

## GEBE KADINLARIN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA SIKLIĞI

### FERTILITY CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN FREQUENCY OF TAKING ANTENATAL CARE

**Öğr. Gör. Feray KABALCIOĞLU BUCAK** 

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa, TURKEY

**Doç. Dr. Melike NEBİOĞLU** 

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, TURKEY

*Geliş Tarihi / Received: 09.02.2021*  
*Kabul Tarihi / Accepted: 24.03.2021*

*Araştırma Makalesi/Research Article*  
*DOI: 10.38065/euroasiaorg.476*

#### ÖZET

Bu araştırma doğum öncesi bakım hizmeti için hastaneye başvuran gebe kadınların doğurganlık özellikleri, doğum öncesi bakım alma sıklığını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel türdeki bu araştırma 873 gebe ile yürütülmüştür. Araştırmanın sosyo - demografik ve doğum öncesi bakım alma ve etkileyen faktörler ile ilgili verileri, literatür bilgilerine dayalı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Veriler, SPSS for Windows 17.5 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; yüzdelik dağılım, ki-kare testi kullanılmıştır.

Bu çalışmada gebelerin %14.9'u uzman doktor tarafından, %22.6'sı ebe / hemşireden hiç doğum öncesi bakım hizmeti almadığını bildirmiştir. Hizmet almayanların % 47.7'sinin doğum öncesi bakım alması gerektiğini bilmediğinden, % 36.9'unun ekonomik nedenlerden dolayı, % 3.8'inin eşi ya da kaynanasının izin vermemesi, % 4.6'sı ise mevsimlik tarım işçisi / göçer oldukları gerekçesi ile düzenli doğum öncesi bakım alamadıklarını bildirmişlerdir. Doğum öncesi bakım hizmeti alan gebelerden %77.4'ü evlerine yakın yerde bulunan Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) görev yapan ebe / hemşireye bakım için başvurduklarını söylemişlerdir.

Çalışmamızda doğum öncesi bakım sayısı yeterli bulunmamıştır. Doğum öncesi bakım anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Bu nedenle doğum öncesi ve doğum sonrası izlem, öncelik verilmesi gereken konulardır.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum öncesi bakım, Doğurganlık, Gebelik

#### ABSTRACT

This research was conducted to evaluate the fertility characteristics of pregnant women admitted to hospital for antenatal care and the frequency of receiving antenatal care.

This cross-sectional study was conducted with 873 pregnant women. The data of the study on sociodemographic and prenatal care and influencing factors were obtained using the data collection form developed by the researcher based on the literature information, by face-to-face interview technique. The data were evaluated using SPSS for Windows 17.5 (Statistical Package for the Social Sciences) package program. Percentage distribution and chi-square test were used to analyze the data.

In this study, 14.9% of the pregnant women reported that they did not receive any antenatal care services from the specialist doctor and 22.6% of the pregnant women reported that they did not receive any antenatal care services from the midwife/nurse. 47.7% of those who did not receive service stated that they could not receive regular antenatal care because they did not know that they

ould receive prenatal care.36.9% of those who did not receive service stated not receive regular antenatal care due to economic reasons, 3.8% because their spouse or mother-in-law did not allow them. In addition, 4.6% of those who did not receive service stated that they could not receive regular prenatal care on the grounds that they were seasonal agricultural workers/ nomads.77.4% of the pregnant women who received antenatal care service stated that they applied to the nurse/ midwife working in the Family Health Center (FHC) close to their home for care.

In our study, rates of prenatal care were not found sufficient. Prenatal care is the follow-up of the mother and fetus by a health care professional, by making necessary examinations and making recommendations at regular intervals through out the pregnancy. Therefore, prenatal and postnatal monitoring are issues that should be given priority.

**Keywords:** Prenatal care, Fertility, Pregnancy

## GİRİŞ

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme yaşındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir (1). Bu nedenle anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli bir yeri olan doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Tüm dünyada her gün yaklaşık 830 kadın gebelik ve doğum ile ilgili önlenebilir komplikasyonlardan ölmektedir. Anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Kadınlar gebelik dönemi, doğum sırası ve sonrasında; 2 gelişen şiddetli kanama, enfeksiyonlar, gebelikte yüksek kan basıncı, doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar ve güvensiz kürtaj gibi sebeplerden ölmektedirler. Bu komplikasyonların çoğu önlenebilir ve tedavi edilebilir niteliktedir. Ayrıca gebelik öncesi var olan bazı hastalıklar gebelik sırasında yeterli doğum öncesi bakım hizmetleriyle iyi yönetilip gerekli önlemler alınmazsa daha da kötüleşebilmektedir.

DÖB, doğurgan çağıdaki kadınlar arasında mortalitenin yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelere büyük ölçüde yarar sağlamaktadır. Antenatal dönem, gebe kadına onun sağlığı ve çocuklarının sağlığı için yaşamsal müdahaleleri içerecek şekilde ulaşma fırsatı vermektedir. DÖB hem anne adayının hem de doğacak bebeğin sağlığı ve yaşamı açısından, gebe kadının gebeliği süresince düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitimli bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (2).

DÖB hizmetleri 1. basamak sağlık hizmetlerinin verildiği Aile Sağlığı merkezlerinde, doktor, ebe / hemşire tarafından verilmektedir. Hemşirenin DÖB hizmetlerindeki rolleri; gebelikteki riskli durumları belirlemek, ortaya çıkabilecek potansiyel sorunların zamanında tanı ve tedavisini sağlamaktır ve genel sağlık düzeyini yükseltmektir (3).

DÖB hizmetlerinin sunulmasında merkezlerinde veya sahada ev ziyaretleri yaparak gebelere danışmalık yapması, fiziksel muayenelerini yapması, beslenme eğitimi, demir ve folik asit desteğinin sağlanması, sık doğum ve düşüklerin önlenmesi, besinlerin demirle zenginleştirilmesi ve demir kaybına neden olan enfeksiyonların kontrol altına alınması, gebe kadınlarda demir eksikliği anemisinin önlenmesinde gerçekleştirmesi gereken temel faaliyetleridir (4).

Ancak DÖB'in niceliği kadar niteliği de önemlidir. DÖB'in niceliğinin yanı sıra niteliği hakkında bilgi almak için bu bakımı sunan kişinin niteliği, verilen bakım sayısı, hizmeti almak için ilk başvuru zamanı, bakım sırasında yapılan test ve ölçümlerin sayısına ve doğumların yapıldığı yer ile yaptırılan kişinin özelliğine de bakmak gerekir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre kadınların %81,1'ü en az bir kez DÖB almıştır. TNSA sonuçlarından 1993 ile 1998 karşılaştırıldığında DÖB alanların oranında belirgin bir artış olmuştur. Dört ve üzerinde DÖB hizmeti alan kadınların oranı ise yıllar içinde artmıştır.

TNSA 2008 - 2013 sonuçları karşılaştırıldığında DÖB hizmetleri açısından önemli ilerlemeler görülmüştür. Gebelerin DÖB hizmeti alma oranı %92.0 % 97.0 yükselmiştir. TNSA 2013 araştırmasında, DÖB'in nitelik açısından içeriğini değerlendirmede ağırlık ve kan basıncı ölçümü, idrar ve kan tetkiki, ultrason yapma oranlarına bakılmıştır (2).

Eğitim seviyesinin düşük olması, sosyo-ekonomik yetersizlikler, ulaşım sorunu, mevsimlik tarım işçisi / göçerlik nedeniyle hastanelerden DÖB hizmeti alamayan kadınların aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşireler tarafından izlenmesi gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı bilim komisyonlar ile Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği tarafından Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi oluşturulmuştur. Rehberlerin uygulanması ile her gebenin en az; 4 kez nitelikli izlenmesi, doğum sonrası hastanede 3, evde 3 olmak üzere loğusa izleminin yapılması, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede yatırılması, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize edilerek sevklerinin gerçekleştirilmesi beklenmektedir (1).

## **İzlem**

Gebeliğin saptanmasıyla başlar.

- **Birinci İzlem:** Gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde yapılmalıdır.
- **İkinci izlem:** Gebeliğin 18-24. haftaları (tercihen 20-22. haftalar) arasında yapılmalıdır.
- **Üçüncü İzlem:** Gebeliğin 30-32. haftaları arasında yapılmalıdır.
- **Dördüncü İzlem:** Gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapılmalıdır.

40. haftaya kadar doğum gerçekleşmezse gebe, doğum yapacağı sağlık kuruluşuna sevk edilir. Her izlemde risk değerlendirmesi yapılır, riskli hasta üst merkeze sevk edilir. Her bir izlemde, gebeyi değerlendirmek için aşağıdaki basamaklar uygulanır. Her izlemde yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri tanımlanmıştır (1,5). Basamaklar değerlendirilirken daha önceki izlemin ardından herhangi bir değişiklik olup olmadığı sorgulanır. DÖB hizmetlerinde ebe ve hemşirelere önemli ve büyük görevler düşmektedir. Öncelikle gebelik döneminde oluşabilecek riskleri bilmeli ve bu risklere yönelik yapacağı uygulamalarla anne ve bebeğin sağlığını korumalıdır. DÖB hizmetleri, temelde koruyucu bir hizmettir ve daha çok riskli durumlar üzerine yoğunlaşmıştır (3). Kadınların nitelikli DÖB almaları etkin hemşirelik hizmetleriyle mümkün olacaktır.

Bu araştırmanın amacı; doğum öncesi bakım hizmeti için hastaneye başvuran gebe kadınların doğurganlık özellikleri, doğum öncesi bakım alma sıklığını belirlemektir.

## **YÖNTEM**

Kesitsel türdeki bu araştırma Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi doğum polikliniğine DÖB hizmeti almak için başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 873 gebede yürütülmüştür. Araştırmanın sosyo - demografik ve doğum öncesi bakım alma ve etkileyen faktörler ile ilgili verileri, literatür bilgilerine dayalı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Veriler, SPSS for Windows 17.5 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; yüzdelik dağılım, ki-kare testi kullanılmıştır.

## **BULGULAR**

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin % 79.4’ünün 20-34 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Gebelerin eğitim durumu incelendiğinde, %44’ünün okur yazar olmadığı, % 43.5’inin ilköğretim ve üzeri mezunu ve % 85’inin gelir getiren bir işte çalışmadığı, çalışanların ise % 92.4’ünün mevsimlik tarım işçisi olduğu görülmüştür. Gebelerin %6.9’unun sosyal güvencesinin olmadığı ortaya çıkmıştır. Gebelerin %68.4’ünün çekirdek ailede, %31.6’sının geniş ailede yaşadığı görülmüştür. Araştırmada gebelerin

%42.7'sinin 1-4 kişilik, %38'inin 5 – 8 kişilik ailelerde yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin %64.6'sının orta düzeyde gelire sahip olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 1.** Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri **n: 873**

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
19 yaş ve altı	74	8.5
20 – 34 yaş	693	79.4
35 yaş ve üstü	106	12.1
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuryazar değil	384	44.0
Okulsuz okuryazar	109	12.5
İlköğretim ve üzeri	380	43.5
<b>Çalışma Durumu</b>		
Gelir getiren işte çalışıyor	131	15.0
Gelir getiren işte çalışmıyor	742	85.0
<b>Çalışılan İş</b>		
Mevsimlik tarım işçisi	121	92.4
Memur	5	3.9
Diğer	6	3.7
<b>Sosyal Güvence</b>		
Sosyal güvence var	813	93.1
Sosyal güvence yok	60	6.9
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	597	68.4
Geniş aile	276	31.6
<b>Gebelerin Evde Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısı</b>		
1 -4 kişi	373	42.7
5 – 8 kişi	332	38.0
9 – 12	118	13.5
13 kişi ve üzeri	50	5.7
<b>Gelir Durumu</b>		
İyi	53	6.1
Orta	564	64.6
Kötü	256	29.3

Tablo 2'de gebelerin genel doğurganlık özellikleri verilmektedir. Araştırmada gebelerin % 39.6'sının ilk doğumlarını 19 yaş altında, % 60.1'inin 20-34 yaşları arasında yaptığı ortaya çıkmıştır. Gebelerin % 70.3'ünün 1 -3 çocuk sahibi olduğu, % 73.3'ünün 1-4 gebeliği, % 26.7'sinin 5 ve üzeri gebeliğinin bulunduğu tespit edilmiştir. Gebelerin % 25.1'inde düşük öyküsünün olduğu ve % 71.2'sinin 1 defa düşük yaptığı, % 9.3'ünün küretaj öyküsü olduğu ve % 82.7'sine 1 defa küretaj uygulandığı, % 8.2'sinin en az 1 defa ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Gebelerin % 62.8'inin son gebeliği şimdiki gebeliği arasında geçen sürenin 2 yıldan az olduğu saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %62.8'i iki yıldan az ara ile doğum yaptığı saptanmıştır.

**Tablo 2.** Gebelerin Doğurganlık Özellikleri

Doğurganlık Özellikleri	Sayı	%
<b>İlk Doğum Yaşı n: 680</b>		
19 yaş ve altı	269	39.6
20 yaş ve üstü	411	60.4
<b>Gebelik Sayısı Ort: 3.38 ± 2.15 ( Min: 1- Max:14 )</b>		
1 – 4 gebelik	640	73.3
5 ve üzeri gebelik	233	26.7
<b>Çocuk Sayısı n: 633 Ort: 2.03 ± 2.15 ( Min: 1- Max:11 )</b>		
1-3 çocuk	445	70.3
4 çocuk ve üzeri	188	29.7
<b>Düşük Yapma</b>		
Yapmayan	654	74.9
Yapan	219	25.1
<b>Düşük Sayısı n: 219</b>		
1	156	71.2
2 ve üzeri	63	28.8
<b>Küretaj Olan</b>		
Olmayan	792	90.7
Olan	81	9.3
<b>Küretaj Sayısı n:81</b>		
1	67	82.7
2 ve üzeri	14	17.3
<b>Ölü Doğum n: 873</b>		
Yok	801	91.8
Var	72	8.2
<b>Ölü Doğum Sayısı n:72</b>		
1	60	83.3
2 ve üzeri	12	16.7
<b>En son Gebelik İle Şimdiki Gebelik Arasında Geçen Süre n: 651</b>		
24 aydan daha az	378	58.1
24 aydan daha fazla	273	41.9
<b>İki yıldan Az Süre İle Gerçekleşen Doğum n: 651</b>		
2 yıldan az	409	62.8
2 yıldan fazla	242	27.7

Tablo 3’de gebelerin şimdiki gebeliklerine ait özellikleri verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin % 9.3’ü 2. trimesterde, % 90.7’sinin 3. trimesterde olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin % 47.7’sinin doğum öncesi bakım alması gerektiğini bilmediğinden, % 36.9’unun ekonomik nedenlerden dolayı, % 3.8’inin eşi ya da kaynanasının izin vermemesi, % 4.6’sı ise mevsimlik tarım işçisi / göçer oldukları gerekçesi ile düzenli doğum öncesi bakım alamadıklarını bildirmişlerdir.

Doğum öncesi bakım hizmeti alan gebelerden %77.4’ü evlerine yakın yerde bulunan Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) görev yapan ebe / hemşireye bakım için başvurduklarını söylemişlerdir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin % 74.5’i bu gebeliği planladıklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 3.** Gebelerin Şimdiki Gebelik Özellikleri

Değişkenler	Sayı	%
<b>Süre</b>		
2. Trimester	81	9.3
3. Trimester	792	90.7
<b>Doktor Tarafından Doğum Öncesi Bakım Alma</b>		
Alan	743	85.1
Almayan	130	14.9
<b>Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri n:130</b>		
Gerekliliğini bilmeyen	62	47.7
Ekonomik yetersizlik	48	36.9
Eşinin / Aile büyüklerinin izin vermemesi	5	3.8
Mevsimlik tarım işçisi / Göçer	6	4.6
Diğer	9	6.9
<b>Ebe / Hemşire Tarafından Doğum Öncesi Bakım Alma</b>		
Alan	676	77.4
Almayan	197	22.6
<b>Gebeliklerini Planlama</b>		
Planlanmış gebelik	650	74.5
Planlanmamış gebelik	223	25.5

## TARTIŞMA

Gebelerin eğitim durumu incelendiğinde, %44'ünün okuryazar olmadığı, % 12.5'inin okulsuz okuryazar olduğu, % 43.5'inin ilköğretim ve üzeri mezunu oldukları belirlenmiştir. Modern toplumun en önemli gereklerinden biri olan eğitim, üretken ve kaliteli bir yaşamın önkoşuludur. Kadının eğitim durumu, sağlık durumunu ve sağlık hizmetinden yararlanma tutumunu olumlu yönde etkileyen bir faktördür. Belirlenen hedeflere ulaşmada anahtar kavram eğitimidir. Bu nedenle günümüzde bir toplumun bireylerine vereceği eğitimin niteliği ve etkinliğinin artırılması, toplumun tüm kesimlerini içine alması büyük önem taşımaktadır.

TNSA 2013 verilerine göre 15 – 49 yaş grubu kadınların % 79'u ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan kadınların eğitim almama oranı % 35 ile en yüksek olup bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (2,6).

Kadınların işgücüne katılımı, sürdürülebilir kalkınmanın önemli bir unsuru olarak kabul edilmesi, Türkiye Cumhuriyeti kanunda konulan eşitlikçi yapıya sahip olmasına rağmen, kadının niteliksel gelişimini ve işgücü piyasasına girişini sağlayacak gerekli mekanizmaların oluşmaması gibi nedenlerle kadınların işgücüne katılımının düşüklüğü Türkiye'de kadın istihdamının temel sorun alanlarından biri olarak varlığını sürdürmektedir. Araştırma kapsamındaki gebelerin sadece % 15'i gelir getiren bir işte çalışmakta, % 85'i ev hanımıdır. Ayrıca, köyden kente göçü yoğun olarak yaşayan ülkemizde, köyde işgücü içinde görülen kadın kente geldiğinde yeterli eğitim ve mesleki bilgi-beceriye sahip olmaması nedeniyle kent işgücü piyasasına girememektedir (6).

Gelir getiren bir işte çalışan kadınların % 92.4'ü mevsimlik tarım işçisi olarak çalışmaktadır (**Tablo 1**). TNSA 2013 verilerine göre Güneydoğu Anadolu bölgesinde son 12 ay içinde çalışan 15-49 yaş grubundaki kadınların % 64.1'i bizim bulgularımıza benzer olarak mevsimlik tarım işçisi olarak çalışmaktadır. Yine 2011 yılı verilerine göre; kente göre (% 24,8) kırsal alanda daha çok kadın işgücüne katılıyor (% 37,5) gibi görünse de kırdaki 100 kadından 84'ü tarım kesiminde ve bunların % 80'i herhangi bir ücret almaksızın ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır (6). Bu olgu hem kırdaki hem de kentte kadının işgücüne katılımını azaltmaktadır.

Gelir azlığı nedeniyle çalışmak zorunda olan kadın, sosyal güvencesiz düşük statülü / gelirli işlerde çalışmak zorunda kalmaktadır. Gebenin sağlığını etkileyen bir değişkende aile tipidir. Geniş aile

terimi, tek bir hanede birden çok kuşağın bir arada yaşadığı bir aile sistemini anlatır. Geniş aile, genellikle sanayi devriminden önceki toplum ve toplulukların aile yapısıdır.. Ancak bu hane halkı tipi, hane halkı üyelerinin kompozisyonu dışında başka ölçütlerle de sınıflandırıldığında farklı isimler alabilmektedir. Örneğin, çok sayıda hane halkı üyesi barındırabildiği için *büyük aile*, kırsal alanlarda tarımla geçimini sağlayan ve erkek egemen toplumlardaki yaygınlığından dolayı *geleneksel aile* şeklinde ifade edilmektedir (7).

Çekirdek aile ise sanayileşmiş toplumların aile biçimi olarak kabul edilir. Anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan ailelere çekirdek aile adı verilir (8). Çalışmamızda gebelerin %68.4'ünün çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır. Evde yaşayan birey sayısının artmasıyla birlikte, gelirin yetersiz olması genel olarak sağlığı, beslenmeyi ve sağlık hizmetinden yararlanmayı etkilemektedir. “Yeşil Kart”, ülkeye özel bir uygulama olarak herhangi bir sağlık güvencesi sisteminden yararlanmayanların tedavi masraflarını karşılamaya yönelik bir hizmettir. Sağlık Bakanlığı tarafından, Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015'te belirlenen öncelikli müdahale alanlarına göre programlar yeniden oluşturulmuştur. Bu programlar içinde olan “**Anne Dostu Hastane Programı**”; nitelikli gebe, loğusa izlemi ve güvenli koşullarda tüm doğumların hastanede gerçekleştirilmesi sağlanarak anne ve bebek ölümlerini azaltmak amaçlanmaktadır. Kadınların sağlık hizmetlerine eksiksiz erişimini hedefleyen bir diğer çalışma ise 2008 yılında başlatılan “**Misafir Anne Projesi**”dir. Bu proje ile özellikle mevsimlik tarım işçisi olarak çalışan, ikamet ettikleri yerde hastane bulunmayan göçer gebelerin doğumlarına 10 gün kala en yakın yerleşim yeri merkezine getirilerek kamu kurumları misafirhanelerinde konaklamaları ve doğumları hastanede gerçekleştirildikten sonra evlerine geri dönmeleri sağlanmaktadır. Ayrıca, yürütülmekte olan gezici sağlık hizmetleri ve evde bakım hizmetleri ile de hizmete ulaşmada zorluk çeken kişilere sağlık hizmeti yerinde verilmektedir. Bu kapsamda kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin artacağı öngörülmektedir.

Araştırmada gebelerin % 42.7'sinin 1 - 4 kişilik, %38'inin 5 – 8 kişilik ailelerde yaşadığı ve % 29.3'ünün kötü düzeyde gelire sahip olduğu saptanmıştır. Türkiye’de kadınların halen erken yaşlarda çocuk doğurma eğiliminde oldukları görülmektedir. TNSA 2013 raporuna göre kırsalda yaşayan 15 -19 yaş grubu kadınlarda doğurganlık oranını % 47 olarak bildirmiştir. Kaya'nın Mersin’de yaptığı çalışmada kadınların % 50'sinin ilk gebeliğini 15 -19 yaş aralığında yaptığını bildirmiştir (2, 9).

Gebelerin ortalama gebelik sayısı:  $3.38 \pm 2.15$  (Min: 1 - Max:14) olarak bulunmuştur. Atar ve ark. (10) çalışmasında ortalama gebelik sayısı  $1.9 \pm 1.2$ , Ekşi'nin (4) çalışmasında  $2.14 \pm 1.38$ , Erdem (11) ve ark. çalışmasında ortalama gebelik sayısı  $4.8 \pm 3.7$  olarak bulmuştur. Bu farklılıkların nedeni bölgesel farklılıklardan kaynaklanabilir.

Kısa gebelik aralığı, fetusün sağlığı yanında anne sağlığını da etkilemektedir. Gebelik aralığına etki eden faktörler olarak; anne yaşı, emzirme süresi, postpartum amenore, kullanılan kontrasepsiyon, önceki gebeliğin sonucu, eşin ve kadının eğitim durumu, sosyoekonomik düzey olarak bildirilmiştir. Toplumların gerçek ekonomik ve sosyal kalkınmasından söz edebilmek ve sağlıklı bir toplum oluşturabilmek için risk faktörlerinden en çok etkilenen anne ve çocukların sağlık sorunlarının öncelikli olarak ele alınması ve iyileştirilmesi gerekir (12).

Doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetusün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (13, 14).Bu nedenle doğum öncesi ve doğum sonrası izlem, öncelik verilmesi gereken konulardır. DÖB'ın temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır(15).Hem annenin, hem de doğacak bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak yeterli olması gerekmektedir. ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology) gebelik boyunca 28. haftaya kadar 4 haftada bir, 36. haftaya kadar 2 haftada bir ve daha sonra haftalık izlem önermektedir. Oysaki normal gebelerde yapılan bazı prospektif çalışmalarda daha az izleme gebelik sonuçları olumsuz etkilenmeden, kaynakların daha etkin kullanılabileceğini gösterilmiştir (16,17). Ülkemizde DÖB kapsamında her gebenin en az; 4 kez nitelikli izlenmesi, doğum sonrası hastanede 3, evde 3 olmak

üzere lohusa izleminin yapılması, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede yatırılması, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize edilerek sevklerinin gerçekleştirilmesi beklenmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum öncesi bakımın temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Hem annenin, hem de doğacak bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak yeterli olması gerekmektedir.

Araştırmanın sonuçlarına göre, DÖB hizmetlerinin alınması ve bu hizmetin kalitesi bakımından Şanlıurfa ili standartlarının hem Türkiye genelinden hem de bölge illerinden daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; DÖB hizmetlerine erişim ve aile sağlığı hekimliği kontrol sistemini artırmaya yönelik çalışmaların yapılması, DÖB hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezlerinde gebelerin erken önemde tespiti ve tüm gebelerin en az 4 kez, gebelik yönünden risk grubunda olan gebelerin ise daha sık aralıklarla doğum öncesi bakım hizmeti alması sağlanması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, 2014; yayın no:924
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 İleri Analiz Çalışması, Ankara, 2010.
3. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, VII. Baskı, Ankara, 2018.
4. Ekşi Z. Gebelikte Anemilerde Semptom Değerlendirmesi ve Hemoglobin Renk Skalasının (WHO Haemoglobin Colour Scale) Kullanımının Etkinliği, Doktora Tezi, İstanbul, 2006.
5. Omaç M, Günes G, Karaoglu L, Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin DÖB hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). Fırat Tıp Dergisi 2009;14(2):115-9.
6. <https://kadininstatusu.aile.gov.tr/uploads/pages/dagitimda-olan-yayinlar/kadinin-statusu-genel-mudurlugu.pdf>. Erişim: Ekim 2018
7. BASAGM (Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü) Türkiye’de Aile Değerleri Araştırması, T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayını, Genel Yayın No: 145, Ankara,2010.
8. Yavuz S, Yüceşahin MM. Türkiye’de Hanehalkı Kompozisyonlarında Değişimler ve Bölgesel Farklılaşmalar; Sosyoloji Derneği, Türkiye Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, Bahar 2012; Cilt: 15 Sayı: 1 - s: 75 – 118.
9. Kaya D. Bir sağlık ocağı bölgesinde gebelerde anemi görülme sıklığının incelenmesi, T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi, 2006.
10. Atar SA, Gürel H, Balcan E. Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu, Perinatoloji Dergisi, 2006;14(2):90- 95.
11. Erdem Ö, Bucaktepe GE, Kara İH. Aile hekimliğipoliklinigine başvuran kadınlarda demir eksikliği anemisi ve gestasyon öyküsü ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi, 2009; Cilt: 36, Sayı: 2, (123-126).



12. Dibek Mısıroğlu E, Aliefendioğlu D, Fidan K ve ark. Sağlık bakanlığı Ankara etlik doğumevi ve kadın hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinde doğum yapan annelerin antenatal bakım hizmetlerinden yararlanma durumunun değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 2006; 14(1): 7-13.
13. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(2):137-141.
14. Sönmez Y Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2007; 16(1): 9-12.
15. Ocakoğlu H, Gülay M, Kizek Ö ve ark. Nilüfer halk sağlığı eğitim ve araştırma bölgesinde 2005-2006 yıllarındaki gebelik sonuçları ve ilişkili riskler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008; 7(6):491- 496.
16. Günalp S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Pelikan Yayınları, Ankara, 2004.
17. Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity&Women'sHealthCare*. Mosby Inc.2004.