

TC.
ZONGULDAK KARAEKELMAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KIRSAL VE KENTSEL ALANDA BULUNAN İKİ SAĞLIK OCAĞINDA
GEBE İZLEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ŞÜKRİYE KUZÖREN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. FERRUH NİYAZİ AYOĞLU

ZONGULDAK

2012

TC.
ZONGULDAK KARAEKELMAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KIRSAL VE KENTSEL ALANDA BULUNAN İKİ SAĞLIK OCAĞINDA
GEBE İZLEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ŞÜKRİYE KUZÖREN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. FERRUH NİYAZİ AYOĞLU

ZONGULDAK

2012

KABUL ve ONAY:

“KIRSAL VE KENTSEL ALANDA BULUNAN İKİ SAĞLIK OCAĞINDA GEBE İZLEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Doç. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu

Üye: Doç. Dr. Mehmet Ali Kurçer

Üye: Yrd. Doç. Dr. Hülya Kulakçı

ONAY:

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

TARİH:

Doç. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Gerek eğitimim sırasında gerekse tezimin her aşamasında, bilgi ve deneyimiyle ilgisini, desteğini ve hoşgörüsünü esirgemeyen değerli hocam, tez danışmanım, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Sayın Doç. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU'na, eğitimim sırasında ilgisini ve hoşgörüsünü esirgemeyen, değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Mehmet Ali KURÇER ve Sayın Doç. Dr. Sibel KIRAN'a, araştırmanın yürütüldüğü Karadeniz Ereğli Merkez 2 No'lu ve Süleymanbeyler Sağlık Ocağı çalışanlarına, eğitimim sırasında ekip çalışmasının keyfini yaşattıkları ve beni destekledikleri için tüm Sağlık Ocağı çalışanlarına, eğitimim boyunca birlikte olmaktan büyük keyif aldığım başta Saadet Çolak ÖZDEMİR'e ve Yüksek Lisans dönem arkadaşlarıma; sevgisi, anlayışı, özverisi ve sabrı ile sevgili eşim N. Cem KUZÖREN'e
Sonsuz teşekkür ederim.

Şükriye KUZÖREN
Ocak 2012, Zonguldak

ÖZET

Şükriye Kuzören. Kırsal ve Kentsel Alanda Bulunan İki Sağlık Ocağında Gebe İzlemlerinin Değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak, 2012.

Bu çalışmanın amacı, kırsal ve kentsel alanda bulunan iki Sağlık Ocağı'nda gebe lohusa izleme fişlerindeki bilgi kutularının kullanılma sıklığını saptamak ve gebe izlemlerini niteliksel yönden değerlendirmektir.

Çalışma kesitsel tiptedir. Çalışmanın evrenini Karadeniz Ereğli Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı ve Süleymanbeyler Sağlık Ocağı'nda 2009 yılında canlı doğum yapan 683 kadına ait gebe-lohusa izleme fişleri oluşturmaktadır. Örneklem yapılmadan tüm fişlere ulaşılması hedeflenmiştir. Ulaşılabilirlik %92'dir (n=629). Veriler SPSS for Windows ile değerlendirilmiş, analizlerde ki kare testi, student t testi, Mann-Whitnet U testi ve ANOVA varyans analizi kullanılmıştır.

Gebe-lohusa izlem fişlerinde genel doluluk oranı, kentsel Sağlık Ocağı'nda %78.3, kırsal Sağlık Ocağı'nda %77.5'dir. Kırsal Sağlık Ocağı'nda gebelerin %49.8'i ilk 14 haftada tespit edilmiş, %56.9'u dört ve üzerinde bakım almıştır; kentsel Sağlık Ocağı'nda gebelerin %48.1'i ilk 14 haftada tespit edilmiş, %48.9'u dört ve üzerinde bakım almıştır. Kırsal Sağlık Ocağı'nda ölçüme dayalı işlemlerden; her izlemde ağırlık ve kan basıncı ölçümü, ödem ve varis bakılması, nabız sayımının doldurulması kentsel Sağlık Ocağı'na göre anlamlı düzeyde yüksektir. İdrarda protein bakılması, hemoglobin ölçümü, çocuk kalp sesi dinlenmesi bilgisi her iki Sağlık Ocağı'nda da düşük doldurulmuştur.

Gebe izlem nitelik puanı kırsal Sağlık Ocağı'nda 7.2 ± 1.5 , kentsel Sağlık Ocağı'nda 8.0 ± 1.5 'dir ($p=0.001$). Kırsal Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerden, lise ve üstü öğrenimde olanlar, 20 yaş altında olanlar ile ilk gebeliği olanların gebe izlem nitelik puanı anlamlı düzeyde yüksek iken, kentsel Sağlık Ocağı'nda ise, çalışmayanlar, 20 yaş altında olanlar ile ilk gebeliği olan kadınların gebe izlem nitelik puanı anlamlı düzeyde yüksektir.

Sonuç olarak, gebe-lohusa izlem fişlerinin doldurulma sıklığı açısından Sağlık Ocakları arasında fark olmamakla birlikte, kırsal Sağlık Ocağı'nın kentsel Sağlık Ocağı'na göre gebe izlem nitelik puanı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Temel sağlık hizmetleri, üreme sağlığı, gebe lohusa izleme fişi (Form 005), doğum öncesi bakım, nitelik puanı.

ABSTRACT

Sukriye Kuzoren. Evaluation of the Follow-up of the Pregnant-Puerperal Women at Two Health Centers in Rural and Urban Areas. Zonguldak Karaelmas University, Institute of Medical Sciences, Master of Science Thesis, Zonguldak, 2012.

The aim of this study was to determine the qualitative and the frequency of filling-up of the pregnant-puerperal women follow-up cards at two health centers in rural and urban areas.

This study was a cross-sectional study. Population of this study was the pregnant-puerperal women follow-up cards of 683 women who delivered live birth in 2009 at Karadeniz Ereğli Central Health Center Nr. 2 and Süleymanbeyler Health Center. It was aimed to reach all sheets without sampling. The accessibility was 92%. The data was evaluated by SPSS for Windows and chi-squared test, student t test, Mann-Whitney U test and ANOVA were used.

The occupancy rate of the pregnant-puerperal women follow-up cards was 78.3% at urban health center and 77.5% at rural health center. The 49.8% of the pregnant women were detected in the first 14 weeks and the 56.9% of those had antenatal care four times and more at rural health center. The 48.1% of the pregnant women were detected in the first 14 weeks, 48.9% of had medical care four times and more at urban health center. Every follow-up at the rural health center, filling up of the measurements of weight and blood pressure, oedema and varicosis check-up, pulse count were significantly higher than rural health center. The measurement of haemoglobin, the protein analysis in urine and baby heartbeat had been filled up less at both health centers.

The pregnant follow-up quality score was 7.2 ± 1.5 at rural health center, 8 ± 1.5 ($p=0.001$) at urban health center. Although the pregnant follow-up quality score of the pregnant women who were high school graduates and more, under the age of 20 and had first pregnancy at rural health center was significantly high, at the urban health center the pregnant follow-up quality score of the pregnant women who were unemployed, under the age of 20 and had first pregnancy was significantly high.

As a result, there was no difference in the frequency of filling-up the pregnant-puerperal women follow-up cards between two health centers, but the pregnant follow-up quality score at rural health center was significantly lesser than urban health center.

Keywords: Primary health care, reproductive health, Form 005, antenatal care, quality point.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Tez Kabul ve Onay	iii
Önsöz	iv
Özet	v
Abstract	vi
İçindekiler.....	viii
Simgeler ve Kısaltmalar.	x
Tablolar Dizini.....	xi
1. Giriş.....	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Doğum Öncesi Bakım	4
2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri.....	8
3. Gereç ve Yöntem.	12
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	12
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	12
3.3. Araştırmanın Evreni	12
3.4. Araştırma değişkenleri.....	13
3.4.1. Bağımlı değişken	13
3.4.1.1. Nitelik Puanının Hesaplanması	13
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	14
3.5. Verilerin Toplanması.	15
3.6. Araştırma Verilerinin Analizi	15
3.7. Araştırma Takvimi	16
3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	16
4. Bulgular.....	17
5. Tartışma..	37
6. Sonuç ve Öneriler	47
6.1. Sonuçlar	47
6.2. Öneriler.....	47
7. Kaynaklar	49
8. Ekler.	55
Ek 1. Araştırma İzni	55

Ek 2. Risk Değerlendirme Formu	56
Ek 3. Gebe Lohusa İzleme Fişi (Form 005)	57
9. Özgeçmiş.....	59

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇS/AP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ÇKS	: Çocuk Kalp Sesi
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ETF	: Ev Halkı Tespit Fişi
GİNP	: Gebe İzlem Nitelik Puanı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
UNICEF	: United Nations Children's Fund
USG	: Ultrasonografi
ZKÜ	: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Dünyada Dört ve Üstü DÖB Almada Kırsal ve Kentsel Alanlardaki Durum (%).....	9
Tablo 2. Form 005’de Adres Bilgileri, Gebeye Ait Sosyo-Demografik Veriler ile Kurum Adı ve Düzenleme Tarihinin Doldurulma Sıklığı	19
Tablo 3. Form 005’de Gebelik Öyküsü Bilgilerinin Doldurulma Sıklığı.....	20
Tablo 4. Form 005’de Bir Önceki Gebeliğe Ait Bilgiler ve Doğumun Yapıldığı Yer Bilgilerinin Doldurulma Sıklığı	21
Tablo 5. Form 005’de Son Gebeliğe Ait Bilgilerin Doldurulma Sıklığı	22
Tablo 6. Form 005’de Bebeğe Ait Bilgilerin Doldurulma Sıklığı	23
Tablo 7. Form 005’de İzlemi Yapan Ebe ve Doktora Ait Bilgiler İle Gebenin Son Adet Tarihi, Beklenen Doğum Tarihi, Tetanoz Aşı Bilgilerinin Doldurulma Sıklığı	24
Tablo 8. Form 005’de İzlem Sırasında Yapılan İşlemlere Yönelik Bilgi Kutularının Kullanılma Durumları	26
Tablo 9. Form 005’de Aileye Ait Özelliklerin Doldurulma Sıklığı	28
Tablo 10. Form 005’de Gebelik Dönemi Görüşmelerinin Doldurulma Sıklığı	29
Tablo 11. Form 005’de Değerlendirme Tablosunun Doldurulma Sıklığı	30
Tablo 12. Kır ve Kent Sağlık Ocaklarının Gebe İzlem Nitelik Puanlarının Dağılımı.....	31
Tablo 13. Gebe İzlem Nitelik Puanı Saptanmasında Kullanılan Değişkenlerin Kır ve Kent Sağlık Ocakları’na Göre Karşılaştırılması	32
Tablo 14. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri.....	34
Tablo 15. Kır ve Kent Sağlık Ocaklarının Gebe İzlem Nitelik Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	36

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nda yer alan ve yaygın biçimde kabul edilen tanımlamaya göre “bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak kabul edilen sağlık, çok sayıda değişkenin doğrudan ve dolaylı etkileşimi ile ortaya çıkan bir durumu ifade eder. Sağlık hizmetlerini örgütlenmesinden hizmet sunumuna kadar tüm yapısal bileşenleri ile bütüncül bir biçimde ele alan Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımının, ülkeler ve bölgeler arasındaki farklılıklara bakılmaksızın uygulanmasını önerdiği “en az bakım” unsurlarından biri de ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin sunulmasıdır.

Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, günümüzde, üreme sistemi işlevleri ve süreciyle ilgili fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak tanımlanan geniş kapsamlı “üreme sağlığı” kavramının da önemli bir yapısal bileşenidir. Kadınlar ve çocuklar gerek genel nüfus içerisindeki ağırlıkları, gerekse de sık gözlenen sağlık sorunları nedeniyle önemli ve öncelikli bir hizmet grubu oluştururlar. Söz konusu risk gruplarında gözlenen sağlık sorunlarının önemli bir kısmının önlenabilir nitelikte olması da bu gruplara sunulacak hizmetlerin önemini artırıcı niteliktedir.

Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri kapsamında yer alan önemli hizmet alanlarından birisi de gebelerin, gebeliğin başlangıcından itibaren düzenli bir biçimde izlenmesidir. Doğum öncesi bakım olarak adlandırılan bu hizmetler, ilk bakışta salt gebelere yönelik bir hizmet gibi algılanabilen doğum öncesi bakım hizmetleri sağlıklı bir gebelik süreci yaşanması, gebenin olası risklerden korunması, oluşabilecek sağlık sorunlarının erken dönemde tanımlanarak kontrol altına alınması gibi gebeye yönelik olumlu çıktıların yanı sıra, bebeğin intrauterin gelişmesinin izlenmesi, büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkileyebilecek risklerin önlenmesi ya da bebekte oluşabilecek sağlık sorunlarının erken dönemde tespit edilerek kontrol altına alınabilmesi gibi bebeğe yönelik olumlu çıktıların sağlanmasına da katkıda bulunur. Doğum öncesi bakım hizmetinin, hizmetten beklenen hedeflere ulaşabilmesi, izlem sayısı ve sıklığı gibi niceliksel özelliklerin yanı sıra, izlemlerde yapılması gereken işlemlerin kalitesi ve izlemi gerçekleştiren sağlık personelinin konuya yönelik bilgi, beceri ve deneyimi gibi niteliksel özelliklerle de yakından ilişkilidir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin diğer alanlarında olduğu gibi, doğum öncesi bakım

hizmetlerinde de söz konusu niceliksel ve niteliksel özelliklerin bütüncül varlığı hedeflenmelidir.

Sağlık hizmetlerinin genelinde olduğu gibi, doğum öncesi bakım hizmeti esnasında kullanılan formlar resmi sağlık kayıtları olmanın ötesinde, gebe ve bebeğe ait değerlendirmelerin gerektiğinde sağlık ekibinin bütünü tarafından izlenebilmesine ve değerlendirilebilmesine de olanak sağlar. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin niceliksel ve niteliksel özelliklerinin düzenli olarak değerlendirilmesi, aynı zamanda, bu hizmetlerin sunumunda yaşanan sorunların tespit edilerek giderilmesine yönelik planlamalar yapılmasına da olanak tanır. Bu anlamda düşünüldüğünde, birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanılan gebe-lohusa izleme fişleri söz konusu değerlendirmelerin yapılabilmesinde oldukça yararlı katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma, kentsel ve kırsal alanda bulunan iki Sağlık Ocağı tarafından izlemi yapılan gebeler için kullanılan gebe-lohusa izleme fişlerinin incelenmesi ile fişlerde yer alan bilgi kutularının kullanımını ve sunulan hizmetin niteliksel içeriğini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Üremeye ilişkin sağlık sorunları dünyada yakın geçmişe kadar, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS/AP) kapsamında ele alınmaktaydı. Mevcut AÇS/AP yaklaşımı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki önemli sosyo-demografik değişiklikler sebebiyle, üreme sağlığı konusunda yer alan tüm sağlık sorunlarını karşılayamaz duruma gelmiş, ülkelerin gündeminde “üreme sağlığı” kavramı yer almıştır (1,2). Üreme sağlığı kavramı ilk kez 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda ifade edilmiş ve tüm dünyada kabul görmüştür. Buna göre üreme sağlığı “üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” (3,4,5). Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine ve üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmalarıdır (4,5). Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği, yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu vurgulanmaktadır (6,7,8).

Üreme sağlığında amaç, üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçları karşılamada yardımcı olmak, istenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak, erkeklerin katılımını artırmak, emzirmeyi teşvik etmek, kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları ve komplikasyonları önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak, kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak, gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirmek, hizmet ve danışmanlığını sağlamak, erken yaştaki gebelikleri azaltmaktır (1,9). Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri tüm yaşam döngüsünde, süreklilik ve bütünlük içerisinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında mutlaka ele alınmalı, ikinci basamak, gerektiğinde de üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmelidir (3). Bu bağlamda, ülkemizde 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasasının öngördüğü Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı, üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu için uygun olmakla

birlikte (1,9), var olan yeterli alt yapıya rağmen üreme sağlığı hizmetlerinde istenilen nitelik ve niceliğe ulaşamamaktadır (2).

2.1. Doğum Öncesi Bakım

Üreme sağlığının önemli yapısal bileşenlerinden biri olan doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunarak, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (10,11). DÖB hizmetleri, anne ve bebek sağlığının korunmasını, sağlıklı doğum sürecini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını hedefler (12). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 21. yy. sağlık hedefleri içinde üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin ve niteliğin artırılması gerektiğini belirtmiş (13,14), üreme sağlığına yönelik “Güvenli Annelik Paketi” yaklaşımını geliştirmiştir. DSÖ tarafından geliştirilen, anne ve çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendiren “Güvenli Annelik Paketi”nde doğum öncesi bakım, anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almıştır (10).

Doğum öncesi bakımın amaçlarını vurgulayan farklı tanımlara ulaşılması olası olmakla birlikte, Bertan (11) ve Öztekin (15) bu amaçları şu şekilde belirtmektedir:

1. Annede mevcut olan veya gebelik sırasında gelişebilecek hastalıkların saptanması ve tedavisi ile annenin genel sağlık düzeyini yükseltmek,
2. Gebeliğe bağlı olarak çıkabilecek olumsuz durumların zamanında tanı ve tedavisini sağlamak (toksemi, anemi, Rh uyumsuzluğu vb.),
3. Anneyi eğitmek,
 - Doğum öncesi dönemde anneye gebelik, genel temizlik kuralları, beslenme, fiziksel aktivite, dinlenme gibi konularda bilgi vermek,
 - Yaklaşmakta olan doğuma anneyi beden ve psikolojik olarak hazırlamak, yeni doğacak bebeğin bakımı konusunda anneyi eğitmek,
 - Doğumdan sonra kullanılacak aile planlaması yöntemi hakkında bilgi vermek,
4. Anneyi tetanoza karşı bağışıklamak,
5. Fetüsün uterus içinde gelişmesini yakından izleyerek, gerekli önlemleri zamanında almak,
6. Doğumun nerede, nasıl ve kimin tarafından yaptırılacağına karar vermek,
7. Anneyi sosyal ve psikolojik olarak karşılaştığı zorluklarda desteklemek.

Hiç DÖB almamış annelerin, DÖB alanlara göre doğumda daha fazla ölüm riski taşıdıkları, erken doğum yaptıkları, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları ve bebeklerinin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu bilinmektedir (1,16). Bu kapsamda önemli işlevselliğe sahip olan gebelerin düzenli bir biçimde izlenmesi yaklaşımı, normal doğum eylemi ve doğum bakımının tanımlanmasından sonra, 1930'lu yılların sonlarına doğru gündeme getirilmiştir, bu gelişme doğum öncesi bakımının, puerperal sepsis, kanama ve güç doğumlara bağlı anne ölümlerini azalttığına anlaşılmış ve bu nedenle daha da önem kazanmıştır (17). Bu tarihlerden sonra Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere ve çeşitli Avrupa ülkelerinde anne sağlığı ile ilgili çalışmalar hızlandırılmış ve anne sağlığına hizmet verecek çok sayıda özel klinik açılmıştır (18).

Ülkemizde antenatal bakımın temelini, kadın sağlığı alanındaki çalışmalar oluşturmaktadır (18). Türkiye'de ilk doğum ve çocuk bakımevleri Ankara ve Konya'da açılmıştır. Bu kuruluşlar daha çok sağaltım hizmeti vermiştir. Bunu 1937'de Balıkesir'de, 1938'de Konya'da ebe okullarının açılması izlemiştir. DSÖ ve United Nations Children's Fund (UNICEF) tarafından 1952'de ana sağlığı hizmetlerine etkinlik kazandırmak üzere, Sağlık Bakanlığı'nın da katkısı ile Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) örgütü kurulmuştur. Ülkemizde, sağlık politikaları konusundaki en temel yasal çerçeve 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Kanunla çizilmiştir. Ana ve çocuk sağlığı, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, ilgili kanuna bağlı düzenlenen Yönerge'ye göre Sağlık Ocağında verilmesi gereken temel hizmetler kapsamında değerlendirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından DÖB hizmetleri, öncelikli ve özel bir yere sahiptir. Birinci basamakta izlem, erişimin hem ulaşım, hem ekonomik nedenlerle daha kolay olması nedeniyle hizmette sürekliliği artırır (19).

Doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasını önlemekte önemlidir (20). Gebelik tespiti mümkün olan en erken zamanda yapılarak, doğum öncesi bakıma mutlaka gebeliğin birinci trimesterinde başlanmalıdır (10). DÖB'de izleme sayısı kadar izlemin niteliğinde önemlidir. Nitelikli bir izlem doğum öncesi bakımın amaçlarına uygun davranmakla yapılabilir. Gebelik ve doğum hizmetlerinin niteliğinin düşük olmasının olumsuz iki etkisi vardır; birincisi üreme sağlığında önlenemez morbidite ve mortaliteyi arttırması, diğeri ise hizmet kullanımında talebi düşürmesidir (18).

Gebe izlem sayıları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde DÖB alma sayısı 8.2 ile 12 arasında değişirken, gelişmekte olan ülkelere beşten daha azdır (21). DSÖ, gelişmiş ülkelere riskli olmayan gebelerin, amaca yönelik içeriğin tam olarak yerine getirilmesi halinde, ilk trimesterde ilk karşılaşmadan sonra 26, 32, 38. haftalarda birer kez olmak üzere toplam 4 kez izlenmesini yeterli bulunmaktadır (18). Ülkemizde 154 Sayılı ‘Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge’ ye göre her gebenin doğum öncesi dönemde en az altı kez izlenmesi gerekmektedir, Sağlık Bakanlığı’nın 2008’de yayınladığı genelgeyle gebe izlem sıklığı 4 kez olarak değiştirilmiştir. Söz konusu genelge ile ülkemizde uygulanması beklenen DÖB izlem aralığı şu şekildedir: 4. Aydan önce (14. haftadan önce) birinci izlem, 6. Ayda (18-24 hafta arası) ikinci izlem, 8. Ayda (30-32 hafta arası) üçüncü izlem, 9. Ayda (36-38 hafta arası) dördüncü izlem. Yine aynı genelgeye göre ciddi anemisi olanlar iki haftada bir, diğer riskli gebelikler (diyabet, preeklamps vb.) haftada bir izlenmelidir (22, 23).

Uygulamada birlikteliği sağlamak ve hekimlerin pratiklerinde yol gösterici olması amacı ile, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tüp ve Perinatoloji Derneği işbirliğinde Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım Bilim Kurulu tarafından 2008 yılında “DÖB Yönetimi Rehberi” hazırlanmıştır .

Bu rehber (23) göre, ilk izlemin gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde yapılması gerekmektedir. Gebe değerlendirilirken; kişisel bilgiler, tıbbi öykü, obstetrik öykü (daha önceki gebeliklerle ilgili), mevcut gebelik öyküsü alınmalıdır. Fizik muayenede gebenin boyu, kilosu ve kan basıncı ölçülmeli, fetüs kalp sesi dinlemeli (fetüs kalp atımları fetal stetoskop ile 16-20, el doppleri ile 10-12. haftadan itibaren duyulabilir), anemi bulgularının olup olmadığı kontrol edilmeli, vajinal muayene ile gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uygunluğu değerlendirilmelidir. İlk izlemde yapılması gereken işlemlerden biri de “ Risk Değerlendirme Formu”nun doldurulmasıdır (Ek-2). Formdaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise uzman hekim danışmalığı alınarak izlemin hangi basamakta devam edileceğine karar verilmeli, izlem ikinci basamakta devam edecekse gebe izlemi birinci ve ikinci basamakta koordineli olarak devam ettirilmelidir. Laboratuvar testleri olarak bakteriüri ve proteinüri açısından idrar tetkiki, kan sayımı, Rh uyumsuzluğu açısından değerlendirmek için kan grubu tayini yapılmalıdır. Gebelik ikinci trimesterde ise demir preparatı desteğine başlanmalı, “Gebelere Demir Destek

Programı” akış çizelgesi kullanılarak destek veya tedavi dozuna karar verilmelidir. 12. haftadan itibaren tetanoz bağışıklaması için tetanoz toksoidi ile aşılama yapılmalıdır ve aşı takvimine uygun olarak diğer dozlar devam edilmelidir. Yorgunluk, bulantı ve kusma, sık idrara çıkma, baş dönmesi, varis ve hemoroid, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, ciltteki değişiklikler, memelerde hassasiyet, meme başında glandlarda belirginleşme, kolostrum salınımı, aşırı tükürük salınımı, ve toprak vb. yeme ile ilgili olarak gebe bilgilendirilmeli, beslenme ve diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, tetanoz toksoid immunizasyonu, gebelikte tehlike işaretleri (vajinal kanama, konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, ateş ve/veya ciddi güçsüzlük, ciddi karın ağrısı, solunum güçlüğü ve sık solunum, suyunun gelmesi, yüz el ve bacaklarda şişme), acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem, doğum eylemi ve doğum, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağını planlanması, emzirme, postpartum aile planlaması danışmanlığı ve fetal anomaliler, tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında danışmanlık verilmelidir.

İkinci izlem 18-24. haftaları (tercihen 20-22. haftalarda) yapılmalıdır. Bu izlemde gebeden öykü alınması yinelenmeli ve ilk izlemde bu yana olan gebelik yakınmaları, demir alımı ile ilgili yakınması varsa sorgulanmalıdır. Fizik muayenede gebenin boyu, kilosu, kan basıncı ölçülmeli ve nabızı sayılmalıdır. Anemi bulguları kontrol edilmelidir. Uterus yüksekliğine bakılmalı, yaygın ödem kontrolü yapılmalıdır. Varis ve tromboflbit bulguları açısından sistemik muayene yapılmalıdır. Karın ağrısı olan gebelere vajinal muayene yapılır, fetüs kalp sesleri uygun teknikle dinlenerek değerlendirilmelidir. Laboratuvar testleri tekrar edilmeli, Rh uygunsuzluğu tespit edilirse İndirekt Coombs Testi yapılmalı, test sonucu (-) ise 1. basamakta, (+) ise 2. basamakta takip edilmelidir. Bu izlemde glukoz tarama testi (sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendirilmeli), Temel Obstetrik Ultrasonografi önerilmelidir (fetüs sayısı, fetal kalp atımı, fetal biometrik ölçümler, plasenta lokalizasyonu, amniyotik sıvı miktarına bakılmalı). Demir desteğine devam edilmeli, tetanoz toksoidi ile aşılanmasının yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Ayrıca sevk gerektiren durum varlığına yönelik sorgulanma yapılmalı ve değerlendirilmelidir. Birinci izlemde verilen bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri yinelenmelidir.

Üçüncü izlem 30-32. haftalar arasında yapılmalıdır. Gebenin öyküsü yinelenmeli, fizik muayene ve laboratuvar testleri tekrarlanmalıdır. İkinci izlemdeki fizik muayeneye ek olarak meme muayenesi de yapılmalı, karın muayenesi ile çoğul gebelik varsa tespit edilmelidir. Ortaya çıkan gebelik yakınmaları ve gebelikte tehlike işaretlerine ait yakınmalar için sorgulama yapılmalıdır. Daha önce belirtilen bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri yinelenmeli, ayrıca gebe erken doğum eylemi konusunda da bilgilendirilmelidir.

Dördüncü izlem 36-38 haftaları arasında yapılmalıdır. Gebenin öyküsü yinelenmelidir. Fizik muayenede önceki izlemlere ek olarak obstetrik değerlendirme (pelvik yapı, serviks, prezente olan kısım) amaçlı vajinal muayene yapılmalı ve leopold manevraları bakılmalıdır. Laboratuvar testleri tekrarlanmalıdır. Bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri yinelenmeli, özellikle gebelikteki tehlike işaretleri, doğum ve doğum eylemi, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması, emzirme, postpartum aile planlaması danışmanlığı konularına bu haftalardaki izlemde öncelik verilmeli ve 40. haftaya kadar doğum gerçekleşmezse gebenin doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna hemen başvurması konusunda bilgi verilmelidir.

Bu izlemler sırasındaki tüm ayrıntılar Gebe-Lohusa İzleme Fişine (Ek-3) kayıt edilmeli, izlem fişinin bir örneği gebeye verilmeli, bir sonraki izlem için randevu tarihi belirlenmeli, randevu kağıdına yazılmalı, kuruluşun telefon numarası, ilgili sağlık personelinin adı ve soyadı da randevu kartına not edilmelidir. Kullanılan kayıt formu, lohusalık döneminde, bebek ve çocuk izlemlerinde de kullanılacağı göz önüne alınarak, özenle korunmalıdır.

2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

Günümüzde, tüm dünyadaki gebe kadınların %70 kadarı, gebelikleri boyunca en az bir kez sağlık personeli tarafından izlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu oran %98'lere yükselmekte iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %68'lere gerilemektedir (24). Dört ve üzeri doğum öncesi bakım alma oranları ise Sahra altı Afrika’da %54, Uzak Doğu/Kuzey Afrika’da %55, Asya’da %50’dir. Buna karşın Brezilya, Kolombiya, Dominik Cumhuriyeti ve Guatemala’daki yüksek ortalamalar Latin Amerika’daki bölge ortalamasını yükseltmektedir. Yüksek ortalamalar

nedeniyle Latin Amerika da 4 ve üzeri doğum öncesi bakım alma oranı %77’dir. Sahra Altı Afrika’da kadınların yalnızca dörtte biri, Asya’da ise yarısı ilk üç ayda sağlık hizmeti almaya başlamaktadır.

Dünyada dört ve üstü DÖB hizmeti almada kırsal ve kentsel alanda belirgin farklar vardır. Kentsel alanda yaşayan kadınlar kırsal alandaki kadınlara göre iki kat daha fazla bakım almaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Dünyada Dört ve Üstü DÖB Almada Kırsal ve Kentsel Alanlardaki Durum (%).

Ülkeler	Kır	Kent
Sahra Altı Afrika	38	59
Latin Amerika	46	74
Orta Afrika	21	45
Asya*	26	51
Gelişmiş Ülkeler	39	61

* Çin hariç

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

Ülkemizde ise Ulusal Anne Ölümleri Çalışması’nın sonuçlarına göre kadın ölümlerinin %4.3’ü gebeliğe bağlı ölümlerdir. Bu oran kırsal alanlarda daha fazla (%5.5) ve kentsel alanlarda daha düşüktür (%3.3). Gebeliğe bağlı ölümlerin %49.3’ünde bir ya da daha fazla önlenabilir faktör mevcuttur (25). Türkiye’de önceki yıllara göre bakım alma oranları ve sonuçları yorumlandığında, tam bakım alanlarda mortalite de belirgin azalma gözlenmiştir (26).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1993, 1998, 2003 ve 2008 sonuçları ile ülkemizdeki DÖB alma durumu değerlendirilebilir (27,28,29,30). TNSA 1993 ve 1998’de son 5 yıl içindeki tüm canlı doğumlar için değerlendirme yapılırken, TNSA 2003 ve 2008’de ise sadece son canlı doğum için değerlendirme yapılmıştır. DÖB “TNSA 1993 Türkiye’de DÖB Hizmetlerinden Yararlanma” raporundan faydalanılarak, niceliksel olarak gebeliğin üçüncü ay ve öncesinde tespit edilmesi, bir sağlık personeli tarafından izlenme, beş ve daha fazla izlem, “Yeterli DÖB”, bunun dışındakiler “Yetersiz DÖB” şeklinde, niteliksel olarak ise tetanoza karşı bağışıklama, izlemlerin herhangi birinde ağırlık, hemoglobin, kan basıncı ölçümü, bebeğin kalp sesinin dinlenmesi (ÇKS) ve gebelikte demir hapi kullanılması

durumuna göre DÖB Nitelik Puanı tanımlamıştır. Bu puanlar önce “1-2” (kötü), “3-4” (orta) ve “5-6” (iyi) olarak gruplanmış, daha sonra dört ve altındakiler kötü/orta, beş puan ve üzerindekiyi iyi olarak tekrar gruplandırılmıştır (10).

TNSA 1993 ileri analiz sonuçlarına göre annelerin sadece %25’i yeterli DÖB hizmeti alırken (10), 1998’de yeterli doğum öncesi bakım alma %31’e yükselmiştir (10, 28). TNSA 1993’te en az bir kez DÖB alma oranı %62.3 iken, TNSA 1998’de %68.1’e, TNSA 2003’te %81.1’e, TNSA 2008’de %92’ye yükselmiştir (27,28,29,30). TNSA 2008 sonuçları geçmiş on yıl ile karşılaştırıldığında doğum öncesi hiç bakım almamış kadınların oranında yaklaşık olarak % 75’lik bir azalma görülmektedir (20). Dört ve üzerinde bakım alma yıllar içinde artış göstermekle (1993’te %35.9, 1998 %42, 2003 %53.9, 2008 %73.7) birlikte istenen düzeye ulaşamamıştır (27,28,29,30). DÖB sayısının ortancası 1993’te 4.7 iken 1998’de 4.2’dir (27,28). Doğum öncesi hizmet almaya ilk dört aydan önce başlama 1998’te %42.1, 2003 yılında %57.5, 2008 yılında ise bu oran %74.2’ye yükselmiştir (28,29,30). Bu veriler kadınların doğum öncesi bakımın erken dönemde yapılmasının öneminin daha fazla farkında oldukları göstermektedir (20). DÖB’nin ortanca başlama zamanı TNSA 2003 verilerine göre 2.8 ay iken, olumlu yönde gelişerek 2008’de 2.2 aya inmiştir (29,30).

TNSA 1998’e göre DÖB nitelik puanı 5-6 olan kadınların oranı %57, kırsal alanda %50.2, kentsel alanda ise %60’tır (10). TNSA 2003 raporuna göre kadınların %75.1’inin ağırlık ölçümü, %88.6’sının tansiyon ölçümü, %76.9’nun kan tahlili yapılmış, %91.3’nün bebeğinin kalp sesi dinlenmiş, % 64.4’ünün demir hapı alması sağlanmıştır (29). TNSA 2008 raporuna göre ise %82.8’sinin ağırlık ölçümü, %92.2’sinin tansiyonunun ölçümü, %85.8’nin kan tahlili yapılmış ve % 79.9’u demir hapı almıştır (30).

Yıllara göre istisnasız tüm bölgelerde DÖB hizmetlerine ulaşan kadınların oranında artış görülmekle birlikte hizmete ulaşmada bölgesel farklılıklar devam etmektedir (31). Doğum öncesi bakım alma oranı Kuzeydoğu Anadolu’da %73, Ortadoğu Anadolu’da %76, Güneydoğu Anadolu’da % 82 ile en düşük düzeylerde (20). TNSA 2008’e göre kırsal alanda yaşayan kadınlar %79.4, kentsel alanda yaşayan kadınlar %93.0 oranında doğum öncesi bakım hizmeti almaktadır. Genç (%93) ve ilk çocuğuna gebe olan (%98) kadınlarda doğum öncesi bakım alma oranı daha yüksektir (30).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma, gebe-lohusa izleme fişleri aracılığı ile kırsal ve kentsel alanda bulunan iki Sağlık Ocağı'nda izleme fişlerindeki bilgi kutularının kullanılma sıklığını saptamak ve gebe izlemlerini niteliksel yönden değerlendirmek amacıyla planlanmış, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Zonguldak İli Karadeniz Ereğli Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı ile Karadeniz Ereğli Süleymanbeyler Sağlık Ocağı'nda yapılmıştır. Merkez 2 no'lu Sağlık Ocağı 1984 yılında kurulmuş olup, 2002 yılında ilçe merkezindeki kendi hizmet binasına taşınmıştır. Temmuz-2009 tarihi itibarıyla Ereğli Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı kadrosunda 3 hekim, 5 hemşire, 8 ebe, 1 tıbbi sekreter mevcuttur. Sağlık Ocağı bölgesi ilçe merkezinde 7 mahalle ve merkeze bağlı 11 köyden oluşmaktadır. Bölge nüfusu 2009 yılı Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) çalışmaları sonucunda 28.992 bulunmuş olup, hemşire ve ebe başına düşen ortalama nüfus 2.230'dur. Süleymanbeyler Sağlık Ocağı 1980 yılında kurulmuştur, Sağlık Ocağına bağlı 3 Sağlık Evi mevcut olup, Temmuz-2009 tarihi itibarıyla Sağlık Ocağı kadrosunda 2 hekim, 2 hemşire, 6 ebe bulunmaktadır. Söz konusu personelden 1 hemşire ve 2 ebe Sağlık Evlerinde görev yapmaktadır. Sağlık Ocağı hizmet bölgesi Sağlık Evlerinin her birine bağlı 2 muhtarlık ve Sağlık Ocağına bağlı 9 muhtarlık olmak üzere toplam 13 muhtarlıktan oluşmaktadır. Bölge nüfusu 2009 yılı ETF çalışmaları sonucunda 15.317'dir. Hemşire ve ebeler sorumlu bulundukları köylerle ilgili çalışmaları yürütmekte olup, hemşire ve ebe başına düşen ortalama nüfus 1914'tür.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evreni, 2009 yılı Form 23'de belirtilen Karadeniz Ereğli Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı (410) ve Süleymanbeyler Sağlık Ocağı (273) tarafından tespit edilerek izleme alınan ve 01.01.2009-31.12.2009 tarihleri arasında canlı doğum

yapan 683 kadına ait gebe-lohusa izleme fişinden oluşmaktadır. Araştırmada örnekleme yapılmadan ve herhangi bir dışlanma kriteri kullanılmadan gebe-lohusa izleme fişlerinin tümüne ulaşılması amaçlanmış ve 629 (%92) izlem fişi çalışma kapsamında değerlendirilmiştir.

3.4. Araştırma Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişken

Gebe izlem nitelik puanı (GİNP).

3.4.1.1. Nitelik Puanının Hesaplanması

GİNP, aşağıda belirtilen niteliklerin her birinin fişlere doldurulup doldurulmadığı incelenerek, bilgi puanı olanlar 1, olmayanlar 0 olmak üzere toplam 10 puan üzerinden hesaplanmıştır.

1. Gebenin ilk 14 hafta içerisinde tespit edilmiş olması: Form 005’de gebelik haftası bölümünde ilk izlemi 14. hafta ve öncesinde yapılanlar 1 puan, 15. hafta ve üzerinde yapılanlar 0 puan olarak değerlendirilmiştir.
2. Gebenin en az 4 kez izlenmiş olması: Form 005’deki izlem bölümünde yazılmış toplam izlem sayıları değerlendirilmiştir. Nitelik puanlarıyla ilgili hesaplamada 3 ve altı izlem 0 puan, 4 ve üstü izlem 1 puan olarak değerlendirilmiştir.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda belirlenen ve nitelikli gebe izlemi için gerekli görülen kan basıncı, vücut ağırlığı, hemoglobin düzeyi ölçümlerinin yapılması, tetanoz bağışıklaması yapılması, çocuk kalp sesi değerlendirmesi ve demir preparatı başlanmış olması: İzlemlerin herhangi birinde; “ağırlık, hemoglobin, kan basıncı ölçümü yapılması, bebeğin kalp sesinin dinlenmesi”, tetanoza karşı bağışıklamanın yapılmış olması ve gebelik sırasında demir preparatı başlanması durumuna göre her bir kritere 1 puan verilmiş, 6 puan üzerinden oluşan bu değerlendirme sonrası 4 puan ve altında alanlar 0 puan, 5 ya da 6 puan alanlar 1 puan olarak gebe izlem nitelik puanı hesaplamasına dahil edilmiştir.
4. Gebenin doğum tarihinin izleme kartına işlenmiş olması: Gebenin doğum tarihi bilgisi olanlar 1 puan, olmayanlar 0 puan olarak değerlendirilmiştir.

5. Gebenin kaçınıcı gebeliği olduğunun izleme kartına işlenmiş olması: Gebenin kaçınıcı gebeliği olduğu bilgisi olanlar 1 puan, olmayanlar 0 puan olarak değerlendirilmiştir.
6. Gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma tarihinin (yıl olarak) izleme kartına işlenmiş olması: Gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma tarihi (yıl olarak) bilgisi olanlar 1 puan, olmayanlar 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Mevcut gebeliğin ilk gebelik olması durumunda, daha önceki gebeliğin sonlanma tarihi izlem kartı üzerine işlenemeyeceği için 1 puan olarak değerlendirilmiştir.
7. Gebenin kötü obstetrik öyküsünün (ölü doğum sayısı ve düşük sayısı) olup olmadığının izleme kartına işlenmiş olması: Gebenin kötü obstetrik öyküsü olup olmadığına dair bilginin işlenmiş olması 1 puan, işlenmemiş olması 0 puan olarak değerlendirilmiştir.
8. Gebenin ve eşinin kan grubu bilgisinin izleme kartına işlenmiş olması: Gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi olanlar 1 puan, olmayanlar 0 puan olarak değerlendirilmiştir.
9. Gebenin sistemik hastalığının olup olmadığının izleme kartına işlenmiş olması: Gebenin gebelik öncesi sistemik hastalığı olup olmadığına dair bilginin işlenmiş olması 1 puan, işlenmemiş olması 0 puan olarak değerlendirilmiştir.
10. Gebe ve eşinin akrabalık öyküsünün izleme kartına işlenmiş olması: Gebe ve eşinin akrabalık durumuyla ilgili bilginin işlenmiş olması 1 puan, işlenmemiş olması 0 puan olarak değerlendirilmiştir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Öğrenim durumu: Gebenin öğrenim bilgisi ilköğretim ve altı ve lise ve üstü olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

İş: Gebenin işi çalışıyor ve çalışmıyor olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Yaş: Gebenin yaşı 20'den küçük, 20-34 yaş arası ve 34'den büyük olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir.

Gebelik sayısı: Gebelik sayısı bilgisi ilk gebelik ve birden fazla gebelik olarak gruplandırılmıştır.

Ölü doğum sayısı: Gebenin ölü doğum sayısı bilgisi sıfır ile bir ve birden fazla ölü doğum yapmış olma olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Düşük sayısı: Gebenin düşük sayısı bilgisi sıfır ile bir ve birden fazla düşük yapmış olma olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Ölen çocuk sayısı: Gebenin ölen çocuk sayısı bilgisi sıfır ile bir ve birden fazla ölen çocuk olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Gebeliğin sonucu: Gebeliğin sonucu bilgisi normal doğum ve sezeryan olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, geriye dönük olarak 2009 yılına ait gebe-lohusa izleme fişleri üzerinden toplanmıştır. Araştırma izni Ekim 2010 tarihinde Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır (Ek-1). Ancak, söz konusu izin için başvuru tarih ile iznin onaylanması arasında geçen sürede, 13/09/2010 tarihi itibarıyla Zonguldak İli'nde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiş, Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi 7 ayrı Aile Sağlığı Merkezi'ndeki 15 Aile Hekimi'ne, Süleymanbeyler Sağlık Ocağı ise 1 Aile Sağlığı Merkezi'ndeki 4 Aile Hekimine devredilmiştir. Alınmış olan iznin "Sağlık Ocakları"nı kapsıyor olması nedeniyle, Aile Hekimlerine devredilmiş olan izlem kartlarına ulaşılabilmesi için Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden yardım istenmiş, Müdürlük iç yazışma ile söz konusu kartlara ulaşılabilmesini sağlamıştır. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından Aralık 2010-Mart 2011 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezlerine yapılan ziyaretler ile toplanmıştır.

3.6. Araştırma Verilerinin Analizi

Veriler "SPSS for Windows" programına aktarılmış, ortalama değerler "aritmetik ortalama±standart sapma" olarak belirtilmiş, gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare testi, Fisher kesin ki-kare testi, student t testi, Mann-Whitney U testi, ANOVA varyans analizi kullanılmış, analiz sonuçları %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırma Takvimi

	Tez Konusu Belirleme, Etik Kurul Onayı	Araştırma İzinleri	Literatür Tarama	Veri Girişi	Tez Yazımı	Tez Savunması
Eylül 2010	X		X			
Ekim 2010		X	X			
Kasım 2010			X			
Aralık 2010			X	X	X	
Ocak 2011			X	X	X	
Şubat 2011			X	X	X	
Mart 2011			X	X	X	
Nisan 2011			X		X	
Mayıs 2011			X		X	
Haziran 2011			X		X	
Eylül 2011			X		X	
Ekim 2011			X		X	
Kasım 2011			X		X	
Aralık 2011			X		X	
Ocak 2012						X

3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları

2009 yılı Form 23 verilerine göre araştırma bölgesinde 683 canlı doğum olduğu bildirilmesine karşın, Ereğli Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağında 50, Süleymanbeyler Sağlık Ocağında 4 gebe-lohusa izlem kartına ulaşılammıştır. Ulaşılamayan kart oranı bir Aile Sağlığı Merkezine devredilmiş olan Süleymanbeyler Sağlık Ocağı için %1.5, 7 ayrı Aile Sağlığı Merkezine devredilen Ereğli Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı için %12.2'dir.

4. BULGULAR

Çalışma kırsal ve kentsel alanda bulunan iki Sağlık Ocağı'nda 01.01.2009-31.12.2009 tarihleri arasında canlı doğum yapan kadına ait toplam 629 Gebe-Lohusa İzleme Fişi üzerinden yapılmıştır. Çalışmada kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'na ait gebe izlem fişlerinin (n=360) genel doluluk oranı %78.3, kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'na ait gebe izlem fişlerinin (n=269) genel doluluk oranı ise %77.5 olarak saptanmıştır.

Kentsel ve kırsal alandaki Sağlık Ocaklarına ait izlem fişlerinde sokak adı (p=0.002), düzenleyen kurum (p=0.001), gebenin boyu (p=0.001) ve akrabalık durumu (p=0.001) bilgilerinin doldurulma sıklığı arasında anlamlı fark vardır (Tablo 2). Bununla birlikte muhtarlık, ev numarası, telefon numarası, düzenleme tarihi, gebenin adı soyadı, eşinin adı, doğum tarihi bilgisi, öğrenim durumu, mesleği, evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı bilgilerinin doldurulma sıklığı yönünden anlamlı fark gözlenmemiştir. Kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde sokak adı bilgisinin doldurulma sıklığı %99.1 iken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde %95.1'dir. Kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde düzenleyen kurum bilgisinin doldurulma sıklığı %83, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde %62.8'dir. Gebenin boyu bilgisi kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerine göre daha yüksek sıklıkta doldurulmuş olup, sırasıyla %80 ve %53.9'dur. Akrabalık bilgisinin doldurulma sıklığı kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde %99.1, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %90.7'dir .

Tablo 2. Form 005’de Adres Bilgileri, Gebeye Ait Sosyo-Demografik Veriler ile Kurum Adı ve Düzenleme Tarihinin Doldurulma Sıklığı.

Değişken	Kent (n=360)		Kır (n=269)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Muhtarlık	354	98.3	268	99.6	0.248
Sokak	357	99.1	256	95.1	0.002
Ev No	351	97.5	267	99.2	0.128
Tel No	350	97.2	262	97.3	0.893
Düzenleyen Kurum	299	83.0	169	62.8	0.001
Düzenleme Tarihi	347	96.3	264	98.1	0.192
Gebenin Boyu	288	80.0	145	53.9	0.001
Adı Soyadı	360	100.0	269	100.0	0.999
Eşinin Adı	358	99.4	269	100.0	0.999
Akrabalık Durumu	357	99.1	244	90.7	0.001
Doğum Tarihi	356	98.8	267	99.2	0.999
Öğrenim Durumu	357	99.1	266	98.8	0.705
Mesleği	357	99.1	266	98.8	0.705
Evlenme Yaşı	354	98.3	260	99.6	0.172
İlk Gebelik Yaşı	353	98.0	258	95.9	0.110

Kentsel ve kırsal alandaki iki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde pelvis durumu ($p=0.001$), gebenin kan grubu ($p=0.001$), eşinin kan grubu ($p=0.001$), sistemik hastalık durumu ($p=0.005$) bilgilerinin doldurulma sıklığı yönünden anlamlı fark saptanırken, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, ölen çocuk sayısı bilgilerinin doldurulma sıklığı yönünden anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 3). Kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerin %24.4’ünde, kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinin %56.1’inde pelvis durumu bilgisi bulunmaktadır. Gebenin kan grubu bilgisi

kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde %91.3, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde ise %77.3'tür. Eşinin kan grubu bilgisinin doldurulma sıklığı kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde %76.1 iken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda %59.4'tür. Sistemik hastalık durumunun doldurulma sıklığı kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde %78.0, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %68.0'dır.

Tablo 3. Form 005'de Gebelik Öyküsü Bilgilerinin Doldurulma Sıklığı.

Değişken	Kent (n=360)		Kır (n=269)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Gebelik Sayısı	357	99.1	269	100.0	0.265
Canlı Doğum Sayısı	357	99.1	267	99.2	0.999
Ölü Doğum Sayısı	357	99.1	268	99.6	0.639
Yaşayan Çocuk Sayısı	357	99.1	268	99.6	0.639
Düşük Sayısı	357	99.1	268	99.6	0.639
Ölen Çocuk Sayısı	355	98.6	268	99.6	0.246
Pelvis Durumu	88	24.4	151	56.1	0.001
Kan Grubu	329	91.3	208	77.3	0.001
Eşinin Kan Grubu	274	76.1	160	59.4	0.001
Sistemik Hastalık Durumu	281	78.0	183	68.0	0.005

Bir önceki gebeliğin ay (p=0.001) ve yıl (p=0.002) olarak sonlanma tarihi, sonlanma biçimi (p=0.001), doğumun yapıldığı yer (p=0.001) ve doğumla ilgili karar (doğumun yapılacağı yer) (p=0.001) bilgilerinin doldurulma sıklığı açısından Sağlık Ocakları arasında anlamlı fark varken, bir önceki gebeliğin sonucu bilgisinin doldurulma sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4). Bir önceki gebeliğin ay olarak sonlanma tarihi bilgisi kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde % 86.9, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %68.4'tür. Bir önceki gebeliğin yıl olarak sonlanma tarihi kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlere göre daha yüksek sıklıkta doldurulmuş olup sırasıyla

%94.1 ve %86.9'dur. Kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerde bir önceki gebeliğin sonlanma biçimi bilgisi fişlerin %82.2'sinde varken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerin %61.7'sinde bulunmaktadır. Bir önceki gebelikte doğumun yapıldığı yer bilgisinin doldurulma sıklığı kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde %77.2 iken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %49.8'dir. Mevcut gebelikte doğumun yapılacağı yer ile ilgili karar bilgisi de kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerine göre daha yüksek sıklıkta doldurulmuş olup, sırasıyla % 70.2 ve %15.0'dır.

Tablo 4. Form 005'de Bir Önceki Gebeliğe Ait Bilgiler ve Doğumla İlgili Karar Bilgilerinin Doldurulma Sıklığı.

Bir Önceki Gebeliğe Ait Bilgiler	Kent (n=360)		Kır (n=269)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Sonlanma Tarihi Ay	313	86.9	184	68.4	0.001
Sonlanma Tarihi Yıl	339	94.1	234	86.9	0.002
Gebelik Sonucu	329	91.3	238	88.4	0.225
Sonlanma Biçimi	296	82.2	166	61.7	0.001
Doğumun Yapıldığı Yer	278	77.2	134	49.8	0.001
Doğumla İlgili Karar	54	15.0	189	70.2	0.001

Kentsel ve kırsal alandaki Sağlık Ocakları'nda izlenen gebelere ait fişler arasında gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi bilgisinin doldurulma sıklığı yönünden anlamlı fark saptanmıştır (p=0.001). Gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi bilgisi kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %75.2 iken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde %63.1'dir.

Kentsel ve kırsal alana bağlı Sağlık Ocağı gebelerinin fişlerinde son gebeliğin sonucu, sonlanma tarihi, sonlanma biçimi ve doğuma yardım eden kişi bilgilerinin doldurulma sıklığı açısından anlamlı fark yoktur (Tablo 5).

Tablo 5. Form 005’de Son Gebeliğe Ait Bilgilerinin Doldurulma Sıklığı

Son Gebeliğe Ait Bilgiler	Kent (n=360)		Kır (n=269)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Gebelik Sonucu	231	64.1	185	68.7	0.227
Sonlanma Tarihi	248	68.8	202	75.0	0.088
Sonlanma Biçimi	259	71.9	189	70.2	0.644
Doğuma Yardım Eden Kişi	241	66.9	192	71.3	0.235

Yeni doğan bebeğin boyu ($p=0.001$) ve bebekte şekil bozukluğu olup olmadığı ($p=0.001$) bilgilerinin doldurulma sıklığı yönünden Sağlık Ocakları arasında anlamlı fark varken, bebeğin cinsiyet, kilo, geliş biçimi bilgilerinin doldurulma sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6). Bebeğin boyu bilgisi kentsel alanda Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde %38.8, kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerin %63.1’inde doldurulmuştur. Bebekte şekil bozukluğu olup olmadığı bilgisinin doldurulma sıklığı kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde %31.1 iken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde %47.5’tir.

Tablo 6. Form 005’de Bebeğe Ait Bilgilerin Doldurulma Sıklığı

Bebeğe Ait Bilgiler	Kent (n=360)		Kır (n=269)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyeti	222	61.7	176	65.4	0.333
Kilosu	241	66.9	182	67.7	0.850
Boyu	140	38.8	170	63.1	0.001
Geliş Biçimi	73	20.3	58	21.6	0.695
Şekil bozukluğu durumu	112	31.1	128	47.5	0.001

Gebe Lohusa İzleme Fişi’nde izlemi yapan ebe ve doktora ait bilgiler ile gebenin risk durumu, son adet tarihi, beklenen doğum tarihi, tetanoz aşısı bilgilerinin

doldurulma sıklığı Tablo 7’de gösterilmektedir. Ebenin adı soyadı ($p=0.001$), ebenin fişi doldurma tarihi ($p=0.001$), doktorun adı-soyadı ($p=0.001$), doktorun fişi doldurma tarihi ($p=0.001$), doktorun imzası ($p=0.001$), gebenin risk durumu bilgisi ($p=0.001$), beklenen doğum tarihi bilgisi ($p=0.002$) ve tetanoz aşısının yapılma tarihleri ($p=0.001$) bilgilerinin doldurulma sıklığı açısından Sağlık Ocakları arasında anlamlı fark saptanmışken, fişi dolduran ebenin imza bilgisi ve gebenin son adet tarihi bilgisinin doldurulma sıklığı açısından ise Sağlık Ocakları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde fişi dolduran ebenin adı soyadı %88.6 oranında doldurulurken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde %33.8 oranında doldurulmuştur. Ebenin fişi doldurma tarihi kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde %87.5 iken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde %75.8’dir. Doktorun adı soyadı bilgisinin doldurulma sıklığı ise kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde, kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerine göre daha yüksek oranda olup sırasıyla %67.6 ve %19.1’dir. Doktorun fişi doldurma tarihi bilgisi kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde %18.6, kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde %1.8’dir. Doktoru fişi imzalama bilgisi kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde %61.7 iken, kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde %19.1’dir. Kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde gebenin risk durumu bilgisi %28.2 oranında doldurulurken, kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde %49.1’dir. Beklenen doğum tarihi bilgisi kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde %100 mevcut olup, kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde bu oran %96.6’dır. Tetanoz aşılama tarihleri bilgisi kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde %95.5 iken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde %87.7’dir.

Tablo 7. Form 005’de İzlemi Yapan Ebe ve Doktora Ait Bilgiler İle Gebenin Son Adet Tarihi, Beklenen Doğum Tarihi, Tetanoz Aşı Bilgilerinin Doldurulma Sıklığı.

Değişken	Kent (n=360)		Kır (n=269)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Ebenin Adı Soyadı	319	88.6	212	33.8	0.001
Ebenin Doldurma Tarihi	315	87.5	204	75.8	0.001
Ebenin İmzası	283	78.6	199	73.9	0.174
Doktorun Adı Soyadı	69	19.1	182	67.6	0.001
Doktorun Doldurma Tarihi	67	18.6	5	1.8	0.001
Doktorun İmzası	69	19.1	166	61.7	0.001
Risk Durumu	177	49.1	76	28.2	0.001
Son Adet Tarihi	357	99.1	269	100.0	0.265
Beklenen Doğum Tarihi	348	96.6	269	100.0	0.002
Tetanoz Aşısının Yapıldığı Tarihler	344	95.5	236	87.7	0.001

Gebe Lohusa İzleme Fişi’nde izlem sırasında yapılan işlemlere yönelik bilgi kutularının kullanılma durumları Tablo 8’de gösterilmektedir. Her iki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde izlem tarihi, gebelik haftası ve öğütler bilgilerinin bulunduğu kutular %80 veya üzerinde tam doluluğa sahipken, çocuk kalp sesi (ÇKS), bebeğin geliş biçimi, izlemi yapan ebe\hemşirenin imzası ve bir sonraki izlem tarihi bilgilerinin bulunduğu kutuların tam doluluğu ise %20 veya daha azdır. Kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı’nda gebenin ağırlık, kan basıncı ve nabız ölçümü, ödemi ve varisi olup olmadığına bakılması ve bebeğin geliş biçimi bilgileri kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı’na göre yüksek oranda doldurulmuş olup, Sağlık Ocakları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (tümünde p=0.001). Kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı’nda ise kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı’na göre idrarda protein ölçümü, hemoglobin ölçümü, öğütler, izlemi yapan kişinin imzası ve sonraki izlem tarihi bilgilerinin doldurulma sıklığı daha yüksektir ve Sağlık Ocakları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (tümünde p=0.001). İzlem tarihi, gebelik haftası, ÇKS bilgilerinin doldurulma sıklığı açısından Sağlık Ocakları arasında fark anlamlı değildir.

Tablo 8. Form 005’de İzlem Sırasında Yapılan işlemlere Yönelik Bilgi Kutularının Kullanılma Durumları.

	Kır (n=269)		Kent (n=360)		
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	p
İzlem Tarihi					0.063
Hiç Yazılmamış	3	1.1	3	0.8	
Eksik Yazılı	4	1.5	0	0.0	
Tam Yazılı	262	97.4	357	99.2	
Gebelik Haftası					0.531
Hiç yazılmamış	7	2.6	9	2.5	
Eksik yazılı	18	6.7	33	9.2	
Tam yazılı	244	90.7	318	88.3	
Ağırlık					0.001
Hiç yazılmamış	34	12.7	12	3.4	
Eksik yazılı	27	10.0	103	28.6	
Tam yazılı	208	77.3	245	68.0	
Kan Basıncı					0.001
Hiç yazılmamış	9	3.3	22	6.1	
Eksik yazılı	22	8.2	112	31.1	
Tam yazılı	238	88.5	226	62.8	
Ödem					0.001
Hiç yazılmamış	27	10.0	23	6.4	
Eksik yazılı	38	14.1	94	26.1	
Tam yazılı	204	75.9	243	67.5	
Varis					0.001
Hiç yazılmamış	30	11.2	26	7.2	
Eksik yazılı	38	14.1	91	25.3	
Tam yazılı	201	74.7	243	67.5	
Nabız					0.001
Hiç yazılmamış	26	9.7	117	32.5	
Eksik yazılı	23	8.6	90	25.0	
Tam yazılı	220	81.7	153	42.5	
İdrarda Protein					0.001
Hiç yazılmamış	248	92.2	191	53.1	
Eksik yazılı	9	3.3	84	23.3	
Tam yazılı	12	4.5	85	23.6	
Hemoglobin					0.001
Hiç yazılmamış	204	75.9	97	26.9	
Eksik yazılı	55	20.4	170	47.2	
Tam yazılı	10	3.7	93	25.9	
ÇKS					0.392
Hiç yazılmamış	207	76.9	260	72.2	
Eksik yazılı	39	14.4	65	18.1	
Tam yazılı	23	8.5	35	9.7	

Tablo 8. Form 005’de İzlem Sırasında Yapılan işlemlere Yönelik Bilgi Kutularının Kullanılma Durumları (devamı).

	Kır (n=269)		Kent (n=360)		
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	p
Geliş Biçimi*					0.001
Hiç yazılmamış	229	85.1	351	97.5	
Eksik yazılı	26	9.7	3	0.8	
Tam yazılı	14	5.2	6	1.7	
Öğütler					0.012
Hiç yazılmamış	5	1.9	4	1.1	
Eksik yazılı	10	3.7	2	0.6	
Tam yazılı	254	94.4	354	98.3	
İzlem İmza					0.001
Hiç yazılmamış	236	87.7	261	72.5	
Eksik yazılı	1	0.4	40	11.1	
Tam yazılı	32	11.9	59	16.4	
Sonraki İzlem Tarihi					0.022
Hiç yazılmamış	269	100.0	350	97.2	
Eksik yazılı	0	0.0	8	2.2	
Tam yazılı	0	0.0	2	0.6	

*Bebeğin geliş biçimi ile ilgili bilgilerin aktarıldığı kutuların gebelik izleminin geç başladığı durumlar dışında tam dolu olmasının olası olmaması nedeniyle, analiz sadece hiç yazılmamış ve eksik yazılı değerleri dikkate alınarak yapılmıştır.

Gebenin adı, kaç yıllık evli olduğu, evde kaç kişi yaşadığı, işi, eşinin işi, sosyal güvence durumu, evde sigara/alkol kullanma durumu, ailenin ihtiyaçlarını karşılayabilme durumu ve gebeliğin istenme durumu bilgilerinin doldurulma sıklığı yönünden Sağlık Ocakları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 9). Gebenin adı kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde %80.8 oranında doldurulurken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin fişlerinde bu oran 73.8’dir (p=0.001). Kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde %93.3 oranında kaç yıllık evli olduğu bilgisi mevcutken, kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde bu oran %86.1’dir (p=0.004). Evde kaç kişi yaşadığı bilgisinin doldurulma sıklığı kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde %86.9, kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde ise %94.7’dir (0.001). Gebenin iş bilgisinin doldurulma sıklığı kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde %86.9 iken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelere ait fişlerde %94’tür (p=0.003). Eşin işi bilgisi

kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %85.2, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde ise %94 sıklıkta doldurulmuştur (p=0.001). Kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %87.2 oranında sosyal güvence durumu bilgisi mevcutken, kırsal alanda izlenen gebelere ait fişlerde bu oran %93.3'tür (p=0.012). Evde sigara/alkol kullanılma durumu kentsel alanda bulunan Sağlık ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %85.8, kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde ise %92.5'dir (p=0.008). Ailenin ihtiyaçlarını karşılayabilme durumu kentsel alanda bulunan Sağlık ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %86.6, kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde ise %93.3'tür (p=0.007). Kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %86.1 oranında gebeliğin istenme durumu mevcutken, kırsal alanda izlenen gebelere ait fişlerde bu oran %92.9'dur (p=0.007).

Tablo 9. Form 005'de Aileye Ait Özelliklerinin Doldurulma Sıklığı.

Aileye Ait Özellikler	Kent (n=360)		Kır (n=269)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Gebenin Adı	291	80.8	266	98.9	0,001
Kaç Yıllık Evli	310	86.1	251	93.3	0.004
Evde Kaç Kişi Yaşıyor	313	86.9	255	94.7	0.001
Gebe İşi	313	86.9	253	94.0	0.003
Eş İşi	307	85.2	253	94.0	0.001
Sosyal Güvence Durumu	314	87.2	251	93.3	0.012
Evde Sigara/Alkol Kullanma Durumu	309	85.8	249	92.5	0.008
Ailenin İhtiyaçlarını Karşılayabilme Durumu	312	86.6	251	93.3	0.007
Gebeliğin İstenme Durumu	310	86.1	250	92.9	0.007

Kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda gebelik dönemi görüşmelerinin doldurulma sıklığı daha yüksektir (Tablo 10) ve Sağlık Ocakları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (tümünde p=0.001). Birinci görüşme kırsal alanda bulunan

Sağlık Ocağı'nda %93.3-%94.7 iken, kentsel alanda bu oran %83.3-84.4'dür. İkinci görüşme ise her iki Sağlık Ocağı'nda da daha düşük oranda doldurulmuş olup, kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda %46.0-55.0, kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda %27.2-27.5'dir.

Tablo 10. Form 005'de Gebelik Dönemi Görüşmelerinin Doldurulma Sıklığı.

		Kent (n=360)		Kır (n=269)		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Görüşme 1	Soru 1	302	83.8	251	93.3	0.001
	Soru 2	302	83.8	251	93.3	0.001
	Soru 3	302	83.8	255	94.7	0.001
	Soru 4	301	83.6	254	94.4	0.001
	Soru 5	300	83.3	255	94.7	0.001
	Soru 6	304	84.4	252	93.6	0.001
Görüşme 2	Soru 1	99	27.5	139	51.6	0.001
	Soru 2	98	27.2	128	47.5	0.001
	Soru 3	98	27.2	146	54.2	0.001
	Soru 4	98	27.2	143	53.1	0.001
	Soru 5	98	27.2	148	55.0	0.001
	Soru 6	98	27.2	124	46.0	0.001

Gebe-Lohusa İzleme Fişi'nde ebe/hemşirenin gözlem bilgileri kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda daha yüksektir ve Sağlık Ocakları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0.001).

Ebe/hemşire'nin değerlendirme tarihi (p=0.001), değerlendirme sonucu (p=0.001), değerlendirme notu (p=0.001) bilgilerinin doldurulma sıklığı yönünden Sağlık Ocakları arasında anlamlı olarak fark vardır (Tablo 11). Ebe/hemşirenin değerlendirme tarihi bilgisi kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin fişlerinde %70.8 iken, kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %38.6'dır. Ebe/hemşirenin değerlendirme sonucu bilgilerinin doldurulma sıklığı ise sırasıyla %67.5 ve %40.8'dir. Ebe/hemşirenin değerlendirme notu bilgisi kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde %18.8 sıklıkta doldurulurken,

diğer grupta %4.4 sıklıkta doldurulmuştur. Bunun dışındaki değerlendirme bilgilerinin doldurulması her iki grupta da görece düşük olmakla birlikte anlamlı fark göstermemektedir.

Tablo 11. Form 005’de Değerlendirme Tablosu Doldurulma Sıklığı.

Değerlendirme Sonuçları	Kent (n=360)		Kır (n=269)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Ebe/Hemşire Değerlendirme Tarihi	255	70.8	104	38.6	0.001
Ebe/Hemşire Değerlendirme Sonucu	243	67.5	110	40.8	0.001
Ebe/Hemşire Notu	68	18.8	12	4.4	0.001
Hekim Değerlendirme Tarih	1	0.2	2	0.7	0.579
Hekim Değerlendirme Sonuç	1	0.2	2	0.7	0.579
Hekim Değerlendirme İmza	1	0.2	2	0.7	0.579

Gebeler kırsal alanda bulunan Sağlık Ocaklarında ortalama 15.3 ± 8.1 haftalık iken izlenmeye başlanırken, kentsel alandaki Sağlık Ocağında bu değer 15.7 ± 8.5 ’dir. Gebelerin ortalama izlem sayısı kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağında 3.8 ± 2.0 iken, kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağında 3.7 ± 2.0 ’dır. Gebelerin ortalama izlem sayıları kırsal alandaki Sağlık Ocağında 4, kentsel alandaki Sağlık Ocağında 3’tür.

Kırsal alandaki Sağlık Ocağı’nın gebe izlem nitelik puanı 7.2 ± 1.5 , kentsel alandaki Sağlık Ocağı’nda gebe izlem nitelik puanı 8 ± 1.5 ’dir. Kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı’nın gebe izlem nitelik puanı daha yüksektir ve Sağlık Ocakları arasında gebe izlem nitelik puanı yönünden anlamlı fark vardır ($p=0.001$).

Sağlık Ocaklarının gebe izlem nitelik puanlarının dağılımı değerlendirildiğinde, kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı’nda en az puan 3, en çok puan 10, kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı’nda en az puan 1, en çok puan 10’dur. Her iki Sağlık Ocağı birlikte değerlendirildiğinde ortalama gebe izlem nitelik puanı 8 iken, bu değer kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı’nda 7, kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı’nda 8’dir (Tablo 12).

Tablo 12. Kır ve Kent Sağlık Ocaklarının Gebe İzlem Nitelik Puanlarının Dağılımı.

Gebe İzlem Nitelik Puanı	Kent (n=360)		Kır (n=269)		Toplam (n=629)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	1	0.3	0	0	1	0.2
1	1	0.3	0	0	1	0.2
2	1	0.3	0	0	1	0.2
3	0	0	1	0.4	1	0.2
4	1	0.3	11	4.1	12	1.9
5	8	2.2	26	9.7	34	5.4
6	33	9.2	49	18.2	82	13.0
7	78	21.7	62	23.0	140	22.3
8	99	27.5	60	22.3	159	25.3
9	74	20.6	59	21.9	133	21.1
10	64	17.8	1	0.4	65	10.3
Toplam	360	100.0	269	100.0	629	100.0

Gebe izlem nitelik puanlarının saptanmasında kullanılan her bir değişken kent ve kır Sağlık Ocakları'na göre Tablo 13'de karşılaştırılmaktadır. Gebenin ilk 14 hafta içinde tespit edilmiş olması, gebenin en az 4 kez izlenmiş olması, gebenin doğum tarihinin izleme kartına işlenmiş olması, gebenin kaçınıcı gebeliği olduğunun izleme kartına işlenmiş olması, gebenin kötü obstetrik öyküsünün (ölü doğum sayısı ve düşük sayısı) olup olmadığının izleme kartına işlenmiş olması, gebenin sistemik hastalığının olup olmadığının izleme kartına işlenmiş olması bilgilerinin kullanımı yönünden Sağlık Ocakları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. TNSA'da belirlenen ve nitelikli gebe izlemi için gerekli görülen izlemlerin yapılmış olması ($p=0.001$), gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma tarihinin (yıl olarak) izleme kartına işlenmiş olması ($p=0.002$), gebenin ve eşinin kan grubu bilgisinin izleme kartına işlenmiş olması ($p=0.001$), gebe ve eşinin akrabalık öyküsünün izleme kartına işlenmiş olması ($p=0.001$) sıklığı yönünden anlamlı fark saptanmıştır. TNSA 2003'de nitelikli gebe izlemi için belirlenen ve nitelikli gebe izlemi için gerekli görülen kan basıncı, vücut ağırlığı, hemoglobin düzeyi ölçümlerinin yapılması,

tetanoz bağışıklaması yapılması, çocuk kalp sesi değerlendirmesi ve demir preparatı başlanmış olması kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda sadece %5.9 iken, kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda %62.2'dir. Kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'ndaki fişlerin %58.7'sinde gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi izleme kartına işlenmiş iken, bu oran kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'ndaki fişlerde %74.7'dir.

Tablo 13. Gebe İzlem Nitelik Puanı Saptanmasında Kullanılan Değişkenlerin Kır ve Kent Sağlık Ocakları'na Göre Karşılaştırılması.

Değişken	Kent (n=360)		Kır (n=269)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Gebenin ilk 14 hafta içerisinde tespit edilmiş olması	173	48.1	134	49.8	0.662
Gebenin en az 4 kez izlenmiş olması	176	48.9	153	56.9	0.047
TNSA nitelikli gebe izlemi puanı	224	62.2	16	5.9	0.001
Gebenin doğum tarihinin izleme kartına işlenmiş olması	356	98.8	267	99.2	0.999
Gebenin kaçınıcı gebeliği olduğunun izleme kartına işlenmiş olması	357	99.1	269	100.0	0.265
Gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma tarihinin (yıl olarak) izleme kartına işlenmiş olması	339	94.1	234	86.9	0.002
Gebenin kötü obstetrik öyküsünün (ölü doğum sayısı ve düşük sayısı) olup olmadığının izleme kartına işlenmiş olması	357	99.1	268	99.6	0.639
Gebenin ve eşinin kan grubu bilgisinin izleme kartına işlenmiş olması	269	74.7	158	58.7	0.001
Gebenin sistemik hastalığının olup olmadığının izleme kartına işlenmiş olması	281	78.0	183	68.0	0.005
Gebe ve eşinin akrabalık öyküsünün izleme kartına işlenmiş olması	357	99.1	244	90.7	0.001

Kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin %63.6'sı (n=229) ilköğretim ve altı öğrenimde, %36.3'ü (n=131) lise ve üstü öğrenimdedir. Gebelerin %86.9'unun (n=313) herhangi bir işte çalışmadığı belirtilmektedir. Gebelerin %3.6'sı (n=13) 20 yaş altında, %85.2'si (n=307) 20-34 yaş arasında, %11.1'i (n=40) 35 yaş ve üzerindedir. Gebelerin %40.3'ünün (n=145) ilk gebeliğidir. Gebelerin %2.2'sinin (n=8) ölü doğum öyküsü, %21.1'inin (n=76) düşük yapma öyküsü, %2.8'inin (n=10) ölen çocuk öyküsü vardır. Gebelik sonucu bilgisi doldurulmuş olan 279 fiş olup, fişlerin %43.7'sine normal doğum, %56.3'üne sezeryan doğum yaptığı bilgisi işlenmiştir (Tablo 14).

Kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin %90.3'ü (n=243) ilköğretim ve altı öğrenimde, %90.7'si (n=26) lise ve üstü öğrenimdedir. Gebelerin %96.7'si (n=260) çalışmamaktadır. Gebelerin %5.6'sı (n=15) 20 yaş altında, %85.5'i (n=230) 20-34 yaş arasında, %8.9'u (n=24) 35 yaş ve üzerindedir. %31.2'sinin (n=84) ilk gebeliğidir. Gebelerin %1.5'inin (n=4) ölü doğum öyküsü, %25.7'sinin (n=69) düşük yapma öyküsü ve %2.9'unun (n=8) ölen çocuk öyküsü vardır. Gebelik sonucu bilgisi doldurulmuş olan 189 fiş olup, %51.3'üne normal doğum, %48.7'sine sezeryan doğum yaptığı bilgisi işlenmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri.

Değişken	Kent		Kır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Gebenin Öğrenim Durumu						
İlköğretim ve Altı	229	63.6	243	90.3	472	75.0
Lise ve Üstü	131	36.3	26	9.7	157	25.0
Gebenin İşi						
Çalışıyor	47	13.1	9	3.3	56	8.9
Çalışmıyor	313	86.9	260	96.7	573	91.1
Yaş						
< 20	13	3.6	15	5.6	28	4.5
20-34	307	85.2	230	85.5	537	83.8
35+	40	11.1	24	8.9	64	10.2
Gebelik Sayısı						
1	145	40.3	84	31.2	229	36.4
>1	215	59.7	185	68.8	400	63.6
Ölü Doğum Sayısı						
0	352	97.8	265	98.5	617	98.1
≥1	8	2.2	4	1.5	12	1.9
Düşük Sayısı						
0	284	78.9	200	74.3	484	76.9
≥1	76	21.1	69	25.7	145	23.1
Ölen Çocuk Sayısı						
0	350	97.2	261	97.1	611	97.1
≥1	10	2.8	8	2.9	18	2.9
Gebelik Sonucu						
Normal Doğum	122	43.7	97	51.3	219	46.8
Sezeryan	157	56.3	92	48.7	249	53.2

Kır ve kent Sağlık Ocakları'nın GİNP'lerinin bazı bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 15'de gösterilmiştir.

Kır ve kent Sağlık Ocaklarının gebe izlem nitelik puanları öğrenim durumuna göre karşılaştırıldığında kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda ilköğretim ve altı öğrenimde olan gebelerin GİNP 7.1 ± 1.4 iken, lise ve üstü öğrenimde olan gebelerin

GİNP 8.0 ± 1.3 'dir ($p=0.002$). Kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda ise, ilköğretim ve altı öğrenimde olan gebelerde GİNP 8.1 ± 1.5 , lise ve üstü öğrenimde olan gebelerin GİNP ise 7.8 ± 1.4 'dür ($p=0.05$). Her iki Sağlık Ocağı birlikte değerlendirildiğinde ise öğrenim durumuna göre GİNP yönünden anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p= 0.051$).

Kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda gebenin çalışma durumu yönünden GİNP açısından anlamlı yoktur ($p=0.397$), buna karşılık kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda çalışmayan gebelerin GİNP daha yüksektir ve farklılık anlamlıdır ($p=0.001$). Her iki sağlık ocağı birlikte değerlendirildiğinde ise gebenin çalışıp çalışmama durumu yönünden GİNP'lerinde anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0.086$).

Gebenin yaşına göre GİNP değerlendirildiğinde, gerek kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda ($p=0.001$), gerek kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda ($p=0.012$), gerekse de her iki Sağlık Ocağı birlikte değerlendirildiğinde ($p=0.001$) anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda GİNP gebenin yaşı < 20 ise 9.0 ± 1.2 , 20-34 ise 8.0 ± 1.4 , 35+ ise 7.2 ± 1.9 'dur. Kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda GİNP gebenin yaşı < 20 ise 8.1 ± 1.1 , 20-34 ise 7.1 ± 1.4 , 35+ ise 6.7 ± 1.6 'dır. Her iki Sağlık Ocağı birlikte değerlendirildiğinde GİNP gebenin yaşı < 20 ise 8.5 ± 1.2 , 20-34 ise 7.7 ± 1.5 , 35+ ise 7.0 ± 1.8 'dir.

Gebenin gebelik sayısına göre, kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda ($p=0.006$), kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda ($p=0.026$) ve her iki Sağlık Ocağı'nda birlikte değerlendirildiğinde ($p=0.001$) GİNP açısından anlamlı fark vardır. Kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda gebenin ilk gebeliği ise GİNP 8.3 ± 1.3 , gebelik birden fazla ise 7.9 ± 1.6 'dır. Kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda gebenin ilk gebeliği ise GİNP 7.5 ± 1.3 , gebelik birden fazla ise 7.0 ± 1.5 'dir. Her iki Sağlık Ocağı birlikte değerlendirildiğinde gebenin ilk gebeliği ise GİNP 8.0 ± 1.3 , gebeliği birden fazla ise GİNP 7.5 ± 1.6 'dır.

Gebenin ölü doğum yapıp yapmaması, düşük yapıp yapmadığı, ölen çocuğunun olup olmadığı ve gebeliğin sonlanma şekline göre hem kırsal ve kentsel Sağlık Ocağı'nda , hem de her iki Sağlık Ocağı birlikte değerlendirildiğinde GİNP yönünden anlamlı fark yoktur (Tablo 15).

Tablo 15: Kır ve Kent Sağlık Ocaklarının Gebe İzlem Nitelik Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.

Değişken	Kent	P ¹	Kır	P ²	Toplam	P ³
Gebenin Öğrenim Durumu		0.050		0.002		0.051
İlköğretim ve Altı	8.1±1.5		7.1±1.4		7.6±1.6	
Lise ve Üstü	7.8±1.4		8.0±1.3		7.8±1.4	
Gebenin İşi		0.001		0.397		0.086
Çalışıyor	7.3±1.5		7.6±1.6		7.3±1.5	
Çalışmıyor	8.1±1.4		7.1±1.4		7.7±1.5	
Yaş		0.001		0.012		0.001
< 20	9.0±1.2		8.1±1.1		8.5±1.2	
20-34	8.0±1.4		7.1±1.4		7.7±1.5	
35+	7.2±1.9		6.7±1.6		7.0±1.8	
Gebelik Sayısı		0.006		0.026		0.001
1	8.3±1.3		7.5±1.3		8.0±1.3	
>1	7.9±1.6		7.0±1.5		7.5±1.6	
Ölü Doğum Sayısı		0.559		0.714		0.190
0	8.0±1.4		7.2±1.4		7.7±1.5	
≥1	7.3±2.7		6.8±1.9		7.0±2.4	
Düşük Sayısı		0.258		0.445		0.496
0	8.0±1.4		7.1±1.4		7.7±1.5	
≥1	7.9±1.6		7.3±1.6		7.6±1.6	
Ölen Çocuk Sayısı		0.243		0.880		0.266
0	8.1±1.4		7.2±1.4		7.7±1.5	
≥1	7.0±2.7		7.1±1.9		7.0±2.3	
Gebelik Sonucu		0.601		0.626		0.230
Normal Doğum	8.2±1.4		7.1±1.5		7.7±1.5	
Sezeryan	8.3±1.5		7.3±1.5		7.9±1.6	

p¹: Kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı içinde.

p²: kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı içinde.

p³: Tüm grup birlikte.

5. TARTIŞMA

Doğum öncesi bakımda istenilen hedeflere ulaşılabilmesi, hizmetin niceliği kadar niteliği ile de yakından ilgilidir. Bu çalışmada, kırsal ve kentsel alanda bulunan iki Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait gebe-lohusa izleme fişlerindeki bilgi kutularının kullanılma sıklığının saptanması ve gebe izlemlerinin niteliksel yönden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Ebeler tespit ettikleri her gebe için mutlaka 'Gebe-Lohusa İzleme Fişi' doldurulmalıdır. Gebe-Lohusa İzleme Fişlerindeki bilgilerin tam olarak doldurulması, yeterli obstetrik ve özgeçmiş bilgisinin alınması, gebelik seyri sırasında gerekli muayenelerin tam yapılması, olası sakıncalı durumların erken tanı ve tedavisinin sağlanması DÖB hizmetinin amacına ulaşmasını sağlar. Fişlerin tam olarak doldurulması, diğer bir ifade ile gebeye ait bilgilerin eksiksiz olarak elde edilmesi, hizmetin niteliksel yönden gelişmesini sağlamakla birlikte, gebelere sunulan hizmetin değerlendirilebilmesi ve geliştirilmesi için de önemlidir. Tuncal tarafından (32) 2006 yılında Manisa'da yapılmış bir çalışmada fişlerin genel doluluk oranı %85.3 olarak saptanmıştır. Bu anlamda, çalışmamızda, kentsel Sağlık Ocağı'na ait gebe izlem fişlerinde %78.3, kırsal Sağlık Ocağı'na ait gebe izlem fişlerinde ise %77.5 olarak saptanan genel doluluk oranı görece düşüktür. Çalışmamıza benzer biçimde, Şahin (33) tarafından Zonguldak'ta yapılan bir çalışmada Bebek ve Çocuk İzleme Fişleri'ndeki bilgi kutularının kullanım sıklığı %78.3 olarak bulunmuştur.

Gebenin adres bilgileri her iki Sağlık Ocağı'nda da yüksek oranlarda doldurulmuş olmakla birlikte, sokak adı bilgisinin doldurulma sıklığı yönünden kentsel ve kırsal bölgeler arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Kırsal alanda izlenen gebelere ait fişlerde yer alan adreslerde sokak adı olmaması, söz konusu farklılık için önemli bir nedendir. Benzer biçimde, fişi düzenleyen kurum bilgisi de kentsel alanda anlamlı şekilde yüksek doldurulmuştur. Gebenin ve eşinin adı, yaşı, öğrenim durumu, evlenme ve ilk gebelik yaşı bilgilerinin doldurulma sıklığı iki Sağlık Ocağı'nda da genel doldurulma sıklığının üzerinde olmakla birlikte, her iki Sağlık Ocağı arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Gebenin eşi ile akrabalık durumu genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir. Tuncal (32) birinci derece akraba evliliği yapmış olanların %46'sının DÖB almadığını ifade etmektedir. Akrabalık durumu bilgisinin doldurulma sıklığı, Tuncal'ın (32) çalışmasında %98.3, Özdemir ve

arkadaşlarının (34) çalışmasında %98.5 olarak tespit edilmiş iken, çalışmamızda kentsel Sağlık Ocağı'nda %99.1, kırsal Sağlık Ocağı'nda %90.7 olarak saptanmıştır ve her iki Sağlık Ocağı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Gebe için risk oluşturan etmenlerden biri de gebenin boyunun kısa olmasıdır ve izlemi yapan kişinin mutlaka bu bilgiyi sorgulaması gerekmektedir. Ankara'da yapılan bir çalışmada annenin boyunun 150 cm'den az olması intrauterin büyüme ve gelişme açısından anlamlı risk faktörü olarak saptanmıştır (35). Çalışmamızda gebenin boy bilgisinin kentsel Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerin %80'inde, kırsal Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerin ise %53.9'unda bulunmaktadır. Kaya ve Serin'in (13) çalışmasında gebelerin %20.7'sinin boyunun ölçülmüş olduğu tespit edilmiş iken, Özdemir ve arkadaşlarının (34) 2003 yılında Isparta'da yaptıkları çalışmada gebenin boy bilgisinin fişlerin yalnızca %40.6'sında bulunduğu saptanmıştır. Buna karşın, Tuncal (32) tarafından Manisa'da yapılan çalışmada bu bilginin fişlerin tamamında bulunduğu saptanmıştır.

Gebelikte riskli durumların tespiti için gerekli olan obstetrik öykü alınması hizmetin niteliği yönünden önemli olup, çalışmamızda her iki Sağlık Ocağı'nda bu bilgilerin doldurulma sıklığı tama yakındır. Buna karşın, pelvis durumu ve sistemik hastalık durumu bilgisi her iki Sağlık Ocağı'nda da düşük oranlarda doldurulmuştur. Tuncal'ın çalışmasında da sistemik hastalık durumu bilgisinin %6.1 ile çok düşük oranda bulunduğu belirtilmektedir (32). Bu noktada, izlemi yapan kişinin istenilen öyküyü sorgulamış ve risk bulunmayan durumlarda ilgili bilgi kutusunu boş bırakmış olabileceği olasılığı dikkatle değerlendirilmelidir. İzleme fişlerinde yer alan herhangi bir bilgi kutusuna tespit edilen riskin yazılması ya da risk bulunmaması halinde “yok” olarak doldurulması, teknik olarak hedeflenen sorgulamanın yapıldığını göstermekte, ilgili bilgi kutusunun boş olması ise hedeflenen sorgunun yapılmadığını düşündürcektir; bu nedenle de izleme fişlerinde yer alan tüm bilgi kutularının “dolmuş” olması beklenmektedir.

Gebenin ve eşinin kan grubunun bilinmesi Rh uyumsuzluğunun tespiti için gereklidir. Gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi Manisa'da yapılan çalışmada (32) fişlerin %63.8'inde bulunmakta iken, çalışmamızda bu oran kentsel Sağlık Ocağı'nda izlenen gebeler için %74.7, kırsal Sağlık Ocağı'nda izlenen gebeler için %58.7 olarak saptanmıştır.

Gebenin bir önceki doğumunu nerede, ne şekilde yaptığı, gebeliğin sonucu ve sonlanma tarihi, izlenen gebeliğin seyrini etkileyen önemli faktörlerdendir, bu

nedenle de tam ve doğru şekilde sorgulanmalıdır (34). Çalışmamızda, gebenin bir önceki gebeliğin sonlanma tarihi, sonucu, biçimi ve doğumun yapıldığı yer bilgileri kentsel Sağlık Ocağı'nda %77.2-94.1, kırsal Sağlık Ocağı'nda %49.8-88.4 arasındaki değerlerde fişlere yazılmıştır. Son gebeliğin sonlanma tarihi, sonucu, sonlanma biçimi ve doğuma yardım eden kişi bilgileri ise kentsel Sağlık Ocağı'nda %64.1-71.9, kırsal Sağlık Ocağı'nda %68.7-75 arasındaki değerlerde fişlere yazılmıştır. Isparta'da Özdemir ve arkadaşlarının (34) çalışmasında önceki gebeliğin sonucuna ilişkin bilgilerin fişlerin %80-91.4'ünde bulunduğu saptanmıştır. Çalışmamızda, doğan bebekle ilgili bilgiler kentsel Sağlık Ocağı'na ait fişlerde %20.3-66.9, kırsal Sağlık Ocağı'na ait fişlerde %21.6-67.7 bulunmakta olup, Özdemir ve arkadaşlarının (34) çalışmasında bu değerler %22.1-84.3 arasında değişmektedir.

Kentsel Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerin %78.6'sında ebeğin imzası, %19.1'inde doktorun imzası bulunmakta iken, kırsal Sağlık Ocağı'nda izlenen gebe fişlerinde bu oranlar sırasıyla %73.9 ve %61.7'dir. Ebe imzası fişi dolduran sağlık personelinin tanımlamakla birlikte, doktor imzası hazırlanan fişin doktor tarafından da görüldüğünü belirtmektedir. Bir diğer önemli husus da her izlemde izlemi yapan kişinin fişi imzalamasıdır ve bu imza izlemin kim tarafından yapıldığının bilinmesini sağlar. Çalışmamızda, izlemi yapan kişinin imzası kentsel Sağlık Ocağı'ndaki fişlerin %72.5'inde, kırsal Sağlık Ocağı'ndaki fişlerin ise %87.7'sinde hiç yoktur. Söz konusu eksiklikler, hizmete yönelik değerlendirmelerde, aksaklıkların ortaya konulmasına ve aksaklığın kaynaklandığı sağlık personelinin tespit edilerek eğitilmesi hedeflerine ulaşılmasında önemli bir dezavantaj yaratacaktır.

Risk durumu bilgisinin doldurulma sıklığı kentsel Sağlık Ocağı'nda %49.1, kırsal Sağlık Ocağı'nda 28.2'dir ve gruplar arasında anlamlı fark vardır. Özdemir ve arkadaşlarının (34) yaptığı çalışmada fişlerin %8.3'ünde, Tuncal'ın (32) çalışmasında ise fişlerin %17.1'inde risk durumunu belirten bölüm doldurulmuştur. Daha önce değinildiği gibi, bu noktada da, izlemi gerçekleştiren sağlık personelinin, risk bulunmaması halinde ilgili bilgi kutusunu doldurmamış olması olasılığı dikkate alınmalıdır.

Gebelikte ağırlık ölçümü; preeklampsiyi erken tanımlayabilmek, annenin sağlıklı beslenmesini kontrol altına almak ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumunu önlemek amaçlıdır. Kan basıncı ölçmenin amacı ise, tokseminin erken dönemde saptanabilmesini sağlayan hipertansiyonu önlemektir (36). TNSA 2008'de (30)

kadınların %92'sinin tansiyonunun, %83'ünün ağırlığının ölçüldüğü saptanmıştır. Çalışmamızda, kentsel Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin her izlemde % 68'sinin ağırlığı, %62.7'sinin kan basıncı, %42.5'inin nabızı ölçülmüş, %67.5'inin ödemi ve varisi olup olmadığına bakılmış, %23.6'sının idrarda protein değeri, %25.8'inin hemoglobin değeri fişe işlenmiş ve %9.7'sinin ÇKS'si dinlenmiştir. Kırsal Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin ise her izlemde %77.3'ünün ağırlığı, %88.4'ünün kan basıncı, %81.7'sinin nabızı ölçülmüş, %75.8'inin ödemi, %74.7'sinin varisi olup olmadığına bakılmış, %4.4'ünün idrarda protein değeri, %3.7'sinin hemoglobin değeri fişe işlenmiş ve %8.5'inin ÇKS'si dinlenmiştir. İki Sağlık Ocağı arasındaki ölçüme dayalı işlemler karşılaştırıldığında, ağırlık, kan basıncı ve nabız ölçümü, ödem ve varis kontrolünün her izlemde yapılmış olma oranı, kırsal Sağlık Ocağı'nda kentsel Sağlık Ocağı'na göre daha yüksektir ve anlamlı farklılık bulunmaktadır. ÇKS değeri kırsal Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerin % 76.9'unda, kentsel gebelere ait fişlerin ise %72.2'sinde hiç yazılmamıştır ve bu durum, TNSA 'da (29) %91 olarak bildirilen oran ile karşılaştırıldığında dikkat çekici biçimde düşük bulunmuştur.

Söz konusu ölçümler konuya yönelik çalışmalarda görece sık değerlendirilen değişkenlerdir. Brezilya'da 2004 yılında yapılan ve kamu sektörü ile özel sektörde yapılan izlemlerin incelendiği bir çalışmada, kamu sektöründe yapılan izlemlerin % 99.8'inde kan basıncı ölçümü, %97.5'inde kan tahlili, %96.5'inde idrar tahlili yapıldığı saptanmıştır (37). Sudan'da 2010 yılında yapılan bir çalışmada kan basıncı ölçümünün %88.7, ÇKS'nin %81.3, hemoglobin ölçümünün %62.3, idrar tahlilinin %53 oranında yapıldığı izlenmiştir (38). Hindistan'da kırsal alanda yapılan bir çalışmada gebelerin %33.6'sının sadece minimum düzeyde antenatal takip hizmeti aldığı saptanmış, bu ziyaretler sırasında gebelerin %92.3'üne ağırlık ölçümü, %47.9'una boy ölçümü, %98.9'una kan basıncı ölçümü, %77.4'ne hemoglobini ölçümü, %86.3'üne idrar tetkiki yapıldığı tespit edilmiştir (39).

Söz konusu değişkenler ülkemizde yapılan çalışmalarda da incelenmiştir. Özdemir ve arkadaşlarının (34) çalışmasında herhangi bir izlemde ağırlık ölçümünün % 95.8, kan basıncı ölçümünün %96, ödem kontrolünün %74.7, varis kontrolünün %63.8, hemoglobin kontrolünün %40.8, ÇKS kontrolünün %82.4 oranında yapıldığı, bu işlemlerin tümünün bir arada en az bir kez yapıldığı gebe oranının ise %79 olduğu saptanmıştır. Pirinçci ve arkadaşlarının (40) Elazığ'da yaptığı çalışmada herhangi bir izlemde ağırlık ölçümü %70.1, kan basıncı ölçümü %98, hemoglobin ölçümü %87.9,

ÇKS kontrolü %98.7 olarak belirtilmiştir. Tuncal'ın (32) çalışmasında gebelik boyunca en az bir kez olmak üzere gebelerin % 97.5'inde kan basıncı, %98.1'inde ödem, %88.7'sinde varis, %56.4'ünde ağırlık, %84.1'inde idrar tetkiki, %92.1'inde ÇKS kontrolü yapıldığı, her izlemde tüm kontrollerin yapılmış olma oranının %13.4 olduğu saptanmıştır. Çağlayan ve Etiler'in (41) Kocaeli'nde yaptıkları çalışmada ağırlık ölçümü % 88.7, kan basıncı ölçümü %97.9, ödem muayenesi %88.7, varis muayenesi %82.5, hemoglobin ölçümü %42.3, ÇKS dinlenmesi %93.8 olarak saptanmıştır. Çanakkale'de yapılan bir çalışmada DÖB alınan dönemde yapılan işlemler incelendiğinde kadınların tamamının tansiyonun ölçüldüğü, %99'unun ödem ve varis muayenesinin yapıldığı, %98.5'inde idrar tahlili ,%98'ine kan tahlili yapıldığı, %98.5'inin de ÇKS'sinin dinlendiği tespit edilmiştir (13).

Preeklampsinin ve eklampsinin erken tanısı için gerekli olan idrarda protein bakılması kentsel Sağlık Ocağı'nda anlamlı şekilde yüksek iken, her iki Sağlık Ocağı'nda da düşük orandadır ve bu ölçüm değeri fişlerde kırsal Sağlık Ocağı'nda %92.1'inde, kentsel Sağlık Ocağı'nda % 53'ünde hiç yazılmamıştır. TNSA 2003'te (29) gebelerin %73'üne idrar tahlili yapıldığı saptanmışken, bu oran TNSA 2008'de (30) %82.2'ye yükselmiştir. Özdemir ve arkadaşlarının (34) çalışmasında ise bu oran %14.2'dir.

Bebğin geliş biçimi bilgisi kentsel Sağlık Ocağı'nda fişlerin %1.6'sında, kırsal Sağlık Ocağı'nda %5.2'sinde mevcuttur. Ancak, Antenatal Bakım Kılavuzu'na (17) göre bebeğin geliş biçimi 36. gebelik haftasından itibaren yapılan bir değerlendirmedir ve çalışmamızda tespit edilen söz konusu değerlerin yanıltıcı olma olasılığı bulunmaktadır

Nitelikli bir gebe izlemi için TNSA'da (29) 6 uygulamanın en az bir kez gerçekleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Söz konusu uygulamalar dikkate alındığında, uygulamalardan 5 veya 6'sının gerçekleştirilmiş olma oranı çalışmamızda kentsel Sağlık Ocağı'nda %62.2, kırsal Sağlık Ocağı'nda %5.9 olarak saptanmıştır. Bu oran Pirinçci ve arkadaşlarının (40) Elazığ'da yaptığı çalışmada %68.1, Omaç ve arkadaşlarının (12) Arapgir'de yaptığı çalışmada %75 olarak saptanmıştır.

DÖB hizmetleri kapsamında gerçekleştirilmesi beklenen takip sayısı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin, Hollanda'da en az 6, Finlandiya'da 15, Belçika'da primarlar için 10, multiparlar için 7 ziyaret yapılması önerilmektedir (42). DSÖ risk faktörü olmayan gebelerin doğum öncesi dönemde dört kez izlemin yeterli

olduğunu belirtmektedir (14). Çalışmamızda en az 4 kez izlem yapılma oranı kırsal Sağlık Ocağında %56.9, kentsel Sağlık Ocağında %48.9'dur. Kılıç'ın (43) Yozgat'ta yaptığı çalışmada gebelerin %41.3'ü, Malatya'da Omaç ve arkadaşlarının (12) yaptığı çalışmada %48.1'i dört ve üzerinde DÖB hizmeti almıştır. Elazığ'da Pirinçci ve arkadaşlarının (40) çalışmasında gebelerin %57'si, Aliefendioğlu ve arkadaşlarının (44) yaptığı çalışmada %61'i, Mısırlıoğlu ve arkadaşlarının (14) Ankara'da yaptığı çalışmada %71.3, yine Ankara'da Kılıç ve arkadaşlarının (45) çalışmasında %81.5'i, Elveren tarafından (46) Aydın'da yapılan çalışmada %90'ı, Kaya ve Serin'in Çanakkale'de (13) yaptığı çalışmada ise %94.4'ü dört ve üzerinde DÖB hizmeti almıştır.

Çalışmamızda ortalama izlem sayısı kırsal Sağlık Ocağında 3.8 ± 2.0 , kentsel Sağlık Ocağı'nda 3.7 ± 2.0 'dır. Victora ve arkadaşları (37) tarafından 2004 yılında Brezilya'da yapılan çalışmada ortalama ziyaret sayısı 8.3'dür. Türkiye genelinde 2000-2004 yıllarını kapsayan bir çalışmada Zonguldak ilinde ortalama gebe izlem sayısı "<1.5" olarak ifade edilmiştir (47). Çağlayan ve Etiler'in (41) Kocaeli'nde yaptığı çalışmada gebelerin ortalama izlem sayısı 1998'de 3.9 iken, 1999'da 3.8 olarak saptanmıştır. Beşer ve arkadaşlarının (48) 2009'da Aydın'da yaptığı çalışmada ortalama izlem sayıları 4.81 ± 2.56 'dır. Üner tarafından (49) 2006'da Denizli ilinde tüm Sağlık Ocaklarının değerlendirildiği çalışmada ortalama izlem sayısı 5.5 ± 0.1 'dir. İzlem sayısı ortalaması, Ocakoğlu ve arkadaşlarının (50) Bursa'da yaptığı çalışmada 5.6 ± 2.7 , Sağdıç'ın (51) 2004'te Mersin'de yaptığı çalışmada 6.4'tür.

Gebeliğin ilk üç ayında bakım alan kadınlarda, gebelik, çok az veya hiç antenatal bakım görmeyenlere kıyasla daha iyi sonuçlanmaktadır (52). Çalışmamızda, gebeler kırsal Sağlık Ocağı'nda ortalama 15.3 ± 8.1 haftalık iken izlenmeye başlanırken, ilk 14 haftada izleme başlama oranı %49.8'dir; kentsel Sağlık Ocağı'nda ise ortalama 15.7 ± 8.5 haftalık iken izlenmeye başlanırken, ilk 14 haftada izleme başlama oranı %48.1'dir. Amerika'da 2005'te yapılan bir çalışmada, mevsimlik göçmen ve çiftlik işçisi kadınların yalnızca %42'si ilk üç ay içinde DÖB'e erişmektedir (53). Beşer ve arkadaşlarının (48) Aydın'da yaptığı çalışmada ilk gebelik izleminin ortalama 15.09 ± 7.76 haftada gerçekleştiği saptanmıştır. Çetinkaya ve arkadaşlarının (52) Kayseri'de yaptığı çalışmada gebeliğin ilk tespit haftası ortalama 14.63 ± 2.09 'dur. Ocakoğlu ve arkadaşlarının (50) Bursa'da yaptığı çalışmada gebeliğin tespit haftası ortalama 13.9 ± 8.7 'dir. Denizli'de Turan ve

arkadaşlarının (54) çalışmasında gebelerin %75.1'i kontrollere gebeliğin ilk üç ayında başlamıştır, Çağlayan ve Etiler'in (41) Kocaeli'nde yaptığı çalışmada 1998'de gebelerin %35.6'sı, 1999'da %50'si ilk üç ayında tespit edilmiştir. Kılıç ve arkadaşlarının (45) Ankara'da yaptığı çalışmada ilk gebelik tespitini ilk 12 hafta içerisinde yaptıran kadınların sıklığı %91.5'dir.

Yerleşim yeri DÖB hizmetine ulaşmada etkindir; çalışmamızda kırsal alandaki Sağlık Ocağı'nda gebe izlem nitelik puanı 7.2 ± 1.5 , kentsel alandaki Sağlık Ocağı'nda gebe izlem nitelik puanı 8 ± 1.5 'dir. Yerleşim yeri değişkeni yapılan pek çok çalışmada de nitelik bakımından yeterli DÖB almanın bir değişkeni olarak bulunmuşken (32,40,48,54,55), yapılan bazı çalışmalarda DÖB alma niteliğini etkilemediği bulunmuştur (10,13,14).

Bu çalışmada kentsel Sağlık Ocağı'nda öğrenim durumu GİNP'nı etkilememektedir. Buna karşın, kırsal Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerde lise ve üstü öğrenimde olanların GİNP, ilköğretim ve altı öğrenimde olanlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'nın 1998 verilerine göre, okuryazarlığı olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınlarda, doğum öncesi bakım alma oranı %31.5 olmasına karşılık, sekiz yıllık ve üzerinde eğitim almış kadınlarda, bu oran, %96'ya çıkmaktadır. Brüksel'de yapılan bir çalışmada yüksek eğitilmiş kadınlar düşük eğitim düzeyindeki kadınlar ile karşılaştırıldığında %22 daha fazla ziyaret edilmiştir (43). Pek çok çalışmada da annelerin öğrenim düzeyi yükseldikçe DÖB hizmetlerinden yararlanma durumunun da artırdığı belirtilmektedir (10,14,32,40,45,46,54,55). Buna karşın Kaya ve Serin tarafından Çanakkale'de yapılmış bir çalışmada eğitim düzeyinin nitelik bakımından yeterli DÖB alma durumunu etkilemediği saptanmıştır (13). Öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlık hizmetlerinden yararlanma istemlerinin daha iyi işlendiği, sunulan sağlık hizmetini daha iyi aldıklarını göstermektedir (32).

Çalışan kadın oranı her iki Sağlık Ocağı'nda oldukça düşük bulunmuştur. Maloni ve arkadaşları (56), ekonomik problemleri, annenin yeterli DÖB almasını engelleyen en önemli faktör olarak tanımlamaktadır. Akın ve arkadaşları (57) da benzer biçimde ekonomik durumu iyi olan kadınların daha yüksek oranda doğum öncesi bakım hizmeti aldıklarını belirtmektedir. Bu çalışmada kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda gebenin çalışma durumunun GİNP'ye anlamlı etkisi bulunmazken, buna karşın kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda çalışmayan gebelerin çalışan gebelere göre GİNP anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Navanetham'ın

Hindistan’da gerçekleştirdiği araştırmada benzer bir şekilde çalışmayan kadınların daha fazla DÖB aldıkları bulunmuş ve bu durum az gelişmiş űlkelerde çalışan kadınların sosyoekonomik dűzeylerinin ve toplumsal statűlerinin çalışmayanlara gűre daha kűtű olduğu ve bu nedenle çalışmak zorunda kaldıkları, buna bağlı olarak sağlık hizmeti alma olasılıklarının daha az olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (58). Buna karşın hem Ergin ve arkadaşlarının (55) yaptığı çalışmada, hem de Yıldızoğlu ve Ŗkten’in (59) alışmasında gebenin gelir getiren bir iřte çalışmamasının DÖB almayı olumsuz yűnde etkilediği belirtilmektedir .

TNSA 2008 (30) verilerine gűre űlkemizde en sık dođurganlık 20-34 yař arasında gűrűlmektedir. Bu çalıřmada kentsel alanda bulunan Sađlık Ocađı’nda izlenen gebelerin %85.2’sinin, kırsal alanda bulunan Sađlık Ocađı’nda izlenen gebelerin %85.5’inin 20-34 yař arasında olduđu saptanmıřtır. Tűrkiye İstatistik Kurumu 2009 yılı dođum istatistiklerine gűre dođum yapan annelerin %79’u bu yař grubundadır (60). Zonguldak’ta (33) yapılan bařka bir çalıřmada annelerin %90.7’si, Yozgat’ta (43) yapılan bir diđer çalıřmada gebelerin %88.2’si yine dođum için en uygun yař olan 20-34 yař aralıđında olduđu saptanmıřtır. TNSA 2008’e (30) gűre adűlesan annelik oranlarında űnceki yıllara gűre azalma gűrűlmekle birlikte %5.9’dur. Benzer řekilde bu çalıřmada kentsel Sađlık Ocađı’nda izlenen gebelerin %3.6’sı, kırsal Sađlık Ocađı’nda izlenen gebelerin %5.6’sı 20 yař altındadır. Yirmi yařından űnce anne olan kadınların oranı, birçok űlkede űnemli bir sađlık ve toplum sorunu olarak kabul edilen adűlesan dođurganlıđın boyutunu gűsteren bir űlűttűr (61).

Son yıllarda dűnyada ileri yařta gebelik eđilimi artmıř olup, bunun altında yatan neden sosyoekonomik durum ve geliřen infertilite teknikleridir (62). Latin Amerika’da yapılan diđer bir çalıřmada, meydana gelen bebek űlűmlerinde fetal ve perinatal űlűm risklerini artıran nedenlerden biri de 35 yař űzeri gebeliklerdir (63).Yine İstanbul’da yapılan bir çalıřmada da 40 yař űstű gebeliklerin %25’inde maternal ve fetal komplikasyon geliřmiřtir (62). Çalıřmamızda kentsel Sađlık Ocađı’nda izlenen gebelerin %11.1’i, kırsal Sađlık Ocađı’nda izlenen gebelerin %8.9’u 35 yař ve űzerindedir.

Gebenin yařı ile GİNP deđerlendirildiđinde hem kırsal, hem de kentsel alanda bulunan Sađlık Ocađı’nda 20 yař altındaki gebelerin daha yűksek puana sahip oldukları, yař ilerledikçe GİNP’nin dűřtűđű gűzlenmektedir. Detroit’te yapılmıř bir arařtırmada adűlesanların DÖB hizmetlerini 1.8 kat daha geç dűnemde aldıkları gűzlenmiřtir (48,64). Sűnmez’in (1) İzmir’de yaptıđı, Turan ve arkadaşlarının (54)

Denizli’de yaptığı çalışmalarda kadının yaşı ile yeterli DÖB hizmeti alma arasında anlamlı ilişki bulunmazken, Manisa’da yapılan bir çalışmada 25-29 yaş grubundaki annelerin (%73.5) diğer yaş gruplarındaki annelere göre daha yüksek oranda DÖB hizmetlerini aldıkları ve annelerin yaş gruplarına göre DÖB hizmetleri kullanma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (32). Bu çalışmadan farklı olarak Çanakkale’de yapılan bir çalışmada ise 35 yaş ve üzeri yaşıta olan annelerin genç annelere göre 14 kat fazla nitelikli DÖB alma olasılığına sahip olduğu saptanmıştır (13). Elazığ’da yapılan bir çalışmada ise 20 yaş altı gebeler ve 40 yaş üstü gebeler en az DÖB alan grubu oluşturmuş (40), benzer şekilde Isparta’da yapılan bir diğer çalışmada da 20 yaşından küçük ve 34 yaşından büyük olan kadınların diğer gebelere göre izlem ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur (34).

DÖB hizmetlerini almada gebelik sayısı önemli bir faktör olup, ilk gebeliği olan kadınlar bu hizmeti almaya daha fazla eğilimlidirler. Doğum sayısı arttıkça DÖB’den yararlanma oranı azalmaktadır (65). Kentsel Sağlık Ocağı’nda fişlerin %99.1’inde kaçınıcı gebeliği olduğu bilgisi mevcut olup, %40.3’ünün , kırsal Sağlık Ocağı’nda fişlerin tümünde bu bilgi mevcut olup %31.2’sinin ilk gebeliğidir. Çalışmamızda her iki Sağlık Ocağı’nda da ilk gebeliği olanların, birden fazla gebeliği olan kadınlara göre GİNP anlamlı olarak yüksektir. Benzer birçok çalışmada toplam gebelik sayısının DÖB’ün niteliğini etkileyen değişkenler arasında yer aldığı görülmüştür (40, 13, 14). Sönmez (1) çalışmasında ilk doğumunu yapan kadınlarda DÖB alma oranının altıncı ve sonraki doğumlarını yapanlara göre yaklaşık iki kat fazla olduğunu ve annelerin ilk gebeliklerinde daha yeterli ve nitelikli bakım aldığını belirtmektedir. Bu çalışmada da benzer şekilde ilk gebeliği olanların, birden fazla gebeliği olan kadınlara göre GİNP yüksek olması, ilk doğumların daha fazla önemsenmesi ve kadının gebelik ve doğuma ilişkin bilgilerinin kısıtlı olması sebebiyle sağlık hizmetine olan ihtiyacının arttığı biçiminde yorumlanmıştır.

Kentsel Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin %2.2’sinin, kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin %1.5’inin ölü doğum öyküsü vardır. Çalışmamızda bulunan oranlar TNSA 2008’de Türkiye’de % 4 olarak bildirilen orandan düşüktür. Sönmez’in (1) çalışmasında kadınların %4.4’ünde ölü doğum öyküsü saptanmıştır. Kentsel Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin %21.1’nin düşük yapma öyküsü, %2.8’nin ölen çocuk öyküsü varken, kırsal Sağlık Ocağı’nda izlenen gebelerin %25.7’sinin düşük yapma öyküsü, %2.9’nun ölen çocuk öyküsü vardır.

TNSA 2008'e (30) göre kendiliğinden düşük yapma %20.4, isteyerek düşük yapma %22.1'dir. Gerek kentsel alanda, gerekse kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelere ait fişlerde ölü doğum öyküsü, düşük yapma öyküsü ve ölen çocuk öyküsü olan gebelerin GİNP daha yüksek olmasına karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Benzer şekilde Sönmez'in (1) çalışmasında da ölü doğum, isteyerek ya da kendiliğinden düşük öyküsü DÖB hizmeti alımını etkilemediği saptanmıştır.

DSÖ sezeryan ile doğumların tüm doğumların %10-15'i olması gerektiğini belirtmektedir (66). Bu çalışmada gebelik sonucu bilgisi mevcut olan fişler değerlendirildiğinde kentsel alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin %56.3'ü, kırsal alanda bulunan Sağlık Ocağı'nda izlenen gebelerin %48.7'sinin sezaryen doğum yaptığı izlenmiştir. Zonguldak'ta 2004 yılında kentsel alandaki aynı Sağlık Ocağı'nda 648 bebeğe ait bebek-çocuk izlem fişi değerlendirildiğinde sezaryen doğum oranı %38.6 olarak bulunmuştur (33). Dolayısıyla, Aynı bölgede son 5 yılda sezaryen oranlarında artış olduğu izlenektedir ve izlenen oranlar TNSA 2008'de (30) Türkiye geneli (%37) ve Batı Karadeniz bölgesi (%44.3) için belirtilen oranlarla paralellik göstermektedir. Kılıç'ın Yozgat'ta 2009 yılında yapılan çalışmasında sezeryan oranı %37 belirlenmiştir (43).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmada her iki Sağlık Ocağı'nda da gebe lohusa izleme fişlerinde yer alan bilgi kutularının dörtte biri doldurulmamıştır. Gebelere ait kişisel veriler ile obstetrik öykünün doldurulma sıklığı iki Sağlık Ocağı'nda da yüksektir. İzleme fişlerini dolduran ebe ve doktora ilişkin isimler ve imzalar düşük oranlarda doldurulmuştur. İki Sağlık Ocağı arasındaki ölçüme dayalı işlemler karşılaştırıldığında ağırlık, kan basıncı ve nabız ölçümü, ödem ve varis kontrolünün her izlemde yapılmış olma oranı, kırsal Sağlık Ocağı'nda kentsel Sağlık Ocağı'na göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Kırsal ve kentsel Sağlık Ocağı'nda izlenen gebeler arasında nitelik ölçütlerinin doldurulma oranları bakımından gebenin en az dört kez izlenmiş olması, ölçüme dayalı işlemlerin yapılmış olma durumu (TNSA nitelikli gebe izlemi), bir önceki gebeliğin sonlanma tarihi bilgisi, gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi, eş ile akrabalık durumu bilgisi anlamlı farklılık göstermektedir. Kırsal Sağlık Ocağı'nın gebe izlem nitelik puanı 7.2 ± 1.5 , kentsel Sağlık Ocağı'nda gebe izlem nitelik puanı 8 ± 1.5 'dir. Çalışmamızda gebe izlem nitelik puanlarını etkileyen faktörler kentsel alandaki sağlık ocağında gebenin çalışma durumu, yaşı ve gebelik sayısı iken, kırsal alandaki sağlık ocağında gebenin öğrenim durumu, yaşı ve gebelik sayısı'dır.

Gebe lohusa izlem fişlerinin doldurulma sıklığı görece düşük olmakla birlikte, genel olarak Sağlık Ocakları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ve gebe izlem nitelik puanı kentsel Sağlık Ocağı'nda anlamlı düzeyde yüksektir.

6.2. Öneriler

Doğum öncesi bakım anne ve bebek sağlığında vazgeçilemez nitelikte olan koruyucu sağlık hizmetlerindendir ve bu hizmetlerin nitelikli sunulmasını sağlamak en önemli hedeflerden olmalıdır.

- İzlemlerin fişlere eksiksiz kayıt edilmesi için konuyla ilgili sağlık çalışanlarının eğitimleri belli aralarla yenilenmelidir. Doğum öncesi bakım

izlemlerinin niteliği açısından ebelerin eğitimleri gözden geçirilerek bilgi ve becerileri arttırılmalıdır.

- İzlemlerin gebeliğin erken döneminde başlayarak, önerilen sayı ve sıklıkta yapılmasının gebe ve toplum sağlığına olumlu katkıları sağlık çalışanlarına benimsetilmelidir.
- Riskli durumların tespiti ve bunlara yönelik yapılacakların tüm sağlık personeline iyi öğrenilmesi sağlanmalıdır.
- Sağlık ocaklarında arşiv sistemi iyi işletilmelidir. İzlem fişleri genelde ebelerce saklanmakta ve sistematik bir saklama yapılmadığı için geriye dönük çalışmalar eksik kalabilmektedir.
- Kayıtların güvenilirliği konuya yönelik yapılacak denetimler ve araştırmalarla izlenmeli ve kayıtların güvenilirliği arttırılmalıdır
- Gebe izlemlerinin değerlendirilmesinde ifade birliğinin sağlanabilmesi ve farklı çalışmaların karşılaştırılabilmesi için standart bir yöntem olarak nitelik ölçütlerinin kullanılması ve geliştirilmesi sağlanmalıdır.
- Sağlık Ocağı alışanlarının alanda çalışmasına yönelik yönetsel kararlılık olmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım alma ve tetanoz aşılama durumu ile etkileyen etmenlerin belirlenmesi. 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2005.
2. Açık Y, Deveci SE, Gülbayrak C. Elazığ il merkezinde bulunan eğitim araştırma sağlık ocakları ile diğer bir sağlık ocağının kadınlara sunmuş olduğu üreme sağlığı hizmetlerinin kıyaslanması. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 24(3-4):6-11, 2003.
3. Özvarış ŞB. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. s.80-85, Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara, 2009.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Cinsel Sağlık/üremem Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı. s:2-13, T.C. Sağlık Bakanlığı ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005.
5. Gökmen O, Özcan S. Dünyada ve Türkiye’de üreme sağlığı. Erişim Adresi: <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul4ureme.htm>. Erişim Tarihi: 08.03.2011.
6. Akın A. Kadın sağlığında eşitsizlikler ve toplumsal cinsiyet. 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiriler Kitabı. s.73-82, İzmir, 2010.
7. United Nations. Population and development. Programme of action adopted at the international conference on population and development. pp.5-13, Cairo, 1994.
8. Akın A. Implementing the ICPD Programme of Action: The Turkish experience in sexual and reproductive health; recent advances, future directions. Ed: Puri CP, Van Look PFA. New Age International Vol II. pp.10-50, Limited Publishers. 2001.
9. Özvarış ŞB, Akın A. Üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum. 3-4:23-26. 1998.
10. Özvarış ŞB, Akın A. Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma. Erişim Adresi: <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/yayinarsag.shtml>. Erişim Tarihi:13.10.2010.
11. Akın A, Özvarış ŞB. Doğum öncesi bakım. Ed:Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. s.124-130, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997.

12. Omaç M, Güneş G, Kararoğlu L, Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). Fırat Tıp Dergisi, 14(2):115-119, 2009.
13. Kaya F, Serin Ö. Doğum öncesi bakımın niteliği. Journal Of Turkish Society of Obstetric and Gynecology 5(1):28-35, 2008.
14. Dibek Mısırlıoğlu E, Aliefendioğlu D, Fidan K, Çakmak FN, Haberal A. Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapan annelerin antenatal bakım hizmetlerinden yararlanma durumunun değerlendirilmesi. Erişim Adresi: <http://www.perinataldergi.com>. Erişim Tarihi: 07.10.2010.
15. Öztekin Z. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. s.135-148, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.
16. Alberta Reproductive Health: Pregnancy Outcomes (2001). Erişim Adresi: www.asac.ab.ca/Pubs/reproductiveHealthStudy_2001.pdf. Erişim Tarihi: 03.10.2011.
17. Demir N. Antenatal Bakım Kılavuzu Tanı ve Tedavi Kılavuzları 2005. Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, s.1-50, Güneş Kitabevi, Ankara, 2005.
18. Okumuş F. Doğum yöntemi sectio olan kadınlarda antenatal bakım alma durumunun değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2006.
19. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Aksu Tanık F. İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 9(1):1-15, 2011.
20. Sivri Aydın D, Yayla M. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarının antenatal bakım, fetal perinatal ve neonatal prognoz yönünden irdelenmesi. Perinatoloji Dergisi 18(3):85-91, 2010.
21. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy (review). Erişim Adresi: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000934.pdf>. Erişim Tarihi: 08.10.2011.
22. 154 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Erişim Adresi: <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/mevzuat/saghizyurutulmasiyonergesi.pdf>. Erişim Tarihi: 01.10.2011.

23. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 19 Şubat 2008 tarih ve 2008/13 sayılı Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi. Erişim Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx>. Erişim Tarihi: 26.02.2011.
24. WHO, UNICEF. Antenatal care in developing countries promises, achievements and opportunities, an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. Erişim Adresi: www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal_care.pdf. Erişim Tarihi: 13.10.2011.
25. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005. Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/english/summary_report.pdf. Erişim Tarihi: 21.09.2011.
26. Yayla M, Şen C. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarının fetal perinatal ve neonatal prognoz yönünden irdelenmesi. Perinatoloji Dergisi 10:47-50, 2002.
27. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Erişim Adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma.shtml. Erişim Tarihi: 13.05.2011.
28. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Erişim Adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma.shtml. Erişim Tarihi: 13.05.2011.
29. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Erişim Adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma.shtml. Erişim Tarihi: 13.05.2011.
30. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Erişim Adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma.shtml. Erişim Tarihi: 13.05.2011.
31. Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye'nin demografik dönüşümü. doğurganlık, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler: 1968-2008. Erişim Adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf. Erişim tarihi: 08.10.2011.
32. Kuşcu Tuncal AN. Manisa merkezde 2006 yılında izlemi tamamlanmış gebe fişlerinin nitel ve nicel değerlendirilmesi, izlemi yapan kişinin niteliğe etkisi. 9 Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.

33. Şahin Z. Zonguldak ili Karadeniz Ereğli Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde 2003-2004 yıllarında yapılan bebek izlemlerinin değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2004.
34. Özdemir R, Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Özgüner F. Isparta İli'ndeki sağlık ocaklarında kullanılan gebe-lohusa izlem fişlerinin kayıt yeterlilik durumu ve verilen hizmet yeterliliğinin değerlendirilmesi. Türk Hijyen ve Biyoloji Dergisi 65(3):127-134, 2008.
35. Sönmezışık G, Arsan S, Ertogan F. Term-İntrauterin Büyüme Geriliği (İUBG) olan yenidoğanlarda iubg gelişmesinde rol oynayan risk faktörleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 51(2):85-91, 1998.
36. Mcdonagh M. Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality? Health Policy And Plan 11(1):1-15, 1996.
37. Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos ISBarros AJD and Barros FC. Socio-Economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. Health Policy and Planning 25(4):253-261, 2010.
38. Mohamed AA, Ounsa GE, Mohamed EY. Quality of antenatal care provided for pregnant women in Ribat University Hospital, Khartoum. Sudanese Journal of Public Health 6(2):51-55, 2011.
39. Khatib N, Zahiruddin QS, Gardhane AM, Waghmare L, Srivatsava T, Goyal RC, Zodpey SP, Johrapurkar SR. Predictors for antenatal services and pregnancy outcome in a rural area: a prospective study in wardha district, India. Indian J Med Sci 63(1):436-444, 2009.
40. Piriñçi E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 11(2):1-7, 2010.
41. Çağlayan Ç, Etiler N. Kocaeli ili Körfez ilçesi Sağlık Ocaklarında 1999 Marmara depremi sonrasında yapılan gebe ve bebek izlemlerinin değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 5(5):364-373, 2006.
42. Beeckman K, Louckx F, Putman K. Determinants of the number of antenatal visits in a metropolitan region, Erişim Adresi: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/5210:527>. Erişim Tarihi: 10.10.2011.

43. Kılıç M. Sağlık ocaklarında görevli ebeler tarafından verilen doğum öncesi bakımın değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 18(3):138-147, 2009.
44. Aliefendioğlu D, Hançer Ş, Çahin M, Çakmak F. Yenidoğan servisinde izlenen bebeklerin annelerinin doğum öncesi bakımları. Perinatoloji Dergisi 10(1):11-13, 2002.
45. Kılıç M, Uçar M, Temir P, Erten Ü, Şahin E, Karaca B, Yüksel S, Özkır F. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(2):91-97, 2007.
46. Elveren C. Aydın Doğumevinde doğum yapmış olan kadınların doğum öncesi bakımları ve gebelik süresindeki tutum ve davranışlarının incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Aydın, 2008.
47. Öcek Z, Soyer A. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde birikimimiz: 2000-2004 Türkiye fotoğrafı. s.15-75, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara, 2007.
48. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(2):137-141, 2007.
49. Üner S. Sağlık ocakları performans değerlendirme modeli çalışması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2006.
50. Ocakoğlu H, Gülay M, Kizek Ö, İrgil E. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 2005-2006 yıllarındaki gebelik sonuçları ve ilişkili riskler. TAF Preventive Medicine Bulletin 7(6):491-496, 2008.
51. Sağdıç A. Emirler Sağlık Ocağı ebe çalışmalarının değerlendirilmesi. STED 14(3):62-64, 2005.
52. Çetinkaya F, Naçar M, Aslan A, Öztürk Y. Kayseri’de ebelerin gebe ve bebek izlemlerinin etkinliği. Türk Aile Hekimliği Dergisi 8(1):14-19, 2004.
53. Maternal&Child Health Fact Sheet. Erişim Adresi: <http://www.ncfh.org/docs/fs-MATERNAL%20FACT%20SHEET.pdf>. Erişim Tarihi: 11.12.2011.
54. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler.Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 3(9):157-172, 2008.
55. Ergin F, Aksu H, Demiröz H. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 13(4):1-9, 2010.

56. Maloni JA, Cheng CY, Liebl CP, Maier JSM. Transforming prenatal care: reflections on the past and present with implications for the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 25:17-23, 1996.
57. Akın A, Biliker M, Doğan B, Mıhçı Okur S. Türkiye’de anne ölümleri ve nedenleri. *Aktüel Tıp Dergisi* 6:24-29, 2001.
58. Navaneetham K, Dharmalingam A. Utilization of maternal health care services in southern India. *Soc Sci Med* 55(10):1849-1869, 2002.
59. Yıldızoğlu İ, Ökten Ş. Gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 4(6):51-55, 2001.
60. Türkiye İstatistik Kurumu. Doğum İstatistikleri Dönem 2010. Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=37&ust_id=11. Erişim Tarihi: 20. 11. 2011.
61. Okyay P, Gemalmaz A, Beşer E, Başak O, Doyuran ES. Aydın’da bir merkez Sağlık Ocağı bölgesinde Form 005-Gebe-Lohusa İzleme Fişlerinin Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 12(1):31-35, 2005.
62. Akyol A, Gedikbaşı A, Mağar V, Ark C, Ceylan Y. 40 yaş üstü gebeliklerin perinatal sonuçları. *Perinatoloji Dergisi* 14(1):1-6, 2006.
63. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello JL. Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta Obstet Gynecol Scand* 79: 371-378, 2000.
64. Hulsey TM, Laken M, Miller V, Ager J. The influence of attitudes about unintended pregnancy on use of prenatal and postpartum care. *J Perinatol* 20(8):513-519, 2000.
65. Taşkın L. Uluslararası sözleşmeler ışığında kadının durumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 8:16-22, 2004.
66. Konakçı SK, Kılıç B. Sezeryan ile doğumlar artıyor. *STED* 11(8):286-288, 2002.

9. EKLER

Ek 1. Araştırma izni



SAYI:B104 İSM4670009/020
KONU: Onay

T.C
ZONGULDAK VALİLİĞİ
Sağlık Müdürlüğü

13 EKİM 2010

21474

VALİLİK MAKAMINA
ZONGULDAK

Karaelmas Üniversitesi Rektörlüğünün 29.09.2010 tarih ve 1659-10025 sayılı yazıları ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU gözetiminde Şükriye KUZÖREN'in "Kırsal ve Kentsel Alanda Bulunan İl Sağlık Ocağında Gebe İzlenimlerinin Değerlendirilmesi" konulu tezi ile ilgili Müdürlüğümüze bağlı Kdz.Ereğli İlçesi 2 Nolu Sağlık Ocağı ve Süleymanbeyler Sağlık Ocağında bölgesinde gel izlenimlerinin kayıtlarından yararlanılmak üzere araştırma çalışması yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde tasviplerinize arz ederim.

Ek:2 adet yazı

Uzm. Dr. Rüstem ALBAYRAK
İl Sağlık Müdürü

OLUR

13/10/2010

Mehmet Tevfik EMRE

Vali a.

Vali Yardımcısı

Eğitim Şube Müdürlüğü
Tel: 0 372 2534607
Fax : 2530667

Ek 2. Risk Değerlendirme Formu

RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

Bu risk değerlendirme formu “**yüksek riskli gebeleri**” saptamak için kullanılır; tüm gebelere uygulanır. Bu form uzman görüşü alınarak izlem sayısı ve izlemin nerede, nasıl yapılacağı konusunda karar verilmesi içindir. Risk değerlendirme formu sevk kriterlerini içermez. Sevk kriterleri doğum öncesi bakım protokolünün içinde yer almaktadır. Bunlardan herhangi biri olmayan gebede de gebelik süresi içerisinde sevki gerektiren bir komplikasyon yaşanabilir.

Hastanın Adı: **Klinik Kayıt Numarası:**

Adres: **Telefon:**

TC Kimlik Numarası:

Aşağıdaki tüm soruları karşılık gelen kutuyu işaretleyerek cevaplandırınız.

OBSTETRİK ÖYKÜ

1. Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yeni doğan kaybı
2. 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü
3. Erken doğum öyküsü (22-37 hf.arası)
4. Anomalili bebek doğurma öyküsü
5. Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g
6. Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g
7. Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış
8. Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon? (Miyomektomi, septum ameliyatı, kone biyopsi, klasik CS servikal serklaj)

Hayır	Evet
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

MEVCUT GEBELİK

9. Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik
10. 18 yaşından genç
11. 35 yaş ve üstü
12. Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu
13. Vajinal kanama
14. Pelvik kitle
15. Diastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olması
16. Anemi öyküsü

Hayır	Evet
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

GENEL TIBBİ ÖYKÜSÜ

17. İnsülin bağımlı diyabet hastası
 18. Renal hastalık
 19. Kardiyovasküler hastalık
 20. Tiroid hastalığı
 21. Talasemi taşıyıcılığı
 22. Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı
 23. Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum
- Lütfen belirtin.

Hayır	Evet
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka Kadın-Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır.

GEBE - BEBEK - ÇOCUK PSİKOSOSYAL İZLEME FORMU

GİRİŞ BÖLÜMÜ

(Bu bölüm yeni tespit edilen tüm olgularda, anne aday/anne ile ilk görüşmede uygulanacaktır.

(.....) Hanım, ben çocuğunuz altı yaşına gelene kadar sizinle birlikte çalışacağım. Amacım sizin ve çocuğunuzun sağlığını korumak, desteklemek. Çocuğunuzun sağlıklı gelişimine yardımcı olmak. Görüşmelerimiz sırasında bazı bilgileri kaydedeceğim. Bu sizinle görüştüklerimizi hatırlamama yardımcı olacak.

Kaç yıllık evlisiniz?

Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz? (Kimler?)

Siz ve eşiniz herhangi bir işte çalışıyor musunuz? (Hangi iş?) Anne : Baba :

Ailenizin herhangi bir sağlık güvencesi var mı? (Hangisi?)

Evinizde sigara, alkol kullanan var mı? (Kim ne sıklıkta?)

Ailenizin yiyecek, giyecek, yakacak gibi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz?

Gebeliğiniz siz ve eşiniz tarafından istenilen bir gebelik miydi?

GEBELİK DÖNEMİ GÖRÜŞMELERİ	1. Görüşme (..... haftalık)	2. Görüşme (..... haftalık)
S.1: (.....) Hanım nasılsınız, gebeliğiniz nasıl gidiyor?		
S.2 : Gebelik döneminde beslenmeniz siz ve bebeğiniz için çok önemli. Nasıl besleniyor, nelere dikkat ediyorsunuz?		
S.3 : Sizin ruh sağlığınız kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemli. Son bir haftada kendinizi aşırı mutsuz, hüzünlü çökkün hissettiniz mi? Cevap evet ise (Kaç gün süre ile?)	☐ Hayır / 1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri	☐ Hayır / 1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri
S.4 : Gebelik sonrası kullanmayı düşündüğünüz aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi?)	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
S. 5 : Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman günlük yaşamınızı kısıtlıyacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissettiniz mi?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
S. 6 : Bebeğinize ne kadar süre ile sadece anne sütü vermeyi düşünüyorsunuz?		

GÖZLEM

Gebede/babada çocuğuyla ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluk (şizofreni vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığını gözlemleyin.	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok
--	--	--

DEĞERLENDİRME TABLOSU

AİLE SAĞLIĞI ELEMANI NOTLARI :

Tarih	Normal Takip	Sık Takip	Hekime Yönlendirme

Tarih	Hekime Yönlendirme Nedeni	Tarih	Hekim Değerlendirmesi	İmza	Sonuç

1) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza :
2) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza :

10. ÖZGEÇMİŞ

Şükriye Kuzören, 07.09.1982 Safranbolu doğumludur. İlköğrenimi Yazıköy İlköğretim Okulu'nda tamamlamış, 1999 yılında Safranbolu Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olmuştur. 2000 yılında Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bölümüne girmiş, 2007 yılında mezun olmuştur. Eş zamanlı olarak 2001-2002 yılları arasında Zonguldak SSK Hastanesi'nde Acil Servis Hemşiresi olarak göreve başlamıştır. 2002-2006 yılları arasında Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesinde Doğumhane Hemşiresi, 2006-2008 yılları arasında aynı hastanede Ameliyathane Hemşiresi olarak görev yapmıştır. 2008-2010 yıllarında Karadeniz Ereğli de Sağlık Ocağı Hemşiresi olarak görev yapmıştır. 2010 yılında Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi'nde göreve başlamış, halen aynı hastanede Yenidoğan Servis Hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Orta düzeyde İngilizce bilmektedir. Evlidir.