükler incelendiğinde ulaşım % 96,7 ile en yüksek oranda karşımıza çıkmaktadır. Bilmediği yere gitmek % 95,0 , ev halkının davranışları % 90,0 , ek ödenek olmaması % 86,7 , güvenliğin olmaması % 18,3 oranlarında belirtilmiştir. Kılıç tarafından yapılan araştırmada, gebelerin % 20,8'inin ebelerin ev ziyareti kalitesini yeterli düzeyde bulduğu belirtilmiştir. Araştırma İstanbul ilinde yapıldığından, il içi trafik ve ulaşım ciddi bir sıkıntı oluşturmaktadır. Bu nedenle ulaşımın en yüksek oranda belirtildiği düşünülebilir. Ebe ve hemşireler, ev ziyaretleri sırasında annelere yönelik tam bir değerlendirme yapmalıdırlar. Değerlendirme, annelerle görüşme ile başlamalıdır. Bu görüşmede, annelerle ilgili kişisel, ailesel, obstetrik, tıbbi öykü ve son doğumu ile ilgili bilgiler alınmalı ve riskler araştırılmalıdır. Bunun yanı sıra, annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri ve işi ile ilgili bilgilerde değerlendirilmelidir. Değerlendirmeler sonucunda, bakım gereksinimleri planlanarak anne ve yenidoğan sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık rolleri gerçekleştirilmelidir. Anneler, annelik rolüne uyum yapabilmek, kendi ve yenidoğan bakımını sağlıklı sürdürebilmek için bakım ve eğitim almaya gereksinim duyarlar. Anneler, kendileri ile ilgili olarak, dinlenme, hijyen ve meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler ve doğum sonrası sorunlara yönelik konularda; yenidoğan beslenmesi ve bakımı konularında eğitime gereksinim duyabilmektedirler (Akdolun 2002, Başer 2005, Güngör 2004). Bu değerlendirmelerin en doğru şekilde yapılması için hemşirelerin ev ziyaretlerindeki güçlüklerine çözüm getirilmelidir. Çünkü belirtilen güçlükler yüksek oranlarda karşımıza çıkmaktadır, ve ziyaretlerin etkinliğini azaltmaktadır.

Tablo 24'te, ebe ve hemşirelerin işlerinde yaşadıkları güçlüklerle bakıldığında düzensiz çalışma saatlerinin 20 kişiyle en az sayıda, mesleki saygınlığın yetersizliğinin 54 kişiyle en fazla sayıda belirtildiği görülmüştür. Çalışma koşullarının ağır olması % 71,7, düzensiz çalışma saatleri % 33,3 , mesleki saygınlığın yetersizliği % 90,0 , işin genel görünüm ve zorluk derecesi % 58,3 , ücret yetersizliği % 83,3 , ilerleme olanağı % 63,3 , uygun ödüllendirme % 53,3 , kurumun sosyal yetersizliği % 66,7 , çalışma koşulları ve iş güvenliği % 75,0 oranlarında belirtilmiştir. Düzensiz çalışma saatlerinin en az sayıda belirtilme nedenlerini birinci

basamakta mesai saat ve günlerinin belirli olması ve özel gün ve haftalarda izinli olunması şeklinde düşünebiliriz.

Taycan ve Kutlu tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin tükenmişlik alt ölçek ortalama puanları literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında düşük bulunmuştur. Bunun nedenini çalışma evreninin sadece üniversitede görev yapan hemşirelerden oluşmasına bağlayabiliriz. Üniversite hastanelerinde çalışan hemşireler, başka kurumlarda çalışan meslektaşlarına oranla daha özgür bir çalışma ortamının varlığı, verilen hizmetin hasta yönelimli olmaktan çok servis yönelimli olması ve eğitim-araştırma hastanesi olması nedeniyle yeni gelişmelere açık bir ortamın bulunması gibi birtakım avantajlara sahiptir (Özyurt 2003).

Haftalık çalışma süresi 40 saat olanların ortalama puanları 46-50 saat çalışanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Haftalık çalışma süresi arttıkça, duygusal açıdan kendini yıpranmış hissetme oranı da artmaktadır (Üstün 1995).

Mesleği ve çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçenlerde, mesleği kendine uygun bulanlarda ve genel olarak iş yaşamından memnun olanlarda depresyon ve tükenmişlik oranları daha düşük bulunmuştur.

Ebe ve hemşirelerin işlerinde yaşadıkları güçlüklerin; kurum içi iletişimi, çalışma saatlerini verimli kullanmayı, hasta-personel iletişimini ve özellikle işdoyumunu etkilediği düşünülebilir.

5.2. İş Doyumuna İlişkin Tartışma

Tablo 25'te "Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeylerinin medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılık göstermekte midir?" sorusu ifade edilmiştir. Medeni duruma göre iş doyum düzeylerine yönelik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olup-olmadığını belirleyebilmek amacıyla t-testi uygulanmıştır. Yapılan t-testi sonucunda, hemşirelerin iş doyum düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 26’da, “Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeylerinin memuriyet durumlarına göre anlamlı olarak farklılık göstermekte midir?” sorusu ifade edilmiştir. Memuriyet durumuna göre iş doyum düzeylerine yönelik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olup-olmadığını belirleyebilmek amacıyla t-testi uygulanmıştır. Yapılan t-testi sonucunda, hemşirelerin iş doyum düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 27’de, “Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeyinin, eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılık göstermekte midir?” sorusu ifade edilmiştir. Hemşirelerin iş doyum düzeyinin, eğitim değişkenine göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olup-olmadığını belirleyebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Yapılan ANOVA testi sonucunda hemşirelerin iş doyum düzeyinin, eğitim değişkenine göre anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Tablo 27’den de görüleceği üzere, lise mezunu olan ebe ve hemşirelerin, iş doyum düzeyi puan ortalaması ($X=3,42$), lisans mezunu olan ebe ve hemşirelerin puan ortalamasından ($X=3,03$) ve yüksek lisans mezunu olan ebe ve hemşirelerin puan ortalamasından ($X=2,76$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 28’de, “Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeyinin meslekte çalışma sürelerine göre anlamlı olarak farklılık göstermekte midir?” sorusu ifade edilmiştir. Hemşirelerin iş doyum düzeyinin, meslekte çalışma sürelerine göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olup-olmadığını belirleyebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Yapılan ANOVA testi sonucunda hemşirelerin iş doyum düzeyinin, meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 29’da “Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeyinin yaşlarına göre anlamlı olarak farklılık göstermekte midir?” sorusu ifade edilmiştir. Hemşirelerin iş doyum düzeyinin, yaşlarına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olup-olmadığını belirleyebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi

(ANOVA) uygulanmıştır. Yapılan ANOVA testi sonucunda hemşirelerin iş doyum düzeyinin, yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Beyazsaçlı ve Serin'in çalışmalarında "Devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır [$t(171)=1,462$ $p>0,05$]. Hemşirelerin iş doyum düzeylerinin çocuk sahibi olup olmamasına göre anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır [$t(171)=2,365$ $p<0,05$]. Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin, iş doyum düzeyi puan ortalaması (68,012), çocuk sahibi olan hemşirelerin puan ortalamasından (63,707) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Aynı çalışmada hemşirelerin iş doyum düzeyinin, eğitim değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($F=1,749$ $p>0,05$). Hemşirelerin iş doyum düzeyinin, medeni durum değişkenine göre grupların puan ortalamaları arasında farklılaşma bulunmuştur. ($F=3,800$ $p<0,05$). Buna göre "Bekar" olanlar ($x=69,015$ $ss=12,727$) ile "Evli" olanların ($x=64,092$ $ss=11,169$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p=0,030$). Hemşirelerin iş doyum düzeyinin, yaş durum değişkenine göre grupların puan ortalamaları arasında anlamlı farklılaşmanın olduğu bulunmuştur ($F=2,523$ $p<0,05$). Buna göre "20-25" yaş grubu puan ortalaması ($x=70,750$ $ss=14,268$) ile "30-35" yaş grubu puan ortalamaları ($x=62,387$ $ss=9,308$) arasında anlamlı fark vardır ($p=0,039$).

Beyazsaçlı ve Serin'in çalışmasını araştırmamızla karşılaştırdığımızda diğer çalışmada medeni duruma ve yaşa göre anlamlı bir fark tespit edilmişken araştırmamızda medeni durum ve yaş ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bunun tersine araştırmamızda eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık varken diğer çalışmada eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Sonuç olarak araştırmamızda yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslekteki çalışma süresi ve memuriyet durumuna göre iş doyumları karşılaştırılmış ve sadece eğitim durumuna göre iş doyumunun etkilendiği görülmüştür. Lise mezunu ebe ve hemşirelerin iş doyumlarının lisans ve yüksek lisans mezunu ebe ve hemşirelere göre

daha yüksek olduğu saptanmıştır. Lise mezunu olan ebe ve hemşirelerin genel itibariyle kadrolu olarak görev yapıyor olmalarının iş doyumunu etkilediği dşnlebilir. Sözleşmeli olarak çalışan lisans ve yüksek lisans mezunu ebe ve hemşirelerin memuriyet durumları kadrolular kadar sabit değildir. Bu husus iş doyumlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma, Haziran-Temmuz 2009 tarihinde İstanbul Kağıthane Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı yirmi iki sağlık ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde (AÇSAP) çalışan 60 ebe ve hemşire ile doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetlerinde ki rolleri, yaşadıkları güçlükler, hizmet kapsamında uygulamaya ilişkin görüşleri ve işdoyumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanıp uygulanmıştır.

Ebe ve hemşirelerin yaşlarına bakıldığında 26-30 yaş arasındakilerin % 41,7 ile yoğunlukta olduğu görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin eğitim durumlarına bakıldığında % 61,7 ile lisans mezunlarının en yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin memuriyet durumları incelendiğinde %53,3 ile sözleşmeli 4/b personelin olduğu belirlenmiştir.

Meslekteki çalışma süreleri incelendiğinde; 1- 5 yıl süre ile çalışanların % 40 oranında olduğu , ebe ve hemşirelerin şuanda bulundukları kurumda çalışma süreleri incelendiğinde 1-2 yıl süreyle çalışanların % 65,0 oranında olduğu görülmektedir.

Ebe ve hemşirelerin DÖB hizmeti kapsamında öykü almaya ilişkin uygulamalarına bakıldığında; “kişisel bilgiler” öyküsünün % 100 oranında alındığı belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin DÖB Hizmeti kapsamında fizik muayeneye ilişkin uygulamalarına bakıldığında, hekim tarafından göğüs ve kalp oskültasyonunun yapılmasının % 23,3 oranında , gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapılmasının % 18,3 olarak uygulamada yer aldığı, gebenin boy ve kilosunun ölçümü, kan basıncının ölçümü, nabızın sayılması, anemi bulguların kontrol edilmesi % 98,3 olarak belirlenmiştir.

DÖB Hizmeti kapsamında laboratuvar testlerine ilişkin uygulamalarına bakıldığında, kan sayımı veya Hb-Hct ölçümünün % 98,3 olarak belirlendiği, gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklamaya ilişkin uygulamalarına

bakıldığında, demir preparatı desteğinin % 96,7 ve tetanoz profilaksinin % 98,3 oranlarında uygulandığı belirlenmiştir.

Gebeliğe bağlı olağan yakınmalar hakkında gebenin bilgilendirilmesinde değinilen konular incelendiğinde, meme başındaki glandlarda belirginleşme % 78,3 sık idrara çıkma % 98,3 olarak ,gebelere verilen danışmanlık hizmetinin içerdiği konulara bakıldığında,beslenme-diyet,fiziksel aktivite ve çalışma koşulları,sigara alışkanlığı, fetüs hareketlerinin hissedilememesi konularına % 98,3 oranında belirlenmiştir.

Kurumda sistemli uygulama durumlarına bakıldığında, ilk 3 ayda başvuran gebelere % 70 oranında sistemli uygulama sağlandığı ,danışmanlık verilen gebelere bir sonraki izleme gelmelerini sağlamak için yapılan uygulamalara bakıldığında, kartlara izlem tarihi yazılması % 80,0 oranında belirlenmiştir.

Kadın doğum uzmanına/hastaneye sevk % 98,3 , gebe izlem fişi kontrol durumu %98,3 oranlarında görülmektedir.

DÖB Hizmeti kapsamında öykü almaya ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksiklikler incelendiğinde, kişisel bilgiler alanı % 13,3 oranında, fizik muayeneye ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksiklikler incelendiğinde, hekim tarafından göğüs ve kalp oskültasyonunun yapılması % 43,3, gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek % 41,7 , gebenin boy ve kilosunun ölçümü,kan basıncının ölçümü,nabızın sayılması ise % 90,0 oranlarında eksiklik olarak bulunmuştur.Laboratuvar testlerine ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksikliklere bakıldığında kan gurubu tayininin % 65,0 oranında alınmadığı, gebeye verilecek ilaç desteği,tedaviler ve bağışıklamaya ilişkin uygulamalarda tespit ettikleri eksiklikler incelendiğinde demir preparatı desteği ve tetanoz profilaksinin % 86,7 oranında uygulamada yer aldığı belirlenmiştir.

Ebe ve hemşirelerin tespit ettikleri eksikliklerin kurumlarında uygulanamama nedenleri incelendiğinde,hasta sayısının çok olması % 43,3 , kurumun teknik yetersizliği % 66,7 çalışan sayısının yetersizliği % 50 , iş yoğunluğu % 48,3 , çalışanlar arasındaki iletişim eksikliği % 11,7 olarak belirlenmiştir.

Kayıt tutma durumları incelendiğinde izlem fişi ile kayıt tutulması % 86,7 , DÖB hizmetlerinin kayıt altına alınmasının yeterli seviyede olma durumu % 65,0 oranında kayıt sisteminde tespit edilen eksiklik varlığı % 30,0 oranında saptanmıştır.

Ebe ve hemşirelerin kurumlarında DÖB hizmeti haricinde verdikleri hizmetlere bakıldığında, enjeksiyon ve aşının % 90,0, pansumanın % 88,3 oranında yapıldığı görülmüştür. Ev ziyaretlerinde yaşadıkları güçlükler incelendiğinde ulaşımın % 96,7, işlerinde yaşadıkları güçlüklerle bakıldığında düzensiz çalışma saatlerinin % 33,3 , mesleki saygınlığın yetersizliğinin % 90,0 olarak belirtildiği görülmüştür.

Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeylerinin medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde hemşirelerin iş doyum düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeylerinin memuriyet durumlarına göre anlamlı olarak farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında hemşirelerin iş doyum düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeyinin, eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde lise mezunu olan ebe ve hemşirelerin, iş doyum düzeyi puan ortalaması ($X=3,42$), lisans mezunu olan ebe ve hemşirelerin puan ortalamasından ($X=3,03$) ve yüksek lisans mezunu olan ebe ve hemşirelerin puan ortalamasından ($X=2,76$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeyinin meslekte çalışma sürelerine göre anlamlı olarak farklılık gösterip göstermediği sorgulandığında hemşirelerin iş doyum düzeyinin, meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Ebe ve hemşirelerin iş doyum düzeyinin yaşlarına göre anlamlı olarak farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında hemşirelerin iş doyum düzeyinin, yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

ÖNERİLER

DÖB hizmetleri kapsamında, başvuran gebelere etkili bir danışmanlık verilmesi,

DÖB hizmetleri kapsamında, elde edilen verilerin kayıt altına alınmasında standart oluşturulması,

Danışmanlık verilen gebelere bir sonraki izleme gelmelerini sağlamak için yapılan uygulamalara standart getirilmesi,

DÖB hizmeti kapsamında öykü alma, fizik muayene ve laboratuvar testlerine ilişkin uygulamalarda tespit edilen eksiklikler yönünde iyileştirme yapılması,

Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda ikili ve üçlü testler gibi doğum öncesi döneme ilişkin testlerin yapılması,

Ebe ve hemşirelerin memnuniyet ve iş doyumlarını arttırmak için çalışma koşullarının ve statülerinin düzenlenmesi sağlanmalıdır.

7. EKLER

EK 7.1

EK-A

TANITICI BİLGİLER FORMU

Adı Soyadı :

Görevli olduğu kurum :

Ünvanı :

Yaş :

1. Eğitim durumunuz nedir?

- () Lise () Lisans
() Yüksek Lisans () Doktora

2. Medeni durumunuz nedir?

- () Evli () Bekar

3. Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi ya da kişiler var mı?

- () Eş () Çocuk
() Anne-baba () Diğer.....

4. Kurumda kadrolu mu yoksa sözleşmeli personel olarak mı çalışıyorsunuz?

- () Kadrolu () Sözleşmeli 4B
() Sözleşmeli 4C () Diğer.....

5. Meslekte kaç yıldır görev yapmaktasınız?

6. Bu kurumda ne kadar zamandır görev yapmaktasınız?

7. Daha önce hangi kurumlarda görev aldınız?

- () Birinci basamak () Kamu hastanesi
() Özel hastane () Diğer.....

8. Daha önce görevli olduğunuz kurumda hangi bölümde yer aldınız?

9. Günde kaç saat mesai yapıyorsunuz?

10. Çalışma sisteminizde nöbet yer almakta mıdır?

- () Evet () Hayır

DEĞERLENDİRME ANKET FORMU

1. DÖB Hizmeti kapsamında kurumunuzda yaptığınız uygulamalar nelerdir?

1.1. Öykü Alma

- ☐ Kişisel bilgileri
- ☐ Tıbbi öykü
- ☐ Obstetrik öykü
- ☐ Mevcut gebelik öyküsü

1.2. Fizik Muayene

- ☐ Gebenin boy ve kilosunun ölçümü
- ☐ Kan basıncının ölçümü ve nabızın sayılması
- ☐ Anemi bulguların kontrol edilmesi
- ☐ Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerinin kontrol edilmesi
- ☐ Göğüs ve kalp oskültasyonunun yapılması (Hekim Tarafından)
- ☐ Gebelik haftası ile uterus büyüklüğün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapılması
- ☐ Yaygın ödem kontrolünün yapılması
- ☐ Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendirilmesi
- ☐ Fetus kalp seslerinin değerlendirilmesi
- ☐ Diğer sistemik muayenelerin yapılması
- ☐ Meme muayenesinin yapılması
- ☐ Leopold manevralarının yapılması
- ☐ Fetus kalp seslerinin uygun teknikle değerlendirilmesi

1.3. Laboratuvar Testleri

- ☐ İdrar tahlili
- ☐ Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü
- ☐ Kan grubu tayini
- ☐ Glukoz tarama testi
- ☐ Temel Obstetrik Ultrasonografi

1.4. Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama

- ☐ Demir preparatı desteği
- ☐ Tetanoz profilaksi

2. DÖB Hizmeti kapsamında gebeliğe bağlı olağan yakınmalar hakkında gebenin bilgilendirilmesinde hangi konulara değiniliyor?

- ☐ Yorgunluk
- ☐ Bulantı ve kusma
- ☐ Sık idrara çıkma
- ☐ Baş dönmesi
- ☐ Varis ve hemoroid
- ☐ Kabızlık
- ☐ Mide yanması
- ☐ Bacaklarda kramplar
- ☐ Nefes darlığı
- ☐ Ciltteki değişiklikler
- ☐ Memelerde hassasiyet
- ☐ Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- ☐ Kolostrum salınımı
- ☐ Toprak yeme, vb., Aşırma şikayetleri

3. DÖB Hizmeti kapsamında gebelere verilen danışmanlık hizmeti hangi konuları içeriyor?

- ☐ Beslenme ve diyet
- ☐ Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- ☐ Gebelikte cinsel yaşam
- ☐ Hijyen ve genel vücut bakımı
- ☐ Ağız ve diş sağlığı
- ☐ Sigara alışkanlığı
- ☐ Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- ☐ İlaç kullanımı
- ☐ Tetanoz toksoit immünizasyonu
- ☐ Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem konusunda bilgilendirilmesi
- ☐ Doğum eylemi ve doğum
- ☐ Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağına Planlanması
- ☐ Emzirme
- ☐ Ebeveynliğe hazırlık
- ☐ Postpartum aile planlaması danışmanlığı
- ☐ Kontrol zamanlarını düzenleme

Gebelikte tehlike işaretleri:

- ☐ Vajinal kanama
- ☐ Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
- ☐ Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma
- ☐ Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
- ☐ Ciddi karın ağrısı
- ☐ Solunum güçlüğü veya sık solunum
- ☐ Suyunun gelmesi
- ☐ Yüz, el ve bacaklarda şişme
- ☐ Fetus hareketlerinin hissedilememesi
- ☐ Hızlı kilo alımı
- ☐ Fetal anomaliler, tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında bilgilendirme

4. Yukarıda belirttiğiniz işler için kurumunuzda sistemli bir uygulama var mı? Varsa aşağıdaki seçeneklerden hangisine uymaktadır?

- ☐ İlk 3 ay içinde başvuran gebelere
- ☐ İlk 6 ay içinde başvuran gebelere
- ☐ 6. aydan itibaren başvuran gebelere
- ☐ Risk saptanan gebelere
- ☐ Uygulamanız farklı ise sizinkini belirtiniz (burada kendi uygulamalarınızı açıklayınız).

5. Danışmanlık verdiğiniz gebelerin bir sonraki izleme gelmelerini sağlamak için neler yapıyorsunuz?

6. Riskli bir durum saptandığında nasıl bir yol izliyorsunuz?

7. İlk izlemin ardından yapılan diğer izlemlerde gebelik süreciyle ilgili herhangi bir değişiklik olup olmadığını sorguluyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

8. Gebe izlem fişi kontrol ediliyor mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

9. DÖB Hizmetinin kurumunuzda yeterli seviyede uygulandığını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

10. DÖB Hizmeti kapsamında uygulamada tespit ettiğiniz eksiklikler varmı? Varsa nelerdir?

10.1. Öykü Alma

- ☐ Kişisel bilgileri
- ☐ Tıbbi öykü
- ☐ Obstetrik öykü
- ☐ Mevcut gebelik öyküsü
- ☐ Diğer, açıklayınız

10.2. Fizik Muayene

- ☐ Gebenin boy ve kilosunun ölçümü
- ☐ Kan basıncının ölçümü ve nabızın sayılması
- ☐ Anemi bulguların kontrol edilmesi
- ☐ Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerinin kontrol edilmesi
- ☐ Göğüs ve kalp oskültasyonunun yapılması (Hekim Tarafından)
- ☐ Gebelik haftası ile uterus büyüklüğün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapılması
- ☐ Yaygın ödem kontrolünün yapılması
- ☐ Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendirilmesi
- ☐ Fetus kalp seslerinin değerlendirilmesi
- ☐ Diğer sistemik muayenelerin yapılması
- ☐ Meme muayenesinin yapılması
- ☐ Leopold manevralarının yapılması
- ☐ Fetus kalp seslerinin uygun teknikle değerlendirilmesi

10.3. Laboratuvar Testleri

- ☐ İdrar tahlili
- ☐ Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü
- ☐ Kan grubu tayini
- ☐ Glukoz tarama testi
- ☐ Temel Obstetrik Ultrasonografi

10.4. Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama

- ☐ Demir preparatı desteği
- ☐ Tetanoz profilaksi

11. DÖB Hizmeti kapsamında belirttiğiniz eksiklikler haricinde sizin uygulamada yer alması gerektiğini düşündüğünüz hizmetler nelerdir? Varsa kısaca bahseder misiniz?

12. Tespit edilen eksikliklerin kurumunuzda uygulanamamasının nedenleri sizce nelerdir?

- ☐ Hasta sayısının çok olması
- ☐ Kurumun teknik yetersizliği
- ☐ Çalışan sayısının yetersizliği
- ☐ İş yoğunluğu
- ☐ Çalışanlar arasındaki iletişim eksikliği
- ☐ Çalışan-hasta arasındaki iletişim eksikliği
- ☐ Diğer, açıklayınız

13. Kayıtlarınızı nasıl tutuyorsunuz?

- ☐ İzlem fişi ile
- ☐ Protokol defteri ile
- ☐ Bilgisayar yardımı ile
- ☐ Diğer

14. DÖB Hizmetlerinin kayıt altına alınması sizce yeterli seviyede mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

15. Kayıt sisteminde tespit ettiğiniz eksiklikler varmı? Varsa nelerdir?

- ☐ Evet.....
- ☐ Hayır

16. Kurumunuzda DÖB hizmeti haricinde ebe/hemşire olarak ne tür hizmetler veriyorsunuz?

17. Ev ziyaretleri yapıyor musunuz? Zorlukları nelerdir?

- ☐ Ulaşım
- ☐ Bilmediğim bir eve gitmek
- ☐ Ev halkının davranışları
- ☐ Ek ödenek yapılmaması
- ☐ Diğer.....

18. Çalışma ortamında iletişim içerisinde olduğunuz kişilerle yaşadığınız güçlükler var mıdır? Varsa nelerdir?

19. İşinizin güçlükleri nelerdir?

- () Çalışma koşullarının ağır olması
- () Düzensiz çalışma saatleri
- () Mesleki saygınlığın yetersizliği
- () İşin genel görünüm ve zorluk derecesi
- () Ücret yetersizliği
- () İlerleme olanağı
- () Uygun ödüllendirme
- () Kurumun sosyal yetersizliği
- () Çalışma koşulları ve iş güvenliği

MİNESOTA DOYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda işinizin çeşitli yönleri ile ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatli okuyarak işinizin o cümlede belirtilen yönünden ne derecede hoşnut olduğunuzu bir (X) işareti ile belirtiniz. Her cümleyi yanıtlarken "bu yönden işimden ne derece hoşnutum?" sorusunu kendinize sorunuz. Seçeneklerin anlamları aşağıda belirtilmiştir.

- ÇH** : Bu yönden işimden **çok hoşnutum.**
H : Bu yönden işimden **hoşnutum.**
K : **Kararsızım.**
HD : Bu yönden işimden **hoşnut değilim.**
HHD : Bu yönden işimden **hiç hoşnut değilim.**

1. Beni her zaman meşgul etmesi bakımından

ÇH H K HD HHD
 () () () () ()

2. Tek başıma çalışma olanağım olması bakımından

ÇH H K HD HHD
 () () () () ()

3. Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından

ÇH H K HD HHD
 () () () () ()

4. Toplumda "saygın bir kişi" olma şansını bana vermesi bakımından

ÇH H K HD HHD
 () () () () ()

5. Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından

ÇH H K HD HHD
 () () () () ()

6. Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı bakımından

ÇH H K HD HHD
 () () () () ()

7. Vicdanıma aykırı olmayan şeyleri yapabilme şansımın olması bakımından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

8. Bana sabit bir iş sağlaması bakımından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

9. Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

10. Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

11. Kendi yeteneklerimi kuallanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

12. İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması açısından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

13. Yaptığım iş karşılığı aldığım ücret bakımından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

14. İş içinde terfi olanağım olması bakımından açısından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

15. Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

16. İşimi yaparken kendi yeteneklerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

17. Çalışma şartları bakımından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

18. Çalışma arkadaşlarımla birbirleriyle anlaşmaları açısından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

19. Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem açısından

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

20. Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden

ÇH	H	K	HD	HHD
()	()	()	()	()

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM YÖNETİMİ REHBERİ

Her izlemde gebe ve/veya aile yakınlarını karşılayarak uygun iletişimi kurmak için şunları yapınız:

- Gebeyi nazik bir şekilde karşılama
- Gerekli mahremiyeti sağlama
- Kendini tanıtma
- Gebenin adını öğrenme ve kullanma
- Gerekli olumlu beden dilini kullanma
- İletişim için gerekli mesafeyi ayarlama
- Gebe ile yüz yüze olma, göz teması kurma
- Her aşamada soru sorabileceğini belirtme

A. BİRİNCİ İZLEM

(Gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde, süresi 30 dakika olmalı)

Gebeyi değerlendirme basamaklarını uygulayınız.

1. Öykü Alma

1.1 Kişisel bilgilerini alınız.

- T.C Kimlik Numarası (biliniyorsa)
- Yaş (Doğum tarihi)
- Adres ve telefon numarası
- Medeni hali
- Akraba evliliği/derecesi
 - 1) Birinci derece akraba (kardeş çocukları arasında)
 - 2) İkinci derece akraba (kardeş torunları arasında)
- Yaşadığı ev tipi,büyüklüğü ve hane halkı sayısı
- Yaşadığı mekanın alt yapı koşulları; tuvalet, su kaynağı
- Yaşadığı mekanın elektrik ve ısınma kaynağı
- Eğitim düzeyi
- Ekonomik kaynakları;
 - 1) Kendi mesleği ve çalışma durumu
 - 2) Eşinin mesleği ve çalışma durumu
- Yaşadığı yerin en yakın sağlık kuruluşuna uzaklığı
- Ulaşım şartları
- Sosyal güvencesi

1.2 Tıbbi öykü alınız.

- Kronik sistemik hastalıklar
(Diabetes Mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, kr.böbrek hastalığı, epilepsi, tiroid hastalıkları vb.)

- Geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları (Tüberküloz, Brucella, paraziter hastalıklar, vb)
- CYBE öyküsü
- Madde bağımlılığı
- Toprak vb yeme
- Psikiyatrik hastalıklar
- Kan transfüzyonu
- Talasemi taşıyıcılığı
- Geçirilmiş operasyonlar
- Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar (Histerotomi, myomektomi vb)
- İlaç allerjisi
- Aile öyküsü (Diabetes mellitus, tekrarlayan fetal anomaliler, çift yumurta ikizi vb.)
- Sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaçlar (Antiepileptikler, insülin, antihipertansifler vb).
- Gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi
- İnfertilite mevcut ise süresi, gördüğü tedaviler

1.3 Obstetrik öykü (Daha önceki gebelikleri ile ilgili)alınız.

- Bu gebeliği dahil toplam gebelik sayısı (Gravida)
- Daha önceki doğum sayısı (Parite)
- Yaşayan çocuk sayısı
- Son gebeliğin sonlanma tarihi-yeri
- Gebenin her gebeliği ile ilgili öyküsünün ve gebelik sonucunun aşağıdakilere göre irdelenmesi;
 - Doğumların kim tarafından nerede yapıldığı
 - Gebeliklerin sonlanma şekli ve gebelik haftası (Canlı doğum, ölü doğum, kendiliğinden düşük, isteyerek düşük, ektopik gebelik, mol gebelik)
 - Bebek ölümü ve nedenleri
 - Çocuk ölümü ve nedenleri
 - Prematür doğum
 - Postmatür doğum
 - İkiz veya çoğul gebelik
 - Tekrarlayan birinci trimester düşükleri
 - Tekrarlayan ikinci trimester düşükleri
 - Yasal tahliye ve isteyerek düşük ve komplikasyonları
 - Gebelik sırasında yaşanan komplikasyonlar (Kanama,preeklampsi, eklampsi, gestasyonel diyabet, tromboz, emboli)
 - Doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar (Plasentanın erken ayrılması, plasenta previa, makat, transvers ve diğer prezentasyon anomalileri,

uzamış doğum eylemi, üçüncü derece perine yırtıkları ve masif kanama, plasentanın elle çıkarılması)

- Doğumun şekli
(Normal doğum, sezaryen doğum, forseps veya vakumla müdahaleli doğum)
- Doğum sonrası dönemde yaşanan komplikasyonlar
(Sepsis, kanama, depresyon, meme absesi vb.)
- Daha önceki canlı doğumlara ait yaşanan komplikasyonlar
(Hidrops Fetalis, resüsitasyon veya başka tedavi almış yenidoğan, kromozomal anomali veya malformasyon, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği ve makrozomi)
- Daha önceki canlı doğumlara ait bilgiler
(cinsiyeti, doğum ağırlığı, anne sütü alma süresi)
- Tetanoz toksoit immünizasyon uygulaması

1.4 Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Son Adet Tarihi (Son adet ilk günü)
Son adet tarihine (SAT) göre tahmini doğum tarihi Nagele kanununa göre hesaplanır: Tahmini Doğum Tarihi = SAT -3 ay + 7 gün
Adetleri düzenli olmayan hastalarda gebelik haftasının SAT ile uyumlu olmayabileceği unutulmamalıdır.
Bilinmiyorsa; İlk gebelik testi tarihi
Gebelikten ilk şüphelendiği tarih
Fetus hareketlerinin ilk hissedildiği tarih
- Adetlerinin düzeni
- Beklenen doğum tarihi
- Gebelik yakınmaları
(Bulantı kusma, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb.yeme, sık idrara çıkma, meme hassasiyeti, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb...)
- Gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmalar
(Vajinal kanama, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi)
- Alışkanlıkların sorgulanması (sigara, alkol, madde bağımlılığı)
- Kullandığı ilaçlar

2. Fizik Muayene:

- Gebenin boy ve kilosunu ölçünüz.
- Kan Basıncını ölçünüz (Sistolik kan basıncının 140, diastolik kan basıncının 90 mmHg altında olması normal kabul edilir).Nabzını sayınız.
- Ciddi anemi bulgularını kontrol ediniz
El tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almakta güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı
- Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerini kontrol ediniz

Nefes darlığı, öksürük, yüksek ateş vb.

- Göğüs ve kalp oskültasyonu yapınız
- Gebelik haftası ile uterus büyüklüğün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapınız.
- Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendiriniz
- Fetus kalp seslerini değerlendiriniz.

Fetüs kalp atımları fetal steteskop ile 16-20., el Doppleri ile 10-12. haftalardan itibaren duyulabilir

- Bebeğin ilk hareketlerini hissetme zamanını kaydetmesini isteyiniz.

Fizik muayeneden sonraki bu aşamada risk değerlendirme formundaki sorgulamaları yapınız.

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, izlemin uzman hekim danışmanlığı alınarak hangi basamakta devam edileceğine karar verilir. İzlem ikinci basamakta devam edecek ise gebenin yapılan müdahaleler ve izlem hakkında birinci basamağa bilgi vermesi konusunda gerekli danışmanlık verilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür.

3.Laboratuvar Testleri :

3.1 İdrar tahlili:

- Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakınız

3.2 Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü:

- Her izlemde gebe hemoglobinine bakınız.

3.3 Kan grubu tayini:

- İlk izlemde gebenin ve eşinin kan grubuna Rh uyumsuzluğu açısından mutlaka bakınız.

3.4 Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler için sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendiriniz.

4. Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama:

4.1 İkinci trimesterin başından itibaren günde 40-60 mg/gün demir preparatı desteğine başlayınız.

“Gebelere Demir Destek Programı” akış çizelgesini kullanarak destek veya tedavi dozuna karar veriniz.

4.2 Tetanoz toksoidi ile aşılamaı yapınız.

Tetanoz bağışıklaması 12. haftadan itibaren yapılabilir. Gebenin geç tespit edilebileceği düşünülürse 4.ayda veya ilk izleminde birinci dozun yapılması uygundur. Aşı takvimine uygun olarak diğer dozlar devam edilir.

- 4.3** Gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedavileri veriniz. İdrar yolu enfeksiyonu tedavisinin ardından kontrol izlemde hala enfeksiyon devam ediyorsa bir üst basamağa sevk ediniz.

5.Bilgilendirme Ve Danışmanlık:

5.1 Gebeliğe bağlı olağan yakınmalar hakkında gebeyi bilgilendiriniz.

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Ciltteki değişiklikler
- Memelerde hassasiyet
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb. yeme

5.2 Aşağıdaki konularda gebeye danışmanlık veriniz.

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Gebelikte tehlike işaretleri:
 - Vajinal kanama
 - Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
 - Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma
 - Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
 - Ciddi karın ağrısı
 - Solunum güçlüğü veya sık solunum
 - Suyunun gelmesi
 - Yüz, el ve bacaklarda şişme

5.3 Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem konusunda bilgilendirilmesi

5.4 Doğum eylemi ve doğum

- 5.5 Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağını planlanması
- 5.6 Emzirme
- 5.7 Postpartum aile planlaması danışmanlığı
- 5.8 Fetal anomaliler, tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında bilgilendirme yapınız.

6. Gebe İzlem Fişinin Kontrol Edilmesi :

- 6.1 İzlem sırasındaki tüm ayrıntıların izlem fişine yazılıp yazılmadığına dikkat ediniz.
- 6.2 İzlem fişinin bir örneğini gebeye veriniz.
Gebe başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar da buna göre planlanır.
- 6.3 Bir sonraki izlem tarihini 18-24. haftalar (tercihan 20-22.haftalar) olarak belirleyerek randevu kartına yazınız.
- 6.4 Kuruluşun telefon numarası, ilgili sağlık personelinin adı ve soyadını da aynı karta not ediniz.

B. İKİNCİ İZLEM

(Gebeliğin 18-24. haftaları (tercihan 20-22. haftalar) arasında yapılmalı, süresi 20 dakika olmalıdır.)

Gebeyi değerlendirme basamaklarını uygulayınız.

1. Öykü Alma

1.1 Kişisel bilgilerini alınız

- İlk izlemin ardından herhangi bir değişiklik olup olmadığını sorgulayınız.

1.2 Tıbbi öykü alınız

- İlk izlemde kayıt edilen tıbbi öyküyü gözden geçiriniz.
- İlk izlemden bu yana oluşan hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varsa sorgulayınız.

1.3 Obstetrik öykü (Daha önceki gebelikleri ile ilgili)alınız.

- İlk izlemde kayıt edilen obstetrik öyküyü gözden geçiriniz.

1.4 Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Alışkanlıkları sorgulayarak (sigara, alkol, madde bağımlılığı) kontrol ediniz.
- İlk izlemden bu yana olan gebelik yakınmalarını sorgulayınız.

(Bulantı kusma, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb. yeme, sık idrara çıkma, meme ağrısı, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb...)

- İlk izlemde bu yana olan gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmaları sorgulayınız.

(Vajinal kanama, kasılma nöbeti, baş ağrısı ile beraber görmede bulanıklık, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, yüz parmak ve bacaklarda şişme, fetus hareketlerinin hissedilmemesi, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi, suların gelmesi)

- Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt ediniz.
- Demir alımı ile ilgili yakınması varsa sorgulayınız.

2. Fizik Muayene:

- Gebenin kilosunu ölçünüz.
- Kan basıncını ölçünüz ve nabzını sayınız.
- Ciddi anemi bulgularını kontrol ediniz
El tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almakta güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı
- Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerini kontrol ediniz.
Nefes darlığı, öksürük, yüksek ateş vb.
- Göğüs ve kalp oskültasyonu yapınız. (Hekim Tarafından)
- Uterus yüksekliğini ölçünüz ve kaydediniz.
- Yaygın ödem kontrolünü yapınız.

Gebeliğin son aylarında ayaklarda hidrostatik basınca bağlı olarak ödem ortaya çıkabilir.

Vücudun üst kısmında (eller, göz kapakları) ödem gözlenmesi preeklampsinin ilk belirtisi olabilir.

- Diğer sistemik muayenelerini yapınız
(varis, tromboflebit bulguları açıksan muayene edilir.)
- Vajinal muayene, karın ağrısı olan gebelerde yapılır. Suyu gelen ve kanaması olan gebelerde ise spekulum muayenesi yapılır. Bu hastalar II. basamakta takip edilir.
- Semptomatik Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon bulgusu varsa değerlendiriniz.
- Fetus kalp seslerini uygun teknikle değerlendiriniz
(Fetal kalp atımı 120-160/dakika olmalı)

3. Laboratuvar Testleri :

3.1 İdrar tahlili:

- Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakınız

3.2 Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü:

- Her izlemde gebe hemoglobinine bakınız.

3.3 Kan grubu tayini:

- İlk izlemde bakılmadı ise gebenin ve eşinin kan grubuna Rh uygunsuzluğu açısından mutlaka bakınız. Anne Rh (-), baba Rh (+) ise İndirekt Coombs Testi yapılmalıdır. İndirekt Coombs testi sonucu (-) olanlar I.basamakta, (+) olanlar II. basamakta takip edilmelidir.

3.4 Diğer muayene ve testler:

- Sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendiriniz. (Glukoz tarama testi)
- Bu izlemde Temel Obstetrik Ultrasonografi önerilir. (Fetus sayısı, fetal kalp atımı, fetal biometrik ölçümler, plasenta lokalizasyonu, amniyotik sıvı miktarı değerlendirilir.)

4. Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama:

- 4.1 Başlamış olduğunuz, günde 40-60 mg/gün demir preparatı desteğine devam ediniz.
“Gebelere Demir Destek Programı” akış çizelgesini kullanarak destek veya tedavi dozuna karar veriniz.
- 4.2 Gerekirse tetanoz toksoidi ile aşılamanın 20. ve 24. haftalarda birinci ve ikinci dozunun yapılıp yapılmadığını kontrol ediniz.

5.Bilgilendirme Ve Danışmanlık:

5.1 Gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında gebeyi bilgilendiriniz.

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Ciltteki değişiklikler
- Mastodini
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb. yeme

5.2 Aşağıdaki konularda gebeyi danışmanlık veriniz.

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı

- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Gebelikte tehlike işaretleri:
 - Vajinal kanama
 - Konvülziyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
 - Başağrısı ile beraber görmede bozulma
 - Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
 - Ciddi karın ağrısı
 - Solunum güçlüğü veya sık solunum
 - Suyunun gelmesi
 - Yüz, el ve bacaklarda şişme
 - Fetus hareketlerinin hissedilememesi
 - Hızlı kilo alımı

5.3 Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem konusunda bilgilendirilmesi

5.4 Doğum eylemi ve doğum

5.5 Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması

5.6 Emzirme

5.7 Postpartum aile planlaması danışmanlığı

6. Sevk Edilecek Durumlar:

- Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması
- Kanama ve lekelenme olması
- Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon (140/90mmHg üzerinde olması, başlangıç tansiyonunun sistolik 30 veya diastolik 15 mmHg'dan daha fazla yükselmesi) ve/veya proteinüri olması
- Uterus yüksekliği değerlendirildiğinde beklenen haftayla uyumlu olmaması (büyük veya küçük)
- Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması
- Bir önceki izlemde bakteriüri tespit edilen gebenin tedaviye rağmen bakteriürinin devam ediyor olması
- Tehlike işaretlerinin varlığı

*** İkinci basamak sağlık kuruluşlarında yukarıdaki durumların her biri için ayırıcı tanı yapılarak tedavinin planlanması gereklidir.**

Risk değerlendirme formunu kullanarak, gebenin kuruluştaki izlenebilirliğini tekrar değerlendiriniz.

7. Gebe İzlem Fişinin Kontrol Edilmesi :

7.1 İzlem sırasındaki tüm ayrıntıların izlem fişine yazılıp yazılmadığına dikkat ediniz.

7.2 İzlem fişinin bir örneğini gebeye veriniz.

Gebe başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar da buna göre planlanır.

- 7.3 Bir sonraki izlem tarihini 30-32. hafta olarak belirleyerek randevu kartına yazınız.
- 7.4 Bu muayenenin yapıldığı sağlık kuruluşunun telefon numarası, ilgili sağlık personelinin adı ve soyadını da aynı karta not ediniz.

C. ÜÇÜNCÜ İZLEM

(Gebeliğin 30-32. haftaları arasında yapılmalı, süresi 20 dakika olmalıdır.)

Gebeyi değerlendirme basamaklarını uygulayınız.

1.Öykü Alma

1.1 Kişisel bilgilerini alınız

- İkinci izlemin ardından herhangi bir değişiklik olup olmadığını sorgulayınız.

1.2 Tıbbi öykü alınız

- İlk ve ikinci izlemde kayıt edilen tıbbi öyküyü gözden geçiriniz.
- İkinci izlemde bu yana oluşan hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varsa sorgulayınız.

1.3 Obstetrik öykü (Daha önceki gebelikleri ile ilgili)alınız.

- İlk izlemde kayıt edilen ve ikinci izlemde kontrol edilen obstetrik öyküyü gözden geçiriniz.

1.4 Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Alışkanlıkları sorgulayarak (sigara, alkol, madde bağımlılığı) kontrol ediniz.
- İkinci izlemde bu yana ortaya çıkan gebelik yakınmalarını sorgulayınız.
(Bulantı kusma, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb. yeme, sık idrara çıkma, memede hassasiyet, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb...)
- İkinci izlemde bu yana ortaya çıkan gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmaları sorgulayınız.
(Vajinal kanama, konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bulanıklık, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, yüz

parmak ve bacaklarda şişme, fetus hareketlerinin hissedilmemesi, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi, suyunun gelmesi)

- Fetus hareketlerinin varlığını sorgulayınız.
- Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt ediniz.
- Demir alımı ile ilgili yakınması varsa sorgulayınız.

2. Fizik Muayene:

- Gebenin kilosunu ölçünüz.
- Kan basıncını ölçünüz ve nabzını sayınız.
- Ciddi anemi bulgularını kontrol ediniz
El tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almakta güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı
- Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerini kontrol ediniz.
Nefes darlığı, öksürük, yüksek ateş vb.
- Uterus yüksekliğini ölçünüz ve kaydediniz.
- Çoğul gebelik varsa karın palpasyonu ve oskültasyonu ile tespit edilmesi
- Yaygın ödem kontrolünü yapınız.
Gebeliğin son aylarında alt ekstremitelerde hidrostatik basınca bağlı olarak ödem ortaya çıkabilir. Vücudun üst kısmında (eller, göz kapakları) ödem gözlenmesi preeklampsinin ilk belirtisi olabilir.
- Diğer sistemik muayenelerini yapınız
(Varisler, tromboflebit bulguları vb)
- Meme muayenesini yapınız.
- Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendiriniz.
- Fetus kalp seslerini el Doppleri veya fetal stetoskop ile değerlendiriniz
(Fetal kalp atımı 120-160/dakika olmalı)

3. Laboratuvar Testleri :

3.1 İdrar tahlili:

- Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakınız

3.2 Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü:

- Her izlemde gebe hemoglobinine bakınız.

3.3 Kan grubu tayini:

- İlk iki izlemde bakılmadı ise gebenin ve eşinin kan grubuna Rh uyumsuzluğu açısından mutlaka bakınız.

3.4 Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler için sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendiriniz.

4. Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama:

- 4.1** Başlamış olduğunuz, günde 40-60 mg demir preparatı desteğine devam ediniz..
“Gebelere Demir Destek Programı” akış çizelgesini kullanarak destek veya tedavi dozuna karar veriniz.
- 4.2** Tetanoz toksoidi ile aşılanmanın iki dozunun da yapıp yapılmadığını kontrol ediniz.
- 4.3** Gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedavileri veriniz.

5.Bilgilendirme Ve Danışmanlık:

5.1 Gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında gebeyi bilgilendiriniz.

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Ciltteki değişiklikler
- Memede hassasiyet
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb. yeme

5.2 Aşağıdaki konularda gebeyi danışmanlık veriniz.

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Gebelikte tehlike işaretleri:
 - Vajinal kanama
 - Konvülziyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
 - Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma
 - Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
 - Ciddi karın ağrısı
 - Solunum güçlüğü veya sık solunum

- Suyunun gelmesi
Yüz, el ve bacaklarda şişme
Fetus hareketlerinin hissedilememesi
Hızlı kilo alımı
- 5.3 Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem konusunda bilgilendirilmesi
- 5.4 Erken doğum eylemi (rahim kasılmalarının düzenli ve kuvvetli gelmesi, kanamanın buna eşlik etmesi, nişan gelmesi) konusunda gebenin bilgilendirilmesi
- 5.5 Doğum eylemi ve doğum
- 5.6 Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması
- 5.7 Emzirme
- 5.8 Postpartum aile planlaması danışmanlığı

6. Sevk Edilecek Durumlar:

- Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması
- Kanama ve lekelenme olması
- Preeklampsia belirtileri, hipertansiyon ve/veya proteinüri olması
- Uterus yüksekliğinin (fundus – pubis mesafesi) beklenen haftaya göre büyük veya küçük olması (± 4 cm.)
- Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el Doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması
- Bir önceki izlemde bakteriüri tespit edilen gebenin tedaviye rağmen bakteriürinin devam ediyor olması
- Tehlike işaretlerinin varlığı
- Çoğul gebelik şüphesi olması (Doğrulamak ve doğumu planlamak üzere)

*** İkinci basamak sağlık kuruluşlarında yukarıdaki durumların her biri için ayırıcı tanı yapılarak tedavinin planlanması gereklidir.**

Risk değerlendirme formunu kullanarak, gebenin kuruluştaki izlenebilirliğini tekrar değerlendiriniz.

7. Gebe İzlem Fişinin Kontrol Edilmesi :

- 7.1 İzlem sırasındaki tüm ayrıntıların izlem fişine yazılıp yazılmadığına dikkat ediniz.
- 7.2 İzlem fişinin bir örneğini gebeye veriniz.
Gebe başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar da buna göre planlanır.
- 7.3 Bir sonraki izlem tarihini 36-38. hafta olarak belirleyerek randevu kartına yazınız.

- 7.4 Kuruluşun telefon numarası, ilgili sağlık personelinin adı ve soyadını da aynı karta not ediniz.

DÖRDÜNCÜ İZLEM

(Gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapılmalı, süresi 20 dakika olmalıdır.)

Gebeyi değerlendirme basamaklarını uygulayınız

1.Öykü Alma

1.1 Kişisel bilgilerini alınız

- Üçüncü izlemin ardından herhangi bir değişiklik olup olmadığını sorgulayınız.

1.2 Tıbbi öykü alınız

- İlk üç izlemde kayıt edilen tıbbi öyküyü gözden geçiriniz.
- İlk üç izlemden bu yana oluşan hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varsa sorgulayınız.,

1.3 Obstetrik öykü (Daha önceki gebelikleri ile ilgili)alınız.

- Obstetrik öykünün son kez gözden geçiriniz.

1.4 Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Alışkanlıkları sorgulayarak (sigara, alkol, madde bağımlılığı) kontrol ediniz.
- Üçüncü izlemden bu yana ortaya çıkan gebelik yakınmalarını sorgulayınız.

(Karın ağrısı, kasılmalar, bulantı kusma, ptializm, pika, sık idrara çıkma, memede hassasiyet, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb...)

- Üçüncü izlemden bu yana ortaya çıkan gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmaları sorgulayınız.

(Vajinal kanama, konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bulanıklık, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, yüz parmak ve bacaklarda şişme, fetus hareketlerinin hissedilmemesi, kostovertebral açı hassasiyeti günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi, suların gelmesi)

- Fetus hareketlerinin varlığını sorgulayınız.
- Demir dışında ilaç alımı varsa sorgulayınız
- Demir alımı ile ilgili şikayeti varsa sorgulayınız

2. Fizik Muayene:

- Gebenin kilosunu ölçünüz.
- Kan basıncını ölçünüz ve nabzını sayınız.
- Ciddi anemi bulgularını kontrol ediniz
El tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almakta güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı
- Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerini kontrol ediniz.
Nefes darlığı, öksürük, yüksek ateş vb.
- Uterus yüksekliğini ölçünüz ve kaydediniz.
- Fetusun gelen kısmı ve pozisyonunun değerlendirilmesi açısından Leopold manevralarını yapınız.
- Çoğul gebelik varsa karın palpasyonu ve oskültasyonu ile tespit edilmesi
- Yaygın ödem kontrolünü yapınız.
Gebeliğin son aylarında alt ekstremitelerde hidrostatik basınca bağlı olarak ödem ortaya çıkabilir. Vücudun üst kısmında (eller, göz kapakları) ödem gözlenmesi preeklampsinin ilk belirtisi olabilir.
- Diğer sistemik muayenelerini yapınız (varisler, tromboflebit bulguları vb)
- Meme muayenesini yapınız.
- Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendiriniz.
- Fetus kalp seslerini el Doppleri veya fetal stetoskop ile değerlendiriniz. (Fetal kalp atımı 120-160/dakika olmalı)
- Obstetrik değerlendirme amaçlı vajinal muayene yapınız (pelvik yapı, serviks, prezente olan kısım)

3. Laboratuvar Testleri :

3.1 İdrar tahlili:

- Bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakınız.

3.2 Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü:

- Her izlemde gebe hemoglobinine bakınız.

4. Gebeye Verilecek İlaç Desteği, Tedaviler ve Bağışıklama:

4.1 Başlamış olduğunuz, günde 40-60 mg demir preparatı desteğine devam ediniz..

“Gebelere Demir Destek Programı” akış çizelgesini kullanarak destek veya tedavi dozuna karar veriniz.

4.2 Gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedavileri veriniz.

5.Bilgilendirme Ve Danışmanlık:

5.1 Gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında gebeyi bilgilendiriniz.

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Ciltteki değişiklikler
- Meme hassasiyeti
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb. yeme

5.2 Aşağıdaki konularda gebeyi danışmanlık veriniz.

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Gebelikte tehlike işaretleri: *
- Vajinal kanama
- Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
- Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma
- Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
- Ciddi karın ağrısı
- Solunum güçlüğü veya sık solunum
- Sularının gelmesi
- Yüz, el ve bacaklarda şişme
- Fetus hareketlerinin hissedilememesi
- Doğum eylemi ve doğum *
- Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması *
- Emzirme *
- Postpartum aile planlaması danışmanlığı *

***Özellikle bu konulardaki danışmanlıkların verilmesi bu haftalardaki izlem için önceliklidir.**

***40. haftaya kadar doğum gerçekleşmezse gebenin doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna hemen başvurması konusunda bilgi verilmelidir.**

6. Sevk Edilecek Durumlar:

- Hemoglobinin 7 g/dl ve altında olması
- Kanama ve lekelenme olması
- Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon ve/veya proteinüri olması
- Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el Doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması
- Bir önceki izlemde bakteriüri tespit edilen gebenin tedaviye rağmen bakteriürinin devam ediyor olması
- Tehlike işaretlerinin varlığı
- Çoğul gebelik şüphesi olması (Doğrulamak ve doğumu planlamak üzere)
- Makat prezentasyonu şüphesi

*** İkinci basamak sağlık kuruluşlarında yukarıdaki durumların her biri için ayırıcı tanı yapılarak tedavinin planlanması gereklidir.**

7. Gebe İzlem Fişinin Kontrol Edilmesi :

7.1 İzlem sırasındaki tüm ayrıntıların izlem fişine yazılıp yazılmadığına dikkat ediniz.

7.2 İzlem fişinin bir örneğini gebeye veriniz.

Gebe başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar da buna göre planlanır.

GENEL AÇIKLAMA

Risk değerlendirme formunu kullanarak, gebenin kuruluştaki izlenebilirliğini tekrar değerlendiriniz. Herhangi bir risk varlığında buna uygun izleme planı yapılarak gebe takip edilir.

Yukarıda detayları belirtilen izlemler gebelik boyunca yapılması öngörülen asgari izlemlerdir. İzlemi yapan sağlık çalışanı veya gebenin ihtiyaç duyması halinde izlem sayısı ve yöntemi yeniden düzenlenir.

Bu rehber, uygulamada birlikteliği sağlamak ve hekimlerin klinik pratiklerinde yol gösterici olması amacı ile, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği işbirliğinde Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım Bilim Kurulu tarafından hazırlanmıştır.

Doğum Öncesi Bakım Rehberi değişmez kurallar dizisi değildir ve hastaya sunulan hizmetlerin hukuki standartlarını oluşturmaz. Tıbbın ana prensibi olarak hastalık değil hasta vardır kuralına uygun olarak her hastanın durumunun kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilmesini temel prensip olarak kabul eder.

8. KAYNAKLAR

- 1.Akdolun BN. (2002). Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri Ve Ebe-Hemşirenin Rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2):42-49
- 2.Akgül C, Baysal B, Buyru F, Büyükören A, Büyükkurt S, Dağoğlu T, Ergün B, Ermiş H, Güngör F, Has R, İbrahimioğlu L, Kovancı E, Saygılı H, Sezer H, Topuz S, Yalçın Ö, Yıldırım A, Yüksek A. (2004). Doğum Bilgileri, Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul.
- 3.Aksakal NF, Özkan S, Baykan Z, Aycan S. (1999). Gölbaşı Bölgesi'nde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mesleki Memnuniyet Durumları. Sağlık ve Toplum, Ekim-Aralık, 9 (4).
- 4.Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Büyükcoşkun A, Erefe İ. (1998). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:14, Birlik Ofset, İstanbul, s:156-169.
- 5.Aksayan S. (1990). Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Etkenlerinin İrdelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
- 6.Armour K. (2004). Antepartum Maternal-Fetal Assessment, Using Surveillance to Improve Maternal and Fetal Outcomes. Lifelines.; 8(3): 232-240.
- 7.Babadağ K. (1996). Hemşirelik Felsefesi ve Ahlak. Şişli Etfal Hastanesi Dergisi, 1:23-27.
- 8.Bankowski BJ, Hearne AE, Lambrou NC, Fox HE, Wallach EE. (2002). The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, II. Edition, Lippincott Williams&Wilkins, USA.
- 9.Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z. (2005). Postpartum Dönemde Anne Ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14: 54-58.
- 10.Baysal AC, Tekarslan E. (1996). Davranış Bilimleri (2. Baskı). Avcıol Basım Yayım, İstanbul.
- 11.Bertan M, Güler Ç. (1997). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi, Ankara.

- 12.Beyazsaçlı M, Serin N. (2010). Devlet Hastanelerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerinin İncelenmesi (KKTC Örneği) International Conference on New Trends in Education and Their Implication 11-13 November, Antalya-Turkey.
- 13.Bilgel N. (1997). Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı. Güneş & Nobel Tıp Kitabevi, Bursa.
- 14.Cimete G. (1996). Akdeniz Üniversitesi'nde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumlarının İncelenmesi. Türk Hemşireler Dergisi, 46:42-47
- 15.Cunningham FG. (1997). Williams Obstetrics, 20. Edition, McGrawHill, USA.
- 16.Çatıker A. (2007). Bolu İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarında Gebe-Loğusa İzlem Fişinin Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Açısından İncelenmesi. Abbant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Bolu.
- 17.De Cherney AH, Nathan L. (2003). Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9. Edition, Lange Medical Books/McGraw-Hill, USA.
- 18.Dirican R, Bilgel N. (1993). Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayınları, Bursa.
- 19.Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi (2006). Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- 20.Duxbury ML, Armstrong GD, Drew DJ, Henly SJ. (1984). Head Nurse Leadership Style With Staff Nurse Burnout And Job Satisfaction İn Neonatal Intensive Care Unit. Nurs Res, 33: 97.101.
- 21.Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi. (1986). Herkes İçin Sağlık Hedefleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları Meteksan Limited Şti., Ankara, 116-117 ve 89-91.
- 22.Dürgen Ü. (1989). Hemşire Ve Ebelerin Ana Çocuk Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 23.Erdil F. (2001). Atatürk'ün Ölümünün 62. Yılında Cumhuriyet Türkiye'sinde Bilimsel Gelişmeler Sempozyumu, 8-10 Kasım 2000, Ankara. Hacettepe Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü Yayını, Ankara.
- 24.Erdoğan İ. (1999). İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış. İ.Ü. İşletme Fakültesi Araştırma ve Yardım Vakfı, Yayın No:5, İstanbul.
- 25.Eroğlu F. (2000). Davranış Bilimleri. Beta Yayınları (5. Baskı), İstanbul.

- 26.Gennaro S, Kowalski K. (1995). Perinatal Nurse Practitioners and Health Care Reform, JOGNN, September, 597-601.
- 27.Görgülü S. (1998). Hemşirelik ve Anksiyete. Türk Hemşireleri Dergisi, 38:23-28.
- 28.Gözüm S. (1997). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerde İş Doyumunu Etkileyen Örgütsel Faktörlerin ve İş Doyumu, Tükenmişlik ve İş Devamsızlık Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Türk Hemşireler Dergisi, 47:37-45
- 29.Gül R. (2007). Ülkemizde Doğum Öncesi Bakım Parametreleri, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, s:108-109.
- 30.Güler Ç, Azak M. (1995). Doğum, Aile Planlaması, Jinekoloji Hemşireliği. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
- 31.Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcivan NÖ. (2004). Sezeryan Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 53:17-24.
- 32.Karataş B. (2001). Hemşire Tarafından Verilen Doğum Öncesi Bakım Hizmeti ve Eğitiminin Etkinliğinin İncelenmesi. Optimal Tıp Dergisi, 14: 47-50.
- 33.Kaya S. (1995). Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği. Toplum ve Hekim, 66:101-106.
- 34.Kılıç M. (2009). Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 18(3) 138-147.
- 35.Koelbel PW, Fuller SG, Misener TR. (1991). Job Satisfaction Of Nurse Practitioners: An Analysis Using Herzberg's Theory. Nurse Pract, 16: 46-52.
- 36.Kotelhuck M. (1994). An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. Am J Public Health, 84(9) 1414-20.
- 37.Köknel Özcan. (1988). Zorlanan İnsan, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- 38.Kösgeroğlu N. (1995). Ekip İşbirliği İçinde Hemşireliğin Yeri, Türk Hemşire Dergisi, 45:3-4
- 39.Külahçı Ş. (1991). Kadının Çalışma Sorunu. Milli Eğitim Vakfı Dergisi, Sayı:22.

- 40.Locke, EA. (1983). The Nature And Causes Of Job Satisfaction. In: Dunnette MD, editor. Handbook of Industrial and Organizational Psychology. New York: John Wiley & Sons, p:1297-1349.
- 41.Lu H, While AE, Barriball KL. (2005). Job Satisfaction Among Nurses: A Literature Review. Int J Nurs Stud, 42: 211.227.
- 42.Misener TR, Haddock KS, Gleaton JU, Abu Ajamieh AR. (1996). Toward An International Measure Of Job Satisfaction. Nurs Res; 45: 87.91.
- 43.Oktay Ş. (1990). Etkin Sağlık Hizmeti İçin Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni, 15; 27-31.
- 44.Özçelik S, Kale A, Karaman O, Bayhan G, Yayla M. (2004). Kırk Yaş ve Üzeri Gebeliklerin On Yıllık Retrospektif Analizi. Perinatoloji Dergisi, 12(4),179-247.
45. Öztekin Z. (2004). Sağlık Ocağı Yönetimi. Palme Yayıncılık, Ankara.
- 46.Öztürk Y, Günay O. (2000). 21. Yüzyılda Herkese Sağlık, (Ed) Sağlık 21, Kayseri.
- 47.Özvarış ŞB, Ertan AE. (2003). Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım, HÜKSAM, Ankara,
- 48.Özyurt A. (2003). İstanbul Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 49.Pektekin Ç. (1998). Vazgeçilmez Sağlık Elemanı Olarak Hemşire, Hemşirelik Forumu, 1:74-78
- 50.Pernoll ML. (1994). Lange Medical Book Edit. Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis ve Tedavi. Barış Kitabevi, İstanbul.
- 51.Quinnette. (1986). Perinatal Nursing Care of the High-Risk Mother and Infant, Jones and Barlett Publishers, Boston, 3-17.
- 52.Sabuncuoğlu Z, Tüz M. (1998). Örgütsel Psikoloji, Alfa Yayınları, Bursa.
- 53.Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Genelge, 2004/127, 18.10.2004 tarihli ve 9964 sayılı Makam Onayı.
- 54.Sağlık İstatistikleri. (1993). T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Yayınları, No: 558, Ankara.
- 55.Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. (1986). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, III. Baskı, Ankara, 113.

- 56.Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. (2006). SB Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
- 57.Seren Ş. (1994). Hemşirelikte Otonomi. Türk Hemşireler Dergisi, 44: 42-47.
- 58.Simpson KR, Creehan PA. (2001). Perinatal Nursing. AWHONN (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nursing), Second Edition, s:53-67, 125-171.
- 59.Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry, 7: 100-108.
- 60.Taşkın L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset, VII. Baskı, Ankara.
- 61.T.C. Resmi Gazete. Devlet Memurları Kanunu. 23 Temmuz 1965. Sayı: 12056, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
- 62.TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. (2006). TSK Yayınları, 16; 27-29.
- 63.Türk Perinatoloji Derneği, Sağlık Personeli İçin Gebelikte İzlem ve Doğum. (2005). Perinatoloji Dergisi,13(4): 238-243.
- 64.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (1998). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- 65.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- 66.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- 67.Uskun E. (2000). Pasif İçicilik. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, İstanbul.
- 68.Uzunlar A. (2001). Gazi Hastanesinde Çalışan 15-49 Yaş Grubu Evli Hemşire ve Sekreterlerin Reprodüktif Özellikleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisan Tezi, Ankara.
- 69.Üstün B. (1995). Hemşirelerde Atılganlık ve Tükenmişlik Düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.
- 70.Varoğlu D. (1993). Kamu Sektörü Çalışanlarının İşlerine ve Kuruluşlarına Karşı Tutumları, Bağlılıkları Ve Değerleri. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

- 71.Velioğlu P. (1988). Sağlığa Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni, 10; 1-9,.
- 72.Williams D. (2004). Bilimsel El Kitabı.
- 73.Yıldırım G. (2005). Ebe ve Hemşireler İçin Uygulama Becerileri Öğrenim Rehberi, Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, Sivas.
- 74.Yücel M, Sivashoğlu AA. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Palme Yayıncılık, Ankara, s:59-60.
- 75.Yüksel K. (1997). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
- 76.Yürügen B. (2005). Türkiyede Hemşirelik ve Hemşirelik Eğitimi Tarihi. Gaziantep.
- 77.Ziegel KE, Cranley MS. (1984). Obstetric Nursing. Eighth Edition, Macmillan Publishing Company, New York, 3-9.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	TUĞBA	Soyadı	AVCI
Doğum Yeri	İSTANBUL	Doğum Tarihi	07.11.1982
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	21764143086
E-mail	KAANKAUS@YAHOO.COM	Tel	05076791898

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	MARMARA ÜNİVERSİTESİ Z.KAMİL S.Y.O. EBELİK BÖLÜMÜ	2005
Lise	KADIKÖY KIZ LİSESİ (YABANCI DİL AĞIRLIKLİ)	2001

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	K.DOĞUM SORUMLU HEMŞİRE	ETHİCA İNCİRLİ HASTANESİ	2008-2009
2.	EBE	GÜLTEPE SAĞLIK OCAĞI	2007-2008
3.	K.DOĞUM SERVİS HEMŞİRESİ	ALMAN HASTANESİ	2005-2007

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	İYİ	İYİ	İYİ

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS:

International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
OFFİCE WORD	İYİ
OFFİCE EXCELL	ORTA

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer



T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI :SG.B104İSM.4344743/ 7392
KONU :Anket İzni(Tuğba AVCI)

25/06/2009

KAĞITHANE SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Tuğba AVCI'nın "Birinci Bana ve Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Öncesi Bilgi Hirmine İhtiyaç Duydukları ve İş Doymalarının Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının kurumunuzda uygulanması için gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda,
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ali İhsan DOKUÇU
Sağlık Müdürü

KAĞITHANE SAĞLIK GRUBU
Sağlık Grubu Başkanı
Bireysel Sağlık Grubu
Form No: 6395

S. G. B. M.

Dr. Aşlı YILDIZ ÇAYCI
Kağıthane Sağlık Grubu
Başkanı
Sicil No: 6395



MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

SAYI: B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/350
İLGİ :

08.05.2009

Sayın : Yrd.Doç.Dr. Nimet Sevgi GENÇALP

MAR-YÇ-2009-0131 protokol nolu “ Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan ebe ve hemşirelerin doğum öncesi bakım hizmetine ilişkin güçlükleri ve iş doyumlarının belirlenmesi ” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hacer DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurulu Başkanı