

BİR GRUP LOKANTA VE YEMEKHANE ÇALIŞANINDA BRUSSELLA ANTİKORLARININ WRIGHT AGLÜTİNASYONU İLE ARAŞTIRILMASI

G. İştah Dolapçı* • Muzaffer Göz* • Aydın Karaarslan* • A. Tefvik Cengiz*

ÖZET

Bu çalışmada, gıda ve beslenme sektöründe çalışan 201 garson, bulaşıkçı, aşçı gibi meslek sahiplerinin serumlarında Wright aglütinasyon yöntemiyle brusella antikorları araştırılmış ve 1 kişide (%0.5) 1/320 titrede seropozitiflik saptanmıştır. Kontrol grubunu oluşturan 50 üniversite öğrencisinde seropozitiflik görülmemiştir. Çalışma grubu ile kontrol grubu arasında brusella seropozitifliği açısından Fisher's exact testine göre istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Brusella antikor düzeyi

SUMMARY

Brusella Antibody Titers with Wright Agglutination in One Group Restaurant and Cafeteria Workers

In this study, Brucella antibody levels was investigated with Wright agglutination assay in the sera of 201 waiter, washer, cook working in food sector and seropositivity was determined in 1 person (%0.5) with a titer of 1/320. No seropositivity rate has been found in the control group, composed of 50 university students. A statistical significant difference couldn't be determined according to Fischer's exact test ($p>0.05$).

Key Words: Brucellosis, Brucella antibody levels

Bruselloz ekonomi ve halk sağlığı yönünden büyük önemi bulunan, zoonotik bir enfeksiyondur (1). Dünyada yılda 500000 yeni bruselloz olgusu ortaya çıkmakta ve bunlardan çoğu Akdeniz ülkelerinde, Ortadoğu, Meksika, orta ve kuzey Amerika'da görülmektedir (2,3).

Brusella bakterileri daha çok sığır, koyun, keçi, domuz ve köpek gibi hayvanlarda genital organ, meme bezleri ve plasenta enfeksiyonlarına neden olan bakterilerdir. İnsanlara deri ve mukozanın yanısıra, özellikle sindirim kanalından girerek, başlangıçta genel enfeksiyon ve septisemiyle seyreden, sonraları kronikleşerek çeşitli organlara yerleşebilen hastalıklara neden olurlar. Olguların büyük çoğunluğu hasta hayvanlardan elde edilen ve pişirilmeden tüketilen süt ve süt ürünlerinin kullanımı sonucunda ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bir meslek hastalığı şeklinde, veterinerler, çiftçiler, kasaplar ve mezbaha işçilerinde enfeksiyona sık rastlanmaktadır (4,5). Bruselloz %85 oranında erkeklerde, daha çok bahar ve yaz aylarında görülmektedir (6,7).

Bruselloz, gelişmiş ülkelerden birçoğunda eradike edilmiş ya da kontrol altına alınmış olmasına rağmen, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde, endemik olarak görülmeye devam etmekte ve epidemiyolojik çalışmalara rağmen genellikle gerçek prevalans bilinmemektedir. Bu ülkelerde bruselloz önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Bu ülkelerde bruselloz önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. İspanya'da 1996 yılında, pastörize edilmemiş peynir tüketimine bağlı olarak ortaya çıkan epidemik bruselloz salgınında etkenin *B. melitensis* olduğu belirlenerek, pastörize edilmemiş süt ürünleri ve özellikle peynir yoluyla bruselloz bulaş riskine dikkat çekilmiş, salgınlardan sorumlu faktörlerin saptanması ve olguların araştırılmasına yönelik epidemiyolojik çalışmaların faydalarına işaret edilmiştir (8). Bu nedenle toplumda taramalarla seropozitifliğin belirlenmesi, toplumun hangi kesimlerinin ve hangi yörenin daha büyük risk altında olduğunun bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde brusella bakterileri ile karşılaşmış ve spesifik antikor taşıyan 1.750.000 kişi olduğu tahmin edilmektedir (4,9).

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

Bu çalışmada, epidemiyolojik verilere bir katkı sağlamak amacıyla bir bankanın yemekhanesinde ve çeşitli lokantalarda görev yapan aşçı, bulaşıkçı, garson gibi brusella açısından bir risk taşımayan ancak toplumun bir kesimini oluşturan meslek gruplarında Wright aglütinasyonu (WAT) yöntemiyle brusella seropozitifliği araştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, bir bankanın yemekhanesinde ve çeşitli lokantalarda görev yapan aşçı, bulaşıkçı, garson ibi 201 meslek sahibinin serumlarında WAT yöntemiyle brusella antikor düzeyleri araştırılmıştır.

Bu yemekhaneye ve lokantalara gidilerek her bireyden 4-5 ml kan alınmış ve steril koşullarda serumları ayrılarak, çalışılincaya kadar -20°C 'de saklanmıştı. Bu serumlarda, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı seroloji laboratuvarlarında WAT yöntemiyle brusella antikorları araştırılmıştır. Tek bir serolojik kontrol yapabildiğimiz için 1/160 ve üzeri titreler pozitif olarak

değerlendirilmiştir (10). Kontrol grubu olarak da, 50 üniversite öğrencisi seçilmiştir.

BULGULAR

Bir bankanın yemekhanesinde ve çeşitli lokantalarda çalışan 201 kişinin meslek grupları ve brusella antikor titre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1'de özetlendiği gibi, 201 olgudan 88'inin garson olduğu ve bunu 57 kişiyle aşçıların izlediği gözlenmiştir. Çalışmada yer alan tüm meslek grupları içinde %0.5 (1/201) oranında pozitiflik, %61.6 (124/201) oranında negatiflik ve %37.9 (76/201) oranında değişik oranlarda 1/10-1/80 titreleri elde edilmiştir.

Tablo 2'de, brusella antikor titrelerinin yaş grubu dağılımı verilmiştir.

Tablo 2'de özetlendiği gibi en fazla yoğunluğun 123 kişiyle 31-40 yaş diiminde olduğu ve erkek cinsiyetin %87 (175/201) oranında baskın olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu olarak seçtiğimiz 50 üniversite öğrencisinin serumlarında brusella antikor titreleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Yemekhane ve lokanta çalışanlarında, mesleklere göre, brusella antikor titre dağılımı

Meslek	Negatif	Titre						Toplam
		1/10	1/20	1/40	1/80	1/60	1/320	
Aşçı	28	16	8	4	1	0	0	57
Garson	63	6	13	4	1	0	1	88
Bulaşıkçı	10	1	0	0	0	0	0	11
Çaycı	2	3	0	0	1	0	0	6
Büfeci	1	0	0	0	1	0	0	2
Kantinci	6	1	0	0	0	0	0	7
Tabakçı	0	0	1	0	0	0	0	1
Diğer	14	8	5	1	1	0	0	29
Toplam	124	35	27	5	5	0	1	201

Tablo 2: Yemekhane ve lokanta çalışanlarında, brusella antikor titre dağılımı

Yaş	Cinsiyet	Φ	Brusella aglütininin titreleri						Toplam	
			1/10	1/20	1/40	1/80	1/60	1/320		
21-30	K	10	7	1	2	0	0	0	0	10
	E	34	23	3	6	1	0	0	1	34
31-40	K	12	7	2	1	1	1	0	0	12
	E	111	69	17	15	7	3	0	0	111
41-50	K	4	1	2	0	0	1	0	0	4
	E	23	14	6	3	0	0	0	0	23
50 ve üstü	K	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	E	7	3	4	0	0	0	0	0	7
Toplam		201	124	35	27	9	5	0	1	201

Tablo 3: Kontrol grubunda brusella antikor titre dağılımı

Titre	Negatif	1/10	1/20	1/40	1/80	1/60	1/320	Toplam
Olgu Sayısı	46	Φ	3	1	Φ	Φ	Φ	50
%	92	0	6	2	0	0	0	100

Tablo 3'de görüldüğü gibi, 50 kişilik kontrol grubunda, brusella seropozitifliği saptanmamıştır.

Bir bankanın yemekhanesinde ve çeşitli lokantalarda çalışan garson, aşçı ve bulaşıkçı gibi meslek gruplarındaki 201 kişi ile 50 üniversite öğrencisinden oluşan kontrol grubu arasında pozitif brusella antikor titreleri açısından istatistiksel olarak Fisher's Exact Testine göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Bruselloz, günümüzde özellikle hayvanlarda görülen infeksiyonun tam olarak kontrol altına alınmadığı ülkelerde sık rastlanmakta ve hastalık, olgularda büyük iş gücü kayıplarına neden olarak ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir. Alınan bazı önlemler sayesinde çeşitli ülkelerde bruselloz eradike edilmiş veya da kontrol altına alınmıştır. Örneğin ABD'de 1945 yılında 6500'den fazla brusella olgusu bildirilirken, yenidoğan hayvan sürülerinin aşılınması, seropozitif yaşlı hayvanların öldürülmesi, süt ve süt rünlerinin pastörize edilmesi sonucunda olgu sayısı 1983'de 154'e kadar düşürülmüştür (11,12). California'da 1973-1992 yılları arasında, %98'i laboratuvar verileri ile doğrulanan toplam 426 bruselloz olgusu bildirilmiştir (13).

Ülkemizde ise bildirim yetersizlikleri ve subklinik seyreden olguların varlığı nedeniyle gerçek bruselloz insidansı bilinmemektedir. Ancak halk sağlığı ve ekonomi açısından ciddi bir sorun olan bu hastalığa ait seropozitifliğin toplumun her kesiminden grupların taranmasıyla tespit edilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu amaca yönelik olarak Türkiye'de bruselloz seroepidemiolojisini araştıran en ayrıntılı, farklı bölgeleri içine alan, 13 ayrı çalışma grubunun yürüttüğü ve 70009 serum örneğinin brusella antikorları açısından incelendiği bir çalışma ile A grubunda (kırsal bölgelerde yaşayanlar, askerler, öğrenciler, hastanelere infeksiyon hastalığı dışındaki yakınmalarla başvuranlar)

bulunan 41046 kişide %1.8; B grubunda (poliklinik laboratuvarlarına infeksiyon hastalığı dışında belirtilerle başvuran) yer alan 17661 kişide %1.8; meslekleri gereği riskli (veterinerler, mezbaha işçileri, Et-Balık çalışanları, deri, konserve ve yün sanayi işçileri, kasaplar, süt endüstrisi çalışanları) 3734 kişilik C grubunda %6 ve D grubundaki (hastanelere araşıra gelen ateş, halsizlik, eklem ağrıları gibi yakınmaları olan ancak ilk anda bruselloz olabilecekleri düşünülmeyen) 7568 kişide %6.7 oranında brusella antikor pozitifliği tespit edilmiştir. Ayrıca en yüksek seropozitifliğin sırasıyla Diyarbakır, Konya ve Antalya'da olduğu da belirlenmiştir (4).

Yine ülkemizde, değişik yörelerde yapılan daha az sayıda örneğin incelendiği tarama çalışmalarında %2.2-15.6 arasında değişen seropozitiflik bildirilmiştir (14,15,16). Çolak ve ark (17). 1988-1989 yılları arasında kırsal alanlarda yaşayan 1332 kişide brusella antikorlarını araştırmışlar, seropozitifliğin erkek cinsiyette ve 45-54 yaş diliminde yoğunlaştığını tespit etmişlerdir.

Bu çalışmamızda, bruselloz açısından herhangi bir risk taşımadığını bilinen, ancak gıda ile ilişkileri olan garson, aşçı, bulaşıkçı gibi 201 meslek sahibinde WAT yöntemiyle brusella antikorları aranmış ve %0.5 oranında seropozitifliğin gözlenmiştir. Çalışma grubumuzdaki seropozitifliğin daha düşük oranlarda belirlenmesinde besin hijyenine uyumun yeterli olması ve tüketilen et, süt ve süt ürünlerinin sağlıklı kaynaklardan seçilmesine özen gösterilmesi etkin faktörler olarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerden oluşan 50 kişilik kontrol grubunun tümü seronegatif olarak belirlenmiştir. Çalışma grubu ile kontrol grubu arasında brusella antikor pozitifliği açısından istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Ancak brusella seroepidemiolojisinin tüm ayrıntılarıyla tespit edilebilmesi için brusella seropozitifliğinin, toplumun her kesiminden ve yöresinden seçilmiş çalışma gruplarında araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Doğum öncesi bakım (DÖB) ana-çocuk sağlığına yönelik hizmetlerin en önemlilerinden biri olup, primer ve sekonder koruyucu sağlık hizmetlerinin de iyi bir örneğidir (1). Nitekim, yapılan çalışmalar DÖB'in anne ölümlerini ve perinatal dönem bebek ölümlerini azalttığını göstermektedir (2,3).

Türkiye'deki sağlık birimlerinden, sağlık ocakları, sağlık evleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, hastaneler ve özel hekimler doğum öncesi bakım hizmetleri vermektedir. 1993 Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, araştırmadan önceki beş yıl içinde annelerin %47'si doktordan, %16'sı ebe veya hemşireden DÖB alırken %37'si ise hiç DÖB almamıştır. DÖB almış olanlarda ise ortalama değer 4.7'dir (4). Buna karşılık, sağlık ocaklarında veya ana-çocuk sağlığı merkezlerinde kayıtlı gebelerin ebeler tarafından en az 6 kez izlenmesi gerekmektedir (5). Ancak bu hizmetlerin kullanımı çeşitli nedenlerle yeterli düzeye ulaşmamaktadır. Özellikle kentsel bölgelerde hastane ve diğer olanakların da olması nedeniyle, birinci basamak sağlık kuruluşlarından istenen düzeyde yararlanılmamaktadır.

Bu çalışmayla, Ankara'da hemen her kesimden başvurunun yapılabildiği, belirli bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınlar incelenerek, DÖB'in alındığı yer, alınan hizmetlerin neler olduğu, özellikle sağlık ocaklarının ne ölçüde kullanıldığı ve sağlık ocaklarının kullanımını etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca, gebelik ve doğum sırasında yaşanan sorunlarla, bebeklerin sağlık durumları da ele alınarak DÖB alma durumu ile ilişkileri incelenmiştir.

MATERYAL VE METOD

Çalışma, Mart-Mayıs 1996 tarihleri arasında, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (A.Ü.T.F) Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğum yapan toplam 250 kadın üzerinde yürütülmüş, ağırlıklı olarak tanımlayıcı bir çalışmadır. DÖB ve gebelik sırasındaki sorunlar ile ilgili veriler doğum sonrasında, hastanede yatan kadınlardan anket yöntemiyle alınmıştır. Doğum sırasındaki sorunlar, bebeklerin sağlık durumu, Apgar rakamları ve ağırlıkları vb. bilgiler ise dosyalardan belirlenmiştir. Sonuçlar sadece bu hastanede doğum yapan kadınlara genellenmiştir. Çalışmada, ana-çocuk sağlığı merkezlerinden alınan bakım sağlık ocağı ile birlikte değerlendirilirken, özel muayene terimi ile muayenehane ve özel polikliniklerde yapılan kontroller kastedilmiştir. İstatistik değerlendirmede kıkare ve t testleri kullanılmıştır.

Tablo 1: Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum, Yaşayan Çocuk, İstemli Düşük ve Kendiliğinden Düşük Ortalamaları

	Ortalama±Standart Hata	Standart Sapma
Doğum Sayısı	1.77±0.06	0.95
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.72±0.0	0.89
İstemli Düşük Sayısı	0.73±0.05	0.87
Kendiliğinden Düşük S.	0.22±0.03	0.56

BULGULAR

Araştırma kapsamına giren 250 kadında yaş ortalaması 28.02±0.33 (min:17, max:40, mode:32) bulunmuştur. Kadınların, çalışma durumlarına bakıldığında; 154'ü (%61.6) evhanımı iken, 96'sı (%38.4) çalışıyordu. Bunların 67'si (%26.8) ilk ve altı öğrenim görmüş iken, 104'ü (%41.6) orta-lise, 79'u (%31.6) yüksek öğrenim görmüştü. Sosyal güvence yönünden; 36'sının (%14.4) herhangi bir sosyal güvencesi yok iken, 214'ünün (%85.6) sosyal güvencesi vardı.

Kadınların, doğum, yaşayan çocuk, istemli düşük ve kendiliğinden düşük ortalamaları Tablo 1'de görülmektedir.

Ayrıca toplam 11 kadının birer kez ölü doğum yaptığı görülmüştür.

Kadınların, bu son doğumları incelendiğinde; 109'unun (%43.6) normal doğum, 136'sının (%54.4) sezaryen, 5'inin (%2.0) vakum-forsepsli doğum yaptıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlardan 158'inde (%63.2) gebelik sırasında sorun yaşanmazken geri kalan 92'sinde (%36.8) çeşitli sorunlar olmuştur.

Doğum sırasında ise, 198'inde (%79.2) herhangi bir sorun yaşanmadığı, 52'sinde (%20.8) sorun yaşandığı görülmüştür.

Toplam 250 gebelikten 8'inin ikiz olması nedeniyle 258 bebek doğmuştur, bu bebeklerin de 201'inde (%77.9) herhangi bir sorun görülmezken 57'sinde (%22.1) çeşitli sorunlar saptanmıştır.

Gebelik sırasında, doğumda ve bebekte görülen sorunlar ve dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

Bebeklerin ortalama doğum ağırlıkları 3151 ± 34.12 (min:250, max:4600, mode:3000gr) bulunmuştur. Doğum ağırlığı belirlenmiş olan 248 bebekten %9.6'sı (24 bebek) düşük doğum ağırlıklı (2500 gr'ın altında), %2'si (5 bebek) iri bebek (4000 gr'ın üzerinde)'dir.

Tablo 2: Araştırmaya Katılanlarda Gebelik Sırasında, Doğumda ve Bebekte Saptanan Sorunların Dağılımı

Gebelik Sırasında		Saptanan Sorunlar Doğumda		Bebekte	
Sorun (n=92)	Sayı*	Sorun (n=52)	Sayı*	Sorun (n=52)	Sayı*
- Sistemik Hastalık	24	-Geliş Anomalisi	24	-Düşük Doğum Ağırlığı	24
- Düşük Tehdidi	17	-Erken Membran Rüp.	10	- Enfeksiyon/Riski	17
- Rh Uyuşmazlığı	8	- Fetal Distres	9	- Doğum Travması	
- Hiperemesis	8	- Erken Doğum Eylemi	8	(Sefal Hematom, Asfiksi)	
- Çoğul Gebelik	8	- Kordon Anomalisi	4	- Erken Doğum	9
- Erken Doğum Eylem	7	- Ölü Doğum	2	- Konjenital Anomali	5
- Pre-Eklampsi	7	- Baş-Pelvis Uygunsuzluğu	1	- Diğer	3
- Poli-Oligo Hidramnios	5	- Uterus Rüptürü	1		
- Placental Anomali	5				

* Bir kişide birden fazla sorun olabildiğinden sorun toplamı kişi sayısından fazladır.

Sağlık Ocağından Yararlanım:

Kadınlara bağlı buldukları sağlık ocağı sorulduğunda; 20'sinin (%8.0) sağlık ocaklarını bilmediği, 33'ünün (%13.2) bağlı oldukları herhangi bir sağlık ocağı olmadığını belirttiği, 197'sinin ise (%78.8) bağlı buldukları sağlık ocağını bildiği görülmüştür.

Gebelikleri sırasında, sağlık ocağından evlerine ziyaret yapılan veya kendisi yokken hemşirelerinin geldiklerini bilenler son derece azdır. Sadece 50 kadın (%21.6) bu soruya evet yanıtı vermiştir. Geri kalan 192 kadın (%78.4) ebeler tarafından ziyaret edilmediklerini belirtmişlerdir (Bakınız tablo 3).

Tüm kadınların ebe tarafından evde ziyaret edilme ortalaması 0.548 ± 0.08 olarak bulunmuştur. Ebe-lerce ziyaret edilmiş olanlardaki ebe ziyaret ortalaması ise 2.54 ± 0.26 'dır.

Kadının çalışma durumu ile ebe ziyaretinin olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2=0.30$ $p>0.05$).

Kadınların, sağlık ocağına gitme durumları değerlendirildiğinde; 56'sı (%22.6) sağlık ocağına kontrole gitmiş iken, 194'ü (%77.4) sağlık ocağına gitmemiştir. Tablo 4'de gebelerin sağlık ocağına kontrole gitme durumları verilmiştir.

Tüm kadınların sağlık ocağında kontrole gitme ortalaması sadece 0.64 ± 0.12 , sağlık ocağında kontrol olanların gidiş ortalaması ise 2.87 ± 0.40 'dir.

Sağlık ocağında kontrole gitme ile ilişkili olabilecek faktörler değerlendirildiğinde, Tablo 5'de görüldüğü gibi, evde ziyaretinin yapılmış olup olmaması sağlık ocağının kullanımını etkilemiştir.

Sağlık ocağında kontrole gitme ile öğrenim düzeyi ilişkisine bakıldığında, öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlık ocağından yararlanma azalmaktadır (Tablo 6)

Doğum sayısı birden fazla olanlarda da sağlık ocağından yararlanma artmıştır (Tablo 7)

Tablo 3: Araştırmaya Alınan Kişilerde Ebe Ziyaretinin Yapılmış Olma Durumu

Ebe Ziyareti	Sayı	%
Hiç gitmemiş	196	78.4
1 kez	22	8.8
2 kez	12	4.8
3 kez	7	2.8
4 kez	6	2.4
5 kez	2	0.8
6 kez ve üzeri	5	2.0
TOPLAM	250	100.0

Tablo 4: Araştırmaya Alınan Kişilerin Sağlık Ocağına Kontrole Gitme Durumlarının Dağılımı

Sağlık Ocağı Kontrolü	Sayı	%
Hiç gitmemiş	194	77.4
1 kez	15	6.0
2 kez	23	9.2
3 kez	7	2.8
4 kez	4	1.6
5 kez	1	0.4
6 kez ve üzeri	6	2.4
TOPLAM	250	100.0

Ayrıca doğum sayılarının ortalamalarına göre de bakılmış, sağlık ocağında kontrole gitmiş olanlarda doğum sayısı ortalaması 2.23 ± 0.15 , gitmemiş olanlarda 1.64 ± 0.06 bulunmuş olup bu fark anlamlıdır ($t=4.24$ $p<0.001$).

Sosyal güvencelerinin olup olmaması da sağlık ocağına kontrole gitmeyi etkilemiştir (Tablo 8).

Sağlık ocağında kontrol oranlarının düşüklüğüne karşılık, hastanede veya özel muayenehanede kontrol

Tablo 5: Araştırmaya Katılanların Ebe Ziyareti Yapılması ile Sağlık Ocağında Kontrole Gitme Durumlarının Dağılımı

Ebe Ziyareti Yapılma Durumu		Sağlık Ocağında Kontrole Gitme Durumu		Toplam	%
		Gitmiş	Gitmemiş		
Yapılmış	n	30	24	54	21.6
	%	55.6	44.4	100.0	
Yapılmamış	n	26	170	196	78.4
	%	13.3	86.7	100.0	
Toplam	n	56	194	250	100.0
	%	22.4	77.6	100.0	

$$\chi^2=43.56 \text{ p}<0.001$$

Tablo 6: Araştırmaya Katılanların Öğrenim Düzeylerine Göre Sağlık Ocağını Kullanma Durumlarının Dağılımı

Öğrenim Durumu		Var	Sağlık Ocağında Kontrol		%
			Yok	Toplam	
İlkokul ve altı	n	24	43	67	26.8
	%	35.8	64.2	100.0	
Orta-Lise	n	23	81	104	41.6
	%	22.1	77.9	100.0	
Yüksekokul	n	9	70	79	31.6
	%	11.4	88.6	100.0	
Toplam	n	56	194	250	100.0
	%	22.4	77.6	100.0	

$$\chi^2=12.45 \text{ p}<0.01$$

Tablo 7: Araştırmaya Katılanların Doğum Sayılarına Göre Sağlık Ocağını Kullanma Durumlarının Dağılımı

Doğum Sayısı		Var	Sağlık Ocağında Kontrol		%
			Yok	Toplam	
Bir	n	17	105	122	48.8
	%	13.9	86.1	100.0	
İki ve üzeri	n	39	89	128	51.2
	%	30.5	69.5	100.0	
Toplam	n	56	194	250	100.0
	%	22.4	77.6	100.0	

$$\chi^2=9.82 \text{ p}<0.01$$

Tablo 8: Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvence Varlığına Göre Sağlık Ocağını Kullanma Durumlarının Dağılımı

Sosyal Güvence		Var	Sağlık Ocağında Kontrol		%
			Yok	Toplam	
Var	n	41	173	214	85.6
	%	19.2	80.8	100.0	
Yok	n	15	21	36	14.4
	%	41.7	58.3	100.0	
Toplam	n	56	194	250	100.0
	%	22.4	77.6	100.0	

$$\chi^2=8.98 \text{ p}<0.01$$

olma oranları daha yüksek bulunmuştur. Kadınların 93'ü (%37.2) gebelik kontrolü için özel muayenehaneye giderken, 157'si (%62.8) gitmemiştir. Özel mu-

ayenehanelerde kontrole gitme ortalaması tüm kadınlar için 1.63 ± 0.18 , kontrole gitmiş olanların kişi başına kontrol ortalaması ise 4.39 ± 0.32 'dir.

Tablo 9: Araştırmaya Katılanların Doğum Öncesi Toplam Kontrol Sayılarının Dağılımı

Doğum Öncesi Kontrol	Sayı	%
5 ve daha az	52	20.8
6-10 kez	135	54.0
11 ve daha fazla	63	25.2
TOPLAM	250	100.0

Hastanede kontrol oranları daha da yüksektir. Kadınların 226'sı (%90.4) hastanede kontrol olmuş iken 24'ü (%9.6) hastanede kontrole gitmemiştir. Hastanede kontrol ortalaması 6.33 ± 0.25 olup, hastanede kontrole gitmiş olanların kişi başına kontrol ortalaması 7.00 ± 0.23 'e yükselmektedir.

Toplam DÖB Sayıları Ve Sonuçları:

Araştırmaya katılan kadınların herhangi bir yerde (sağlık ocağı, hastane veya özel muayenehane) kontrole gitme, yani ortalama DÖB alma sayısı ise 8.70 ± 0.28 'dir (Bu toplama evde ebe ziyareti eklenmiştir). Toplam kontrol sayısına göre dağılım Tablo 9'da verilmiştir.

Kadınlardan sadece ikisi hastane-özel-sağlık ocağı vb. bir yerde kontrole gitmemiştir. Ancak bu iki kadının evde ebeler tarafından dörder kez ziyaret edildiği belirlenmiştir.

Toplam kontrol sayılarıyla doğum sırasında veya bebekte bir sorun olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Buna karşılık gebelik sırasında sorun yaşayanlar daha fazla doğum öncesi bakım almışlardır (Tablo 10).

Gebelik sırasında sorun yaşayan kadınların ortalama kontrol sayısı 9.73 ± 0.48 iken sorun yaşamayanlarada bu sayı 8.11 ± 0.33 'e düşmektedir ($t = 2.81$ $p < 0.01$).

APGARları bilinen 246 bebeğin APGAR 1 ve 2 skorlarının dağılımı Tablo 11'de verilmiştir.

Doğumda bebekte veya gebelik sırasında sorunu olanlarda ve olmayanlarda APGAR 1 ve 2 ortalamaları Tablo 12'de görülmektedir.

Sonuçta doğumda ve bebekte sorun olup olması ile APGAR 1 ve 2 skorları anlamlı ölçüde etkilenmektedir. Gebelikte yaşanan sorunların APGAR skoruna etkisi daha azdır.

DÖB'da Yapılan Muayene ve İncelemeler:

Kadınların toplam 245'i hastane veya özel muayenehanede DÖB almış olup, aldıkları hizmet değerlendirildiğinde; bunların %59.8'inin ağırlık ölçümlerinin %95.9'unun tansiyon ölçümlerinin, %94.3'ünün karın muayenelerinin, %86.5'inin ödem kontrollerinin, %95.5'inin ÇKS kontrollerinin, %93.9'unun kan tahillerinin, %93.0'ünün idrar incelemelerinin ve %99.2'sinin ultrasonografik incelemelerinin yapıldığı

Tablo 10: Araştırmaya Katılanların Gebelik Sırasında Sorun Olmasına Göre Toplam Kontrol Sayılarının Dağılımı

Toplam Kontrol		Var	Gebelik Sırasında Sorun		%
			Yok	Toplam	
5 ve daha az	n	12	40	52	20.8
	%	23.0	77.0	100.0	
6-10 kez	n	50	85	135	54.0
	%	37.0	63.0	100.0	
11 ve daha fazla	n	30	33	63	25.2
	%	47.6	52.4	100.0	
Toplam	n	92	158	250	100.0
	%	36.8	63.2	100.0	

$$\chi^2 = 7.38 \quad p < 0.05$$

Tablo 11: Araştırmaya Katılan Kadınların Bebeklerinin APGAR Skorlarının Dağılımı:

APGAR-1	Sayı	%	Bebeklerin Apgar Skorları		%
			APGAR-2	Sayı	
0-3	9	3.7	0-6	8	3.2
4-6	14	5.7	7 ve üzeri	238	96.8
7 ve üzeri	223	90.6			
Toplam	246	100.0	Toplam	246	100.0

Tablo 12: Araştırmaya Katılanların Gebelik Sırasında, Doğumda veya Bebekte Sorun Olup Olmamasına Göre APGAR 1 ve 2 Skor Ortalamalarının Dağılımı

	Gebelikte Sorun		İstatistik Analiz
	Var	Yok	
APGAR-1	7.59±0.18	7.75±0.92	t=0.87 p>0.05
APGAR-2	9.40±0.17	9.72±0.06	t=1.99 p<0.05
	Doğumda Sorun		
	Var	Yok	
APGAR-1	6.86±0.34	7.91±0.06	t=5.03 p<0.001
APGAR-2	8.82±0.32	9.80±0.03	t=5.46 p<0.001
	Bebekte Sorun		
	Var	Yok	
APGAR-1	7.17±0.32	7.81±0.07	t=2.82 p<0.01
APGAR-2	9.04±0.32	9.73±0.85	t=3.54 p<0.01

Tablo 13: Araştırmaya Alınan Kadınlarda Doğum Öncesi Bakımda Yapılan İncelemelerin Oranı.

Doğum Öncesi Bakımda Yapılan İncelemeler	İnceleme Yapılma Oranları (%)	
	Hastane+Özel n=245	Sağlık Ocağı n=56
- Ağırlık Ölçümü	58.6	64.3
- Tansiyon Ölçümü	94.0	83.9
- Karın Muayenesi	92.4	64.0
- Ödem Kontrolü	84.7	50.0
- ÇKS Kontrolü	93.6	58.9
- Kan Tahlili	91.4	25.0
- İdrar İncelemesi	92.1	19.6
- Ultrasonografi	97.2	---

görülmüştür. Ayrıca, kadınların %45.0'inde bunlar dışında birtakım ileri tetkikler de yapılmıştır.

Sağlık ocağında yapılan kontroller nicelik yönünden yetersiz olmanın yanısıra nitelik olarak da yetersiz kalmıştır. Sağlık ocağında kontrole giden 56 kadının; %64.3'ünün ağırlık ölçümlerinin %83.9'unun tansiyon ölçümlerinin, %64.3'ünün karın muayenelerinin, %50.0'sinin ödem kontrollerinin, %58.9'unun ÇKS kontrollerinin, %25.0'inin kan tahlillerinin, %19.6'sının idrar incelemelerinin yapıldığı saptanmıştır (Tablo 13). Ayrıca, tüm kadınların %25.0'i Tetanoz Aşısı yap-

tırmış olup, aşılamaların büyük kısmı (%95.0) sağlık ocağında olmuştur. (Sağlık ocağında kontrole gidenlerin yanısıra az sayıda sadece Tetanoz aşısı için sağlık ocağına giden kadın da mevcuttur).

Yapılan tetkiklerin, 250 kadın üzerinden, yapıldığı yere göre ortalamaları Tablo 14'de gösterilmektedir.

Sonuçta araştırmaya katılan kadınların doğum öncesi bakımlarında %3.2'sinin (8kişi) hiç tansiyonu ölçülmemiş, %36.8'i (92kişi) herhangi bir sağlık kuruluşunda tartılmamış, %6.4'ünün (16 kişi) kan tahlili ve %7.6'sında (19kişi) idrar tahlilleri hiç yapılmamıştır.

TARTIŞMA

Araştırma süresince A.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğum yapmış olan 250 kadının sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; yaş ortalamasının 28 olduğu, %38.4'ünün çalıştığı, %31.6'sının yüksek öğrenimli kişiler olduğu ve %85.6 oranında sosyal güvenceye sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca bu kadınların ortalama doğum sayıları 1.77, yaşayan çocuk sayıları 1.72, istemli düşük sayıları 0.33, kendiliğinden düşük sayıları da 0.22 olarak tespit edilmiştir.

Kadınların, çalışma konusunu oluşturan son doğumları, doğum şekli yönünden değerlendirildiğinde yarısından fazlasının (%54.4) sezaryen olması dikkat çe-

Tablo 14: Araştırmaya Katılanların Hastane+Özeldede Veya Sağlık Ocağında Yapılan Tetkiklerine Ait Ortalamaların Dağılımı

Yapılan Tetkikler	Hastane+Özel	Sağlık Ocağı	Toplam
- Ağırlık Ölçümü	3.38	0.52	3.90
- Tansiyon Ölçümü	7.58	0.59	8.17
- Karın Muayenesi	7.07	0.40	7.47
- Ödem Kontrolü	6.49	0.35	6.84
- ÇKS Kontrolü	7.25	0.40	7.65
- Kan Tahlili	4.19	0.11	4.30
- İdrar İncelemesi	4.07	0.09	4.16
- Ultrasonografi	5.19	---	5.19

kicidir. Sezaryen uygulamalarının giderek yaygınlaştığı fikrini vermektedir.

Kadınların %36.8'i, gebelikleri sırasında, sistemik hastalık, düşük tehdidi, Rh uyuşmazlığı, hiperemesis, çoğul gebelik, erken doğum eylemi, preeklampsisi, poli-oligo hidramnios, plasental anomali gibi sağlık sorunlarıyla karşılaşmıştır. Doğum sırasında da %28'inde; geliş anomalisi, erken membran rüptürü, fetal distres, erken doğum eylemi, kordon anomalisi, ölü doğum, baş-pelvis uygunsuzluğu ve uterus rüptürü gibi sorunlar yaşanmıştır. Bebeklerin %22.1'inde görülen sorunlar da sırasıyla; düşük doğum ağırlığı, enfeksiyon-enfeksiyon riski, doğum travmasına bağlı sorunlar, erken doğum, konjenital anomaliler olmuştur.

Gebeliklerin 8'inin ikiz olması nedeniyle 258 bebek doğumu olmuş ve bu bebeklerin ortalama doğum ağırlığı 3151 gr bulunmuştur.

Çalışmada temel olarak kadınların DÖB için ne ölçüde birinci basamak (sağlık ocağı) hizmetlerinden yararlandığı saptanmak istenmiştir. Kadınların %78.8'i bağlı oldukları bir sağlık ocağı olduğunu bildiklerini belirtmiştir. Sağlık ocağı hizmetlerinin en önemli bölümünü ev ziyaretleri (gebe ziyaretleri) oluşturmalarına karşın, sadece 50 kadının (%21.6) evde ziyaret edilebildiği görülmüştür. Evde ziyaret gören bu 50 kadındaki ziyaret sayısı ortalaması da ancak 2.5'a ulaşmıştır. Bu sayılar (sonuçları genelliyemememizle birlikte) kentsel bölgelerde ev ziyaretlerinin yetersiz kaldığını düşündürmektedir. Bu durum üzerinde pek çok faktör etkili olabilir. Ayrıca Ankara merkezde çoğu bölgede aktif sağlık ocağı çalışmasının yürütülmediği de bilinmektedir.

Kadınların sadece %22.6'sı sağlık ocağına gebelik kontrolü amacıyla gitmiştir. Sağlık ocağına giden kadınlarda da ortalama sayı 2.87 civarındadır. Kentsel bölgelerde bazı rutin tetkikler (hemoglobinin, idrar tahlili vb.) sağlık ocağı içinde yapılmaktadır. Bu nedenle kadının sağlık ocağına kontrole çağrılması ev ziyareti kadar önemlidir. Ebelerce kadının evde ziyaret edilmiş olması sağlık ocağına kontrole gitmeyi etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur (Tablo 5. $X^2=43.56$ $p<0.01$)

Bu sonuçlar, üzerinde çalışılan grup için, birinci basamak hizmetlerinin çok yaygın, ulaşılabilir yada talep edilebilir olmadığını göstermektedir. Buna karşın pek çok ülke örneği, hem yakın hem de ekonomik olmaları nedeniyle DÖB'da birinci basamak merkezlerin tercih edildiğini göstermektedir (6,7).

Gebelik kontrolü için, sağlık ocağına gitme öğrenim düzeyi ile de ilişkili bulunmuştur. Öğrenim düzeyi

yi düşüktüğü sağlık ocağından yararlanma artmıştır (Bkz Tablo.6 $X^2=12.45$ $p<0.01$). Bu durum kentin sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu bölümlerinde daha faal çalışan sağlık ocaklarının bulunmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, öğrenim düzeyi yüksek olanların genel olarak daha yüksek sosyoekonomik düzeyde olmaları nedeniyle hastane veya özel muayenehanelere daha kolay ulaşma imkanları ve buraları daha güvenli görme eğilimleri de etkili olabilir.

İlk doğumu olanlar sağlık ocaklarına daha az başvururken iki ve üzeri sayıda doğumu olanlar sağlık ocağına daha çok başvurmuşlardır. İlk doğumu olanlar kendilerini daha fazla riskte hissederek, sağlık ocağı dışı yerleri tercih etmiş olabilirler. Sosyal güvencesi olmayanlar da olanlara göre sağlık ocaklarını daha fazla kullanmışlardır. Burda, daha çok ekonomik nedenlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Kadınların %34.2'si ortalama 4.38 kez özel muayenehanede kontrole giderken, %90.4'ü ortalama 7 kez hastanede kontrole gitmiştir. Bu sayılar DÖB'da hastanenin bu kadınlar için en çok tercih edilen yer olduğunu göstermektedir.

Ebenin ev ziyaretleri dışında kalan; sağlık ocağı-özel muayenehane-hastane vb. yerlere kadının her bir başvurusunu rutin muayene ve tetkikleri yönünden eksiklikleri olsa bile DÖB olarak değerlendirirsek, toplam DÖB alma sayısı (toplam kontrol sayısı) ortalama 8.7'dir. Ebe ziyaretleri de kadın başına ortalama 0.5 olduğuna göre bu ortalama 9.2'ye kadar çıkmaktadır. 250 kadından 248'i (%99) herhangi bir kuruluşa DÖB için en az bir kez başvurmuştur. Geri kalan 2 kişi de ebelerce 4'er kez ziyaret edilmiştir. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre DÖB almış olanlarda ortalama değer 4.7'dir (4). Çalı ve Aktekin'in Antalya İl Merkezini temsil eden çalışmalarında kadınların %85.9'u en az bir kez başvuru da bulunmuşlardır(8). Çalışmamızda sayısal yönden DÖB oldukça iyi düzeyde gözükmektedir. Ancak, sağlık ocaklarının daha çok kullanılması gerektiği de açıktır. Altı ve üzerini yeterli kabul ettiğimizde kadınların %80'ine yakını yeterli sayıda başvuruda bulunmuşlardır. Bu konudaki diğer ülke örneklerini incelersek; Suudi kadınlarda, bir çalışma grubunda antenatal bakım alma oranının %86, Etopya'da %52.3 olduğu görülmüştür (9,10). İspanya'da da kadınların %95'i ilk üç ay içerisinde kontrole gitmiştir(11). DÖB için klinik ziyaret sayısı İsveç'te, bir grupta ortalama 12, diğer bir grupta 13 iken Scotland'da da bu sayı 14 civarında bulunmuştur (12,13). Nijerya'daki bir çalışmada kadınların büyük kısmının 6 aylık ve daha geç oluncaya kadar başvur-

madıkları görülmüştür (14). Malezya'da da şehirlielerin göçmenlerden daha fazla bakım aldıkları saptanmıştır (15). Değişik örnekler de göstermektedir ki toplumdan topluma DÖB sayıları değişebilmektedir. Bu durum verilen hizmetlerin kalitesi, ücreti, ulaşılabilirliği, kişilerin gelir düzeyi, kültür ve eğitim farklılıklarına bağlanabilir. Kadınların DÖB için başvuru sayıları ile doğum sırasındaki sorunlar ve bebekte ortaya çıkan sorunlar arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu hem örnek sayısının azlığından hem de grubun DÖB sayılarının genelde yeterli sayıda olmasından kaynaklanabilir. Buna karşın doğal olarak gebelik sırasında sorunları olanlar daha fazla sayıda kontrol için başvurmuşlardır (Bkz Tablo 10 $X^2=7.38$ $p<0.05$). Gebelikte sorunu olanlar, ortalama 9.7, olmayımlar ortalama 8.1 kez kontrole gitmişlerdir ($t=2.81$ $p<0.01$).

Doğumda bebek için en önemli göstergelerden birisi de APGAR 1-2 skorlarıdır. Özellikle doğumda veya bebekte sorun varsa bu skorlar istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşmüştür (Tablo 12).

Kadınların aldıkları DÖB'in niceliksel olarak incelenmesinden daha da önemlisi nitel yönden değerlendirilmesidir. Bu da yapılması gereken muayene ve incelemelere göre belirlenmeye çalışılmıştır (Bkz Tablo 13 ve Tablo 14).

Hastane veya özel muayenehanelere, toplam 250 kadından 245'i kontrole gitmiştir. Buralarda yapılan muayene ve tetkikler birlikte değerlendirildiğinde ağırlık ölçümü dışındaki incelemelerin oldukça yüksek oranda gerçekleştirildiği görülmüştür. Ağırlık ölçümü oranındaki düşüklük de bunun muhtemelen kişilerin kendi imkanları ile yapıyor olmasındandır. Ancak yinede kontrollerde ihmal edilmemesi gereken önemli ve kolay bir incelemedir.

Sağlık ocağında kontrole giden 56 kadında ise; muayene ve incelemeler genelde yetersiz düzeyde kalmıştır. Ancak tüm kadınlarda %25 gibi düşük bir oranda yapılan Tetanoz Aşılarının büyük kısmı sağlık ocağında uygulanmıştır.

Yapılan incelemeler Tablo 14'de görüldüğü gibi 250 kadın üzerinden, büyük kısmı hastane ve özelde olmak üzere, ortalama 4-8 arasında değişmektedir. Çalı ve Aktekin'in çalışmasında bu rakamlar biraz daha düşük düzeyde bulunmuştur (8). Bulduğumuz rakamlar pek çok ileri ülke örneği ile uyumlu gözükmektedir (6,16). Danimarka 'da benzer rakamlara ilaveten %41 oranında servikal smear yapıldığı görülmüştür (16).

Sonuçlarımızın olumluluğuna karşın Ankara Merkezindeki bir hastanede doğum yapanlar üzerinden oluşu dikkate alınmalıdır. Özellikle de birinci basamak hizmetleri değerlendirildiğinde, hizmet kalitesindeki yetersizlikler gözden kaçmamalıdır. Bu sonucun bir nedeni de sağlık ocağına giden kadınların aynı zamanda diğer kuruluşları da kullanmasından kaynaklanmaktadır. Bulgularda dikkat çeken bir diğer yan da, ultrasonografi incelemesinin hemen hemen tüm kadınlarda hastahe veya özelde yapılmış olmasıdır. He kimler bu incelemeye diğer tetkiklerden de fazla başvurmaktadır. İleri ülkelerde de örneğin İngiltere'de USG incelemesi antenatal bakımın rutin elementi olarak görülmektedir (17). Ancak özellikle birinci basamakta çok ucuz, gerekli ve basit tetkik ve muayenelerin öncelikle ele alınması şimdilik daha anlamlı olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçta bir üniversite hastanesinde doğum yapan 250 kadından %21.6'sı ortalama 2.5 kez evinde DÖB anlamında ziyaret edilmiş, yine bu kadınların ancak %22.6'sı sağlık ocağına gebelik kontrolü amacıyla gitmiştir. İlk doğumu olmayanlar, öğrenim düzeyi düşük olanlar, sosyal güvencesi olmayanlar sağlık ocağını daha büyük ölçüde kullanmıştır. Kadınların %37.2'si özel muayenehaneye, %90.4'ü hastaneye DÖB için başvurmuşlardır. Çok büyük kısmı hastane olmakla birlikte kadınlar daha çok hastane-muayenehane-sağlık ocağını kombine olarak kullanmışlardır. Kadınların başvuru sayısı ortalaması 8.7 bulunmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz düzeyde kullanıldığı, buna karşın DÖB için toplam başvuru sayılarının oldukça iyi düzeyde olduğu görülmüştür. DÖB için gerekli muayene ve tetkiklerin de yine birinci basamakta yetersiz düzeyde kaldığı ancak, hastane ve özelde başvurularda bunların büyük ölçüde gerçekleştirildiği görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda;

-DÖB için sevk sisteminin işletilmesi

-Kentte tüm bölgelerde sağlık ocağı hizmetlerinin aktif hale getirilmesi, özellikle de gebe ziyaretlerine önem verilmesi

-DÖB için yapılması gerekenlerin yerine getirilmesi, yani hizmetin kalitesinin de gözden geçirilmesi gerekli görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Villar J, Garcia P, Walker G. "Rutin Antenatal Care", *Curr. Opin Obstet. Gynecol.* 1993; 5(5):688-93.
2. Oosterbaan MM. "Guinea-Bissau Maternal Mortality Assessment", *World Health Stat Q*, 1995; 48(1):34-8.
3. Caw Binns A, Greenwood R, Asley D et al. "Antenatal And Perinatal Care In Jamaica; Do They Reduce Perinatal Death Rates?", *Pediatr Perinat Epidemiol* 1994; (suppl.1): 86-97.
4. T.C.Sağlık Bak., A.Ç.S.-A.P.Genel Müd., Hac. Üniv. Nüfus Etüdüleri Ens.;Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 1993"
5. T.C.Hükümeti Ve Unicef;"Türkiye'de Anne Ve Çocukların Durum Analizi", Ankara, Nisan, 1991.
6. Fantahun M, Olwit G;"Factors Related To Antenatal Clinic Choice And Reported Activities Of Antenatal Care Clinics By Pregnant Woman in Gulele District, Addis Abeba", *Ethiop Med J*, 1995; 33(1):51-8.
7. Al-Nasser AN, Bamgboye AA, Abdullah FA. "Providing Antenatal Services In A Primary Health Care System", *Community Health*, 1994; 19(2):115-23.
8. Çalı Ş, Aktekin M. "Gebeler Antenatal Bakımdan Ne Ölçüde Yararlanıyor?", *Jinekoloji Ve Obstetride Yeni Görüş Ve Gelişmeler* 1990; 1(1):51-56.
9. Baldo MH, Al-Mazrou YY, Farag MK, et al. "Antenatal Care Attitudes And Practices", *J Trop Pediatr* 1995; 41(suppl1) 21-9.
10. Hailu A, Kebede D. "High Risk Pregnancies in Urban And Rural Communities in Central Part Of Ethiopia", *East Afr Med J* 1994; 71(10); 661-6.
11. Goberna TJ, Garcia RP, Galvez LM. "Evaluation Of The Quality Of Prenatal Care" *Aten Primaria* 1996; 30; 18(2);75-8.
12. Hakansson A. "Equality In Health And Health Care During Pregnancy. A Prospective Population-Based Study From Southern Sweden" *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73(9): 674-9.
13. Tucker J, Florey CD, Howie P, et al. "Is Antenatal Care Apportioned According To Obstetric Risk.The Scottish Antenatal Care Study" *J Public Health Med* 1994; 16(1): 60-70.
14. Brieger WR, Luchok KJ, Eng E, et al. "Use Of Maternity Services By Pregnant Women In A Small Nigerian Community", *Health Care Women Int.* 1994; 15(2):101-10.
15. Zulkifli SN UKM, Yusof K, Lin WY. "Maternal And Child Health in Urban Sabah, Malaysia, A Comparison Of Citizens And Migrants", *Asia Pac J Public Health* 1994; 7(3): 151-8.
16. Krihensen FB, Andersen KV, Andersen AM, et al; "Physical Examination And Laboratory Tests in Antenatal Care Visits in Denmark", *Scand J Prim Health Care* 1995; 13(1): 52-8.
17. Dudley NJ, Potter R; "Quality Assurance In Obstetric Ultrasound", *Br J Radiol*, 1993; 66 (790); 865-70.