

DOI: 10.17942/sted.1037970

Geliş/Received : 17.12.2021
Kabul/ Accepted : 07.01.2022

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Aile Hekimliği Birimlerinde verilen doğum sonu bakım hizmetlerinin, nicelik ve nitelik açısından değerlendirilmesi ve bakım almayı etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini, Burdur ilinde, 01 Ekim -31 Aralık 2019 tarihinde doğum yapmış 567 kadın oluşturdu, %88,4'üne ulaşıldı. Veriler, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi doğrultusunda hazırlanan soru formuyla toplandı. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Lohusaların %2,6'sı Aile Hekimliği Birimlerinde doğum sonu bakım hizmeti almamıştır. Üniversite eğitimi almış, eve giren gelirleri rahat yeten ve özel hastanede doğum yapmış kadınların aile hekimliklerinden bakım alma sıklığı düşüktür.

Sonuçlar: Sayısal anlamda gelişmiş ülkeler düzeyinde doğum sonu bakım veriyor görülse de içerik olarak sunulan hizmetler yetersizdir. Verilen hizmetler sahada sadece nicelik olarak değil nitelik olarak da değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, Doğum sonu bakım, Kadın.

Abstract

Aim: The aim of this study is to evaluate the postpartum care services provided in Family Medicine Units in terms of quantity and quality and to determine the factors that affect care taking.

Material and method: The population of the cross-sectional study consisted of 567 women who gave birth on October 01- December 31, 2019 in Burdur province, 88.4% of them were reached. Data were collected with a questionnaire prepared in line with the Postpartum Care Management Guide. Descriptive statistics and chi-square test were used in the analysis.

Results: In Family Medicine Units ,postpartum care did not received 2.6% of women. The rate of receiving care from family medicine is low for women who have university education, have a comfortable income, and have given birth in a private hospital.

Conclusion: Although it is seen that it provides postpartum care at the level of numerically developed countries, the services offered in terms of content are insufficient. The services provided in the field should be evaluated not only in terms of quantity but also in terms of quality.

Key words: Family medicine, Postpartum care, Woman.

¹Dr. Öğr. Üyesi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Orcid No: 0000-0001-6847-1798)

Giriş

Doğumdan sonraki period anne ve bebek sağlığı için önemli risk teşkil etmektedir. Sağlık profesyonellerinin anne ve bebeğe, postpartum/postnatal dönemde, gebelik ve doğum eylemi esnasındakinden daha az özen göstermeleri de riske katkı sağlayan önemli bir faktördür. Doğumu takip eden ilk saatler, ilk günler ve haftalar hem anne hem de yeni doğan için oldukça tehlikeli zamanlardır. Her yıl yaklaşık 500.000 kadın gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlardan dolayı hayatını kaybetmektedir. Anne ölümleri en çok ölüm doğum sırasında veya doğumun hemen sonrasında görülmektedir. Kanama ve enfeksiyon anne ölümlerinin en sık nedenleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Uygun doğum sonu bakım ile bu ölümlerin pek çoğu engellenebilmektedir (1).

Doğum sonu bakım sadece sağ kalımı arttırmakta değil anne ve bebeğin geleceği için de önemlidir. Gelecekteki sağlık ve iyi oluşu belirleyecek pek çok değişim bu dönemde yaşanır.

Gelişmiş ülkelerde hemen hemen tüm kadınlar ve bebekleri doğum sonrası ve doğum sonrası bakım almaktadır. Ancak bu bakımın niteliği ve sıklığı önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde doğumdan sonra bakım ve desteğe duyulan ihtiyaç karşılanamamaktadır. Tüm önemine rağmen, bu dönem genellikle en çok ihmal edilen dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (2).

Türkiye’de anne ve bebek ölümlerinin azaltılması amacıyla sağlık kuruluşlarının tıbbi donanım ve alt yapı ihtiyaçlarının giderilmesinin yanı sıra sağlık personelinin bilgi ve becerisinin artırılması hedeflenmiştir. Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması, uygulamada birlikteliğin sağlanması hedeflenmiştir. Bu amaçla Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması genel Müdürlüğüne ilk defa 2009 yılında doğum sonu bakımın (DSB) niteliksel tanımı yapılarak “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” yayınlanmıştır ve ihtiyaç doğrultusunda güncellenmektedir.

Rehberin uygulanması ile her gebenin; doğum sonrası hastanede 3, evde 3 olmak üzere 6 kez lohusa izleminin yapılması, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların

yönetimi ve gerektiğinde bir üst düzey hastaneye sevklerinin gerçekleştirilmesi beklenmektedir (3).

DSB hizmetleri 1. Basamakta aile hekimliği birimlerince (AHB) sunulmaktadır. AHB’lerinin ödemeye esas performanslarına bu izlemlerin etkisi bulunmamaktadır. Yani DSB sunulmaması kaynaklı ücret kesintisi ya da ceza puanı uygulanmamaktadır. Bu nedenle Aile Hekimliği Bilgi Sistemlerinde DSB hizmet kayıtları düzenli tutulmamaktadır. Ayrıca hizmetin sayısal yeterliliğinin yanı sıra kalitatif olarak değerlendirilmesi sağlık yöneticileri için önem arz etmektedir. Uygulamadaki eksikliklerin tespiti ve eksiklikleri gidermeye yönelik faaliyetlerin planlanması amacıyla Burdur il Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığına 2009’dan bu yana 3 yıllık periyodlarla sahada sunulan DSB hizmetleri değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın temel amacı, AHB’leri tarafından verilen DHB hizmetlerinin, nicelik ve nitelik açısından değerlendirilmesi ve DSB almayı etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini, Burdur ilinde, 01 Ekim -31 Aralık 2019 tarihinde doğum yapmış 567 kadın oluşturdu. Araştırmada örnek seçimine gidilmeyip evrenin tümüne ulaşılması hedeflendi. Araştırma sonunda evrenin %88,4’üne ulaşıldı (n=500). Kadınlara ulaşamama nedenleri, göç, il dışı misafirlik vb nedenlerle adreste bulunmamalarıdır.

Araştırmanın Değişkenleri

Veri toplama formu, Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Yönetim Rehberi esas alınarak hazırlanmıştır. Veri toplama formu, kadınların sosyodemografik, biyodemografik özellikleri, lohusa bakımı, yenidoğan bakımı ile ilgili sorulardan oluşturulmuştur. Formun “lohusa bakımı” ile ilgili kısmı, doğum sonu bakım yönetim rehberinde belirtilen ve lohusa izlemlerinde yapılması gereken parametreleri içermektedir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Lohusaların doğum sonu en az 1 kez aile sağlığı biriminden bakım alıp almama durumudur.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Lohusaların sosyodemografik ve biyodemografik özellikleridir.

DSB Parametreleri

Lohusanın Yakınmaları: Kanama durumunun sorgulanması, İdrar problemi varlığının sorgulanması, Bağırsak faaliyetlerine ilişkin

şikayetlerinin sorgulanması, Sırt/göğüs/baş ağrısı olup olmadığının sorgulanması, Çarpıntı/nefes darlığı olup olmadığının sorgulanması.

Fizik muayene: Kan basıncı ölçümü, Nabız sayımı, Ateş ölçümü, Karın muayenesi, Perine muayenesi

Bilgilendirme: Emzirme, AP yöntemleri, Anne beslenmesi, Meme bakımı, Acil durumlar, Demir preparatı kullanımı

Araştırmanın izinleri: Araştırmanın etik kurul izni Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik araştırmaları Etik Kurulundan alındı. (GO 2019/63).

Verilerin Toplanması

Veriler 10 Kasım-31 Ocak 2020 tarihleri arasında, Burdur Merkez Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan ebe ve hemşireler tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verileri toplamadan önce standardizasyonu sağlamak için veri toplayacak ebe ve hemşirelere eğitim

programı hazırlanmıştır.

İstatistiksel analiz: IBM SPSS versiyon 23.0 (IBM Corp., Armonk, NY) kullanılarak yapıldı. Sayımla belirlenen verilerin analizinde ki-kare, analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı. Sayımla belirlenen verilerin analizinde ki-kare analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $28,1 \pm 5,4$ olup %2,0'ı 18 yaş altında doğum yapmıştır. Lohusaların %30,4'ünün ilk gebeliğidir. Kadınların büyük çoğunluğu (%59,6) sezaryenle doğum yapmıştır. Lohusaları sosyodemografik ve gebelik özellikleri Tablo 1 de özetlenmiştir. Lohusaların %2,6'sı AHB'lerinden DSB hizmeti almamıştır (Tablo 2). DSB hizmeti almamış olanlarının %54,5'i doğumdan sonraki 42 gün içindedir. %1,2 si lohusalık dönemi sona ermesine rağmen AHB'lerinden DSB hizmeti almamıştır.

Tablo 1: Lohusaların Sosyodemografik ve Gebeliğine ait özellikleri					
Sosyodemografik özellikler	n	%	Gebeliğe ait özellikler	n	%
Yaşı			İlk gebeliği mi		
18 yaş ve altı	10	2,0	Evet	152	30,4
19-34 yaş	419	83,8	Hayır	348	69,6
35+	71	14,2	Doğum aralığı*		
Yaşadığı yer			2 yıldan az	99	28,4
İl Merkezi	181	36,2	2 yıl ve üzeri	249	71,6
İlçe merkezi	206	41,2	Kendiliğinden düşük *		
Köy/belde	113	22,6	Var	106	30,5
Evde yaşayan Kişi Sayısı			Yok	242	69,5
Çekirdek aile	420	84,0	İsteyerek düşük*		
Geniş aile	80	16,9	Var	6	1,7
Eş ile akrabalık durumu			Yok	342	98,3
Var	39	7,8	Ölüm doğum *		
Yok	461	92,2	Var	3	0,9
Evlenme şekli			Yok	345	91,1
Görücü usulü	185	37,0	5 yaş altı çocuk ölümü*		
Anlaşarak	315	63,0	Var	8	2,3

Resmi Nikah			Yok	340	97,7
Var	482	96,4	Toplam	348	100,0
Yok	18	3,6	Kronik Hastalık		
Sağlık Güvencesi			Var	33	6,6
Var	471	94,2	Yok	467	93,3
Yok	29	5,8	Doğumun gerçekleştiği yer		
Öğrenim Durumu			Devlet hastanesi	348	69,6
8 yıl ve altı	230	46,0	Özel hastane	131	26,2
8 yıl üstü	270	54,0	Üniversite hastanesi	21	4,2
Kadının Çalışma Durumu			Doğum şekli		
Çalışıyor	142	28,4	Normal yolla	202	40,4
Çalışmıyor	358	71,6	Sezaryen	298	59,6
Eve giren Gelir durumu			Hastanede Kalış süresi		
Rahat yetiyor	254	50,8	2 günden az	210	42,0
Ancak yetiyor	172	34,4	2 ve üzeri	290	58,0
Yetmiyor	74	14,8	PPD** varlığı		
Toplam	500	100,0	Var	98	19,6
			Yok	402	80,4
			Toplam	500	100,0
* İlk gebeliği olmayan lohusalar içinde					
** PPD: Postpartum depresyon					

Tablo 2: DSB kapsamında aile sağlığı biriminden en az 1 kez bakım alma durumu		
	n	%
DSB alma durumu		
Almış	485	97,4
Almamış	13	2,6
DSB alma sayısı		
3'den az	385	70,4
3 ve üzeri	102	29,6
Toplam	487	100,0

DSB Yönetim Rehberine göre AHB'lerde lohusalara yönelik sunulması gereken parametreler ve uygulanma durumları Tablo 3'te görülmektedir.

Üniversite seviyesinde eğitim almış, eve giren

gelirleri rahat yeten ve özel hastanede doğum yapmış kadınların aile hekimliklerinden DSB almalarının daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,030$, $p=0,028$, $p=0,012$).

Tablo 3: Doğum sonu bakım içeriğinde yer alan parametrelerin uygulanma sıklığı				
DSB Parametreleri	DSB kapsamında			
	Uygulanmış		Uygulanmamış	
Lohusanın yakınmaları	n	%	n	%
Kanama	351	72,1	136	27,9
İdrar problemi	193	39,6	294	60,4
Bağırsak faaliyetleri	81	37,0	306	63,0
Sırt,göğüs,baş ağrısı	199	40,9	288	59,1
Çarpıntı/nefes darlığı	157	32,2	330	67,8
Fizik muayene				
Kan basıncı ölçümü	398	81,7	89	18,3
Nabız sayımı	347	71,3	140	28,7
Ateş ölçümü	266	54,6	221	45,4
Karın muayenesi	86	17,7	401	82,3
Perine muayenesi	14	2,7	473	97,3
Bilgilendirme				
Emzirme	438	89,9	49	10,1
AP yöntemleri	346	71,0	141	29,0
Anne beslenmesi	386	79,2	101	20,8
Meme bakımı	321	65,9	166	34,1
Acil durumlar	284	58,3	203	41,7
Demir preparatı	426	87,5	61	12,5

Tablo 4: Aile Hekimliğinden DSB alma üzerine etkili faktörler					
	DSB Almamış	DSB Almış	Toplam	X²	p
Sosyodemografik Özellikleri	n (%)	n (%)			
Yaşı					
18 yaş ve altı	10 (100,0)	0 (0,0)	10 (2,0)	0,780	0,677
19-34 yaş	407 (97,1)	12 (2,9)	419 (83,8)		
35+	70 (98,6)	1 (1,4)	71 (14,2)		
Yaşadığı yer					
İl Merkezi	178 (98,3)	3 (1,7)	181 (36,2)	1,154	0,561
İlçe merkezi	199 (96,6)	7 (3,4)	206 (41,2)		
Köy/belde	110 (97,3)	3 (2,7)	113 (22,6)		
Evde yaşayan Kişi Sayısı					
Geniş aile	77 (96,3)	3 (3,7)	80 (16,0)	0,497	0,481
Çekirdek aile	410 (97,6)	10 (2,4)	420 (84,0)		
Sağlık Güvencesi					
Var	28 (96,6)	1(3,4)	29 (5,8)	0,087	0,767
Yok	459 (97,5)	12 (2,5)	471 (94,2)		
Öğrenim Durumu					
Orta öğretim ve altı	350 (98,3)	6 (1,7)	356 (71,2)	4,083	0,030
Üniversite	137 (95,1)	7 (4,9)	144 (28,8)		

Kadının Çalışma Durumu					
Çalışıyor	135 (95,7)	6 (4,3)	141 (28,2)	2,125	0,072
Çalışmıyor	352 (98,1)	7 (1,9)	359 (71,8)		
Eve giren Gelir durumu					
Rahat yetiyor	244 (96,1)	10 (3,9)	254 (50,8)	3.644	0,028
Ancak yetiyor/yetmiyor	243 (98,8)	3 (1,2)	246 (49,2)		
Gebelik Özellikleri					
İlk gebeliği mi					
Evet	146 (96,1)	6 (3,9)	152 (30,4)	1,566	0,211
Hayır	341 (98,0)	7 (2,0)	348 (69,6)		
Kronik Hastalık					
Var	33 (97,1)	1 (2,9)	34 (6,8)	0,017	0,897
Yok	454 (97,4)	12 (2,6)	466 (93,2)		
Doğumun gerçekleştiği yer					
Devlet hastanesi	343 (98,6)	5 (1,4)	348 (69,6)	8,782	0,012
Özel hastane	123 (93,9)	8 (6,1)	131 (26,2)		
Üniversite	21 (100,0)	0 (0,0)	21 (4,2)		
Doğum şekli					
Normal yolla	198 (98,0)	4 (2,0)	202 (40,4)	0,514	0,473
Sezaryen	289 (97,0)	9 (3,0)	298 (59,4)		
Hastanede Kalış süresi					
2 günden az	206 (98,1)	4 (1,9)	210 (42,0)	0,2141	0,4281
2 ve üzeri	281 (96,9)	9 (3,1)	290 (58,0)		
PPD varlığı					
Var	99 (100,0)	0 (0,0)	99 (19,8)	3,295	0,069
Yok	388 (96,8)	13 (3,2)	401(80,2)		
Toplam	487 (97,4)	13 (2,6)	500 (100,0)		

Tartışma

Burdur'daki lohusaların %97,4'ü AHB'lerinden DSB hizmeti almışlardır. Üniversite seviyesinde eğitim almış, eve giren gelirleri rahat yeten ve özel hastanede doğum yapmış kadınların aile hekimliklerinden DSB alma düzeyi düşüktür. Gelişmiş ülkelerde, sıklık ve içerikleri farklı olmakla birlikte, fiilen tüm kadınlar ve yeni doğanların doğum sonu bakım aldığı kabul edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise DSB ve destek hizmetlerinin organizasyonunun yapılmadığı görülmektedir (1). Otuz gelişmekte olan ülkede, 1999 ve 2004 yılları arasında yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında anketten önceki beş yıl içinde canlı doğum yapan tüm kadınların

yaklaşık %40'ının herhangi bir doğum sonrası bakım almadığını bildirilmiştir (3). Fas'ta %30,1, Kenya 'da 34.3% gibi oldukça düşük düzeydeyken Etiyopya'da %89,2 DSB hizmeti verilebilmektedir (5,6,7). TNSA 2018 verilerine göre tüm Türkiye'deki lohusaların %4,5'i Burdur ilinin yer aldığı Akdeniz Bölgesinde kadınların %4,1'i DSB almamıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda DSB olma düzeyinin %100,0 ila %95,2 arasında değiştiği ve gelişmiş ülkeler düzeyinde olduğu görülmektedir (8-11). Aile Hekimliği Birimlerinden alınan DSB göz önüne alındığında ise %72,2'ye dek düştüğü bildirilmiştir (11). Çalışmamızda görüşülen lohusaların tamamı doğumlarını hastane ortamında gerçekleştirmiştir.

Bu nedenle teorikte tamamının DSB aldığı kabul edilebilir. Anne ölümlerinin önemli bir kısmının taburculuk sonrası dönemde gerçekleştiği göz önüne alındığında aile hekimliği birimlerinde DSB hizmeti verilmesi önem arz etmektedir. Aile hekimliği kurgusu gereği doğum öncesi dönemde de izlem verilmiş olan lohusaların doğum sonu dönem izlemleri konusunda bilgilendirilmiş olması beklenir. Ayrıca Bebek izlem protokolü gereğince 1.ile 41. Gün arasında 3 kez yenidoğanların aile sağlığı çalışanı ve/veya aile hekimince görülmesi gerekmektedir. Bu vizitelerde bebekle beraber AHB gelen lohusanın izlenmemesi düşündürücüdür.

DSB parametrelerine bakıldığında lohusalarda en fazla kanama (%72,1) sorgulanmışken en az çarpıntı ve nefes darlığı (%32,2) sorgulanmıştır. Fizik muayenede en fazla kan basıncı ölçülmüş (%81,7) en az perine muayenesi (%2,7) yapılmıştır. Annelere en çok emzirme (%89,9) konusunda bilgi verilirken anne ölümlerini engellemede en önemli parametre olan acil durumlar konusunda kadınların yarıya yakını (%41,7) bilgilendirilmemiştir. Aynı bölgede daha önce yapılan çalışmalarda da sıralamanın benzer olduğu görülmektedir (7,8). Karabük'te AHB'lerinde KB ölçümü %32,5 ve %23,7 kanama kontrolü yapılmıştır (10). İstanbul'da kanama (%81,8), çarpıntı ve nefes darlığı (%8,0) sorgulanması, kan basıncı ölçümü (%70,5), perine muayenesi (%0,4), emzirme (%94,2) ve %47,7 acil durumlar konusunda bilgilendirilmişlerdir (9). Fas'ta kan basıncı ölçülen lohusa oranı %73, meme muayenesi yapıldığı düzeyi %45'dir. Kenya'da DSB kapsamında annenin fizik muayenesi (%11,5), Aile Planlaması eğitimi (%15,1), acil durumlar ve tehlike işaretleri konusunda bilgilendirme (%6,0) ve emzirme eğitimi (%15,0) verilmiştir. Afrika'da yer alan Malavi'de kan basıncı ölçülen lohusa oranı %44,0, kanama kontrolü yapılan %46,0 emzirme muayenesi yapılan %34,0 olarak tespit edilmiştir (5,6,12). DSB kapsamında uygulanması gereken her bir parametrenin anne ölümüne yol açan tıbbi durumların göstergesi olduğu bilinmektedir. Postpartum dönemde anne ölümlerinin engellenmesinde dikkatin anneden bebeğe kaydığı doğum sonu dönemde 1. Basamakta çalışan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına büyük sorumluluk düşmektedir. Ancak yapılan çalışmalar DSB'nin nitelik olarak yeterli düzeyde

olmadığını göstermektedir.

Üniversite seviyesinde eğitim almış, eve giren gelirleri rahat yeten ve özel hastanede doğum yapmış kadınların aile hekimliklerinden DSB almalarının daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir ($p=0,030$, $p=0,028$, $p=0,012$). Öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça 1. Basamaktan koruyucu sağlık hizmetleri alımının azaldığını gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (13-16). OECD ve Avrupa Birliği ülkelerinde yapılan çalışmalarda genel pratisyenlere başvuru açısından gelir grupları arasında eşitsizlik bulunmadığı, ancak yüksek gelir grup mensuplarının uzmana başvurmayı tercih ettiği görülmüştür (17,18). Eğitim seviyesi ne olursa olsun her lohusanın doğum sonu dönemde bilgilendirmeye ve desteklenmeye ihtiyacı vardır. Ancak bu hizmetin kişinin eğitim seviyesi, sosyokültürel özellikleri göz önüne alınarak hazırlanması hizmete olan talebi arttırabilir. Okuryazar olmayan ile üniversite mezunu lohusaların aynı içerikte bakıma ihtiyaç duymayacağı açıktır. DSB Yönetim Rehberlerinin ve sağlık personeli eğitimlerinin bu bakış açısıyla revizyonu düşünülmelidir.

Sonuç

Sayısal anlamda gelişmiş ülkeler düzeyinde DSB veriyor olsa da içerik olarak sunulan hizmetler yetersizdir. 1. Basamak hizmet sunucularının yaptıkları her bir parametrelerin anne ölümlerini önlemedeki yeri konusunda hizmet içi eğitimlere alınması yararlı olacaktır. Vatandaşa koruyucu sağlık hizmetinin eğitim seviyelerine uygun ve zengin içerikli sunulması 1. Basamağa talebi arttıracaktır. Verilen hizmetler sahada sadece nicelik olarak değil nitelik olarak da değerlendirilebilir hale getirilmelidir.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Sevinç Sütü
E-Posta: sevincdr@gmail.com
ssutlu@mehmetakif.edu.tr

Kaynaklar

1. World Health Organization. World health statistics 2010.(No. WHO/MPS/10.03). World Health Organization, 2010 .
2. Al, Fort, M. T. Kothari, and N. Abderrahim. Postpartum care: levels and determinants in developing countries. No. 15. DHS Comparative Report, 2006. (http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=676)

3. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara, 2014
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK , 2019.
5. Ongera, M. N., G. Kikivi, and D. Mokaya. "factors influencing utilization of postnatal care services among mothers with children aged between 7-14 weeks attending child welfare clinic at kisiu teaching and referral hospital-Kenya". *Global Journal of Health Sciences*, 2018; 3.2 :1 – 13.
6. Elkhoudri, Nouredine, et al. Postnatal care: levels and determinants in Morocco. *Iranian journal of public health*, 2017, 46.2: 242.
7. Gebrehiwot, Tesfay Gebressie, et al. Prevalence and Associated Factors of Early Postnatal Care Service Use Among Mothers Who Had Given Birth Within the Last 12 Months in Adigrat Town, Tigray, Northern Ethiopia, 2018. *International Journal of Women's Health*, 2020; 12: 869- 879.
8. Çatak, B., Sütlü, S., Kılınc, A. S., Badilloğlu, O., & Zencir, M. (2011) Burdur'da 2009 Yılında Doğum Yapmış Kadınların Doğum Özellikleri ve Doğum Sonu Bakım Hizmetleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011;10.5. 579-586.
9. Çatak, B., Öner, C., Sütlü, S., & Kılınc, S. Where Are We Standing on Postpartum Care? A Cross-sectional Community Based Study. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017; 11(4), 256-264.
10. Gün ÖE, Öner C, Çetin H, Şimşek EE.Yeni Doğum Yapmış Kadınların Aile Hekimlerinden Aldıkları Doğum Sonu Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *TJFMPC*, 2020;14(4): 576-587.
11. Özdemir, R., Karaçalı, M. Karabük ili Safranbolu ilçesinde doğum sonu bakım hizmetlerinin kapsamı ve hizmet kullanımının belirleyicileri. *Ege Tıp Dergisi*, 2019;58(4), 351-362.
12. Adams, Y. J., Stommel, M., Ayoola, A., Horodyski, M., Malata, A., & Smith, B. Use and evaluation of postpartum care services in rural Malawi. *Journal of Nursing Scholarship*, 2017; 49(1), 87-95.
13. İlhan, M. N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F. N., & Özkan, S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2006; 25(3), 33-41.
14. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality findings from an international health policy survey. *Health Policy* 2000;51(2):67-85. 9.
15. Van der Heyden JH, Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H. Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. *Health Policy* 2003 ;65(2):153-65.
16. Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England an empirical investigation. *Soc Sci Med* 2005 Mar;60(6):1251-66. 13. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:510-16.
17. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research Group: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006 Jan17;174(2)177-83.
18. Van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *Health Econ* 2004 ; 13(7):629-47