

Diyarbakır İli Toplum Tabanlı Güvenli Annelik Uygulamasının Değerlendirilmesi[♦]

The Evaluation of Community-Based Safe Motherhood Application Performed in Province of Diyarbakir

EYLEM KARAKAYA *
ANAHİT COŞKUN **

Geliş Tarihi: 03.04.2013, Kabul Tarihi: 29.07.2013

ÖZET

Amaç: Diyarbakır il merkezinde sağlık personeli sayısı yetersiz olan ve güvenli annelik hizmet kullanımının sınırlı olduğu mahallelerde, topluma dayalı sağlık hizmet modeli kullanılarak gerçekleştirilen güvenli annelik eğitim çalışmasının etkinliğini saptamaktır.

Yöntem: Yanı deneysel nitelikteki bu çalışmanın örneklemini, ilgili proje kapsamında eğitim almış 217 (müdahele grubu) ve eğitim almamış 246 (kontrol grubu) kadın oluşturmuştur. Müdahele grubuna, her iki dili bilen ve 5+5 günlük eğitimle hazırlanmış 7 saha çalışanı tarafından gebelik döneminde dört, lohusalık döneminde üç kez ev ziyaretleri yapılarak her bir seferde en az 45 dakika süren planlı eğitim verilmiştir. Tüm eğitimler tamamlandıktan iki ay sonra, özel olarak eğitilmiş anketörler tarafından birebir yüzyüze görüşme yöntemi ile anket formu uygulanmıştır. Verilerin analizinde yüzdelik ve Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından benzer olan kontrol grubuna kıyasla, sağlık kontrollerine gitme, gebelikte tetanos aşısı yaptıрма, doğumunu hastanede yapma, lohusalıkta sağlık kontrolüne gitme ve erken emzirmeye başlama davranışları açısından müdahale grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Topluma dayalı hizmet modeliyle güvenli annelik alanında yapılan eğitim/danışmanlık hizmetlerinin, gebe/lohusalara istedik doğru sağlık davranışı kazandırmada etkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti kullanımının yeterli olmadığı bölgelerde toplum tabanlı hizmet modellerinden yararlanılabilir.

Anahtar kelimeler: Güvenli annelik; toplum tabanlı hizmet modeli.

[♦] Bu çalışma, Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı işbirliği ile Mayıs-Haziran 2008 tarihleri arasında, "Diyarbakır Güvenli Annelik Programı" isimli proje verilerinden üretilmiştir.

ABSTRACT

Aim: To determine the efficacy of a safe motherhood-training program in Diyarbakir, a province lacking healthcare service providers and trustworthy, community-based motherhood education programs.

Methods: The semi-experimental study sample consisted of 217 women who received education from the program and 246 who did not. In the intervention group, seven field workers who were bilingual conducted the 5+5 day education training during home visits. Four of them gave training during pregnancy, three of them postnatal, and during each visit a 45-minute planned education program was performed.

Upon the completion of the education program, specially trained pollsters filled out questionnaires with the intervention group face-to-face. Percentage distribution and chi-square were used in analyzing the data.

Results: It was found that those in the intervention group who were similar in socio-demographic and obstetrics characteristics, went to check-ups, received tetanus shots during pregnancy, gave birth in hospital, went to doctor during post-partum and started breastfeeding early showed statistically-significant differences from the control group.

Conclusion: It has been determined that the community-based education/counseling services in the field of safe motherhood was effective in gaining the desired health behaviors for pregnant/postnatal women. Public service models can be used in areas that have limited access to healthcare services.

Key words: Safe motherhood; community-based service model.

* E Karakaya, Uzm. Hemşire, Eğitici
Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
Ulus Mah. Güzel Konutlar Sitesi A Blok Daire: 3/4 Etiler/İstanbul
Tel.: 0 212 257 79 41 Faks: 0 212 257 79 43
e-posta: eylemkarakaya@yahoo.com

** A Coşkun, Prof. Dr.
Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Büyükdere Cd. No:101 34394 Mecidiyeköy / İstanbul
Tel.: 0 212 275 20 20-1141 Faks: 0 212 274 81 22
e-posta: coskunano@yahoo.com

Giriş

“Güvenli Annelik” tüm kadınların, gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde gereksinimi olan güvenli ve yeterli bakımı bütünsel yaklaşımla elde etmelerini sağlamaktır. Güvenli annelik hizmetleri; gebelik öncesinde bakım ve danışmanlık almayı, normal-riskli anne, bebek ve ailesine doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerini vermeyi; doğum öncesi, doğum ve sonrası komplikasyonların önlenmesini ve yönetimini; istenmeyen ve riskli gebeliklerin önlenmesini kapsar.^[1] Güvenli annelik uygulamaları ülkemizde bölgeler arası önemli farklılıklar göstermektedir. 2008 TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) verilerine göre ülkemiz geneli için en az bir kez doğum öncesi bakım (DÖB) alma %92, sağlık personeli yardımı ile doğum %91.3 iken bu değerler, Güneydoğu Anadolu Bölgesi için sırasıyla; %82.2 ve %78.1 dir. Lohusalık döneminde bakım almama Türkiye genelinde %15.5’iken, Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde %27.3 dür.^[2]

Ülkemizde “Güvenli Annelik bakımı” almamayı etkileyen nedenler arasında kadının eğitim durumu, toplumsal konumu, sosyokültürel ve ekonomik durumu, sağlık güvencesi varlığı, sağlık hizmetlerine ulaşamama, sağlık çalışanı ile yaşanan iletişim sorunları, sağlık çalışanlarının yetersizliği ve hareketliliği gibi nedenler yer almaktadır.^[3,4] Diyarbakır ili için de bu faktörler geçerli olmaktadır. Özellikle sosyo-ekonomik yönden az gelişmiş mahallelerde sağlık hizmet sunucu sayısının yetersiz olması, sağlık hizmet sunucularıyla toplum arasında iletişim sorunları yaşanması hizmet alımını zorlaştırmaktadır.^[3] Diyarbakır, 1460714 nüfusu ile Güneydoğu Anadolu’nun büyük bir kentidir. Bölgesel göç nedeniyle nüfusun yaklaşık %54’ü il merkezinde toplanmıştır. Bölgede genç yaş evlilikleri, düşük sosyo-kültürel ve ekonomik duruma göç faktörü de eklendiğinde kadının genelde sağlık ve üreme sağlığı, özde güvenli annelik hizmeti alımı güçleşmektedir. Diyarbakır’da okuma yazma bilmeyen nüfusun %77’sini kadınlar oluşturmaktadır. İlde doğurganlık oranı yüksek, hane başına düşen ortalama kişi sayısı 6.34, yoksulluk, işsizlik ve sağlık güvencesi yetersizliği mevcuttur.^[2,5-7] Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre, çalışmanın yürütüldüğü yılda anne ölüm oranı yüz binde 50’dir. Ölümünün çoğu sağlık hizmeti almada gecikme gibi önlenemez nedenlerle olmuştur.^[8] Ayrıca, ilde özellikle birinci basamakta verilen antenatal hizmetlerin niteliğini araştıran çalışmalarda, sağlık personeli tarafından verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yeterli olmadığı ve halka yönelik eğitim materyali, broşürlerinin bulunmadığı belirtilmektedir.^[9-11] Bu duruma, yöre halkının gebelik ve doğuma ilişkin kaderci tutumu, sağlık güvence yetersizliği ve sağlık personeline güvensizliği de eklendiğinde güvenli annelik hizmet kullanımı önemli ölçüde aksamaktadır. Sağlık hizmetlerine toplum katılımını sağlamak, toplumdaki onay ve destek almak hizmetlerin sürdürülebilirliği açısından çok önemlidir. Toplum tabanlı hizmet; yerel toplumun kendi kapsamında ihtiyaçlarının belirlenerek, bunları gidermek için

programlar oluşturulması ve aynı toplum içinde lider insanlar aracılığı ile programın hayata geçirilmesidir. Toplum tabanlı sağlık hizmet modelleri klinik uygulamaların yanı sıra halk sağlığı alanında da kullanılmaktadır; özellikle kontraseptif yöntem, tetanos aşısı ve sağlık hizmet kullanımı gibi halk sağlığında dirençli olan sorunların çözümünde toplumsal onay ve katılımı sağladığından olumlu ve başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir. Bir başka yönden bakıldığında, sağlık hizmetlerinin halka sunumunda yaşanan iletişim sorunları (dil, kültür ve sosyal farklılıklardan kaynaklı) hizmet kullanımı ve hizmete ulaşılabilirliği olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar, özellikle eğitim/bilgilendirme ihtiyacının karşılanmasında, bireye/topluma olumlu sağlık davranışı kazandırmada, aynı dili ve kültürü paylaşan akrabaların etkili olduğunu göstermektedir.^[4]

Amaç:

Araştırma, Diyarbakır il merkezinde sağlık personeli sayısı yetersiz olan ve güvenli annelik hizmet kullanımının sınırlı olduğu mahallelerde, topluma dayalı sağlık hizmet modeli kullanılarak gerçekleştirilen güvenli annelik eğitim çalışmasının etkinliğini saptamak amacıyla yarı deneysel olarak planlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın evren ve örnekleme:

Araştırmanın evrenini, ilgili proje kapsamında altı mahallede toplam 6020 ev ziyaret edilerek belirlenmiş ve saha çalışanlarca gebelik ve/veya lohusalık dönemlerinde eğitim/danışmanlık hizmeti verilmiş 1119 gebe/loğusa kadın oluşturmuştur.

Hizmet götürülen grup (müdahale grubu): Müdahale grubunun örneklem sayısı belirlenirken Güvenli Annelik eğitim hizmetlerinden yararlanan anne sayısı (N=1119) dikkate alınmıştır. Güvenli Annelik hizmetlerinden yararlanma yönünden, %95 güven aralığı içinde en düşük örneklem hacmi 196 bulunmuş ve 250 anneye ulaşılması planlanmıştır. Müdahale grubu, proje kapsamında saha çalışanlarca gebelik ve/veya lohusalık dönemlerinde en az iki kez ziyaret edilerek eğitim/danışmanlık hizmeti verilen, proje çalışmasının değerlendirmesi sırasında 24 aydan küçük bebeği olan ve araştırmaya katılmada gönüllü kadınlardan oluşmuştur. Her bir sokak bir küme kabul edilerek randomize örneklem yöntemiyle belirlenen 25 sokaktan her biri için hizmet götürülen annelere ilişkin kartlardan 10 annenin adresi belirlenmiş ve bu adreslere gidilerek yüz yüze görüşülmüştür. Ancak sahada yaşanan güçlükler nedeniyle 217 (%86.8) gönüllü anneye ulaşılabilmiş ve verileri değerlendirmeye alınmıştır.

Kontrol grubu: Kontrol grubu olarak, benzer koşullara sahip mahallelerde sağlık hizmeti götürülmeyen 25 farklı sokakta

(her sokaktan aşağıda belirlenen koşullara sahip 10 kadın) 250 anneye ulaşılması hedeflenmiş; ancak benzer sorunlar nedeniyle gönüllü 246 anne çalışma kapsamına alınmıştır. Kontrol grubu annelerin seçiminde ön koşul olarak, saha çalışanları tarafından ziyaret edilmeyen ve eğitim verilmeyen, sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından müdahale grubuyla benzer özellikler taşıyan komşu mahallelerde yaşayan ve 24 aylıktan küçük bebeği olan anneler belirlenmiştir.

Veri toplama araçları

Araştırmada veriler, her iki grup için, araştırmacılar tarafından literatür.^[2,3,9,12-14] doğrultusunda hazırlanan ve toplam 37 sorudan oluşan "anket formu" ile elde edilmiştir. Altı bölümden oluşan formda, annelerin sosyo-demografik (10 soru), obstetrik özellikleri (8 soru) ile güvenli anneliğe ilişkin bilgi ve uygulamalarına (gebelikte sağlık kuruluşuna gitme, tetanos aşısı yaptırma, doğumda yardım alma, lohusalık ve yenidoğan bakımı, emzirme) yer verilmiştir. Çalışma öncesi anket formu, 50 anneye uygulanarak test edilmiştir. Güvenli anneliğe ilişkin bilgi ve uygulamaları içeren açık uçlu soruların yanıtı "yeterli" "yetersiz" olarak değerlendirilmiştir.

Akran Eğitimcilerin Yetiştirilmesi

Bölgede yaşayan, aynı dili (Kürtçe ve Türkçe bilen) ve kültürlü paylaşan proje deneyimi olan kadınlar arasından 15 lider kadın, 5+5 günlük "Saha Çalışanı Eğitici Eğitimi" programı ile görevle hazırlanmıştır. Eğitici eğitiminin amacı; saha çalışanlarını, güvenli annelik, iletişim ve eğitim becerileri konusunda bilgi ve beceri kazandırarak ev ziyaretiyle gebe ve lohusaya bireysel danışmanlık verebilecek ve onları sağlık hizmet kullanımına yönlendirebilecek düzeye ulaştırmaktır. Eğitici eğitimi, Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü AÇSAP (Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) ekibi işbirliğinde planlanmış olup eğitimde, AÇSAP'ı temsilen bir eğitici bulunmuştur. Eğitim programının ilk 5 gününde (40 saat) güvenli annelik konusunda kuramsal bilgiler (kadın ve erkek üreme sistemleri ve işleyişi, gebeliğin oluşumu ve gebeliğe hazırlık, gebelik ve lohusalık dönemleri bakımı ve tehlike belirtileri, doğum eyleminin nasıl olduğu, anne sütü ve emzirme adımları, yenidoğan bakımı ve sorunları, iletişim ve kendini ifade etme becerileri, kayıt formlarını doldurma) verilmiştir. Eğitimde saha çalışanlarına destekleyici bilgi notları verilmiş ve sahada kullanacakları resimli rehber, broşür, maket ve modellerin nasıl kullanılacağı açıklanmıştır. Eğitim programının ikinci 5 gününde ise adayların eğitim becerilerini geliştirmek üzere, önce eğitim ortamında her bir saha çalışanı adayına örnek uygulamalar yaptırılmış, ardından mahallelerde gerçek gebe ve lohusalara yapılan eğitimler ve ev ziyaretleri (biret adet) izlenmiştir. Eğitim ve gözlem kayıtları sonunda 15 lider kadın arasından 7 kişi "saha çalışanı" olarak belirlenmiş ve görevle başlamıştır.

Yapılan İşlem/Müdahale

İl Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile mahallelerdeki sağlık ocakları

çalışanlarıyla işbirliği sağlanmıştır. Saha çalışanlarının eğitimi sırasında sahada kullanılacak (uterus, meme, bebek ve loşia kanaması maketleri, gebelik-lohusalık danışmanlık atlası) ve eğitimlerden sonra gebe-lohusa ve ailesine verilecek (gebelik bakım broşürü, lohusalık ve yenidoğan bakım broşürü) eğitim materyalleri revize edilerek çoğaltılmıştır.

Eğitim alan saha çalışanları, kendileri için belirlenen mahalle ve sokaklardaki gebe ve lohusalara ulaşmışlardır. Ardından saha çalışanları saptadıkları gebe-lohusaların içinde buldukları haftaya uygun her bir seferde en az 45 dakika süren, gebelik döneminde 4, lohusalık döneminde 3 kez ev ziyaretleri yapıp planlı eğitim vermişlerdir. Gebe ve lohusaya yol gösterici ve destekleyici olmak üzere bazen sağlık kontrolü yaptırmaya birlikte sağlık ocağına gitmişlerdir. Ayrıca, saha çalışanları, proje sorumluları tarafından ev ziyaretleri ile değerlendirilmiştir. Proje sorumluları Kürtçe bilmedikleri için çevirmen eşliğinde ev ziyaretlerini yapmışlardır.

Çalışmanın Uygulanması

Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinden oluşan 30 anketör; Kürtçe bilen, o yörede yaşayan ve toplumu tanıyan kişilerden seçilmiş ve bir günlük eğitim ile bu görevle hazırlanmışlardır. Anket formu, saha çalışmasının tamamlanmasından 2 ay sonra bu anketörler tarafından deney ve kontrol grubuna karşılıklı görüşme yöntemiyle doldurulmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Diyarbakır Valiliği'nden, çalışma işbirlikçileri olan İl Sağlık Müdürlüğü ve Diyarbakır Belediyesi'nden resmi izinler alınmıştır. Araştırmada yer alan kadınlar ve aileleri konu hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Veriler, bilgisayar ortamına taşınmış, SPSS 11.0 istatistik programında müdahale grubu ile kontrol grubunun güvenli annelik uygulamaları karşılaştırılmıştır. Elde edilen veriler, yüzdeler ve ki-kare testleriyle değerlendirilmiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Çalışma, Diyarbakır'ın yoksul ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerinde gerçekleştirildiği için ilin bütünü için genelleme yapılmamıştır.

Bulgular

Tablo 1 incelendiğinde, çalışma kapsamındaki kadınların %53.3'ü okuryazar değil, %50.1'i 19 yaşından önce evlenmiş ve %19.7'sinin herhangi bir sosyal güvencesi yoktu. Müdahale ve kontrol grubu arasında sosyo-demografik veriler açısından

istatistiksel fark bulunmadığı saptandı.

Araştırma grubundaki kadınların %37.2'sinin 5 ve üstü gebeliği olduğu ve özellikle 7 ve üstü gebelik sayısının kontrol grubunda daha fazla olduğu dikkat çekiciydi. Obstetrik özellikler açısından da her iki grupta istatistiksel yönden fark yoktu (Tablo 2).

Tablo 3'te gebelikte sağlık hizmeti alma durumu değerlendirildiğinde; bir önceki gebeliğinde sağlık kontrolüne gitme her iki grup arasında farklı değilken ($p>0.05$) son gebelikte sağlık kuruluşuna gitme davranışının, müdahale grubu lehine anlamlı derecede daha iyi olduğu ($p<0.001$) saptandı.

Hizmet götürülen müdahale grubunda tetanos aşısı olmadığını belirtenler %25.8'i oluştururken kontrol grubunda bu oran %49.2 ile anlamlı derecede daha yüksek

bulundu ($p<0.001$) (Tablo 4).

Tablo 5'te bir önceki doğumların yapıldığı yer açısından her iki grup arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), bu son gebelikte doğumunu hastanede, sağlık personeli tarafından yaptırma durumu müdahale grubunda anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0.001$).

Bu son lohusalıkta sağlık kontrolüne gitme durumunun, müdahale grubu lehine anlamlı derecede arttığı ($p>0.001$) saptandı (Tablo 6).

Tablo 7'de müdahale grubunun bebeği ilk yarım saatte emzirmeye başlama, kolostrumu verme ve ek gıdaya 6 aydan sonra başlama açısından kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha başarılı olduğu ($p<0.001$) belirlendi.

Tablo I: Sosyo-Demografik Özellikleri Yönünden Müdahale ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

	MÜDAHALE GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
YAŞ GRUPLARI								
19'dan küçük	6	2.8	15	6.1	21	4.5	6.68	0.15
20-24	53	24.4	54	22	107	23.1		
25-29	76	35	94	38.2	170	36.7		
30-34	42	19.4	53	21.5	95	20.5		
35 ve üzeri	40	18.4	30	12.2	70	15.1		
ANNE EĞİTİM DURUMU								
Okur yazar değil	124	57.1	123	50	247	53.3	6.09	0.19
Okur yazar	41	18.9	39	15.9	80	17.3		
İlkokul Mezunu	46	21.2	72	29.3	118	25.5		
Orta okul mezunu	3	1.4	5	2	8	1.7		
Lise ve Üstü	3	1.4	7	2.8	10	2.2		
İLK EVLENME YAŞI								
18 ve öncesi	111	51.2	120	48.8	231	49.9	0.25	0.61
18 ve sonrası	111	51.2	120	48.8	231	49.9		
EŞİ İLE AKRABALIK DURUMU								
Yok	134	61.8	136	55.3	270	58.3	2.77	0.25
Kardeş çocukları	46	21.2	68	27.6	114	24.6		
Uzak akraba	37	17.1	42	17.1	79	17.1		
SOSYAL GÜVENCE DURUMU								
Yok	47	21.7	44	17.9	91	19.7	1.566	0.09
Yeşil kart	135	62.2	152	61.8	287	62		
Diğer sağlık güvenceleri	35	16.1	48	20.3	77	16.6		
AİLE TİPİ								
Çekirdek	145	66.8	156	63.4	301	65	0.58	0.44
Geniş	72	33.2	90	36.6	162	35		
TOPLAM	217	46.9	246	53.1	463			

Tablo 2: Doğurganlık Özellikleri Yönünden Müdahale ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

	MÜDAHALE GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
GEBELİK SAYISI								
0-2 gebelik	65	30	78	31.7	143	30.9	4.80	0.18
3-4 gebelik	69	31.8	79	32.1	148	32		
5-6 gebelik	35	16.1	52	21.1	87	18.8		
7+ gebelik	48	22.1	37	15	85	18.4		
KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK								
Düşüğü olmayan	155	71.4	191	77.6	346	74.7	2.35	0.12
En az bir düşük geçirmiş	62	28.6	55	22.4	117	25.3		

Tablo 3: Sağlık Hizmet Kullanımı Yönünden Müdahale ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

ÖNCEKİ GEBELİĞİNDE SAĞLIK KURULUŞUNA GİRME*	MÜDAHALE GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
En az bir kez gitti	82	44.8	73	35.4	155	39.8	3.94	0.14
Hiç gitmedi	101	55.2	133	64.6	234	60.2		
BU GEBELİĞİNDE SAĞLIK KURULUŞUNA GİRME								
En az bir kez gitti	200	92.2	151	61.4	351	75.8	59.58	0.000
Hiç gitmedi	17	7.8	95	38.6	112	24.2		
GİTTİĞİ SAĞLIK KURULUŞU								
Sağlık ocağı	47	23.5	35	23.2	82	23.4	12.66	0.002
Doğum hastanesi	109	54.5	58	38.4	167	47.6		
Özel kurum	44	22	58	38.4	102	29.1		
SAĞLIK KURULUŞUNA GİRME SAYISI								
Hiç gitmeyen	20	9.2	95	38.6	115	24.8	59.08	0.000
1-2 kez	51	23.5	26	10.6	77	16.6		
3-4 kez	65	30	45	18.3	110	23.8		
5 ve daha fazla	81	37.3	80	32.5	161	34.8		

*Hizmet götürülen grupta 34, kontrol grubunda 40 kadından daha önceki gebeliğe ait bilgi edinilememiştir.

Tablo 4: Tetanos Aşısı Yaptırma Yönünden Müdahale ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

GEBELİKTE TETANOS AŞISI YAPTIRMA	MÜDAHALE GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Aşı yapılmamış	56	25.8	121	49.2	177	38.2	27.34	0.000
1-2 doz	148	68.2	118	48	266	57.5		
3 ve daha fazla	13	6	7	2.8	20	4.3		

Bebeğini sağlık kontrolüne götürmeme durumu eğitim verilen grupta %5.7 iken, kontrol grubunda %40'a kadar yükseldiği ve

her iki grup arasında anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptandı (p<0.001) (Tablo 8).

Tablo 5: Doğumun Yapıldığı Yer ve Yaptıran Kişi Açısından İlişkisi Yönünden Müdahale ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

BİR ÖNCEKİ DOĞUMUN YAPILDIĞI YER	MÜDAHALE GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Evde kendi	50	27.6	57	27.9	107	27.8	1.74	0.62
Evde ara ebe	58	32	65	31.9	123	31.9		
Evde resmi ebe	5	2.8	2	1	7	1.8		
Hastanede	68	37.6	80	39.2	148	38.4		
DOĞUMUN YAPILDIĞI YER								
Hastanede	173	84	130	52.8	303	67	51.39	0.000
Evde	23	11.2	97	39.4	120	26.5		
Özel hastane	10	4.9	19	7.7	29	6.4		
DOĞUMU YAPTIRAN KİŞİ								
Ebe	143	69.4	121	49.2	264	58.4	48.56	0.000
Doktor	47	22.8	38	15.4	85	18.8		
Ara Ebesi	16	7.8	87	35.4	103	22.8		

Tablo 6: Lohusalık Döneminde Sağlık Kontrolüne Gitme Açısından Müdahale ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

ÖNCEKİ DOĞUMDA LOHUSALIK KONTROLÜNE GİTME**	MÜDAHALE GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Kontrolle giden	29	16.1	27	12.2	56	14.5	0.81	0.36
Kontrolle gitmeyen	152	83.9	177	87.8	329	85.5		
BU LOHUSALIKTA KONTROLE GİTME								
Kontrolle giden	55	25.3	38	15.4	93	20.1	7.03	0.008
Kontrolle gitmeyen	162	74.7	208	84.6	370	79.9		

**Hizmet götürülen grupta 36, kontrol grubunda 42 kadından bir önceki gebeliklerine ilişkin bilgi edinilememiştir.

Tartışma

Müdahale ve kontrol grubu eğitim durumu, ilk evlenme yaşı, eşiyile akrabalık durumu vb. sosyo-demografik veriler açısından benzer özellik taşımaktadır. Her iki grupta da eğitimsizlik, erken yaş evlilikleri önemli sorunlar olarak göze çarpmaktadır. Çalışmamızda, kadınların önemli bir bölümünün (%57.1) okur-yazar olmadığı, yarısının (%51.2) 18 yaş öncesi evlendiği, yaklaşık 2/3'nün yeşil kartı ile sağlık hizmeti aldığı belirlendi. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 verilerine göre, Diyarbakır'da okuma yazma bilmeyen kadın oranı %77'dir.^[5] Ülke genelini yansıtan kapsamlı çalışmada da Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınlar için benzer profil çizilmiştir. İlgili çalışmada kadınların %57'sinin eğitimsiz olduğu, %37.7'sinin yeşil kart ile güvencesini sağladığı saptanmıştır.^[2,6] Diyarbakır'da gerçekleştirilen bir başka çalışmada da eğitimsiz kadın oranı %81.8 olarak bildirilmiştir.^[3] Kadınlarımızın demografik özellikleri, genelde sağlık ve üreme sağlığı, özde de güvenli annelik hizmetlerine ve bu konuda eğitim/danışmanlığa gereksinimi olduğunu göstermektedir.

Kadınlarımızdaki yüksek doğurganlık oranı, anne ve çocuk sağlığı açısından bölgenin sorunlu olduğunu göstermektedir. Nitekim bölgeye özgü çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir.^[6] TNSA 2008'de Güneydoğu Anadolu Bölgesi için toplam doğurganlık hızı 3.47'dir.^[2] Yöredeki bir diğer çalışmada ise en az 4 gebelik geçiren kadın oranı %49.6 olarak belirlenmiştir.^[3] Boyacıoğlu'nun^[9] Van ilinde yaptığı kalitatif bir çalışmada ortalama gebelik sayısının 6.34, canlı doğumun 5.6, yaşayan çocuk sayısının 4.9 olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınlara çocuk sahibi olmanın kendileri için ne anlam taşıdığı sorulduğunda; öncelikle bunun kendi kararları olmadığı, bu nedenle de istediklerinden daha fazla çocuğa sahip oldukları ifade edilmiş ve ardından çocuğun kendilerine sosyal bir prestij kazandırdığını, yaşlılıkta ekonomik destek anlamı taşıdığını belirtmişlerdir. Bölgemiz açısından geçerli olabilecek bu veriler de dikkate alındığında çalışma bölgemizdeki kadının güvenli annelik konularında ne kadar fazla destek ve yardıma gereksinim duyabileceği açıktır.

Çalışmada, kadınların gebelik ve lohusalık dönemlerinde sağlık

Tablo 7: Emzirme Davranışları Yönünden Müdahale ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

BEBEĞİ İLK EMZİRME ZAMANI	MÜDAHALE GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
İlk yarım saatte	139	66.2	105	42.9	244	53.6	75.11	0.000
İlk gün içinde	59	28.1	43	17.6	102	22.4		
2 günden sonra	10	4.8	96	39.2	106	23.3		
Hiç emzirmede	2	1	1	0.4	3	0.7		
BEBEĞİ İLK NE İLE BESLEDİĞİ								
Kolostrum	184	87.6	132	53.9	316	69.5	60.94	0.000
Şekerli su	25	11.9	111	45.3	136	29.9		
Mama	1	0.5	2	0.8	3	0.7		
EK GIDAYA BAŞLAMA ZAMANI								
İlk 2 ay içinde başlayanlar	18	11.9	38	20.8	56	16.8	37.28	0.000
2-6 ay arasında başlayan	40	26.5	92	50.3	132	41		
6. ayda başlayanlar	89	58.9	48	26.2	137	41		
7 ve daha sonraki aylarda başlayanlar	4	2.6	5	2.7	9	2.7		

Tablo 8: Bebeğini Sağlık Kontrolüne Götürme Durumu Açısından Müdahale Ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

BEBEĞİNİ KONTROLE GÖTÜRME	MÜDAHALE GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Götürmedi	12	5.5	98	39.8	110	23.7	77.87	0.000
Hastalandığında götürdü/ Yenidoğan döneminde 1-2 kez	161	74.2	127	51.6	288	62.3		
Düzenli her ay götürdü	44	20.3	21	8.6	65	14		

kontrolüne gitme davranışı sorgulanmıştır. Son gebeliklerinde sağlık kuruluşuna gitme davranışı bakımından müdahale grubunda belirgin bir iyilik durumu söz konusudur. Bir önceki gebelikleri sırasında, müdahale ve kontrol grubu arasında sağlık kontrolüne gitmede fark yokken, bu son gebelikte eğitim alanların kontrole gitmesi artmıştır. Güneydoğu Anadolu Bölgesi için doğum öncesi dönemde hiç bakım almama oranı %17.8, yetersiz bakım alma %42.2'dir. Doğum sonu dönem için hiç bakım almama oranı %31 olarak belirtilmiştir.^[2,12] Çakmak ve arkadaşlarının^[15] Diyarbakır'da yaptıkları araştırmada, annelerin %39.6'sı en az bir kez doğum öncesi bakım alırken, %60.4'ü hiç bakım almamıştır. Bu annelerin %58'inde gebelik sırasında tetanos aşısı yapılmamıştır. TNSA 2008^[12] ileri analiz çalışmasında, 6 ve üstü gebeliği olan, eğitimsiz ve hane halkı refah düzeyi düşük olan ailelerde yaşayan kadınlar için bakım almama oranının daha da yükseldiği (antenatal dönem için %23.6, doğum sonu dönem için %37) belirtilmektedir. Yoksul, eğitimsiz ve doğurganlık düzeyi oldukça yüksek olan proje grubumuzda gözlenen bu belirgin iyileşme durumu, topluma dayalı hizmet modelinin ve

“saha çalışanları”nın başarısı olarak nitelendirmek mümkündür. Saha çalışanları ev ziyaretlerinde verdikleri eğitim/danışmanlık hizmetleri dışında kadınların sağlık hizmet kullanımında yol gösterici ve kolaylaştırıcı olmuşlardır. Willows Vakfı^[16] tarafından aynı yörede topluma dayalı hizmet modeliyle yürüttüğü “üreme sağlığı hizmetlerinde farkındalık yaratmak ve hizmet kullanımını artırmak” konulu projede de başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışma öncesi bölgede gebeliği önleyici modern yöntem kullanım oranı %42 iken proje bitiminde bu oran %70'e çıkartılmıştır. Çalışmamızla benzer biçimde elde edilen başarı, kadınların evlerinde aynı yörede yaşayan ve aynı dili konuşan akrabaları tarafından ziyaret edilip ihtiyaçları olan bakım ve yardımı almış olmalarından kaynaklanmaktadır.

Türkiye'de 2000 yılında toplam 10 neonatal tetanos vakası bildirilmiştir. Bu vakaların dördü (%40) ölümlü sonuçlanmıştır. Türkiye'de 2000 yılı tetanos aşısı 2 aşılması oranı %36'dır. Ülkemizde neonatal tetanosu önlemek amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 4. gebelik ayından sonra bir ay ara ile 2

doz, 6 ay sonra da (lohusalıkta) 3. doz tetanos aşısı öngörülmektedir.^[15] Gürkan ve arkadaşları, Diyarbakır'da gerçekleştirdikleri bir çalışmada 1991-1997 yılları arasında 55 neonatal tetanos olgusu saptamışlardır^[18]. Bu bebeklerin hepsi, kırsal alandan gelmiş, doğum öncesi bakım almamış ve doğumları evde eğitimsiz kişiler tarafından yapılmıştır. Göbek kordonlarının jilet (%55), makas (%27) ve bıçak (%18) gibi hijyenik olmayan aletlerle kesildiği ve annelerin tümünün gebelikleri sırasında tetanos aşısı olmadığı belirlenmiştir.^[18] Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre kadınların tetanos aşısı yaptırma oranı il geneli için %45.6; il merkezi için %48'dir.^[7] Çalışmamızda doğum öncesi ve sonrası bakımın bir göstergesi olarak tetanos aşısı olma durumu değerlendirildiğinde, müdahale grubunun gebelikte 2 doz aşısı tamamlama oranı %68.2, kontrol grubunda ise %48'dir. Hizmet götürülen gruptaki gebelerimizin, istenilen düzeyde olmasa da tetanos aşısı yaptırma konusunda il değerlerine kıyasla çok daha iyi durumda oldukları görülmektedir. İzmir ilinde gerçekleştirilen retrospektif çalışmada kadınların %90.4'ünün gebeliği sırasında en az bir kez tetanos aşısı olduğu belirtilmiştir.^[18] Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki verilerden epeyce farklı olan bu sonuç, çalışmanın Ege Bölgesi'nde gerçekleştirilmiş olmasıyla açıklanabilir.

Kadınların tetanos aşısının önemini bilmemeleri ve önemsememeleri, kadın doğum uzmanlarının çoğu kez aşısı gereksiz görüp önermemesi, ayrıca Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgelerimizde halkın yaygın olarak aşının kısırlığa neden olduğu ve şişmanlattığı görüşü, ölü doğumlara yol açtığı algısı gibi yanlış bilgiler gebelik-lohusalık döneminde aşılama oranlarını düşürmektedir.^[4,13] Toplum tabanlı sağlık hizmet modeli ile eğitim vermek bu gibi inanışların azalmasında etkilidir. Varsayımımızda olduğu gibi, eğitimle kadınların tetanos aşısını yaptırma konusunda ikna oldukları görülmektedir.

Ülkemizde ana ölüm oranı, yüz bin canlı doğumda 28.5±2.5'dir. Bunların %60'ı doğumdan hemen sonra ağırlıklı olarak kanama gibi önlenemez nedenlerle olmaktadır. Bu oran, evde, uygun koşullarda, profesyonel yardım almadan yapılan doğumlar nedeniyle Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde çok daha yüksektir (38.9/yüz bin).^[6] Bu ve benzeri nedenlerle T.C. Sağlık Bakanlığı ülke genelinde tüm doğumların, sağlık kuruluşlarda gerçekleştirilmesi çabası içerisine girmiştir. Çalışmamızda, müdahale grubundaki gebelerin %88.9'u doğumunu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmiştir. Yine doğumunda sağlık personelinin yararlanma oranı da (%92.2) hayli yüksektir. Kontrol grubu için aynı sağlıklı davranıştan söz etmek olanaksızdır. Projemizin gereği ev ziyaretlerinde gebelik ve lohusalık dönemlerine özgü planlı eğitim programlarının yapılmış ve broşürlerin verilmiş olması, hedef grubumuzun doğru sağlık davranışı kazanmasında etkili olmuştur. Ülke genelinde evde doğum oranı %10.3'tür. Bu oran, Güneydoğu Anadolu Bölgesi için %25.3'tür. Okur-yazar olmama, düşük hane halkı refah düzeyi, doğum öncesi bakım almama ve 6 ve üstü doğum sayısı, evde doğum oranını %38.1'e kadar yükseltebilmektedir.^[2] Benzer özellik taşıyan

müdahale grubumuzda evde doğum oranının %11.2'de kalması, projenin ve saha çalışanların başarısıdır. Çünkü çalışmanın gerçekleştirildiği 2007 yılında Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü verisine göre doğumların %16'sı evde tek başına, %12'si de evde sağlık personeli ile gerçekleşmiştir.^[7] Evde doğum yapma nedenleri, bazı kalitatif çalışmalarda ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Güç coğrafi koşullar, ulaşım zorluğu, ekonomik yetersizlik, sağlık güvence yokluğu gibi birçok neden sıralanmış, ancak aralarından en çok üzerinde durulan hastane ortamında kendini güvende hissetmeme, kötü davranışa maruz kalma, korkma, utanma, çekinme, sezaryen veya dikişli doğum yaptırma, bedenin başkaları tarafından görülmesi olmuştur.^[4,9] Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınların genel düşüncesi olan bu algılar çalışma grubumuz tarafından da ifade edilmiştir.

Çalışmamızda müdahale grubundaki kadınlar, sağlık hizmeti almanın önemini bildikleri halde özellikle lohusalık döneminde bunu uygulamaya yansıtma yetersiz kalmışlardır. Buna rağmen bir önceki lohusalıklarıyla karşılaştırıldığında topluma dayalı sağlık hizmeti modeli ile eğitim alan kadınlarda anlamlı düzeyde iyileşme fark edilmiştir. Oysa kontrol grubunda böylesi bir değişimden söz etmek olanaksızdır. Doğum öncesi bakım hizmeti almama nedenlerine ilişkin Adana, Van ve Afyon'da yürütülen kapsamlı çalışmada, kadınların çok büyük bir rahatsızlık olmadıkça sağlık kontrolüne gidemedikleri veya götürülemedikleri belirtilmiştir. Gitmeme nedenleri arasında hizmet sunuculara güvensizlik, küçümsenme, utanma, sağlık ocağından yeterli hizmeti alamama düşüncesi ve aile büyüklerinin baskısı öne çıkmaktadır.^[4] Van'da 32 evli ve çocuklu kadın ile yürütülen kalitatif çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.^[9]

Literatürde lohusalık döneminde sağlık kontrolüne gitmeyi etkileyen çok çeşitli etken olduğu belirtilmektedir. Bunlar arasında; toplumun ve sağlık personelinin lohusalık dönemine ilişkin geleneksel algı, yenidoğan bakımının anne sağlığından önde tutulması, bu döneme özel yaygın geleneksel uygulamalar (lohusalar 40 gün evden çıkmaz vb.) sayılabilir.^[19,20]

Çoğu kültürün harmanlandığı doğu bölgelerimizde çeşitli inanışlar, gelenek ve görenek, tabular ışığında lohusalık döneminde kadın ve bebeğe yönelik birçok geleneksel uygulamalar yapılmaktadır. Yenidoğana ilk öğün olarak şekerli su verme ve 3 ezan bekledikten sonra (yaklaşık 8-10 saat) emzirmeye başlama, ilk sütü (kolostrum) cerahatli ve kirli olduğu için bebeğe vermeme, anne sütünün bebeğe yaramadığına inanma, anne sütü ile birlikte su ve ek gıda verme, bebeğin rahat uyuması ve bacalarının düzgün olması için kundak yapma (kol ve bacalarını sıkıca sarmak), gözlerine limon damlatma, bebeğin kokmaması için tuzlama veya tuzlu su ile yıkama, ishal olduğunda bebeği emzirmeme, sarılık olmasın diye sarı kıyafetler giydirmeme, yüzüne sarı örtme ve "damrık" (bebeğin bedenine kesikler atma) uygulama, lohusaya enerji olsun diye yumurta ve pekmezden oluşan bir "bulamaç" yedirme, buna karşın doğumdan sonra 2-3 gün su içirmeme, karnı sarkmasın diye sıkıca sarma, "alkarası"ndan korumak için

40 gün anne ve bebeği yalnız bırakmama ve benzeri geleneksel uygulamalar, çeşitli araştırmalarla da saptanmıştır.^[3, 14, 18, 21-25] Çalışmamızda, gebe ve lohusalarımıza verilen eğitim programı kapsamında yöredeki geleneksel uygulamalar ve zararlı olanların nedenleri açıklanmıştır. Bu sayede emzirmeye başlama zamanı bakımından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ($p<0.001$) önemli fark saptanmıştır. Kolostrumu verme, kontrol grubunda her iki anneden birinde söz konusuysen, müdahale grubunda bu oran, %88'lere varmaktadır. Kolostrum vermeme davranışı geleneksel bebek beslenmesi kalıplarında olan bir davranıştır. Buna rağmen eğitim verilip belli bir süre izlenen annelerde bu geleneksel yanlış uygulamanın terk edildiği görülmektedir. Bebeğini sağlık kontrolüne götürme durumu açısından da her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Müdahale grubunda anne sütüne ve bebeğin sağlık kontrolüne ilişkin olumlu/doğru sağlık davranışlarının kazandırılmasında proje çalışmasının etkili olduğu açıktır.

Molzan-Turan ve arkadaşlarının^[26] İstanbul'da toplum katılımıyla gerçekleştirdikleri prenatal eğitim projesinde, çalışmamıza benzer başarılı sonuçlar elde edilmesi, eğitimlerin halktan seçilen akranlar tarafından verilmiş olmasından kaynaklanmıştır. Erişkin öğrenme ilkelerine göre kadınların gereksinim duydukları konuları güvendikleri kişilerden/akranlarından yargılama, eleştirme, nasihat etme gibi iletişim engelleri olmadan almalı projeyi başarıya ulaştırmıştır.

Sonuç

Sağlık hizmet kullanımının sorunlu olduğu bölgede toplum tabanlı hizmet modeli ile "Güvenli Annelik Eğitim/Danışmanlık" programının uygulanması sonucunda gebe ve lohusaların öz bakım bilgi-beceri düzeylerinin ve sağlık hizmet kullanımının arttığı saptanmıştır. Bu çalışmada kadınlara hemen kullanacakları, gereksinim duydukları konularda bilgiler yetişkin eğitim ilkeleri doğrultusunda verilmiş, uygun iletişim teknikleri kullanılarak onların güveni kazanılmıştır. Yargılama, eleştirme, nasihat etme gibi iletişim engellerinden kaçınılarak yürütülen eğitim/danışmanlık programı başarının kilit noktası olmuştur.

Hemşirelik hizmetlerinin gebe-lohusalara ulaştırılması ve sağlık hizmet kullanımının artması için; sağlık çalışması ve hizmet kullanıcı arasındaki dil probleminin çözülmesi, farklı kültürlerle saygı ve kültürel farklılıkların kabulü, yöreye özgü geleneksel uygulamalardan haberdar olma ve nihayet sağlık kuruluşlarına ve sağlık çalışanlarına güvenin artırılması gerekmektedir. Bu adımların gerçekleşmesinde toplum tabanlı modellerin etkisi yadsınmaz. Hizmet kullanımının yeterli olmadığı bölgelerde toplum tabanlı çalışmalar için sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Coşkun AM, Akyüz A, Arslan H. ve ark: Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı, Editör: AM. Coşkun, İstanbul, 2012: s. 591.
2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus

3. Ergenekon Özelci P, Elmacı N, Ertem M, Saka G. Breastfeeding beliefs and practices among migrant mothers in slums of Diyarbakir, Turkey, 2001. *European Journal of Public Health* 2006, Vol. 16, No. 2, p.143-148.
4. Sofreco C, Eduser S. Sağlık Arama Davranışı Araştırması, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara. [Health Seeking Behaviour Study, 2007. Ankara: Conseil Sante', EDUSER, SOFRECO, Ministry of Health General Directorate of Mother-Child Health and Family Planning and the Delegation of the European Commission to Turkey] 2008.
5. Türkiye İstatistik Kurumu, Eğitim istatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/AltKategori>, (Erişim Tarihi:15 Ocak 2010).
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık, Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara, 2006.
7. Diyarbakır Kent Yoksulluk Haritası, Sarmaşık Yoksullukla Mücadele ve Sürdürülebilir Kalkınma Derneği ile Diyarbakır-Yerel Gündem 21'in işbirliğiyle hazırlanan araştırmasının sonuçları, Diyarbakır, 2007.
8. Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü Portalı Bilgi İşlem ve İstatistik Şube Müdürlüğü verileri, <http://www.dsm.gov.tr/> (15 Aralık 2008)
9. Boyacıoğlu AO, Türkmen A. Social and cultural dimensions of pregnancy and childbirth in eastern Turkey, *Cultur,Health & Sexuality* 2008, 10(3), p.277-285.
10. Kurçer MA, Şimşek Z, Solmaz A. Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-2 Yaş Çocuk ve Gebelerde Aşılama Oranları ve Aşılama Sorunları, <http://tip.harran.edu.tr/tipdergisi/arsiv/20052.pdf> (Erişim Tarihi:20 Mart 2013).
11. Kaya F, Serin Ö. Doğum Öncesi Bakımın Niteliği, The quality of the antenatal care, *TJOD Dergisi* 2008, 5, p. 28-35.
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri, Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2010.
13. Sönmez Y, Aksakoğlu G. Gebelikte tetanoz aşılama durumu ve etkileyen etmenler (Status of tetanus vaccination in pregnancy and influencing factors), *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2005, 14:9, s. 212-216.
14. Geçkil E, Şahin T, Ege E. Traditional postnatal practices of women and infants and the factors influencing such practices in South Eastern Turkey, *Midwifery* 2005, 25, p.62-71.
15. Çakmak A, Ertem M, Karazeybek H. Diyarbakır çocuk hastanesine yatırılan çocukların annelerinin sağlık hizmetlerine erişimi. *Orjinal Araştırma. Türkiye Klinikleri Journal Pediatr* 2007, 16: s. 82-89.
16. Willows Foundation, Çalışma raporları, <http://www.willowsfound.org/toplum.asp> (Erişim Tarihi:13 Aralık 2008).
17. TCSBTS Hizmetleri, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık, and Genel Müdürlüğü. "Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Saha Rehberi". 1. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 2006.
18. Gürkan F, Boşnak M, Dikici B, et al. Neonatal tetanus: a continuing challenge in the southeast of Turkey: risk factors, clinical features and prognostic factors, *Eur J Epidemiol* 15:171, 1999, p.171-4, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10204647>, (Erişim Tarihi: 6 Mart 2013).
19. Gölbaz Z, Eğri G. Doğum sonu dönemde annenin bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar, *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010; 32: s.276-282.
20. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, Jour of Psych Nurs.* 2010;1(2):p.71-76.
21. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2007; 16:1, s. 9-12. <http://www.ttb.org.tr/STED/2007/ocak/dogum.pdf>, (Erişim Tarihi: 20 Mart 2013).
22. Ayaz S, Yaman Efe S. Potentially harmful traditional practices during pregnancy and postnatal. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2008, 13(3):p.282-288.
23. Aliefendioğlu D, Hızal S, Dibek Mısıroğlu E, Şanlı C, Albayrak M, Oktay A. Traditional child care procedures in an anatolian city, *Gazi Medical Journal* 2009; 20: 1, s.17-20.
24. Bölükbaş N, Erbil N, Altunbaş H, Arslan Z. 0-12 aylık bebeği olan annelerin çocuk bakımında başvurdukları geleneksel uygulamalar, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009 6(1), s.164-176.
25. Eğri G, Gölbaz Z. 15-49 Yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamalar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6(5), s.313-320.
26. Molzan-Turan J, Say L, Köybaşıoğlu-Güngör A, Demarco R, Yazgan Ş. Community participation for perinatal health in Istanbul. *Health Promotion International*, 2003 18 (1), p.25-32.