

RİSKLİ GEBELİKLER İL DÜZEYİNDE ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER



Prof. Dr. Esma Sarıkaya

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D

T.C

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Türkiye Anne Çocuk Ergen Sağlığı Enstitüsü Başkanı

Tarihçe

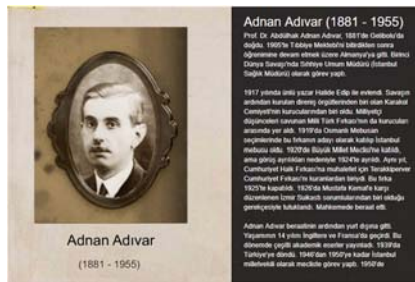
- sağlık bakanlığı merkez taşra teşkilatı
- İnsan gücü yetiştirme ve ülkeye dağılımı
- T.C Anne Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Hizmetleri
- İlk hastaneler
- Perinatal merkezler
- Türk Kızılay tarihi

Değişen hedeflerin iyi takibi

İL düzeyinde planlamalar

- Mevcut durum istatistikleri
- Anne ve çocuk sağlığı konusunda vizyon ve hedeflerin belirlenmesi
- Strateji geliştirme, denetim, kalite göstergeleri, çok paydaşlı çalışma
- Otomasyon sistemi
- Riskli gebelikler surveyans sistemi ve triajı
- mikrobesein destekleri
- Sevk zinciri
- Obstetrik bakım birimlerinin tanımlanması
- Acil durumlara hazırlık

Dünyada ilk tifüs aşısı 1915 yılında Dr. Reşat Rıza tarafından bulunmuştur.

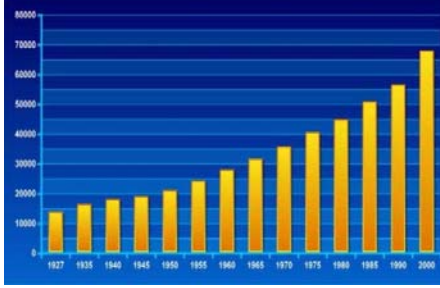


- 1877-1878 Osmanlı-Rus Savaşı
- 1912 Trablusgarp Savaşı
- 1912-1913 Balkan Savaşları
- 1914-1918 1. Dünya savaşı
- 1919-1922 Kurtuluş Savaşı
- 26 Haziran 1950 Kore Savaşı
- 1955-1975 [Vietnam](#) Savaşı,
- 6 Ekim 1973 Arap-İsrail Savaşı'
- 20 Temmuz 1974 Kıbrıs barış hareketi
- 1980-88 İRAN-IRAK SAVAŞI
- 17 OCAK 1991 KÖRFEZ SAVAŞI
- 11 Mart 1992 Bosna savaşı
- 11 Eylül 2001 ABD Afganistana girdi
- 20 mart 2003 ABD Iraka girdi
- 17 ARALIK 2010 ARAP BAHARI
- 15 MART 2011 SURİYE İÇ SAVAŞI göç dalgası

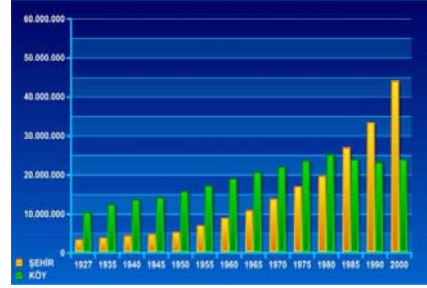
- 1512 Yavuz Sultan Selim
- 29 mayıs 1807 Sultan 3. Selim
- 3 Kasım 1839 Tanzimat Fermanı
- 1870 Sultan Abdülaziz
- 23 Aralık 1876 I. Meşrutiyet
- 23 temmuz 1908 2. Meşrutiyet
- 1909, II. Abdülhamid
- 27 mayıs 1960 Adnan Menderes
- 12 Mart 1971 Süleyman Demirel yerine Nihat Erim
- 12 Eylül 1980 Süleyman Demirel
- 28 Şubat 1998 Refahiyol Hükümeti
- 27 Nisan 2007 (e-Muhtıra)
- 15 Temmuz 2016 (Fııli Müdahale –başarırsız-)

2

Nüfus politikaları tarihi



1927-2000 toplam nüfus artışı



Köyden şehre göç 1927-2000

1920'lerde savaştan çıkmış yorgun ve çok fakir bir ülke nüfus 13 milyon %75i köylerde yaşıyor sakat ve yaşlı insanların yanı sıra sıtma, frengi, trahom, verem, cüzam nedeni ile insanlar perişan durumdaydı. ortalama yaşam süresi 50 bebek ölüm hızı 1000 de 500 ana ölüm hızı 100.000 de 1000 üzerinde. Doğumların tamamı geleneksel ebeler ile komşu veya yakınları tarafından yaptırılıyordu.

Sosyodemografik değişim
Siyasi değişim 59 SAĞLIK BAKANİ
Ekonomik değişim
Kültürel değişim

Nüfus politikaları tarihi

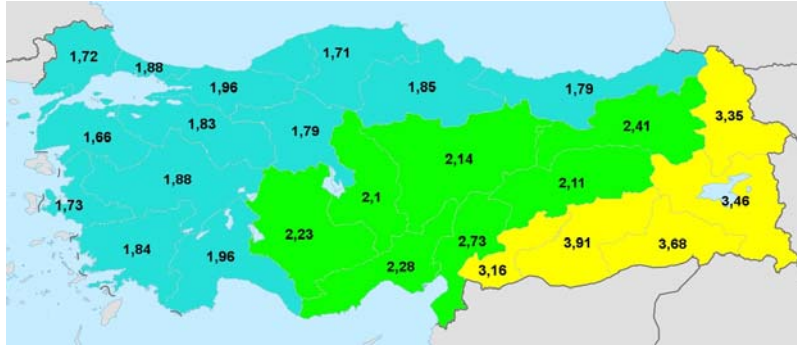
Birinci pronatalist dönem (1923-1965)

Bu dönemde nüfusumuz; savaş, kıtlık, hastalık, mübadele, tehcir gibi nedenlerle neredeyse yüzde otuzlara varan oranlarda azalmıştı. Nüfus hareketlerinin boyutu akıl almaz boyutlara ulaşmıştı. Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması sebebiyle, nüfus artırıcı (pronatalist) politikalar uygulanmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri artırılmıştır

1923-1965 Nüfusu Artırmaya Yönelik Politikalar (Pro-natalist)	1965-1983 Nüfus Planlaması Dönemi (Anti-natalist)	1983-2008 Nüfus Planlamasına Devam	2014-2018 (Pro-natalist)
5'ten fazla çocuğa sahip ailelerin yol vergisinden muaf tutulması	Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963-1967) ilk kez nüfus artış hızı bir sorun olarak görülmesi	1983 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun	10. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2014-2018 Allenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı (ASPB koordinatörlüğünde)
6 ve daha fazla çocuklu ailelere madalya verilmesi	1965: 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun	Arz yerine talep merkezli bir aile planlaması programına geçiş	
1926 765 sayılı Ceza Yasası 1930 Nüfusihha Kanunu-Kürtaj yasağı, gebeliği önleyici ürün yasağı	Gebeliği önleyici yöntemlere izin	Gebeliğin 10. haftasına kadar istemli düşüklere izin	Bakanlıkların Stratejik Planları
Evlenme yaşının erkekler için 17, kadınlar için 15'e indirilmesi	Anne açısından hayatı durumlarda ve özürlü çocuk ihtimalinde kürtaja izin	Yardımcı sağlık personeline de rahim içi araç uygulama izni	

İkinci pronatalist dönem (2004)

DOĞURGANLIK ORANLARI



ÜLKEMİZDE SAĞLIK BAKANLIĞININ TEŞKİLATLANMASI

1839 “Beynelmilel sıhhiye Meclisi”nin kurulmasıyla başlamıştır.

1878 “Cemiyet-i Tibbiye-yi Mülkiye”,

1906 “Meclis-i Maarif-i Tıp”

1908 “Meclis-i Umur-ı Tibbiye-yi Mülkiye ve Sıhhiye-yi Umumiye” olarak değiştirilmiş

1908, İçişleri Bakanlığına bağlı “Sağlık Genel Müdürlüğü” kurulmuştur.

1914 İçişleri Bakanlığının adı “İçişleri ve Sağlık Bakanlığı” olmuştur.

2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı kanunla **Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı** kuruldu

1983 Bakanlığın adı **Sağlık Bakanlığı** oldu

T.C. Sağlık Bakanları

TBMM Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekilleri
(1920-1923)

- **Dr. Adnan Adıvar** 3 Mayıs 1920, 10 Mart 1921
- Dr. [Refik Saydam](#) 10 Mart 1921, 20 Aralık 1921
- Dr. [Rıza Nur](#) 24 Aralık 1921, 27 Ekim 1923

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanları
(1923-1980)

- Dr. [Refik Saydam](#) 30 Ekim 1923, 21 Kasım 1924
- Dr. Mazhar GERMEN 22.11.1924 - 03.03.1925
- Dr. Refik SAYDAM 04.03.1925 - 25.10.1937
- Dr. Hulusi ALATAŞ 25.10.1937 - 18.01.1945
- Dr. Sadi KONUK 18.01.1945 - 05.08.1946
- Dr. Behçet UZ 07.08.1946 - 10.06.1948

T.C Sağlık politikaları dönemleri

- **1923-1946 dönemi:** koruyucu sağlık hizmetler
- **1946-1960 dönemi:** tedavi hizmetlerine ağırlık verilmesi
- **1960-1980 dönemi:** koruyucu ve tedavi edici hizmetler bir arada
- **2004 ve sonrası dönem:** "sağlıkta dönüşüm" programı

Sosyal güvenceler

1946 SSK
1982 Anayasası, tüm vatandaşlara sosyal güvenlik hakkı
1987 Bağ-Kur
1992 yeşil kart
2004 aile hekimliği
2006 SGK kuruldu

1978 kamuda çalışan hekimlerin tam gün çalışmasına ilişkin kanun
1980, tam gün yasası kalktı Özel sektörün rolü artmaya başladı
2004 aile hekimliği
2006 SGK kuruldu, performansa dayalı ödeme
2010 tam gün yasası

1920 sağlık bakanlığı kuruldu
1923-1946 mevcut halk sağlığı sisteminin temelleri atıldı
1924 **memleket hastaneleri doğum ve çocuk bakımevleri**
1927 ilk kapsamlı nüfus sayımı
1928 Refik Saydam Hıfzıssıha Enstitüsü ve Mektebi verem savaş dispanserleri
1930 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
1930 **Tarih ve 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıha kanunu**
1946 sağlık ocakları ve SSK kuruldu
1949 **DSÖ üyeliği**
1950 DSÖ ile Teknik Yardım Anlaşması
1965 Nüfus planlaması politikaları başladı
1977 **DSÖ milenyum hedefleri anne ölümlerini azaltma**
1978 kamuda çalışan hekimlerin tam gün çalışmasına ilişkin kanun
1980, tam gün yasası kalktı Özel sektörün rolü artmaya başladı
1982 Anayasası, tüm vatandaşlara sosyal güvenlik hakkı
1987 Bağ-Kur
1997 **Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin kurulması**
1988-1993 SB ve DPT sağlık reformu çalışması
1989 Dünya Bankası ile sıkı ilişkiler başladı
1990 Ulusal Sağlık Politikası,
1992 yeşil kart programı
2003 **sağlıkta dönüşüm programı**
2004 aile hekimliği
2006 SGK kuruldu, performansa dayalı ödeme
2011 Suriye iç savaşı göçmen krizi
2011 kamu hastaneler kurumu kuruldu
2015 Hastane Doğumları ve Robson Gebe Sınıflaması verilerinin toplanması
2017 şehir hastaneleri

2 Mayıs 1920'de kurulan Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekili
Dr. Adnan Adıvar başkanlığında bir **çalışma programı** hazırlandı

Devletin sıhhat teşkilatını tüm ülke geneline yaygınlaştırmak,
Çok miktarda doktor yetiştirmek,
Ebelerin sayısını köylere yetiyecek kadar çoğaltmak,
Küçük Sıhhat Memurların sayısını ve bilgisini yükseltmek,
Annelerin ve çocukların sağlıklarını korumak için doğum ve çocuk bakımevleri
Verem Sanatoryumlarını çoğaltmak,
Sıtma, Frengi, Trahom ve diğer sosyal hastalıklarla mücadele etmek

Cumhuriyet yönetimi kırsal kesim sağlık hizmetlerinde yeni bir dönem başlatmıştır.

Her ilçeye bir hükümet tabibi

Hükümet tabiplerinin görevleri

- Sağlık Yöneticiliği
- Adli Hekimlik
- İyileştirici Hekimlik
- Koruyucu hekimlik

günümüzde 81 il ve 957 ilçe SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİ

Türkiye nüfusu 31 Aralık 2017 tarihi itibarıyla **80 milyon 810 bin 525**

Canlı doğan bebek sayısı revize edilen 2015 yılı verisine göre 1 milyon 333 bin 329 iken 2016 yılında **1 milyon 309 bin 771**

Cumhuriyet dönemi bulaşıcı hastalıklarla ilgili sağlık kazanımları

- 1925 ile 1945 yılları arasında **trahom** hastalığına karşı yürütülen mücadelede kaydedilen en önemli gelişme körlüklerin belirgin olarak azaltılması
- 1970 yılında, **sıtmanın** eradike olduğu ilan edilmiş ve Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından da onaylanmıştır.
- 1994 yılında başlatılan **maternal neonatal tetanos eliminasyon programı** 2009 da eliminasyon
- 2002 **polio** eradikasyonu



Bulaşıcı hastalıklar ile ilgili yeni hedefler

- Teratojen enfeksiyonlarla mücadele **rubella toxoplazma CMV**
- Maternal neonatal enfeksiyon bulaşı ile mücadele **tetanos sifiliz hepatit hıv**

İnsan kaynağı

- **1920 senesinde toplam hekim sayısı 260**
- **1923** 340 hekim 430 sağlık memuru **140 ebe** tifo, tifüs, kolera, trahom, verem, sıtma, çiçek, frengi gibi salgın hastalıklar Anadolu'da yaygındı Bu dönemde nüfusumuz; savaş, kıtlık, hastalık, mübadele, tehcir gibi nedenlerle neredeyse yüzde otuzlara varan oranlarda azalmıştı. Nüfus hareketlerinin boyutu akıl almaz boyutlara ulaşmıştı. Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması sebebiyle, nüfus artırıcı (pronatalist) politikalar uygulanmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri artırılmıştır 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu.
- **1935** hekim sayısı 1625'e, ebe sayısı 400, sağlık memuru sayısı 1365'e ulaşmış, başlangıçta hiç kaydı olmayan 202 hemşire kayda girmiştir.
- **1940** hekim sayısı 2378'e (1923'e göre 17 yılda 4 katı), hemşire sayısı 405'e ulaşmıştır. Almanya'dan ülkemize gelen seçkin hocaların katkıları ile yeniden yapılandırılan İstanbul Tıp Fakültesi'nden yılda 150 - 250 hekim mezun oluyordu.Sağlık memuru ve ebe yetiştiren okullar açıldı
- **1960** 28 milyon nüfus %68 i köylerde yaşıyor ortalama yaşam süresi 55 bebek ölüm hızı 1000 de 185 ana ölüm hızı 100.000 de 200 üzerinde 9826 doktor 2420 hemşire 3126 ebe 566 hastane 45807 yatak doğumların çoğu geleneksel ebeler ile komşu veya yakınları tarafından yaptırılıyor
- **2016** toplam nüfus 79.814.871, %7.7 si belde ve köylerde yaşıyor, beklenen yaşam süresi 77, doğumların %98i hastanede gerçekleşiyor. 141259 hekim, 152803 hemşire 53086si ebe sadece sağlık bakanlığına bağlı 1533 hastane 21696 aile hekimliği birimi, 970 toplum sağlığı merkezi, 182 AÇSAP merkezi var 3397 aktif sağlık evi

Köy Enstitüleri 17 Nisan 1940'ta Hasan Ali Yücel döneminde 3803 sayılı yasa ile açıldı. 1941'de 4274 sayılı yasa ile de, köylerde çalışacak sağlık memuru ve ebelerin bu okullarda yetiştirilmesine karar verildi.

Köy Enstitülerinde 10 yılda toplam 17342 öğretmen yetişmiştir. Bu öğretmenlerin 1398'i bayan, 15943'ü erkektir. Yine bu okullarda 7300 sağlık memuru, 8756 eğitimci yetişmiştir.

Köy Enstitüleri açıldığında Türkiye nüfusu yaklaşık 16 milyondur ve bu nüfusun 12 milyonu köylerde yaşıyordu. Geleneksel yaşam tarzı tarım ve hayvancılıktı. 40 bin köyün 35 bininde okul ve öğretmen yoktu. 1 milyon 700 bin çocuktan sadece 300 bini okula gidebiliyordu.



Cumhuriyet tarihinde ebelik eğitim sistemi defalarca değiştirildi

- 19. Yüzyılda ebelik mesleği başlangıçta ölkemizde anadan kızına geçmekte, görgü ve deneyime dayanmaktaydı.
- 1840 yılında tıbbiyede bir meclis kuruldu. Mekteb-i tıbbiye de sınavla ebeler alınmaya başlandı.
- 1841 Paris'ten 2 adet yabancı ebe eğitim vermek üzere getirildi
- 1842 yılında 2 yıllık ebelik kursları ebe sınıfında başlatıldı. Teorik dersleri hekimler pratik bilgileri ebe hocalar vermeye başladı.
- 1845'te ilk kez bu eğitimi tamamlayanlara yabancı ebelerin yaptıkları sınav sonunda diplomaları verildi. Bu tarihten sonra eğitimi ve ruhsatı olmayan ebelerin çalışmaları engellendi.
- 1843 yılında kadınlara mahsus olmak üzere Haseki Sultan Darüşşifası açıldı.
- 1847 yılında Guraba Hastanesinin de Kadın Hastaları için bir bölüm açıldı.
- 1846 yılında; Mekteb-i Tıbbiye (Tıp okulu)'de ebelik yapan hanımlara doğum bilgisi vermek üzere 2 yıl süreli "ilk ebelik kursu" açılmıştır (günde 1 saat, haftada 2 gün ders verilmiş). Başarılı olanlara 1848 yılında ilk sertifikalar verilmiştir.
- 1880'de; Dr. Besim Ömer Paşa, kursa kayıt ve kabul koşullarını ve ders programlarını yeniden düzenlemiş, Türkçe bilmeyi ve 30 yaşını geçmemiş olmayı koşul olarak öngörmüştür.
- 1908 yılında Sivil tıp okulunun açılmasını takiben "Eczacı, Dişçi, Kabile ve Hastabakıcı Kadınlar Mektebi, açıldı
- 1909'da; Haydarpaşa Tıp Fakóltesi kurulmuş ve Kadırga'daki binalarda ilk Ebe Okulu ve Kadın Hastalıkları Kliniği açılmıştır. Bu okula ilkokul mezunu, 30 yaşını geçmemiş kız/kadınlar alınmış ve ders programlarında klinik uygulamaya yer verilmiştir
- 1911 yılında Hilâl-i Ahmer Cemiyeti (Kızılay) tarafından, 6 aylık hastabakıcılık-hemşirelik kursları başlatıldı ve kursa katılan gönüllülere kurs bitiminde diplomaları verildi. Balkan, Çanakkale ve I. Dünya Savaşı sırasında bu gönüllü hemşireler hastanelerde erkeklerle birlikte çalışmaya başladılar
- 1920'de; "İç İşleri Bakanlığı'na bağlı Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından değişik illerden getirilen ilkokul mezunu kızlar Kadırga Kızılay Barakalarında" 2 yıl yatılı okutulurak değer illerin ebe ihtiyacı karşılanmaya çalışılmıştır.
- 1924' de Tıp Fakóltesine ortaokulu bitirmiş kız ve kadın öğrenciler alınarak 3 yıl süreli eğitimlislerdir.
- 1924'de İstanbul Şişli Çocuk Hastanesi'nde 50 kişilik 2 yıl süreli yatılı eğitim veren " Ebe - Öğrenci Yurdu" açılarak Ebeler yetiştirilmiştir.
- 1937 yılından S.S.Y. Bakanlığınca değişik kentlerde, eğitim süresi farklı (9 ay, 1 yıl, 1.5 yıl, 2 yıl ve 3 yıl) Sağlık Okulları açılmıştır. Bu okullarda eğitim-öğretim parasız ve yatılıdır. Hemşire yardımcılığı, hizmetlerini ve köy ebeliği görevlerini yürütecek elemanların yetiştirildiği 2 bölümü vardı
- 1938-1946 Kırşal alana ebelik hizmeti götürmek üzere Millî Eğitim Bakanlığı Köy Enstitülerinde ebelik dalı oluşturulmuş, Köy enstitüleri kapanınca bu ebelik eğitimi son bulmuştur.

Ebe Sayısı

Ebe Sayısı				
Kamu	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
47.764 2617 (doğumhane)	737	3.938	54	52.493

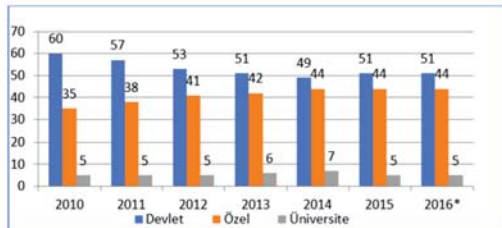
	Ebe sayısı		ebe sayısı
Kamu Hastaneler Birliğinde kadrolu	22847	Kadrosu kamuda olup dış görevde olan	994
Hemşire yetkisinde	8572	Aile hekimliği sözleşmesi	637
Doğum salonunda çalışan	2617	Genel sekreterliklerde sözleşmeli personel	222
Toplam YDYB da çalışan	1169	Sağlık bakanlığı merkez, halk sağlığı kurumu, il sağlık müd	131
Acilde çalışan	1754	Sağlık bakanlığı merkez	22

(1 Ocak 2017, Sağlık Bakanlığı Aktif Çalışan Veri Tabanı)

02.05.2007 tarihli ve 26510 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Hemşirelik Kanununda değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 7. Maddesi ile 6283 sayılı Kanuna eklenen geçici 2. Maddesi

Bir defaya mahsus olmak üzere ebelik diplomasına sahip olduğu halde bu Kanunun yayımı tarihinde 3 yıldan beri yataklı tedavi kurumlarında fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 3 ay içinde talepte bulunanlar **hemşirelik yetkisi** ile görevlerine devam ederler. **Bu kanun ile 9000 e yakın ebe hemşirelik yetkisi olarak doğumhaneler dışında çalışmaya başladılar.**

- Ülkemizde yılda yaklaşık 1.3 milyon doğum gerçekleşmektedir. Bu gebeliklerin ortalama %10-15'i yüksek risk içeren gebelikleri oluşturmaktadır (yıllık 130.000 riskli gebe).
 - Normal Kadın Doğum Uzmanı sayısı : 4560
 - IVF sertifikalı Uzman sayısı: 1100 (Sertifikası Geçerli olan 600)
 - Jinekolojik onkoloji cerrahisi uzman sayısı :79
 - Aktif çalışan perinatolog sayısı 230
 - Tüm doğumların %51 inin meydana geldiği **kamuda sadece 66 perinatolog var** bunların 34 tanesi Ankara ve istanbulda
 - özel sektörde çalışan perinatolog sayısı 53!!!!**
 - Özel Üniversitelerde Çalışan perinatolog sayısı 28**
 - Doğumların sadece %5 inin gerçekleştiği üniversite hastanelerinde 111 adet perinatolog var
- Riskli gebeliklerin kamudan üniversiteye sevkı sırasında birçok anne yolda hayatını kaybediyor.**



Şekil 26. Türkiye Hastane Doğumlarının Kurumlara Dağılımı (%) (THSK)

	PERİNATOLOJİ	JİNEKOLOJİK ONKOLOJİK CERRAHİ
KAMU	66	40
ÖZEL	53	2
ÜNİVERSİTE	111	37
TOPLAM	230	79

DİPLOMASI TESCİL EDİLEN PERİNATOLOJİ UZMANLARININ SAYISI

Yıllar İtibari İle Diploması Tescil Edilen Perinatoloji Uzmanı Sayıları	
2011 (Sınavsız Diploması Tescil edilen)	174
2012	5
2013	5
2014	8
2015	6
2016	22
2017	18
Toplam	238
Aktif Çalışan Sayısı (01.12.2017)	230

AKTİF ÇALIŞAN PERİNATOLOJİ UZMANLARININ SEKTÖRLERE GÖRE DAĞILIMI							
İL	SAĞLIK BAKANLIĞI	TOPLAM ÜNİVERSİTE	ÜNİVERSİTE (KAMU)	ÜNİVERSİTE (ÖZEL)	ÖZEL	ÜNİVERSİTE (ÖZEL)+ÖZEL	TOPLAM
ADANA	1	3	3		1	1	5
AFYON					1	1	1
ANKARA	16	16	13	3	11	14	43
ANTALYA	1	3	3				4
AYDIN	1	1	1				2
BALIKESİR	1						1
BURSA	2				1	1	3
DENİZLİ	1				2	2	3
DIYARBAKIR	1	1	1				2
DÜZCE		1	1				1
EDİRNE		2	2				2
ERZURUM	1	2	2				3
ESKİŞEHİR	1	1	1		1	1	3
GAZİANTEP	3	2	2				5
GİRESUN	1						1
HATAY	1	1	1				2
İSPARTA		5	5				5
İSTANBUL	18	38	14	24	23	47	79
İZMİR	7	5	5		7	7	19
KAHRAMANMARAŞ	1	1	1				2
KAYSERİ	1	2	2				3
KIRIKKALE		1	1				1
KIRKLARELİ		1	1				1
KOCAELİ	1	2	1	1	2	3	5
KONYA	1	4	4		1	1	6
MALATYA	1						1
MANİSA		2	2		1	1	3
MERSİN	1	2	2				3
ORDU	1				1	1	2
RİZE		1	1				1
SAKARYA		2	2				2
SAMSUN	1	4	4				5
SİVAS		1	1				1
ŞANLIURFA	1				1	1	2
TRABZON		2	2				2
VAN	1	3	3				4
YOZGAT		1	1				1
ZONGULDAK		1	1				1
Genel Toplam	66	111	83	28	53	81	230

AKTİF ÇALIŞAN PERİNATOLOJİ UZMANLARININ SEKTÖRLERE GÖRE DAĞILIMI

SHGM Tescil Denklik Daire Başkanlığından Diplomaları Tescil edilen bütün Perinatoloji uzmanlarının fiili çalıştığı yerleri

- Sağlık Bakanlığı veri tabanı,
- YÖK web sitesi (<http://akademik.yok.gov.tr>) ve
- WEB taraması yapılarak tespit edilmiştir.

5 Perinatolog vefat etmiş olup, 2 perinatolog yurtdışında çalışmaktadır.

AKTİF ÇALIŞAN 230 PERİNATOLOGUN 122 TANESİ ANKARA VE İSTANBULDA ÇALIŞMAKTADIR.

Kamuda (Sağlık Bakanlığı) toplam çalışan sadece **66 adet** perinatologun, **34 tanesi Ankara ve İstanbul'da** çalışmaktadır.

Üniversitelerde çalışan **toplam 111 perinatologun 38 tanesi İstanbul'daki üniversitelerde, 16 tanesi Ankara'daki üniversitelerde** çalışmaktadır.
İstanbul'daki üniversitelerde çalışan toplam **38 perinatologun 24 ü**, Ankara'da çalışan **16 perinatologun 3 ü özel üniversitelerde** çalışmaktadır.



T.C Anne Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Hizmetleri Tarihi

1920-1952 Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü

1952-63 Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü .

1965 yılında 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile antinatalist politika başladı

1963-1982 Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü

1977 DSÖ milenyum hedefleri anne ölümlerini azaltmak amaç

1982-83 Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü Prof Dr Güler Karna ilk başkan

1983 2827 sayılı aile planlaması hizmetlerine ilişkin ikinci kanun aile planlaması hizmetlerinin kapsam ve sınırlarını genişletmiştir. kanunun 4. ve 5. maddelerinde kadında ve erkekte gönüllü cerrahi sterilizasyon ve isteğe bağlı 10 haftaya kadar gebeliklerin sonlandırılması uygulamalarına izin

1983-2011 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

1997 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin kurulması

T.C Anne Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Hizmetleri Tarihi

2004 Aile hekimliği sistemine geçiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden şekillendirilmesi

2008 Genişletilmiş bağışıklama programı, **hastanede doğum politikası**

31.03.2010 Tedavi hizmetleri genel müdürlüğünün 13335 sayılı yazısı ile 16.07.2010 tarihli 28999 sayılı yazısı ve eki ülke genelinde bazı hastanelerde **perinatal merkez** kurulması

2011 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı 1. basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik

2011 Kamu hastaneler kurumu kuruldu (2. basamak sağlık hizmetleri) (**Perinatoloji** yan dal oldu **3. basamak perinatal merkezler**)

2012 THSK Kadın ve Üreme sağlığı daire başkanlığı

2012 THSK Çocuk ve ergen sağlığı daire başkanlığı

5 Şubat 2015 Toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler yönetmeliği sayı:29258 9 yıldan sonra **AÇSAPlar** kapandı. Son başkan Mehmet Rifat Köse

2017 TÜSEB Türkiye anne çocuk ve ergen sağlığı enstitüsü

İlk hastaneler Osmanlı dönemi

- **1860-62** yıllarında **Zeynep Kamil Çocuk Hastanesi**
- **1847** Vakıf Gureba Hastanesi
- **1874** Fransız Lape Hastanesi kadınların bakıldığı bir bölümü hizmete sokmuştur
- **1892'de** 2. Abdülhamit Han **zamanında İstanbul'da ilk doğum kliniği** viladethane (doğumevi) Dr. Besim Ömer Paşa tarafından Gülhane askeri tıbbiye'nin yakınındaki, üç oda ve bir sofadan ibaret olan binada kuruldu.
- **1904** yılında II. Abdülhamit, **2. viladethane** yapılması emrini verdi
- **1924** memleket hastaneleri doğum ve çocuk bakımevleri
- **1925** Hamamönü Hacı Musa Mahallesinde kiralanan kerpiçten yapılma bir binada beş yataklı olarak **Doğumevi** açılmış 3 Mart 1949 yılında açılışı yapılan 300 yataklı modern bir hastane kurulmuş olup, bu hastanenin başhekimliğine İstanbul'un tanınmış kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından **Dr. Zekai Tahir Burak** getirilmiştir.
- **1978** Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

- **3 Mayıs 1920** de Sağlık Banklığı kuruluyor
- **1924** yılında 150 ilçe merkezinde **muayene ve tedavi evi** kurulması kararı alındı. Muayene ve Tedavi Evleri, 5-10 yataklıdır. Beş yataklı olanlarda hükümet tabipleri, 10 yataklı olanlarda ise ayrı bir hekim görevlendirilmiştir. Muayene ve tedavi evlerinde hasta muayenesi ücretsiz olup, yoksul hastaların ilaçları da parasız verilirdi. Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan muayene ve tedavi evlerinin sayısı, 1936'da 180, 1942'de 200'ü bulmuştur.
- **1925** Ankara, Konya, Balıkesir, Adana, Çorum, Malatya, Erzurum ve Kars'ta **Doğum ve Çocuk Bakım Evleri** açıldı.
- Ülkeye yaygın 150 ilçede, ücretsiz muayene ve tedavi hizmeti ile parasız ilaç veren **dispanserler** kuruldu. 1922'de 100 olan hastane sayısı 1932'de 177'ye, 7127 olan yatak sayısı 10.646'ya, 22 olan dispanser sayısı 339'a çıkarıldı. Dispanserlerde 1922'de 189 yatak varken bu sayı 1932'de 1.318 oldu.
- 1924 yılında Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas'ta, 1936'da ise İstanbul Haydarpaşa'da hekimliğin bütün uzmanlık dallarının bulunduğu **Numune Hastaneleri** kuruldu.
- 1924'te **Heybeliada'da bir verem sanatoryumu**, Ankara, Bursa ve İstanbul'da **verem Dispanserleri** açıldı.
- 1925 yılında başlatılan sıtma mücadelesiyle, 1931'e dek iki milyon hastaya ulaşıldı. Adana'da uzman hekim yetiştirecek bir **Sıtma Enstitüsü**, yurdun değişik bölgelerinde 11 **Sıtma dispanseri** açıldı.
- 1925'te çıkarılan Frengi Talimatnamesi ile tedavi metotlarında modernleşme vestandartlaşmasağılandı. İlk olarak Ankara ve İzmir'de olmak üzere, 1927 yılında "**Deri ve Tenasül Hastalıkları Tedavi Evi**" adıyla birer dispanser açıldı.
- 1925 yılında körlük memleketi olarak tanınan Adıyaman ve Malatya'da birer **trahom hastanesi** açılmasıyla başlandı.
- Sivas, Diyarbakır ve Erzurum'da **Kuduz tedavi müesseseleri** açıldı. Çok önemli bir gelişme olarak **yerli kuduz aşısı üretimi** başarıldı.
- 2 Eylül 1925'te Ankara'da toplanan **I. Milli Türk Tıp Kongresi**
- 31 Mayıs 1933 Darülfünun kaldırılarak yerine **İstanbul Üniversitesi** kurulması.

PERİNATOLOJİ MERKEZLERİ (KAMU)

İL	KURUM	KURUM ÇALIŞAN SAYISI	İL ÇALIŞAN SAYISI	DURUM
ADANA	ADANA KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ	1	4	M
ANKARA	ANKARA T.C. SB. 1. BÖLGE KHB. SBÜ. ZEKAI TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EAH.	10	43	M
ANKARA	ANKARA T.C. SB. 2. BÖLGE KHB. SBÜ. ETİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EAH.	5	43	M
ANTALYA	ANTALYA T.C. SB. SBÜ. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1	4	M
BURSA	BURSA T.C. SB. SBÜ. YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2	3	M
DENİZLİ	DENİZLİ DEVLET HASTANESİ	1	3	M
DIYARBAKIR	DIYARBAKIR T.C. SB. SBÜ. GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1	2	M
GAZİANTEP	GAZİANTEP CENGİZ GÖKÇEK KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ	3	5	M
İSTANBUL	İSTANBUL T.C. SB. ÇEKMECE BÖLGESİ KHB. SBÜ. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	9	79	M
İSTANBUL	İSTANBUL T.C. SB. ANADOLU KUZEY KHB. SBÜ. ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EAH.	4	79	M
İZMİR	İZMİR T.C. SB. KUZEY BÖLGESİ KHB. SBÜ. TEPEÇİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	5	19	M
KAYSERİ	KAYSERİ T.C. SB. SBÜ. KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1	3	M
KONYA	KONYA T.C. SB. SBÜ. KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1	6	M
MALATYA	MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1	1	M
MERSİN	MERSİN ŞEHİR HASTANESİ	1	3	M
SAMSUN	SAMSUN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ	1	5	M
ŞANLIURFA	ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1	2	M
VAN	VAN T.C. SB. SBÜ. VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1	4	M
SİVAS	SİVAS NUMUNE HASTANESİ		1	P
İSTANBUL	İSTANBUL T.C. SB. ANADOLU KUZEY KHB. SBÜ. ÜMRANIYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1	79	P
BALIKESİR	BALIKESİR ATATÜRK ŞEHİR HASTANESİ	1	1	P
TOPLAM	18 MERKEZ, 3 PLANLANAN MERKEZ OLMAK ÜZERE 21 KURUM	51		

Perinatoloji Eğitimi verme yetkisine sahip kurumlar

Sıra	İl	Sektör	Programın Bağlı Olduğu Kurum	Perinatolog Sayısı	Uzmanlık Eğitimi Programı	Yetkilendirilme Bitiş Tarihi
1	Ankara	Sağlık Bakanlığı	Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10	PERINATOLOJİ	21.12.2021
2	Ankara	Sağlık Bakanlığı	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	5	PERINATOLOJİ	2.05.2018
3	İstanbul	Sağlık Bakanlığı	İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	9	PERINATOLOJİ	21.12.2021
4	İzmir	Sağlık Bakanlığı	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	5	PERINATOLOJİ	21.12.2021
5	İstanbul	Sağlık Bakanlığı	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	4	PERINATOLOJİ	21.12.2021
6	Ankara	Özel Üniversite	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	PERINATOLOJİ	21.12.2021
7	Afyon	Üniversite	Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*	0	PERINATOLOJİ	28.04.2017
8	İzmir	Üniversite	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi*	1	PERINATOLOJİ	21.12.2021
9	Eskişehir	Üniversite	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*	1	PERINATOLOJİ	21.12.2021
10	Ankara	Üniversite	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*	1	PERINATOLOJİ	21.12.2021
11	Malatya	Üniversite	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi*	0	PERINATOLOJİ	21.12.2021
12	İstanbul	Üniversite	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi*	0	PERINATOLOJİ	14.03.2018
13	Kocaeli	Üniversite	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi*	1	PERINATOLOJİ	21.12.2021
14	Rize	Üniversite	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi*	1	PERINATOLOJİ	21.12.2021
15	Antalya	Üniversite	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	PERINATOLOJİ	21.12.2021
16	Ankara	Üniversite	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	5	PERINATOLOJİ	21.12.2021
17	Erzurum	Üniversite	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	PERINATOLOJİ	21.12.2021
18	Manisa	Üniversite	Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	PERINATOLOJİ	21.12.2021
19	Adana	Üniversite	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	PERINATOLOJİ	21.12.2021
20	İzmir	Üniversite	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	PERINATOLOJİ	21.12.2021
21	Kayseri	Üniversite	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	PERINATOLOJİ	21.12.2021
22	Ankara	Üniversite	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	PERINATOLOJİ	21.12.2021
23	İstanbul	Üniversite	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	4	PERINATOLOJİ	21.12.2021
24	İstanbul	Üniversite	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	6	PERINATOLOJİ	21.12.2021
25	Trabzon	Üniversite	Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	PERINATOLOJİ	21.12.2021
26	Mersin	Üniversite	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	PERINATOLOJİ	21.12.2021
27	Konya	Üniversite	Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi	4	PERINATOLOJİ	21.12.2021
28	Sakarya	Üniversite	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	PERINATOLOJİ	21.12.2021
29	Sparta	Üniversite	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi	5	PERINATOLOJİ	21.12.2021
30	Edirne	Üniversite	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	PERINATOLOJİ	21.12.2021
31	Van	Üniversite	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	PERINATOLOJİ	21.12.2021

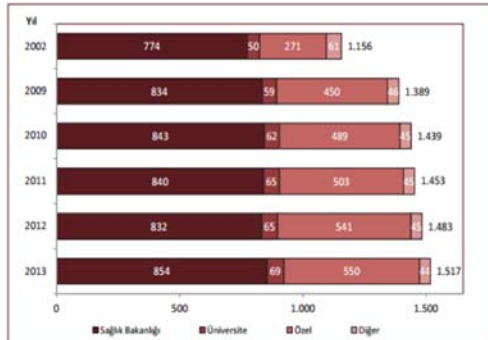
*Eğitim verme yetkisine sahip olan ancak Eğitici Standartlarını (En az biri en az Doçent seviyesinde en az iki eğitici bulunmalıdır) karşılamayan kurumlardır.

5 Sağlık Bakanlığına bağlı kurum, 1 özel üniversite ve 25 Devlet üniversitesi olmak üzere toplam 31 kurum eğitim yetkisi almış olup, Afyon Kocatepe üniversitesinin yetkisi 28.04.2017 tarihinde sona ermiştir.

Özel sektörün sağlık sektöründeki teşviki
80' li yıllardan başlayan liberalleşme politikaları ile başlamış
2000' li yıllarla birlikte ivmesini hızlandırmıştır.

Özel hastane sayısındaki oransal artış %102
Sağlık Bakanlığı kurum sayısındaki artış %12,9

2002-2014 SAĞLIK BAKANLIĞI KURUM VE YATAK SAYILARI



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 11. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2015

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
Uzman Hekim	38.783	14.972	22.655
Pratisyen Hekim	35.833	216	5.729
Asistan Hekim	7.973	13.622	0
Toplam Hekim	82.589	28.810	28.384
Dış Hekimi	8.683	1.698	14.291
Eczacı	2.156	306	25.010
Hemşire	101.722	22.526	25.941
Ebe	48.078	851	4.100
Diğer Sağlık Personeli	102.243	11.492	31.845
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	206.088	13.107	19.609
TOPLAM PERSONEL SAYISI	551.559	78.790	149.180

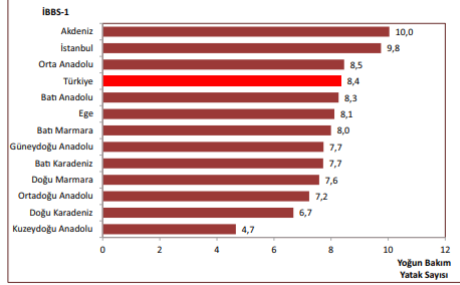
Tablo 5. İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2015, Türkiye

Bölge Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
İstanbul	55	15	162	4	236
Batı Marmara	52	4	23	5	84
Ege	119	8	65	3	195
Doğu Marmara	76	4	52	3	135
Batı Anadolu	66	14	49	6	135
Akdeniz	80	8	86	2	176
Orta Anadolu	71	4	24	1	100
Batı Karadeniz	97	3	19	1	120
Doğu Karadeniz	67	2	12	-	81
Kuzeydoğu Anadolu	51	2	6	4	63
Ortadoğu Anadolu	54	3	19	4	80
Güneydoğu Anadolu	77	3	45	3	128
Türkiye	865	70	562	36	1.533

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

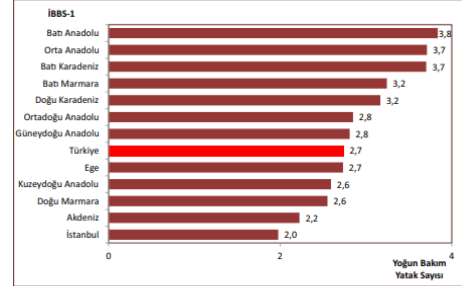
YDYBÜ ÖZEL SEKTÖRDE DAHA FAZLA

Şekil 7.14. İBBS-1'e Göre 1.000 Canlı Doğuma Düşen Yenidoğan Yoğun Bakım Yatağı Sayısı, Tüm Sektörler, 2016



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 7.15. İBBS-1'e Göre 1.000 Canlı Doğuma Düşen Yenidoğan Yoğun Bakım Yatağı Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2016



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2003 yılından beri uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile

- 13 Nisan 2003 vakıf hastaneleri ve vakıf üniversite hastaneleri özel hastaneler kapsamına alınmıştır.
- 2008 Sosyal güvenlik sisteminin tek elde toplanması (S.G.K.)
- 2012 genel sağlık sigortası

- aile hekimliği uygulaması
- **genel sağlık sigortası sistemi**
- Ailenin sosyal güvenlik durumuna bakılmaksızın bütün gebeler ve çocuklar genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.
- sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerinde eşit sunulması için önemli adımlar
- İnsan kaynaklarının sayı ve kapasitesi artırılmıştır.
- mecburi hizmet Bölgeleri arası farklılıkları azaltmıştır
- Acil ambulans servislerinin sayısı artırılmış, hava yolu ambulans hizmete sunulmuştur.
- Acil ve yoğun bakım ünitelerinin sayısı artırılmış ve halkın bu hizmetlerden hem devlet hastaneleri hem de özel hastanelerde ücretsiz yararlanabilmesi sağlanmıştır.
- Ücretsiz aşılamaya dâhil olan aşılardan sayısının artırılması,
- çocuklara yönelik tarama ve önleme programlarının güçlendirilmesi,
- ücretsiz demir desteği sağlanması,
- anne sütünün teşviki ve bebek dostu hastaneler programı

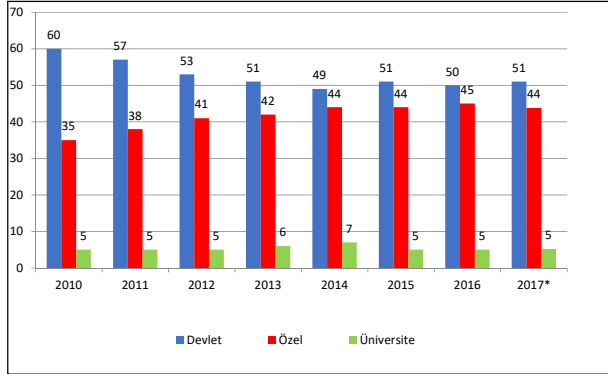
Tablo 3: Türkiye'nin Sağlık Harcamaları, M. TL

2000	4.864,8
2001	8.128,0
2002	12.827,0
2003	16.858,8
2004	20.518,7
2005	22.554,0
2006	28.194,0
2007	31.981,0
2008	38.033,1
2009	44.510,9
2010	45.725,7
2011	51.727,8
2012	55.647,8
2013	62.446,8

Kaynak: OECD Health Statistics, www.oecd-library.org

Doğumların %51' i devlet, %44' ü özelde, %5'i üniversite hastanelerinde, sadece %29'u ebe eşliğinde olmaktadır

Türkiye Hastane Doğumlarının Kurumlara Dağılımı (%)



* İlk 8 aylık veridir.

2016	Devlet	Özel	Üniversite	Toplam
Hastane Sayısı	554	436	64	1.054
Hekim Sayısı	2.884	3.013	495	6.392
Doğum Sayısı	629.077	557.919	65.989	1.252.985
Hekim Başına Düşen Doğum Sayısı	218	185	133	196



TÜRK KIZILAYI TARİHİ VE KAN TEMİN POLİTİKALARI

- 11 Haziran 1868'de "Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti" adıyla kurudu
- 1877'de Osmanlı Hilali Ahmer Cemiyeti
- 1923'de Türkiye Hilali Ahmer Cemiyeti
- 1935'te Türkiye Kızılay Cemiyeti
- 1947'de "Türkiye Kızılay Derneği" adını almıştır.

✓ KAN BANKASI SAYISININ ARTIRILMASI

- ✓ **2013 Kritik Kan Stok Seviyesinin Korunması Genelgesi** transfüzyon merkezlerinin, stoklarını bağlı bulundukları bölge kan merkeziyle koordineli bir şekilde belirlemesini ve stokların kritik seviyenin altına düşürülmemesi için hastane yönetimlerince her türlü önlemin alınmasını düzenler

✓ KAN SEVKİ

İngiltere O Rh- kan bulundurma politikası

DEĞİŞEN HEDEFLER

İYİ TAKİP EDİLMELİ

Birleşmiş Milletler Bin Yıl Kalkınma Hedefleri – Eylül 2000

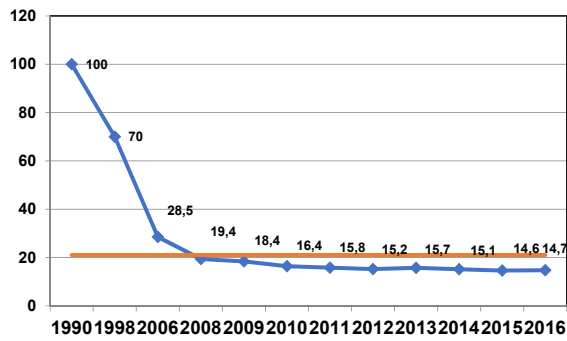
1990-2015 yılları arasında anne ölüm oranını dörtte üç azaltmak
Deneyimli sağlık personeliyle gerçekleşen doğum oranını artırmak

Anne ve Bebek Sağlığı 2015 Hedefleri Hedef 4-5

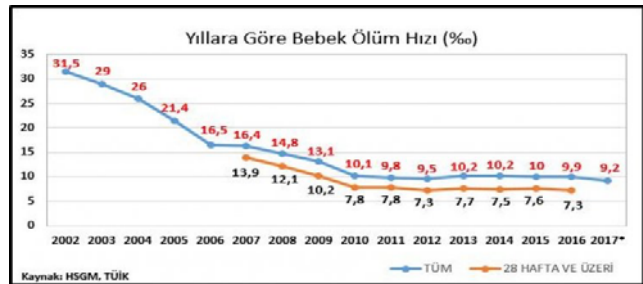


Cumhuriyet dönemi anne ve bebek ölümleri ile ilgili sağlık kazanımları

Anne Ölümleri (yüz binde)



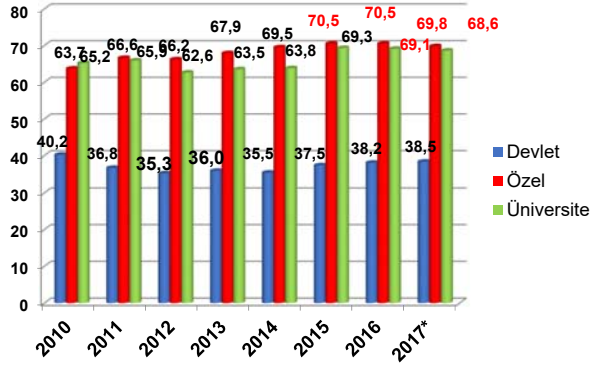
Bebek Ölümleri (%)



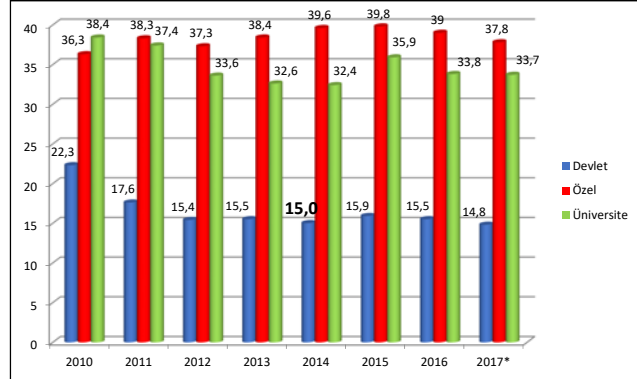
Kaynak: HSGM, TÜİK

Türkiye’de Kurum Bazında Sezaryen Oranları

Toplam Sezaryen Oranları (%)



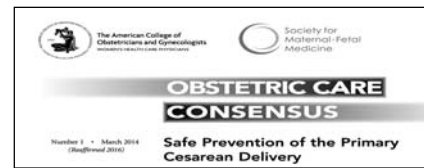
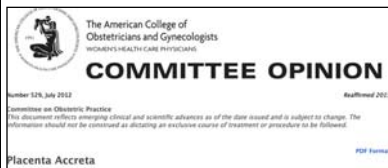
Primer Sezaryen Oranları (%)



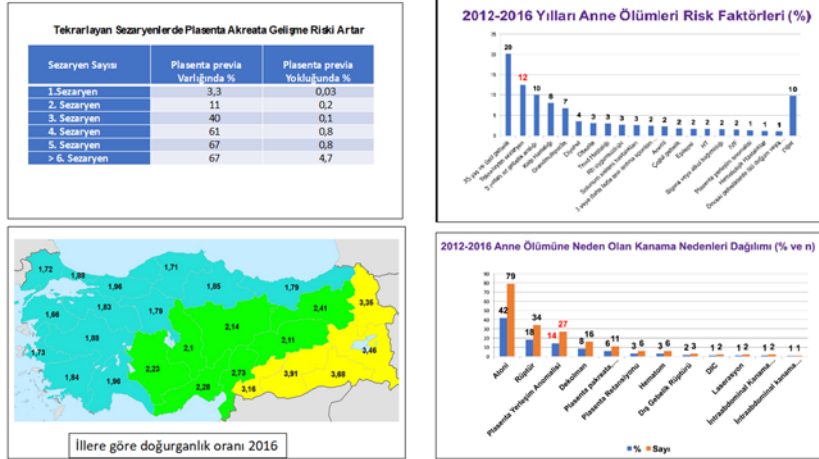
2017 Sağlık Bakanlığı *ilk 8 ay verileridir.

Artan sezaryen oranı bir sorun mu?
Sezaryen yeni bir üreme modeli mi?
İdeal sezaryen oranı nedir tartışmaları?

- ACOG 2012 Plasenta akreata kılavuzu yayınladı
- ACOG 2013 Anne isteğine bağlı sezaryen kılavuzu yayımlandı
- ACOG 2014 sezaryen oranını anne ve bebek sağlığını riske atmadan nasıl güvenli şekilde düşürürüz kılavuzu hazırladı
- NICE 2011 sezaryen kılavuzu



**Artan sezaryen oranlarına paralel olarak
plasenta akreata insidansında ciddi yükselme
Ciddi bir halk sağlığı sorunu**



Yeni hedef

WHO recommendations
**Intrapartum care for
a positive childbirth experience**



Summary list of recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Care throughout labour and birth		
Respectful maternity care	1. Respectful maternity care – which refers to care organized for and provided to all women in a manner that maintains their dignity, privacy and confidentiality, ensures freedom from harm and mistreatment, and enables informed choice and continuous support during labour and childbirth – is recommended.	Recommended
Effective communication	2. Effective communication between maternity care providers and women in labour, using simple and culturally acceptable methods, is recommended.	Recommended
Companionship during labour and childbirth	3. A companion of choice is recommended for all women throughout labour and childbirth.	Recommended
Continuity of care	4. Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes. ^a	Context-specific recommendation

15 şubat 2018

İl düzeyinde planlamalar

- **MEVCUT DURUM ANALİZİ**
- **KORUYUCU HEKİMLİK**
- ✓ mikrobesein destekleri
- ✓ risk sürveyans ve triaj skorlaması
- **BULAŞICI HASTALIKLAR**
- ✓ surveyans sistemi
- ✓ antiviral ilaçlara ulaşım
- ✓ aşılamlar
- **ACİL DURUMLAR İÇİN HAZIRLIK**
- ✓ Hastane il ilçe uzaklıkları sevk süresi tesbiti
- ✓ Sevk zinciri çalışması
- ✓ Kan ve kan ürünlerine ulaşım çalışması
- ✓ Çalışanların çalışma koşullarının düzenlenmesi nöbet vardiya
- ✓ İnsan kaynağı dağılımı
- ✓ Acil ilaçların temini denetimi
- **OTOMASYON SİSTEMLERİ**
- Gebe izlemi YDYBU erişkin yoğun bakım boş yatak ve kan mevcudiyeti



İl sağlık müdürlükleri gözetiminde

- İl ilçe sosyodemografik verilerin çıkartılması
- mevcut il ve ilçe hastanelerinin doğumhane durumu (fiziksel durum, travay odaları, sağlık insan gücü, çalışma koşulları, YDYBU durumu, sevk kriterleri, kritik kan stok seviyesi, ile uzaklık kan bankası anestezi uzman erişkin yoğun bakım) tesbit çalışması yapılmalıdır.
- Her ilin yıllık doğum sayısına göre insan gücü (ebe kadın doğumcu perinatolog yenidoğan) ve teknik (yenidoğan yoğun bakım, kan bankası) envanteri çıkarılarak eksikliklerin giderilmesi (PDC, yatırım vs)
- Her ilin yıllık doğum sayısına göre o ilin doğum yapılan sağlık kurumlarında (kamu özel üniversite) standardize edilmiş minimum doğumhane ekip, yatak, ortam oluşumunun sağlanması Doğumhanelerin fiziksel koşullarının incelenerek standartlarının yükseltilmesi
- Perifer devlet hastaneleri üniversite hastaneleri ile afileye hale getirilerek ekip tecrübesi, bilgi birikimi ve teknik imkanlar paylaşılabilir. Bu afilyasyon, ileri lab testleri, ileri girişimsel işlemler, ileri görüntüleme yöntemleri, uzmanlık sonrası eğitim ve riskli hasta sevkinde kullanılmalı.
- **Gebe okullarının o ilin nüfusuna göre sayı ve eğitim standardizasyonunun sağlanması**
- GEBSİS anne bebek ölüm bildirim sistemi ve Robson kriterlerine göre CS endikasyonları veri girişlerinin düzgün akışını sağlamak
- Hastanelerde (il, ilçe) doğumlarının, evde hastanede ebe eşliğinde doğum kriterleri ve standartları kayıtları icap sistemi denetimleri
- **Mülteciler için onam formları kendi dillerine çevrilecek, tercüman bulundurma zorunlu olmalı**
- Doğum sayısı yüksek illerde ve hastanelerde personel tükenmişlik ile mücadele
- **ACİL DURUMLARA HAZIR OLAMA**

**ANNE ÇOCUK SAĞLIĞINI GÜÇLENDİRME HEDEFLERİ
KONUSUNDA STRATEJİ PLANI YAPARKEN
KULLANILAN SORULAR**

1. Anne ve çocuk sağlığı konusunda vizyon ve hedefler belirlendi mi?
2. **Öncelikli alanları tesbit edildi mi ve ulaşılacak istenen çıktılara karar verildi mi?**
3. Öncelikli sağlık alanlarında politik ekonomik organizasyonel çevrelerin durum tesbiti ve hazırlığı yapıldı mı?
4. Makro ölçekte bu 3 alanda stratejik plan yapıldı mı?
5. Hedeflediğiniz stratejilere ulaşımında programlamada organizasyonel sorunları tesbit ettiniz mi?
6. Belirlediğiniz stratejileri hayata geçirmek için program yapın ve periodik olarak performansını geliştirilmesi gereken yönleri ele alın

Bölgesel farklılıklara göre esnek politikalar

Maternal ve perinatal ölümlerin ve doğurganlığın yüksek olduğu bölgelerde sezaryen oranlarının %20 gibi makul bir seviyeye yükseltilmesi ve hastane doğumlarının artırılması
kontrasepsiyon eğitimlerinin artırılması

Endemik iyot eksik illerde iyot replasmanı

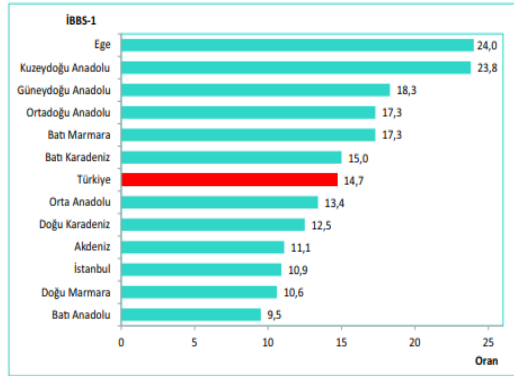
Göçmen krizi en yoğun yaşanan illere özel önlemler

DOĞURGANLIK ORANLARI BÖLGESEL FARKLILIKLAR



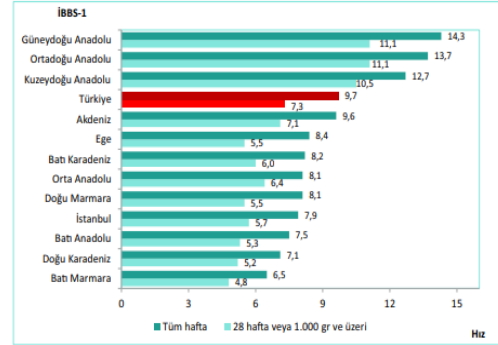
ANNE BEBEK ÖLÜMLERİ BÖLGESEL FARKLILIKLAR

Şekil 2.11. İBBS-1'e Göre Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda), 2016



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

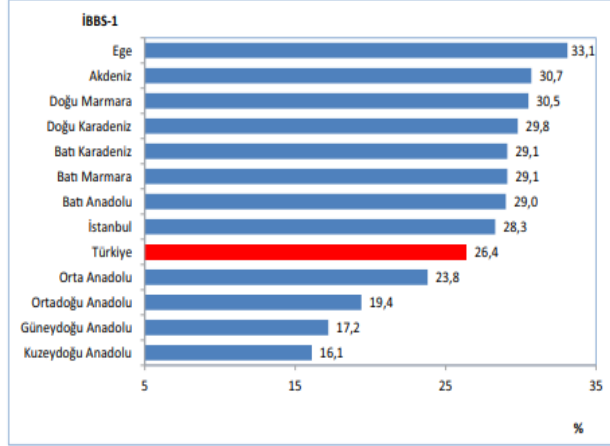
Şekil 2.3. İBBS-1'e Göre Bebek Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

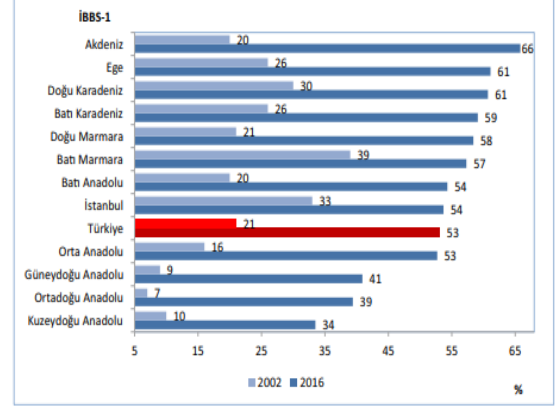
SEZARYEN ORANLARI BÖLGESEL FARKLILIKLAR

Şekil 5.13. İBBS-1'e Göre Primer Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı, (%), 2016



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Şekil 5.11. İBBS-1'e Göre Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı, (%), 2002, 2016



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

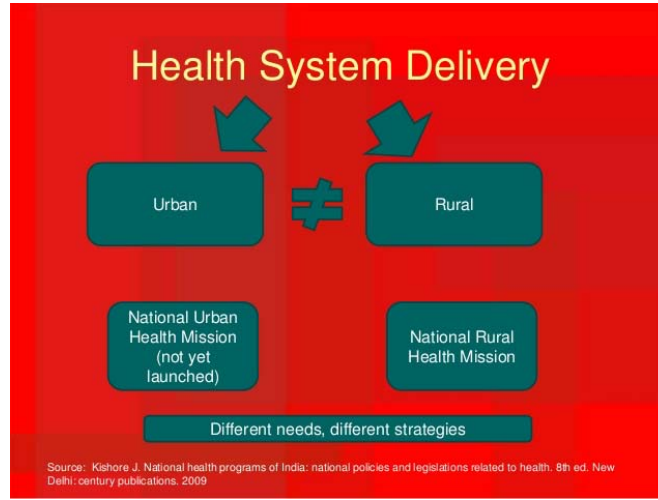
AKRABA EVLİLİĞİ BÖLGESEL FARKLILIKLAR

Türkiye'de 15 ve üzeri yaşta olup evlilik deneyimi yaşamış bireylerin eşleri ile akraba olup olmadıkları incelendiğinde, bireylerin **%23,2'sinin** eşi ile akraba

İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması (İBBS) 1.düzeye göre;

- **akraba evliliklerinin en yaygın** olduğu bölge **%42,6 ile TRC Güneydoğu Anadolu** (Gaziantep, Adıyaman, Kilis, Şanlıurfa, Diyarbakır, Mardin, Batman, Şırnak, Siirt)
- **akraba evliliklerinin en düşük** olduğu bölge ise **%8,9 ile TR2 Batı Marmara** (Tekirdağ, Edirne, Kırklareli, Balıkesir, Çanakkale)

Kaynak:TÜİK



1.4 CNBC-E 81 İL YAŞAM KALİTESİ ENDEKSİ

	GENEL SIRALAMA	EKONOMİ	EĞİTİM	SAĞLIK	GÜVENLİK	KENT HAYATI	KÜLTÜR SANAT
Ankara	1	2	1	9	25	71	11
Eskişehir	2	9	4	4	18	24	4
İsparta	3	20	3	1	68	23	9
Trabzon	4	13	15	6	4	45	24
İstanbul	5	1	19	51	22	7	1
Artvin	6	19	20	15	10	2	13
Bolu	7	45	10	2	62	31	19
Antalya	8	5	18	55	46	1	3
İzmir	9	3	7	11	81	38	46
Rize	10	10	30	28	11	42	10
Adana	13	8	58	12	24	41	71

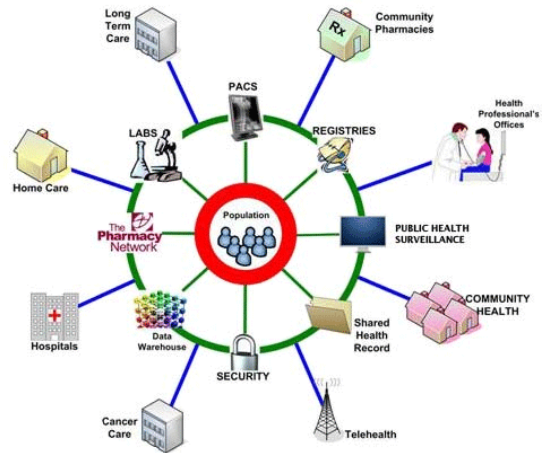
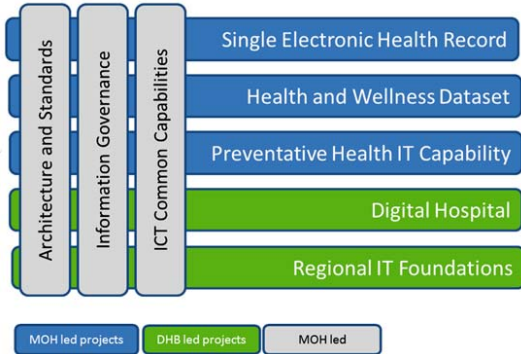
Kaynak: CNBC-E BUSINESS Dergisi Yaşam Kalitesi Araştırması, 2010

İl bazlı önlemlerde çok paydaşlı sağlık sorumluluğu

Mahallin En Büyük Mülki İdare Amiri (İlde vali, ilçede kaymakam)
TBMM üyeleri
Mahallin en büyük komutanı
Belediyeler
Cumhuriyet Başsavcısı
İl Emniyet Müdürü
Parti İl (ilçe) teşkilatları
STK lar
Yerel basın yayın organları

Digital Health

HBYS AHBS BİRBİRİNİ GÖRECEK



Denetim Siklüsü İşletmek

- **Verilerin analizi**
- Öncelikli konuların seçimi
- Bu konu ile ilgili mevcut standartlar ve uygulamaların incelenmesi standartlar konması
- Ulusal ve uluslararası standartlarla karşılaştırma
- Daha iyi neler yapılabilir?
- Politika ve araştırma çağrı konuları planlama
- Standartların ve eylem planının yenilenmesi
- **Maliyet analizi**
- Faaliyete geçiş



ANNE BEBEK SAĞLIĞI KALİTE GÖSTERGELERİ

1	Percent of pregnant women who receive prenatal care beginning in the first trimester	12	Percent of eligible newborns screened for heritable disorders with on time physician notification for out of range screens who are followed up in a timely manner. (DEVELOPMENTAL)
2	Rate of severe maternal morbidity per 10,000 delivery hospitalizations	13	Percent of children meeting the criteria developed for school readiness (DEVELOPMENTAL)
3	Maternal mortality rate per 100,000 live births	14	Percent of children ages 1 through 17 who have decayed teeth or cavities in the past 12 months
4.1	Percent of low birth weight deliveries (<2,500 grams)	15	Child mortality rate ages 1 through 9 per 100,000
4.2	Percent of very low birth weight deliveries (<1,500 grams)	16.1	Adolescent mortality rate ages 10 through 19 per 100,000
4.3	Percent of moderately low birth weight deliveries (1,500-2,499 grams)	16.2	Adolescent motor vehicle mortality rate ages 15 through 19 per 100,000
5.1	Percent of preterm births (<37 weeks gestation)	16.3	Adolescent suicide rate ages 15 through 19 per 100,000
5.2	Percent of early preterm births (<34 weeks gestation)	17.1	Percent of children with special health care needs
5.3	Percent of late preterm births (34-36 weeks gestation)	17.2	Percent of children with special health care needs (CSHCN) receiving care in a wellfunctioning system
6	Percent of early term births (37-38 weeks gestation)	17.3	Percent of children diagnosed with an autism spectrum disorder
7	Percent of non-medically indicated early elective deliveries	17.4	Percent of children diagnosed with Attention Deficit Disorder/Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADD/ADHD)
8	Perinatal mortality rate per 1,000 live births plus fetal deaths	18	Percent of children with a mental/behavioral condition who receive treatment or counseling
9.1	Infant mortality rate per 1,000 live births	19	Percent of children in excellent or very good health
9.2	Neonatal mortality rate per 1,000 live births	20	Percent of children and adolescents who are overweight or obese (BMI at or above the 85th percentile)
9.3	Postneonatal mortality rate per 1,000 live births	21	Percent of children without health insurance
9.4	Preterm-related mortality rate per 100,000 live births	22.1	Percent of children ages 19 through 35 months, who have received the 4:3:1:3(4):3:1:4 series of routine vaccinations
9.5	Sleep-related Sudden Unexpected Infant Death (SUID) rate per 100,000 live births	22.2	Percent of children 6 months through 17 years who are vaccinated annually against seasonal influenza
10	Percent of infants born with fetal alcohol exposure in the last 3 months of pregnancy	22.3	Percent of adolescents, ages 13 through 17, who have received at least one dose of the HPV vaccine 31 NOM # National Outcome Measure
11	The rate of infants born with neonatal abstinence syndrome per 1,000 delivery hospitalization	22.4	Percent of adolescents, ages 13 through 17, who have received at least one dose of the Tdap vaccine
		22.5	Percent of adolescents, ages 13 through 17, who have received at least one dose of the meningococcal conjugate vaccine

Perinatal dönem

- Perinatal dönem; doğum öncesi geç dönemi, doğumu ve doğum sonu erken dönemi kapsar. Bu dönemdeki ölü doğumlar ve bebek ölümleri perinatal ölüm olarak adlandırılır. Anne karnındaki hayat, doğum anı ve doğum sonrası dönem biyolojik bir devamlılık süreci olduğundan, **perinatal mortalite hızı (PNMH);anneye ve bebeğe verilen prenatal, natal ve erken postnatal bakımın önemli bir göstergesidir.**
- Ülkemizde anne ölüm nedenlerinin dağılımı dikkate alınarak **perinatal merkezler** oluşturulmalıdır.
- Avrupa Perinatal Tıp Birliği ile ABD Perinatal Bakımın Bölgeselleştirilmesi programlarında yenidoğan ölümlerinin asgariye indirilebilmesi için; **yenidoğan yoğun bakım organizasyonları perinatal merkezlerin organizasyonları ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir.**
- **Perinatal transport**, riskli bir gebelik, doğum veya yenidoğan için doğumdan önce gebenin ya da doğduktan sonra yenidoğanın riskle ilişkili tanı ve tedavisinin yapılabileceği bir merkeze gönderilmesidir. Bu nedenle **perinatal ve yenidoğan sevk sistemi, birlikte değerlendirilmelidir.**
- **112 personelinin tamamı acil sağlık hizmetleri kapsamında aldığı zorunlu eğitim modülleri içerisinde gebe nakli ve yenidoğan nakli konusunda eğitim almaktadır.**

Acil ele alınması gereken konular Zamanla değişen hedefler

- **Koruyucu hekimlik ENDEMİK İYOT EKSİK BİR ÜLKEYİZ KONG HİPOTİROİDİ !!!!**
- **sezaryen oranı çok yüksek PLASENTA AKREATA EYLEM PLANI**
- **Doğurganlık oranı düştü toplum hızla yaşlanıyor pronatalist politikalar öne çıkarılmalı**
- **Anne ve bebek ölümleri plato çiziyor**
- **Akraba evliliği oranımız çok yüksek nadir genetik ve konjenital anomaliler sık EVLİLİK ÖNCESİ TARAMA PROGRAMLARI**
- **Evlilik yaşı yükseldi ileri yaş gebelikler ve sonucunda medikal komplikasyonlar arttı**
- Ulusal Evlilik öncesi ve yenidoğan tarama programımızı genişletemedik
- Hiv hepatit antivirallere ulaşım yetersiz **maternal Perinatal bulaş** sıfırlanamadı
- Acil hizmetler koordinasyonu
- **Kan ve kan ürünlerine ulaşım**
- **hasta sevki yerine doktor ve kan sevki**

Sezaryen oranı yüksek illerde Plasenta akreataya bağlı anne ölümlerini önlemek için alınması gereken önlemler

Kısa vadede

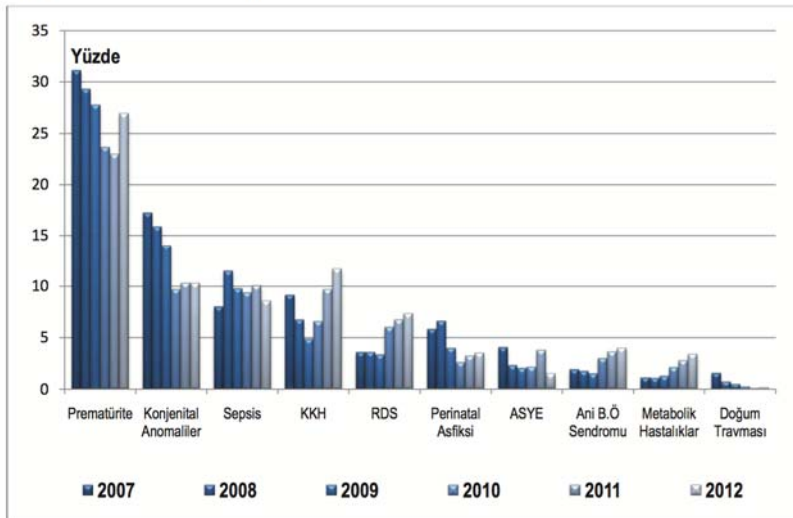
- Akreata eylem planı sevk zinciri çalışması Sevk zinciri kriterlerinin 112 elemanları, tüm sağlık personeli ve hastalara ilan edilmesi
- Kritik kan stok seviyesi
- Antenatal dönemde erken teşhis eski C/S plasenta previa!!!! 32-34 haftalık eski CS gebelerde aşağı yerleşimli plasenta varsa Doppler USG ile plasenta yapışma anomalisi var mı bakılır. Bu hastalarda kan hazırlığı ile konsultan obstetrisyen varlığında tersiyer merkezlerde 34 0/7 -35 6/7 Haftada, gerekli kan hazırlığı ile planlı CS yapılır

Uzun vadede

- Peripartum kanamada ileri cerrahi müdahale yapabilecek deneyimli hekim sayısını arttırmak üzere teorik ve pratik eğitimler ile "konsultan obstetrik ekiplerin" oluşturulması
- Antenatal dönemde tokofobinin erken tanısı ve tedavisi gebe okullarında eğitim
- Doğum ağrısı ile etkin mücadele uygun doğum odaları
- Ebelik sisteminin güçlendirilmesi

En önceliğimiz prematürite ve konjenital anomaliler ile mücadele olmalı

Grafik 5.2.28.Bebek Ölüm Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı



- en sık görülen 4 nedeni enfeksiyonlar, prematüre doğum komplikasyonları, asfiksi, konjenital anomali .
- neonatal ölüm nedenleri ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde prematürite ve konjenital anomali önde
- Afrika ülkelerinde enfeksiyonlar ve asfiksi öne çıkmaktadır.
- Sepsis gelişme riskini önlemeye yönelik uygulamalar:
- iyi antenatal bakım Maternal enfeksiyonların erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi
- sağlıklı koşullarda doğum
- Postnatal dönemde ilk 6 ayda anne sütüyle beslenme hijyen kurallarına uymak

Konjenital anomaliler

- Konjenital anomaliler erken neonatal ölümlerin en sık ikinci, geç neonatal mortalitenin ise en sık üçüncü nedenidir.
- Konjenital kalp hastalığı (KKH) en sık, NTD ler 2. en sık konjenital anomalidir.
- KKH gelişme riskini etkileyen olaylar multifaktöryeldir. Maternal obezite, diyabet, teratojenler, maternal fenilketonüri, çevresel koşullar
- **Konjenital anomalileri önlemeye yönelik uygulamalar:**
 - prekonsepsiyonel dönemde **folik asit** kullanma
 - prekonsepsiyonel dönemde **obezite ile mücadele**
 - Toplumun eğitimi ile **akraba evliliklerinin** engellenmesi
 - Toplumun eğitimi ile luteal dönemde ve organogenez döneminde kadınların ilaç ve radyasyona maruziyetinin engellenmesi
 - Yakın antenatal izlem
 - genetik anomali taraması ve terminasyonu

Her zaman gündemde olmalı Bulaşıcı hastalıklar

- MATERNAL NEONATAL TATONOS
- HEPATİT B VE C
- HIV
- SİFİLİZ
- TOKSOPLAZMA

- **birincil korunma**; iyi beslenme, sağlığı koruma, aktif ve pasif bağışıklama, kemoproflaksi, konak direncini arttıran uygulamalar, davranış değişiklikleri (cinsel davranışlar, beslenme alışkanlıkları, çalışma ortamları, el yıkama alışkanlıkları, vb.), sağlıklı su sağlama, vektör kontrolü, atıkların güvenli kontrolü gibi bireysel ve geniş toplumsal önlemlerle mümkündür.
- **ikincil korunma**, hastalığın erken tanısı, uygun tedavisi, karantina, izolasyon, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve hastanın genel durumunu destekleyici uygulamaları içerir.
- **Üçüncül korunma** ise sakatlıkların azaltılması , rehabilitasyon ve fırsatçı hastalıkların önlenmesi esasına dayanır.

SOSYODEMOGRAFİK RİSKLER

İleri yaş / adolesan gebelikler
2 yıldan az aralıkla gebe kalan kadınlar
4 ve daha fazla gebe kalan kadınlar
Akraba evliliği

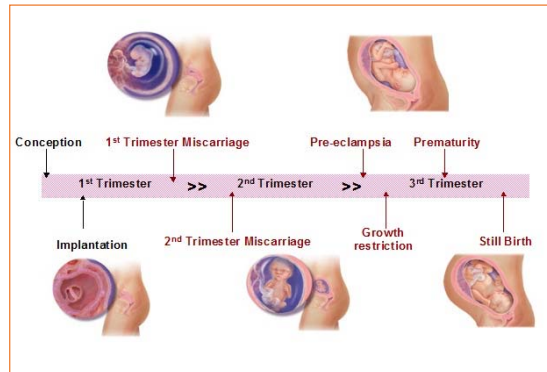
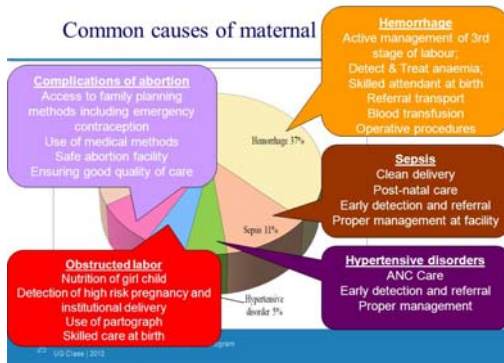
Okuma yazma bilmeyen eğitimsiz
Gelir seviyesi düşük mikrobese ve gıda desteğine ihtiyaç duyan
Sağlık güvencesiz
Kırsal kesimde yaşayan sağlık tesisine ulaşım sorunlu

Evlilik durumu (nikahsız Boşanmış Eşi mahkum Şehit eşi sığınma evinde mahkum)

Şiddet gören kadınlar eş kayıvalide
Madde bağımlısı kadınlar sigara alkol eroin
Ağır ve stresli işlerde çalışan kadınlar

RİSKLİ GEBELİKLERDEN KORUYUCU HEKİMLİK HEDEFLERİ

Ana amaç : Prematüriteyi Maternal Perinatal mortaliteyi önlemek için riskli grupların erken tesbiti ve TRIAJI



RİSKLİ GEBELİKLER SÜRVEYANS SİSTEMİ ve TRIAJI



is a surveillance project of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and state health departments.

Developed in 1987, PRAMS collects state-specific, population-based data on **maternal attitudes and experiences before, during, and shortly after pregnancy.**

Aim is to **identify groups of women and infants at high risk for health problems**, to monitor changes in health status, and to measure progress towards goals in improving the health of mothers and infants. PRAMS data are used by researchers to investigate emerging issues in the field of reproductive health and by state and local governments to plan and review programs and policies aimed at reducing health problems among mothers and babies.

Abuse.....
Physical.....
Emotional/Sexual.....
Alcohol Use.....
Assisted Reproduction and Fertility.....
Breastfeeding.....
Cancer.....
Child Care.....
Contraception.....
Delivery Method.....
Drug Use.....
Emergency Preparedness.....
Family Health History.....
Health Insurance.....
Maternal.....
Infant Coverage.....
HIV and Sexually Transmitted Infection.....
Home Visitation.....
Household Characteristics.....
Residents.....
Income.....
Infant Health Care.....
Well Child Care.....
Sick Child Care.....
Vaccinations.....
Education.....
Infant Morbidity and Mortality.....
Infant Sleep Environment.....
Influenza and Maternal Vaccinations.....
Injury Prevention/Safety.....
General.....
Maternal Seat Belt Use.....
Infant Car Seat Use.....
Marijuana.....
Maternal Childhood Experiences.....
Maternal Health - General.....
Maternal Hospital Stay.....
Maternal Nutrition.....
Weight and Diet.....
Vitamin Use and Folic Acid.....
Food Insufficiency.....
Mental Health.....
Maternal Morbidity.....
Preconception.....

Occupational Status & Work Place Leave.....
Oral Health.....
Pacifier Use.....
Infant.....
Parent and Infant Demographics.....
Infant.....
Maternal.....
Paternal.....
Parental Relationship.....
Physical Activity.....
Preconception Care and Readiness.....
Pregnancy Intention.....
Maternal.....
Maternal.....
Paternal/Partner.....
Prenatal Care.....
Postpartum Care.....
Questionnaire Details.....
Reproductive History.....
General.....
Previous Pregnancies.....
Social Support.....
Social Services.....
Stress & Discrimination.....
Tobacco & Other Nicotine Products.....
Product Use.....
Smokeless Tobacco.....
Cessation.....
Secondhand Exposure.....
Zika.....



[Partner Violence Screening into Women's Health Services](#)
[Counseling to Pregnant Women on Oral Health](#)
[Improve Care for Women with Gestational Diabetes Mellitus](#)
[Support Comprehensive Safe Sleep](#)
[Tobacco-Free Pregnancy Initiative of West Virginia](#)
[Folic Acid Education Campaign Is Successful](#)
[Support Breastfeeding in the Workplace](#)

POSTPARTUM KANAMA AÇISINDAN RİSKLİ GEBELİKLER

GEÇİRİLMİŞ UTERİN CERRAHİ
 PLASENTA AKREATA PREVİA
 BİLİNER KANAMA BOZUKLUĞU
 ÇOĞUL GEBELİKLER
 KORYOAMNİYONİT

- California Maternal Quality Care Collaborative
 :Hemorrhage Taskforce (CMOCC), The American
 Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
 Obstetrik Kanamada Bakım Kılavuzu
 Risk planlama
- Hemoraji için düşük risk (sadece pıhtılaşmayı değerlendir)
 - Daha önce uterin kesi yok
 - Tek fetus
 - ≤4 vajinal doğum
 - Bilinen kanama hastalığı yok
 - PPK öyküsü yok
 - Hemoraji için orta risk (Kan tipi ve tarama)
 - Geçirilmiş uterin cerrahi, c/s
 - Çoğul gebelik
 - >4 vajinal doğum
 - Koryoamniyonit
 - PPK öyküsü
 - Büyük myomlar
 - 4kg büyük fetal kilo tahmini
 - Morbid obezite (BMI >35)
 - Hemoraji için yüksek risk (Kan tipi ve kroslama)
 - Placenta previa
 - Placenta akreata ve perkratea şüphesi
 - Htc <30 ve diğer risk faktörleri
 - Trombosit <100 000
 - Başvuru anında aktif kanama
 - Bilinen pıhtılaşma bozukluğu
 - Doğum anındaki ilave risk faktörleri
 - Doğumun 2. evresinde uzama
 - Uzamış oksitosin kullanımı
 - Aktif kanama
 - Koryoamniyonit
 - Magnezyum sülfat tedavisi

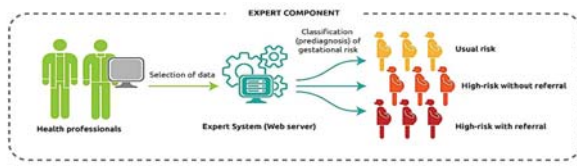


Figure 5. Expert component.

Table 1. Scores of risk factors.

Risk factor	Score	Risk factor	Score
Age		Pathologies	
Teenage: no more than 15 years old	1	Uterine fibroids	1
Young: from 15 to 34 years old	0	ABO incompatibility	1
Adult: >35 years old	1	Threatened abortion	5
Weight		Syphilis in pregnancy	5
Low: <45 kg	5	Placenta previa	5
Regular: >45 a 75 kg	0	Psychiatric illness	5
High: >75 kg	5	Current fetal malformation	10
Marital Status		Hemolytic disease	10
Married	0	Ischemization	10
Single	1	Polyhydramnios/Oligohydramnios	10
Stable union	0	Delayed uterine growth	10
Divorced	1	NIC-II-III	10
Education		Hypertension	10
No education	1	Diabetes	10
Middle school	0.5	Twin pregnancy	10
Incomplete middle school	0.5	Cervical incompetence	10
High school	0	Heart diseases	10
Incomplete high school	0.5	varicose veins marks	10
Superior	0	Autoimmune disease	10
Familiar Income		Maternal cancer	10
Less than 1 minimum wage	1	Severe kidney disease	10
1 minimum wage	1	Epilepsy	10
Over 1 minimum wage	0	AIDS/HIV	10

According to that, the rule base was created with the following structure:

- Rule 1: If score >= 10 then High Risk With Referral (HRWR);
- Rule 2: If score <10 and score >= 5 then High Risk Without Referral (HRWOR);
- Rule 3: If score <= 4 then Usual Risk (UR).

then UR. On the other hand, if age corresponds to an adult woman, weight is high and pathology is hypertension then HRWR.

At this stage, it is important that the defined rules can cover all possible combinations of inputs and outputs of the proposed problem. Based on this, the consistency of these rules was analyzed to avoid contradictions.

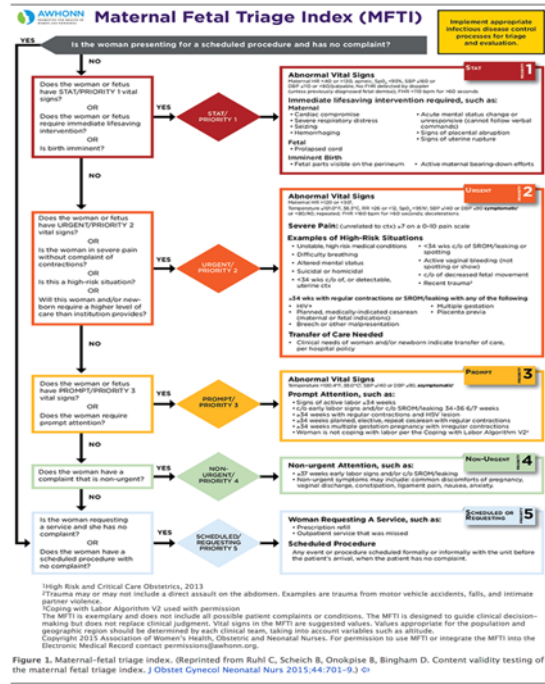


Figure 1. Maternal-fetal triage index. (Reprinted from Ruhl C, Schweik B, Onokajise B, Bingham D. Content validity testing of the maternal fetal triage index. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2015;44:701-93.)

KORUYUCU HEKİMLİK HEDEFLERİ riskli gebeliklerin triaji

15-49 yaş izlem ve gebe okullarında

- Akriba evliliği önceki anomali çocuğu olan
- TROMBOEMBOLİ ÖYKÜSÜ
- Kalp hastalığı
- Anemi ve iyot yetersizliği ile mücadele
- Sigara içmenin azaltılması
- Luteal fazda ilaç, radyasyon alınmaması bilinci
- Doğumlar arası en az 2 yıl olması bilinci
- Gebelik öncesi BMI ayarlamasının önemi bilinci
- Teratojen enfeksiyonlarla mücadele rubella toxoplazma CMV
- Maternal neonatal enfeksiyon bulışı ile mücadele tetanos sifiliz hepatit HIV

Evlilik öncesi taramada sağlık kartı çıkarılması

- Talesemi taşıyıcısı
- Tbc sifiliz hepatit hiv taşıyıcısı
- Geçirilmiş uterin cerrahi (myomektomi septum rezeksiyonu küretaj)
- TROMBOEMBOLİ ÖYKÜSÜ
- Kalp hastalığı
- Anemi
- Rh uygunsuzluğu
- Akriba evliliği
- Sürekli ilaç kullanmak zorunda olan (Epilepsi astım tiroid HT)
- Diyet yapması gereken hastalığı olan (çölyak ülseratif kolit)
- Ailede diyabet öyküsü Polikistik over bulguları
- Sigara içen
- Ağız hijyeni kötü
- Üriner sistem enf taş
- Folik asit desteği bilinci

Antenatal takip Gebe okulu

- İleri yaş / adolesan gebelikler
- 2 yıldan az aralıkla gebe kalan kadınlar
- 4 ve daha fazla gebe kalan kadınlar
- Akriba evliliği
- TROMBOEMBOLİ ÖYKÜSÜ
- Kalp hastalığı
- Çoğul gebelikler
- IVF gebelikleri
- Rh uygunsuzluğu
- önceki gebelikte (anomali bebek diyabet preeklampsia düşük)
- Annenin ek hastalıkları
- sigara
- Önceki doğumu sezaryen plasenta akreata
- Vajinismus/Tokofobi

Components of prenatal care:

- Health education
- Screening
- Diagnosis and treatment
- Referral

Screening/Dx

- Identify women at high risk [?usefulness]
- Intervene to prevent development of problems
- Dx and Rx pre-existing medical conditions
- Dx and Rx complications of pregnancy

- environmental health,
- communicable disease control,
- tobacco control
- health promotion programmes.

Cost Effectiveness

- Early diagnosis leads to less emergencies hence less drug requirement & less morbidity
- Thus the risk assessment system along with timely referral is highly cost effective.

Mikrobesin desteği

- Mikrobesin eksiklikleri gerek anne gerekse bebek sağlığını etkileyen önemli sağlık problemlerinden birisidir.
- 2005 yılından bu yana bebeklere, 2007 yılından itibaren de gebelere **demir ve D vitamini desteği** verilmektedir. (Raşitizm ve anemi tanısı alan bebek sayısı) (Doğum için gelen kadınlarda anemi görülme sıklığı)
- Gebelerle ilgili kayıtlar henüz değerlendirilebilecek düzeyde düzenli hale gelmemiştir

Türkiye de Gebelerde sıklıkla kullanılan polivitamin-mineral preparatları ve içeriklerinden bazıları

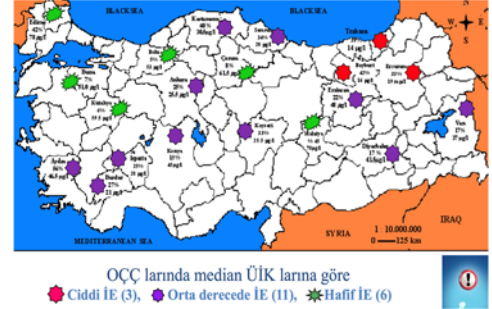
- Elevit Pronatal tb, (13 TL)
4000 IU Vit A, 0,8 mg Folik A, 60 mg Ferrum, İyot 0 µg
- Megadyn Pronatal (6 TL)
4000 IU Vit A, 0,8 mg Folik A, 60 mg Ferrum, İyot 0 µg
- Supradyn Ponatal (6 TL)
4000 IU Vit A, 0,8 mg Folik A, 60 mg Ferrum, İyot 0 µg
- One a day Maksimum tb (22 TL)
5000 IU Vit A, 0,4 mg Folik A, 18 mg Ferrous, İyot 150 µg
- Centrum tb (19 TL)
2600 IU Vit A, 0,2 mg Folik A, 12 mg Ferrous, İyot 150 µg
- Jodid, KI, 100-200 µg tb, (4-5 TL /50 tb)

- İyot
- Fe⁺⁺
- Folik Asit
- Vitamin D

Mikrobesin desteği

Yenidoğan Tarama Programı Tanı Sayıları					
YILLAR	FKU (Fenilketonüri)	KHT (Konjenital Hipotiroidi)	BE (Biotinidaz Eksikliği)	KF (Kistik Fibrozis)	CANLI DOĞUM SAYILARI
2008	217	1.495	-	-	1.319.671
2009	212	2.168	187	-	1.306.966
2010	182	2.543	199	-	1.284.772
2011	154	2.201	204	-	1.266.785
2012	181	2.990	236	-	1.279.864*
2013	188	2.702	369	-	1.283.062*
2014	190	3.141	504	-	1.337.504*
2015	193	3.605	853	139	1.325.783*
2016	187	3.309	987	152	1.309.771*

*2012 yılından itibaren TÜİK canlı doğum sayıları kullanılmıştır.
Kaynak: HSGM Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı



WHO recommends minimum daily intake of iodine

- 90 mcg of iodine daily for infants and children up to 5 years
- 120 mcg for children 6 to 12 years
- 150 mcg daily for children ≥12 years and adults
- 250 mcg daily during pregnancy and lactation

		Önerilen iyot dozu*
Hafif orta derecede iyot eksikliği bölgelerinde	İyotlu tuz kullanan tüm gebeler	100 mcg/gün
	Tuz kullanmama tabii nedenler (hipertansiyon, toksemi vs.) sebebi ile izin verilmeyen gebeler	200 mcg/gün
Ciddi derecede iyot eksikliği bölgelerinde	İyotlu tuz kullanan tüm gebeler	200 mcg/gün
	İyotlu tuz kullanmama tabii nedenler (hipertansiyon, toksemi vs.) sebebi ile izin verilmeyen gebeler	300 mcg/gün

Laktasyon tamamlanıncaya kadar
bebeğin tek iyot kaynağının anne sütü
olduğu unutulmıyıp iyot desteğine
devam etmek önerilmektedir.³

Süt veremeyen anneler için bebek
iyotlu formüllerle desteklenmelidir.³

Anne süt veriyor ancak hipertiroidi
sebebi ile iyot alımı kısıtlanmay ise
bebek iyot desteği almamalıdır.³

Türkiye’de Evlilik Öncesi Tarama Programı

- **Anamnez**, fizik muayene, laboratuvar testleri için kan alınması.
- Hemoglobinopati taraması (hemoglobin elektroforezi ile (HPLC)
- Kan grubu tayini
- Bulaşıcı hastalıkların taranması
 - Anti HIV
 - HbsAg, Anti-Hbs
 - VDRL
 - Akciğer Grafiği

HALK SAĞLIĞI LABORATUARLARI bünyesinde
istenilen testler başvurunun yapıldığı ildeki
İl Hıfızısıhha Kurulu Kararları ve
Belediyelerin uygulamalarına göre
farklılaşabilmektedir.

Hedef: Talesemi ve SMA eradikasyonu

Akraba evliliği olanlarda genetik danışmanlık PGD IVF

PREEKLAMPSİ RİSK FAKTÖRLERİ VE 12. HAFTADA ASİRİN BAŞLAMA

Risk factors before pregnancy for the development of hypertensive disorders:

- High maternal age,
- Elevated BP,
- Dyslipidaemia,
- Obesity,
- Positive family history,
- Antiphospholipid syndrome,
- Glucose intolerance

Women who develop gestational hypertension or pre-eclampsia are at increased risk of hypertension and stroke in later adult life, as well as of ischaemic heart disease

If at least two moderate risk factors or at least one high risk factor for pre-eclampsia

Risk factors for pre-eclampsia

Moderate

- First pregnancy
- Age ≥ 40 years
- Pregnancy interval > 10 years
- BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ at first visit
- Family history of pre-eclampsia
- Multiple pregnancy

High

- Hypertensive disease during previous pregnancy
- Chronic kidney disease
- Auto immune disease such as systemic lupus erythematosus or antiphospholipid syndrome
- Type 1 or type 2 diabetes
- Chronic hypertension

Advise woman to take aspirin 75mg once a day from 12 weeks until birth. GP to prescribe.

GDM RISKS

Criteria for Very High Risk and Low Risk

Very High Risk

- Severe obesity
- Prior history of GDM or delivery of a large-for-gestation-age infant ($> 4,000 \text{ g}$ / $4,250 \text{ g}$ / $4,500 \text{ g}$)
- Presence of glycosuria
- Diagnosis of PCOS
- Strong family history of type 2 diabetes

Low Risk—Must Meet ALL of the Following Criteria:

- Age under 25
- Normal weight prior to pregnancy
- Member of an ethnic group with low prevalence of diabetes
- No known diabetes in first-degree relative
- No history of abnormal glucose tolerance
- No history of poor obstetrical outcomes

Average Risk—Criteria Not Met for High or Low Risk

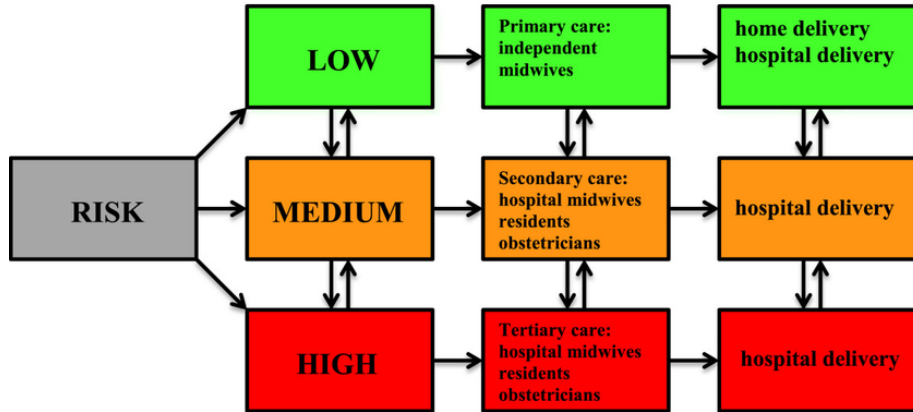
GDM: gestational diabetes mellitus; PCOS: polycystic ovary syndrome. Source: References 1, 3.

Table 3: Risk Factors for Type 2 Diabetes Mellitus

- Family history of diabetes mellitus
- Obesity (BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$)
- Age > 45 years
- Previously identified impaired fasting glucose (IFG) or impaired glucose tolerance (IGT)
- History of gestational diabetes
- Member of high-risk ethnic group: African-American, Hispanic, Native-American, Asian, or Pacific Islander
- HDL $> 35 \text{ mg/dL}$ and/or triglycerides $> 250 \text{ mg/dL}$
- History of conditions associated with insulin resistance (ie, polycystic ovarian syndrome) or acanthosis nigricans

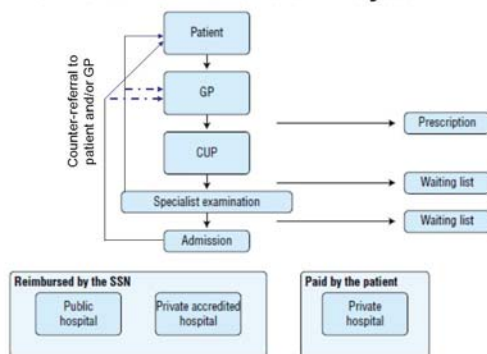
Information from References 2 and 3.

SEVK ZİNCİRİ



SEVK ZİNCİRİ

GP role within the referral system



Source: Based on ARS information.
Note: CUP- Patient booking centre.

Referral

- **Perinatologist:** A doctor with special training in high-risk pregnancies.
- **Level II Ultrasound ;** Very detailed ultrasound to view all the systems and structures more clearly.
- **Amniocentesis:** A procedure of which removes a small amount of fluid surrounding the baby for analysis.

[Back](#)

Obstetrik bakım birimlerinin tanımlanması

Acil obstetrik hastaların bakımı için T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından iki tip obstetrik bakım birimi tanımı yapılmaktadır.

1. Temel obstetrik bakım birimi Temel hizmet birimidir.

2. Kapsamlı obstetrik bakım birimi Referans birimidir. Hem acil durumlarda sevk merkezi olarak çalışmakta, hem de acil olmayan riskli gebelikler için sevk birimi olarak çalışmaktadır.

Bunların dışında bir üçüncü merkez de aslında pratikte mevcuttur. Bu üçüncü merkez acil olmayan ama özellikle riskli gebeliklerin sevk edilebilmesi için tanımlanmıştır.

Temel ve kapsamlı obstetrik bakım birimleri arasında 2 saatten daha kısa bir mesafe olmalıdır.

3. Perinatal merkez Perinatal (Maternal-Fetal) dönemde anne ve fetüsü ilgilendiren hastalıkların tedavisinde kullanılan tıbbi/cerrahi yöntemlerin, kalıtsal olan veya olmayan hastalıkların taramalarında ve tanısında invaziv yöntemleri de içeren çeşitli yöntemlerin uygulandığı tıp merkezleridir. Perinatal merkez sevkleri gebeliğin herhangi bir döneminde ileri tetkik ve tedavilerin gerektiği durumlarda (örneğin önceki gebeliklerinde fetal anomali hikayesi, mevcut gebeliğinde fetal anomali tespit edilmesi, genetik tarama testlerinde yüksek risk saptanması gibi) yapılabileceği gibi gebelik öncesinde de yapılabilir (örneğin bilinen bir genetik hastalık taşıyıcılığı gibi). Bu sevklerin büyük kısmı acil değildir ve 112 Komuta Merkezi gerektirmez.

4. Perinatal mükemmeliyet merkezi

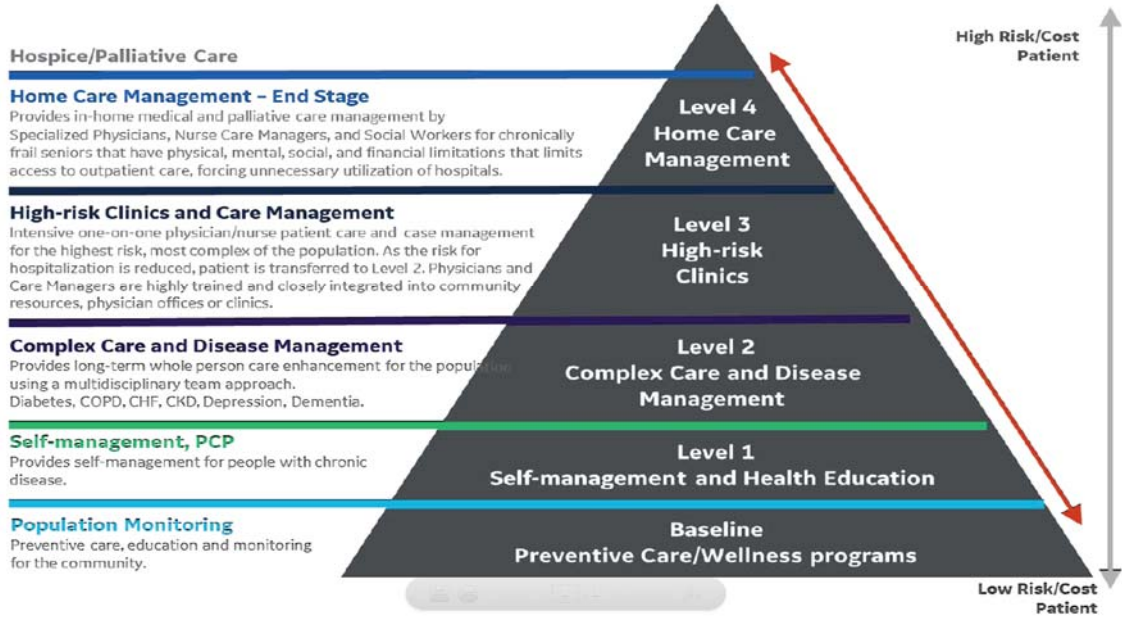
yenidoğan yoğun bakım organizasyonları perinatal merkezlerin organizasyonları ile birlikte değerlendirilmeli

112 personelinin tamamı acil sağlık hizmetleri kapsamında aldığı zorunlu eğitim modülleri içerisinde gebe nakli ve yenidoğan nakli konusunda eğitim almaktadır.

Perinatal merkezler

- Perinatal merkezler, yüksek riskli gebelikler ve çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin (28 hafta veya 1000 gram ve altı) takip edilebileceği merkezlerdir.
- Perinatoloji, 18 Temmuz 2009 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan genelge ile Türkiye’de de bir yandal haline gelmiştir.
- Eğitim süresi 3 yıldır.
- 05.07.2005 tarih ve 25866 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5371 sayılı Kanun’un 5.Ek maddesi hükmüne göre, uzman tabipler, Devlet hizmeti yükümlülüklerine başlamadan veya tamamlamadan katılabilir ve uzmanlık eğitimine başlayabilirler.
- 5371 sayılı Kanunun ek madde 5’inde“**birden fazla uzmanlık veya yan dal uzmanlık eğitimine başlanabilmesi için devlet hizmeti yükümlülüğünün tamamlanması şarttır.**” denilmektedir.

Targeted Care Management Programs by Health Risk



Konya ilinde 2012 sevk zinciri çalışmasından sonra anne ölümü olmamıştır

SEVK ZİNCİRİ

Tablo 3. 2012 Konya ili sevk zinciri.

İLÇELER	TEMEL AOB MERKEZİ	KAPSAMLI AOB MERKEZİ	KAPSAMLI (III. BASAMAK)
Karatay, Selçuklu*	Dr. F.S. D.Ç.H. **	Dr. F.S. D.Ç.H.	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Selçuklu*, Altınkaya,	Beyhekim DH	KEAH	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Akören, Güneysınır, Hadim, Taşkent,	Dr. F.S. D.Ç.H.	Dr. F.S. D.Ç.H.	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Meram***, Derbent	KEAH	KEAH	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Meram***	Mevlana Ü. Sağlık Uyg. Arş. Merk	KEAH	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Akşehir, Çeltik, Yunak, Tuzlukçu, Doğanhisar	Akşehir D.H.	Dr. F.S. D.Ç.H.	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Beyşehir, Derebucak, Hüyük	Beyşehir D.H.	KEAH	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Bozkır, Ahırılı, Yalıhöyük	Bozkır D.H.	KEAH	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Cihanbeyli	Cihanbeyli D.H.	Dr. F.S. D.Ç.H. / Başkent Üniv. Konya Uyg. Arş. Merk	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Çumra	Çumra D.H.	KEAH	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Ereğli, Halkapınar	Ereğli DH	KEAH	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
İlgin	İlgin D.H.	Dr. F.S. D.Ç.H.	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Kadınhanı	Kadınhanı D.H.	Dr. F.S. D.Ç.H.	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Karapınar, Emirgazi	Karapınar D.H.	KEAH	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Kulu	Kulu D.H.	Dr. F.S. D.Ç.H. / Başkent Üniv. Konya Uyg. Arş. Merk	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Sarayönü	Sarayönü D.H.	Dr. F.S. D.Ç.H. / Başkent Üniv. Konya Uyg. Arş. Merk	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF
Seydişehir	Seydişehir D.H.	KEAH	S.Ü. Selçuklu TF/ N.E.Ü. Meram TF

*Selçuklu ilçesinde iki temel AOB kuruluşu bulunduğundan iki hastanede tercih edilebilir.

**Dr. F.S. Doğum ve Çocuk Hastanesinde konsültan diğer branşlar ve erişkin yoğun bakım ünitesi bulunmamaktadır.

*** Meram ilçesinde iki temel AOB kuruluşu bulunduğundan iki hastane de tercih edilebilir

il ilçe uzaklıkları

Tablo 4. Konya İli Sevk Zinciri Tablosu ve Haritası

TEMEL AOB KURULUŞU	İşler haldeki iletişim ve sevk nakil araçlarının mevcudiyeti	KAPSAMLI AOB ARASINDAKİ MESAFE		
		Kilo Metre	Dakika Olarak Uzaklık (yaz dönemi)	Dakika Olarak Uzaklık (Diğer Dönem)
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (KEAH)	tel-fax, 2 hasta nakil aracı	Selçuk Ü.Tıp Fak-25	40	50
		Necmettin Erbakan Ü.Meram Tıp F-6	20	30
Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Has. (Dr.F.S.DE)	tel-fax, 1 ambulans (transport küvözü)	NEÜMTF-8	15	25
		SÜTF-25	30	45
Beyhekim Devlet Hastanesi	tel-fax, 2 hasta nakil aracı	KEAH- 20	18	25
		SÜTF- 8	8	8
		NEÜMTF-20	18	25
Akşehir Devlet Hastanesi	tel-fax, 2 hasta nakil aracı	Dr.F.S.DE- 135	100	120
		SÜTF-120	85	105
		NEÜMTF-135	100	120
Beyşehir Devlet Hastanesi	tel-fax, 2 hasta nakil aracı	KEAH- 90	60-80	80-150
		SÜTF-105	80-100	100-170
		NEÜMTF-85	50-70	70-140
Bozkır Devlet Hastanesi	tel-fax, 1 hasta nakil aracı	KEAH- 120	105	150
		SÜTF-145	125	170
		NEÜMTF-125	110	160
Cihanbeyli Devlet Hastanesi	tel-fax, 1 hasta nakil aracı	Dr. F.S.DE- 98	60	90
		Başkent Ü- 98	60	90
		SÜTF- 80	60	75
		NEÜMTF-110	70	90

Sevk zinciri

- Hastaların ihtiyacı olan hizmeti almalarına engel olan gecikmeler 3 ana gecikme modeli
- Birinci gecikme Hizmeti almaya karar vermede oluşan gecikmelerdir.
- İkinci gecikme Hizmete ulaşmada yaşanan gecikmedir.
- Üçüncü gecikme Sağlık kuruluşunda uygun hizmet almada yaşanan gecikmedir. Malzeme, personel eksikliği-yetersizliği, hizmet sunucuların kapasite eksikliği gibi nedenler bu grupta incelenir.

Acil durumlara hazırlık

Doğum takibi yapılan hastaneler, acil sezaryen girişimi gerektiğinde 30 dakika içinde ameliyata başlayabilecek donanım ve ekibe sahip olmalıdırlar

Bir doğum ünitesinin genel performansının değerlendirmesinde, o ünite sezaryen kararı verdikten sonra;

- 1.derece acil sezaryenlerin 30 dakika
- 2.derece acil sezaryenlerin 30 ve 75 dakika intervallerinde yapılabiliyor olması kriter alınmalıdır
- 3.derece acil hastalar da cerrahi ve anestezi riskleri değerlendirilerek, hazırlıkları tamamlanır tamamlanmaz operasyona alınmalıdır

Hastane yönetimi doğum servisinin ameliyathaneye en kısa sürede ulaşacak şekilde yerleşmesi dünya genelinde bir standarttır. doğumhane servisine ulaşımın kolay ve hızlı olması hastane yönetimi tarafından planlanmalıdır.

Elzem ilaçlar

1. ilaçlar

Soğuk zincire uygun saklanmış oxytocin

Ergometrin

Misoprostol

Tranexemik asit

Fibrinojen

Adrenalin

Amoksisilin

Ampisilin

Sefaklor

Atropin sülfat

Hidralazin

Magnezyum sülfat

Nifedipin

Kalsiyum glukonat

Diazepam

2. kanüller

- Bakry balon
- CVP kanülü
- İdrar sondası ve kateterleri
- Vajinal ekartörler ve obstetric spekulum çeşitleri

2.Kan transfüzyonu, Kros-match, kan alma ve transfüzyon

3.Obstetrik laparotomi ve/veya sezaryen histerektomi bohçası

Personel

Doğumhanede görevli ebe ve hemşireler 24 saatlik değil 8 veya 12 saatlik vardiyalar şeklinde çalışmaları gereklidir. Çalışma süresinde ebe ve hemşirelerin görev yapabilecekleri bir desk dışında uyumaları veya kapalı kapılar arkasında dinlenme imkanı servis hemşirelerinin aksine doğumhane çalışma sistemi için uygun değildir. Yine aynı nedenden dolayı doğumhanede görevli ebe ve ebe hemşirelerin yemek ve doğal ihtiyaçları için de doğumhaneyi terk etmeleri gerekmeyecek şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

aynı ebe veya ebe hemşirenin hem doğum servisi hem de doğumhaneden sorumlu olması de mümkün değildir. Doğumhanede görevli ebe sadece bu alanın sınırları içinde görevli olmalıdır. Özellikle hemşire sayısının az olduğu küçük hastanelerde hastanede çalışan bütün hemşireler çalışma sistemine destek olacak şekilde müdahil olmalıdır.

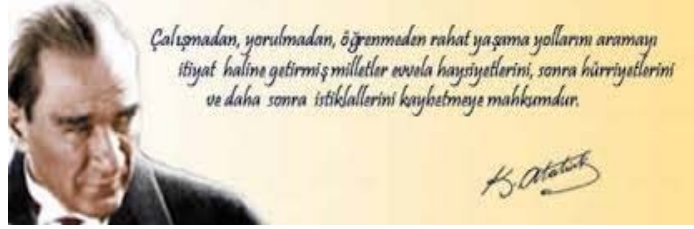
Çalışma sistemi ve nöbet

Üçten az uzman hekimin görevli olduğu hastanelerde ilgili uzman hekimler icap şeklinde nöbet tutmaktadırlar. Hafta içi mesai saatlerinde aynı zamanda poliklinik hizmeti veren ve elektif sezaryenleri de gerçekleştiren hekimler gece ve hafta sonu obstetrik aciller, acil sezaryenler yanında icap nöbetinde başvuran hastaların tedavilerini de planlamaktadırlar.

Üçten fazla uzman hekimin görevli olduğu kliniklerde mesai içindeki çalışma saatlerinde sadece doğumhaneden sorumlu bir hekim bulundurulmalıdır. Mesai saati dışında da 24 saat bir sonraki mesai saatine kadar görevli nöbetçi bir hekim bulundurulmalıdır.

Sağlık Bakanlığı 4'ün üzerinde uzman hekim bulunması durumunda icap nöbeti yerine branş nöbeti tutulmasını önermektedir.

Doğumhanede hastalara verilen hizmetin devamlılığı ebe ve hemşirelerin sorumluluğudur. Bunun organizasyon ve planı uzman hekimin görevidir.



Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü
Web : <http://www.tuseb.gov.tr/taceseb>
Facebook : <http://www.facebook.com/tacesetuseb>