

Türkiye’de Üreme Çağındaki Kadınların Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına Göre Sağlık Göstergelerinin İncelenmesi

Investigation of Health Indicators of Women in Reproductive Age in Turkey According to Turkey Demographic and Health Surveys

Serpil TOKER¹, Gizem ÇITAK²

¹ Öğretim Görevlisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi-Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı, Tokat, 0000-0001-6809-6342

² Öğretim Görevlisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi- Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı, Tokat, 0000-0002-5484-2233

ÖZET

Kadın sağlığı ülkenin gelişmişlik durumu, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel özellikleri ve yaşam biçimi davranışları gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Kadın sağlığı hizmetleri kadınların yaşamları boyunca karşılaştığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarına odaklanır. Kadın sağlığı toplumun her kesiminde farklılık gösterir ve önceliklidir. Bunun nedeni kadının üreme konusundaki fizyolojik yüküdür. Kadınlar üreme çağına geldiklerinde istenmeyen gebelikler, adolesan gebelikler, sağlıklı düşüklükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlar, anne ölümü gibi birçok olumsuzluklarla karşılaşmaktadırlar. Dünya genelindeki sağlık araştırmalarına göre kadınlar erkeklerden daha uzun süre hayatta kalarak daha fazla sakatlık ve hastalıkla karşı karşıya kalmaktadırlar. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA), bir dizi göstergesi değerlendirilmek için ulusal ve bölgesel düzeylerde sağlık ve nüfus hakkında değerli veriler elde etmemizi sağlar. Kadın sağlığı göstergeleri kadının sağlık durumu hakkında bilgi verirken, bununla beraber toplumun gelişmişlik düzeyini de gösterirler. Bu nedenle kadın sağlığı göstergeleri önemlidir. Bu veriler doğrultusunda sağlık profesyonelleri kadınlara doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde bakım verme, yaşadığı sorunları belirleme ve gerekli olduğunda bir üst sağlık kurumuna sevk etme, aile planlaması danışmanlığı yaparak istenmeyen gebelikleri önleme gibi sorumlulukları üstlenir. Bu derlemede, TNSA verilerine göre, üreme çağındaki kadınların sağlık belirleyicilerinin ve sağlık durumlarının ele alınması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kadın, Sağlık, Sağlık profesyoneli

ABSTRACT

Women's health is affected by many factors such as the country's development status, education level, socio-cultural characteristics and lifestyle behaviors. Women's health services focus on the physical, psychological and social problems that women face throughout their lives. Women's health differs in every segment of society and is a priority. The reason for this is the physiological burden of the woman on reproduction. When women reach the reproductive age, they face many problems such as unwanted pregnancies, adolescent pregnancies, unhealthy abortions, sexually transmitted infections, prenatal, birth and postpartum complications, and maternal death. According to health studies around the world, women survive longer than men and face more disability and disease. Turkey Demographic and Health Surveys (TNSA) enables us to obtain valuable data on health and population at national and regional levels to evaluate a range of indicators. While women's health indicators give information about the health status of women, they also show the level of development of the society. Therefore, women's health indicators are important. In line with these data, health professionals undertake responsibilities such as providing care to women in the prenatal, birth and postpartum period, identifying the problems they experience and referral to a higher health institution when necessary, and preventing unwanted pregnancies by providing family planning counseling. In this review, it is aimed to address the health determinants and health status of women of reproductive age according to TDHS data.

Keywords: Disaster awareness, Health sciences, Natural disaster, Students

Sorumlu yazar:

Gizem ÇITAK, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi- Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı, Tokat, gzmakg@hotmail.com

Başvuru/Submitted: 29.07.2021 **Kabul/Accepted:** 26.09.2021

Cite this article as: Toker S, Çitak G. Investigation of Health Indicators of Women in Reproductive Age in Turkey According to Turkey Demographic and Health Surveys. *J TOGU Heal Sci* 2021;1(2):72-84.

Giriş

Kadın sağlığı; aile ve toplumdaki kaynaklanan psiko-sosyal faktörler, bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Toplumsal cinsiyetteki rolü, eğitimi, çalışma hayatına katılımı, aşırı doğurganlık ve 2 yıldan kısa doğum aralıkları ilk akla gelenlerdir (1,2). Bunların yanı sıra toplumsal cinsiyet eşitsizliğine bağlı kadınlar erkeklerle oranla daha sıklıkla anksiyete yaşamakta ve depresyona yatkın kadınlar daha fazla gözlemlenmektedir. Bu sonuca katkısı olan üç faktör karşımıza çıkmaktadır. İlk faktör kadınların daha uzun yaşam süresine sahip olması ve daha fazla hastalıkla karşılaşmasıdır. İkincisi ise; psiko-sosyal sorunları kadınlar erkeklerle göre daha fazla deneyimlemektedir. Üçüncüsü ise; kadınların üreme sağlığıyla ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksektir ve üreme sağlığı sorunları kadınlarda daha çok stres ve anksiyete yaratmaktadır (3).

Kadınlar üreme çağına geldiklerinde istenmeyen gebelikler, adölesan gebelikler, sağlıksız düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlar, anne ölümü gibi birçok olumsuzluklarla karşılaşmaktadırlar. İstenmeyen gebelikler ve sağlıksız düşükler kadın sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir ve üreme çağındaki kadınların ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Ayrıca bu ölümler anne ölüm hızını da artırmaktadır. Kadınların eğitim olanaklarına ulaşmalarının engellenmesi kadının sosyal statüsünü de etkiler. Adölesan evlilikler, sık aralıklarla gebelik yaşama ve çok sayıda çocuk sahibi olma eğitim seviyesi ve sosyal statüsü düşük kadınlarda daha çok görülmektedir (2,4).

Türkiye Nüfus ve sağlık araştırmaları (TNSA), bir dizi göstergiyi değerlendirmek için ulusal ve bölgesel düzeylerde sağlık ve nüfus hakkında değerli veriler elde etmemizi sağlar. Halk sağlığı alanında, özellikle kadın sağlığı üzerine yapılan birçok çalışmada TNSA verileri kullanılır (5). Bu derlemede ülkemizde TNSA verilerine göre, üreme çağındaki kadınların sağlık belirleyicilerinin ve sağlık durumlarının ele alınması amaçlanmıştır.

Kadının Statüsü

Yaşam kalitesi düşük olan kadınların toplumdaki statüleri de düşüktür. Kadının sağlığını toplumdaki statüsü direkt olarak etkiler. Bu nedenle, kadın sağlığını iyileştirmek için toplumda var olan olumsuz cinsiyet davranışlarını da incelemek gerekir (6).

Kadınların toplumdaki statülerinin düşük olduğu ülkelerde anne ölüm oranlarının daha fazla olduğunu görüyoruz. Bu da kadının toplumdaki statüsünün kadın sağlığı üzerine etkisini gösterir. Anne ölüm nedenleri ile ilgili bilgiler genellikle hastane kayıtlarından elde edildiği için sosyo-kültürel nedenler, yani kadının statüsü, göz ardı edilmektedir (6).

Toplumda kadının statüsünü eğitimi, mesleği, gelir düzeyi, sosyal ve yasal özerklik, toplumda ailenin yeri, ailedeki diğer bireylerin eğitimi ve mesleği, kadının sağlığı ve doğurganlığı, aile ve toplum içindeki rolü gibi birçok faktör etkilemektedir (7).

Eğitim

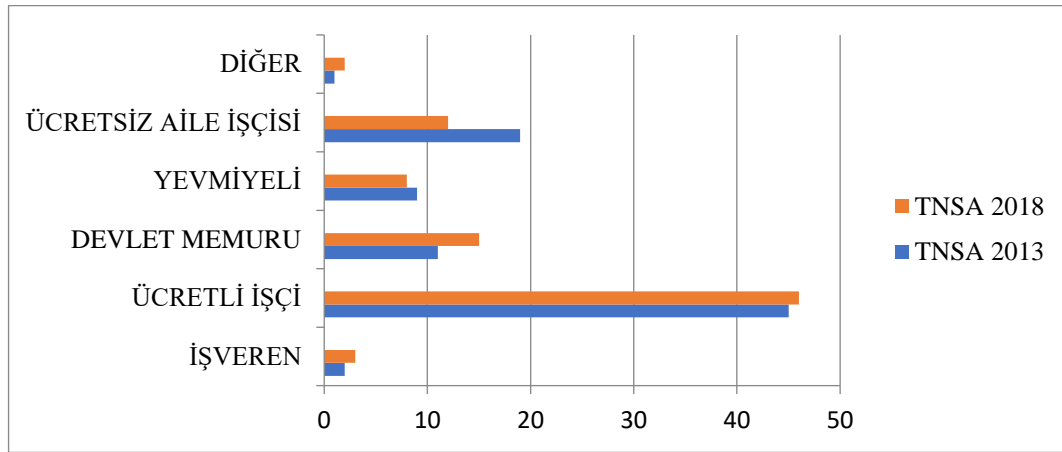
Ülkelerin gelişmişliğini gösteren anne ölümlerinin önlenmesinde en önemli adımlardan birisi kız çocuklarının ve kadınlarının eğitimidir. Çünkü eğitim, kadının ailedeki ve toplum içindeki saygınlığını arttıran ve söz hakkı veren, evlenme ve gebelik yaşını yükselten önemli bir etkidir. Eğitim kadını güçlenmesi için önemli bir faktördür ve önce bireyi ardından toplumu değiştirmek için temel araçtır. Toplumun gelişmesi için toplumsal cinsiyet eşitsizliğini en aza indirir, kadının toplumda etkin rol almasında anahtar rol oynar. Eğitimin engellenmesi insan haklarının ihlalidir. Bir ülkede cinsiyetler arasında hakkaniyet ve eşitliğin sağlanması, ülke kalkınması ve toplumsal barışın sağlanıp devam ettirilebilmesi için de mutlak bir koşuldur (5).

TNSA 2013 ve 2018 yılları arasındaki veriler ele alındığında, hiç okula gitmemiş/ilkokulu tamamlamamış olanların oranının her iki cinsiyette de bir azalma içinde olduğu görülmüştür. (Kadınlar için %28'den (2013 TNSA) %25'e (2018 TNSA); erkekler için %16'dan (2013 TNSA) %14'e (2018 TNSA). 2013- 2018 yılları arasında, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadın ve erkeklerin oranında artış görülmektedir (sırasıyla kadınlar için %21'den %26'ya; erkekler için %29'dan %33'e). Ortanca eğitim süresi ise küçük bir artış göstererek kadınlar arasında 4,7'den 4,8'e, erkekler arasında ise 6,9'dan 7,1'e yükselmiştir (8,9).

Türkiye'de son yıllarda eğitimin yaygınlaşmasına ve yasal yaptırımlara bağlı olarak, yaşı daha genç olan kadınların yaşı daha büyük olan kadınlara göre daha eğitilmiş oldukları görülmektedir. 45-49 yaşları arasındaki kadınların %16'sı hiç okula gitmemiş ya da ilkokulu bitirmemiştir. Ancak bu oran 25-29 yaş grubundaki kadınlarda %10'a düşmektedir. 25-29 yaş grubundaki kadınların %52'si, 45-49 yaş grubundaki kadınların %22'si ise en az lise mezunudur. 2012 yılında ülkemizde eğitim sistemindeki düzenleme ile zorunlu eğitimin 12 yıla çıkarılması genç kadınların eğitim düzeyinin artmasına sebep olmuştur. 15-19 yaş grubundaki kadınların %48'i lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir (8,9).

Çalışma hayatına katılım

Kadınların çalışma hayatına katılımı, eğitimde olduğu gibi, gelir düzeyinde söz sahibi olmalarına ve böylece kadınların statülerinin iyileşmesine neden olur. Toplumun kadına biçtiği roller gereği bazı temel haklarında yararlanamamaktadırlar. Yalnızca kadın olması nedeni ile en önemli insan haklarından biri olan eğitimden yararlanma hakkından alıkonulan birçok kadın vardır. Yetersiz eğitimin kadınların çalışma hayatından da alıkonulmasını beraberinde getirir (10). Birçok kadın gelir getirmeyen “aile işçisi” olarak tanımlanan ücretsiz bir şekilde çalıştığı bilinmektedir. Kadınlar ev dışındaki çalışma hayatları ile birlikte evdeki geleneksel görevlerine devam etmektedirler. Böylece iki iş yükünü bir arada omuzlamak zorunda kalmaktadırlar. Hem çalışma hayatındaki sorumlulukları hem evdeki sorumlulukları kadınları fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkilemektedir (1).

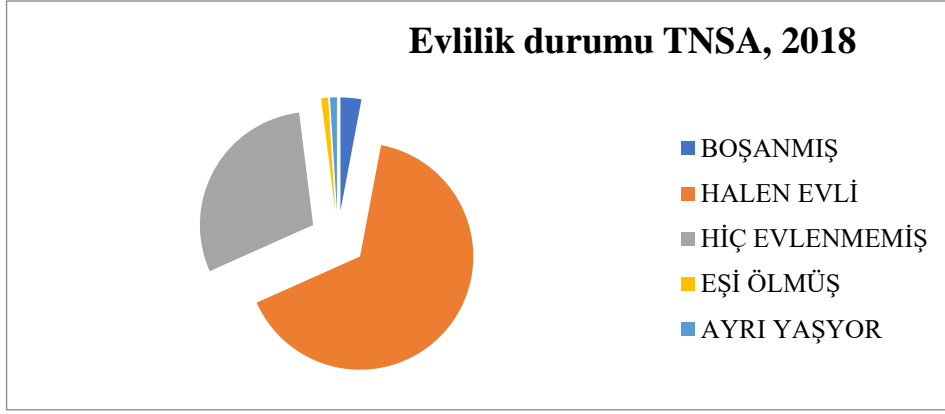


Grafik 1. Kadınların İşteki Statüsü (TNSA 2013, TNSA 2018).

TNSA'nın 2018 verilerinde kadınların devlet memuru olarak çalışma oranları %11'den %15'e yükselmiş ve kadınların ücretsiz aile işçisi olarak çalışma oranı %19'dan %12'ye düşmüştür (7,8), (Grafik 1).

Evlilik Durumu

Ülkemizde kadınların %66'sı doğurganlık çağında ve halen evlidir, yaklaşık %30'u (üçte biri) hiç evlenmemiştir, kalan %4'ü ise eşini kaybetmiş, ayrı yaşıyor veya boşanmıştır. Kadınlarda hiç evlenmeme oranı yaşları ilerledikçe azalmıştır; bu oran 15-19 yaşlarındaki ergenler için %95 iken, 20'li yaşlarının sonlarındaki kadınlar için %26'dır. Otuzlu yaşların sonlarındaki ve 45-49 yaşlarındaki kadınların %5'i hiç evlenmemiştir (8,9), (Grafik 2).

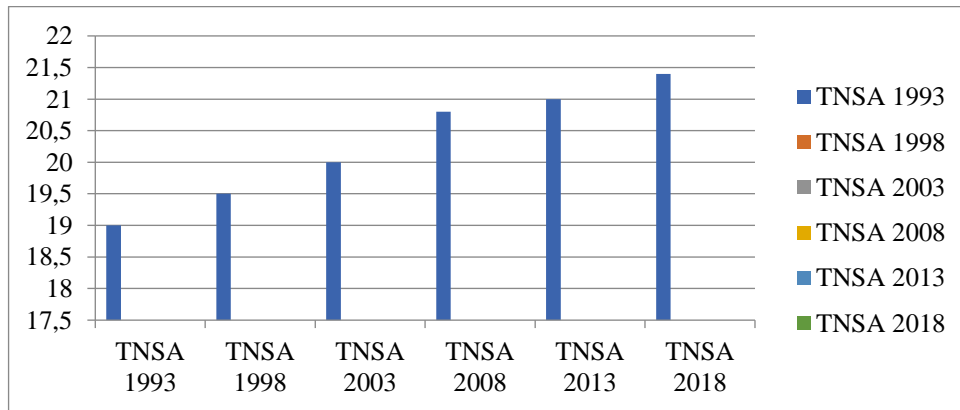


Grafik 2. Kadınların Evlilik Durumu (TNSA 2018).

2013 ve 2018 yılları arasındaki TNSA verilerine göre hiç evlenmemiş kadınların oranı tüm yaş gruplarında artış göstermiştir (8,9).

İlk Evlenme Yaşı

Son yirmi yılda Türkiye’de ilk evlenme yaşı giderek düzenli bir hızla yükselmektedir. Bu durum kuşaklar arası ortanca ilk evlenme yaşı farklarından görülmektedir; ortanca yaş 40’lı yaşlarının sonlarındaki kadınlar için 20,8 iken, 20’li yaşlarının sonlarındaki kadınlar için 22,7’dir. Aynı zamanda önceki araştırmalar ile 2018 TNSA verileri karşılaştırıldığında, ortaya çıkan sonuç; 25-49 yaş aralığındaki kadınlarda evliliğin ertelenmesi eğilimini doğrulamaktadır (8,9). 1993 TNSA ile 2018 TNSA’na bakıldığında ilk evlenme yaşı 2 yaştan fazla artmıştır (Grafik 3).

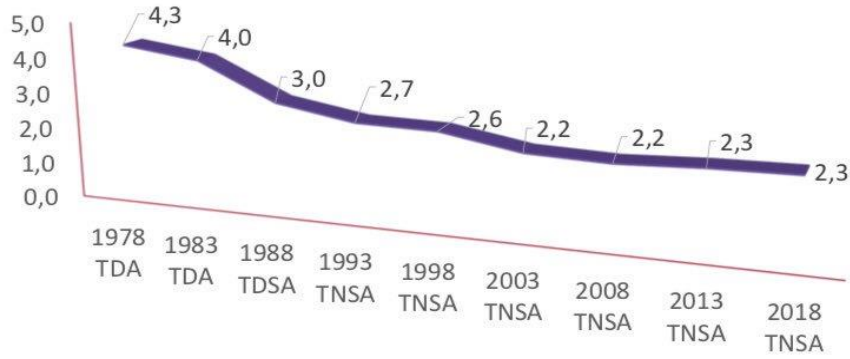


Grafik 3. Kadınların İlk Evlenme Yaşı

Doğurganlık

Kadının sık gebelik geçirmesine bağlı anemi, enfeksiyonlar, osteoporoz, bulaşıcı hastalıklar ve kadın üreme organlarıyla ilgili hastalıklar ortaya çıkabilir (1).

Toplam Doğurganlık Hızı



Grafik 4. Toplam Doğurganlık Hızı

Ülkemizde 1990'lı yılların sonunda doğurganlık oranı 2,6 çocuğa kadar inmiştir, 2000'li yılların başında yenilenme düzeyinin 2,1 çocuk üstünde durağanlaştığı görülmektedir (4). Şimdilerde elde edilen verilerde doğurganlık hızının 2013 TNSA'ndan elde edilen 2,26'dan istatistiksel olarak farklı olmadığı, son beş yılda dönemsel durağanlığının devam ettiği görülmektedir (8,9). 1993 TNSA'ndan günümüze kadar kentsel ve kırsal alanlardaki doğurganlık farkı çok fazla değişmemiştir (4).

2003 TNSA'nda yaşa özel doğurganlık 20-24 yaş grubunda en yüksek bulunurken, 2018 TNSA'nda yaşa özel doğurganlık 25-29 yaş grubunda en yüksek bulunmuştur (8,9).

Bölgelere göre toplam doğurganlık hızı (TDH) değişiklik göstermektedir: TDH 3,2 çocukla en yüksek Doğu'da, TDH 1,6 çocukla en düşük Kuzey'de görülmektedir. Batı ve Kuzey hariç tüm bölgelerde TDH, yenilenme düzeyi olan 2,1'den az değildir (8,9).

TDH eğitimsiz veya ilkokulu tamamlayamamış kadınlarda en yüksek iken, lise veya üzeri eğitimi olan kadınlarda en düşüktür (8,9).

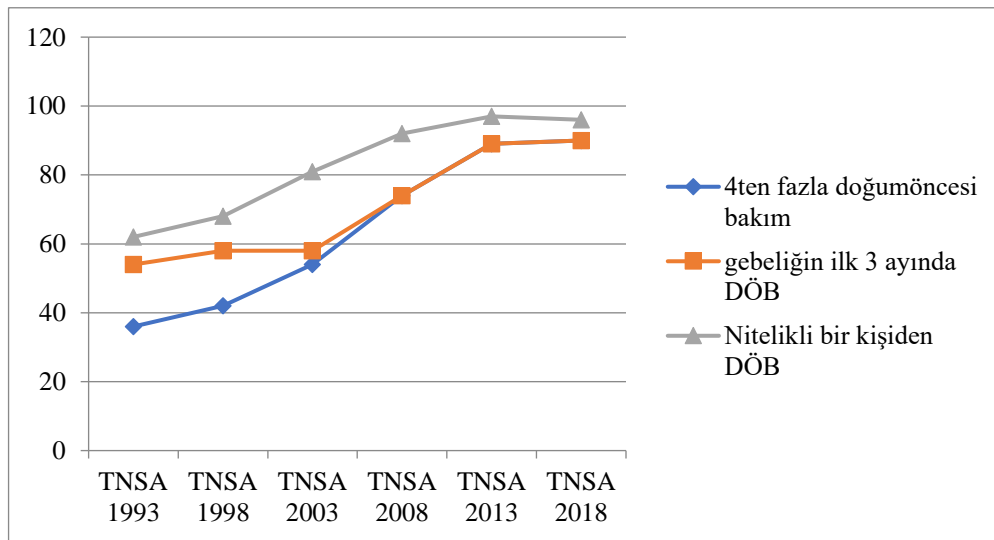
Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

İdeal bir doğum öncesi bakım gebeliğin planlanması ile başlayıp doğuma kadar devam eder. Gebenin fizyolojik, psikolojik olarak değerlendirilmesi, bakım gereksinimlerinin karşılanması ve eğitim ve danışmanlık hizmetini kapsar. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), gebelerin, özellikle ilk trimesterde doğum öncesi bakım hizmetlerini almasını önerir. Çünkü

gebeliği etkileyen olumsuz bir şey varsa durumun erkenden fark edilip, yönetilmesini sağlar. Doğum öncesi bakım anne ölüm hızını ve perinatal ve bebek ölüm hızlarını en aza indirir (1,11).

Kadınlar önceden gebelikleri süresince herhangi bir problem yaşarlarsa bir sağlık kuruluşuna başvuruyorlardı. Günümüzde, gebe kadın herhangi bir problem yaşamasa da kendisinin ve bebeğin sağlık durumunu takip edebilmek için sağlık kuruluşlarından doğum öncesi bakım hizmeti almaktadır. Böylece gebelik süresince anne fetüste oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanınması, morbidite ve mortalite oranlarının azalması sağlanır. Bu nedenle doğum öncesi bakım son derece önemlidir (12,13). Prenatal bakım alınmamasının sebepleri arasında eş ya da aileden izin alamama, sosyo-ekonomik faktörler, sağlık hizmetlerine ulaşamama gibi durumlar vardır. Ancak asıl sebep gebenin eğitim seviyesidir. Ülkemizde kadınların eğitim seviyeleri arttıkça, prenatal bakım alma oranlarında da bir artış görülmektedir (14).

2008 TNSA’nda prenatal bakım alma oranı %92 iken, 2013 TNSA’nda bu oran %97 olarak bulunmuştur. Bu verilere bakıldığında 2008-2013 yılları arasında hiç prenatal bakım almayan kadınların oranlarında %5’lik bir azalma meydana gelmiştir. Yine 2013 TNSA’ndan elde edilen sonuçlara göre, 4 ve üzeri prenatal bakım alan kadınların oranları ise %89’dur (8). Bu veriler doğrultusunda esas özelliklere bakıldığında çok küçük farklılıklar rastlanmaktadır, hemen hemen tüm bölümlerde gebelerin %94’ü veya daha fazlası sağlık çalışanından prenatal bakım hizmeti almıştır. Sağlık çalışanından alınan prenatal bakım oranı en yüksek Ege Bölgesindedir (%92). En düşük seviyeler ise eğitimsiz veya ilkokulu tamamlayamamış kadınlar arasındadır (%93).

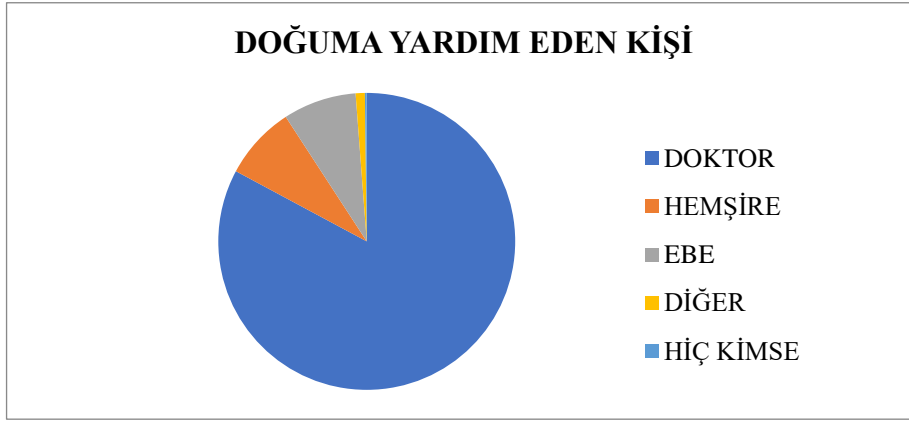


Grafik 5. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

Prenatal bakım, kadınların genel sağlık durumlarının değerlendirilmesini ve yolunda gitmeyen durumları erken fark edebilmek için sağlıklı bir gebelikte düzenli aralıklarla en az 4 kere yapılmalı ve prekonsepsiyonel dönemden 3 ay önce başlanmalıdır (13).

Doğuma Yardım Eden Kişi

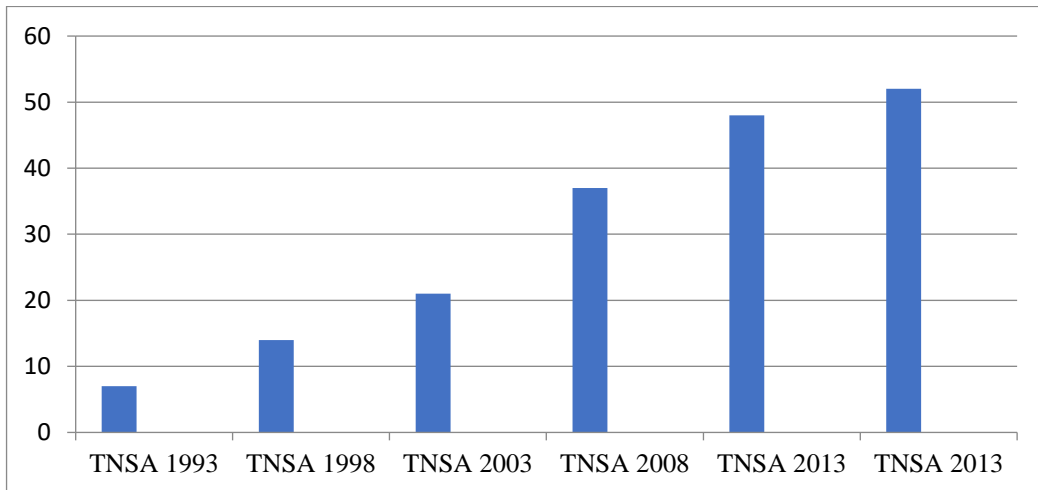
Ülkemizde, 2013'ten bu yana meydana gelen doğumların hemen hemen tamamı uzman bir sağlık çalışanı tarafından gerçekleştirilmektedir: %83'ü doktor, %16'sı hemşire veya ebedir (8), (Grafik 6).



Grafik 6. Doğumda Kadınlara Yardım Eden Kişi

Sezeryanla Doğum Oranında Değişim

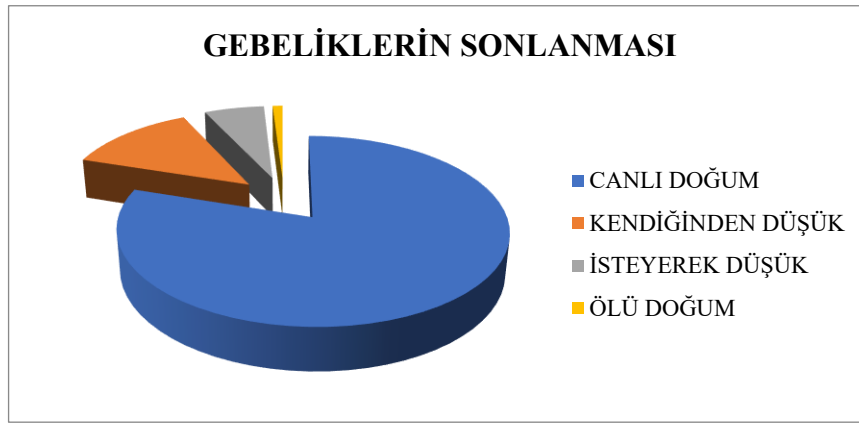
Ülkemizdeki doğum oranlarında sezaryen doğumların oranının belirgin bir şekilde arttığı gösterilmektedir. Sezaryen oranı 1993'te %7 iken 1998'de %14 yükselmiştir (4). 2013 yılına kadar sezaryen doğum oranlarında hızlı bir yükselme görülmüş, daha sonra yavaşlama görülmeye başlanmıştır (8), (Grafik 7).



Grafik 7. Sezeryanla Doğum Oranı

Gebeliklerin Sonlanması

Son yirmi yılda kadınların hayatları boyunca spontan abortus yaşamalarında büyük bir farklılık olmamıştır. 1993 TNSA verilerinde kadınların %21'i spontan abortus yaşadıklarını belirtirken, 2013 TNSA verilerinde bu oran %23, 2018 TNSA verilerinde ise %22'dir. Ortalama spontan abortus sayısı çok değişmemiştir (2008 TNSA'nda 0,28, 2013 TNSA'nda 0,33 ve 2018 TNSA'nda 0,32). Güncel 100 gebelikte spontan abortus sayısı da 2013 TNSA ile benzerdir (2013 TNSA'nda 14, 2018 TNSA'nda 13) (8,9), (Grafik 8).



Grafik 8. Gebeliklerin Sonlanma Durumu

Ölü doğum: Evli kadınların %4'ünün en az 1 ölü doğumu vardır, her 100 gebelikten 1'inde ölü doğum gerçekleşmiştir.

İsteyerek düşük: Evli kadınların %15'i en az 1 kez isteyerek düşük yapmıştır. 2013'ten bu yana gebeliklerin %6'sının isteyerek düşükle sonlandığı görülmüştür.

İsteyerek düşükte zaman içinde değişim: 1993 TNSA verilerine göre 100 gebelikte gerçekleşen isteyerek düşük sayısı 18 iken, 2018 TNSA verilerinde 6'ya düşmüştür. Bununla birlikte 2008 ve 2013 arasındaki dönemde bir artış gözlenmiştir (8,9).

Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı

Aile planlaması yöntemleri istenmeyen gebelikleri önleyerek, bireylerin istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlar. Sık gebelikleri ve buna bağlı riskli gebelikleri önleyerek anne ve çocuklarının sağlıklarını korumak ve yaşam kalitelerini artırmaktır (15,16,17).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki yaygınlık oranı 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda %70'tir. Bu kadınların %49'u modern yöntemleri, %21'i ise geleneksel yöntemleri

kullanmayı tercih etmiştir (Grafik 9). Modern yöntem kullanımının zaman içerisinde arttığı görülmektedir; ancak halen istenilen düzeyde değildir.



Grafik 9. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı

Anne Ölümü

Yetersiz doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım ve yetersiz beslenmeden her yıl milyonlarca anne ölmektedir. Anne ölümlerini arttıran nedenler arasında annenin yaşı, doğum öncesi bakım sayısı, doğum sayısı, sık doğum aralıkları gibi birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlere düşük sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyinin eklenmesi ile risk daha da artmaktadır. (14).

Türkiye’de tüm anne ölümleri, 2007 yılından bu yana ‘Anne Ölümleri Veri Sistemi’ ile izlenmeye başlamıştır. 2007 yılında 100.000 canlı doğumda 21.2 olan anne ölüm oranı, Sağlık Bakanlığı’nın başarılı politikaları ile 2015 yılında 14.7’ye gerilemiştir (14,18). 2018 TNSA’na göre 13.6 olarak bulunmuştur.

Kadın Sağlığında Sağlık Profesyoneli

Kadın sağlığının korunması (sigara, alkol veya uyuşturucu madde kullanımı vb.), kadının yaşam kalitesinin iyileştirilmesi (yeterli ve dengeli beslenme, spor yapma, prenatal bakım, vb.), hasta olduğunda tedavi ve bakımının sağlanması ve sağlığı yeniden devam ettirme (komplikeasyonlar ortadan kaldırıldıktan sonra tekrar oluşmasını önleme gibi) konularda sorumludurlar (19-20).

Anne-çocuk sağlığı uygulamalarının hizmet alanları da çeşitlilik gösterir. Sağlık profesyonelleri danışmanlık rolünü kullanarak prekonsepsiyonel dönemde, prenatal, doğum ve

postpartum dönemde kadının bakım gereksinimini ayakta, hastanede yatarak ve taburculuktan sonra evinde, telefonla ya da ev ziyaretleri yaparak karşılayabilmektedir. Eğitimci rolünü kullanarak kadın ve ailesine bilgi eksikliği olan konularda eğitim yapabilir. (19,20). Ayaktan verilen koruyucu sağlık hizmetleri prekonsepsiyonel danışmanlık, ebeveynliğe hazırlık, planlı gebelik veya aile planlaması, prenatal bakım, sağlıklı beslenme, genetik danışmanlık, bağışıklama, yerel şiddet taraması ve bu konuya yönelik yapılacaklar konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunarlar (21,22).

Doğum sürecinde sağlık profesyonelleri kilit noktadır. Bu dönemde, doğum esnasında verilen bakımın yanı sıra, doğum anında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ile baş etme, pre-op ve post-op bakım, ilaç uygulamaları ve bunların yanı sıra yenidoğanın bakımından sorumludur (19,23).

Anne ve yenidoğan morbidite ve mortalitesini azaltmak için postpartum dönemde sağlıklı bir şekilde fizyolojik ve psikolojik uyum sağlamalarına yardımcı olur. Postpartum dönemde sağlık profesyonelleri eğitici, danışman, savunucu ve bakım verici rollerini üstlenir (19,20,21).

Liderlik ve vaka yöneticisi rolü ile sağlık ekibinin diğer üyeleri ile aile arasında iletişimi sağlar. Postpartum dönem anne ve yenidoğan için hastanede başlar. Son zamanlarda ortaya çıkan erken taburculuk anlayışı ile anne ve yenidoğan hastaneden ayrıldıktan sonra ortaya çıkan problemlerle baş etmede güçlük yaşamaktadırlar. Bu nedenle anne ve yenidoğanın doğum sonu süreçte evde izlenmeleri çok önemlidir. Doğum sonu süreçte anneyi ve yenidoğanı evde izlemek, onları kendi ortamlarında gözleme fırsatını da vermiş olur. Buda sağlık profesyonellerinin bütüncül değerlendirme yaparak anne, yenidoğan ve ailenin gereksinimi olan konularda destek olmasına yardımcı olur (4,24).

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkıları: Planlama: ST, GÇ; Literatür tarama: ST, GÇ; Yazım: ST, GÇ; Dergiye yollama: GÇ.

Açıklamalar: 1. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

Kaynakça

1. Yanikkerem E. Kadın ve sağlık bakım sistemi, politikalar, yasalar. In: Kadın Sağlığı. Ed: Şirin A. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti. 2008.
2. Özbaş S, Özkan S. Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı ve etkisi. TAF Prev Med Bull, 2010;9:541-546.
3. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(1):67-99.
4. Eroğlu K, Koç G. Düünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;15:136-151.
5. Akın A, Özvarış ŞB. Dünyada ve Türkiye’de kadın sağlığının durumu. Ç. Güler ve L. Akın (Eds.).Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006;188-314.
6. İlçioğlu, K, Keser, N, Çınar, N. Ülkemizde kadın sağlığı ve etkileyen faktörler. J.hum rhythm - September 2017;3(3):112-119.
7. Kılınç AS, Çatak B, Sütü S, Akın A. Dünya’da ve Türkiye’de kadın sağlığının durumu. Sağlık ve Toplum, 2012;22:3-10.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık ve Nüfus Araştırması [İnternet]. 2019 [son güncelleme tarihi Aralık 2019; 09 Aralık 2019 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık ve Nüfus Araştırması [İnternet]. 2019 [son güncelleme tarihi Aralık 2019; 09 Aralık 2019 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2018_ana_rapor.pdf
10. Özvarış ŞB. Psikososyal faktörler ve kadın sağlığı: Gizli tehlike. Tokgözoğlu L. ve Özer N. (Eds.), Türk Kardiyoloji Derneği, 2. Ulusal Kadın Kalp Sağlığı Sempozyumu içinde, Ankara, 2011: 29-39.
11. Dinç A. Doğum öncesi bakım ve ebeinin rolü. Yeşilçiçek Çalık K. ve Coşar Çetin F. (Eds.). Doğum Öncesi Dönem II. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri; 2018.
12. Moller AB, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. Lancet Glob Health.2017;5:e977–983.
13. Pirinçi 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,2010;11:1-7.
14. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de kadının durumu [İnternet]. 2020 [son güncelleme tarihi Ağustos 2020; 26 Ağustos 2021 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://genderforum.sabanciuniv.edu/sites/genderforum.sabanciuniv.edu/files/headlines/KSGMkadindurumu2008.pdf>.
15. Şenoğlu A, Çoban A, Karaçam Z. İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşüklerin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2019;28(4):300-305.
16. United Nations. World Population Ageing 2015. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division [İnternet]. 2019 [son güncelleme tarihi Aralık 2019; 09 Aralık 2019 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf.

17. World Population Prospects. The 2017 Revision. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division;2017 [İnternet]. 2020 [son güncelleme tarihi Ağustos 2020; 26 Ağustos 2020 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/>
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015 [İnternet]. 2019 [son güncelleme tarihi Eylül 2019; 12 Eylül 2019 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf.
19. Simpson KR, Creehan PA. Perinatal Nursing, 3rd Edition, Philadelphia: Lippincott Company; 2008.
20. Lowdermilk DL, Perry SE. Maternity&Women's Health Care, Mosby Elsevier, St Louis-Missouri; 2007.
21. Pillitteri A. Maternal&Child Health Nursing, 5th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2007.
22. Özçelik Z, Karaduman B, Bafra K, Yıldırım A, Şenol Çelik S, Ülker S. Hemşirelikte haklar ve sorumluluklar, Türk Hemşireler Derneği Yayınları, Ankara.2006.
23. Taşkın L, Koç G. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen perinatoloji hizmetlerinde ebe ve hemşireler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 13(2): 48-57.
24. McNaughton DB. Nurse home visits to maternalchild clients: A review of intervention research, Public Health Nursing. 2004;21(3):207-12.