

KADIN SAĞLIĞINI ETKİLEYEN ANA ETMENLER

Neriman SOĞUKPINAR

ÖZET

Bir toplumda sosyoekonomik gelişme ve anne sağlığının iyi bir ölçütü olan anne ölüm hızı halen ülkemizde 100.000 canlı doğumda 100'dür. Bu makalede anne ölümlerinden sorumlu tutulan, bu nedenle de kadın sağlığını yakından ilgilendiren en önemli konular üzerinde durulmuştur.

Günümüzde bir ok ülkede tüm dikkatle üreidi bir biçimde yüksek olarak seyreden anne ölümüne ve bu noktadan da hareketle kadın sağlığına yönelmiştir (14).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre: her yıl 200 milyondan fazla kadın gebe kalmakta, yaklaşık 130 milyon da çocuk doğurmaktadır (16). I-ler yılda bu 200 milyon eb kadınlardan 500,000 kadar bir bölümü gebelik ve değuma bağlı nedenler ile ölrncktedir (1,4, 5. 16).

Ayrıca bu anne ölümlerinin yansından fazlası Asya'da olmak üzere 99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Anne ölüm oranı. eridü trileşmiş ülkelerde 100.000 doğumda 10-25 iken. geli mekte olan ülkelerde 100.000 doğumda 2000-6500 arasmdadır. Bu verilerden el arıla ılacağı gibi geli mekte olan ülkelerde doğum olayı üreme ağırida olan kadın- larda önemli ölçüde anne ölümlerine neden olmaktadır (1 L.

- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu. Kadın Doğum Sağlığı ve Hastalıkları ABD (Arş.Cör. Bornova. Izmir

Kadın Sağlığı açısından üzerinde önemli durulması gerekli ANA KONULAR şunlardır:

1- KADIN SAĞLIĞI AÇISINDAN DOĞURGANLIK

Tanım olarak doğurganlık belli bir zamanda kaç kadının ka ocuk dünyaya getirdiğt doğal doğurganlıktır ve toplumlara göre de değişiklik rrosley-mektedir (16). Ülkemizde 1993 yılı Türkiye Nüfus ağılık Araşurmasına göre toplam doğurganlık hızı 2. *Tdir.* Ayrıca en yüksek doğurganlık hızı 20-24 ya grubunda görölmektedir (13).

Evlenme Yaşının Doğurganlık ~zerindeki Etkileri

Doğurganlığı etkileyen en önemli faktörler toplumun evlenme yaşı. evlenme oranları. dul kalma ve boşanma sıklığı gibi olaylardır. Örn: İrlanda'da ilk evlenme ya ı ortalama 30 iken, Türkiye'de ortalama vlerime yaşı 1988 yılı verilerine gör 18.2 olarak hesaplanmı tır [H EE. 1989). Bu durum Türkiye'deki kadınların İdanda'da ya ayan kadınlara oranla 12 yıl kadar daha uzun bir süre gebe kalmak riskine ahip oldu J"unu belirtir (3).

Evlerirne ya mın doğurganlığa olan katkısı. Türkiye ibi doğurganlığın daha ok evlilik içi doğurganlık ile özde olduğu ülkelerde çok d ha fazladır ve bu toplumlarda evlenme hızlarının nüfusun büyüklüğüne olan etkisi. nüfusunun yapısına olan etkisinden daha net olarak görülür.

Türkiye için genel vl en me hızlarına bakıldığında. 1975 yılından başlayarak 1990 yılına kadar genel bir yükselme görölmektedir (1 I). Evlenme ya i ise Türkiye genelinde 1983 yılında ■ 7.6 iken. 1993'te yükselmi tir (13). Ya a özel evlenme hızlarına bakıldığında ise: erkek ve kadın nüfus arasında bir karşılaştırma yapıldığında kadın nüfusun ın 30 yaşına kadar evlenme sürecini tamamladı J"ı. erkek nüfusunun ise bu ya grubundan sonra evlerirne pazarında yer aldığını görmekteyiz (III).

Sonuç olarak gen yaştaki viilikler kadın ağılığı ile ilgisi olan gebelik. doğum. lohusalık gibi anne sağlığına yönelik olayların erken yaşta ortaya ıkmasma neden olmaktadır (15).

Doğurganlığın Diğer Sosyal Belirleyicileri: Bazı toplumlai-da doğurganlık oldukça düşük bir oranda iken. bazı toplumlarda ise doüurn yapmayan kadınlar hor görölmektedir. Özellikle kırsal k im-

lerde *evli* kadın için çocuk sahibi olmak en önemli amaçtır. Bazı toplumlarda da doğurganlığı önlemek. anne ve bebek sağlığını korumak amacıyla bazı normlar geli tirilmi tir. Örneğin. Hindistan'da anne doğum yapınca 5 ay eşinden ayrı kendi ailesinde kalır. Doğurganlığı etkileyen diğer sosyal belirleyiciler ise; toplumun aile şekli ve öl üsü, evlilik içi *davranışlar*. gelir düzeyi. toplumda kentleşme ve sosyal hareketlilik, annenin eğitim düzeyi. toplum içinde uygulanan kanunlar ve töreler. sağlık kurumlarının işlerliğidir.

Bir ülkenin doğurganlık düzeyi ise: ülkenin sosyo-ekonomik yapı ının bir sonucudur. Sosyo-ekonomik yapı. "ara değ i keriler" olarak adlandırılan faktörleri etkileyerek doğurganlıkta bir değ i me v fark lı la ma yaratır. Borgoart'sın sıralıldığı ara değ i kenter ülkemiz içinde geçerlidir: Bu değ işkenler; Evlenme oranları, dü ük Zkürtaj sıklığı. emzirme, intra-uterin bebek ölümüdür (14),

Aşırı Doğudanlığın Olumsuz Sonuçları

Doğurganlık döneminde annenin ağı hının iyi olması, yaşının 20- 30 arasında bulunması. kendisine yüksek standardlı bakım verilmesi. anneye ait riski azaltır. Özellikle bu dönemde riski arttırarı faktörler ise:

ok sayıda doğum, kısa gebelik aralığı. çok g nç yada ileri yaştaki gebelikler (IS'in altında 35'in üzerinde) dir. Gelişmekte olan ülkelerde sık rastlanan. kronik malnütrisyon (beslenme yetersizliği) az yada hiç doğum öncesi bakım alamama. a ın çalışma. infekstyöz yada diğer hastalıklar. kötü çevre koşulları riski arttıran faktörlerdendir (1,2,4,6),

Geli mekte olan ülkelerde kadınların 40'ının 4 ve daha fazla çocuğu olduğu halde. bu oran gelişmiş ülkelerde 6-Tdir. Bu farklılığın nedeni. geli rmekte olan ülkelerdeki bireylerin üremelerini kontrol altında tutabilecek bilgi ve uygulamalardan yoksun olmalarıdır. Diğer bir neden de bireylerin aşın doğurganlığın olumsuz sonuçları ile ilgili bilgi sahibi olmamalarıdır (2).

A ın doğurganlık nedeniyle anne ölümü görülme de çoğu kez kadında jinekolojik şikayetlertri arttığı da görülmektedir. Bunlar: pelvisin iltihabi hastalığı (PID) kadın genital organların sarkrnası (desensus yada prolapsus) başta gelenlerdir.

Yine kan basıncının yüksekliği. artemi. dişeti ve diş hastalıkları. diabet ve servix kanserine yakalanma sıklığı kadının doğum sayı ına paralelolarak artmaktadır. Çocukların da ailede ocuk sayısı arttıkça,

daha sık olarak bulaıcı hastalıklara ve malnütri yana (beslenme bozukluğuna) yakalandıkları aptanmıdır (1).

2. KADIN SAĞLIğI AÇISINDAN DÜŞÜKLER VE KÜRTAJLAR

Düşük fetüsün (ceninin) uterus dışında kendi başına yaşayabilecek anlolu. yeteneği kazanmadan önce gebeliğin sonlanmasıdır. Gebelik kendiliğinden (spontan) veya istemli olarak herhangi bir müdahale ile sonlanabilir.

İstemli olarak yapılan düşüklerde.

- a) Yaşların yapılmasına izin verildiği yasal düşükler.
- b) Anne ve bebeğin ağlığını kanımayı amaçlayan tıbbi düşükler
- c) Yaşların izin vermediği halde yapılan kirrunal-yasal olmayan düşükler olarak ü. gruba ayrılır.

İstemli çocuk düşürme . arih içinde hemen hemen tüm toplumlarda görülen yapısal farkların ve sosyo-ekonomik özelliklerin etkisi ile oluşan bir davranış eklidir. Kadın ağlığına olumsuz etkileri olan çocuk lüürme, din ve yasalarla kontrol altına alınırnak İsterime ine karşısı. ilk .ütardarı günümüze kadar doğur arılığın önlenmesinde başvurulan bir yöntem olarak kullanılmıdır (10).

Dünyada düşük ile ilgili epidemiyolojik verilere baktığımızda: bir toplum problemi olan uygun olmayan ocuk düürme yöntemlerinin sonu nda ortalama hergün 500 kadının öldüğü bildirilmektedir (10). 1980'li yılların sonlarında ise her yıl 35-50 milyon düşük-kürtajın ger. kle U1i dünya popüla yonu i inde 1980-1990 yılları arasında düşük ile ilgili karılaştırılmalı bir yayın yoktur (1, 2, 7).

ABD'de: 1980 yılındaki düşük-kürtaj oranının 29.3. 1987 yılında ise 26.9 olduğu bildirimi dir. Kanada'da ise bu oran: 1970 yılı için 2.5 iken, 1990'da 1 L.2'ye yükseldi (7). Anne ölümlerinin başta gelen nedenlerinden birisi olan düşükler içinde kriminal-yasal olmayan (CINAI düşük) düşükler Bangladeş'te anne ölümlerinin 25- 30'nun nedenidir (1). Ayrıca WHO'ya göre her yıl gebeliğe 'bağlı nedenlerle ortalama 500.000 kadar annenin öldüğü. bunların da 25-50'nin farklı ülkelerde uygun olmayan düşük-kürtaj nedeni ile yaşandığı bildirilmektedir (5).

Ülkemizde ise: istemli düşük sayısı giderek artmaktadır. Ayrıca: gerek hastane ve kliniklere başvuran kadınlarda ve gerekse ülke geneli -

linde dü ükle il rili yapılan ara lırma sonuçları: köyden kente doğru rridildik e dü üğürü arttığını. üç b .yük kentte, 1000 değuma karşın 380 düşük olayı ile dü ük yapan kadın oranınının 39 olduğu görülmektedir (10). 1993 Türkiye nüfus ağılık araştırmasına göre ölkemiz genelinde toplam dü ük hızı 29'dur (13).

Tablo 1. Ölkemizde Dü "klerin 1984-1987 Yılları Arasındaki Dağılımı

	Yıllar			
	1984	1985	1986	1987
Düşük lürü				
Isıçge bağılı	15.1	16.8	20.2	23.6
Kendllığtrırd n	7.6	8.7	8.1	8.2
Toplam	22.7	25.5	2 .3	31.8

isteyerek düşük yapma oranındaki arlı m n dcnl: ölkemizde 1983 yılında 2827 sayılı Aile Planlaması Yasasında, ana sağılığı açısından herhanui bir akırıca olmadığında, gebeliğın 10.haftası sonuna kadar istek üzerine gebeliğın sonlandmlabileceğı yasal Izrıırı verilmesidir [l O, 15).

Düşüğüri (Abor u) ya al olarak serbest olmadığı ölkelerde doğurgan ya taki kadınlar arasında en yaygın ölüm nedeni, istenmeyen gebeliğın sağılıksız ve ilkel ko ullarda sonlandırılmasıdır (1, 10),

Düşük Yada Kürtajların Nedenleri ve Komplikasyonları

isteyerek dü ük yapılan düşüklerin hemen h men 9/10'u sosyal ve ekonomik nedenler ile gerçekte tirilir. İstemli düşük nedenleri arasında, kadının cv dışıncla bir i te çalı ması, fazla sayıda ocuğa sahip olma, ocuğuru bakım sorunu. evlilik dışı ilişkiden gebe kalma, keritleşrne-endüstrtle me.toplurnda yaygın aile büyüklüğü norm'u. karıkocanın ocuk istem m si, ekonomik sıkıntılar ayılabilir.

En uy un ko ullarda yapılan istemli dü ırklar dahi anne sağılığı açısından bir risk taşır. istemli duşüğün komplika yonları: Uterus perİora yonu, karıama. barsak zedelenmesi. böbr k yetmezliğı, plecanta retarı iyoru. endometrit (Uterus i tabakasının enfeksiyonu), pelvik mfeksiyon. akclüer problemleri (Pulmoner emboli), veriöz tromboz, depre yon vb. ayılabilir (i O),

3. GÜNÜMÜZDEKİ NÜFUS ARTIŞ SORUNU VE SONUÇLARI

2000 yıl kadar önce, dünya nüfusu 300 milyarı ik n. 18. yy. başlarından itibaren artmaya başlayarak 500 milyona ulaştı. 19.yy'da bu rakam 1 milyar oldu. Ayrıca 1927 yılında, 2 milyar olan dünya nüfusu 1974 yılında (ortalama 50 yıl içinde) iki katına çıkarak 4 milyara ulaştı. Şu andaki dünya nüfusu 5.5 milyar dolayındadır (17).

Birleşmiş Milletler 1990 yılının fertlitesini azaltmak için son 10 yılın başlangıcı oldu. Ancak, bu amaçla arttığı anda ise insan popülasyonunun dünya kapasitesi üzerinde artmasının önlenemeyeceğini bildirmektedir (7). Aksi halde 2000 yılında dünya nüfusu 6.1 milyar olacaktır tahmin edilmektedir (13).

Dünyada bu korkunç nüfus artışı için 95'ini geliştiren ülkelerin oranı artmaktadır. Örneğin: 1950 yılında Avrupa ülkelerinin yarısı kadar bir nüfusa sahip olan Afrika nüfusu şu anda Avrupa nüfusu ile eşit bir hale gelmiştir. Mevcut nüfusu 650 milyon olan Afrika nüfusunun 2025 yılında 1.58 milyar olacağı tahmin edilmektedir (7).

Gelir dağılımının yetersizliği, dengeli beslenme, işsizlik, çevre kirliliği, hızlı ve düzensiz kentleşme, ana ve çocuk morbidite (hastalık) ve mortalitesinde (ölüm) artışı, sosyal bunalmalar ve stres, hızlı nüfus artışı getirdiği sorunların sadece bazılarıdır. Bu nüfus artışı da ancak doğurganlığın kontrol altına alınmasıyla önlenir (9).

Kadın Sağlığı Açısından Aile Planlaması

Tanımı: Aile Planlaması: Ailelerin bakabilecekleri ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlamak, anne ve bebek sağlığını yönünden doğum aralıklarını uzatmak, ayrıca da çocuk sahibi olmayan ailelere yardımcı olan yöntemlerdir (9, 12).

Aile planlaması ile ilgili olarak dünyadaki durumu belirttikteyiz, devlet politikası düzeyinde aile planlaması hareketini başlatan ilk ülkenin Japonya olduğunu görmekteyiz. 1953 yılında uluslararası planlı Ebeveynlik Federasyonu'nun yaptığı toplantıda tüm birey ve çiftlerin sahip olabilecekleri çocuk sayısı ve doğum aralıkları üzerinde serbest ve sorumlu olarak karar verebilmelerinin birinin hakkı olduğu vurgulanmıştır (12). 1983 yılındaki duruma göre dünyadaki 166 ülkeden 127'si Aile Planlaması ile ilgili hükümlerle eğitim vermektedir (7, 12).

Üreme sağlığını yakından ilgilendiren Aile Planlamasının uygun bir şekilde uygulanabilmesi gebelikten koruyucu yöntemleri olarak da

ifade edilebilen kontraseptif yöntemlerin etkin bir biçimde kullanımı ile mümkündür (17).

Kadın sağlığı yada geni bir anlamda üreme ağırlığı için doğurganlığın kontrolü sağlanıncaya kadar istenmeyen gebelikler bir toplum problemi olmaya devam edecektir. Bu tür m kontrolünü yitirmiş olan kadın da fiziksel, mental ve sosyal iyilik halini sürdüremeyecektir. daha da öte inde planlanmarnı yada uygunsuz zamanlardaki ebelikler yenidoğanın sağlıklı gelişimini ve büyümesini de olum uz yönde etkileye ektir (17),

Ana- çocuk sağlığı ile ilgili konular, halen ülkemizin sağlık sorunlarının başında yer almaktadır. Ana-çocuk sağlığı dolayısıyla, aile ve hatta tüm toplum için, gebeliğt önleyici tkin yöntemlerin kullanılmasında mutlak bir zorunluluk vardır (1, 5).

Ülk mizde gebeliği önleyici yöntemler kadınlar tarafından yeterince bilinmektedir. 1993 yılı verilerine göre evli kadınların hemen hemen tümü en az bir aile planlaması yöntemini bilmektedirler. Tüm kadınların halen 63'de bir yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullananların 35'i modern bir yöntem kullanırken, 28'i geleneksel yöntemler kullanmaktadır (13). Etkili ve modern yöntem kullanma oranı Doğu ve Orta Anadolu bölgelerinde daha düşük, Batıda, ise daha yüksektir (15). Ülkemizde kadmlarımızırı kontra eptif yöntemleri bilmelerinin yanı ıra uygulamadaki yetersizliklerin mutlaka önüne ge ilmclidir. Bu ned nle yaygın eğitimde en fazla görev alan hem irc-ebe gibi sa Jlık personelinin toplumla ilişkileri yakın oldu Jundan etkin kontraseptif yöntemleri kabul ettirne ve uygulanmalarının sağlanmasında çok iyi bir düzeyde hizmet verebilecekleri dü ünülmektedir (9).

4. KADIN SAĞLIĞI AÇISINDAN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMANIN ÖNEMİ (ANTENATAL BAKIM)

Gebeliği sırasında düzenli izlenen, ecriti!en ve gerekli tedavilerini zamanında yaptıran, doğumu **sağlıklı** ko ullarda ve ağılık personeli tarafından gerçekleştirilen bir annenin aebelik ve doğurna bağlı bir neel nle ölmesi yada sakat kalması normal koşullarda nadirelidir.

Anne ve çocuk sağlığını korumayı ama layan hizmetlerin en önemlilerinden biri doğum öncesi bakımdır (15). Bugün birçok ülkede kadınların 50'den daha az bir bölümü antenatal dönemde eğitilmi

sağlık personeli tarafından izlenmektedir (4). Ülkemizde gebeleriri 62.3'ü doğum öncesi bakım almaktadır (13).

Kırsal kesimde her 10 gebeden 3'ü doğum önce i bakım için ba - vururken, kentte bu oran 6/ I O'dur (8). [!;litim düzeyi arttı abakım alma orarı da artmaktadır. istatistiksel veril re öre geb elikte ilk kontr i için ba vuru genellikle 7.ayda yapılmaktadır. Bu verilere dayanarak ülkemide doğum öncesi bakımın yetersiz olduğu da söylenebilir (8. 15).

Sonu olarak. ülkemizde sağlık hizmetlerinde ana ağığının korunmasına yönelik pek ok önlernin alınması zorunludur. Sağlık hizmetlerinde anahtar rolü olan hem ireler özellikle bu alanda aktif rol almalı, ayrıca daha bilgili ve duyarlı olmalıdırlar (8).

SUMMARY

PRINCIPLE TOPICE ARE EFFECT TO WOMEN HEALTH

Maternal mortality rat. which i a good measure of soeioeconomical dev lopment and maternal h alth in a comnruruty is till a huridred thousand live birth in our ocuntry. In this arteile. the most important topics whi h are said to b respan ibi for rnaternal healths and therefore closely related with the health of th women ar ernphasizcd.

KAYNAKLAR

1. Akın A. "Ana Ölümü ri". Mimmograf. Ankara. 1-14.
2. Akın A. "Dogurganlığın Ana Sağlığına Etkisi". Mimmograf, Arıkara. 1- i 8.
3. Aral . Türkiyc'de Kadın Olgusu. I. B . Say Yayıncılık. 1992. İstanbul.
4. Bilgel N. "Anne Ölümücri" Sağlık Dergisi. 61: 2. 1989. 77-81.
5. ook RJ. Women's Health and Human Rights. WHO. G n va. ■ 994.
6. Grant J. Dünya ocuklarının Durumu. U ICEP (Sağlık Mesajları). 138- 142. yıl: 1988.
7. Quimby I-IC. "Worn II anel Uie Farntly of the PII tu re". JOG N. 23: 2. 1994. 113-123.
8. inan N. "Kadın Sağlığı" Türk Hemşireler Dergisi. 40: 1-2. i 9 1.48-5 i.

9. Kararısaoğlu N. "I.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Birimi İle Fakültenin Avcılar, Halkalı. Mahmutbey, Sağlık Ocaklarına Başvuran Kadınların Demografik ve Doğurganlık Özelliklerinin Kontraceptif Yöntem Seçimi ve Kullanımı Üzerindeki Etkileri". Hemşirelik Bülteni, 3: 11, 1989, 61-71.
10. Kararusoğlu H. "İstemli Düşüklerin Önlenmesi ve Hemşirenin Rolü". Hemşirelik Bülteni, 3: 12, 1990, 19-24.
11. Koç İ. "Türkiye'de Evlenme Hızları ve Evlenme Hızlarının Yaşam Tablosu Yöntemi İle Analiz!". Nüfus Bilim Dergisi, 14, 1992.27-51.
12. Öztürk A, Öztürk Y. "Artık Tartışılması Gerek Bir Konu Aile Planlaması". Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler". 2: 3. 1991, 13-22.
13. Sağlık Bakanlığı. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 1993, Ankara.
14. Şirin A. "Türkiye'de ve Dünyada Doğurganlığı Etkileyen Faktörler". II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 1990, ss: 258-267.
15. Türkiye'de İstatistik Yıllığı, T.C. Başbakanlık. DİE Yayın No: 11 51 O. Mayıs-1992. Ankara.
16. Viegas OAC, Wiksosotro GH. Shagun K. Chalurochinda K. Ralnam SS. "Safe Childbirth Needs More than Medical Services". World Health Forum. 13: 1, 1992, 59-65.
17. WHO, "Reproductive Health: Towards a brighter Future 15-1. 1994. 1-8.

